



80/20



Gold



Platinum



Black

	80/20	Gold	Platinum	Black	5.000	12.000	20.000
<b>COBERTURA POR INCAPACIDAD</b>	10.000	30.000	60.000	100.000	5.000	12.000	20.000
<b>COBERTURA AMBULATORIA</b>							
<b>Atención dentro de la Red (Consultas)</b>	80%	100%	100%	100%	80%	80%	90%
<b>Atención fuera de Red (Consultas)</b>	80%	70%	70%	70%	70%	70%	70%
<b>Consultas Médicas</b>	Aplica ODA	Aplica ODA	Aplica ODA	Aplica ODA	80%	80%	90%
<b>Tope de Consulta fuera de la Red al 70%</b>	Sin Tope	USD 80.00			USD 30.00	USD 40.00	USD 50.00
<b>Medicina dentro de la Red</b>	80%	100% con pago de ODA			80%		
<b>Medicinas fuera de la Red</b>	80%	70%			70%		
<b>Tipo de Medicinas</b>	Genéricos 80% Comercial 60%	Genéricos 100% con pago de ODA Comercial 50%	Comerciales 100% con pago de ODA		80% en Red / 70% fuera de Red		
<b>Exámenes de Laboratorio e Imágenes dentro de la Red</b>	80%	100% con pago de ODA			80%		
<b>Exámenes de Laboratorio e Imágenes fuera de la Red</b>	80%	70%			70%		
<b>Procedimientos Ambulatorios dentro de Red</b>	80%	100% con pago de ODA			80%		
<b>Procedimientos Ambulatorios fuera de Red</b>	80%	70%			70%		
<b>Terapias de Rehabilitación o Respiratorias</b>	80% / 10 al año	100% en Red con pago de ODA / 15 al año 70% fuera de Red / 15 al año			USD 15.00 c/u al 100% - 15 al año		
<b>Consulta con Homeópata o Acupunturista (vía reembolso)</b>	No Aplica	2 al año - USD 20.00 c/u			USD 30.00 / Aplica Co Pago y Deducible		USD 40.00 / Aplica Co Pago y Deducible
<b>Consultas de Nutrición, Geriátrica, Psicólogo o Psiquiatría</b>	No Aplica	4 al año - USD 30.00 c/u			No Aplica		
<b>Alergias (Consulta y Medicinas)</b>	Como cualquier Incapacidad	60%			Como cualquier Incapacidad		
<b>Retiro de Medicinas en Sana Sana y Fybeca a nivel nacional, de acuerdo a los porcentajes establecidos</b>	Si	Si			Si		
<b>Medicinas a Domicilio de acuerdo a los porcentajes establecidos</b>	Si	Si			Si		
<b>Cobertura por Accidente Ambulatorio al 100%</b>	No Aplica	No Aplica			USD 200.00	USD 300.00	USD 400.00
<b>COBERTURA HOSPITALARIA</b>							
<b>Tipo de Habitación</b>	Compartida	Compartida	Privada	Junior Suite	Con tope diario de cobertura		

# Comparativa de Planes



80/20



Gold



Platinum



Black

**Pool Empresarial**  
5 a 50 Titulares

<b>Cobertura Hospitalaria dentro de la Red</b>	80%	100%	100%	100%	80%	90%	
<b>Cobertura Hospitalaria fuera de la Red</b>	70%	70%	70%	70%	70%		
<b>Habitación Jr. Suite en Hospital Alcívar</b>	No Aplica	No Aplica	No Aplica	Si	No Aplica		
<b>Tope de Habitación Diaria (dentro o fuera de la red) al 100% hasta</b>	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	USD 100.00	USD 150.00	USD 200.00
<b>Video Cirugías de Vesícula Biliar, Artroscópica, Ginecológica y Otorrinolaringológica</b>	80%	Si		Si			
<b>Apendicetomía Abierta o Laparoscópica</b>	USD 500.00	80%		Como cualquier incapacidad			
<b>Unidad de Cuidados Intensivos</b>	USD 300.00	80% / máximo 5 Días		80% sin límite de días	80% sin límite de días	80% sin límite de días	
<b>Maternidad, Parto Normal, Cesárea, Aborto no provocado al 100% hasta</b>	USD 1.000.00	USD 2.000.00	USD 3.000.00	USD 3.500.00	USD 800.00	USD 1.200.00	USD 2.500.00
<b>PRE EXISTENCIAS</b>							
<b>Tope de Cobertura</b>	USD 600.00	USD 2.000.00	USD 4.000.00	USD 6.000.00	USD 1.000.00	USD 2.500.00	USD 3.500.00
<b>CARENCIAS</b>							
<b>Emergencias Vitales</b>	48 horas	48 Horas		48 Horas			
<b>Atenciones Ambulatorias y Alergias</b>	1 mes	1 mes		1 mes			
<b>Hospitalización Cirugía</b>	4 meses	4 meses		3 meses			
<b>Embarazo / Inicio del Embarazo</b>	45 días	45 días		3 meses			
<b>Enfermedades Catastróficas</b>	6 meses	24 meses		24 meses			
<b>Pre existencias</b>	6 meses	A partir de 12 meses 60%; 24 meses 70%; 36 meses en adelante al 80%		6 meses			
<b>Células Madre</b>	No Aplica	No Aplica	12 meses		12 meses		
<b>BENEFICIOS ADICIONALES</b>							
<b>Tope de Medicinas ABF al año</b>	USD 500.00	USD 1000.00		USD 1000.00			
<b>Servicio de Ambulancia y Médico a Domicilio</b>	Si	Si		Si			
<b>Chequeo Preventivo de Admisión sin costo</b>	No Aplica	Si		No Aplica			
<b>Enfermedades Catastróficas después del periodo de carencia (Incluye VIH y Sida, Cáncer)</b>	Como cualquier incapacidad	USD 3.000.00	USD 5.000.00	USD 10.000.00	Cáncer no pre existente al 80%		



80/20



Gold



Platinum



Black

<b>Cobertura de Células Madre con Celcivar (no aplica vía Reembolso)</b>	No Aplica	No Aplica	50%		No Aplica		50%
<b>Cobertura Prótesis No Dentales</b>	No Aplica	USD 400.00	USD 800.00	USD 1.200.00	USD 300.00	USD 500.00	USD 700.00
<b>Cama de Acompañante para pacientes de hasta 12 años</b>	No Aplica	Si		Si			
<b>Continuidad Ambulatoria y Hospitalaria (no aplica para pre existencias)</b>	Continuidad Ambulatoria	Si		Sólo Continuidad Ambulatoria			
<b>Cobertura Terapia del Dolor las primeras 24 horas posteriores a una cirugía</b>	No Aplica	Si		No Aplica			
<b>Resonancia Magnética</b>	No Aplica	Si		No Aplica			
<b>Cobertura de Hormonas en Tratamientos de Hipotiroidismo</b>	No Aplica	Si		No Aplica			
<b>Cobertura de Vitaminas y Minerales como tratamiento para curar una enfermedad</b>	No Aplica	Si		No Aplica			
<b>Descuento en Cámara Hiperbárica en Hospital Alcívar (No aplica vía reembolso)</b>	30%	30%		30 %			
<b>Ambulancia Aérea (vía reembolso)</b>	No Aplica	No Aplica	USD 1.500.00	USD 1.000.00	USD 2.000.00	USD 3.000.00	
<b>Servicios Exequiales</b>	No Aplica	Sólo para el Titular		Grupo Familiar (titular y cuatro dependientes)			
<b>Control Niño Sano al 80% (frecuencia dependerá de la edad)</b>	No Aplica	No Aplica		USD 30.00 c/u	USD 40.00 c/u	USD 50.00 c/u	
<b>Papanicolau una vez al año para titular o cónyuge</b>	No Aplica	No Aplica		USD 30.00			
<b>Antígeno Prostático para titular (Hombre mayor de 40 años)</b>	No Aplica	No Aplica		USD 30.00			
<b>Mamografías (Mujer mayor de 40 años)</b>	No Aplica	No Aplica		USD 30.00			
<b>Chequeo Optométrico una vez al año</b>	No Aplica	No Aplica		USD 30.00			
<b>Coberturas de Cristales Ópticos (vía reembolso)</b>	No Aplica	No Aplica		USD 30.00		USD 40.00	
<b>Vasectomía dentro o fuera de otra cirugía al 100% hasta</b>	No Aplica	No Aplica		USD 250.00		USD 350.00	
<b>Ligadura de Trompas dentro o fuera de otra cirugía al 100%</b>	No Aplica	No Aplica		USD 250.00		USD 350.00	



80/20



Gold



Platinum



Black

DEDUCIBLES					
<b>Deducible Anual Hospitalario</b>	USD 65.00	No Aplica			No Aplica
<b>Evento Hospitalario Hospital Alcívar</b>	No Aplica	USD 30.00	USD 40.00	USD 50.00	No Aplica
<b>Evento Ambulatorio Otros Prestadores de la Red Guayaquil y Quito</b>	No Aplica	USD 30.00	USD 40.00	USD 50.00	No Aplica
<b>Evento Hospitalario Otros Prestadores de la Red Guayaquil y Quito</b>	No Aplica	USD 60.00	USD 80.00	USD 100.00	No Aplica
<b>Deducible Anual por Persona por Contrato</b>	No Aplica			USD 70.00	USD 100.00 USD 150.00
ORDENES DE ATENCIÓN					
<b>Consulta Médica</b>	20%	USD 6.00			No Aplica
<b>Medicamentos</b>	No Aplica	USD 6.00			No Aplica
<b>Consulta con Médicos Especialistas</b>	No Aplica	USD 12.00			No Aplica
<b>Exámenes Básicos de Laboratorio, Imágenes, Terapias de Rehabilitación Y Respiratorias.</b>	No Aplica	USD 10.00			No Aplica
<b>Exámenes Especiales de Laboratorio e Imágenes y Procedimientos</b>	No Aplica	USD 20.00			No Aplica
<b>Procedimientos Básicos</b>	No Aplica	USD 15.00			No Aplica