



Salud



Copago y Deducible Hospitalario


miSALUD
Copago y Deducible Hospitalario
Cobertura 100%



Olvídate de los copagos y deducibles hospitalarios, al adquirir este Plan con el aporte de una cuota mínima al mes y tu póliza de Gastos médicos Menores esta cubierta al 100%.

Este plan aplica si tienes una póliza de Gastos Médicos Menores miSALUD o similares de cualquier otro proveedor de seguros.

COSTO NETO MENSUAL
(No Incluye Impuestos de Ley)

TITULAR SOLO	\$ 2,45
TITULAR + UNO	\$ 4,92
TITULAR + FAMILIA	\$ 8,40

Cotizar es muy fácil

Si aún no has cotizado este plan, Ingresa a nuestro cotizador, sigue las instrucciones y agrega a todas las personas que deseas cubrir con el **Copago y Deducible Hospitalario**

CLICK PARA COTIZAR

info@serinco.com.ec

PBX: +593 7 288 2900 Ext: 6302

Cel.: +593 99 974 5384

TABLA DE BENEFICIOS

NOMBRE DEL PLAN	PLANTILLA MASIVO HOSPITALARIO
TIPO DE PLAN	MASIVO
MODALIDAD	MIXTA
TIPO DE DEDUCIBLE	ANUAL POR PERSONA
VALOR DEL DEDUCIBLE	N/A
MONTO MÁXIMO DE COBERTURA (POR INCAPACIDAD POR PERSONA)	\$ 2.500 EN HOSPITALARIO
TARIFARIO	MC GRAW HILL

COBERTURAS						
PRESTACIONES SANITARIAS	RED CERRADA			RED ABIERTA		
	COPAGO	SUB- LÍMITES/ TOPES MÁXIMO DE COBERTURA	CARENCIA	COPAGO	SUB- LÍMITES/ TOPES MÁXIMO DE COBERTURA	CARENCIA

COBERTURA HOSPITALARIA						
Atención Hospitalaria	100%	Hasta \$ 2.500	0 días	100%	Hasta \$ 2.500	0 días
Hospitalización en Unidad de Cuidados intensivos	100%	Hasta \$ 2.500	0 días	100%	Hasta \$ 2.500	0 días
Máximo de días por hospitalización	Sin límite de días			Sin límite de días		
Honorarios Médicos	100%	Hasta \$ 2.500	0 días	100%	Hasta \$ 2.500	0 días
Laboratorio	100%	Hasta \$ 2.500	0 días	100%	Hasta \$ 2.500	0 días
Imagen	100%	Hasta \$ 2.500	0 días	100%	Hasta \$ 2.500	0 días
Medicamentos	100%	Hasta \$ 2.500	0 días	100%	Hasta \$ 2.500	0 días
Honorarios Cirujano	100%	Hasta \$ 2.500	0 días	100%	Hasta \$ 2.500	0 días
Trasplante de órganos vitales, para donante y receptor	100%	Hasta \$ 2.500	0 días	100%	Hasta \$ 2.500	0 días

PROHIBICIONES A LAS EXCLUSIONES

Tratamiento de métodos anticonceptivos no quirúrgicos, debidamente prescritos por un médico	100%	Hasta \$ 20	0 días	100%	Hasta \$ 20	0 días
Cobertura de condiciones de salud que sea consecuencia de accidentes y/o enfermedades por uso de drogas, estupefacientes, embriaguez, alcoholismo y lesiones debido a trastornos de la salud mental, estado de demencia incluso resultantes por intento de suicidio	100%	Hasta \$ 50	0 días	100%	Hasta \$ 50	0 días
Fórmulas alimenticias medicadas, siempre y cuando la enfermedad obligue su utilización y sea prescrito por un médico	100%	Hasta \$ 20	0 días	100%	Hasta \$ 20	0 días
Pruebas de sensibilidad y tratamientos inmunológicos en general, siempre y cuando hayan sido prescritos por un profesional	100%	Hasta \$ 20	0 días	100%	Hasta \$ 20	0 días
Tratamientos y/o procedimientos para problemas de malnutrición, como cualquier incapacidad	100%	Hasta \$ 20	0 días	100%	Hasta \$ 20	0 días

COBERTURAS OBLIGATORIAS

Enfermedades crónicas, raras y catastróficas, preexistentes declaradas	100%	Hasta \$ 2.500	0 días	100%	Hasta \$ 2.500	0 días
Enfermedades crónicas, raras y catastróficas, sobrevenientes a la contratación:	100%	Hasta \$ 2.500	0 días	100%	Hasta \$ 2.500	0 días
Otras que determine la autoridad Sanitaria Nacional?	100%	Hasta \$ 2.500	0 días	100%	Hasta \$ 2.500	0 días

RESUMEN DEL CONTRATO

Afiliación

Titulares, desde los 18 años, sin límite de ingreso y permanencia

Se consideran elegibles a la fecha de emisión de éste contrato, los residentes en el Ecuador como titulares. Podrán ser considerados como beneficiarios de un plan o programa de servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros con cobertura de asistencia médica, toda persona, que tenga con el solicitante relación contractual.

Para nuevos ingresos el cliente mantiene los periodos de carencia designados en su plan y para la cobertura de enfermedades preexistentes y congénitas declaradas, en caso de existir, como beneficio para el afiliado Confiamed definirá el tiempo de carencia para ellas hasta máximo 24 meses. Entiéndase por enfermedad preexistente toda patología o desorden en la condición de salud que haya sido diagnosticada y/o tratada antes del inicio de vigencia del contrato del afiliado.

Movimientos

Los movimientos de inclusiones, exclusiones y actualizaciones deberán ser entregados hasta el día 25 de cada mes, para la vigencia primero y hasta el 10 para vigencia quince, para ello la información debe ser presentada de acuerdo a los requerimientos realizados por CONFIAMED. Los cambios de plan aplican únicamente a la renovación del contrato.

La cuota o aportación deberá ser cancelada hasta el (5to) quinto día hábil posterior a la recepción de la factura electrónica.

Transcurridos los treinta (30) días de mora se procederá a la suspensión del servicio y a los noventa (90) días de mora, se procederá a la cancelación del contrato si la compañía lo dispone. No se cubrirá gastos incurridos durante el periodo que el afiliado se encuentre en mora.

En caso de desafiliaciones o terminación del contrato, el plazo para la presentación de documentación para reembolso es de noventa (90) días posteriores a la desafiliación, las fechas de incurrancia deben encontrarse dentro del periodo de afiliación y bajo las condiciones de la misma.

Liquidación:

- La presentación de documentos para reclamo (incluido reingresos) es de noventa (90) días a partir de la fecha de incurrancia.

- Para procesar el pago de prestaciones la documentación debe estar completa, y desde ese momento transcurrirá los cinco (5) días laborables para el pago.

Modificación de tarifas: En caso de renovación del contrato, las tarifas podrán ser reajustadas de acuerdo a la evolución de los costos en materia de salud en el país, la siniestralidad del contrato y considerando la edad de los beneficiarios. Estas modificaciones eventuales serán informadas al afiliado y/o contratante, mediante documento enviado por la Compañía. En ningún caso la revisión o el incremento del precio podrá basarse en siniestralidad individual y deberá ser aprobado por el organismo competente En los planes empresariales, grupales y corporativos, la revisión del precio se realizará de común acuerdo entre las partes.

Se realizara revisión anual de siniestralidad si ésta supera el máximo pactado por las partes del 60%, y los reajustes serán informadas al afiliado y/o contratante, mediante documento enviado por CONFIAMED a la última dirección registrada.

Para efecto de la aplicación del reajuste por siniestralidad, se entiende por siniestralidad la comparación entre cuotas pagadas por afiliación, sin contar impuestos, contribuciones y devoluciones, con los valores pagados por prestaciones contratadas.

Se realizará monitoreo mensula de cumplimiento de la proyección de colocación, en caso de no cumplirse la misma, Confiamed se reserva el derecho de re-cotizar la cuenta

EXCLUSIONES GENERALES EL CONTRATO GENERAL



miSALUD

Copago y Deducible Hospitalario
Cobertura 100%



ASESORES PRODUCTORES DE SEGUROS

CUENCA

e-mail: info@serinco.com.ec
PBX: 07 281 6981 ext 6302

www.serinco.com.ec



GUAYAQUIL

Av. Miguel H Alcívar Mz 506 y Victor Hugo Sicouret,
Edificio Torres del Norte Piso 3 PBX: (593-4) 2687015

QUITO

Av. República E37-55mbre y Martin Carrión
Edificio BGR piso 9-10
PBX: (593-2) 3932300

CUENCA

Isabel la Católica y Francisco de Quevedo esq.
PBX: (593-7) 413 55 10

www.confiamed.com



/ConfiamedEcuador



/Confiamed_SA