

BANCO DE PREGUNTAS NUEVOS PLANES STAR SKY PRO

COBERTURA HOSPITALARIA

1. **¿El monto cobertura de cuarto y alimento que es de \$250 en el Plan Pro150 alcanza para las clínicas?**
Este monto es suficiente para habitación privada / semiprivada / estándar conforme a las negociaciones realizadas por parte de Saludsa con las clínicas que pertenecen a la Red Pro.
2. **¿En Guayaquil el Omni Hospital sigue con crédito en urgencias en los planes Pro? ¿En los planes actuales si aplica?**
En los planes individuales actuales no hay crédito de urgencias ambulatorias, los nuevos planes tienen la misma condición.
3. **¿En el Plan Pro, si el médico no es de la red pero el hospital si es de la Red como aplica la cobertura?**
Los servicios hospitalarios se cubren al 100% pero los honorarios médicos se cubren al 80% en el Pro150K y al 90% en el Pro500K.
4. **¿En el Plan Sky, en una hospitalización, si el médico y el hospital no forman parte de la red cual sería la cobertura?**
70% es la cobertura hospitalaria de libre elección en el Sky.
5. **¿En el mismo plan Sky en una hospitalización, si el médico es de la red y el hospital no?Cuál es la cobertura?**
La cobertura sería 100% Honorarios Médicos y 70% Servicios Hospitalarios.
6. **¿En el Plan Star puedo acceder a hospitalización libre elección?**
En los planes Star solo aplica cobertura en Hospitales y con médicos de la Red Star.
7. **¿Las Clínicas Kennedy tienen convenios con los médicos?**
En emergencia y urgencia cuando el medico es parte del staff y esta al llamado se toma como en convenio.
8. **¿Cuando un cliente accede a la opción del deducible hospitalario, eso se resta de la parte del deducible?**
El deducible hospitalario aplica únicamente para temas hospitalarios.
9. **¿Aplica coordinación de beneficios en el deducible hospitalario?**
Si aplica coordinación de beneficios para la parte hospitalaria.
10. **¿En la Red Latam la cobertura es adicional al monto?**
Aplica el mismo monto de cobertura del plan ya sea 150K o 500K según el plan contratado y con los % de red cerrada de la tabla de coberturas, aplica únicamente en los planes Pro.
11. **¿Qué deducible aplica en la Red Latam?**
En la Red Latam aplica el mismo deducible del plan contratado, si solo tomo deducible base aplica dicho deducible, y en el caso de haber tomado un deducible opcional, de igual manera aplica el mismo deducible opcional.
12. **¿Porque tienen un asterisco ciertos hospitales en la red Star?**
En la Red Star en ciertos hospitales se les ha colocado un *, esto se da porque se ha logrado una negociación especial y los mismos acceden a la Red con un porcentaje menor de cobertura (10% menos), sin embargo son hospitales valorados por los clientes.

13. ¿Qué vigencia tienen las redes?

Las redes se negocian y se renuevan anualmente, es por esto que legalmente deben tener una vigencia, sin embargo la idea es renovar siempre los mismos hospitales y complementar y mejorar las redes.

14. ¿Cómo aplica la red libre elección en la parte hospitalaria? Debe pagar y enviar bajo reembolso? ¿o Como aplica?

Cuando el hospital no es parte de la red, aplica libre elección (aplica en planes Pro y Sky), sin embargo si el hospital no está en red y tenemos convenio como Saludsa con el hospital si aplicaría la modalidad de crédito, caso contrario sería bajo reembolso, siempre coordinado con Dr. Salud.

15. ¿En el plan Sky voy a un hospital que no es parte de la red, pero aplica libre elección, es crédito o reembolso?

Si el hospital tiene convenio con Salud (en otra red) aplicaría crédito, si no tiene convenio aplica bajo reembolso, siempre coordinado con Dr. Salud.

16. ¿Qué pasa si un cliente tiene el plan Sky y se va a operar en un hospital fuera de la red y su médico no es parte de la red de ese plan? ¿Qué cobertura tendría?

La cobertura que tendría es: honorarios médicos y servicios hospitalarios al 70% (como libre elección) y también tiene cobertura para las consultas pos hospitalarias con un monto tope de \$400 y valor de arancel de consulta tope \$40.

17. ¿Terapia intensiva es al 100%, Hay algún monto tabla o máximo?

Aplica el % de cobertura hospitalario correspondiente según el plan contratado

18. ¿La cobertura del acompañante en hospitalización hay algún límite o es ilimitada? ¿Que cubre?

No hay un límite de edad, tiene un tope por día y con un máximo de días y la cobertura es para la cama de acompañante

COBERTURA AMBULATORIA**19. ¿En el caso de médicos de la Red que no son de Centros Médicos, siguen aplicando las Odas?**

Si aplican, el cliente puede validar los médicos de la red y verificar si el médico está afiliado a la red de su plan y accede al beneficio.

20. ¿Cuántas Odas se tiene por contrato y por beneficiario?

Ilimitadas.

21. ¿Cuál es el monto de cobertura para terapias en libre elección?

Solo aplica en planes Pro, en el 150K el monto es \$30 y en el de 500K el monto es \$40

22. ¿Cuál es el monto de cobertura para terapias en Red Pro, Sky y Star?

Es indistinto para el cliente, ya que son negociaciones internas con los prestadores de la red

23. ¿Cuáles son los fees de consulta de centros médicos y médicos particulares en plan Star 15K?

Desde \$2 hasta \$8,5 depende del centro médico, el cliente puede consultar los fees al agendar por medio del app/portal. En médicos particulares es el valor de copago respecto al valor de consulta del médico, el cliente puede consultar los fees en el app/portal menú médicos particulares.

24. ¿Cuáles son los fees de consulta de centros médicos y médicos particulares en plan Star 30K?

Desde \$2 hasta \$5,5 depende del centro médico, el cliente puede consultar los fees al agendar por medio del app/portal. En médicos particulares es el valor de copago

respecto al valor de consulta del médico, el cliente puede consultar los fees en el app/portal menú médicos particulares.

25. ¿Cuáles son los fees de consulta de centros médicos y médicos particulares en plan Sky 70K?

Desde \$2 hasta \$6 depende del centro médico, el cliente puede consultar los fees al agendar por medio del app/portal. En médicos particulares es el valor de copago respecto al valor de consulta del médico, el cliente puede consultar los fees en el app/portal menú médicos particulares.

26. ¿Cuáles son los fees de consulta de centros médicos y médicos particulares en plan Pro 150K?

Desde \$2 hasta \$6 depende del centro médico, el cliente puede consultar los fees al agendar por medio del app/portal. En médicos particulares es el valor de copago respecto al valor de consulta del médico, el cliente puede consultar los fees en el app/portal menú médicos particulares.

27. ¿Cuáles son los fees de consulta de centros médicos y médicos particulares en plan Pro 500K?

Desde \$2 hasta \$6 depende del centro médico, el cliente puede consultar los fees al agendar por medio del app/portal. En médicos particulares es el valor de copago respecto al valor de consulta del médico, el cliente puede consultar los fees en el app/portal menú médicos particulares.

28. ¿Las cirugías que son consideradas como hospital del día, que tipo de deducible aplica?

Aplica un deducible Ambulatorio.

29. ¿Las terapias ahora tienen cobertura de 30 de cada tipo, en caso de requerir más, se hace excepción?

No, por lo mismo se amplió la cantidad de terapias.

30. ¿Consultas pos hospitalarias si tienen cobertura en el plan SKY?

Si aplica cobertura según condiciones de la Tabla de coberturas.

31. ¿Existe vademécum para la medicina no continua y medicina continua en red cero deducible?

Si existe vademécum.

32. ¿Existe algún tipo de restricción en la compra de medicina de marca o genérica?

El vademécum.

33. ¿Luego de pasar los montos de preexistencia y de carencia, aplica cero deducible en red PRO?

En la Red si aplica en consultas médicas, exámenes, medicina no continua y terapias.

34. ¿Qué es medicina continua?

Son las medicinas recetadas por un profesional de la salud, de uso periódico y por tiempo indefinido o que requiera ser usado para el control de una enfermedad con la cual el paciente convive de por vida

35. ¿Qué es medicina no continua?

Son las medicinas recetadas por un profesional de la salud, para el tratamiento de una enfermedad por un tiempo limitado.

36. ¿Cómo se determina si es medicina continua o no continua?

Basado en el principio activo de cada medicina hay una clasificación médica en continua o no continua

37. ¿Quimioterapia es medicina continua o no continua?

Es medicina continua y el % de cobertura se da acorde al tipo de colocación de la medicación (ambulatorio, hospital del día, hospitalario).

38. ¿Terapias de lenguaje no se cubren si no son de base orgánica?

La enfermedad que origina la pérdida del habla debe tener cobertura en el plan, si es producto de un tema psicológico debe ser una enfermedad de base orgánica.

39. ¿Hospital del día - tiene cobertura la quimioterapia?

Si tiene cobertura.

40. ¿Cuánto es el monto tope de consultas médicas?

Solo aplica en planes Pro, en el 150K el monto es \$55 y en el de 500K el monto es \$70.

41. ¿Otras terapias alternativas a la Fisioterapia (ejemplo ondas de choque), también se va a cubrir?

Ondas de choque no son terapias, es tratamiento/procedimiento y se cubrirá si tiene pertinencia médica y si el prestador cumple los requisitos de habilitación.

42. ¿Cuál es la tabla arancel para las consultas de medicina natural?

Star15 y Star30 hasta \$25, Sky70 hasta \$40, Pro150K hasta \$55 y Pro500K hasta \$70.

43. ¿Cuáles son los Médicos no certificados o no acreditados?

La acreditación es un proceso de aval del certificado de tercer nivel o especialidad del médico por parte del Ministerio de Salud, y esta entidad debe haberle otorgado un permiso de funcionamiento.

44. ¿Cero deducible también aplica para las consultas médicas con los doctores particulares que se encuentran dentro de la red?

Si, aplica cero deducible en centros médicos y también médicos particulares, los médicos particulares que pertenecen a la red si aplica cero deducible.

45. ¿Si quiero usar un médico de la guía médica general de los planes tradicionales, pero el médico no es parte de la red de mi plan, puedo usar oda?

La cobertura aplica para los médicos que están en la red, si no están en la red no tiene cobertura, con excepción del plan Pro que tiene cobertura ambulatoria libre elección.

46. ¿En un plan Sky, mi médico no es afiliado por ende no tengo cobertura, que pasa si este médico me envía exámenes y medicamentos?

En ese caso tengo cobertura de los exámenes y medicamentos y puedo acceder al beneficio cero deducible.

MATERNIDAD**47. ¿En la cobertura de maternidad si un cliente toma deducible hospitalario, la maternidad aplica deducible?**

Si, en la parte hospitalaria aplica el deducible que tomo.

48. ¿Si un cliente requiere cobertura al 100% de la maternidad no le sirve este plan?

Este plan tiene montos específicos para maternidad, si requiere hasta el tope del plan se puede comercializar los planes sin deducible.

49. ¿La maternidad es por evento o por año?

La maternidad es por evento.

50. ¿Inclusión Intrauterino desde cuándo aplica?

Desde la semana 12 hasta la semana 28.

51. ¿Si una cliente queda embarazada antes de los 45 días puede hacer la inclusión prenatal para su bebe?

Inclusión Intrauterino aplica solo en maternidades cubiertas.

- 52. ¿Para maternidades en curso aplican paquetes de maternidad?**
Si aplican.
- 53. ¿Para maternidades en período de carencia aplica paquetes de maternidad?**
Si aplican.
- 54. ¿La carencia de maternidad es desde la última menstruación o desde la contratación del plan?**
La carencia de maternidad aplica desde la Fecha de la última menstruación.
- 55. ¿Cómo funciona el tiempo de carencia en una inclusión Intrauterino, puntualmente en caso de que él bebe sea prematuro?**
Aplican las carencias de recién nacido con inclusión Intrauterino, según las condiciones del anexo, en este caso las carencias son 30 días ambulatorio y 90 días hospitalario.

DEDUCIBLES

- 56. ¿Si un cliente tiene un plan con deducible de \$150 ambulatorio y ya lo superó pero tiene un deducible de \$1.500 hospitalario, se restan estos \$150 o tiene que superar también de manera hospitalaria todos los \$1.500?**
Cuando el cliente escoge un deducible hospitalario opcional, el deducible base queda para la parte ambulatoria, y son independientes los 2 deducibles.
- 57. ¿Los deducibles son independientes, y son por año y por persona?**
Los deducibles son por año y por persona, y son independientes.
- 58. ¿En qué momento el cliente supera el deducible ambulatorio, Ya que sin necesidad de superar el deducible acceden al copago directamente o en qué tipos de procedimientos nomas copaga sin superar el deducible?**
El deducible ambulatorio lo va a superar con medicina continua y hospital del día.
- 59. ¿En el plan pro150k el deducible es anual o por eventualidad?**
En todos los planes nuevos el deducible es anual por persona.
- 60. ¿El deducible hospitalario es por eventualidad es decir por cada vez que este hospitalizado o es por todas las hospitalizaciones?**
Aplica una vez al año para todas las hospitalizaciones.
- 61. ¿Los deducibles el cliente lo asume con el reembolso o tiene que pagarlos en alguna cuenta mediante reembolso?**
Se van deduciendo cuando el cliente va realizando los reembolsos.

SERVICIOS ADICIONALES

- 62. ¿Los nuevos planes tienen incluido Exequial sin costo?**
No viene incluido, el cliente lo puede incluir con costo adicional.
- 63. ¿Los nuevos planes tienen incluido Segunda Opinión Médica?**
No viene incluido, el cliente lo puede incluir con costo adicional ya sea el de la Cun o el de Houston.
- 64. ¿Los beneficios adicionales que incluye sin costo son para titular o para todos los beneficiarios?**
Aplican para todos los beneficiarios.
- 65. ¿Puedo incluir los servicios de los otros planes, Dental, Muerte Accidental, Vida, Desempleo, etc.?**
Si es posible incluirlos con costo adicional, y teniendo en cuenta las condiciones de contratación de cada uno de ellos.

- 66. ¿En un Plan Star puedo tomar el Saludsa Travel?, sería únicamente el de 25k y el de 50k?**
Si para los Star aplica Travel de 25k y 50k.
- 67. ¿Aplica la venta de todos los servicios adicionales disponible en el catálogo?**
Si aplican, teniendo en cuenta las condiciones de cada uno de ellos.

EMERGENCIA

- 68. ¿La emergencia, urgencia con carencia de 24 horas la modalidad de financiamiento es vía reembolso o vía crédito?**
En red cerrada y dentro de los prestadores afiliados, emergencia y urgencia hospitalaria normalmente es vía crédito, solo en casos donde se deba revisar preexistencias, exclusiones u otros, el mecanismo es reembolso. En las urgencias y emergencias ambulatorias es por medio de reembolso.
- 69. ¿En Emergencia los médicos se deben adaptar a los honorarios del hospital?**
Siempre y cuando sean médicos del staff que están al llamado.
- 70. ¿Cómo aplica la emergencia con los médicos que no estén en la red del plan contratado?**
Los honorarios médicos de los médicos que no están en la red se tomara la cobertura de libre elección en los planes que aplique, en los planes Star que son cerrados se tomará como referencia los aranceles tope del plan para dar la cobertura.
- 71. ¿Qué pasa si un cliente tiene una urgencia y tiene un plan de red cerrada pero debe atenderse en un hospital que no está en la red? ¿Tendría cobertura? ¿En qué condiciones?**
En urgencia no tendría ninguna cobertura en planes red cerrada. La EMERGENCIA es una cobertura que debemos dar incluso fuera de la red, por tratarse de riesgo inminente para la vida del cliente, en este caso el cliente debe irse al hospital más cercano, tendrá cobertura con los mismos % de la red y con valores de aranceles del plan.
- 72. ¿En la cobertura bajo condiciones especiales, indica emergencia y urgencia médica en caso de exclusiones, preexistencias y hospitalizaciones en periodo de carencia como aplica?**
Esas son coberturas que no las deberíamos dar, ya que son exclusiones, preexistencias u hospitalización en carencia, sin embargo hemos incluido un monto para cobertura en esas condiciones.

VARIOS

- 73. ¿En tiempos de carencia tendrán opción a consultas de Telemedicina? Los planes actuales sí la tienen**
Acceden a 1 consulta en período de carencia sin costo, a partir de la segunda tiene costo.
- 74. ¿Se puede seguir comercializando los planes actuales?**
Si se pueden seguir comercializando hasta que haya una nueva disposición
- 75. ¿Dónde se puede consultar los médicos que le corresponde a cada plan?**
Las pueden consultar en los siguientes links:
<https://www.saludsa.com/personas/red-star>
<https://www.saludsa.com/personas/red-sky>
<https://www.saludsa.com/personas/red-pro>

- 76. ¿Saludsa sube los precios por siniestralidad?**
No, Saludsa incrementa tarifas de acuerdo a la inflación y es el mismo % para toda la cartera.
- 77. ¿El fee administrativo de los reclamos va a seguir cobrándose?**
Si es un valor que se seguirá cobrando.
- 78. ¿Los descuentos que indicas cuando ingresan menor con un adulto, etc, Automáticamente ya está aplicando en el Sales o se tiene que aplicar algún código o cupón?**
Se calcula automáticamente en el Sales.
- 79. ¿Las ligaduras y vasectomía sería así mismo siempre y cuando por alguna enfermedad lo requiera?**
No es necesario que sea por una enfermedad
- 80. ¿Se cambia el contrato o únicamente los anexos de los planes?**
Cambia el contrato y los anexos.
- 81. ¿En la cobertura de obesidad cual es la cobertura?, cirugía bariátrica, balón gástrico, o que cobertura aplica. Adicional se entiende obesidad si supera IMC del 40%?**
Aplica toda la atención médica requerida para la obesidad tanto ambulatoria como hospitalaria, y es previa validación de Auditoría Médica.
- 82. ¿Se pueden comercializar los planes nuevos como Grupales?**
Por el momento solo se permite ventas por Sales es decir, no aplica contratos físicos, en cuanto esté disponible se informará.
- 83. ¿Aplican los descuentos por forma de pago igual que todos los productos individuales?**
De la misma manera que los productos que manejamos actualmente.
- 84. ¿Está previsto que los clientes de planes tradicionales migren a estos nuevos planes?**
Próximamente y lo hará Salud, no la FFVV.
- 85. ¿Hay un servicio de red sin deducible también se puede incluir?**
No es necesario, ya que en los planes nuevos incluye cero deducible incluye y sin costo adicional.
- 86. ¿Las coberturas con por enfermedad anual en los 3 planes?**
Si, las coberturas son anual por enfermedad en todos los planes nuevos.
- 87. ¿La cobertura de consulta de odontología en el embarazo aplica al reembolso? ¿es libre elección?**
Aplica libre elección.
- 88. ¿Estos planes viene incluido Vitality?**
Sí, todos incluyen Vitality Full.
- 89. ¿En todos estos planes, pueden ir niños solos?**
Si, en todos los planes.
- 90. ¿La declaración de preexistencias se mantiene?**
Si, se mantiene la misma que tenemos actualmente.
- 91. ¿Estos planes se van a comercializar en provincias?**
Por el momento Quito y Guayaquil, próximamente en provincias.
- 92. ¿Una duda referente a la red abierta, se refiere a la libre elección o al uso en un prestador de nivel superior?**
Red Abierta es libre elección.
- 93. ¿En el ejemplo de servicios hospitalarios máximo hasta \$150.000 y Honorarios Médicos hasta \$150.000, la suma de los dos tiene el tope de \$150.000 por enfermedad? o tendría \$300.000 (\$150k+ \$150k)?**

- El monto es 150.000 por enfermedad, para una enfermedad el tope es \$150.000.
- 94. ¿En cuanto al beneficio de odontología por accidente, con que prestador tienen el beneficio de red cerrada?**
No se tiene un prestador en red cerrada, por eso aplica libre elección.
- 95. ¿La cobertura para la cirugía bariátrica tendrá condiciones específicas de cobertura por ejemplo el IMC?**
Esta cobertura aplica bajo una evaluación de Auditoría Médica.
- 96. ¿En zapatos ortopédicos indica copago 0% que prestador nos dará el servicio o se va a manejar por reembolso?**
Este beneficio se manejará bajo reembolso.
- 97. ¿Cómo van a saber si el cliente no era obeso antes del plan? Existe carencia para la bariátrica?**
La pertinencia y condición de preexistencia se da mediante una evaluación médica, la obesidad es un proceso de años de evolución de la enfermedad. La carencia para la cobertura es la indicada en el anexo.
- 98. ¿Fórmulas alimenticias medicadas, se refiere solo a leche medicada o también puede incluir suplementos alimenticios tipo ensure?**
La cobertura es solo para formulas alimenticias, no para suplementos (estos son una exclusión en el contrato).
- 99. ¿En una hospitalización por ligadura por ejemplo va a aplicar el deducible hospitalario?**
Depende si es hospital del día u hospitalario, según la condición aplicará el deducible.
- 100. ¿La cobertura por enfermedad cómo la aplicaríamos en el caso de que por ejemplo un paciente ingrese por Neumonía y por gastroenteritis, son dos montos máximos o lo aplicamos por ingreso o evento hospitalario?**
Aplica un monto para Neumonía y otro monto para Gastroenteritis
- 101. ¿Los no cubiertos tendrán cobertura?**
Los no cubiertos que permaneces son los que están reaccionados con exclusiones del contrato
- 102. ¿Nutrición, enfermedades de psicología y psiquiatría es bajo reembolso?**
Si son beneficios que aplican bajo reembolso.
- 103. ¿Cómo podemos validar los médicos que están dentro de la red cerrada de cada plan?**
En el app y en la web cada cliente accede a su plan y tiene acceso a ver los médicos de la red de su plan
- 104. ¿Los planes van a regirse al protocolo IMED para la cobertura de exámenes en los centros afiliados?**
Si, se van a regir al protocolo IMED
- 105. ¿Los nuevos planes tienen habilitado mediquo?**
Si tienen mediquo, se está en proceso de habilitación del servicio en el app.
- 106. ¿El nivel de prestadores ahora en base a que tabla de atención es Harvard o McGraw Hill?**
Nos manejamos con la tabla Saludsa Plus.

POLITICAS

- 107. ¿Clientes de planes anteriores pueden migrar a los nuevos planes?**
No existe, por el momento no hay migración y los planes se deben utilizar para ventas nuevas, no para cartera.