



**CONDICIONES RENOVACIÓN SEGURO PRIVILEGIO
PERÍODO MARZO 2025 FEBRERO 2026
PÓLIZA SOCIOS**



COBERTURAS	SOCIOS
Máximo por incapacidad por persona	25.000,00
Límite de preexistencias declaradas para nuevas inclusiones	5.000,00
Deducible año póliza Ambulatorio y Hospitalario	150
Revisión de siniestralidad	Anual
Período de presentación de reclamos	90 días
Período de reingreso de reclamos	90 días
PERÍODO DE CARENCIA PARA NUEVAS INCLUSIONES	
Ambulatorio	30 días
Hospitalario	90 días
Maternidad	60 días
Enfermedades preexistentes declaradas cobertura ambulatoria	30 días
Enfermedades preexistentes declaradas cobertura hospitalaria	90 días
Enfermedades preexistentes a causa de una discapacidad para nuevas inclusiones, calificadas por el organismo pertinente	90 días
Emergencias y/o urgencias medicas	24 horas
ARANCEL	
Tarifario para honorarios médicos	Hospital Metropolitano
Valor de punto: Factor de conversión para honorarios médicos con deducible y copago	Valor del punto actual del hospital metropolitano
Valor de prestaciones Precios Hospital Metropolitano COSTOS VIGENTES	Valor del punto actual del hospital metropolitano
ATENCIÓN HOSPITALARIA PROFESIONAL	
Máximo de días por hospitalización	Sin Limite
Cuarto y Alimento al 100% sin deducible sin límite de días	200,00
Terapia Intensiva sin límite de días con aplicación de deducible	80%
Hospitalización red direccionada bajo modalidad cerrada, con aplicación de deducible (incluye consultas psiquiátricas)	80%
Hospitalización modalidad cerrada BAJO CREDITO, con aplicación de deducible	80%
Hospitalización modalidad abierta BAJO REEMBOLSO, con aplicación de deducible (incluye consultas psiquiátricas)	80%
Garantía para crédito hospitalario	CON GARANTIA
Cama de acompañante y dieta al 100% diario, sin límite de edad	100,00
ATENCIÓN AMBULATORIA PROFESIONAL	
Cobertura ambulatoria en centros de la red direccionado	80%
Consultas médicas preautorizadas en todas las especialidades en centros de atención Médica valor copago	VERIS, USFQ y METRORED 15 USD Resto de Proveedores 10 USD
Procedimientos de especialidad en Red preferida a nivel nacional, con aplicación de deducible, bajo reembolso	80%
Tope de Consulta médica ambulatoria a nivel nacional	60,00
Médico A domicilio, valor copago	10,00
Cobertura ambulatoria modalidad cerrada	80%
Cobertura ambulatoria modalidad abierta, con aplicación de deducible	80%
Atención de emergencia o urgencia ambulatoria, por accidente al 100% sin aplicación de deducible.	1.500,00
El exceso de los gastos médicos por emergencia, se cubrirá dentro y fuera de la red, con aplicación de deducible.	Como cualquier incapacidad
Terapia de lenguaje, física, cardíaca y respiratoria dentro y fuera de la red hasta:	700,00 al año por tipo de terapia
Cobertura medicina alternativa libre elección con aplicación de deducible, 20 consultas (\$60 c/u) hasta	60,00
Tarifa cero dentro de la red	De acuerdo a lineamiento del Ministerio de Salud Pública
COBERTURA MEDICINAS	
Cobertura de medicinas mediante crédito o vía reembolso (genéricas y de marca)	80%
Cobertura de medicinas modalidad cerrada crédito en nuestros prestadores modalidad cerrada.	80%
Cobertura de medicinas por reembolso con aplicación de deducible.	80%
ATENCIÓN PREHOSPITALARIA AL 100%	
Ambulancia área, fluvial, vía reembolso sin aplicación de deducible.	2.200,00
Ambulancia terrestre modalidad cerrada	300,00
Ambulancia terrestre modalidad abierta	300,00
AYUDAS TÉCNICAS	
Cobertura de zapatos y marcas ortopédicas, medicamentos justificados al 100% sin deducible, máximo un par al año hasta	100,00
Alquiler y/o compra y/o reemplazo de aparatos y dispositivos ortopédicos (férulas, cuellos ortopédicos, rodilleras, cabestrillos) y órtesis para titulares y dependientes medicamente necesarios al 100% sin deducible hasta	300,00
Alquiler y/o compra y/o reemplazo de muletas y silla de ruedas, para reestablecer la funcionalidad por una lesión a consecuencia de un diagnóstico.	500,00
Alquiler y/o compra de equipos médicos duraderos para titulares y dependientes, al 100% sin aplicación de deducible monto tope por uno o varios equipos hasta	200,00
Cobertura de medias elásticas, sin aplicación de deducible al 100% hasta	200,00
Prótesis quirúrgicamente necesarias, no se cubren recambios y/o reemplazos medicamente necesarios, cobertura para titulares y dependientes, monto tope por una o varias prótesis.	3.000,00
Prótesis, implantes no dentales, lentes intraoculares y marcapasos al 80% una vez al año, únicamente para titulares sin aplicación de deducible hasta 3000 USD.	3.000,00
BENEFICIOS ADICIONALES	



CONDICIONES RENOVACIÓN SEGURO PRIVILEGIO
PERÍODO MARZO 2025 FEBRERO 2026
PÓLIZA SOCIOS



Coberturas de vitaminas y alérgenos siempre y cuando sean parte de un diagnóstico cubierto por prescripción médica.	Como cualquier incapacidad
Cobertura internacional por emergencia vía reembolso, a costos nacionales	80%
Cobertura de audífonos una vez al año, medicamente necesarios, al 100% sin aplicación de deducible	200,00
Cristales ópticos al 100% para titular, no en chequeos masivos.	70,00
Extracción de terceros molares sin aplicación a deducible al 100%, monto tope por molar.	120,00
Pap test y consulta médica una vez año solo para titulares y dependientes cónyuges al 100% sin deducible.	90,00
Examen de mamografía una vez al año solo para titulares y cónyuges, al 100% sin deducible.	90,00
Examen de antígeno prostático y consulta médica una vez al año solo para titulares y cónyuges, al 100% sin deducible.	90,00
Cobertura de ligadura no necesariamente después del parto y vasectomía.	Como cualquier incapacidad
Control de natalidad no definido, límite anual para titular y cónyuge al 100% hasta	20,00
Cobertura integral de trasplante. (donante y receptor)	25.000,00
Cuidados paliativos y/o de largo plazo domiciliarios o no domiciliarios al 100% cuadro cerrado 80% libre elección hasta	500,00
Cobertura de Sida	Como cualquier incapacidad
Enfermedades congénitas, genéticas y hereditarias (no preexistentes)	Como cualquier incapacidad
Enfermedades crónicas, raras y catastróficas	Como cualquier incapacidad
Cobertura de COVID, siempre y cuando el resultado de positivo o la sintomatología amerite. (no se cubren pruebas por descartar)	Como cualquier incapacidad
Cirugía reconstructiva oncológica con fines funcionales.	2.500,00
Apoyo psicológico y psiquiátrico incluyen curas de reposo. Máximo 10 consultas al año con aplicación de deducible cada una	40,00
Eximer Láser a partir de las 5.5 dioptrías (700 USD por cada ojo) previa autorización de aseguradora.	700,00
Ondas de choque al 100% sin deducible hasta	130,00
Cobertura de condiciones de salud que sea consecuencia de acciones y/o enfermedades por uso de drogas, estupefacientes, embriaguez, alcoholismo y lesiones debido a trastornos de salud mental, estado de demencia incluso resultante por intento de suicidio, al 100% hasta	60,00
Cobertura de nutricionista por factores de riesgo de salud 10 consultas al año (60 c/u) hasta:	60,00
Cobertura por emergencia por escopolamina	600,00
Fórmulas alimenticias medicadas, siempre y cuando sea prescrito por un médico y la enfermedad obligue a su utilización, al 100% hasta:	40,00
Cobertura de Desviación de Tabique Nasal (Septo plastia), como cualquier incapacidad según cobertura en contrato previa autorización de aseguradora ya sea reembolso o crédito:	Como cualquier incapacidad
Cirugía bariátrica condicionada, en casos de obesidad mórbida al 80% hasta:	2.500,00
Tratamiento de hormona de crecimiento para	CCI
Cobertura para pruebas de sensibilidad y tratamientos inmunológicos hasta	150,00
Vacunas control niño sano al 80% sin aplicación de deducible de acuerdo al esquema del Ministerio de Salud Pública hasta los 5 años de edad hasta	al 80% acorde al MSP
Cobertura control niño sano de acuerdo a la siguiente tabla.	El valor de la consulta a reconocer será de
Una consulta mensual hasta los 12 meses	De acuerdo al plan contratado
Una consulta trimestral hasta los 36 meses	
Una consulta semestral hasta los 60 meses	al 100% sin aplicación de deducible
MATERNIDAD Y EMBARAZOS	
Parto Normal	2.000,00
Cesárea	2.000,00
Aborto no provocado	2.000,00
Cobertura del recién nacido como cualquier incapacidad siempre y cuando la maternidad esté cubierta dentro de la vigencia del contrato.	1er día
Cobertura leche medicada bajo prescripción médica, para menores de 5 años al 80% con deducible hasta	1000 al año de vigencia del contrato.
SEGURO DE VIDA	
Fallecimiento por cualquier causa (SOLO PARA SOCIOS TITULARES), por cada persona adicional que se requiera el seguro de vida deberá pagar 10 USD adicionales.	20.000,00
Servicio exequial	PREVIEXEQUIAL
COSTOS INCLUIDO IMPUESTOS USD PARA AFILIADOS	
TITULAR SOLO	77,00
TITULAR MÁS UNO	145,00
TITULAR MÁS FAMILIA	209,00
CONDICIONES GENERALES	
Asistencia Médica. - Se cubrirán los gastos necesarios, razonables y acostumbrados incurridos por el asegurado a causa de una enfermedad o accidente, en tratamientos recomendados por un médico y/o cirujano.	
Cobertura de enfermedades congénitas	
Cobertura de enfermedades preexistentes y/o las que se originen como consecuencia de intervenciones quirúrgicas anteriores, desde el inicio de vigencia del contrato, excepto para nuevos socios que se acogen al seguro médico.	
Cobertura de enfermedades profesionales y/o accidentes de trabajo	
Consultas con homeópatas y acupunturistas	
Reembolso de acuerdo a la tabla de honorarios del hospital Metropolitano	



CONDICIONES RENOVACIÓN SEGURO PRIVILEGIO
PERÍODO MARZO 2025 FEBRERO 2026
PÓLIZA SOCIOS



Pago de reembolsos 5 días laborables
Alquiler de equipos y aparatos ortopédicos
Cobertura a consecuencia de fenómenos de la naturaleza
Presentación de reclamos 90 días, para ingreso y re ingreso.
Fallecimiento del titular: en caso de fallecimiento sus dependientes quedarán con cobertura hasta el fin de vigencia después del fallecimiento del titular con las mismas coberturas del contrato.
CONDICIONES PARTICULARES
La cobertura es las 24 horas del día, 365 días del año en cualquier parte del mundo y con cualquier centro médico.
Dependientes se considera al cónyuge, compañero/a permanente y debidamente legalizado, así como también a los hijos desde el nacimiento hasta los 23 años 11 meses y 29 días de edad siempre y cuando cumplan con los requisitos de dependientes.
Se podrá incluir como dependientes a los hijos solteros menores de 19 años y si dependen económicamente de los padres (estudian a tiempo completo, no trabajan y viven con sus padres) hasta los 23 años 11 meses y 29 días de edad, presentando la copia del último pago de estudios y certificado de no aportación al IESS.
Enfermedades preexistentes.
Enfermedades congénitas.
Las operaciones de eximer Láser y queratomiya radial, serán cubiertos en iguales condiciones que cualquier intervención tanto para titulares como para sus cónyuges pasadas las 5.5 dioptrías, previo examen efectuado por el especialista hasta 700 USD.
Consultas y medicinas para tratamientos homeopáticos, bioenergéticas, terapia neural, terapia celular y similares, y de acupuntura siempre y cuando sean médicos graduados y aceptados por la SENESCYT; los importes por concepto de estas medicinas se presentarán adecuadamente respaldado por una factura y que tengan registro sanitario y se expendan en un lugar autorizado.
Lesiones o afecciones causadas u originadas directamente por secuestro, terremotos, inundaciones, epidemias y/o pandemias; y, en general por desastres naturales o cualquier evento catastrófico de la naturaleza.
Compra y/o alquiler de miembros de aparatos artificiales cuando se requieran a consecuencia de lesiones corporales, accidentales o por enfermedades preexistentes u ocurridas mientras estén cubiertas bajo el contrato de acuerdo al anexo de cobertura, considerarse se debe realizar la devolución de insumos ortopédicos a la aseguradora.
Alquiler de muletas, sillas de ruedas y otros aparatos ortopédicos mientras dure la rehabilitación, incluye zapatos ortopédicos y plantillas ortopédicas con receta médica de acuerdo al anexo de cobertura.
El septo plastia funcionales serán reconocidas como cualquier otra incapacidad previa la presentación del diagnóstico y los resultados RX y aprobación de la compañía.
Ayuda visual una vez al año para titulares, cónyuges y dependientes en cristales ópticos, lentes de contacto (excepto cosméticos) y lentes intraoculares, armazones y/o marcos hasta 70 USD al 100%.
Cubre un Pap Test para titulares o cónyuge al 100%, incluyendo la consulta médica, cubre un examen de próstata para titulares o cónyuges al 100%.
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA, y sus consecuencias, será considerada como cualquier incapacidad.
Control del niño sano de acuerdo a la siguiente tabla, sin deducible. a. De 0 a 1 año: una vez mensual (12 consultas al año) b. De 1 a 3 años: una vez trimestral (4 consultas al año) c. De 3 a 5 años: una vez semestral (2 consultas al año)
Si a consecuencia de embarazo, la madre tiene complicaciones como: preclamsia, embarazo ectópico, se trata como cualquier otra enfermedad.
Se cubren las maternidades a las madres solteras en el plan contratado, previo cambio de tarifa inmediata superior, se comunica a la Compañía de este cambio en el transcurso del plazo de 12 semanas de gestación.
Cobertura automática para recién nacidos desde su nacimiento.
Medias elásticas siempre y cuando sean parte del tratamiento para una incapacidad.
Rehabilitación, terapias de lenguaje, terapia física y terapia respiratoria de acuerdo al anexo de cobertura.
Cobertura de cirugías plásticas y tratamientos dentales a consecuencia del accidente, durante la vigencia del contrato.
Cobertura de asistencia médica en el exterior, hasta el monto contratado, los gastos incurridos serán cubiertos a costo de medio ecuatoriano.
Todas las facturas deberán cumplir requisito del SRI.
Cobertura de los niños a partir del momento del mismo nacimiento, siempre que la maternidad tenga cobertura por el contrato.
Cuidado del recién nacido con complicaciones siempre y cuando la maternidad esté cubierta y esté incluido el niño.
Maternidad: Se cubrirá al titular, cónyuge o conviviente legalmente reconocida, para el efecto deberá reportar hasta la semana 12 con el eco y certificado donde conste la fecha última de menstruación, el cual se cobrará el retroactivo desde el mes de inicio de la maternidad a la tarifa inmediata superior. La maternidad (parto normal, cesárea o aborto no provocado) tendrá cobertura hasta los montos contratados en los planes. La maternidad incluye el periodo de gestación, el evento del parto y las complicaciones que se presenten en el embarazo o parto.
Cobertura de enfermedades preexistentes para los inscritos desde el inicio de la vigencia del contrato siempre y cuando vengan de otro seguro, caso contrario un periodo de carencia de 30 días ambulatorio, 90 días hospitalarios y 60 días maternidad. Nuevas inclusiones de titulares tendrán cobertura de preexistencias declaradas a partir de los 30 días ambulatorio, 90 días hospitalarios y 60 días maternidad.
Cobertura de enfermedades congénitas para los inscritos desde el inicio de la vigencia del contrato siempre y cuando vengan de otro seguro, caso contrario un periodo de carencia de 90 días. Nuevas inclusiones de titulares tendrán cobertura de enfermedades congénitas declaradas a partir de los 90 días de su inicio.
El arancel para reembolsos de honorarios médicos y demás prestaciones de acuerdo a la Tabla contratada (HOSPITAL METROPOLITANO).
Reclamos en moneda extranjera serán reembolsados al tipo de cambio de la fecha de incurrencia del mismo, liquidando de acuerdo a lo que hubiera costado el procedimiento según tabla contratada (METROPOLITANO).
Pago de reembolsos en 5 días laborables, desde la aceptación de la documentación por parte de PRIVILEGIO MEDICINA PREPAGADA PRIMIPRE S.A.
En caso de cancelación del contrato, los afiliados tendrán 30 días posteriores a partir de la terminación del contrato, para presentación de reclamos incurridos, con la documentación completa debidamente aceptados por PRIVILEGIO MEDICINA PREPAGADA PRIMIPRE S.A.
CRÉDITO HOSPITALARIO DE CUADRO CERRADO: Se otorgará crédito hospitalario a las empresas que soliciten este servicio y pre autoricen la hospitalización con 72 horas de anticipación a la realización del procedimiento.
Cabe señalar que PRIVILEGIO es una Compañía que está abierta a recibir sugerencia de clínicas que el contratante requiera que esté dentro de la red.



**CONDICIONES RENOVACIÓN SEGURO PRIVILEGIO
PERÍODO MARZO 2025 FEBRERO 2026
PÓLIZA SOCIOS**



MODALIDAD DE REEMBOLSOS: Para atenciones ambulatorias se liquidará previa presentación del Formulario de Reclamación, prescripción médica con el diagnóstico claramente escrito, pedidos de exámenes de diagnósticos y medicamentos, y documentos legales autorizados por el Servicio de Rentas Internas (facturas de honorarios, médicos, clínicas u hospitales, centros de diagnóstico, etc.) por los servicios prestados. Para atenciones hospitalarias se liquidará previa presentación de formulario de reclamación, copia de la historia clínica o epicrisis (de acuerdo al diagnóstico), copia del protocolo operatorio, factura general del centro hospitalario legalmente autorizado por el SRI con su debido desglose, detalle o desglose de la factura (s) de honorarios médicos (si no han sido incluidos en la general). Si se trata de una emergencia deberá presentar hoja de emergencia que emite el centro hospitalario donde se atendió. Toda atención hospitalaria en cuadro cerrado debe ser preautorizadas por Auditoría Médica de Privilegio presentando la solicitud con 72 horas de anticipación.
PAGO DE SINIESTROS: Los reclamos por siniestros serán cancelados por la Compañía de Seguros o Medicina Prepagada en un plazo máximo de cinco (5) días laborables.
NOTIFICACIÓN: Para los dependientes que cumplan los 24 años de edad, se debe notificar al menos con un mes de anticipación, caso contrario se asume la cobertura dentro del plan contratado. Cualquier error en los registros (listados) entregados a la Compañía, no invalidará la cobertura del seguro que estuviere legalmente en vigor.
VIGENCIA DE COBERTURA: Estarán asegurados en el mes que hayan sido reportados mediante listados entregados a la COMPAÑÍA.
FACTURACION: MENSUAL y se emitirá dentro de los 10 primeros días del mes al que corresponda.
EXCLUSIONES RETROACTIVAS: Se realizará la devolución al contratante una vez conocida la desvinculación mediante el reporte respectivo de la Asociación, se procederá de manera retroactiva desde la fecha de salida. Dirimencia por incapacidad de las partes.
BENEFICIOS ADICIONALES
Consulta odontológica, urgencia, alivio del dolor
Telemedicina ilimitada para el socio
Ejecutivo en sitio