



CONTRATO CORPORATIVO PRIVILEGIO

CLÁUSULA I: COMPARECIENTES

Comparecen a la celebración del presente contrato de Prestación de Servicios de salud y Medicina Prepagada, por una parte, PRIMEPRE S.A. legalmente representada por su Representante Legal Sr. Amílcar Vonn Paredes García; parte a la cual de ahora en adelante y para los efectos jurídicos del presente contrato se denominará (planes), y, por otra, EL BENEFICIARIO parte a la cual de ahora en adelante se denominará (contratante, beneficiario, cotizante, etc.), quienes libre y voluntariamente en las calidades que representan, convienen en celebrar el presente contrato al tenor de las siguientes cláusulas.

CLÁUSULA II: OBJETO

Por una parte, la compañía PRIMEPRE S.A., a la que para efectos de este instrumento se denominará como PRIMEPRE S.A., y, por otra parte, EL AFILIADO, parte que en lo posterior se la conocerá como EL CONTRATANTE. Los comparecientes, legalmente capaces para contratar, manifiestan su voluntad de suscribir el presente contrato.

ANTECEDENTES:

2.1 **PRIMEPRE S.A.** es una empresa de medicina prepagada, legalmente constituida bajo las leyes de la República del Ecuador, cuyo objeto principal es otorgar un sistema organizado, mediante el cual los afiliados obtienen por parte de los profesionales y las entidades inscritas o a través de terceros, la prestación de servicios médicos y complementarios curativos, rehabilitación, prevención de la enfermedad y cuidados paliativos, así como los correspondientes a las demás actividades relacionadas con la salud, en los términos del contrato suscrito, a cambio de aportes periódicos anticipados por parte de los beneficiarios. La compañía podrá prestar sus servicios de financiamiento a través de profesionales o entidades de salud adscritas o bajo libre elección del beneficiario, mediante planes de cobertura cerrados, abiertos o mixtos a sus afiliados en virtud del pago de cotizaciones o aportaciones, el financiamiento para el servicio de salud y atención a través de planes abiertos, cerrados o mixtos. La cobertura otorgada podrá ser mediante las siguientes alternativas:

- a) Mediante reembolso de los gastos razonables, normales y acostumbrados realizados por el Titular y/o sus Dependientes en el plazo de 15 días de haber recibido la documentación completa.
- b) A través de la prestación de los servicios con centros médicos habilitados legalmente para el efecto seleccionados por la Compañía

2.2 El contratante requiere de un plan de financiamiento para el servicio de salud y atención a través de planes abiertos, cerrados o mixtos y tiene conocimiento del servicio que otorga **PRIMEPRE S.A.** el mismo que según el plan, puede ser extensible a su beneficio individual, a sus dependientes.

CLÁUSULA III: DEFINICIONES

Para efectos de este contrato, los términos relacionados con el servicio que presta **PRIMEPRE S.A.:**

- 3.1 **ACCIDENTE.** - Hecho externo, violento, imprevisto, repentino, súbito e independiente a la voluntad del Afiliado, que produce lesiones o daño corporal.
- 3.2 **AMBULANCIA.** - Transporte debida y legalmente autorizado para prestar servicio como tal
- 3.3 **ANEXOS.** - Los anexos hacen referencia a productos que son de libre elección de compra por parte del afiliado; en estos documentos se ofertan prestaciones que no financia el contrato principal.
- 3.4 **ARANCEL.** - Tabla en la cual la compañía establece el máximo a bonificar para cada prestación de salud (Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud). Para el caso de que se requiera efectuar reconocimiento económico a la Red Pública Integral de Salud se utilizará el "Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud" o el tarifario correspondiente expedido por la Autoridad Sanitaria Nacional.
- 3.5 **ATENCIÓNES AMBULATORIAS.** - Son todas aquellas prestaciones de salud que, de acuerdo a la práctica médica no requieren hospitalización para ser realizadas.
- 3.6 **ATENCIÓNES HOSPITALARIAS.** - Son todas aquellas prestaciones de salud que requieren de la internación del paciente, es decir que este pase la noche en un hospital y haga uso de habitación, para ser realizadas. Se incluye dentro de esta definición aquellas intervenciones quirúrgicas que por avances tecnológicos

se pueden hacer indistintamente en el hospital del día o con hospitalización del paciente. Si la intervención quirúrgica se realiza en hospital del día, la compañía deberá otorgar crédito hospitalario en instituciones de red médica de acuerdo a modalidad mixta.

3.7 BENEFICIARIO. - Toda persona natural con derecho a los servicios contratados, que tiene la calidad de afiliado en virtud de un contrato; y, que por lo tanto tiene acceso a las prestaciones y beneficios de los servicios de salud ofrecidos por la compañía.

3.8 COBERTURA DE MATERNIDAD. - Son todos los gastos incurridos desde el momento de la concepción, parto y puerperio y todas sus consecuencias y/o complicaciones.

3.9 CONGENITA. -Es la incapacidad, anomalía o malformación iniciada durante la vida intrauterina, la misma que se manifestó al momento de nacer, pudiendo ser hereditaria o adquirida en útero, aunque no necesariamente descubierta en ese momento.

3.10 CONTRATANTE. - toda persona natural o jurídica que, seleccionada como tal, de acuerdo con los criterios que para ello mantenga la compañía, que suscribe un contrato para afiliarse o afiliar a uno o varios beneficiarios a un plan de cobertura.

3.11 CONTRATO. - Es un acuerdo de voluntad, que suscribe la compañía para regular los derechos y las obligaciones de las partes, derivados de las coberturas y gestión de los servicios de medicina Prepagada.

3.12 COPAGO. - Porcentaje que es asumido por el beneficiario y se aplica al monto de los gastos médicos cubiertos, de conformidad con el plan contratado.

3.13 CUADRO CERRADO. - Servicios de salud brindados únicamente por los profesionales que integran la red de prestadores de PRIMEPRE S.A.

3.14 CUARTO Y ALIMENTO DIARIO. - Son los servicios de Hospedaje y alimentación en una atención Hospitalaria.

3.15 DEDUCIBLE. - Es el valor económico que dentro de los gastos médicos reconocidos por la empresa corre por cuenta de cada beneficiario, su monto será establecido en la Tabla de Coberturas y operará dentro de la vigencia del mismo.

- 3.16 DEPENDIENTES.** - Para efectos del presente contrato, son considerados Dependientes las siguientes personas:
- a) **Cónyuge.** - Persona Natural mayor edad que se encuentra legalmente casado (a) y/o convive legal y permanentemente con el (la) Titular dentro de su domicilio habitual y se encuentra legalmente registrado (a) y declarada en el contrato.
 - b) **Hijo (a) / Hijastro (a).** - Persona Natural menor de 18 años de edad, nacidos o legalmente adoptado (a), que depende económicamente del Titular y se encuentra debidamente registrado (a) y declarado en el contrato.
- 3.17 DISCAPACIDAD.** - Falta o limitación de alguna facultad física o mental que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una persona.
- 3.18 ELEGIBLE.** - Persona Natural, que una vez presentado su solicitud de afiliación y los documentos necesarios requeridos por **PRIMEPRE S.A.** es aceptado para recibir las coberturas y beneficios del contrato elegido.
- 3.19 EMERGENCIA.** – Toda contingencia de gravedad que afecte a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas inevitables, independientemente del lugar de su acontecimiento.
- 3.20 EMERGENCIA POR ACCIDENTE.** - Se entenderá por accidente al hecho externo, súbito, imprevisto, violento; y, ajeno a la voluntad del afiliado que ocasione una lesión corporal.
- 3.21 EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA.** - Es aquella compañía nacional legalmente establecida en el país, que tiene por objeto social exclusivo la prestación de medicina prepagada.
- 3.22 ENFERMEDAD.** - Es un conjunto de signos y síntomas que manifiestan la alteración del estado fisiológico del organismo, que puede ser originado por múltiples causas, ya sean internas o externas y cuya probabilidad de aparición aumenta con la exposición a las condiciones que alteran la salud de la persona; una Enfermedad puede ser causa directa o estar relacionada con el apareamiento de alteraciones en otras partes del organismo.

- 3.23 **ENFERMEDAD PREEXISTENTE.** - Se considerará preexistente cualquier enfermedad, patología o condición de salud, que haya sido conocida por la o el beneficiario dependiente o asegurado y diagnosticada médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato o a la incorporación de la o el beneficiario.
- 3.24 **ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS, RARAS O HUERFANAS.** - Las enfermedades raras o huérfanas, incluidas las de origen genético, son aquellas enfermedades potencialmente mortales, o debilitantes a largo plazo, de baja prevalencia y de alta complejidad.
- 3.25 **EXAMENES MEDICOS.** – Son los exámenes que ayudan a encontrar y descubrir enfermedades antes de presentar sintomatología y permiten realizar un tratamiento anticipado para evitar la evolución de la misma, son solicitados por un facultativo, los cuales deben ser realizados en centros autorizados.
- 3.26 **FECHA DE INCURRENCIA.** - Es la fecha de la prestación médica recibida.
- 3.27 **FECHA DE INICIO DE VIGENCIA.** - Aquella en la que inicia el contrato.
- 3.28 **HOSPITAL / CLINICA / CENTRO MEDICO.** - Establecimiento que reúne todos los requisitos técnicos para prestar atención a los enfermos, debidamente reconocido, autorizado y registrado de acuerdo con las disposiciones legales.
- 3.29 **INCAPACIDAD.** - Es cada una de las enfermedades o accidentes que presenta el Titular y/o Dependientes, diagnosticada por el profesional de salud y por la cual se tiene derecho a las prestaciones o beneficios de este contrato.
- 3.30 **LIBRE ELECCION.** - Servicios de salud recibidos de cualquier Prestador a elección del Afiliado.
- 3.31 **MÁXIMO DE CUARTO Y ALIMENTO DIARIO.** - Es el valor pactado por los gastos por cuarto y alimento diario en caso de hospitalización, y como máximo el valor establecido de acuerdo al plan escogido.
- 3.32 **MEDICAMENTOS.** - Forma farmacéutica prescrita por el facultativo de la rama para el tratamiento y restablecimiento de la salud del Titular o de sus dependientes, que se encuentre en el vademécum farmacéutico, con registro sanitario vigente (excepto en medicina homeopática) que haya sido adquirido en centros autorizados

- 3.33 **PAP TEST.**- una prueba que consiste en encontrar los cambios de las células del cuello uterino que son precursoras del cáncer, antes de que empiecen causar síntomas y permitiendo que los tratamientos sean eficaces.
- 3.34 **PERIODO DE CARENCIA.** - Son aquellos períodos durante los cuales y con posterioridad a la vigencia del contrato y/o inclusión del (los) Afiliado (s), éstos no tienen derecho a recibir reembolso o cobertura por los gastos efectuados.
- 3.35 **PERIODO DE ENFERMEDAD.** - Tiempo durante el cual, un afiliado ha sido diagnosticado de una misma enfermedad o un accidente (Incluye las consecuencias o colaterales de dicho diagnóstico), tendrá derecho a los beneficios a la fecha del primer gasto cubierto, sin embargo, de incrementarse sus beneficios o condiciones, todas las enfermedades que se encuentren en uso aumentaran su cobertura en la porción relativa al incremento efectuado. Un período de enfermedad iniciará con la fecha del primer gasto cubierto y finalizará los trescientos sesenta y cinco (365) días o cuando se haya agotado el monto contratado, lo que ocurra primero, reinstalando sin período de carencia.
- 3.36 **PRESTADOR INSCRITO EN LA COMPAÑÍA.** - Toda clínica, hospital, centro radiológico o laboratorio clínico que cuente con la autorización legal, infraestructura y personal idóneo y suficiente, registrado en la compañía, para prestar sus servicios y atender a los beneficiarios en forma independiente y autónoma, en los términos del contrato suscrito.
- 3.37 **PROFESIONALES DE LA SALUD.** - Un profesional de la salud es una persona capacitada para atender problemas de las diferentes áreas de las ciencias de la salud, se involucran en la atención primaria y la atención con especialistas.
- 3.38 **PROFESIONAL INSCRITO EN LA COMPAÑÍA.** - Persona natural habilitado conforme la Ley, para ejercer cualquiera de las profesiones relacionadas con la salud y la medicina, en todas sus diferentes modalidades y especialidades, y registrado en la compañía, para prestar sus servicios y atender a los beneficiarios en forma independiente y autónoma, en los términos del contrato suscrito.
- 3.39 **REEMBOLSO DE GASTOS.** - El pago de la cobertura cuando el Afiliado ha efectuado los gastos, dentro de los plazos estipulados en el plan contratado.

- 3.40 REHABILITACIÓN.** - Métodos y medios destinados a restituir total o parcialmente la actividad o función, pérdida de uno o varios órganos de la persona, debido a traumatismo o enfermedad, de acuerdo a lo razonable y acostumbrado.
- 3.41 SUMA MAXIMA POR AÑO.** - Este monto se refiere al límite máximo de cobertura que tiene derecho durante un año el afiliado y cada uno de sus dependientes para cobertura de servicios de salud, siempre y cuando el contrato esté vigente.
- 3.42 SUMA MÁXIMA POR ENFERMEDAD.** - Este monto se refiere al límite máximo de cobertura que tiene derecho para cada enfermedad o accidente al afiliado y cada uno de sus dependientes, para cobertura de servicios de salud, siempre y cuando el contrato esté vigente.
- 3.43 TABLA DE COBERTURAS.** - Tabla en la cual la compañía establece el máximo a bonificar por honorarios médicos de acuerdo al Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud. Para el caso de que se requiera efectuar reconocimiento económico a la Red Pública Integral de Salud se utilizará el “Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud” o el tarifario correspondiente expedido por la Autoridad Sanitaria Nacional.
- 3.44 TARIFARIO DE SALUD MSP.** Instrumento técnico que regula el reconocimiento económico de la prestación de servicios médicos para prestadores de salud privada y pública. Aceptamos que cualquier relación con el sector público se aplicará la tarificación del Ministerio de Salud Pública.
- 3.45 TITULAR.** - Toda persona natural que celebra el presente Contrato para su beneficio individual y/o el de los Beneficiarios
- 3.46 TRASPLANTE DE ORGANOS.** - Es el procedimiento por el cual se extrae un órgano sano de una persona (donante) para implantarlo en otra persona (receptor), cuyo órgano tiene un daño irreversible. Incluya trasplantes de riñón, córnea, médula ósea, hígado, ningún otro trasplante está cubierto bajo este contrato.
- 3.47 UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA.** - Atención hospitalaria, que, por la gravedad del estado de salud del Beneficiario, los servicios de salud especializados los debe recibir: en un área estéril; con atención y asistencia de



médicos y enfermeras de forma permanente y personalizada; y, apoyados con equipos especiales (monitoreo, resucitación, respiración).

3.48 URGENCIA. - Todo estado patológico de rápida instauración o por accidente fortuito que no pone en riesgo inmediato la vida del paciente, pero que genera la necesidad imperiosa de recibir o brindar atención de salud.

3.49 VIGENCIA. - Es plazo que las partes acuerden para la cobertura del plan contrato, comienza a las 00:00 horas de la fecha de inicio y concluye a las 23:59:59 horas de la fecha de terminación del mismo.

CLÁUSULA IV: PRESTACIONES Y COBERTURAS

PRIMEPRE S.A. ofrece el servicio de financiamiento a través de planes que son el conjunto de servicios, prestaciones, beneficios, limitaciones y condiciones a las que se someten los afiliados.

Cada “Plan”, concebido para las diferentes necesidades, tiene sus especificaciones particulares y constan en la Tabla de Coberturas para cada plan, suscritos por las partes y que se adhieren y forman parte de este contrato.

BENEFICIOS O PRESTACIONES FINANCIADAS: PRIMEPRE S.A. se compromete a financiar los gastos por servicios de asistencia médica en los que incurran el contratante afiliados de acuerdo a las cláusulas de este contrato, bajo las condiciones del plan escogido y conforme a los procedimientos y requisitos aquí determinados, los cuáles son de conocimiento del Contratante.

En cada uno de los planes se encuentran fijados los montos a ser restituidos por cada prestación, el procedimiento y los límites a los que están sujetos de acuerdo al Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud. No se realizarán pagos anticipados a los gastos a incurrir por una incapacidad.

Las prestaciones médicas se encuentran establecidas en cada plan, las cuáles en términos generales son las siguientes, y sobre las cuáles **PRIMEPRE S.A.** reconocerá su cobertura siempre y cuando se encuentren relacionadas a uno o varios diagnósticos y sus costos sean razonables y acostumbrados de acuerdo a la práctica médica ecuatoriana y se encuentren regulados por el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, así como sus métodos reconocidos en la literatura mundial vigente.

Sin perjuicio de los beneficios enunciados anteriormente el contrato se extiende a cubrir de acuerdo a la Ley Orgánica que Regula a las Compañías que financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a Las de Seguros que oferten cobertura de Seguros de Asistencia Médica publicada el 17 de octubre del 2016 en el registro oficial N.- 863 de manera exacta y literal las siguientes coberturas:

- 4.1 Prestaciones de prevención de la enfermedad sea esta primaria, secundaria y terciaria, como aspecto fundamental que promueva el acceso universal a la salud, en los términos previstos en las estipulaciones contractuales y en esta Ley;
- 4.2 Atención ambulatoria profesional en medicina general y en las diversas especialidades y sub - especialidades practicadas en los diferentes establecimientos de salud y en los domicilios cuando lo justifique el estado de salud del paciente o la imposibilidad de movilizarlo; que incluya diálisis y hemodiálisis entre otras atenciones, todas las derivaciones e interconsultas, insumos médicos, quirúrgicos y medicamentos que la detección, diagnóstico, tratamiento rehabilitación, cuidados paliativos y de largo plazo demanden para la atención integral de salud del paciente;
- 4.3 Atención prehospitalaria que incluya transporte terrestre, aéreo o fluvial, legalmente autorizado, al que se pueda acceder dentro o fuera del país, de acuerdo con el plan contratado;
- 4.4 Atención hospitalaria por indicación del profesional de la salud que atienda al paciente. Esta cobertura incluirá transporte, alimentación, habitación, visita médica, cuidados de enfermería, interconsultas profesionales, auxiliares de diagnóstico, complementarios y específicos, terapia intensiva, cirugía, medicamentos e insumos médicos, ayudas técnicas, apoyo psicológico, rehabilitación, cuidados paliativos y honorarios profesionales;
- 4.5 Atención en casos de urgencia y emergencia médicas, así como el procedimiento de emergencia ambulatorio, hospitalario o médico quirúrgico, incluyendo todo el equipamiento, insumos y medicamentos necesarios;
- 4.6 Atención de embarazos normales, de riesgo o complicados, controles prenatales, emergencias obstétricas, partos vaginales o por cesárea, con recién nacido a término, pre – término o post término; complicaciones que se presentaren antes, durante y después del parto y alumbramiento, atención del recién nacido a término, pre término o post término, con atención en neonatología, atención perinatal, de manera integral y con asistencia de especialistas; atención en, la unidad de cuidados intensivos y otros eventos que pudieren presentarse, tanto para la madre como para el recién nacido a término, pre término o post término, para lo cual se emplearán todos los procedimientos médicos necesarios, a fin de preservar la salud de la unidad madre – hijo. inclusión intra-utero en períodos de carencia. Si el embarazo se produjera durante el período de carencia la inclusión

intra-uterio del nonato se podrá realizar como un beneficio adicional. La contratación de este beneficio se podrá realizar a partir de la semana veinte de embarazo y hasta la semana treinta y dos, siempre y cuando el contratante cancele las cuotas correspondientes a partir de la semana de contratación de este beneficio. Atención al recién nacido que padeciere de patologías congénitas, genéticas o hereditarias;

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, y se debe realizar el cambio de categoría;

4.7 Atención de enfermedades congénitas, genéticas y hereditarias, con cobertura total;

4.8 Atención de enfermedades preexistentes, con la cobertura prevista en esta Ley; Cobertura de enfermedades preexistentes y con tiempo de carencia de 24Meses, hasta 20 SBU.

En el caso de personas con discapacidad debe aplicarse lo dispuesto en el artículo 25 del “Reglamento a la Ley Orgánica de Discapacidades”, los servicios de salud para personas con discapacidad, así como su atención, cobertura y condiciones se sujetarán a lo previsto en la Ley de la materia;

En el caso de condiciones preexistentes, incluyendo las enfermedades graves, catastróficas o degenerativas que sobrevengan como consecuencia de la discapacidad, serán cubiertas por cualquier tipo de seguro de asistencia médica o de salud y servicios de medicina prepagada, con un monto de cobertura de veinte (20) salarios básicos unificados por año, y surtirá efecto transcurrido un período de espera de tres (3) meses, contados desde la fecha de emisión de la póliza de seguro o contrato de medicina prepagada. Este límite no aplicará en caso de discapacidad superviniente.

En los contratos con cobertura de enfermedades preexistentes el beneficiario recibirá, desde el momento de la contratación, cobertura de las prestaciones que no sean parte de la preexistencia.

Se proporcionará 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 período de carencia de 30 días ambulatorio y 90 días hospitalarios. Nuevas inclusiones de titulares tendrán cobertura de preexistencias declaradas a partir de los 30 días ambulatorio y 90 días hospitalarios;

4.9 Atención de enfermedades crónicas, catastróficas, degenerativas y raras, de acuerdo con el plan contratado;

4.10 Atención oncológica integral que incluya obligatoriamente cirugía reconstructiva y rehabilitación, de acuerdo al plan contratado; Cobertura de reconstrucción mamaria de una mastectomía radical por tratamiento de cáncer;

- 4.11 Trasplante de órganos, cuya atención y cobertura se sujetará a lo previsto en la Ley de la materia e incluirá obligatoriamente la atención y cobertura de las prestaciones que se deban dar al donante, las que correspondan a los procesos de pretrasplante, trasplante y post trasplante, las complicaciones médicas que se derivaren de dichos procesos; y, las de suministro de medicamentos, insumos, dispositivos médicos y demás necesarios para atender al donante y al receptor;
- 4.12 Todo procedimiento diagnóstico y terapéutico de seguimiento y control posteriores a cada enfermedad o accidente atendido y referidos a especialidades y subespecialidades; incluyendo curaciones, rehabilitación, cuidados paliativos domiciliarios, y de largo plazo;
- 4.13 Auxiliares de diagnóstico, complementarios y específicos, existentes, que pudieran crearse, incorporarse o estar disponibles a la fecha de la prestación, necesarios para la continuidad de la atención integral, solicitados por un prescriptor y de acuerdo con el plan contratado;
- 4.14 Estudios anatomopatológicos, genéticos y para enfermedades congénitas, cuando éstos sean solicitados por un médico, para configurar apropiadamente el diagnóstico o evolución de una patología, con cobertura total;
- 4.15 Cobertura por septo plastia funcional será reconocida como cualquier otra incapacidad previa la presentación del diagnóstico y los resultados RX y aprobación de la aseguradora;
- 4.16 Acceso a medicamentos genéricos y comerciales en cualquier farmacia autorizada por autoridad competente, cuyo costo será cubierto total o parcialmente, por las vías del pago directo o el reembolso, según el plan contratado, siempre que aquellos hayan sido recetados por un prescriptor;
- 4.17 Atención de enfermedades psiquiátricas de base orgánica, determinadas por la Autoridad Sanitaria Nacional, de conformidad con el plan contratado;
- 4.18 Prestaciones de salud dental, asesoría nutricional y consultas psicológicas, de conformidad con el plan contratado.

CLÁUSULA V: EXCLUSIONES

PRIMEPRE S.A." no autorizará prestaciones ni servicios médicos complementarios, así tampoco liquidará los costos y gastos de tales prestaciones y servicios cuando ellos serían originados por las siguientes causas:

- 5.1 Lesiones o afecciones causadas directa o indirectamente por acciones catastróficas de la naturaleza: terremoto, temblor de tierra, erupciones volcánicas, tifón, huracán desastres colectivos tales como: energía atómica, fumigación global o indiscriminada, exposición o radiación nociva o envenenamiento.

- 5.2 Lesiones o enfermedades sufridas en causa de guerra declarada o no, conmoción civil, revolución, participación de huelgas y motines, actos de terrorismo.
- 5.3 Enfermedades que hubieran sido declaradas como epidemias o pandemias por el Ministerio de Salud, excepto cuando la Autoridad Sanitaria Nacional indique que debe ser financiado.
- 5.4 Exámenes dentales, extracciones, obturaciones, y tratamiento dental y/o maxilofacial en general, así como afecciones alveolares o gingivales, excepto si estas atenciones son necesarias para tratar una emergencia odontológica causado por un accidente durante la vigencia del contrato.
- 5.5 Gastos por servicios médicos prestados, no inherentes a, o no necesarios para, el diagnóstico de una enfermedad, así como chequeos médicos, exámenes y perfiles generales de salud.
- 5.6 Consultas y tratamientos para cuidado o períodos cuarentena o aislamiento.
- 5.7 Terapia ambiental en descanso y/o para observación; servicios o tratamientos en instituciones asistenciales, hidro clínicas, baños termales, sanatorios, clínicas de ancianos y otros similares.
- 5.8 Ingesta o uso en atención ambulatoria de: vitaminas (salvo para enfermedades catastróficas y raras justificadas con diagnóstico y con receta médica), minerales (salvo en las atenciones por embarazos médicamente necesarias, bajo diagnóstico y con prescripción médica), minerales, estimulante del apetito, anoréxicos, jabones, filtros solares, shampoos, alimentos para bebés, medicamentos sin registro sanitario y otros similares.
- 5.9 Consulta y tratamientos dermatológicos, relacionados con aspectos cosmetológicos.
- 5.10 Consulta y tratamiento de o por infertilidad en general, al igual que prestaciones realizadas en centros especializados de infertilidad.
- 5.11 Aborto y sus consecuencias que se hayan realizado por razones calificadas como ilegales. Salvo las emergencias obstétricas hasta superar el riesgo vital hasta el límite establecido para este beneficio.
- 5.12 Exámenes rutinarios de la vista y de los oídos, así como los marcos, cristales ópticos, lentes de contacto y audífonos.
- 5.13 Cirugía correctiva y/o láser y terapia de agudeza visual como tratamientos de miopía, astigmatismo, e hipermetropía.
- 5.14 Suministro o alquiler de bastón, andadores suspensorios, camas de hospitales, equipos requeridos para terapia física y respiratoria; así también, costas de adaptación de vehículos, cuartos de baño y residencias.
- 5.15 Prótesis y dispositivos de corrección que no sean quirúrgicamente necesarios.
- 5.16 Cirugía plástica de carácter estético excepto para emergencias y urgencia a causa de un accidente, salvo para cirugía correctiva y reconstructiva dentro de la vigencia del contrato con **PRIMEPRE S.A.** que deben ser reportados a **PRIMEPRE S.A.**, por escrito al Departamento de Auditoría Médica en el plazo y términos establecidos en el numeral quinto de la décima primera cláusula de este contrato, adjunto al registro

médico extendido por el prestador. Si el accidente o la enfermedad fue antes de la vigencia, ésta se considera preexistencia tendrá cobertura de acuerdo al Art. 34 Preexistencias.

- 5.17 Consultas, exámenes, tratamientos ambulatorios u hospitalizaciones relacionados con sobrepeso excepto en obesidad mórbida sobreviniente, talla corta excepto en enfermedades catastróficas y raras, alopecia, rinoplastia o septo plastia con fines estéticos, terapia láser dermatológica.
- 5.18 Tratamiento médico realizado por parte de un familiar del contratante o afiliado hasta segundo grado de consanguinidad y de afinidad, y cualquier auto terapia, incluyendo auto prescripción de medicamentos, sus secuelas y complicaciones derivadas del mismo a partir de una consulta.
- 5.19 Lesiones derivadas o con ocurrencia en el aprendizaje, la práctica o en competencia de deportes de alto riesgo: Acrobacia, Alpinismo, Andinismo, Boxeo, Equitación, Bungee Jumping, Motociclismo, Hockey (césped, hielo, ruedas), Carreras de Automóviles, Artes Marciales, levantamiento de pesas, Esquí (acuático y en nieve), Motonáutica, Paracaidismo y Parapente, Karting, Rappel, Surf, Lucha, Vela, Rafting y Ciclismo de Competencia.
- 5.20 Procedimientos y hospitalizaciones a causa de emergencias derivadas por afecciones excluidas. Salvo la emergencia médica hasta superar el riesgo vital.
- 5.21 Complicaciones relacionadas a cirugías estéticas y tratamientos dentales excepto en casos de emergencia o urgencia por accidente.
- 5.22 Gastos de donantes en trasplantes experimentales.
- 5.23 “PRIMEPRE S.A.” no restituirá los valores de facturas propias de afiliados que sean propietarios de farmacias y casas de asistencia médica. Así como facturas correspondientes a gastos no especificados en este contrato.

PRESTACIONES DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y MEDICINA PREPAGADA: Contratante de manea expresa reconoce y acepta que, por la naturaleza del presente contrato de medicina prepagada, las aportaciones que se realicen durante la vigencia del contrato o sus renovaciones corresponden el financiamiento de servicios de salud y no a la prestación misma de servicios médicos por parte de “PRIMEPRE S.A.” relacionados a eventos que quebranten su salud o la de sus dependientes.

CLÁUSULA VI: AFILIACIÓN:

PROCEDIMIENTO DE AFILIACION. DOCUMENTOS REQUERIDOS, INCLUSIONES Y EXCLUSIONES DE AFILIADOS: Para efectos de afiliación se requieren los siguientes documentos que harán parte integral de este contrato:

- El formulario “solicitud de afiliación”.
- La (s) declaración (es) y juramentada (as) de salud, hasta el límite de conocimiento del afiliado.



- Los documentos de pago convenidos.

Se agregarán y forman parte de este contrato los anexos que correspondan al plan escogido:

- 6.1 **Nuevas Inclusiones:** podrán aceptarse nuevas inclusiones de acuerdo a la familiaridad y dependencia definida en cada plan, se fijarán las aportaciones que correspondan. No se aceptarán inclusiones retroactivas.
- 6.2 **Exclusiones o retiros de beneficiarios del contrato:** El CONTRATANTE en cualquier momento puede solicitar a **PRIMEPRE S.A.** el retiro de uno o varios beneficiarios del contrato mediante comunicación escrita entregada en las oficinas y acompañada de las respectivas credenciales. El retiro se hará en efectivo a partir de la fecha de solicitud. En los contratos de tipo mensual, no hay opción de reintegro de dinero. En los de pago semestral y anual se reintegrará el valor de las dozavas (doceava parte) completas no causados por cada beneficiario retirado. No se aceptarán exclusiones retroactivas.

LIMITE DE EDAD: los beneficios se otorgarán de acuerdo a las coberturas del plan contratado para las personas que cumplan los 65 años de edad con el 100%; siempre que dichos contratos posean una continuidad mínima previa de cinco años de acuerdo a la Ley Orgánica que Regula a las Compañías que financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a Las de Seguros que oferten cobertura de Seguros de Asistencia Médica publicada el 17 de octubre del 2016 en el registro oficial N.- 863.

Para firmar un contrato de prestación de servicios de salud y medicina prepagada el límite de edad es de 18 años cumplidos.

APORTACIONES Y FORMAS DE PAGO: El contratante se compromete y obliga a pagar, durante los primeros cinco días del mes en curso la cuota respectiva., las aportaciones convenidas. Si el pago ocurre posteriormente, se considerará que la cuota está vencida y en estado de morosidad, por lo tanto, todos los gastos de salud realizados por el afiliado durante este periodo de mora no serán reembolsables. La no utilización de los servicios por parte de los beneficiarios no exime el Contratante de los pagos de los valores acordados.

6.3 **Revisión de Costos:** la Ley que Regula las Empresas Privadas de Salud y Medicina Prepagada dispone: “Art. 10.- Expresamente se determina que el precio de cada plan, será pactado (moneda en curso legal) y su revisión será anual e irá de acuerdo al nivel de inflación en los costos de los servicios de salud

Dir. Juan León Mera N21-291 y Jerónimo Carrión, Edificio Sevilla, Pisos 6, 7, 8 y 9, Quito, Ecuador
PBX: (02) 223 1908



registrados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos y el comportamiento de la morbilidad registrada por cada plan” y demás que determine la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

VIGENCIA, REGISTRO Y PERIODOS DE CARENCIA: Este contrato una vez firmado por las partes empezará a regir a partir de la “fecha de inicio de vigencia” asignada por **PRIMEPRE S.A.** y tendrá duración de un año calendario, la que se hará constar en la solicitud de Afiliación. El Contratante tendrá derechos a los beneficios aquí establecidos, una vez que se haya escrito el Contrato y pagado el valor de aportación.

El Contratante y sus dependientes, tienen derecho a los beneficios establecidos hasta el último día de vigencia del contrato y pueden presentar las solicitudes de liquidación de gastos médicos incurridos dentro de su vigencia hasta en 30 días después de la terminación del Contrato. La liquidación de los reembolsos en el rubro de medicamentos se le hará a prorrata por el tiempo que falten para terminar el Contrato en caso de que no haya renovado el mismo. Cualquier gasto incurrido fuera de la vigencia se considerará no cubierto aún que su diagnóstico o su incapacidad original se hayan dado dentro de la vigencia del Contrato.

La financiación de los servicios para todos los afiliados bajo este Contrato tiene la misma “**fecha de término**”, independientemente de la fecha que se hayan integrado.

Los períodos de carencia, durante los cuáles no haya lugar a los beneficios de este contrato, se cuentan desde la fecha de inicio de la vigencia del Contrato o desde la fecha de incorporación de un beneficiario en él, hasta que pueda ser uso de los diferentes beneficios de su plan.

Los períodos de carencia adicionalmente a los estipulados en la Ley son:

1. Para atenciones ambulatorias: máximo 30 días.
2. Para atenciones hospitalarias: máximo 90 días.
3. Para embarazos: máximo 60 días
4. Las atenciones de emergencia y urgencia recibirán cobertura desde las 24 horas posteriores a la suscripción del contrato, hasta el monto contratado y de acuerdo al plan aprobado.
5. Para atenciones de personas con discapacidad 3 meses
6. Para preexistencias: 3 meses

DURACION DEL CONTRATO Y RENOVACION: El presente contrato tendrá la duración de un año calendario definido en la “Solicitud de Afiliación” pudiendo renovarse por igual periodo para efectos de la renovación, **PRIMEPRE S.A.**, notificará al Contratante con 30 días de anticipación a la finalización del plazo del contrato, haciéndole conocer la actualización de beneficios, tarifas y condiciones del plan a renovar.

Dir. Juan León Mera N21-291 y Jerónimo Carrión, Edificio Sevilla, Pisos 6, 7, 8 y 9, Quito, Ecuador
PBX: (02) 223 1908

TERMINACION DEL CONTRATO: Sin perjuicio de lo estipulado en el contrato, este podrá darse por terminado por las siguientes razones:

- 6.4 Por decisión unilateral del contratante se establecerá a lo previsto en la Ley Orgánica de Defensa del Consumidor.
- 6.5 Por falta de pago de las contraprestaciones económicas por parte del titular, dichas causal se configurará con el impago de tres meses consecutivos, y la notificación por escrito por parte de la compañía al titular del contrato, durante el período de mora, la compañía, previa notificación al beneficiario, podrá suspender el financiamiento para la cobertura de las prestaciones contratadas, excepto para la que corresponda a emergencia médica, hasta cuando se produzca el pago de las cuotas adecuadas.
- 6.6 Actuar de mala fe a la hora de contraer obligaciones contractuales, presunción que admite prueba en contrato, que, de producirse, mediante reclamo, sustanciado de acuerdo a lo previsto en la Ley.

RESTABLECIMIENTO DE VIGENCIA DE LOS CONTRATO:

Producida la terminación anticipada de un contrato, por decisión unilateral del titular del mismo, éste podrá por una sola ocasión, solicitar a la compañía, el restablecimiento de su vigencia, con las mismas condiciones originarias, dentro de los tres meses posteriores a dicha terminación, debiendo cumplir, si fuere el caso, con las contraprestaciones económicas correspondientes.

Para que opere el restablecimiento de vigencia de los contratos referidos a planes corporativos, empresariales y grupales, las partes contratantes deberán acordar expresamente dicho restablecimiento, en los términos constantes en el acuerdo que se suscriba para el efecto.

PROCEDIMIENTO PARA LA SUSTANCIACION DEL RECLAMO ADMINISTRATIVO.

Las compañías podrán presentar reclamo administrativo, en la forma prevista en la Ley, para alegar preexistencia no declarada al tiempo de la contratación, cuando consideraren que el beneficiario conocía la existencia de su enfermedad, patología o condición de salud, por presentar manifestaciones clínicas y alteraciones físicas que por sus signos y síntomas característicos y evidentes, no pudieron pasar desapercibidos, encuyo caso, la autoridad competente dirimirá el mismo, en mérito al expediente y a las pruebas actuadas.



OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE DEPENDIENTES Y/O BENEFICIARIOS: Son obligaciones del Contratante, dependientes y/o beneficiarios las siguientes:

- 6.7 Hacer correcto uso de los servicios y beneficios previstos en este contrato, y/o en los respectivos planes.
- 6.8 Llenar el formulario de enrolamiento, declaración de salud del titular y/o sus dependientes
- 6.9 Entregar a PRIMEPRE S.A., dentro de 90 días después del gasto incurrido, las facturas, planillas o documentos originales de los medios e identidades, que soporten las liquidaciones que PRIMEPRE S.A., debe realizar para efectos de reembolso.
- 6.10 Presentar, en el caso de financiamiento de servicios bajo la modalidad de “Cuadro Cerrado” su tarjeta de afiliación al acceder a la prestación de un servicio médico con los profesionales o entidades de la red de prestadores de salud **PRIMEPRE S.A., ANEXO PRESTADORES MEDICOS**
- 6.11 Informar oportunamente a “PRIMEPRE S.A. y por escrito, sobre los cambios de domicilio, dirección y teléfono al momento que esto ocurra

OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA PRIMEPRE S.A.: Son obligaciones de la compañía de salud y medicina prepagada PRIMEPRE S.A. las siguientes:

- 6.12 - Ofrecer información en calidad y cantidad suficiente para la toma de decisiones sobre los planes, programas y modalidades ofertadas. Dicha información deberá señalar con claridad las semejanzas y diferencias que caracterizan a los planes, programas y modalidades, sus beneficios, alcances y limitaciones, de tal modo que sea asequible al pleno conocimiento de los consumidores y publicada en la página web de la compañía;
- 6.13 Otorgar el financiamiento, para la cobertura de todas las prestaciones previstas en los planes contratados, asumiendo los costos de los servicios de salud y prestaciones sanitarias contractualmente estipulados, pagando las indemnizaciones contratadas, asumiendo directa o indirectamente o aceptando y cediendo riesgos, con carácter resarcitorio o indemnizatorio, dentro de los límites convenidos en los contratos respectivos, con sujeción a lo previsto en la Ley;
- 6.14 Notificar al beneficiario, dentro de los cinco días hábiles posteriores al requerimiento, cuando la prestación no se encuentre cubierta o exceda el monto de la cobertura;
- 6.15 Llevar un registro actualizado del portafolio de titulares, beneficiarios, beneficiarios, dependientes o asegurados, con detalle del tipo de planes y montos de cobertura. Dicha información tendrá el carácter de confidencial y será suministrada mensualmente a la Autoridad Sanitaria Nacional,

únicamente para efectos de formulación e implementación de políticas públicas;

- 6.16 No establecer incrementos adicionales de manera individual a los aportes, cuotas o primas del plan contratado, ante el apareamiento de enfermedades crónicas y/o catastróficas, ni negar la renovación de los contratos;
- 6.17 Garantizar los derechos de los afiliados, beneficiarios, dependientes, beneficiarios o asegurados, en caso de disolución y liquidación voluntaria o forzosa, en los términos previstos en la Ley;
- 6.18 Suministrar la información que sea requerida por los organismos de regulación y control previstos en esta Ley;
- 6.19 En la modalidad mixta, en la parte que corresponda, velar para que las prestaciones de los servicios de salud cumplan con los estándares de calidad establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional; y, exigir a los prestadores sanitarios encargados de dichas prestaciones, acrediten las respectivas aprobaciones académicas o licenciamiento, según corresponda; y,
- 6.20 Implementar tecnologías de la información y comunicación, para facilitar la relación interactiva entre las compañías, los prestadores de servicios de salud y los beneficiarios, principalmente en materia de tramitación administrativa de las prestaciones y contraprestaciones económicas de los contratos, reembolsos, etc.

CLÁUSULA VII: BENEFICIOS

AUTORIZACION PARA ACCEDER A LOS BENEFICIOS: ATENCION HOSPITALARIA Y HOSPITAL DEL DIA.

Si el beneficiario va a ser sometido a un procedimiento quirúrgico o clínico programado, deberá llenar, juntamente con el médico tratante, la respectiva Solicitud de Autorización de Crédito Hospitalaria y obtener la orden de crédito, deberá presentar la solicitud en **PRIMEPRE S.A.**, adjuntando los documentos de sustento especificados para el procedimiento. **PRIMEPRE S.A.**, aprobará dicha solicitud siempre y cuando la prestación éste cubierta. La Solicitud deberá presentarse por lo menos con 3 días hábiles de anticipación a la fecha de hospitalización programada.

7.1 En el evento de emergencia y/o accidente que requiera hospitalización, el contratante y/o afiliados tendrán derechos a la prestación, una vez autorizada por **PRIMEPRE S.A.** De no cumplirse con lo anterior y de tratarse de un beneficio financiado, **PRIMEPRE S.A.**, liquidará la prestación como de “Libre Elección” en los porcentajes respectivos.

DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA LA RESTITUCION DE LOS VALORES POR BENEFICIOS O

PRESTACIONES RECIBIDOS: Para la restitución de los valores por beneficios o prestaciones recibidos, el afiliado deberá presentar los siguientes documentos:

7.2 AMBULATORIOS

- 7.2.1 Formulario de Solicitud de Reembolso por Atención Médica, mismo que se podrá descargar desde la página web institucional www.privilegio.med.ec, apartado de formularios y posterior en Formulario de Reclamación.
- 7.2.2 Facturas originales de consulta con el respectivo desglose, clínica, laboratorio, farmacia, imagen, estudios de patología
- 7.2.3 Pedidos o recetas de laboratorio, imagen medicamentos y de cualquier procedimiento realizado que cuenten con firma y sello del médico tratante.
- 7.2.4 Resultado de exámenes tales como, biopsias, endoscopías, colonoscopías, resonancias magnéticas, tomografías, en original o copia.

7.3 EMERGENCIAS

- 7.3.1. Lo indicado en los numerales 1.2, 1.3, 1.4, del numeral uno de esta cláusula.
- 7.3.2. Hoja de emergencia completa (Formularia 008 copia certificada).
- 7.3.3. Factura original de los gastos efectuados con su respectivo desglose.

7.4 HOSPITALIZACIÓN

- 7.4.1 Formulario de Solicitud de Reembolso por Atención Médica.
- 7.4.2 Original de la factura de la Clínica u Hospital.
- 7.4.3 Desglose de la factura.
- 7.4.4 Factura de honorarios médicos.
- 7.4.5 Copia certificada completa de historia clínica (epicrisis, anamnesis, examen físico, protocolo operatorio, notas de evolución médica, hoja de anestesia, Kárdex cuando sea pertinente).
- 7.4.6 Desglose de los exámenes de laboratorio e imagen y más procedimientos de diagnósticos.
- 7.4.7 Copia del resultado del estudio histopatológico (si es pertinente).

REEMBOLSO Y COORDINACION DE BENEFICIOS EN CASO DE EXISTENCIA DE OTROS CONTRATOS DE MEDICINA PREPAGADA O DE SEGUROS DE ASISTENCIA MEDICA: En el evento de que los beneficiarios de este contrato cuenten con un seguro de asistencia médica o de accidentes personales, con un contrato de medicina prepagada, adicional al presente contrato, según los límites de su plan y sin aplicar deducciones. En ningún caso el reembolso total podrá ser mayor al límite establecido en el plan contratado y al monto total de gastos médicos.

Para el efecto se presentarán los siguientes documentos:

- a) Copia de las facturas presentadas en la otra compañía de seguros o de medicina prepagada.
- b) Liquidación original.

PERDIDA DEL DERECHO AL REEMBOLSO: El incumplimiento de las condiciones del Contrato o sus Anexos, faculta a **PRIMEPRE S.A.**, para negar los reembolsos correspondientes y en especial en los siguientes casos:

7.5 Si las facturas presentadas para liquidar no fueren originales o no cumplieren los requisitos dispuestos en la ley.

7.6 Si los documentos para efectos del reembolso, se presentaren fuera del plazo máximo establecido en el Anexo correspondiente y/o fuera de la vigencia del Contratante.

CLÁUSULA VIII: PÉRDIDA DEL DERECHO DE FINANCIAMIENTO

El incumplimiento de las condiciones del contrato faculta a PRIMEPRE S.A. para negar los reembolsos correspondientes y en especial en los siguientes casos:

8.1 Si las facturas presentadas para liquidar no fueran originales o no cumplieran los requisitos dispuestos en la Ley.

8.2 Si los documentos para efectos del reembolso se presentaran fuera del plazo máximo establecido en el contrato y/o fuera de la vigencia del contrato.

8.3 Si, una vez notificada la mora en el cumplimiento de las prestaciones económicas del contrato, el beneficiario solicitara el reembolso de una atención médica prestada, sin previamente haberse puesto al día en el pago de sus contraprestaciones económicas, durante dicho período. Se excepcionan de esta limitación los casos de emergencia médica de los beneficiarios.

8.4 Si EL CONTRATANTE y/o beneficiario no se presentara a cobrar los reembolsos dentro de los ciento ochenta (180) días posteriores a la entrega de las facturas. En ese caso, la prestación se considerará cancelada y PRIMEPRE S.A. quedará liberada de toda responsabilidad.

8.5 Si EL CONTRATANTE y/o beneficiario no presentara reclamo administrativo en los plazos previstos dentro de la ley, contados a partir de la entrega de la negativa a cubrir el financiamiento. En ese caso, la prestación se considerará aceptada y PRIMEPRE S.A. quedará liberada de toda responsabilidad.

8.6 Si el beneficiario presentara facturas de gastos de servicios médicos que no guarden conformidad con el permiso de funcionamiento, registrado en la autoridad correspondiente y la actividad económica del prestador según el Servicio de Rentas Internas (SRI).

8.7 En caso de exclusión o retiro de beneficiarios del contrato, éstos no podrán presentar reembolsos luego del plazo de treinta (30) días posteriores a la fecha de terminación del contrato.

8.8 Si el beneficiario está en mora, se aplicará lo establecido en el Cláusula VI numeral 6.2 del presente contrato.

8.9 Si se demostrara que EL CONTRATANTE y/o beneficiario no actuó de buena fe al momento de contratar, utilizar los servicios prestados en este contrato o, en su defecto ha agravado su riesgo de conformidad con la definición establecida en este contrato.

8.10 Si existen indicios de falsedad, incongruencia, incoherencia o alteración en la información y/o documentación presentada a PRIMEPRE S.A. en cualquier instancia.

CLÁUSULA IX: ESTIPULACIONES ESPECIALES

DECLARACIONES:

9.1 El presente Contrato, y sus respectivos anexos constituyen la enunciación completa y exclusiva de los derechos y obligaciones de las partes, y, dejan sin efecto todas las comunicaciones, propuestas u ofertas ya sea orales o escritas cursadas entre las partes con anterioridad a la firma del mismo.

9.2 Si una o más disposiciones de este Contrato no posibilitaren su aplicación o tuvieren el carácter de inejecutables no podrán ser refutadas como causas de nulidad del resto del Contrato.

- 9.3 **PRIMEPRE S.A.**, en el caso de intento de fraude por parte del contratante, y/o afiliados, se reserva el derecho de iniciar las acciones penales que por ley le corresponden.
- 9.4 El Contratante expresamente declara que autoriza a Servicios Médicos para que ésta solicite a sus prestadores de Servicios Médicos que considere necesario, los antecedentes clínico-quirúrgicos, historia clínica, resultados de exámenes complementarios realizados al beneficiario y más información que a su juicio considere necesaria.

CLÁUSULA X: CLÁUSULAS CONTRACTUALES OBLIGATORIAS:

10.1.- Enfermedades crónicas y catastróficas sobrevinientes a la contratación. - Queda establecido que no habrá incremento adicional a la tarifa o prima del plan contratado, ante el apareamiento de enfermedades crónicas y catastróficas, sobrevinientes a la contratación y no se negará la renovación de los contratos por dichas causas. En caso de ser antes la vigencia del contrato y al ser una preexistencia declarada será cubierta como tal.

10.2.- Atención de la emergencia médica. - se cubre la atención de toda emergencia médica, hasta el monto de la cobertura contratada, al momento del requerimiento efectuado por el prestador del servicio de salud.

En caso de que el afiliado no tenga la condición para ser trasladado a un establecimiento de salud, puede solicitar en el lugar donde se encuentre, la presencia de un servicio de atención de emergencias médicas ambulatorias.

10.3.- Tarifa cero. - Los afiliados recibirán obligatoriamente, con cargo a la tarifa contratada prestaciones de prevención primaria, que deberán ser determinadas y reguladas por la Autoridad Sanitaria Nacional, las prestaciones de prevención primaria se realizaran dentro de la red de prestadores de Privilegio y el listado se podrá encontrar en la página web institucional www.privilegio.med.ec, apartado de Red Medica, en esta pestaña se encuentra el listado de prestadores organizado por regiones y ciudades.

10.4.- Otras que determine la Autoridad Sanitaria Nacional.

10.5.- Atención de salud haciendo uso de medicinas ancestrales y alternativas como métodos complementarios.

PROHIBICIONES A LAS EXCLUSIONES

10.6 : Para todos los planes:

- 10.6.1 No se puede excluir individual o colectivamente la cobertura de atenciones por condiciones laborales o profesionales. Sin embargo, se puede ajustar las primas de acuerdo al riesgo.

- 10.6.2 No se permitirá la exclusión de gastos en salud incurridos por el beneficiario para el diagnóstico diferencial o definitivo, siempre y cuando estos estén de acuerdo a las guías de práctica clínica, protocolos nacionales o internacionales.
- 10.6.3 No se puede excluir la cobertura de atención integral a personas con problemas de malnutrición siempre y cuando haya diagnóstico médico definitivo y elección de tratamiento de acuerdo a los protocolos nacionales. o a falta de ellos, a la buena práctica de la medicina basada en evidencia, o a los protocolos internacionales.
- 10.6.4 No se permitirá la exclusión de métodos anticonceptivos.
- 10.6.5 No se podrá excluir la atención necesaria para cubrir condiciones de salud que sean consecuencia de acciones y/o enfermedades por uso de drogas, estupefacientes, embriaguez, alcoholismo y lesiones debido a trastornos de la salud mental. estados de demencia incluso a resultantes por intento de suicidio.
- 10.6.6 No podrán constar en el listado de exclusiones, periodos de carencia y preexistencias otros distintos a los dispuestos por la Autoridad Sanitaria Nacional.
- 10.6.7 No se pueden colocar exclusiones basándose en criterios emitidos por organismos extranjeros.
- 10.6.8 No puede constar como exclusión el tratamiento de enfermedades de Transmisión Sexual.
- 10.6.9 No se podrá excluir cobertura de ende-prótesis en los casos que estas sean de tejidos de origen animal, siempre y cuando cumplan con las aprobaciones requeridas por la Autoridad Sanitaria Nacional.
- 10.6.10 No se permitirá la exclusión para el tratamiento de úlceras de presión, ni sus complicaciones.
- 10.6.11 No se permitirá la exclusión de fórmulas alimenticias medicadas, siempre y cuando la enfermedad obligue su utilización y sea prescrita.
- 10.6.12 No se permitirá la exclusión de trastornos en el desarrollo psicomotor, cuando este se deba o se presente como consecuencia de una patología.
- 10.6.13 No se permitirá la exclusión de cirugía plástica reconstructiva o correctiva.
- 10.6.14 No se puede excluir pruebas de sensibilidad ni tratamientos inmunológicos en general. siempre y cuando hayan sido prescritas por un profesional calificado en base a protocolos nacionales. o a falta de ellos, a la buena Práctica de la medicina basada en evidencia, o a los protocolos internacionales.
- 10.6.15 No se puede excluir la cobertura de tratamientos dentales cuando estos sean causados por accidentes hasta el monto y las condiciones contratadas.
- 10.6.16 No se permite la exclusión de gastos adicionales de acompañantes en clínicas y hospitales para recién nacidos, menores de 16 años y adultos mayores de 75 años.

10.6.17 No se puede excluir el alquiler de cualquier equipo o dispositivo médico para monitoreo e infusión de medicamentos, ni los suministros necesarios para su utilización o funcionamiento.

10.6.18 No se puede excluir cobertura de cuidados paliativos sean estos hospitalarios o domiciliarios, siempre y cuando estén prescritos por un médico.

10.7 : Para los Planes con Cobertura de Maternidad:

10.7.1 No se puede limitar la cobertura de legrados o abortos no punibles, siempre y cuando estos sean indicados como procedimiento terapéutico por un médico.

10.8 : Para los Planes con Cobertura de Trasplante:

10.8.1 No se puede excluir los gastos del donante que tiene relación con la procuración de órganos en donantes cadavéricos o con la extracción del órgano en donantes vivos, ni sus complicaciones, hasta el límite de la cobertura.

10.9 : Para los Planes con cobertura para enfermedades Catastróficas y Raras:

10.9.1 No se puede excluir la cobertura de alimentación enteral, parenteral, ni complementos alimenticios prescritos.

10.9.2 No se puede excluir la cobertura de tratamiento con estimulantes del crecimiento para este tipo de patologías.

LIBERACION DE PAGO DE PRIMAS: en caso de muerte del titular, siempre y cuando el afiliado se encuentre al día en los pagos, sus dependientes contractuales quedarán afiliados por un año a partir de la fecha de deceso, sin tener que pagar cuota alguna.

SOLUCION DE CONFLICTOS Y JURISDICCION: Las controversias que se suscitaren por este Contrato se someterán a lo dispuesto en los artículos 17 y 18 de la Ley que regula el funcionamiento de las Empresas privadas de salud y medicina prepagada y el juez o tribunal competente será el del domicilio del demandado.

NOTIFICACIONES Y DOMICILIO: Cualquier notificación que deban hacerse las partes para los efectos del presente Contrato deberán realizarse por escrito. Será prueba

suficiente de la notificación la constancia de “recibo” o fe de recepción, con la firma respectiva de la parte destinataria.

Toda comunicación que la compañía tenga que hacer llegar al beneficiario y será enviada a la última dirección del contratante por la compañía.

En constancia de aceptación de todo lo antes expuestos, los Comparecientes suscriben el presente documento por duplicado en la ciudad de Quito a los 01 días del mes febrero de 2023.



Firmado electrónicamente por:
**AMILCAR VONN
PAREDES GARCIA**

PRIVILEGIO MEDICINA PREPAGADA

EL ASEGURADO

TARIFA 0

Las prestaciones que se cubrirán con tarifa cero se realizarán según ciclo de vida y de acuerdo a los servicios y prestaciones establecidos. Para los planes con cobertura para patologías específicas, las atenciones con tarifa cero estarán en concordancia con la cobertura ofertada en dicho plan.

Prestaciones de Prevención Primaria incluidas en tarifa cero				
CICLO DE VIDA	TIPÒ DE PRESTACION	ACTIVIDAD ESPECIFICA		RESPONSABLE
RECIEN NACIDO (0 A 28 DIAS)	ATENCION AL RECIEN NACIDO	Consulta médica pediátrica para control del niño sano (no incluye exámenes complementarios o interconsultas a otras especialidades) con evaluación de desarrollo físico clínica del desarrollo neuromuscular y psicomotriz según edad ;(valoración nutricional) y evaluación clínica de riesgos visuales, auditivos y neuro-sensoriales.	1° VEZ CONSULTA E INFORMACION	NEONATOLOGO / PEDIATRIA/ MEDICO GENERAL / MEDICO FAMILIAR

	<p>ASESORIA PARA CUIDADO DEL RECIEN NACIDO (en consulta)</p>	<p>Información en la consulta médica pediátrica sobre: cuidado básico al neonato, importancia de la lactancia materna exclusiva hasta el 6to mes: cuidados generales; estimulación; prevención y que tratamiento inicial se debe dar a las enfermedades diarreicas y respiratorias frecuentes en el R.N.; información para promover la autoconfianza de los padres en el ciudadano del niño /a y fortalecer el vínculo afectivo; informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación completa, y sobre cómo realizar estimulación psicomotriz; información sobre la suplementación</p>		
--	--	--	--	--

		de micronutrientes.		
	ATENCION DE LABORATORIO EN EL RECIEN NACIDO (previo al alta o hasta 8 días de nacido)	Determinación al nacimiento del grupo y factor sanguíneo; información sobre la realización del tamizaje metabólico, tamizaje auditivo y sensorial.		LABORATORIO CON LA ORDEN DEL NEONATOLOGO / PEDIATRIA / MEDICO GENERAL / MEDICO FAMILIAR
NIÑO DE 1 MES A 12 MESES	ATENCION AL INFANTE	Consulta para control de niño sano que incluye: evaluación del bienestar del lactante; estado nutricional, evaluación clínica de riesgo visual, auditivo y displasia de cadera; detección de posible maltrato; evaluación clínica de desarrollo psicomotor, detección clínica de anomalías congénitas o	6 CONSULTAS EN EL PRIMER AÑO DE VIDA, EN CADA CONSULTA DEBE DAR INFORMACION Y ASESORIA	PEDIATRIA / MEDICO GENERAL / MEDICO FAMILIAR

		<p>problemas adquiridos; evaluación clínica de la dentición y prevención de caries dentales; detección clínica de desnutrición. (no incluye exámenes complementarios , ni interconsultas a otros especialistas).</p>		
	<p>INFORMACION SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (en consulta):</p>	<p>Información sobre posibles problemas en el desarrollo psicomotor y lenguaje; información sobre estimulación visual; información y asesoría sobre resultados de tamizaje metabólico, visual y auditivo; información y asesoría sobre suplemento de micronutrientes (hierro y vitaminas).</p>		<p>PEDIATRIA / MEDICO GENERAL / MEDICO FAMILIAR</p>

	<p>ASESORIA INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACION (en consulta)</p>	<p>Asesoría para promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a, fortalecer el vínculo afectivo; informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación; información referente a lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, inicio de alimentación complementaria a partir de los seis meses. Informar de la importancia de la higiene y salud oral; Promover la estimulación psicomotriz y lenguaje; informar y comunicar acerca de variaciones normales en el desarrollo del niño/a. Asesoría para evitar riesgos de accidentes</p>		<p>PEDIATRIA / MEDICO GENERAL / MEDICO FAMILIAR</p>
--	---	---	--	---

<p>NIÑO /AS DE 1 A 5 AÑOS</p>	<p>ATEENCION AL NIÑO DE 1 A 5 AÑOS (ambulatorio)</p>	<p>Consulta para control del niño sano, que incluye evaluación clínica (no exámenes de gabinete, ni interconsultas a otros especialistas) del estado nutricional, neuromuscular y psicomotriz; riesgos acordes a la edad; detección de deficiencias y/o discapacidades, anomalías congénitas; detección de patologías infecciosas; prevención y detección clínica de desnutrición.</p>	<p>CONSULTAS, 2 VECES AL AÑO HASTA LOS 2 AÑOS DE EDAD</p>	<p>PEDIATRIA / MEDICO GENERAL / MEDICO FAMILIAR</p>
CICLO DE VIDA	TIPO DE PRESTACION	ACTIVIDAD ESPECIFICA		RESPONSABLE
	<p>ASESORIA: INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN (en consulta</p>	<p>Asesoría en cada consulta para control de niño sano sobre: autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a, fortalecer el vínculo afectivo; importancia de la vacunación, lactancia materna hasta</p>	<p>POSTERIOR 1 VEZ POR AÑO, EN CADA CONSULTA SE DEBE OTORGAR ASESORIA E INFORMACION</p>	<p>NEONATOLOGO / PEDIATRIA/ MEDICO GENERAL / MEDICO FAMILIAR</p>

		<p>los dos años; alimentación complementaria importancia de la higiene y salud oral, riesgos de accidentes en el hogar, derechos de los niños; promoción de estimulación psicomotriz y de lenguaje; prevención del maltrato, accidentes; promoción de alimentación saludable; variaciones normales en el desarrollo del niño/a. Uso de sustancias adictivas en padre o madre y repercusiones sobre los niños.</p>		
	<p>INFORMACION SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (en consulta):</p>	<p>Información en cada consulta para control de niño sano que incluya: indicaciones de suplementaciones de micronutrientes; recomendación de desparasitación 1 vez al año; evaluación clínica</p>		

		para valoración de agudeza visual y valoración audita; salud oral y prevención de la caries; recomendación de aplicaciones tópicas con flúor y profilaxis. (no incluye exámenes de gabinete).		
NIÑO/AS DE 5 A 10 AÑOS	ATENCION AL NIÑO DE 5 A 10 AÑOS	Consulta para evaluación del bienestar del niño, que incluya evaluación clínica (no exámenes de gabinete, ni interconsultas a otros especialistas), del estado nutricional, neuro muscular psicomotriz y emocional; detección clínica temprana de enfermedades como pie plano, anomalías congénitas; detección clínica de enfermedades infecto-contagiosas y endémicas; detección clínica de desnutrición.	1 CONSULTA MEDICA POR AÑO, DURANTE CADA CONSULTA SE DEBE OTORGAR ASESORIA E INFORMACION	PEDIATRIA / MEDICO GENERAL / MEDICO FAMILIAR

	<p>ASESORIA INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACION (en consulta)</p>	<p>Asesoría en consulta para evaluación del niño sobre; autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a; importancia de la vacunación y una buena alimentación; higiene, salud vocal, riesgos de accidentes en el hogar; estimulación psicomotriz, de actitudes intelectuales, prevención de discapacidades; variaciones benignas y comunes en el desarrollo del niño/a; promover la salud oral y prevención de caries.</p>		<p>PEDIATRIA / MEDICO GENERAL / MEDICO FAMILIAR</p>
	<p>INFORMACION SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (en consulta):</p>	<p>Información en consulta para evaluación del bienestar del niño sobre: recomendación de desparasitación 1 vez al año; detección clínica precoz de problemas en las</p>		<p>PEDIATRIA / MEDICO GENERAL / MEDICO FAMILIAR</p>

		<p>habilidades escolares, trastornos afectivos, emocionales, prevención de maltrato físico, psicológico, sexual; pertinencia de valoración de agudeza y/o ceguera visual y valoración auditiva; importancia de aplicaciones tópicas con flúor y profilaxis; asesoría sobre suplemento de micronutrientes.</p>		
<p>ADOLECENTE 11 A 19 AÑOS</p>	<p>ATENCIÓN AL ADOLESCENTE DE 10 A 19 AÑOS</p>	<p>Consulta para evaluación clínica del bienestar, desarrollo físico, nutricional, psicomotriz emocional del adolescente en relación con su edad.</p> <p>Peso, talla, IMC, TA; detección clínica temprana de embarazo, infecciones de transmisión sexual y trastornos alimenticios, enfermedades</p>	<p>1 VEZ AL AÑO, DURANTE LA CONSULTA SE DEBE OTORGAR INFORMACIÓN Y ASESORIA</p>	<p>MEDICO GENERAL / MEDICO FAMILIAR</p>

		infecto-contagiosas.		
		Evaluación de hábitos no saludable, deficiencias y/o discapacidades; (no exámenes de gabinete ni interconsultas a otras especialidades).		
	ASESORIA: INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN (en consulta).	Información para prevención de trastornos de la alimentación; detección de maltrato y/o violencia; detección de usos de sustancias psico-estimulantes; importancia de la valoración de agudeza visual; información sobre higiene y salud oral; detección de problemas de aprendizaje, afectivos, emocionales; prácticas sexuales de riesgos embarazos no planificados.		MEDICO GENERAL / MEDICO FAMILIAR
	INFORMACION SOBRE CRECIMIENTO Y	Asesoría en consulta para evaluación de		MEDICA GENERAL Y

	DESARROLLO (en consulta):	bienestar, desarrollo de estado de salud, sobre: salud sexual y reproductiva; métodos anticonceptivos; promover la autoconfianza de los adolescentes.		MEDICO FAMILIAR
CICLO DE VIDA	TIPÒ DE PRESTACION	ACTIVIDAD ESPECIFICA		RESPONSABLE
		Fortalecer el vínculo afectivo con la familia, entregar información y educación sobre hábitos saludable, higiene, salud oral; variaciones normales en el desarrollo del/la adolescente. Asesoría sobre inicio de vida de sexual y derechos del adolescente, acoso sexual, acoso escolar (Bullying).	1 VEZ AL AÑO, DURANTE LA CONSULTA SE DEBE OTORGAR INFORMACION Y ASESORIA	MEDICO GENERAL / MEDICO FAMILIAR
EMBARAZO	CONTROL PRENATAL EN EMBARAZO SIN RIESGO	Control prenatal de 4 a 6 visitas, incluye: - Consulta gineco-obstétrica. - Valoración e interpretación del estado	6 CONTROLES Y AL MENOS UN CONTROL ANTES DE LAS 20 SEMANAS	MEDICO GENERAL GINECO-OBSTETRA MEDICO FAMILIAR

		<p>nutricional ganancia peso materno</p> <p>- Clasificación de riesgo obstétrico</p> <p>- Evaluación de bienestar fetal.</p>		
	<p>ASESORIA INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACION (en consulta)</p>	<p>Asesoría en cada consulta para brindar información sobre la preparación del parto, necesidades nutricionales y suplementación alimentación con hierro y ácido fólico, lactancia materna, cuidado del recién nacido, salud oral y salud mental; consejería sobre riesgos de VIH e ITC durante el embarazo y parto; prevención y detección de violencia, maltrato, abuso de sustancias adictivas trastornos afectivos o emocionales, promoción del parto seguro.</p>		

	<p>ATENCION ODONTOLOGICA PREVENTIVA EN EL EMBARAZO</p>	<p>Consulta por odontología para control de salud oral en la mujer embarazada, q incluya evaluación clínica, consejería, higiene y profilaxis</p>	<p>2 VECES DURANTE LA GESTACION</p>	<p>ODONTOLOGO</p>
	<p>DETECCION DE RIESGOS POR EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO</p>	<p>Realización de exámenes de laboratorio: biometría hemática, hematocrito, elemental y microscópico de orina, tipificación del grupo y factor sanguíneo, TP, TTP, urea glucosa y creatinina, VDRL, tamizaje de VIH, STORCH con igG e IgM, PapTest antes de las 20 semanas.</p>	<p>1 VEZ DURANTE EL EMBARAZO</p>	<p>LABORATORIO</p>
	<p>ATENCION INTEGRAL POSTPARTO</p>	<p>Consulta médica para evaluación del estado de salud puerperal y referencia a planificación familiar y anticoncepción. (no incluye exámenes de gabinete).</p>	<p>1 CONSULTA ENTRE LA SEMANA 1 A 6 POST PARTO</p>	<p>MEDICO GENERAL/ GINECO-OBSTETRA/ MEDICO FAMILIAR</p>

MUJERES EN EDAD FERTIL- MEF	CONTROL DE MUJERES EN EDAD FERTIL	Consulta ginecológica para evaluación del estado de salud y detección de enfermedades de transmisión sexual. (no exámenes de gabinete, ni interconsulta con otro especialista).	1 VEZ AL AÑO, DURANTE LA CONSULTA SE DEBE OTORGAR INFORMACION Y ASESORIA	GINECO OBSTETRA/ MEDICO FAMILIAR
	ASESORIA INFORMACION EDUCACION Y COMUNICACIÓN	Asesoría para brindar información sobre planificación familiar, embarazo, hábitos saludables, salud oral y salud mental. Consejería para prevención de VIH e ITS; prevención y detección de violencia, maltrato, consumo de sustancias adictivas.		MEDICO GENERAL GINECO-OBSTETRA
CICLO DE VIDA	TIPÒ DE PRESTACION	ACTIVIDAD ESPECIFICA		RESPONSABLE
	N (EN CONSULTA)	trastornos afectivos o emocionales, acoso laboral y acoso sexual.		MEDICO FAMILIAR

ADULTO JOVEN DE 20-49 AÑOS	CONSULTA MEDICA GENERAL PREVENTIVA	Consulta clínica para evaluación de estado de salud q incluya: examen físico, y anamnesis, detección de hábitos no saludables y determinación riesgos de enfermedades no transmisibles, identificación o deficiencias o discapacidades, enfermedades infecto-contagiosas y de transmisión sexual, detección del consumo de sustancias adictivas (no incluye exámenes de gabinete ni interconsultas).	1 VEZ AL AÑO DURANTE LA CONSULTA SE DEBE OTORGAR ASESORIA E INFORMACION	MEDICO GENERAL MEDICO FAMILIAR
	ASESORIA INFORMACION EDUCACION Y COMUNICACIÓN (en consulta)	información y consejería sobre enfermedades de transmisión sexual; asesoría para planificación familiar; consejería sobre salud oral; asesoría sobre tamizaje de enfermedades crónicas e información sobre la		

		valoración auditiva y visual.		
ADULTO/ A DE 50 A 64 AÑOS	CONSULTA MEDICA GENERAL PREVENTIVA	<p>Consulta clínica para evaluación de estado de salud q incluya: examen físico y anamnesis, detección de hábitos no saludables y determinación y riesgos de enfermedades no transmisibles, identificación deficiencias o discapacidades, enfermedades infecto-contagiosas y de trasmisión sexual.</p> <p>Detección de riesgos de salud mental como: consumo de sustancias adictivas trastornos afectivos, emocionales, cognitivos, depresión; intento de suicidio, entre otros (no incluye exámenes de</p>	1 VEZ AL AÑO DURANTE LA CONSULTA SE DEBE OTORGAR ASESORIA E INFORMACION	MEDICO GENERAL / MEDICO FAMILIAR

		gabinete, ni interconsultas).		
	ASESORIA INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN (en consulta)	Asesoría e información sobre condiciones de envejecimientos saludable; consejería para prevención de enfermedades de transmisión sexual; información sobre acciones preventivas para traumatismos, caídas y accidentes.		MEDICO GENERAL /MEDICO FAMILIAR
ADULTO MAYOR DE 65 AÑOS	CONSULTA MEDICA GENERAL PREVENTIVA	<p>Consulta clínica para evaluaciones del estado de salud, que incluye examen físico, y anamnesis, identificación de factores de riesgo condicionantes de deterioro funcional y cognitivo.</p> <p>Detección de factores de riesgo de enfermedades crónicas degenerativas, valoración de dependencia</p>	1 VEZ AL AÑO DURANTE LA CONSULTA SE DEBE OTORGAR ASESORIA E INFORMACION	MEDICO GENERAL/ MEDICO FAMILIAR/ MEDICO GERIATRA

		funcional, valoración de salud oral, detección de riesgo nutricional, patologías infecto-contagiosas, violencia, maltrato; detección del riesgo de enfermedades de transmisión sexual; detección de riesgos de pérdida auditiva y visual.		
	ASESORIA INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN (en consulta)	Asesoría, información y promoción de prácticas de nutrición, salud oral, salud sexual y salud mental; información sobre discapacidades y ayudas técnicas; promoción de condiciones de envejecimiento saludable.		

Las prestaciones de Tarifa 0 se realizará dentro de la red cerrada y abierta, el listado de prestadores se podrá encontrar en la página web institucional www.privilegio.med.ec, apartado de Red Medica, el listado se encuentra organizado por regiones y ciudades.

En caso de divergencia y de no haberse resuelto de mutuo acuerdo las partes se someterán a conocimiento y resolución de los centros de mediación y arbitraje de la ciudad de Quito.

En constancia de aceptación de todo lo antes expuesto, los Comparecientes suscriben el presente contrato por duplicado en la ciudad de Quito a los 01 días del mes de febrero del 2023.



PRIVILEGIO MEDICINA PREPAGADA

EL ASEGURADO