

Metrohumana \$ 80.000

No. de Contrato

COBERTURAS DEL PLAN		SELECTO
Límite máximo de cobertura anual por beneficiario		\$ 80.000
Deducible anual por beneficiario		US\$ 100
ARANCEL		
Tarifario para honorarios médicos		Hospital Metropolitano- en caso de no existir referencia en éste nos referiremos al Tarifario Nacional
Valor de punto: Factor de conversión para honorarios médicos ⁽³⁾		Metrohumana
Valor de prestaciones		Precios Hospital Metropolitano
TARIFA 0		
Prevención Primaria tarifa 0 de acuerdo con lo detallado en el contrato		Sí
ATENCIÓN AMBULATORIA PROFESIONAL		
MODALIDAD CERRADA		
Consultas médicas		
Consultas médicas preautorizadas en Centros de Atención Médica. ⁽²⁾	Especialidades básicas: medicina familiar, medicina general, medicina interna, ginecología, traumatología y pediatría. Valor copago:	\$ 8
	Otras sub-especialidades. Valor copago:	\$ 12
Consultas médicas preautorizadas en la Red Preferida. ⁽²⁾	Valor copago de:	\$ 15
Consultas médicas por reembolso. ^{(1) (2)}	Porcentaje de cobertura	90%
	Valor máximo a reembolsar por consulta hasta:	US\$ 50
Consultas médicas domiciliarias preautorizadas a través del servicio de médico a domicilio. ⁽²⁾	Valor copago	US \$ 10
Exámenes de diagnóstico		
Exámenes de diagnóstico (laboratorio, rayos x convencional y ecografía) preautorizados en Centros de Atención Médica. ⁽²⁾	Porcentaje de cobertura	90%
Otros exámenes de diagnóstico, procedimientos y tratamientos preautorizados en Centros de Atención Médica. ^{(1) (2)}	Porcentaje de cobertura	80%
Exámenes de diagnóstico, por reembolso (Incluye estudios anatómopatológicos, genéticos y para enfermedades congénitas). ^{(1) (2)}	Porcentaje de cobertura	90%
MODALIDAD ABIERTA		
Consultas médicas		
Consultas médicas no domiciliarias y domiciliarias por reembolso. ^{(1) (2)}	Porcentaje de cobertura	80%
	Valor máximo a reembolsar por consulta hasta:	US \$ 50

Notas: ⁽¹⁾ Se aplica deducible

⁽²⁾ Se aplica copago

METROHUMANA	EVALUACIÓN Y MANEJO			CIRUGÍA	ANESTESIA	MEDICINA/ ESPECIALIDAD	IMAGENOLÓGIA/ RADIOLOGÍA
	General (consulta, visita médica, etc)	Cuidados Intensivos	Cuidados del Recién Nacido				
	\$4,53	\$2,33	\$6,36				

Metrohumana \$ 80.000

COBERTURAS DEL PLAN		SELECTO
MODALIDAD ABIERTA		
Consultas médicas		
Sesiones de medicina alternativa: homeopatía, acupuntura, moxibustión por reembolso. ^{(1) (2)}	Límite máximo de sesiones por año	15
	Valor máximo a reembolsar por sesión hasta:	US \$ 20
	Porcentaje de cobertura	80%
Exámenes de diagnóstico		
Exámenes de diagnóstico por reembolso (Incluye estudios anatomopatológicos, genéticos y para enfermedades congénitas) ^{(1) (2)}	Porcentaje de cobertura	80%
ATENCIÓN PREHOSPITALARIA		
Ambulancia aérea o fluvial, por reembolso ^{(1) (2)}	Valor máximo anual a reembolsar	US \$ 1.500
	Porcentaje de cobertura	80%
Ambulancia terrestre modalidad cerrada	Límite máximo de eventos anual por núcleo familiar	4
	Valor máximo a preautorizar por evento hasta:	US \$ 100
	Porcentaje de cobertura	100%
Ambulancia terrestre modalidad abierta	Límite máximo de eventos anual por núcleo familiar	4
	Valor máximo a reembolsar por evento hasta:	US \$ 50
	Porcentaje de cobertura	100%
ATENCIÓN HOSPITALARIA PROFESIONAL		
MODALIDAD CERRADA		
Hospitalización, sin límite de días de hospitalización. ^{(1) (2)}	Porcentaje de cobertura	90%
Servicios de cama de acompañante. ^{(1) (2)}	Porcentaje de cobertura	90%
Cuarto y alimentación diaria. ^{(1) (2)}	Valor máximo a reembolsar diario	US \$ 180
	Porcentaje de cobertura	90%
MODALIDAD ABIERTA		
Hospitalización, sin límite de días de hospitalización. ^{(1) (2)}	Porcentaje de cobertura	80%
Servicios de cama de acompañante. ^{(1) (2)}	Porcentaje de cobertura	80%
Cuarto y alimentación diaria ^{(1) (2)}	Valor máximo a reembolsar diario	US \$ 180
	Porcentaje de cobertura	80%
MEDICINAS		
MODALIDAD CERRADA		
Cobertura con beneficio farmacéutico	Límite máximo de cobertura anual	US \$ 1.500
Beneficio farmacéutico, Vademécum A: ⁽²⁾	Porcentaje de cobertura	90%
Beneficio farmacéutico, Vademécum B: ⁽²⁾	Porcentaje de cobertura	70%
Medicinas en otros prestadores modalidad cerrada ^{(1) (2)}	Porcentaje de cobertura	70%
MODALIDAD ABIERTA		
Cobertura de medicinas por reembolso. ^{(1) (2)}	Porcentaje de cobertura	70%

Notas: ⁽¹⁾ Se aplica deducible

⁽²⁾ Se aplica copago

Metrohumana \$ 80.000

No. de Contrato

COBERTURAS DEL PLAN		SELECTO
MATERNIDAD		
Atención prenatal que incluye consultas médicas y exámenes de diagnóstico. Esta cobertura también aplica para embarazos diagnosticados en período de carencia. ^{(1) (2)}	Límite máximo de cobertura por evento	\$ 1.000
	Porcentaje de cobertura	⁽⁴⁾
Parto normal, cesárea o aborto no provocado. ^{(1) (2)}	Límite máximo de cobertura por evento	\$ 4.000
	Porcentaje de cobertura	⁽⁵⁾
Complicaciones del parto y del recién nacido (siempre y cuando el evento del parto esté cubierto). Incluye el evento prenatal y perinatal: ^{(1) (2)}	Límite máximo de cobertura por el evento de embarazo	\$ 8.000
	Porcentaje de cobertura	⁽⁶⁾
COBERTURA DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES, SERVICIOS DE SALUD PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD		
Cobertura de servicios de salud para personas con discapacidad, incluye enfermedades preexistentes relacionadas con discapacidad, de conformidad con el contrato ^{(1) (2)}	Límite máximo de cobertura anual	20 salarios básicos unificados
	Porcentajes de cobertura	⁽⁶⁾
Cobertura de enfermedades preexistentes, no relacionadas a la discapacidad (enfermedades: congénitas, genéticas, hereditarias, catastróficas, crónicas, degenerativas, raras, agudas, de conformidad con el contrato) ^{(1) (2)}	Límite máximo de cobertura anual	20 salarios básicos unificados
	Porcentajes de cobertura	⁽⁶⁾
OTRAS COBERTURAS		
Cirugía reconstructiva y rehabilitación en caso de enfermedades oncológicas, incluye implantes ^{(1) (2)}	Límite máximo de cobertura anual	\$ 2.000
	Porcentajes de cobertura	⁽⁶⁾
Diálisis y hemodiálisis domiciliaria y no domiciliaria, ambulatoria y hospitalaria. ^{(1) (2)}	Límite máximo de cobertura anual hasta	\$ 18.000
	Porcentaje de cobertura	⁽⁶⁾
Ayudas técnicas: Alquiler prótesis no dental, equipo médico duradero, órtesis ^{(1) (2)}	Límite máximo anual de cobertura hasta	\$ 800
	Porcentaje de cobertura	⁽⁶⁾
Prótesis quirúrgicamente necesaria ^{(1) (2)}	Límite máximo de cobertura anual	\$ 7.500
	Porcentaje de cobertura	⁽⁵⁾
Atención psiquiátrica ^{(1) (2)}	Límite máximo de cobertura anual	\$ 100
	Porcentaje de cobertura	⁽⁶⁾
Apoyo psicológico hospitalización ^{(1) (2)}	Límite máximo de cobertura anual	\$ 100
	Porcentaje de cobertura	⁽⁵⁾
Trasplante de órganos ^{(1) (2)}	Límite máximo de cobertura anual	\$ 12.000
	Porcentaje de cobertura	⁽⁶⁾
Gastos médicos para el donante vivo ^{(1) (2)}	Límite máximo de cobertura anual	\$ 4.000
	Porcentaje de cobertura	⁽⁶⁾
Cuidados paliativos domiciliarios o no domiciliarios ^{(1) (2)}	Límite máximo de días	30 días
	Límite máximo de cobertura diaria	\$ 100
	Porcentaje de cobertura	⁽⁶⁾

Notas: ⁽¹⁾ Se aplica deducible

⁽²⁾ Se aplica copago

⁽⁴⁾ Se aplican porcentajes de cobertura de Atención Ambulatoria profesional, de modalidad abierta o cerrada, según sea el caso.

⁽⁵⁾ Se aplican porcentajes de cobertura de Atención Hospitalaria profesional, de modalidad abierta o cerrada, según sea el caso.

⁽⁶⁾ Se aplican porcentajes de cobertura de Atención Hospitalaria u Ambulatoria profesional, de modalidad abierta o cerrada, según sea el caso.

Metrohumana \$ 80.000

COBERTURAS DEL PLAN		SELECT
OTRAS COBERTURAS		
Terapias de Rehabilitación (Lenguaje, física, dolor y respiratoria) ^{(1) (2)}	Límite anual máximo de sesiones	30
	Valor máximo a reembolsar por terapia hasta	\$ 25
	Porcentaje de cobertura	⁽⁶⁾
Consultas médicas control del niño sano ^{(1) (2)}	Valor máximo a reembolsar por consultas hasta:	\$ 50
	Porcentaje de cobertura	⁽⁴⁾
Vacunas - control del niño sano (esquema Ministerio de Salud Pública) ^{(1) (2)}	Valor máximo a reembolsar por vacuna hasta:	\$ 50
	Porcentaje de cobertura	⁽⁴⁾

BENEFICIOS ADICIONALES	
Asistencia de viaje para titulares y dependientes según condiciones detalladas y vigentes en la página web al momento de la incurrencia.	Sí
Asistencia exequial para titulares y dependientes según condiciones detalladas y vigentes en la página web al momento de la incurrencia.	Sí

PERÍODOS DE CARENCIA	
Emergencia	24 horas
Ambulatoria:	30 días
Hospitalaria:	60 días
Maternidad (inicio):	60 días
Preexistencias conocidas y declaradas:	2 años
Discapacidades:	90 días

 Inicio vigencia: Día Mes Año

 Nombre del contratante: C.I.:

 Código vendedor: Precio mensual \$:

Declaro que he leído, entendido y comprendido el alcance del Anexo de Condiciones de Coberturas y estoy de acuerdo con su contenido, limitaciones y modalidades de financiamiento de las prestaciones ofertadas.

EL CONTRATANTE

HUMANA S.A.

Notas: ⁽¹⁾ Se aplica deducible

⁽²⁾ Se aplica copago

⁽⁴⁾ Se aplican porcentajes de cobertura de Atención Ambulatoria profesional, de modalidad abierta o cerrada, según sea el caso.

⁽⁶⁾ Se aplican porcentajes de cobertura de Atención Hospitalaria u Ambulatoria profesional, de modalidad abierta o cerrada, según sea el caso.