

Metrohumana \$ 80.000

No. de Contrato

COBERTURAS DEL PLAN		SELECTO
Límite máximo de cobertura anual por beneficiario		<b>\$ 80.000</b>
Deducible anual por beneficiario		US\$ 100
<b>ARANCEL</b>		
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 <sup>(3)</sup>		Metrohumana
Valor de prestaciones		Precios Hospital Metropolitano
<b>TARIFA 0</b>		
Prevención Primaria tarifa 0 de acuerdo con lo detallado en el contrato		Sí
<b>ATENCIÓN AMBULATORIA PROFESIONAL</b>		
<b>MODALIDAD CERRADA</b>		
<b>Consultas médicas</b>		
Consultas médicas preautorizadas en Centros de Atención Médica. <sup>(2)</sup>	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. <sup>(2)</sup>	Valor copago de:	\$ 15
Consultas médicas por reembolso. <sup>(1) (2)</sup>	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. <sup>(2)</sup>	Valor copago	US \$ 10
<b>Exámenes de diagnóstico</b>		
Exámenes de diagnóstico (laboratorio, rayos x convencional y ecografía) preautorizados en Centros de Atención Médica. <sup>(2)</sup>	Porcentaje de cobertura	90%
Otros exámenes de diagnóstico, procedimientos y tratamientos preautorizados en Centros de Atención Médica. <sup>(1) (2)</sup>	Porcentaje de cobertura	80%
Exámenes de diagnóstico, por reembolso (Incluye estudios anatómopatológicos, genéticos y para enfermedades congénitas). <sup>(1) (2)</sup>	Porcentaje de cobertura	90%
<b>MODALIDAD ABIERTA</b>		
<b>Consultas médicas</b>		
Consultas médicas no domiciliarias y domiciliarias por reembolso. <sup>(1) (2)</sup>	Porcentaje de cobertura	80%
	Valor máximo a reembolsar por consulta hasta:	US \$ 50

**Notas:** <sup>(1)</sup> Se aplica deducible

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

**Notas:** <sup>(1)</sup> Se aplica deducible

<sup>(2)</sup> Se aplica copago

Metrohumana \$ 80.000

No. de Contrato

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

**Notas:** <sup>(1)</sup> Se aplica deducible

<sup>(2)</sup> Se aplica copago

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

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

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

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:** <sup>(1)</sup> Se aplica deducible

<sup>(2)</sup> Se aplica copago

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

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