

Nombre Cliente:

7/20/21 Cotización vigente por 30 días

COBERTURAS	PH 30.000	PH 50.000	MH 50.000	MH 80.000
Límite máximo de cobertura anual por beneficiario				
Deducible anual por beneficiario	US\$ 60	US\$ 80	US\$ 80	US\$ 100
Nombre del tarifario que aplica	Hospital Metropolitano - 25% Practihumana	Hospital Metropolitano - 25% Practihumana	Hospital Metropolitano Metrohumana	Hospital Metropolitano Metrohumana
RED DE CONVENIO				
Hospitalización				
Hospitalización, sin límite de días de hospitalización. Incluye: habitación, visita médica, cuidados de enfermería, interconsultas profesionales, auxiliares de diagnóstico, complementarios y específicos, terapia intensiva, cirugía, medicamentos (incluye medicamentos genéricos o comerciales) e insumos médicos, ayudas técnicas, apoyo psicológico, rehabilitación, cuidados paliativos y honorarios profesionales. (Aplica deducible) en RED HUMANA Cobertura Directa	90 %	90 %	90 %	90 %
Cuarto y alimentación diaria para afiliados al 90% (Aplica deducible) RED HUMANA	Máximo \$160,00 diarios	Máximo \$160,00 diarios	Máximo \$160,00 diarios	Máximo \$180,00 diarios
Servicios de cama y alimentación para acompañante al 90% (Aplica deducible) RED HUMANA	Máximo \$50,00 diarios	Máximo \$50,00 diarios	Máximo \$50,00 diarios	Máximo \$50,00 diarios
Clinicas y Hospitales Libre Elección - Vía reembolso	80 %	80 %	80 %	80 %
Cuarto y alimentación diaria para afiliados al 80% (Aplica deducible) Libre elección	Máximo \$160,00 diarios	Máximo \$160,00 diarios	Máximo \$160,00 diarios	Máximo \$180,00 diarios
Servicios de cama y alimentación para acompañante al 80% (Aplica deducible) Libre elección - vía reembolso	Máximo \$50,00 diarios	Máximo \$50,00 diarios	Máximo \$50,00 diarios	Máximo \$50,00 diarios
Atención Integral pretrasplante, trasplante de órganos, postrasplante, seguimiento y gastos médicos para el donante vivo y cadavérico (Aplica deducible) Cobertura anual. 90% crédito en RED Humana y 80% libre elección vía reembolso	USD 15,000.00	USD 25,000.00	USD 25,000.00	USD 40,000.00
Diálisis y hemodiálisis domiciliaria y no domiciliaria, ambulatoria y hospitalaria. (Aplica deducible) Cobertura anual. 90% crédito en RED Humana y 80% libre elección vía reembolso	USD 15,000	USD 25,000	USD 25,000	USD 40,000
AMBULATORIA				
Consultas médicas preautorizadas en Centros de Atención Médica RED CAM . Especialidades básicas: medicina familiar, medicina general, medicina interna, ginecología, traumatología y pediatría.	Metrored \$4,50 / Otros prestadores \$8	Metrored \$4,50 / Otros prestadores \$8	Metrored \$4,50 / Otros prestadores \$8	Metrored \$4,50 / Otros prestadores \$8
Consultas médicas preautorizadas en Centros de Atención Médica RED CAM . Otras sub-especialidades.	Metrored \$4,50 / Otros prestadores \$12	Metrored \$4,50 / Otros prestadores \$12	Metrored \$4,50 / Otros prestadores \$12	Metrored \$4,50 / Otros prestadores \$12
Consultas médicas preautorizadas en la Red Preferida (aplica Practihumana y Metrohumana)	\$ 15	\$ 15	\$ 15	\$ 15
Consultas médicas preautorizadas en la Red Preferida (aplica Metrohumana)	No aplica	No aplica	\$ 25	\$ 25
Consultas Médicas en la Red Humana - Por Reembolso	80% de \$30	90% de \$40	90% de \$40	90% de \$60
Consultas Médicas Libre Elección (aplica deducible)	80% de \$40	80% de \$40	80% de \$40	80% de \$60
Médico a Domicilio	US \$ 10	US \$ 10	US \$ 10	US \$ 10
EXÁMENES DE DIAGNOSTICO				
Exámenes de diagnóstico(laboratorio, rayos x convencional y ecografía) preautorizados en Centros de Atención Médica. RED CAM	90 %	90 %	90 %	90 %
Otros exámenes de diagnóstico, procedimientos y tratamientos preautorizados en Centros de Atención Médica. (Aplica deducible) RED CAM	80 %	80 %	80 %	80 %
Exámenes de diagnóstico, por reembolso (Incluye estudios anatomopatológicos, genéticos y para enfermedades congénitas). (Aplica deducible) en RED HUMANA	80 %	90 %	90 %	90 %
Exámenes de Diagnóstico - Libre Elección - Por Reembolso	80 %	80 %	80 %	80 %
Medicina Alternativa - Sesiones al año en Homeopatía, Acupuntura, Moxibustión y Medicina Ancestral Por Reembolso	15 Sesiones	15 Sesiones	15 Sesiones	15 Sesiones
Medicina Alternativa - Toper por consulta en Homeopatía, Acupuntura, Moxibustión y Medicina Ancestral Por Reembolso	\$ 20	\$ 20	\$ 20	\$ 20
MEDICINAS				
Monto de copago Anual en Cobertura Farmacias Red Humana : Fybca / Sana / Medicity / Farmacias Económicas - Cobertura Directa	\$ 1,000	\$ 1,000	\$ 1,000	\$ 1,500
Beneficio farmacéutico, Vademécum A - (Copago)	90 %	90 %	90 %	90 %
Beneficio farmacéutico, Vademécum B - (Copago)	70 %	70 %	70 %	70 %
Medicinas en otros prestadores de Red Humana	70 %	70 %	70 %	70 %
Cobertura Medicinas - Libre Elección - Por Reembolso	50 %	70 %	70 %	70 %

COBERTURAS DEL PLAN	PH 30.000	PH 50.000	MH 50.000	MH 80.000
Maternidad (inicio) Se aplican porcentajes de cobertura de Atención Hospitalaria u Ambulatoria, de modalidad abierta o cerrada, según sea el caso				
Atención prenatal que incluye consultas médicas y exámenes de diagnóstico. (Aplica deducible) Adicional a tarifa 0	\$ 100	\$ 300	\$ 300	\$ 500
Parto normal, cesárea o aborto no provocado (Aplica deducible)	\$ 1,500	\$ 2,500	\$ 2,500	\$ 4,000
Complicaciones del parto y del recién nacido (incluye parto normal, cesárea o aborto no provocado), siempre y cuando el evento del parto este cubierto. (Aplica deducible)	\$ 2,250	\$ 3,750	\$ 3,750	\$ 6,000
INCLUSIÓN INTRAUTERINA Y COBERTURA RECIEN NACIDO Se aplican porcentajes de cobertura de Atención Hospitalaria u Ambulatoria, de modalidad abierta o cerrada, según sea el caso				
Cobertura recién nacido - Inclusión intrauterina en la semana 20 a la 32 para Maternidad cuberta (Aplica deducible y tarifa de 0-24 meses)	\$ 30,000	\$ 50,000	\$ 50,000	\$ 80,000
Cobertura recién nacido - Inclusión intrauterina en la semana 20 a la 32 para Maternidad en período de carencia (Aplica deducible y tarifa de semana 20 a 32)	\$ 200	\$ 300	\$ 300	\$ 500
Cobertura para las enfermedades congénitas del recién nacido - Inclusión intrauterina en la semana 20 a la 32 para Maternidad no cubierta o Maternidad en curso (Aplica deducible y tarifa de semana 20 a 32)	\$ 500	\$ 1,000	\$ 1,000	\$ 2,000
ENFERMEDADES PREEXISTENTES DECLARADAS				
Desde el mes 7 al Mes 12 de Afiliación hasta	\$ 480	\$ 480	\$ 480	\$ 540
Desde el mes 13 al Mes 24 de Afiliación hasta	\$ 1,200	\$ 1,200	\$ 1,200	\$ 1,350
Desde el mes 25 de Afiliación en adelante - Hasta 20 salarios básicos	20 Salarios Básicos	20 Salarios Básicos	20 Salarios Básicos	20 Salarios Básicos
COBERTURA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Se aplican porcentajes de cobertura de Atención Hospitalaria u Ambulatoria, de modalidad abierta o cerrada, según sea el caso				
Cobertura de servicios de salud para personas con discapacidad, incluye enfermedades preexistentes relacionadas con discapacidad, de conformidad con el contrato (Aplica deducible)	20 Salarios Básicos	20 Salarios Básicos	20 Salarios Básicos	20 Salarios Básicos
COBERTURA ADULTO MAYOR CON CONTINUIDAD MENOR DE 5 AÑOS Se aplican porcentajes de cobertura de Atención Hospitalaria u Ambulatoria, de modalidad abierta o cerrada, según sea el caso				
Límite máximo de cobertura anual	\$ 15,000	\$ 25,000	\$ 25,000	\$ 40,000
OTRAS COBERTURAS Se aplican porcentajes de cobertura de Atención Hospitalaria u Ambulatoria				
Cuidados paliativos y de largo plazo domiciliarios o no domiciliarios hasta 30 días	\$50 por día	\$50 por día	\$50 por día	\$100 por día
Terapias de Rehabilitación (Lenguaje, cardíaca, física, dolor, ondas de choque y respiratoria) (Aplica deducible) Cobertura anual	15 Sesiones por tipo de terapia	15 Sesiones por tipo de terapia	15 Sesiones por tipo de terapia	30 Sesiones por tipo de terapia
Tope de Terapias	\$ 15	\$ 15	\$ 15	\$ 25
Control de Niño Cobertura Vacunas hasta los 2 años. Valor por dosis hasta (esquema Ministerio de Salud Pública). Aplica deducible	\$ 50	\$ 50	\$ 50	\$ 50
Control de Niño Cobertura Vacunas hasta los 2 años. Valor por dosis hasta (esquema Ministerio de Salud Pública). Aplica deducible	\$ 50	\$ 50	\$ 50	\$ 50
Control de natalidad definitivo (Aplica deducible) Cobertura anual	\$ 1,000	\$ 1,500	\$ 1,500	\$ 2,000
Control de natalidad no definitivo (Aplica deducible) Cobertura anual	\$ 10	\$ 10	\$ 10	\$ 10
Leche medicada (Fórmula alimenticia medicada) - (Aplica deducible) Cobertura anual	\$ 100	\$ 150	\$ 150	\$ 200
Cirugías robóticas (Aplica deducible) Cobertura anual	\$ 2,000	\$ 3,000	\$ 3,000	\$ 5,000
Cobertura para deportes extremos (Aplica deducible) Cobertura anual	\$ 900	\$ 1,500	\$ 1,500	\$ 2,400
Cobertura para delgadez, obesidad, enanismo y retardo de crecimiento (Aplica deducible) Cobertura anual	\$ 300	\$ 300	\$ 300	\$ 300
Tratamiento de lesiones o enfermedades ocurridas o sufridas como producto de enajenación mental, estupefacientes, sustancias psocotrópicas, alcohol o drogas (Aplica deducible) Cobertura anual	\$ 300	\$ 300	\$ 300	\$ 300
Cirugía reconstructiva y rehabilitación en caso de enfermedades oncológicas, incluye implantes (aplica deducible) cobertura anual	\$ 500	\$ 1,000	\$ 100	\$ 2,000
Cobertura para pruebas de sensibilidad y tratamientos inmunológicos (aplica deducible) Cobertura anual	\$ 200	\$ 200	\$ 200	\$ 200
Ayudas técnicas: Compra y/o alquiler prótesis no dental, equipo médico duradero, ótesis (aplica deducible) cobertura anual	\$ 300	\$ 500	\$ 500	\$ 800
Ayudas técnicas: Recambios prótesis no dental, equipo médico duradero, órtesis (aplica deducible) cobertura anual	\$ 80	\$ 130	\$ 130	\$ 200
COBERTURAS OBLIGATORIAS Se aplican porcentajes de cobertura de Atención Hospitalaria u Ambulatoria, de modalidad abierta o cerrada, según sea el caso	PH 30.000	PH 50.000	MH 50.000	MH 80.000
*Cobertura de emergencia y urgencia médica por accidente o enfermedad.	Hasta el monto máximo de cobertura	Hasta el monto máximo de cobertura	Hasta el monto máximo de cobertura	Hasta el monto máximo de cobertura

**Cobertura de emergencia y urgencia médica por accidente o enfermedad cuando el servicio esté suspendido por mora. Esta cobertura incluye servicio de personal médico, equipamiento, insumos y medicamentos necesarios.

Hasta \$300

Hasta \$300

Hasta \$500

Hasta \$500

***Cobertura de emergencia y urgencia médica por accidente o enfermedad cuando el afiliado se encuentre en período de carencia (incluye preexistencias declaradas, no declaradas y exclusiones).

Hasta \$300

Hasta \$300

Hasta \$500

Hasta \$500

*BENEFICIOS ADICIONALES

Ambulancia Terrestre. 4 Eventos al año por núcleo familiar hasta \$100 por evento - RED HUMANA

Si

Si

Si

Si

Ambulancia Terrestre. 4 Eventos al año por núcleo familiar hasta \$50 por evento - Libre elección vía reembolso

Si

Si

Si

Si

Ambulancia Aérea o Fluvial, por reembolso al 80% (Aplica deducible)

\$ 1,500

\$ 1,500

\$ 1,500

\$ 1,500

Seguro de Vida integrantes contrato de 18 a 64 años

USD 5,000

USD 5,000

USD 5,000

USD 5,000

Asistencia en Viajes para titulares y dependientes

No aplica

No aplica

No aplica

Si

Cobertura de desempleo - Cubre 4 cuotas del plan contratado - Cada una hasta

USD 150

USD 150

USD 150

USD 150

Angel Guardián - Servicio de conductor

Si

Si

Si

Si

Asistencia Exequial para titulares y dependientes

Si

Si

Si

Si

Planes Cotizados

PH 30.000

PH 50.000

MH 50.000

MH 80.000

COBERTURA ANUAL POR PERSONA

USD 30,000

USD 50,000

USD 50,000

USD 80,000

Femenino 56 a 59 años

USD 104.78

USD 168.58

USD 180.94

USD 181.25

Valor Plan

USD 104.78

USD 168.58

USD 180.94

USD 181.25

Seguro Campesino 0,5%

USD 0.52

USD 0.84

USD 0.90

USD 0.91

Valor Mensual Total

USD 105.30

USD 169.42

USD 181.84

USD 182.16

Primera Cuota % de Descuento

USD 105.30

USD 169.42

USD 181.84

USD 182.16

*Beneficios adicionales aplican condiciones

PERÍODOS DE CARENCIA - Desde Cuando Puede Usar el Plan

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

COBERTURAS OBLIGATORIAS Se aplican porcentajes de cobertura de Atención Hospitalaria u

*Esta cobertura incluye servicios de personal médico, equipamiento, insumos y medicamentos necesarios y se aplica dentro del área de emergencia y hasta la estabilización del cliente en dicha área.

**Una vez que se encuentre al día en pagos, los eventos posteriores tendrán cobertura hasta el monto máximo contratado.

**Esta cobertura incluye servicios de personal médico, equipamiento, insumos y medicamentos necesarios y se aplica dentro del área de emergencia y hasta la estabilización del cliente en dicha área. Una vez que supere el período de carencia, los eventos posteriores tendrán cobertura hasta el monto máximo contratado.

Si decidiste por uno de nuestros planes individuales o familiares, puedes complementarlos con un de nuestros planes de coberturas específicas:
Con una mínima inversión adicional puedes acceder a estos servicios.

Plan Dental Prosonrisas	PROSONRISAS FULL	PROSONRISAS PLUS
	% DE COBERTURA HUMANA	% DE COBERTURA HUMANA
Titular Solo	USD 18.08	USD 4.51
Titular + Uno	USD 36.16	USD 9.99
Titular + Familia	USD 54.24	USD 16.18
Número de Procedimientos en Cobertura	50	36

Plan Renacer - Cobertura especial contra el cáncer - hasta \$500.000

Edad	Valor Renacer
0 a 25 años	USD 5.66
26 a 40 años	USD 7.01
41 a 50 años	USD 13.52
51 a 59 años	USD 28.38
60 a 65 años	USD 52.25
66 a 70 años	USD 62.39
70+ años	USD 72.65

Conoce todos nuestros prestadores a Nivel Nacional en nuestra **Red Humana** : <https://humana.med.ec/>

Hospitales y Clínicas - Cobertura Hospitalaria

Quito	Preciso 15	PH15 PH30 PH50	Humano 30	MH50 MH80 MH150
Hospital Metropolitano	80 %	80 %	90 %	90 %
Hospital De Los Valles	80 %	80 %	80 %	90 %
SOLCA	80 %	90 %	80 %	90 %
Novaclínica S.A. Santa Cecilia	80 %	80 %	80 %	90 %
Axxis Hospital	80 %	80 %	80 %	90 %
Clínica Pasteur	80 %	80 %	80 %	90 %
Clínica De La Mujer	80 %	90 %	80 %	90 %
Hospital Voz andes	80 %	90 %	80 %	90 %
Novaclínica del Valle	80 %	90 %	80 %	90 %
Clínica Integral	80 %	90 %	80 %	90 %
Clínica Moderna	80 %	90 %	80 %	90 %
Clínica San Rafael	90 %	90 %	90 %	90 %
Clínica Especialidades Tumbaco	90 %	90 %	90 %	90 %
Clínica Especialidades del Sur	80 %	90 %	80 %	90 %
Hospital San Bartolo	80 %	90 %	80 %	90 %
Clínica De Urología	80 %	90 %	80 %	90 %
Clínica Emergencias San Francisco	90 %	90 %	90 %	90 %
Clínica María Auxiliadora	90 %	90 %	90 %	90 %
Clínica Oftálmica	80 %	90 %	80 %	90 %
Clínica Santa Lucía Oftalmología	80 %	90 %	80 %	90 %
Fundación Tierra Nueva	80 %	90 %	80 %	90 %

Hospitales y Clínicas - Cobertura Hospitalaria	Preciso 15	PH15 PH30 PH50	Humano 30	MH50 MH80 MH150
Guayaquil				
Omnihospital	80 %	80 %	90 %	90 %
Hospital Clínica Kennedy Alborada	80 %	90 %	90 %	90 %
Hospital Clínica Kennedy Policentro	80 %	80 %	80 %	90 %
Hospital Clínica Kennedy Samborondón	80 %	80 %	80 %	90 %
Hospital Clínica San Francisco	90 %	90 %	90 %	90 %
Hospital de la Mujer Alfredo G Paulson	80 %	90 %	80 %	90 %
Hospital Pediátrico Roberto Gilbert	80 %	80 %	80 %	90 %
Sur Hospital	90 %	90 %	90 %	90 %
SOLCA	80 %	80 %	80 %	90 %
Hospital Luis Vernaza	80 %	90 %	80 %	90 %
Clínica Medysis	80 %	90 %	80 %	90 %
Clínica Melenium	80 %	90 %	80 %	90 %
Vrokady - Centro Ambulatorio Quimioterapia	80 %	90 %	80 %	90 %
Clínica Panamericana	80 %	90 %	80 %	90 %
Clínica Alborada	90 %	90 %	90 %	90 %
Clínica Central de APROFE	80 %	90 %	80 %	90 %
Clínica Santa María S.A	80 %	90 %	80 %	90 %
Relif	80 %	90 %	80 %	90 %

IMPORTANTE: En los Hospitales/Clínicas con cobertura al 80% de los Planes PractiHumana, el cálculo de arancel y valor de prestaciones tendrá una reducción del 25% de dicho tarifario por cambio de red. Además se cubrirá vía reembolso

Centros de Atención Médica	Preciso 15	PH15 PH30 PH50	Humano 30	MH50 MH80 MH150
Quito				
Metrored	✓	✓	✓	✓
USFQ	-	✓	-	✓
Medirecreo	-	✓	-	✓
Novaclínica del Valle	-	✓	-	✓
Centro Medico de Especialidades Tierra Nueva	-	✓	-	✓
Clínica de Emergencias San Francisco	-	✓	-	✓
Clínica de Especialidades Tumbaco	-	✓	-	✓
Clínica María Auxiliadora	-	✓	-	✓
Clínica San Rafael	-	✓	-	✓
Hospital Padre Carolo	-	✓	-	✓
Hospital San Bartolo	-	✓	-	✓
Veris	-	-	-	✓

Centros de Atención Médica	Preciso 15	PH15 PH30 PH50	Humano 30	MH50 MH80 MH150
Guayaquil				
Metrored	✓	✓	✓	✓
Mediglobal Kennedy	-	✓	-	✓
Medigroup	-	✓	-	✓