

Nombre Cliente:

COBERTURAS

MH 150.000

Límite máximo de cobertura anual por beneficiario

Deducible anual por beneficiario

US\$ 150

Nombre del tarifario que aplica

Hospital Metropolitano

RED DE CONVENIO

Metrohumana

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 %

Cuarto y alimentación diaria para afiliados al 90% (Aplica deducible) **RED HUMANA**

Máximo \$200,00 diarios

Servicios de cama y alimentación para acompañante al 90% (Aplica deducible) **RED HUMANA**

Máximo \$50,00 diarios

Clínicas y Hospitales **Libre Elección - Vía reembolso**

80 %

Cuarto y alimentación diaria para afiliados al 80% (Aplica deducible) Libre elección

Máximo \$200,00 diarios

Servicios de cama y alimentación para acompañante al 80% (Aplica deducible) Libre elección - vía reembolso

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 75,000.00

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 75,000

AMBULATORIAConsultas 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

Consultas médicas preautorizadas en Centros de Atención Médica **RED CAM**. Otras sub-especialidades.

Metrored \$4,50 / Otros prestadores \$12

Consultas médicas preautorizadas en la **Red Preferida** (aplica PractiHumana y Metrohumana)

\$ 15

Consultas médicas preautorizadas en la **Red Preferida** (aplica Metrohumana)

\$ 25

Consultas Médicas en la **Red Humana** - Por Reembolso

90% de \$65

Consultas Médicas **Libre Elección (aplica deducible)**

80% de \$65

Médico a Domicilio

US \$ 10

EXÁMENES DE DIAGNOSTICO

Exámenes de diagnóstico (laboratorio, rayos x convencional y ecografía) preautorizados en Centros de Atención Médica. RED CAM

90 %

Otros exámenes de diagnóstico, procedimientos y tratamientos preautorizados en Centros de Atención Médica. (Aplica deducible) RED CAM

80 %

Exámenes de diagnóstico, por reembolso (Incluye estudios anatomopatológicos, genéticos y para enfermedades congénitas). (Aplica deducible) en RED HUMANA

90 %

Exámenes de Diagnóstico - Libre Elección - Por Reembolso

80 %

Medicina Alternativa - Sesiones al año en Homeopatía, Acupuntura, Moxibustión y Medicina Ancestral Por Reembolso

15 Sesiones

Medicina Alternativa - Toper por consulta en Homeopatía, Acupuntura, Moxibustión y Medicina Ancestral Por Reembolso

\$ 20

MEDICINAS

Monto de copago Anual en Cobertura Farmacias Red Humana :

\$ 2,000

Fybeca / Sana / Medicity / Farmacias Económicas - Cobertura DirectaBeneficio farmacéutico, Vademécum A - (**Copago**)

90 %

Beneficio farmacéutico, Vademécum B - (**Copago**)

70 %

Medicinas en otros prestadores de **Red Humana**

70 %

Cobertura Medicinas - **Libre Elección** - Por Reembolso

70 %

COBERTURAS DEL PLAN

MH 150.000

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

\$ 700

Parto normal, cesárea o aborto no provocado (Aplica deducible)

\$ 7,500

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)

\$ 11,250

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 cubierta (Aplica deducible y tarifa de 0-24 meses)	\$ 150,000
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)	\$ 700
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)	\$ 2,500
ENFERMEDADES PREEXISTENTES DECLARADAS	
Desde el mes 7 al Mes 12 de Afiliación hasta	\$ 540
Desde el mes 13 al Mes 24 de Afiliación hasta	\$ 1,350
Desde el mes 25 de Afiliación en adelante - Hasta 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
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	\$ 75,000
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	\$100 por día
Terapias de Rehabilitación (Lenguaje, cardíaca, física, dolor, ondas de choque y respiratoria) (Aplica deducible) Cobertura anual	30 Sesiones por tipo de terapia
Tope de Terapias	\$ 25
Control de Niño Cobertura Vacunas hasta los 2 años. Valor por dosis hasta (esquema Ministerio de Salud Pública). Aplica deducible	\$ 50
Control de Niño Cobertura Vacunas hasta los 2 años. Valor por dosis hasta (esquema Ministerio de Salud Pública). Aplica deducible	\$ 50
Control de natalidad definitivo (Aplica deducible) Cobertura anual	\$ 2,000
Control de natalidad no definitivo (Aplica deducible) Cobertura anual	\$ 10
Leche medicada (Fórmula alimenticia medicada) - (Aplica deducible) Cobertura anual	\$ 250
Cirugías robóticas (Aplica deducible) Cobertura anual	\$ 5,000
Cobertura para deportes extremos (Aplica deducible) Cobertura anual	\$ 4,500
Cobertura para delgadez, obesidad, enanismo y retardo de crecimiento (Aplica deducible) Cobertura anual	\$ 300
Tratamiento de lesiones o enfermedades ocurridas o sufridas como producto de enajenación mental, estupefacientes, substancias psocotrópicas, alcohol o drogas (Aplica deducible) Cobertura anual	\$ 300
Cirugía reconstructiva y rehabilitación en caso de enfermedades oncológicas, incluye implantes (aplica deducible) cobertura anual	\$ 2,500
Cobertura para pruebas de sensibilidad y tratamientos inmunológicos (aplica deducible) Cobertura anual	\$ 200
Ayudas técnicas: Compra y/o alquiler prótesis no dental, equipo médico duradero, ótesis (aplica deducible) cobertura anual	\$ 1,500
Ayudas técnicas: Recambios prótesis no dental, equipo médico duradero, órtesis (aplica deducible) cobertura anual	\$ 400
COBERTURAS OBLIGATORIAS Se aplican porcentajes de cobertura de Atención Hospitalaria u Ambulatoria, de modalidad abierta o cerrada, según sea el caso	
*Cobertura de emergencia y urgencia médica por accidente o enfermedad.	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 \$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 \$500
*BENEFICIOS ADICIONALES	
Ambulancia Terrestre. 4 Eventos al año por núcleo familiar hasta \$100 por evento - RED HUMANA	SI
Ambulancia Terrestre. 4 Eventos al año por núcleo familiar hasta \$50 por evento - Libre elección vía reembolso	SI
Ambulancia Aérea o Fluvial, por reembolso al 80% (Aplica deducible)	\$ 1,500
Seguro de Vida integrantes contrato de 18 a 64 años	USD 5,000
Asistencia en Viajes para titulares y dependientes	Si
Cobertura de desempleo - Cubre 4 cuotas del plan contratado - Cada una hasta	USD 150

Ángel Guardián - Servicio de conductor	Si
Asistencia Exequial para titulares y dependientes	Si
Planes Cotizados	MH 150.000
COBERTURA ANUAL POR PERSONA	USD 150,000
Femenino	
Valor Plan	USD 0.00
Seguro Campesino 0,5%	USD 0.00
Valor Mensual Total	USD 0.00
Primera Cuota % de Descuento	USD 0.00

*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
	% DE COBERTURA HUMANA
Titular Solo	USD 18.08
Titular + Uno	USD 36.16
Titular + Familia	USD 54.24

Número de Procedimientos en Cobertura	50
--	-----------

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