

LÍNEA DE NEGOCIO INDIVIDUAL

CONTRATO _____ **CONTRATANTE** _____

Conforme se detalla en la cláusula 16.8, "HUMANA podrá ofrecer a los beneficiarios las asistencias complementarias que considere de acuerdo al tipo de plan y como beneficio adicional del contrato suscrito". Estos no tendrán costo extra a la facturación y están detallados en la página web <https://humana.med.ec/por-que-humana/beneficios-incluidos/>

El presente documento tiene como fin informar de coberturas adicionales sin costo a su plan contratado en los Planes Individuales:

A. BENEFICIOS ADICIONALES

• **PLAN FULL METROHUMANA 50.000:**

FINANCIAMIENTO / COBERTURAS PRESTACIONES SANITARIAS						
PRESTACIONES SANITARIAS	RED CERRADA			RED ABIERTA		
	COPAGO/CO-PARTICIPACIÓN	SUBLÍMITES /TOPES	CARENCIAS	COPAGO/CO-PARTICIPACIÓN	SUBLÍMITES /TOPES	CARENCIAS
COBERTURAS OBLIGATORIAS						
Crédito en emergencia ambulatoria por accidente con cobertura al 100% en RED DIRECCIONADA y RED HUMANA, siempre y cuando la atención se brinde dentro de las 48 horas inmediatas al accidente y no requiera de hospitalización. El excedentes aplica según condiciones del plan contratado (Sin aplicación de deducible)	0%	\$1.000,00	24 Horas	N/A	N/A	N/A
PREEXISTENCIAS						
Cobertura anual de enfermedades preexistentes declaradas (enfermedades: congénitas, genéticas, hereditarias, catastróficas, crónicas, degenerativas, raras, agudas, de conformidad con el contrato. (Aplica deducible).	Desde 10%	\$540,00	6 Meses	Desde 20%	\$540,00	6 Meses
Cobertura anual de enfermedades preexistentes declaradas (enfermedades: congénitas, genéticas, hereditarias, catastróficas, crónicas, degenerativas, raras, agudas, de conformidad con el contrato. (Aplica deducible).	Desde 10%	\$1.350,00	12 Meses	Desde 20%	\$1.350,00	12 Meses
COBERTURAS ADICIONALES						
Consultas médicas control del niño sano (Aplica deducible) Adicional a tarifa 0.:	Desde 40%	\$60,00	30 Días	Desde 20%	\$60,00	30 Días
Consultas médicas por reembolso (Aplica deducible).	10%	Sin límite hasta \$60 por consulta	30 Días	N/A	N/A	N/A
Consultas médicas no domiciliarias y domiciliarias por reembolso. (Aplica deducible).	N/A	N/A	N/A	20%	Sin límite hasta \$60 por consulta	30 Días
Un Pap Test por titular o dependientes al año Vía Reembolso al 100%. Con aplicación de deducible. Cobertura hasta:	N/A	N/A	N/A	0%	\$15,00	30 Días
Un Antígeno Prostático PSA para titular o dependientes de 40 años en adelante Al año, vía reembolso al 100%. Con aplicación de deducible hasta:	N/A	N/A	N/A	0%	\$20,00	30 Días
Una Mamografía para titular o dependientes de 40 años en adelante Al año vía reembolso al 100%. Con aplicación de deducible. Cobertura hasta:	N/A	N/A	N/A	0%	\$30,00	30 Días

Extracción de Terceros Molares Vía Reembolso al 100%. Con aplicación de deducible cobertura por molar hasta:	N/A	N/A	N/A	0%	\$70,00	90 Días
Una Consulta de Especialidad Nutricional Máximo 6 consultas al año, cobertura hasta:	N/A	N/A	N/A	20%	\$40,00	30 Días
Una Consulta de Especialidad Psicología Máximo 12 consultas al año, cobertura hasta:	N/A	N/A	N/A	20%	\$40,00	30 Días

B. ACLARACIÓN COBERTURAS:

CONTROL NIÑO SANO:

Humana financiará exclusivamente la Cobertura de Control de Niño Sano de la siguiente manera:

Una (1) consulta mensual hasta los doce (12) meses de edad, una (1) consulta trimestral desde los trece (13) meses hasta los treinta y seis (36) meses de edad y una (1) consulta semestral desde los treinta y siete (37) meses hasta los sesenta (60) meses de edad. El Sublímite/tope de la consulta está detallado en la Tabla de Beneficios del Plan Contratado.

CONSULTA DE NUTRICIÓN

Incluye consulta nutricional brindada por Nutricionistas o Nutriólogos debidamente acreditados por la Autoridad Sanitaria Nacional, para cualquier diagnóstico de acuerdo a la Tabla de Beneficios.

CONSULTA DE PSICOLOGÍA

Incluye consulta, sesiones o terapias brindadas por Psicólogos debidamente acreditados por la Autoridad Sanitaria Nacional, para cualquier diagnóstico de acuerdo a la Tabla de Beneficios.

EMERGENCIA POR ACCIDENTE

Afiliados de planes Metrohumana podrán ir a su red que actualmente tienen al 90% de cobertura e ingresar por emergencia. Se otorgará crédito y cobertura al 100% sin deducible hasta \$ 1.000,00 siempre que sea un accidente y el afiliado no quede hospitalizado. Si la prestación supera este valor, este excedente se cubrirá aplicando deducible y porcentaje de cobertura ambulatoria. Si el afiliado es hospitalizado, se cubrirá toda la cuenta con crédito al 90% con aplicación de deducible. En caso de Accidente de tránsito por Normativa Legal aplica la cobertura del SPPAT y en exceso de ésta cubrirá Humana.

PREEXISTENCIAS

Cobertura adicional de preexistencias para Planes Full Metrohumana 50.000, en caso de preexistencias declaradas al momento de la contratación, Humana financiará las prestaciones relativas a dichas preexistencias, de conformidad con el esquema de la tabla de Beneficios Adicionales anterior, que es acordado, comprendido, entendido y aceptado por el beneficiario de manera libre y voluntaria.

EXCLUSIONES

Aplica las detalladas en la cláusula 17, literal EXCLUSIONES del Contrato Individual de Prestación de Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada.

REEMBOLSOS

Los documentos requeridos para el financiamiento por reembolso se especifican en el numeral 4.3 del Contrato Individual de Prestación de Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada.

PLAZO DEL ANEXO

El presente anexo tendrá la duración de un año calendario, a partir de la suscripción del mismo, el cual se renueva conjuntamente con su contrato por igual período de manera automática, salvo terminación del CONTRATANTE o de HUMANA debidamente autorizada. EL CONTRATANTE tendrá derecho a los beneficios establecidos en el presente anexo una vez que haya suscrito el contrato, entregado la documentación requerida por HUMANA y cancelado el valor de la primera cuota.

EL CONTRATANTE y sus beneficiarios tienen derecho a los beneficios establecidos hasta el último día de vigencia del contrato bajo el financiamiento por reembolso y pueden presentar las solicitudes de liquidación de gastos médicos incurridos dentro de su vigencia hasta en treinta (30) días después de la terminación del contrato y hasta la última cuota cancelada.

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

EL CONTRATANTE

CC. _____