

**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 INDIVIDUAL MODULAR 80.000**

FINANCIAMIENTO / COBERTURAS PRESTACIONES SANITARIAS						
PRESTACIONES SANITARIAS	RED CERRADA			RED ABIERTA		
	COPAGO/ CO-PARTI- CIPACIÓN	SUBLÍMITES / TOPEs	CARENCIAS	COPAGO/ CO-PARTI- CIPACIÓN	SUBLÍMITES / TOPEs	CARENCIAS
<b>COBERTURA AMBULATORIA</b>						
Consultas médicas por reembolso. (Aplica deducible).	10%	Sin limite hasta \$70 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 limite hasta \$70 por consulta	30 días
<b>PREEXISTENCIAS</b>						
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
<b>COBERTURAS ADICIONALES</b>						
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%	\$60,00	30 Días
Una Consulta de Especialidad Psicología   Máximo 12 consultas al año, cobertura hasta:	N/A	N/A	N/A	20%	\$60,00	30 Días

OTRAS COBERTURAS						
Consultas médicas control del niño sano (Aplica deducible) Adicional a tarifa 0	Desde 10%	\$70	30 días	Desde 20%	\$70,00	30 Días

## B. ACLARACIÓN COBERTURAS:

### 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.

### 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.

### PREEXISTENCIAS

Cobertura adicional de preexistencias para Planes Individuales Modulares 80.000, 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 14, EXCLUSIONES GENERALES 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 la Cláusula 19 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. \_\_\_\_\_