

PLAN \$12.000

COBERTURAS DEL PLAN	PRACTIHUMANA
Monto máximo por incapacidad por persona	\$12.000,00
Deducible anual por persona vigencia del contrato	\$100,00
Revisión de siniestralidad	Anual
Período de Incapacidad	Vigencia Contrato
Período de carencia para preexistencias nuevos ingresos	90 días
Periodo de carencia para maternidades nuevos ingresos	365 días
Período de Presentación de Reclamos	90 días
Periodo de Reingreso de Reclamos	45 días
ARANCEL	
Tarifario para honorarios médicos	Hospital Metropolitano. En caso de no existir referencia en éste, se aplicará el Tarifario Nacional
Valor de punto: Factor de conversión para honorarios médicos con deducible y copago	Practihumana
Valor de prestaciones	Precios Hospital Metropolitano -25%
PRESTACIONES DE PREVENCIÓN	
Prevención Primaria tarifa 0 de acuerdo con lo detallado en el contrato	Anexo Tarifa Cero
ATENCIÓN HOSPITALARIA PROFESIONAL	
Cuarto y alimento diario sin límite de días, al 100% sin aplicación de deducible hasta:	\$150
Terapia Intensiva sin límite de días sin aplicación de deducible.	De acuerdo al % hospitalario
Hospitalización modalidad cerrada BAJO CRÉDITO , con aplicación de deducible al: (Incluye Hospital Monte Sinaí)	80%
Hospitalización modalidad cerrada y/o direccionada BAJO REEMBOLSO , con aplicación de deducible al: (Incluye Hospital Monte Sinaí)	80%
Hospitalización modalidad abierta BAJO REEMBOLSO , con aplicación de deducible al: (Incluye Hospital Monte Sinaí)	80%
Garantía para crédito hospitalario	CON GARANTIA
ATENCIÓN AMBULATORIA PROFESIONAL	
MODALIDAD BAJO CRÉDITO EN RED HUMANA	
RED CAM (Centros de Atención Médica)	
Consultas médicas preautorizadas por Especialidades Básicas: Medicina Familiar, Medicina General, Medicina Interna, Ginecología y Pediatría, sin aplicación de deducible, valor fee por consulta:	Metrored: \$5 Otros Prestadores: \$8 Veris y SIME: No aplica
Consultas médicas preautorizadas en otras Especialidades, sin aplicación de deducible, valor fee por consulta:	Metrored: \$10 Otros Prestadores: \$12 Veris y SIME: No aplica
Cobertura ambulatoria en cuadro direccionado (RED CAM) a nivel nacional. Los exámenes que prescriba dicha red (Laboratorio, Imagen RX Básicos, y Terapias), sin aplicación de deducible, al:	80% Veris y SIME: No aplica
Cobertura ambulatoria en cuadro direccionado (RED CAM) a nivel nacional. Los exámenes que prescriba dicha red (Imagen Compleja y Procedimientos) con aplicación de deducible, al:	80% Veris y SIME: No aplica
RED PREFERIDA	
Consulta médica en la Red Preferida Practihumana a nivel nacional, sin aplicación de deducible, valor fee por consulta: Para el plan de PH \$12000, Incluye Somedica (Ambulatorio Hospital Monte Sinaí)	\$ 15
Consulta médica en la Red Preferida Metrohumana a nivel nacional, sin aplicación de deducible, valor fee por consulta:	No aplica
Cobertura ambulatoria en Red Preferida a nivel nacional (Laboratorio, Imagen, Procedimientos y Terapias) con aplicación de deducible al:	80%

SERVICIOS 1800-HUMANA	
Teleconsulta, sin aplicación de deducible ni copago	100%
Médico a domicilio, sin aplicación de deducible, valor fee por consulta	\$10
MODALIDAD BAJO REEMBOLSO	
Cobertura ambulatoria modalidad cerrada o abierta, bajo reembolso, con aplicación de deducible al:	80%
Tope de consulta médica ambulatoria	\$45
EMERGENCIAS O URGENCIAS	
Atención de emergencia o urgencia ambulatoria por Accidente preautorizada o por reembolso, al 100% sin aplicación de deducible, hasta el valor establecido para este concepto. Valores adicionales se financiarán con el tipo de atención ambulatoria y condiciones de cobertura.	\$500,00
Atención de emergencia o urgencia ambulatoria por Enfermedad en modalidad cerrada o abierta, bajo reembolso, con aplicación de deducible al:	80%
COBERTURA MEDICINAS	
Medicinas mediante crédito en las Cadenas de Farmacias de la red (Medicity y Farmacias económicas), sin aplicación de deducible:	Vademécum A: 90% Vademécum B: 70%
Medicinas mediante crédito en las Cadenas de Farmacias de la red (Pharmacy's, Fybeca y Sana Sana), sin aplicación de deducible:	Vademécum A: 80% Vademécum B: 80%
Medicinas mediante crédito en Farmacias de Especialidad , con aplicación de deducible, aplica para medicina continua y de manejo crónico al:	80%
Medicinas por reembolso en modalidad abierta o cerrada, con aplicación de deducible al:	80%
ATENCIÓN PREHOSPITALARIA AL 100%	
Ambulancia Aérea o Fluvial, por reembolso, sin aplicación de deducible	\$1.500
Ambulancia terrestre modalidad cerrada, mediante crédito llamando al 1800-HUMANA	\$125
Ambulancia terrestre, bajo reembolso	\$125
AYUDAS TÉCNICAS	
Cobertura de zapatos y plantillas ortopédicos, medicamento justificados al 100% sin deducible, máximo 2 pares al año. hasta:	\$50
Alquiler y/o compra y/o reemplazo de aparatos, dispositivos ortopédicos y órtesis para titulares y dependientes medicamente necesarios al 100% sin aplicación de deducible hasta:	\$50
Alquiler y/o compra y/o reemplazo de muletas y silla de ruedas indicados por una lesión a consecuencia de un diagnóstico cubierto por este contrato al 100% sin aplicación de deducible hasta:	\$50
Alquiler y/o compra de equipos médicos duraderos para titulares y dependientes, al 100% sin aplicación de deducible, monto tope por uno o varios equipos hasta:	\$500
Cobertura de medias elásticas una sola vez en el año contrato, solo para titulares, siempre y cuando sean medicamente necesarias sin aplicación de deducible al 100%, hasta:	\$50
Prótesis no dental, no se cubren cambios y/o reemplazos. Cobertura para titulares y dependientes, sin aplicación de deducible al 100% monto tope por cada tipo de prestación , hasta:	\$450
Prótesis quirúrgicamente necesarias, se cubren recambios y/o reemplazos, cobertura para titulares y dependientes, monto tope por una o varias prótesis, acorde al % hospitalario:	\$12.000

BENEFICIOS ADICIONALES	
Tratamiento o medicamentos anticonceptivos, según prescripción del médico especialista, al 100% al año por usuario, vía reembolso	\$20
Tratamientos dentales cuando estos sean causados por accidentes al año por usuario (Ambulatorio y Hospitalario hasta:	\$1.000
Cobertura de audífonos siempre y cuando sean medicamente necesarios solo para titulares, una vez al año contrato al 100% sin deducible hasta: **	\$200
Cobertura de ayuda visual para titulares y dependientes una vez al año contrato, al 100% sin aplicación de deducible hasta: **	NO APLICA
Extracción de terceros molares solo para titulares al 100% sin aplicación de deducible, una vez al año contrato, sólo cobertura de procedimiento de extracción, hasta monto tope (x cada molar) **	\$100
Examen Pap Test – Papanicolaou (incluye consulta), solo para titulares, una vez al año como chequeo sin diagnóstico, al 100%, sin aplicación de deducible hasta: **	\$40
Mamografía bilateral de control, (incluye consulta) solo para titulares, una vez al año, a partir de los 40 años de edad, como chequeo sin diagnóstico, al 100% sin aplicación de deducible hasta: **	\$40
Examen Antígeno Prostático (incluye consulta médica de control), solo para titulares, una vez al año, a partir de los 40 años de edad, como chequeo sin diagnóstico, al 100% sin aplicación de deducible, hasta: **	\$40
Cobertura de Ligaduras y Vasectomías solo para titulares al 100% sin aplicación de deducible hasta:	CCI
Control de natalidad no definitivo, límite anual para titular y cónyuge con aplicación de copago y deducible hasta:	\$50
Cobertura VIH/Sida	CCI
Cobertura de cáncer	CCI
Cobertura de Trasplante de Órganos	\$6.000
Gastos médicos para el donante vivo y cadavérico, se aplican porcentajes de cobertura de Atención Hospitalaria u Ambulatoria profesional, de modalidad abierta o cerrada, según sea el caso	\$600
Cuidados paliativos y/o de largo plazo domiciliarios o no domiciliarios, como cualquier incapacidad, con un límite anual hasta:	\$500
Atención de enfermedades psiquiátricas de base orgánica	\$500
Atención de enfermedades psiquiátricas de base no orgánica ambulatoria y/o hospitalaria. Cobertura anual como cualquier incapacidad hasta:	\$200
Apoyo psicológico para cualquier patología excepto las psiquiátricas de base no orgánica, durante una hospitalización, incluye curas de reposo. Cobertura anual	\$500
Cirugía reconstructiva no funcional en caso de enfermedades oncológicas, incluye colocación y retiro de implantes, así como sus complicaciones, como cualquier incapacidad hasta:	\$1.500
Diálisis y hemodiálisis domiciliaria y no domiciliaria, ambulatoria y hospitalaria, como cualquier incapacidad hasta:	\$6.000
Cobertura de terapias por diagnóstico (lenguaje, físicas, respiratorias, cardíacas, neurológicas y cognitivas,) medicamente necesarias de acuerdo a pertinencia médica, como cualquier incapacidad hasta:	30 terapias hasta \$20,00 c/u
Cobertura de terapias del dolor, medicamente necesarias de acuerdo a pertinencia medica conforme al Anexo B, como cualquier incapacidad hasta:	\$1.000
Ondas de choque para los procedimientos nombrados en el Anexo B, al 100% sin aplicación del deducible, hasta:	25 terapias hasta \$40,00 c/u
Cirugía robótica en exceso de la cirugía convencional incluye gastos de quirófano, honorarios médicos, insumos y suministros como cualquier incapacidad hasta:	\$2.000
Cobertura para tratamientos de escleroterapia como cualquier incapacidad hasta	\$300
Nutricionista en caso de Diabetes, Enfermedad Cardiovascular, Dislipidemia y/o Cáncer, hasta el tope de consulta, como cualquier incapacidad hasta:	2 al año vigencia del contrato
Cobertura para delgadez y desnutrición conforme al Anexo B, como cualquier incapacidad hasta	\$300
Cirugía Nasal Funcional (desviación de tabique nasal e hipertrofia de cornetes), cobertura como cualquier incapacidad hasta:	CCI

Rinoplastia (cirugía nasal estética), cobertura como cualquier incapacidad hasta:	NO APLICA
Cobertura de obesidad, sus complicaciones y patologías asociadas, incluye todos los procedimientos y cirugías, según el Anexo B, como cualquier incapacidad con un monto único anual hasta:	\$1.200
Tratamientos de estimulación de crecimiento según anexo B, como cualquier incapacidad, con un monto único anual hasta:	\$1.500
Cobertura para deportes extremos límite anual	CCI
Cobertura para pruebas de sensibilidad y tratamientos inmunológicos relacionados con alergias solo para titulares	CCI
Vacunas adicionales para titulares y dependientes de acuerdo a detalle del Anexo B, como cualquier incapacidad	\$100
Vacunas -control del niño sano (vacunas incluidas en el esquema del Ministerio de Salud Pública) al 80% sin aplicación de deducible hasta los 5 años de edad, conforme al Anexo B, hasta:	\$60 por dosis
Cobertura control de niño sano de acuerdo a la siguiente tabla: <ul style="list-style-type: none"> · Una consulta mensual hasta los 12 meses; 	El valor de la consulta a reconocer será de acuerdo al plan contratado al 80% en modalidad cerrada sin aplicación de deducible.
Cobertura leche medicada bajo prescripción médica,-para niños hasta los 5 años, 11 meses y 29 días, al 80% con deducible hasta:	\$200
Cama y alimentación de acompañante para niños menores de 16 años y adultos mayores de 75 años, al 100% sin deducible, diarios hasta:	\$50
Cobertura de lágrimas artificiales o gotas, una al mes, como cualquier incapacidad bajo reembolso, para el síndrome de ojo seco la receta deberá ser actualizada cada 6 meses.	1 frasco al mes CCI
Tirillas reactivas, parches sensoriales o insumos similares-para medición de niveles de glicemia, como cualquier incapacidad hasta:	\$150 anuales
Cirugía de Exímer Láser como cualquier incapacidad solo para titulares a partir de las 5.0 dioptrías por ojo y diagnóstico, donde Humana lo indique y previa autorización.	hasta \$500 por cada ojo
Drogas y Estupefacientes: Cobertura anual como cualquier incapacidad, conforme al Anexo B, hasta:	\$500
Cobertura para emergencias por escopolamina	CCI
Alcohol: Cobertura anual como cualquier incapacidad, conforme al Anexo B, hasta:	\$500
Intento de Suicidio: Cobertura anual como cualquier incapacidad, conforme al Anexo B, hasta:	\$500
Complicaciones en cirugía estética: Cobertura anual como cualquier incapacidad, conforme al Anexo B, hasta:	\$500
Continuidad de cobertura por deceso del titular	SI APLICA
HUMANA ASSIST	
Plan de Asistencia en viajes vigente al momento de la incurrencia, para titulares y dependientes previa notificación a Humana con 72 horas de anticipación.	NO APLICA
Máximo de días al año por persona	NO APLICA
Asistencia exequial para titulares y dependientes según condiciones detalladas y vigentes en la página web al momento de la incurrencia en proveedor afiliado	SI APLICA
MATERNIDAD Y EMBARAZOS	
100% SIN DEDUCIBLE	
Parto Normal	\$1.600,00
Cesárea	\$1.600,00
Aborto no provocado	\$1.600,00
Cobertura para complicaciones del parto, monto dentro de la cobertura de maternidad (siempre y cuando el evento del parto esté cubierto). Incluye el evento prenatal y perinatal	\$1.600,00
Cobertura del recién nacido como cualquier incapacidad desde el	1er día
Maternidad en período de carencia (Tarifa Cero - ver detalle de beneficios en el contrato)	Tarifa Cero