

CONTRATO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA

N° de Contrato

PLAN CLÁSICO - PRACTIHUMANA 30.000

Tipo de plan: **Individual**

Modalidad: **Mixta**

Tipo de deducible: **Anual**

Valor del deducible:
\$60

Monto máximo de cobertura:
\$30.000

Nombre del tarifario que aplica:
Hospital Metropolitano -25%

FINANCIAMIENTO/COBERTURAS PRESTACIONES SANITARIAS						
PRESTACIONES SANITARIAS	RED CERRADA			RED ABIERTA		
	Copago/ Coparticipación (Aplica porcentaje o valor de Copago detallados anteriormente en cobertura Ambulatoria y Hospitalaria)	SUBLÍMITES / TOPEs	CARENCIAS	Copago/ Coparticipación (Aplica porcentaje o valor de Copago detallados anteriormente en cobertura Ambulatoria y Hospitalaria)	SUB-LÍMITES/ TOPEs	CARENCIAS
COBERTURA AMBULATORIA						
Consultas médicas						
Consultas médicas preautorizadas en Centros de Atención Médica. Especialidades básicas: medicina familiar, medicina general, medicina interna, ginecología, traumatología y pediatría.	\$8,00	Sin límite	30 días	N/A	N/A	N/A
Consultas médicas preautorizadas en Centros de Atención Médica. Otras sub-especialidades.	\$12,00	Sin límite	30 días	N/A	N/A	N/A
Consultas médicas preautorizadas en la Red Preferida.	\$15,00	Sin límite	30 días	N/A	N/A	N/A
Consultas médicas por reembolso. (Aplica deducible)	20%	Sin límite hasta \$30,00 por consulta	30 días	N/A	N/A	N/A
Consultas médicas domiciliarias preautorizadas a través del servicio de médico a domicilio. Medicina general	\$10,00	Sin límite	30 días	N/A	N/A	N/A
Consultas médicas no domiciliarias y domiciliarias por reembolso. (Aplica deducible)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Sesiones de medicina alternativa: homeopatía, acupuntura, moxibustión y medicina ancestral por reembolso. (Aplica deducible)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

ACTUALIZACIÓN: 10-07-2025

Exámenes de diagnóstico						
Exámenes de diagnóstico(laboratorio, rayos x convencional y ecografía) preautorizados en Centros de Atención Médica.	10%	Hasta el tope cobertura	30 días	N/A	N/A	N/A
Otros exámenes de diagnóstico, procedimientos y tratamientos preautorizados en Centros de Atención Médica. (Aplica deducible)	20%	Hasta el tope cobertura	30 días	N/A	N/A	N/A
Exámenes de diagnóstico, por reembolso (Incluye estudios anatomopatológicos, genéticos y para enfermedades congénitas). (Aplica deducible)	20%	Hasta el tope cobertura	30 días	N/A	N/A	N/A
Medicinas						
Cobertura con beneficio farmacéutico. Anual. Vademécum A (medicinas genéricas y de marca)	10%	\$1.000,00	30 días	N/A	N/A	N/A
Cobertura con beneficio farmacéutico. Anual. Vademécum B (medicinas genéricas y de marca)	30%	\$1.000,00	30 días	N/A	N/A	N/A
Medicinas en otros prestadores (Aplica deducible)	30%	Hasta el tope cobertura	30 días	N/A	N/A	N/A
Cobertura de medicinas por reembolso. (Aplica deducible)	N/A	N/A	N/A	50 / 50	Hasta el tope cobertura	30 días
Prehospitalaria						
Ambulancia Aérea o Fluvial, por reembolso (Aplica deducible)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Ambulancia terrestre	0%	Máximo 4 al año con límite de \$100,00 por evento	24 HORAS	N/A	N/A	N/A
COBERTURA HOSPITALARIA						
Hospitalización, sin límite de días de hospitalización. Esta cobertura 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).	10%	Hasta el tope cobertura	90 días	20%	Hasta el tope cobertura	90 días
Cuarto y alimentación diaria (Aplica deducible)	10%	Máximo \$160,00 diarios	90 días	20%	Máximo \$160,00 diarios	90 días

Servicios de cama y alimentación de acompañante. (Aplica deducible)	10%	Máximo \$50,00 diarios	90 días	20%	Máximo \$50,00 diarios	90 días
Diálisis y hemodiálisis domiciliaria y no domiciliaria, ambulatoria y hospitalaria. (Aplica deducible) Cobertura anual	Desde el 10%	\$15.000,00	30 días Ambulatorio / 90 días Hospitalario	Desde el 20%	\$15.000,00	30 días Ambulatorio / 90 días Hospitalario
COBERTURA DE MATERNIDAD						
Embarazos confirmados en período de carencia	N/A	Tarifa cero	N/A	N/A	N/A	N/A
Atención prenatal que incluye consultas médicas y exámenes de diagnóstico. (Aplica deducible) Adicional a tarifa 0	Desde el 10%	\$100,00	60 días	N/A	N/A	N/A
Parto normal, cesárea o aborto no provocado (Aplica deducible)	10%	\$1.500,00	60 días	20%	\$1.500,00	60 días
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)	Desde el 10%	\$2.250,00	60 días	Desde el 20%	\$2.250,00	60 días
Tarifa 0, prestaciones de prevención primaria para la maternidad	0%	Ver detalle en el contrato	30 días Ambulatorio	N/A	N/A	N/A
COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO						
La cobertura para la inclusión intrauterina, de una maternidad cubierta, se podrá realizar a partir de la semana 20 hasta 32, previo al pago de la prima correspondiente desde la fecha de notificación. Aplica deducible.	Desde el 10%	Hasta el tope cobertura	N/A	Desde el 20%	Hasta el tope cobertura	N/A
La cobertura para la inclusión intrauterina, de una maternidad producida dentro del período de carencia, se podrá realizar a partir de la semana 20 hasta 32, previo al pago de la prima correspondiente desde la fecha de notificación. Aplica deducible.	Desde el 10%	\$200,00	N/A	Desde el 20%	\$200,00	N/A
Cobertura para las enfermedades congénitas del recién nacido, proveniente de una maternidad no cubierta. Esta cobertura aplica previo al pago de la prima correspondiente desde su inclusión. Aplica deducible.	Desde el 10%	\$500,00	N/A	Desde el 20%	\$500,00	N/A
PROHIBICIONES A LAS EXCLUSIONES						
Cobertura para delgadez, obesidad, enanismo y retardo de crecimiento (Aplica deducible) Cobertura anual	Desde el 10%	\$300,00	30 días Ambulatorio / 90 días Hospitalario	Desde el 20%	\$300,00	30 días Ambulatorio / 90 días Hospitalario

Control de natalidad definitivo (Aplica deducible) Cobertura anual	Desde el 10%	\$1.000,00	90 días	Desde el 20%	\$1.000,00	90 días
Control de natalidad no definitivo (Aplica deducible) Cobertura anual	Desde el 10%	\$10,00	30 días	Desde el 20%	\$10,00	30 días
Tratamiento de lesiones o enfermedades ocurridas o sufridas como producto de enajenación mental, estupefacientes, sustancias psicotrópicas, alcohol o drogas. (Aplica deducible) Cobertura anual	Desde el 10%	\$300,00	30 días Ambulatorio / 90 días Hospitalario	Desde el 20%	\$300,00	30 días Ambulatorio / 90 días Hospitalario
Leche medicada (Fórmula alimenticia medicada) - (Aplica deducible) Cobertura anual	Desde el 10%	\$100,00	30 días	Desde el 20%	\$100,00	30 días
Cirugía reconstructiva y rehabilitación en caso de enfermedades oncológicas, incluye implantes (Aplica deducible) Cobertura anual	Desde el 10%	\$500,00	90 días	Desde el 20%	\$500,00	90 días
Cobertura para pruebas de sensibilidad y tratamientos inmunológicos (Aplica deducible) Cobertura anual	Desde el 10%	\$200,00	30 días Ambulatorio / 90 días Hospitalario	Desde el 20%	\$200,00	30 días Ambulatorio / 90 días Hospitalario
Ayudas técnicas: Compra y/o Alquiler prótesis no dental, equipo médico duradero, órtesis (Aplica deducible) Cobertura anual	Desde el 10%	\$300,00	30 días Ambulatorio / 90 días Hospitalario	Desde el 20%	\$300,00	30 días Ambulatorio / 90 días Hospitalario
Ayudas técnicas: Recambios prótesis no dental, equipo médico duradero, órtesis (Aplica deducible) Cobertura anual	Desde el 10%	\$80,00	30 días Ambulatorio / 90 días Hospitalario	Desde el 20%	\$80,00	30 días Ambulatorio / 90 días Hospitalario
Cuidados paliativos y de largo plazo domiciliarios o no domiciliarios (Aplica deducible) Cobertura anual	Desde el 10%	\$1.500,00 Anual / Máximo \$50,00 diarios	30 días Ambulatorio / 90 días Hospitalario	Desde el 20%	\$1.500,00 Anual / Máximo \$50,00 diarios	30 días Ambulatorio / 90 días Hospitalario
Atención Integral pretrasplante, trasplante de órganos, postrasplante, seguimiento y gastos médicos para el donante vivo y cadavérico (Aplica deducible) Cobertura anual	Desde el 10%	\$15.000,00	30 días Ambulatorio / 90 días Hospitalario	Desde el 20%	\$15.000,00	30 días Ambulatorio / 90 días Hospitalario

COBERTURAS OBLIGATORIAS						
Cobertura para enfermedades crónicas y catastróficas sobrevinientes al contrato, así como para sus complicaciones y patologías relacionadas, atenciones ambulatorias, hospitalarias, terapias, emergencias, urgencias, cuidados paliativos y de largo plazo, y demás gastos relacionados con su cuidado y tratamiento.	Desde el 10%	Hasta tope de cobertura	24 horas Emergencias/ Urgencia / 30 días Ambulatorio / 90 días Hospitalario	Desde el 20%	Hasta tope de cobertura	24 horas Emergencias/ Urgencia / 30 días Ambulatorio / 90 días Hospitalario
Cobertura de emergencia y urgencia médica por accidente o enfermedad. 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.	Desde el 10%	Hasta tope de cobertura	24 horas	Desde el 20% (aplica deducible)	Hasta tope de cobertura	24 horas
Cobertura de emergencia y urgencia médica por accidente o enfermedad cuando el servicio esté suspendido por mora. Esta cobertura Incluye servicios de personal médico, equipamiento, insumos y medicamentos necesarios. Una vez que se encuentre al día en pagos, los eventos posteriores tendrán cobertura hasta el monto máximo contratado.	Desde el 10%	\$300,00	24 horas	Desde el 20% (aplica deducible)	\$300,00	24 horas
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). 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 periodo de carencia, los eventos posteriores tendrán cobertura hasta el monto máximo contratado.	Desde el 10%	\$300,00	24 horas	Desde el 20% (aplica deducible)	\$300,00	24 horas
Tarifa 0	0%	Ver detalle en el contrato	30 días Ambulatorio	N/A	N/A	N/A
Diálisis y hemodiálisis domiciliaria y no domiciliaria, ambulatoria y hospitalaria. (Aplica deducible) Cobertura anual	Desde el 10%	\$15.000,00	30 días Ambulatorio / 90 días Hospitalario	Desde el 20%	\$15.000,00	30 días Ambulatorio / 90 días Hospitalario

OTRAS COBERTURAS						
Preexistencias						
Cobertura anual de enfermedades pre-existentes declaradas (enfermedades: congénitas, genéticas, hereditarias, catastróficas, crónicas, degenerativas, raras, agudas, de conformidad con el contrato. (Aplica deducible)	Desde el 10%	20 salarios básicos unificados	24 meses	Desde el 20%	20 salarios básicos unificados	24 meses
Cobertura de enfermedades pre-existentes, no relacionadas a la discapacidad (enfermedades: congénitas, genéticas, hereditarias, catastróficas, crónicas, degenerativas, raras, agudas, de conformidad con el contrato. (Aplica deducible)	Desde el 10%	20 salarios básicos unificados	24 meses	Desde el 20%	20 salarios básicos unificados	24 meses
Discapacidad						
Cobertura de servicios de salud para personas con discapacidad, incluye enfermedades preexistentes relacionadas con discapacidad, de conformidad con el contrato (Aplica deducible)	Desde el 10%	20 salarios básicos unificados	3 meses	Desde el 20%	20 salarios básicos unificados	3 meses
Otras						
Prótesis quirúrgicamente necesaria (Aplica deducible) Por incapacidad	Desde el 10%	\$3.000,00	90 días	Desde el 20%	\$3.000,00	90 días
Terapias de Rehabilitación (Lenguaje, cardíaca, física, dolor, ondas de choque y respiratoria) (Aplica deducible) Cobertura anual	Desde el 10%	\$15,00 por sesión / Máximo 15 sesiones por tipo de terapia	30 días Ambulatorio / 90 días Hospitalario	Desde el 20%	\$15,00 por sesión / Máximo 15 sesiones por tipo de terapia	30 días Ambulatorio / 90 días Hospitalario
Consultas médicas control del niño sano (Aplica deducible) Adicional a tarifa 0	Desde el 10%	\$25,00	30 días	Desde el 20%	\$25,00	30 días
Vacunas -control del niño sano (esquema Ministerio de Salud Pública) (Aplica deducible)	Desde el 10%	\$50,00	30 días	Desde el 20%	\$50,00	30 días
Cirugías robóticas (Aplica deducible) Cobertura anual	Desde el 10%	\$2.000,00	90 días	Desde el 20%	\$2.000,00	90 días
Cobertura para deportes extremos (Aplica deducible) Cobertura anual	Desde el 10%	\$900,00	30 días Ambulatorio / 90 días Hospitalario	Desde el 20%	\$900,00	30 días Ambulatorio / 90 días Hospitalario
Enfermedades de carácter orgánico incluye curas de reposo (Aplica deducible) Cobertura anual	Desde el 10%	\$100,00	30 días Ambulatorio / 90 días Hospitalario	Desde el 20%	\$100,00	30 días Ambulatorio / 90 días Hospitalario
Consulta y tratamiento de rehabilitación por alcoholismo, drogadicción y otras adicciones. Cobertura anual (Aplica deducible)	Desde el 10%	\$50,00	30 días	20%	\$50,00	30 días

FACTOR DE CONVERSIÓN PARA HONORARIOS MÉDICOS Practihumana

PRACTIHUMANA	EVALUACIÓN Y MANEJO			CIRUGÍA	ANESTESIA	MEDICINA / ESPECIALIDAD	IMAGENOLOGÍA / RADIOLOGÍA
	General (consulta, visita médica, etc)	Cuidados Intensivos	Cuidados del Recién Nacido				
	\$3,40	\$1,75	\$4,77	\$38,44	\$29,20	\$2,51	\$33,72

El contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente tabla de beneficios del **Plan Clásico - Practihumana 30,000** el registro No **53062** con oficio No **SCVS-IRQ-DRS-2020-00037929-O**, de 24 de septiembre de 2020.

Inicio vigencia: Día Mes Año

Nombre del contratante: C.I.:

Código vendedor: Precio mensual \$:

Declaro que he leído, entendido y comprendido el alcance de las Condiciones de Coberturas y Financiamiento y estoy de acuerdo con su contenido, limitaciones y modalidades de financiamiento de las prestaciones ofertadas.

EL CONTRATANTE

HUMANA S.A.

Línea de Negocio: _____ **Plan:** _____

Señores Humana,

Estimados Señores:

Por medio de la presente, ratifico mi consentimiento y aceptación en cuanto a lo siguiente:

1. Declaro haber leído, entendido, comprendido y estar de acuerdo con las condiciones de financiamiento, límites, exclusiones y alcances del contrato _____ del que soy **CONTRATANTE** y/o beneficiario al haber aceptado mi vinculación al contrato suscrito por el **CONTRATANTE** (No. Contrato) _____ para el financiamiento de servicios de atención integral de salud con HUMANA. (Nombres y Apellidos Contratante)

2. Declaro que se me entregó información adecuada, veraz, clara, oportuna y completa sobre los servicios, condiciones de financiamiento, límites, exclusiones y alcances de la cobertura del contrato del que soy **CONTRATANTE** y/o beneficiario en virtud de lo descrito en el numeral anterior, para el financiamiento de servicios de atención integral de salud con **HUMANA**.

3. Declaro que me he informado responsablemente sobre las condiciones de uso de los servicios de los que soy **CONTRATANTE** y/o beneficiario en virtud del antedicho contrato, para el financiamiento de servicios de atención integral de salud con **HUMANA**.

4. Declaro y me obligo, en mi calidad de **CONTRATANTE**, que informaré de los servicios, condiciones de financiamiento, límites, exclusiones y alcances de la cobertura a todos los beneficiarios que formen o llegaren a formar parte del presente contrato.

5. Declaro mi consentimiento y aceptación expresa a la cláusula de sometimiento de controversias derivadas de este contrato a arbitraje, cláusula que consta en el contrato suscrito para el financiamiento de servicios de atención integral de salud con **HUMANA**, del que soy **CONTRATANTE** y/o beneficiario y que indica, además de las reglas con las que se debe proceder, lo siguiente:

"9.1.3. Solución de Conflictos / Reclamos y Jurisdicción. - En caso de controversias que se suscitaren en la interpretación, aplicación, cumplimiento y/o ejecución del contrato, las partes acuerdan someterlas libre y voluntariamente, de conformidad con el artículo 46 de la "Ley de Salud Integral Prepagada", a tratar de solucionarlas mediante acuerdo directo y de conformidad con los plazos y períodos establecidos en dicho artículo. Expresamente las partes someten a este mecanismo de solución de controversias, cualquier reclamo de daños y perjuicios, sean patrimoniales y extrapatrimoniales (incluido daño moral), derivado directa o indirectamente de este contrato. Si el acuerdo directo no es factible o no se llegara a solventar la controversia, las partes acuerdan, libre y voluntariamente, someter a arbitraje la misma, desistiendo expresamente de cualquier etapa previa de mediación por haber accedido al acuerdo directo establecido en el artículo 39 de la "Ley de Salud Integral Prepagada"

6. Declaro que conozco y se me ha informado de todas las condiciones de financiamiento, límites, aranceles, tarifarios, deducibles, copagos, modalidades y alcances de las prestaciones que son financiadas a través del contrato suscrito entre el **CONTRATANTE** y **HUMANA**; y del que soy **CONTRATANTE** y/o beneficiario.

7. Expresamente acepto el recibir cualquier notificación vía correo electrónico, celular o cualquier otro medio que HUMANA considere necesario para lo que he consignado mis datos al **CONTRATANTE** del contrato suscrito y del que soy **CONTRATANTE** y/o beneficiario y declaro que aquellos son verdaderos y fidedignos.

8. Expresamente acepto, ratifico, autorizo y hago como mías las gestiones que el asesor de ventas/bróker o tercero (agente oficioso) que me ha asesorado/ayudado en este proceso ha realizado para el ingreso de mi información personal, email, formas de pago, pin de firma para realizar la suscripción y compra del plan de medicina prepagada el cual estoy aceptando la contratación en vista de que se me ha indicado sus montos de financiamiento, condiciones contractuales, de financiamiento y sanitarias así como montos de **deducibles, copagos y cuota a cancelarse**.

9. Por último, ratifico el consentimiento expreso en relación a que **HUMANA** ejerza las atribuciones necesarias para intervenir en las acciones legales en contra de terceros responsables de los daños ocasionados al **CONTRATANTE** y/o beneficiarios y expresamente le cede el derecho de subrogación que le permita resarcirse de los valores reembolsados a consecuencia de los daños ocasionados por dichos terceros responsables.

En ratificación de todo lo manifestado en este documento, firmo para constancia el _____ de _____ de _____.

EL CONTRATANTE/BENEFICIARIO

C.C.: _____

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 CLÁSICO PRACTIHUMANA 30.000:**

FINANCIAMIENTO / COBERTURAS PRESTACIONES SANITARIAS						
PRESTACIONES SANITARIAS	RED CERRADA			RED ABIERTA		
	COPAGO/ CO-PARTI- CIPACIÓN	SUBLÍMITES / TOPE	CARENCIAS	COPAGO/ CO-PARTI- CIPACIÓN	SUBLÍMITES / TOPE	CARENCIAS
CONSULTAS MÉDICAS						
Consultas médicas no domiciliarias y domiciliarias por reembolso. (Aplica deducible)	N/A	N/A	N/A	30%	Sin límite hasta \$30,00 por consulta	30 Días
Sesiones con homeópatas, acupunturistas, moxibustión, medicina alternativa siempre y cuando sean médicos aceptados por la Autoridad Sanitaria Nacional. (Aplica deducible) Valor por sesión \$20 hasta un máximo de 15 sesiones.	N/A	N/A	N/A	30%	\$300,00	30 Días
EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO						
Exámenes de diagnóstico, por reembolso (Incluye estudios anatomopatológicos, genéticos y para enfermedades congénitas). (Aplica deducible)	20%	Hasta el tope de cobertura	30 días	20%	Hasta el tope de cobertura	30 Días
PREEXISTENCIAS						
Cobertura anual de enfermedades preexistentes declaradas (enfermedades: congénitas, genéticas, hereditarias, catastróficas, crónicas, degenerativas, raras, agudas, de conformidad con el contrato. (Aplica deducible).	Desde el 10%	\$1.350,00	12 Meses	N/A	N/A	N/A
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 excedente se aplica según condiciones del plan contratado (Sin aplicación de deducible)	0%	\$300,00	24 Horas	N/A	N/A	N/A
COBERTURAS ADICIONALES						
Consultas médicas control del niño sano (Aplica deducible) Adicional a tarifa 0.:	Desde el 10%	\$30,00	30 Días	Desde el 20%	\$30,00	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%	\$30,00	30 Días
Una Consulta de Especialidad Psicología Máximo 12 consultas al año, cobertura hasta:	N/A	N/A	N/A	20%	\$30,00	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.

PREEXISTENCIAS

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.

El contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente contrato el registro **No 59544**; con oficio **No. SCVS-IRCVSQ-DRS-2025-00067385-O**, de 16 de junio de 2025.

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. _____

CONTRATO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA

Tipo de contrato: **Individual**

Modalidad: **Mixta**

☐ Plan Premium Metrohumana 150.000	☐ Plan Selecto Metrohumana 80.000	☐ Plan Full Metrohumana 50.000	☐ Plan Clásico Metrohumana 30.000
☐ Plan Full Practihumana 50.000	☐ Plan Clásico Practihumana 30.000	☐ Plan Preferido Practihumana 15.000	

CLÁUSULA 1: COMPARECIENTES

Comparecen a la celebración del presente contrato, por una parte, la compañía **MEDICINA PARA EL ECUADOR, MEDIECUADOR HUMANA S.A.**, debidamente representada por quien suscribe el presente instrumento, a la que para efectos de este contrato se la denominará como **HUMANA** y, por otra

_____, los contratantes o beneficiarios, parte que en lo posterior se la conocerá como **EL CONTRATANTE**. Los comparecientes son legalmente capaces para contratar y obligarse, y manifiestan su voluntad de suscribir el presente contrato.

CLÁUSULA 2: ANTECEDENTES

2.1 HUMANA es una compañía que financia servicios de Atención Integral de Salud Prepagada, legalmente constituida bajo las leyes de la República del Ecuador, y cuyo objeto social único es el financiamiento de los servicios de Atención Integral de Salud Prepagada, asumiendo los costos de los servicios de salud y prestaciones sanitarias contractualmente estipulados.

2.2 EL CONTRATANTE requiere de un plan de financiamiento para la Atención Integral de Salud bajo la modalidad de prepago y tiene conocimiento del servicio que otorga **HUMANA**, el mismo que puede ser extensible a su beneficio individual, a sus dependientes y beneficiarios, de conformidad con este contrato.

CLÁUSULA 3: DEFINICIONES

Para efectos de este contrato, los términos relacionados con el servicio que presta **HUMANA** se entenderán como:

- **ACCIDENTE:** Acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita y violenta que produce lesiones que requieren atención médica en el beneficiario. No se consideran accidentes aquellos casos donde la primera atención médica se realiza después de las 24 horas siguientes de ocurrido el accidente.
- **AFILIADO:** Toda persona natural que ha sido calificada por la compañía como titular, dependiente o beneficiario de acuerdo con los términos de este contrato y que tenga acceso a las prestaciones y beneficios de los Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada determinados en este contrato.
- **AGRAVACIÓN DE RIESGO:** Situación que se produce cuando el beneficiario, luego de un diagnóstico, no toma las medidas necesarias para controlar, mitigar y prevenir complicaciones de su patología, agravando así su situación de salud.
- **ALTA MÉDICA:** Situación por la cual la persona finalizó el tratamiento por enfermedad o accidente, o cuando la evidencia clínica o criterios de pertinencia médica, constantes en la historia clínica del paciente, no justifique la permanencia hospitalaria.
- **AMBULANCIA:** Medio de transporte adecuado y autorizado para trasladar hasta un establecimiento de salud al beneficiario en condición médica crítica y que forma parte de la atención pre hospitalaria.
- **ARANCEL:** Es el valor sobre el cual se reembolsará al beneficiario los honorarios del personal de salud reconocido en el territorio ecuatoriano, para la práctica de prestaciones integrales de salud, basado en costos razonables y acostumbrados de acuerdo con la práctica médica ecuatoriana.
- **ATENCIÓNES AMBULATORIAS:** Son aquellas prestaciones de salud que no requieren el internamiento u hospitalización

del paciente en una casa de salud.

- **ATENCIONES HOSPITALARIAS:** Las prestadas en una casa de salud que requieren internamiento u hospitalización del paciente. Se incluyen aquellas que se brindan en el “Hospital de Día”.
- **AYUDAS TÉCNICAS:** Son los productos y/o dispositivos médicos fabricados específicamente o disponibles en el mercado, cuya función es permitir o facilitar la realización de determinadas acciones, de tal manera que, sin su uso, estas tareas serían imposibles o muy difíciles de realizar para un individuo en una situación determinada. Su financiamiento se regulará de acuerdo con el límite máximo de cobertura ambulatoria u hospitalaria establecido para este concepto en este contrato.
- **BENEFICIARIO:** Para efectos de este contrato, se entiende como beneficiario a toda persona que tenga relación conyugal, de unión de hecho o de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad con **EL CONTRATANTE**.
- **CENTROS DE ATENCIÓN MÉDICA:** Forman parte de la red de prestadores modalidad cerrada, donde el beneficiario tiene acceso a atenciones ambulatorias.
- **COMPLICACIONES DEL PARTO Y DEL RECIÉN NACIDO:** Todas las complicaciones tanto del parto como del recién nacido desde el período perinatal.
- **CONDICIONES DE AUDITORÍA MÉDICA:** Es la validación de protocolos, guías médicas, evidencia científica, vademécums y pertinencia relacionados con la prestación de salud.
- **CONDICIONES SANITARIAS:** Detalle de las prestaciones de salud que contiene las condiciones, límites y alcances de carácter sanitario.
- **CONTRATANTE:** Persona natural o jurídica residente en Ecuador y legalmente capaz de contraer obligaciones, que ha solicitado la celebración del presente contrato para sí o para terceras personas y que además se compromete a realizar el pago del precio por los servicios prestados en este contrato.
- **CONTROLES PRENATALES:** Las consultas médicas y exámenes requeridos durante el período prenatal, de acuerdo con lo establecido en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), y solicitados por personal de salud reconocido en el territorio ecuatoriano para la práctica de prestaciones de salud.
- **COPAGO:** Porcentaje y/o valor que asume el beneficiario en relación con una prestación o beneficio en función de las condiciones contractuales. Por lo tanto, este concepto no es reembolsable.
- **CUARTO Y ALIMENTO DIARIO:** Es la cobertura pactada por los gastos de habitación y alimentación en caso de hospitalización.
- **DEDUCIBLE POR BENEFICIARIO:** Valor fijo que el beneficiario debe asumir de acuerdo con el presente plan. Una vez que el gasto por la prestación del servicio de salud supere este monto, comienza la obligación de financiamiento. Por lo tanto, este concepto no es reembolsable.
- **DEPENDIENTE:** Podrán ser considerados como dependientes, el o la cónyuge del titular, o que tenga con **EL CONTRATANTE** una unión de hecho, y/o los hijos solteros, discapacitados o niños legalmente adoptados y que tenga con **EL CONTRATANTE** una relación hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, siempre que se haya contratado los beneficios de este plan para dichas personas
- **DIAGNÓSTICO:** Determinación de una enfermedad de acuerdo a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. (CIE-10)
- **EMERGENCIA:** De conformidad con la Ley de Derechos y Amparo al Paciente, emergencia “es toda contingencia de gravedad que afecte a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables, tales como: choque o colisión, volcamiento u otra forma de accidente de tránsito terrestre, aéreo o acuático, accidentes o infortunios en general, como los ocurridos en el medio de trabajo, centros educativos, casa, habitación, escenarios deportivos, o que sean el efecto de delitos contra las personas como los que producen heridas causadas con armas cortopunzantes, de fuego, contundentes, o cualquiera otra forma de agresión material. La cobertura de emergencia, definida previamente por triaje médico, se realizará hasta que el paciente haya superado la emergencia y se encuentre estabilizado en sus condiciones físicas. La misma se financiará únicamente en territorio ecuatoriano.
- **EMERGENCIA MÉDICA EN CONDICIONES CUBIERTAS:** Prestaciones y /o servicios médicos originados por emergencia a causa o como consecuencia de cualquier condición no excluida por el contrato conforme a las Exclusiones.
- **ENFERMEDAD:** Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general

conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.

- **ENFERMEDAD AGUDA:** Aquella que tiene un inicio y un fin claramente definidos y es de corta duración.
- **ENFERMEDAD CATASTRÓFICA:** Son aquellas patologías de curso crónico que suponen un alto riesgo para la vida de la persona y que, por ser de carácter prolongado o permanente, pueden ser susceptibles de programación en su atención.
- **ENFERMEDAD CONGÉNITA:** Toda patología no transmisible, sus secuelas y/o complicaciones que se manifiestan desde el nacimiento o con posterioridad al mismo, ya sea producida por un trastorno ocurrido durante el desarrollo embrionario, durante el parto o como consecuencia de un defecto hereditario
- **ENFERMEDAD CRÓNICA:** Proceso patológico no transmisible que se desarrolla lentamente y persiste durante un largo período de tiempo, con frecuencia durante toda la vida del enfermo.
- **ENFERMEDAD DEGENERATIVA:** Es una patología generalmente crónica en la cual la función o la estructura de los tejidos u órganos afectados se deterioran con el transcurso del tiempo.
- **ENFERMEDAD GENÉTICA:** Es aquella originada por cambios o alteraciones en el ADN.
- **ENFERMEDAD HEREDITARIA:** Patología no transmisible, pero cuya condición se encuentra determinada en la genética del paciente por su vinculación familiar.
- **ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** Cualquier enfermedad, patología o condición de salud, sus secuelas mediatas e inmediatas, que hayan sido conocidas por el beneficiario, afiliado o dependiente, y diagnosticada médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato o a la incorporación del beneficiario al mismo y que pueden incluir enfermedades congénitas, genéticas, hereditarias, crónicas, catastróficas, degenerativas y raras.
- **ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS DE BASE NO ORGÁNICA:** Toda aquella enfermedad que no es considerada un trastorno mental orgánico de acuerdo a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), vigente a la fecha de la prestación.
- **ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS DE BASE ORGÁNICA:** Trastornos mentales orgánicos determinados conforme a la descripción de los trastornos mentales orgánicos, establecidos en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), vigente a la fecha de la prestación.
- **ENFERMEDAD RARA:** Son aquellas que se consideran potencialmente mortales o debilitantes a largo plazo, de alta complejidad y baja prevalencia. Son de curso crónico, progresivo, degenerativo, con una elevada morbi-mortalidad y alto grado de discapacidad física, mental, conductual y sensorial, que puede comprometer la autonomía de los pacientes.
- **EPICRISIS:** Documento médico que se prepara cuando se da el Alta Médica del paciente hospitalizado. El documento contiene el resumen del estado actual del paciente, diagnósticos médicos finales, exámenes realizados, tratamiento y plan posterior al alta.
- **EVENTO HOSPITALARIO DEL PARTO:** Gastos hospitalarios por embarazo, cesárea o aborto no provocado.
- **EXCLUSIÓN:** Son las prestaciones sanitarias, condiciones de salud, servicios, diagnósticos y demás eventos que se encuentran expresamente no financiadas. Quedan excluidas a su vez todas aquellas prestaciones, secuelas y complicaciones relacionadas a las no financiadas.
- **FACTOR DE CONVERSIÓN:** Es el valor monetario expresado en dólares americanos para establecer el reconocimiento de los costos directos e indirectos que son parte de la producción de los servicios de salud.
- **FECHA DE FACTURACIÓN:** Fecha de emisión de la factura de acuerdo a la periodicidad de pagos acordada con el cliente.
- **FECHA DE INCURRENCIA:** Aquella en la cual el afiliado recibió la prestación médica.
- **FECHA DE INICIO DE VIGENCIA:** Aquella en la que inicia el contrato y/o en la que **HUMANA** acepta la inclusión de un afiliado.
- **FECHA DE RENOVACIÓN:** Aquella en la que **EL CONTRATANTE** cumple el período de vigencia del contrato.
- **FIN DE VIGENCIA:** Fecha en la que termina la cobertura del presente contrato, que es anterior a la fecha de renovación.
- **FINANCIAMIENTO POR REEMBOLSO:** Aquel financiamiento en el que el beneficiario cancela la totalidad de la atención o prestación médica para luego solicitar a **HUMANA** el reembolso.

- **FINANCIAMIENTO PREAUTORIZADO DE PRESTACIONES:** Aquel financiamiento en el que el beneficiario solicita a **HUMANA** la cobertura de la atención o prestación médica programada en la red de prestadores vigente para el plan contratado, a la fecha de incurrencia.
- **GARANTÍA:** Es un respaldo financiero solicitado por el prestador médico de acuerdo con sus políticas y condiciones, y constituye un aval adicional para el cumplimiento del pago de los gastos no cubiertos por **HUMANA**, deducible y copago de una prestación médica. **HUMANA** no se responsabiliza por las políticas establecidas por los prestadores y los valores entregados por parte del beneficiario al prestador por este concepto.
- **GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS:** Los gastos médicos necesarios, razonables y acostumbrados incurridos por el beneficiario, solicitados por personal de salud reconocido en el territorio ecuatoriano para la práctica de prestaciones de salud, como consecuencia de accidente o enfermedad determinada mediante diagnóstico médico, dentro de los límites estipulados en este contrato, con excepción de aquellos incurridos por las causas o condiciones indicadas en las exclusiones de este contrato.
- **GASTOS MÉDICOS NECESARIOS, RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS:** Lo razonable y acostumbrado hace referencia a lo definido por la Autoridad Sanitaria Nacional y, en caso de no existir una definición al respecto, la compañía se sujetará a los protocolos médicos y Guías de Práctica Clínica a las que se adhiera y que estarán publicadas en la página web oficial de **HUMANA** (www.humana.med.ec). Los gastos de personal de salud reconocido en el territorio ecuatoriano para la práctica de prestaciones de salud se financiarán en función del tarifario definido en cada plan. El Tarifario de referencia corresponde al Tarifario de prestaciones y servicios profesionales del Hospital Metropolitano. Para el cálculo de arancel y valor de prestaciones en los planes Metrohumana se considera el tarifario del Hospital Metropolitano y para los planes Practihumana se considera una reducción del 25% de dicho tarifario. En caso de no existencia **HUMANA** se sujetará al Tarifario Nacional y a la normativa relacionada. En estos casos se tomará en cuenta el código CPT del Tarifario Nacional, con sus correspondientes unidades de valor relativo multiplicadas por el factor de conversión monetario del plan aprobado, contratado y vigente a la fecha de la prestación.
- **HISTORIA CLÍNICA:** Documento legal que contiene la descripción sistemática de los acontecimientos médicos y psicosociales de la vida de un paciente, circunstancias familiares, ambientales que puedan tener relación con su estado de salud. Este documento debe cumplir con los requisitos establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional y demás normativa relacionada. La Historia Clínica debe contener la información solicitada de acuerdo a los formatos del Ministerio de Salud Pública.
- **HONORARIOS MÉDICOS:** Es el valor que cobra el personal de salud reconocido en el territorio ecuatoriano para la práctica de prestaciones de salud, necesario, razonable y acostumbrado correspondiente a sus servicios profesionales. La Unidad de Valor Relativa y factor de conversión monetario serán definidos en la Tabla de Beneficios.

Se aplicarán los siguientes factores de corrección geográfica:

- Para Quito, el factor 1.00
- Para Guayaquil, el factor 1.30
- Para Cuenca, el factor 1.00
- Para otras ciudades de Ecuador, el factor 0.80

En caso de participación de médicos, anestelistas y/o ayudantes, sus honorarios serán reconocidos para cirugías laparoscópicas y cirugías de alta complejidad, que participen en procedimientos quirúrgicos y cuya necesidad se verifique en la Guía de Práctica Clínica emitida por la Autoridad Sanitaria Nacional. Para el cálculo de estos honorarios, se financiará el treinta y cinco por ciento (35%) y el treinta por ciento (30%), respectivamente, de los honorarios del cirujano principal o el valor que determine el tarifario establecido por la compañía, cualquiera sea menor. Se reconocerán los honorarios para personal de salud reconocido en el territorio ecuatoriano para la práctica de prestaciones de salud, anestesiólogos y/o ayudantes, de acuerdo a la normativa nacional o internacional vigente.

En relación con los honorarios establecidos bajo criterio médico o procedimientos no contemplados en el tarifario, **HUMANA** se sujetará al Tarifario Nacional y a la normativa relacionada. En estos casos se tomará en cuenta el código CPT del Tarifario Nacional, con sus correspondientes unidades de valor relativo multiplicadas por el factor de conversión monetario del plan aprobado, contratado y vigente a la fecha de la prestación. Los honorarios de personal de salud no médico serán financiados al 50% del costo del honorario del médico.

- **HOSPITAL:** Establecimientos de salud a los que el beneficiario acude para intervenciones o procedimientos especiales que requieren más de veinticuatro (24) horas para el alta del paciente.
- **HOSPITAL DEL DÍA:** Establecimientos de salud, debidamente acreditados por la Autoridad Sanitaria Nacional, a los que el beneficiario acude para intervenciones o procedimientos especiales que requieren menos o hasta veinticuatro (24) horas

para el alta del paciente.

- **LEY ORGÁNICA QUE REGULA A LAS COMPAÑÍAS QUE FINANCIEN SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA Y A LAS DE SEGUROS QUE OFERTEN COBERTURA DE SEGUROS DE ASISTENCIA MÉDICA:** Ley que regula a las empresas de medicina prepagada incluyendo **HUMANA**.
- **LÍMITE MÁXIMO DE COBERTURA:** Es el monto máximo de beneficios anuales y/o por prestación a los que tiene derecho cada beneficiario mientras se encuentre amparado por este contrato.
- **MODALIDAD ABIERTA:** Aquella por la cual el beneficiario, a su elección, recibe atención sanitaria a través de prestadores no relacionados con **HUMANA**, sean estas personas naturales o jurídicas.
- **MODALIDAD CERRADA:** Aquella por la cual el beneficiario recibe atención sanitaria únicamente a través de prestadores de servicios de salud relacionados con **HUMANA** en los ámbitos comercial o de integración societaria.
- **MODALIDAD MIXTA:** Aquella por la cual el usuario recibe atención sanitaria mediante la combinación de las modalidades abierta y cerrada.
- **PERÍODOS DE CARENCIA:** Son aquellos períodos, con posterioridad a la suscripción del presente contrato, durante los cuales los beneficiarios no tienen derecho a percibir prestaciones o reembolsos de los gastos por las prestaciones o beneficios recibidos.
- **PERÍODO DE CARENCIA DE MATERNIDAD:** Es aquel período durante el cual, si la beneficiaria inicia un embarazo, únicamente tiene derecho a recibir las prestaciones que se encuentran delimitadas en el anexo de prestaciones tarifa 0 (cero), que forma parte integral de este contrato.
- **PERÍODO NEONATAL:** Comienza a los 8 días de nacido hasta los 28 días después del parto.
- **PERÍODO PERINATAL:** Comienza a las veintidós (22) semanas completas o ciento cincuenta y cuatro (154) días de gestación o quinientos (500) gramos de peso y termina a los siete (7) días completos después del parto.
- **PERSONA CON DISCAPACIDAD:** De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica de Discapacidades, artículo 6, se considera persona con discapacidad a toda aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que lo hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades de la vida diaria. La cobertura objeto de este contrato se sujetará a lo establecido en la ley de la materia y a las condiciones contractuales tanto de prestaciones cubiertas como de exclusiones y limitaciones. Dentro de su cobertura, se incluirán sus secuelas mediatas e inmediatas.
- **PLAN CONTRATADO:** Es el conjunto de prestaciones y servicios otorgados por personal de salud reconocido en el territorio ecuatoriano para la práctica de prestaciones de salud cuyos servicios, coberturas, limitaciones y exclusiones se determinan en el presente contrato.
- **PRESTACIONES MÉDICAS:** Servicios médicos necesarios solicitados, evaluados y/o conducidos por personal de salud reconocido en el territorio ecuatoriano para la práctica de prestaciones de salud, para atender los requerimientos de salud de los beneficiarios.
- **PRESTACIONES DE SALUD ALTERNATIVAS A LA MEDICINA TRADICIONAL:** Las ofrecidas por profesionales de la medicina reconocidos en el territorio ecuatoriano para tal efecto.
- **PRESTADORES DE SERVICIOS MÉDICOS (ESTABLECIMIENTOS DE SALUD):** Las personas naturales o jurídicas reconocidas en el territorio ecuatoriano para el ejercicio profesional de la medicina o para funcionar como casas de salud, laboratorios, centros de imagen, de conformidad con la cartera de servicios debidamente aprobada por la autoridad de control.
- **PREVENCIÓN PRIMARIA:** Son medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes.
- **PREVENCIÓN SECUNDARIA:** Tiene como objetivo detectar e intervenir precozmente las enfermedades, antes de que estas se hayan desarrollado por completo.
- **PREVENCIÓN TERCIARIA:** Evita el deterioro y complicaciones de una enfermedad o lesión cuando ya se ha presentado, así como rehabilita al paciente para que recupere la mayoría de sus funciones físicas, mentales y sociales.
- **RED DE PRESTADORES MODALIDAD CERRADA:** Son las personas naturales y jurídicas reconocidas en el territorio ecuatoriano, para la práctica de actividades médicas y que se han acreditado ante **HUMANA** para tal efecto.

- **RED PREFERIDA:** Forman parte de la red de prestadores modalidad cerrada, en la que el beneficiario tiene acceso a consultas médicas preautorizadas.
- **TABLA DE BENEFICIOS:** Es el documento que forma parte integral de este contrato, donde se detalla los límites máximos de cobertura, monto, días, sesiones y especificidades de las diversas prestaciones médicas del plan contratado
- **TARIFARIO:** Documento compuesto por valor monetario y unidades de valor relativo de servicios profesionales, servicios institucionales, de laboratorio e imagen; además, medicamentos, exámenes preoperatorios y la consulta postoperatoria al acto operatorio. El Tarifario de referencia corresponde al Tarifario de prestaciones y servicios profesionales del Hospital Metropolitano. Para el cálculo de arancel y valor de prestaciones en los planes Metrohumana se considera el tarifario del Hospital Metropolitano y para los planes PractiHumana se considera una reducción del 25% de dicho tarifario.
- **TITULAR:** La persona que representa a un grupo de afiliados dentro de un Contrato de Financiamiento de los Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada.
- **TRIAJE:** Es la clasificación que realiza el personal calificado de la gravedad, sintomatología y problema de salud que presenta un paciente cuando llega al servicio de emergencia/urgencia y que permite definir la prioridad de la atención.
- **UNIDADES DE VALOR RELATIVO:** Son unidades que permiten transformar los recursos consumidos de una actividad en costos detallados en un arancel que asigna un puntaje a cada procedimiento médico.
- **URGENCIA:** Todo estado patológico de rápida instauración o por accidente fortuito que no pone en riesgo inmediato la vida del paciente, pero que genera la necesidad imperiosa de recibir atención de salud, definido previamente por triaje médico.
- **VADEMÉCUM:** Detalle de medicamentos que se encuentran bajo la cobertura de modalidad cerrada de HUMANA. **Los medicamentos que corresponden al Vademecum A, sean genéricos o de marca, tendrán una cobertura del 90% y los medicamentos correspondientes al Vademécum B, sean genéricos o de marca, tendrán una cobertura del 70%.** El afiliado podrá acceder a esta información en la página web de HUMANA (www.humana.med.ec) en la sección "Mi Humana".

CLÁUSULA 4: OBJETO DEL CONTRATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA

4.1 OBLIGACIÓN DEL FINANCIAMIENTO:

HUMANA se compromete a financiar los gastos por Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada en los que incurran los beneficiarios en el territorio ecuatoriano, de acuerdo con las cláusulas de este contrato, su red de prestadores médicos en convenio, tabla de beneficios, condiciones sanitarias, condiciones de auditoría médica, procesos, procedimientos, requisitos determinados en el presente contrato, aranceles, tarifarios aplicables, gastos médicos necesarios, razonables y acostumbrados que se conocen como de pertinencia médica, y a lo dispuesto en la "Ley Orgánica que regula a las Compañías que financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica". Toda esta información ha sido revisada, leída, entendida y aceptada voluntariamente por **EL CONTRATANTE** y sus beneficiarios.

HUMANA reconocerá la cobertura siempre y cuando se encuentre relacionada a un diagnóstico y sus costos sean necesarios, razonables y acostumbrados de acuerdo con la práctica médica ecuatoriana. Los gastos, sean ambulatorios u hospitalarios, domiciliarios o no, serán acumulativos y reembolsables hasta el límite máximo de cobertura establecido para cada concepto en este contrato.

Se aplicará el financiamiento por preautorización o por reembolso de acuerdo con las condiciones del contrato y sus anexos. El porcentaje de cobertura, alcances, condiciones y límites dependerá de la modalidad escogida por el beneficiario al hacer uso de su plan: modalidad cerrada, abierta o mixta. Esta información, como también la concerniente al deducible y copago por cada prestación, se encuentra detallada en la Tabla de Beneficios del presente contrato.

4.1.1 COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS NO EMERGENTES PRESTADOS EN EL EXTRANJERO

El beneficio de financiamiento de los gastos por servicios médicos no emergentes prestados en cualquier parte del mundo fuera de las fronteras de Ecuador se realizará bajo las siguientes condiciones:

- a) Los gastos médicos incurridos en el extranjero serán cubiertos a costo ecuatoriano de conformidad con las condiciones, límites y arancel del plan contratado.
- b) En caso de que algún procedimiento o prestación médica no se realice en Ecuador, HUMANA cubrirá el gasto al treinta por ciento (30%) del costo total de dicho procedimiento incurrido fuera del país, aplicando de igual manera las condiciones y límites del plan contratado.

c) El reembolso será en dólares de los Estados Unidos de Norteamérica aplicando el tipo de cambio vigente a la fecha de incurrencia de los gastos médicos.

d) No se realizarán pagos anticipados a los gastos por incurrir en el exterior.

e) Para el reembolso, además de los documentos habilitantes normales, será indispensable la presentación del comprobante de pago realizado por el Afiliado (voucher de Tarjeta de Crédito, Comprobante de Transferencia Bancaria, Estado de Cuenta Bancario o Estado de Cuenta de la Tarjeta de Crédito donde se refleje el pago realizado al prestador médico del exterior). En caso de que el pago se haya realizado en efectivo, deberá incluir este detalle como constancia en la factura respectiva.

f) En caso de Coordinación de Beneficios de prestaciones en el exterior, el Afiliado deberá presentar a HUMANA la liquidación original realizada por la primera Aseguradora o Empresa de Medicina Prepagada y adjuntar los soportes del reclamo con sello de "Fiel Copia del Original". La liquidación se realizará tomando en cuenta los parámetros indicados en los numerales precedentes de esta cláusula.

No se realizarán pagos anticipados a los gastos a incurrir por una enfermedad.

El pago de reembolsos no excederá el plazo máximo de sesenta (60) días, contados a partir de la recepción de toda la documentación exigida para el reembolso y de la aceptación de la misma por parte de **HUMANA**.

El reingreso de facturas no excederá el límite máximo de treinta (30) días, contados a partir de la devolución por parte de **HUMANA** al afiliado.

No se aceptarán facturas acumuladas por varias prestaciones, así sean relacionadas con el mismo diagnóstico, que no hayan sido presentadas dentro del plazo de sesenta (60) días a partir de la fecha del gasto incurrido.

Para acceder al financiamiento estipulado en este contrato, el beneficiario deberá estar al día en el cumplimiento de sus contraprestaciones económicas, superar períodos de carencia y que la prestación se encuentre cubierta bajo el presente contrato. Esto no aplica para emergencias, cuyo régimen se describe más adelante.

4.2 CLÁUSULAS CONTRACTUALES OBLIGATORIAS

Todos los contratos para el financiamiento de servicios de atención integral de salud prepagada, así como los de seguros con cobertura de asistencia médica deberán contener en favor de sus afiliados y asegurados, las siguientes cláusulas obligatorias:

4.2.1 ENFERMEDADES CRÓNICAS Y CATASTRÓFICAS SOBREVINIENTES A LA CONTRATACIÓN

Establecer como obligación contractual la prohibición de incrementos adicionales a las tarifas o primas de los planes contratados, ante el apareamiento de enfermedades crónicas y catastróficas, sobrevinientes a la contratación y de negar la renovación de los contratos por dichas causas.

4.2.2 ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA MÉDICA

Cubrir el financiamiento para la atención de toda emergencia médica, hasta el monto de la cobertura contratada, al momento del requerimiento efectuado por el prestador del servicio de salud. En este caso la atención deberá prestarse obligatoriamente en cualquier establecimiento de salud.

Si el usuario no está en condiciones de ser trasladado a un establecimiento de salud, podrá solicitar en el lugar donde se encuentre, la presencia de un servicio de atención de emergencias médicas ambulatorias.

4.2.3 TARIFA CERO

Los afiliados y asegurados, deberán recibir obligatoriamente, con cargo a la tarifa contratada, prestaciones de prevención primaria, que deberán ser determinadas y reguladas por la Autoridad Sanitaria Nacional.

4.2.4 Otras que determine la Autoridad Sanitaria Nacional

Las condiciones de estas coberturas se financiarán de acuerdo a lo pactado contractualmente.

4.3 FINANCIAMIENTO POR REEMBOLSO:

Para acceder al financiamiento por reembolso, el beneficiario deberá presentar los siguientes documentos en cualquier oficina o punto de servicio de **HUMANA**. Los formularios establecidos por la compañía podrán ser obtenidos ya sea físicamente en un punto de servicio de **HUMANA** o a través de su página web oficial (www.humana.med.ec dentro del menú Mi Humana en la sección Formularios).

4.3.1. ATENCIÓN AMBULATORIA

1. Formulario de solicitud de reembolso de atención médica (descargable en el sitio web de Humana www.humana.med.ec dentro del menú Mi Humana en la sección Formularios). Lleno de forma correcta, completo y firmado.
2. Facturas originales de consulta, establecimientos de salud, laboratorio, farmacia, imagen, estudios de patología y de cualquier otro procedimiento realizado; las facturas deberán cumplir con la normativa tributaria vigente.
3. En caso de medicamentos que no cuenten con registro sanitario en el Ecuador se deberá entregar la autorización para importación emitida por la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA), o quien haga sus veces.
4. Pedidos o recetas de laboratorio, imagen, medicamentos y de cualquier procedimiento realizado.
5. Todos los resultados e informes de exámenes realizados que tengan relación con la solicitud de reembolso presentada.
6. Historia Clínica completa de acuerdo a los formatos del Ministerio de Salud Pública y emitido por el médico tratante, si así lo requiere Auditoría Médica de **HUMANA**.

4.3.2 URGENCIA AMBULATORIA

1. Formulario de solicitud de reembolso de atención médica (descargable en el sitio web de Humana www.humana.med.ec dentro del menú Mi Humana en la sección Formularios). Lleno de forma correcta, completo y firmado.
2. Facturas originales de consulta, establecimientos de salud, laboratorio, farmacia, imagen, estudios de patología y de cualquier otro procedimiento realizado; las facturas deberán cumplir con la normativa tributaria vigente.
3. En caso de medicamentos que no cuenten con registro sanitario en el Ecuador se deberá entregar la autorización para importación emitida por la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA), o quien haga sus veces.
4. Pedidos o recetas de laboratorio, imagen, medicamentos y de cualquier procedimiento realizado.
5. Todos los resultados e informes de exámenes realizados que tengan relación con la solicitud de reembolso presentada.
6. Formulario 008 mismo que debe estar firmada y sellada por el médico tratante.
7. Todos los resultados e informes de exámenes realizados durante la atención de emergencia.
8. Factura original de la clínica con el respectivo desglose de los gastos efectuados.
9. En caso de accidentes de tránsito se liquidará bajo la Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamiento para la Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada complementaria y su Reconocimiento Económico.

4.3.3 HOSPITALIZACIÓN-EMERGENCIA-URGENCIA HOSPITALARIA

1. Formulario de solicitud de reembolso de atención médica (descargable en el sitio web de Humana www.humana.med.ec dentro del menú Mi Humana en la sección Formularios). Lleno de forma correcta, completo y firmado.
2. Facturas originales de consulta, establecimientos de salud, laboratorio, farmacia, imagen, estudios de patología y de cualquier otro procedimiento realizado; las facturas deberán cumplir con la normativa tributaria vigente.
3. En caso de medicamentos que no cuenten con registro sanitario en el Ecuador se deberá entregar la autorización para importación emitida por la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA), o quien haga sus veces.
4. Pedidos o recetas de laboratorio, imagen, medicamentos y de cualquier procedimiento realizado.
5. Todos los resultados e informes de exámenes realizados que tengan relación con la solicitud de reembolso presentada.
6. Formulario 008 mismo que debe estar firmada y sellada por el médico tratante.
7. Todos los resultados e informes de exámenes realizados durante la atención de emergencia.
8. Factura original de la clínica con el respectivo desglose de los gastos efectuados.
9. En caso de hospitalización, copia certificada de la historia clínica íntegra (epicrisis, anamnesis, examen físico, protocolo

operatorio, notas de evolución médica, hoja anestesia).

10. En caso de accidentes de tránsito se liquidará bajo la Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamento para la Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada complementaria y su Reconocimiento Económico.

Para todos los casos, el Auditor Médico de HUMANA podrá solicitar los demás resultados, exámenes, informes médicos, formularios, historias clínicas, pedidos médicos, resultados de cualquier examen o procedimiento que forme parte integral del análisis de la cobertura contractualmente pactada y que no hayan sido entregados en su debida oportunidad por el afiliado. El auditor médico determinará la veracidad, pertinencia y racionalidad de lo reclamado por el afiliado.

Las facturas deben ingresar cumpliendo las normas del Servicio de Rentas Internas (SRI). En caso de no ser así, **HUMANA** no financiará la atención médica presentada. Se debe presentar la información necesaria caso contrario el reembolso será devuelto.

El objeto del presente contrato incluye el detalle de las prestaciones de salud materia de la contratación, que se describen en la Cláusula 8.

4.3.4 GASTOS MÉDICOS NO EMERGENTES PRESTADOS EN EL EXTRANJERO

Para reembolsos de gastos médicos no emergentes prestados en el extranjero remitirse a la cláusula 4.1.1.

CLÁUSULA 5: OBLIGACIONES ESPECÍFICAS

5.1 OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE, BENEFICIARIOS Y/O DEPENDIENTES

EL CONTRATANTE, beneficiario y/o dependiente deben cumplir con sus obligaciones contractuales, entre las cuales están:

- 5.1.1 Utilizar adecuadamente los servicios prestados por **HUMANA**.
- 5.1.2 Cuidar su estado de salud y/o cumplir con las instrucciones médicas.
- 5.1.3 Mantener un trato cordial con el personal administrativo de **HUMANA** y sus prestadores.
- 5.1.4 Utilizar correctamente los recursos puestos a su disposición por parte de **HUMANA** para el acceso a los servicios descritos en este contrato.
- 5.1.5 Declarar con transparencia toda información solicitada por **HUMANA**, incluido preexistencias, estado de salud y diagnósticos previos.
- 5.1.6 Pagar las contraprestaciones económicas en los plazos previstos en los contratos y en la frecuencia acordada, con el fin de acceder a los servicios prestados por **HUMANA**.
- 5.1.7 Conservar, de manera personal e intransferible, las claves que **HUMANA** brinda para acceso a servicios, con el fin de evitar su mal uso por parte de terceros; los daños y perjuicios de este mal uso serán de exclusiva responsabilidad del beneficiario quien dejará indemne a **HUMANA** por este concepto.
- 5.1.8 Garantizar que la información entregada a **HUMANA** contenga datos reales, veraces, adecuados, suficientes, claros, completos y oportunos respecto de su estado de salud, antecedentes personales y familiares, y la prestación contractual requerida.
- 5.1.9 Actuar de buena fe a la hora de contraer y cumplir obligaciones contractuales; presunción que admite prueba en contrario que, de producirse, justifica reclamo, sustanciado de acuerdo con lo previsto en la ley de la materia.
- 5.1.10 Cumplir con los procesos y documentación necesarios dentro del tiempo establecido para acceder a los servicios de **HUMANA**, mismos que se detallan en el presente contrato.
- 5.1.11 En caso de accidente presentar a **HUMANA** la hoja de emergencia completa en el formato exigido por el Ministerio de Salud Pública, dentro de las veinticuatro (24) horas posteriores de ocurrido el hecho. Si no se presenta la hoja de emergencia en los términos establecidos, **HUMANA** liquidará el evento bajo la forma de financiamiento de modalidad abierta, sin perjuicio de que pueda negar el reembolso. Si el afiliado se encuentra incapacitado para realizar el trámite de manera personal, lo podrá realizar un pariente dentro del segundo grado de consanguinidad o cuarto de afinidad.
- 5.1.12 En el caso de no haber registrado una cuenta bancaria para recibir las transferencias de reembolsos, deberá

presentarse en las oficinas de **HUMANA** a retirar los valores de reembolso, dentro de los ciento ochenta (180) días posteriores a la entrega de las facturas. En caso de no hacerlo, la prestación se considerará cancelada y **HUMANA** quedará liberada de toda responsabilidad, sin perjuicio de que, extinguido el plazo, el cliente pueda retirar su cheque por el monto cubierto.

- 5.1.13. Presentar, en el caso de financiamiento de servicios bajo la modalidad cerrada, el documento de identificación al acceder a la prestación de un servicio médico con los profesionales o entidades de la red de prestadores de modalidad cerrada. Para la atención de menores de diecisiete (17) años, once (11) meses y veintinueve (29) días, su representante legal debe presentar su documento de identificación o el documento de identificación del menor. En caso de no presentar estos documentos, el afiliado deberá cancelar los valores y presentarlos por reembolso, en cuyo caso se aplicarán las condiciones de modalidad abierta.
- 5.1.14. Para efectos de acceder al financiamiento por reembolso, el afiliado deberá verificar que el prestador le facture sus servicios identificándolo como beneficiario de la prestación.
- 5.1.15. Informar a **HUMANA**, dentro de los cinco (5) días hábiles subsiguientes, por escrito, en las oficinas o puntos de atención de **HUMANA** sobre los cambios de forma de pago o de restitución, domicilio, dirección, correo electrónico, teléfonos convencionales, celular u otra información relevante. En caso de que el cambio no se notifique, **HUMANA** se libera de responsabilidad respecto de las comunicaciones e información que hubiese sido remitida al **CONTRATANTE** y sus beneficiarios. En caso de que no se realice la actualización de información, **HUMANA** utilizará la última información registrada por el afiliado.
- 5.1.16. Revisar en la página web oficial de **HUMANA** (www.humana.med.ec) sus facturas, el estado de su reembolso, listado de beneficiarios, listado de movimientos y de sus preautorizaciones. En caso de ser necesaria modificación alguna, **EL CONTRATANTE** o beneficiario se compromete a notificar por escrito a **HUMANA** en sus oficinas o puntos de atención.
- 5.1.17. En caso de exclusión o retiro de beneficiarios del contrato, estos tendrán el plazo de hasta treinta (30) días después de la fecha de terminación o exclusión del beneficiario del contrato, para la sustentación de trámites de reembolso pendientes.
- 5.1.18. El beneficiario podrá optar por acudir a prestadores médicos en modalidad cerrada (copago) o abierta (reembolso). En caso que el beneficiario opte por acudir a prestadores médicos de modalidad cerrada deberá verificar en la página web de **HUMANA** (www.humana.med.ec) en la sección "Red Humana" si el prestador de salud escogido se encuentra en el listado vigente de prestadores médicos de modalidad cerrada.
- 5.1.19. Con el fin de evitar la agravación del riesgo de las condiciones de salud del beneficiario, éste se compromete a cumplir adecuadamente con el plan terapéutico establecido por su médico tratante y acudir ocasionalmente a los programas que **HUMANA** ponga a su disposición.
- 5.1.20. **EL CONTRATANTE** se compromete y obliga a pagar en forma anticipada a favor de **HUMANA**, el precio convenido hasta máximo cinco (5) días después de la fecha de facturación. Si el pago ocurre posteriormente, se considerará que la cuota está vencida y en estado de morosidad. La no utilización de los servicios por parte de los beneficiarios no exime al **CONTRATANTE** del pago de los valores acordados.
- 5.1.21. Acudir a **HUMANA** a retirar la preautorización de atención tarifa cero (0) en la que se indicará el prestador designado para dicha atención y asistir obligatoriamente a la cita.

5.2 OBLIGACIONES DE HUMANA

- 5.2.1. Ofrecer información en calidad y cantidad suficiente para la toma de decisiones sobre los planes, programas y modalidades ofertadas. Dicha información deberá señalar con claridad las semejanzas y diferencias que caracterizan a los planes, programas y modalidades, sus beneficios, alcances y limitaciones, de tal modo que sea asequible a toda persona interesada en contratar alguno de los productos, lo cual incluye publicación en la página web oficial de la compañía (www.humana.med.ec). **HUMANA** mantendrá informado al afiliado de cualquier cambio que se produzca en las condiciones de su contrato.
- 5.2.2. Otorgar el financiamiento para la cobertura de todas las prestaciones previstas en el presente contrato, asumiendo los costos de los servicios de salud y prestaciones sanitarias contractualmente estipulados, pagando las indemnizaciones contratadas, asumiendo directa o indirectamente o aceptando y cediendo riesgos, con carácter resarcitorio o indemnizatorio, dentro de los límites convenidos en los contratos respectivos, con sujeción a lo previsto en la ley.
- 5.2.3. Notificar al beneficiario, dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores al requerimiento, cuando la prestación no se encuentre cubierta o exceda el monto de la cobertura. Vencido este término sin contestación de la compañía se procederá de conformidad a lo establecido en el artículo 39 de la "Ley Orgánica que regula a las Compañías que

financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica”, en lo que corresponda.

- 5.2.4. No establecer incrementos adicionales de manera individual y unilateral al precio del plan contratado, ante el apareamiento de enfermedades crónicas y/o catastróficas, ni negar la renovación de los contratos.
- 5.2.5. Garantizar los derechos de los afiliados, usuarios, dependientes o beneficiarios, en caso de disolución y liquidación voluntaria o forzosa, en los términos previstos en la ley.
- 5.2.6. Para la modalidad mixta, en prestadores de red cerrada, velar para que las prestaciones de los servicios de salud cumplan con los estándares de calidad establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional, y exigir a los prestadores su cumplimiento.
- 5.2.7. No se podrá disminuir, restringir o eliminar la cobertura contratada, por el hecho de que los usuarios, dependientes o beneficiarios cumplan o tengan una determinada edad, siempre que dichos contratos posean una continuidad mínima previa de cinco (5) años en el mismo tipo de plan contratado.
- 5.2.8. Financiar única y exclusivamente lo especificado en el presente contrato y sus anexos (Tabla de beneficios y tarifa 0), por lo tanto, se entiende excluido de financiamiento todo aquello que no se encuentre detallado en el presente contrato.

CLÁUSULA 6: CONDICIONES COMUNES DE CARÁCTER SANITARIO

Las coberturas, alcances y límites de las prestaciones se financiarán de acuerdo con lo establecido en la Tabla de Beneficios detallado en el presente contrato.

El límite máximo de cobertura anual contratado disminuirá con relación a cada beneficiario en el valor de los beneficios cubiertos, montos, porcentajes, topes de coberturas y prestaciones, límites, sublímites indicados en la Tabla de Beneficios según el plan contratado con **HUMANA**. Todo beneficio se considera dentro del límite máximo de cobertura anual por beneficiario. En caso de gastos facturados a **HUMANA** por servicios médicos prestados por cualquier institución pública, estos valores disminuirán también el límite máximo de cobertura anual por beneficiario. Esta condición prevalecerá por sobre las demás estipulaciones contractuales.

CLÁUSULA 7: ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA MÉDICA

7.1 De conformidad con lo prescrito en el artículo 30 numeral 2 de la “Ley Orgánica que regula a las Compañías que financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica” y la “Ley de Derecho y Amparo al Paciente”, en lo relativo a la atención de situaciones de emergencia, ésta será financiada únicamente en el territorio ecuatoriano, de acuerdo con las condiciones contractuales y hasta la estabilización de las condiciones físicas de salud del paciente motivo de la emergencia. La atención por emergencia médica, definida previo triaje médico, deberá prestarse obligatoriamente en cualquier establecimiento de salud. Si no se reporta la emergencia en los términos y en el plazo establecido en el presente contrato en su cláusula 9.1.2, o si el beneficiario acude a un prestador de modalidad abierta, el afiliado deberá cancelar la prestación y solicitar a **HUMANA** el financiamiento de los gastos por reembolso. **HUMANA** evaluará la prestación, sin perjuicio de que pueda ser negada justificadamente.

7.2 Cobertura de cirugía plástica correctiva y tratamientos dentales que se produzcan con motivo de un accidente cubierto y ocurrido dentro de la vigencia del contrato. Si no se reporta el accidente en los términos y en el plazo establecido en el presente contrato de conformidad con la cláusula 9.1.2, o si el beneficiario acude a un prestador de modalidad abierta, el afiliado deberá cancelar la prestación y solicitar a **HUMANA** el financiamiento de los gastos por reembolso. **HUMANA** evaluará la prestación, sin perjuicio de que pueda ser negada.

7.3 Las urgencias ambulatorias, definidas previo triaje médico, se financiarán de acuerdo con la modalidad utilizada por el beneficiario. En caso de que la urgencia desencadene en una hospitalización, se financiará de acuerdo con lo establecido en el presente contrato.

7.4 En caso de mora (3 meses consecutivos) la emergencia médica se cubrirá de acuerdo a lo dispuesto en la ley y las condiciones contractuales.

CLÁUSULA 8: DETALLE DE LAS PRESTACIONES DE SALUD, MATERIA DE LA CONTRATACIÓN

8.1 PRESTACIONES DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Las prestaciones de prevención de la enfermedad, sea esta primaria, sin costo adicional al pactado, secundaria y terciaria, como aspecto fundamental que promueva el acceso universal a la salud, en los términos previstos en este contrato y en la ley de la materia.

8.2 TARIFA CERO (O) (PRESTACIONES DE PREVENCIÓN PRIMARIA)

Son las prestaciones de promoción y comunicación, en prevención primaria de la enfermedad, que se realizarán de manera regular por parte del prestador médico de modalidad cerrada, como parte de la atención integral de acuerdo al ciclo de vida, edad, sexo del beneficiario y conforme a la normativa que dicte la Autoridad Sanitaria Nacional. Estas prestaciones no son acumulativas y se devengarán anualmente en caso de requerirlo, las mismas se encuentran publicadas en la página web oficial de HUMANA (www.humana.med.ec).

8.3 ATENCIÓN AMBULATORIA PROFESIONAL

- 8.3.1. Cobertura de atención ambulatoria profesional en medicina general y en las diversas especialidades y subespecialidades practicadas en los diferentes establecimientos de salud y en los domicilios cuando lo justifique el estado de salud del paciente o la imposibilidad de movilizarlo, que incluya diálisis y hemodiálisis entre otras atenciones, todas las derivaciones e interconsultas, insumos médicos, quirúrgicos y medicamentos que la detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y de largo plazo demanden para la atención integral de salud del paciente.
- 8.3.2. El beneficiario podrá solicitar consulta médica domiciliaria en modalidad cerrada, otorgada por un médico general, cuando lo justifique su estado de salud o la imposibilidad de movilizarlo. El beneficiario deberá solicitar el médico a domicilio comunicándose telefónicamente con el número **1800 HUMANA (48 62 62)**. El beneficiario, una vez recibido el servicio, cancelará el valor de copago detallado en el presente contrato. La atención del médico a domicilio se brindará en aquellas ciudades y sectores que se detallan en la página web oficial de **HUMANA** (www.humana.med.ec).
- 8.3.3. En caso de que el beneficiario requiera atención ambulatoria profesional, modalidad abierta, en otras especialidades o subespecialidades en su domicilio, cuando lo justifique su estado de salud o la imposibilidad de movilizarlo, cancelará el valor correspondiente a la atención brindada y solicitará el financiamiento por reembolso, de acuerdo con las condiciones del presente contrato.
- 8.3.4. La atención ambulatoria para diálisis y hemodiálisis se cubrirá siempre y cuando sea médicamente pertinente. En caso de preexistencia de la patología por la que se requiere diálisis y hemodiálisis, la cobertura se sujetará a lo dispuesto para la cobertura de preexistencias.
- 8.3.5. Los cuidados paliativos y los de largo plazo se cubrirán de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica de Cuidados Paliativos autorizada por la Autoridad Sanitaria Nacional y vigente a la fecha de incurrencia. Se incluye dentro de los cuidados paliativos el servicio de enfermería siempre y cuando sea médicamente pertinente.
- 8.3.6. Cobertura de auxiliares de diagnóstico complementarios y específicos existentes, que pudieran crearse, incorporarse o estar disponibles a la fecha de la prestación, necesarios para la continuidad de la atención integral, solicitados por personal de salud reconocido en el territorio ecuatoriano para la práctica de prestaciones de salud.
- 8.3.7. Se cubrirá todo procedimiento diagnóstico y terapéutico de seguimiento y control posteriores a cada enfermedad o accidente atendido y referidos a especialidades y subespecialidades, incluyendo curaciones, rehabilitación, cuidados paliativos domiciliarios y de largo plazo ambulatorios de conformidad con las condiciones contractuales.
- 8.3.8. Como parte de la rehabilitación ambulatoria se cubrirá terapia de lenguaje, terapias físicas, terapias respiratorias, terapias cardíacas, terapia de dolor, ondas de choque de acuerdo con las condiciones del contrato.
- 8.3.9. Cobertura de sesiones de medicina alternativa de homeopatía, acupuntura, moxibustión y medicina ancestral, cuando sean médicos reconocidos en el territorio ecuatoriano para este tipo de práctica médica.
- 8.3.10. Las ayudas técnicas cubiertas bajo la atención ambulatoria son la compra, el alquiler y el recambio de equipo médico duradero, órtesis y prótesis no dental. Su financiamiento será hasta el límite máximo de cobertura establecido para este concepto.
- 8.3.11. Cobertura de estudios anatomopatológicos, genéticos y para enfermedades congénitas, cuando estos sean solicitados por un médico, para configurar apropiadamente el diagnóstico o evolución de una patología.
- 8.3.12. Control del niño sano: cinco (5) consultas hasta los doce (12) meses de edad, dos (2) consultas anuales desde los trece (13) meses hasta los veinte y cuatro (24) meses de edad, tres (3) consultas anuales desde los veinte y cinco (25) meses de edad hasta los treinta y seis (36) meses de edad y una (1) consulta anual desde los treinta y siete (37) meses hasta los sesenta (60) meses de edad.
- 8.3.13. Cobertura de vacunas durante los primeros veinticuatro (24) meses de vida correspondientes al esquema del Ministerio de Salud Pública.

8.3.14. Tratamientos de estimulación de crecimiento óseo o tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento u otro método únicamente en caso de que:

- a) El niño tiene severo retraso en el crecimiento, con puntuación de la desviación estándar de la altura más de tres (3) desviaciones estándar (SDS) por debajo de la media para la edad cronológica y el sexo; o
- b) El niño tiene retraso moderado de crecimiento, con la altura entre -2 y -3 SDS por debajo de la media para la edad cronológica y el sexo y la disminución de la tasa de crecimiento (velocidad de crecimiento) por más de un (1) año por debajo del percentil veinticinco (25) para la edad y el sexo; o
- c) El niño exhibe desaceleración severa en la tasa de crecimiento por más de un (1) año -2 SDS por debajo de la media para la edad y el sexo; o
- d) El niño tiene la disminución de la tasa de crecimiento combinado con una condición predisponente como irradiación craneal anterior o tumor; o
- e) El niño exhibe evidencia de otras deficiencias de la hormona pituitaria o signos de deficiencia de hormona de crecimiento congénita (hipoglucemia, microcefalia).

En caso de enfermedades catastróficas y raras se financiará la cobertura siempre y cuando sea parte del protocolo del tratamiento de la enfermedad y cumpla con las condiciones establecidas en este acápite.

8.3.15. Tratamiento de obesidad:

Cobertura de obesidad con un monto único anual según anexo, incluye todos los procedimientos de la misma, es decir: consulta del profesional de salud, procedimientos relacionados, exámenes de laboratorio pertinentes y tratamientos relacionados con obesidad. Siempre que se vaya a dar cobertura, el afiliado deberá presentar Historia Clínica en la cual se detalle peso y talla para que Auditoría Médica verifique el IMC (índice masa corporal) o lo calcule de acuerdo a las tablas establecidas, cumpliéndose todos los siguientes criterios de selección:

Criterios de selección en cirugía bariátrica:

- Edad: Mayores de 18 años
- $IMC \geq 40 \text{ kg / m}^2$ sin problemas médicos coexistentes
- $IMC \geq 35 \text{ kg / m}^2$ y una o más comorbilidades mayores relacionadas con la obesidad
- Ausencia de contraindicación para la cirugía
- Historia clínica nutricional de los últimos 6 meses: fracaso previo a tratamientos no invasivos

Comorbilidades mayores

- Endocrinas / metabólicas: Síndrome metabólico, resistencia a la insulina, intolerancia a la glucosa, diabetes mellitus tipo 2.
- Cardiovasculares: Hipertensión arterial, hiperlipidemia, enfermedad coronaria, falla cardíaca congestiva, disritmias, hipertensión pulmonar, apoplejía isquémica, estasis venosa, trombosis venosa profunda, embolismo pulmonar.
- Respiratorias: Apnea obstructiva de sueño severo, síndrome de hipoventilación de la obesidad – síndrome de Pickwick, asma
- Gastrointestinales: Enfermedad por reflujo gastroesofágico, colelitiasis, pancreatitis, hernias abdominales, enfermedad hepática grasa no alcohólica o esteatohepatitis no alcohólica.
- Musculoesqueléticas: Osteoartritis, artritis debilitante.
- Genitourinarias: Incontinencia urinaria grave.
- Neurológicas: Hipertensión intracraneana idiopática (pseudotumor cerebri).

En caso de enfermedades catastróficas y raras se financiará la cobertura siempre y cuando sea parte del protocolo del tratamiento de la enfermedad y cumpla con las condiciones establecidas en este acápite.

8.3.16 Tratamiento de delgadez/desnutrición

Cobertura de desnutrición con un monto único anual según anexo, incluye todos los procedimientos de la misma, es decir: consulta del profesional de salud, procedimientos relacionados, exámenes de laboratorio pertinentes y tratamientos nutricionales (vitaminas, minerales y micronutrientes) relacionados con desnutrición. Siempre que se vaya a dar cobertura, el afiliado deberá presentar historia clínica en la cual se detalle peso y talla para que Auditoría Médica verifique el IMC (índice masa corporal) o lo calcule de acuerdo a las tablas establecidas, cumpliéndose todos los siguientes criterios de selección.

Criterios de selección:

- $IMC < 18.5 \text{ Kg/m}^2$
- Alteraciones bioquímicas y de la inmunidad
 - Hipoalbuminuria
 - Hipocolesterolemia
 - Bajo recuento de linfocitos
 - Anemia
- Ausencia de patología psiquiátrica grave incluyendo el abuso de alcohol y drogas y bulimia nerviosa.

En caso de enfermedades catastróficas y raras se financiará la cobertura siempre y cuando sea parte del protocolo del tratamiento de la enfermedad y cumpla con las condiciones establecidas en este acápite.

8.4 ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

8.4.1. La atención prehospitalaria incluye transporte o ambulancia terrestre, aérea o fluvial, a la que se pueda acceder dentro del país, de acuerdo con el presente contrato. La cobertura se brindará en los casos de emergencia médica comprobada, de conformidad con la Ley de Derechos y Amparo al Paciente, de acuerdo al presente contrato y a la disponibilidad de prestadores en el lugar en donde se hubiere producido la emergencia.

8.4.2. La cobertura de ambulancia terrestre tiene un máximo de eventos al año por núcleo familiar, como un monto tope por evento que se detalla en la Tabla de Beneficios.

8.4.3. Para solicitar una ambulancia, el beneficiario deberá comunicarse telefónicamente al **1800 HUMANA (48 62 62)**. Este servicio será utilizado únicamente para traslados interhospitalario o al establecimiento de salud, una vez que la condición del paciente lo permita.

8.4.4. Cobertura de ambulancia aérea con el límite debidamente autorizado.

8.5 ATENCIÓN HOSPITALARIA PROFESIONAL

8.5.1. Cobertura de atención hospitalaria por indicación del médico tratante que atienda al paciente. El médico deberá ser reconocido en el territorio ecuatoriano para el ejercicio profesional de la medicina. En esta cobertura, se reconoce los valores de: alimentación habitación, visita médica, cuidados de enfermería, interconsultas profesionales, auxiliares de diagnóstico, complementarios y específicos, terapia intensiva, cirugía, medicamentos e insumos médicos, ayudas técnicas, apoyo psicológico, rehabilitación, cuidados paliativos y honorarios profesionales. La hospitalización incluye la cobertura de los servicios de cama y alimentación de acompañante, siempre y cuando:

- Estos servicios sean provistos y estén disponibles en el establecimiento de salud encargado del tratamiento del beneficiario.
- El afiliado sea menor de 16 años y mayor de 75 años de edad.
- No exista contraindicación médica respecto del acompañante.
- El acompañante certifique ser mayor de 18 años de edad y menor de 75 años de edad mediante la presentación de la copia de cédula de ciudadanía.

- 8.5.2. Cobertura de prótesis quirúrgicamente necesarias.
- 8.5.3. Cobertura de apoyo psicológico en hospitalización, siempre y cuando sea médicamente pertinente y con previa autorización de Auditoría Médica de **HUMANA**. Esta cobertura se otorgará bajo el sublímite de enfermedades de carácter orgánico detalladas en la Tabla de Beneficios.
- 8.5.4. Los cuidados paliativos hospitalarios se evaluarán de acuerdo con la Guía Práctica Clínica de Cuidados Paliativos. Esta cobertura es para uso del beneficiario.
- 8.5.5. Como parte de la rehabilitación hospitalaria, se cubrirá terapias de lenguaje, terapias físicas, terapias respiratorias, terapias cardíacas, terapias de dolor, ondas de choque.
- 8.5.6. Cobertura de auxiliares o exámenes de diagnóstico, complementarios y específicos, existentes, que pudieran crearse, incorporarse o estar disponibles a la fecha de la prestación, necesarios para la continuidad de la atención integral, solicitados por personal de salud reconocido en el territorio ecuatoriano para la práctica de prestaciones de salud.
- 8.5.7. Cobertura de estudios anatomopatológicos, genéticos y para enfermedades congénitas, cuando estos sean solicitados por un médico reconocido en el territorio ecuatoriano para el ejercicio profesional de la medicina, para configurar apropiadamente el diagnóstico o evolución de una patología.
- 8.5.8. Cobertura de diálisis y hemodiálisis durante una atención hospitalaria. En caso de preexistencia de la patología por la que se requiere diálisis y hemodiálisis, la cobertura será a lo dispuesto para la cobertura de preexistencias.

8.6 MATERNIDAD Y RECIÉN NACIDO

8.6.1. MATERNIDAD CUBIERTA

La cobertura de maternidad definida en el presente contrato incluye: atención de embarazos normales, de riesgo o complicados, controles prenatales, emergencias obstétricas, partos vaginales o por cesárea, con recién nacido a término, pre – término o post término; complicaciones que se presentaren antes, durante y después del parto y alumbramiento, atención del recién nacido a término, pre término o post término, con atención en neonatología, atención perinatal, de manera integral y con asistencia de especialistas; atención en la unidad de cuidados intensivos y otros eventos que pudieren presentarse, tanto para la madre como para el recién nacido a término, pre término o post término, para lo cual se emplearán todos los procedimientos médicos necesarios, a fin de preservar la salud de la unidad madre – hijo. Atención al recién nacido que padeciere de patologías congénitas, genéticas o hereditarias. Siempre y cuando el embarazo se produjere superado el período de carencia de 60 días, contado a partir de la fecha de suscripción del contrato.

La inclusión del recién nacido como nuevo beneficiario al presente contrato será solicitada hasta el día 7 de nacido, cumpliendo los requisitos establecidos en la cláusula 12 numeral 1 de Inclusión de nuevos beneficiarios y con cobertura de patologías congénitas, genéticas o hereditarias en el mismo plan originalmente contratado para el evento de maternidad. El recién nacido tendrá las coberturas como nuevo beneficiario a partir del día 8 de nacido, día en el que se realizará el cargo adicional correspondiente. En caso de que la inclusión del recién nacido sea posterior al día 7 se considerará como una nueva inclusión y se sujetará a períodos de carencia, limitaciones y exclusiones establecidas en este contrato.

En caso de aborto no provocado, embarazo, parto y cesárea, sin y con complicaciones se financiará de acuerdo a lo establecido en la Tabla de Beneficios.

HUMANA podrá ofrecer como beneficio adicional con cargo al precio la inclusión intrauterina a partir de la semana 20 de embarazo y hasta la semana 32. Este beneficio entrará en vigencia hasta el límite máximo de cobertura anual del plan contratado, una vez superado el límite estipulado en la Tabla de Beneficios para complicaciones y de conformidad con las condiciones, límites, coberturas, copagos, deducibles del plan contratado. El cargo adicional se lo facturará y pagará a partir de la semana de inclusión, siempre y cuando la maternidad esté cubierta y de conformidad con la tarifa correspondiente a la semana de inclusión. Para realizar la inclusión intrauterina deberá presentarse ecografía obstétrica que tenga la fecha y semana de gestación y firma del personal de salud reconocido en el territorio ecuatoriano para la práctica de prestaciones de salud.

8.6.2. MATERNIDAD EN PERÍODO DE CARENCIA

Si el embarazo se produjere durante el período de carencia, las mujeres embarazadas tienen derecho a recibir las prestaciones de controles prenatales que se encuentran delimitadas en el anexo de prestaciones tarifa cero (0) que forma parte integral de este contrato. Cualquier beneficio o prestación que sobrepase a las estipuladas bajo tarifa cero (0) serán financiadas de conformidad con las condiciones establecidas en el contrato original y con cargo al precio. No se cubrirán gastos adicionales relacionados al embarazo, parto, cesárea, aborto, ni a sus complicaciones. Tampoco se

cubrirán los gastos del recién nacido en período perinatal, en caso de que no se realice la inclusión intrauterina.

Si el embarazo se produjera durante el período de carencia, **HUMANA** podrá ofrecer como beneficio adicional con cargo al precio la inclusión intrauterina a partir de la semana 20 de embarazo y hasta la semana 32. Este beneficio entrará en vigencia hasta el límite máximo de cobertura anual del plan contratado, una vez superado el límite estipulado en la Tabla de Beneficios para complicaciones y de conformidad con las condiciones, límites, coberturas, copagos, deducibles del plan contratado. El cargo adicional se lo facturará y pagará a partir de la semana de inclusión, de conformidad con la tarifa correspondiente a la semana de inclusión. Para realizar la inclusión intrauterina deberá presentarse ecografía obstétrica que tenga la fecha y semana de gestación y firma del personal de salud reconocido en el territorio ecuatoriano para la práctica de prestaciones de salud.

8.6.3. MATERNIDAD EN CURSO O NO CUBIERTA

En caso de maternidad en curso al momento de la suscripción del contrato y/o inclusión de beneficiario, no se cubrirán controles prenatales, ni gastos adicionales relacionados al parto, ni a complicaciones del embarazo, parto y/o recién nacido en el período perinatal.

Las enfermedades congénitas para el recién nacido, proveniente de una maternidad no cubierta, tendrán un monto de cobertura especificado en la tabla de beneficios. Esta cobertura aplica siempre y cuando se haya realizado la inclusión hasta la semana 32 de gestación y haya pagado la prima correspondiente desde su inclusión.

8.7 COBERTURA DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES

8.7.1. ENFERMEDADES PREEXISTENTES:

Atención de enfermedades preexistentes que hayan sido conocidas y diagnosticadas médicamente con anterioridad a la suscripción del presente contrato o inclusión del beneficiario al mismo, sean estas congénitas, hereditarias, raras, crónicas, degenerativas, genéticas y catastróficas, que hayan sido debidamente registradas en la Declaración de Condición de Salud, tendrán cobertura hasta un límite máximo anual de veinte (20) salarios básicos unificados del trabajador en general. Esta cobertura aplicará después de un período de carencia de veinticuatro (24) meses, contados a partir de la fecha de suscripción del presente contrato o inclusión del beneficiario al mismo. Este monto total de veinte (20) salarios básicos unificados del trabajador y el período máximo de carencia aplicarán de manera global para todas las enfermedades preexistentes declaradas y cubiertas en el presente contrato, así como para sus complicaciones y patologías relacionadas, atenciones ambulatorias, hospitalarias, terapias, emergencias, urgencias, cuidados paliativos y de largo plazo, y demás gastos relacionados con su cuidado y tratamiento, de conformidad con las condiciones, límites, sublímites, alcances, porcentajes, deducibles y copagos establecidos en el contrato. Esta condición prevalecerá por sobre las demás estipulaciones contractuales.

8.7.2. SERVICIOS DE SALUD PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

8.7.2. COBERTURA DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Atención de enfermedades preexistentes que hayan sido conocidas y diagnosticadas médicamente con anterioridad a la suscripción del presente contrato o inclusión del beneficiario al mismo, sean estas congénitas, hereditarias, raras, crónicas, degenerativas, genéticas y catastróficas, que hayan sido debidamente registradas en la Declaración de Condición de Salud, tendrán cobertura hasta un límite máximo anual de veinte (20) salarios básicos unificados del trabajador en general. La cobertura aplicará después de un período de carencia de tres (3) meses, contados a partir de la fecha de suscripción del presente contrato o inclusión del beneficiario al mismo. Este monto total de veinte (20) salarios básicos unificados del trabajador y el período máximo de carencia aplicarán de manera global para todas las enfermedades preexistentes declaradas y cubiertas en el presente contrato, así como para sus complicaciones y patologías relacionadas, atenciones ambulatorias, hospitalarias, terapias, emergencias, urgencias, cuidados paliativos y de largo plazo, y demás gastos relacionados con su cuidado y tratamiento, de conformidad con las condiciones, límites, sublímites, alcances, porcentajes, deducibles y copagos establecidos en el contrato. Esta condición prevalecerá por sobre las demás estipulaciones contractuales, es decir, la enfermedad preexistente, sus secuelas, relacionadas con ella tienen un límite de cobertura de 20 salarios básicos.

8.7.3. SERVICIOS DE SALUD PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Servicios de salud para personas con discapacidad: en el caso de condiciones preexistentes, incluyendo las enfermedades congénitas, hereditarias, raras, crónicas, degenerativas, genéticas y catastróficas que sobrevengan como consecuencia de la discapacidad, serán cubiertas por el presente contrato con un monto de cobertura de veinte (20) salarios básicos unificados del trabajador por año y surtirá efecto transcurrido un período de carencia de tres (3) meses, contados desde la fecha de suscripción del contrato o inclusión del beneficiario al mismo. Las prestaciones cubiertas, límites y exclusiones sanitarias se sujetarán al presente contrato. El monto total y el período máximo de carencia aplicarán de manera global para todas las discapacidades declaradas y cubiertas en el presente contrato, así como para sus complicaciones y patologías relacionadas, atenciones ambulatorias, hospitalarias, terapias, emergencias, urgencias, cuidados paliativos y de largo plazo, y demás gastos relacionados con su cuidado y tratamiento.

Para legalizar la condición de discapacitado, de conformidad con el artículo 11 de la Ley Orgánica de Discapacidades en concordancia con el artículo 3 del Reglamento de la antedicha Ley, el beneficiario deberá registrar y declarar su discapacidad con la presentación del certificado emitido por el equipo calificador especializado, de acuerdo a la Clasificación Estadística Internacional

de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE-10) vigente a la fecha de la prestación, avalado por el carné de discapacidad, sin perjuicio de contar con el financiamiento descrito en este acápite, desde la fecha de suscripción del contrato.

Las enfermedades no relacionadas con la discapacidad se cubrirán bajo las condiciones y montos, exclusiones, carencias, copagos, deducibles y demás condiciones sanitarias de conformidad con el plan contratado.

8.7.3.2 Toda enfermedad y/o discapacidad sobreviniente a la suscripción del presente contrato y/o inclusión del beneficiario al mismo tendrá cobertura de conformidad con el presente contrato

8.8 COBERTURA DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS Y RARAS

La cobertura para enfermedades catastróficas y raras sobrevivientes al presente contrato, así como para sus complicaciones y patologías relacionadas, atenciones ambulatorias, hospitalarias, terapias, emergencias, urgencias, cuidados paliativos y de largo plazo, y demás gastos relacionados con su cuidado y tratamiento, de conformidad con las condiciones, límites, sublímites, alcances, porcentajes, deducibles y copagos establecidos será hasta el monto máximo del plan contratado. Esta condición prevalecerá por sobre las demás estipulaciones contractuales.

8.8.1 COBERTURA PARA CÁNCER

Atención oncológica integral que incluya cirugía reconstructiva y rehabilitación cuando sea médicamente pertinente. El monto total y el período máximo de carencia aplicarán de manera global para todas las enfermedades preexistentes declaradas y cubiertas en el presente contrato, así como para sus complicaciones y patologías relacionadas, atenciones ambulatorias, hospitalarias, terapias, emergencias, urgencias, cuidados paliativos y de largo plazo, y demás gastos relacionados con su cuidado y tratamiento.

En caso de cáncer diagnosticado posterior a los períodos de carencia, se cubrirá bajo las condiciones y montos, exclusiones, copagos, deducibles y demás condiciones sanitarias de conformidad con el plan contratado.

8.8.2 TRASPLANTES DE ÓRGANOS

8.8.2.1. Cobertura de trasplante de órganos, cuya atención y cobertura se sujetará a lo previsto en la ley de la materia e incluirá obligatoriamente la atención y cobertura de las prestaciones que se deban dar al donante, las que correspondan a los procesos de pretrasplante, trasplante y postrasplante, las complicaciones médicas que se deriven de dichos procesos, y las de suministro de medicamentos, insumos, dispositivos médicos y demás necesarios para atender al donante y al receptor.

8.8.2.2. El financiamiento de la cobertura para mantenimiento y procuración de órganos se sujetará al Tarifario Nacional de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud. La cobertura de trasplantes en el territorio ecuatoriano se realizará en establecimientos de salud acreditados por el organismo competente. La cobertura tanto en territorio ecuatoriano como fuera del país será hasta el 50% del monto total contratado, aplicando las condiciones contractuales del plan, límites, sublímites, copagos, deducibles.

8.9 COBERTURA PARA VIH/SIDA

Cobertura de VIH y/o SIDA hasta el monto máximo contratado, de conformidad con las condiciones, límites, sublímites, alcances, porcentajes, deducibles y copagos establecidos en el contrato

8.10 MEDICAMENTOS

8.10.1 Acceso a medicamentos en cualquier farmacia, cuyo costo será cubierto total o parcialmente, por preautorización o reembolso, según el presente contrato. La cobertura de medicamentos se realizará siempre que se haya solicitado mediante la prescripción de personal de salud reconocido en el territorio ecuatoriano para la práctica de prestaciones de salud y siempre que se comercialice cumpliendo con las normas de autorización sanitaria previstas en la legislación aplicable y cuenten con evidencia científica suficiente para su prescripción autorizada en Ecuador. Los medicamentos que corresponden al Vademecum A, sean genéricos o de marca, tendrán una cobertura del 90% y los medicamentos correspondientes al Vademecum B, sean genéricos o de marca, tendrán una cobertura del 70%.

8.10.2. Los medicamentos adquiridos en prestadores de modalidad cerrada serán financiados de acuerdo al vademecum de HUMANA y a los porcentajes de cobertura detallados en el presente contrato. El beneficiario podrá acceder a la información de los vademécums en la página web de HUMANA (www.humana.med.ec) en la sección "Mi Humana". En caso de que un medicamento no conste en los vademécums de HUMANA, el beneficiario lo podrá financiar por reembolso de acuerdo con las condiciones del plan.

8.10.3. Los medicamentos biológicos serán cubiertos siempre y cuando formen parte de una Guía Práctica Clínica que deberá ser autorizada por la Autoridad Sanitaria Nacional.

8.10.4. Los medicamentos sin registro sanitario serán cubiertos siempre y cuando el beneficiario cumpla con la presentación de los requisitos detallados en la cláusula 4 del presente contrato.

8.10.5 Se cubrirá leche medicada (fórmulas alimenticias), hasta los 24 meses de edad, debidamente prescrita y siempre que el protocolo médico lo justifique, de acuerdo con las condiciones establecidas en el presente contrato.

8.10.6 Se cubrirá vitaminas siempre y cuando sean tratamiento de una incapacidad cubierta por este contrato y que cuenten con la evidencia científica suficiente y pertinencia médica

8.11 ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS DE BASE ORGÁNICA

8.11.1 Atención de enfermedades psiquiátricas de base orgánica conforme a la descripción de los trastornos mentales orgánicos establecidos en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE-10), vigente a la fecha de la prestación.

8.12 ADULTO MAYOR

Los beneficiarios que tengan más de cinco (5) años de afiliación continua en el mismo tipo de plan contratado de **HUMANA** y que superen los sesenta y cinco (65) años, un (1) día tendrán la cobertura pactada en este contrato.

Los beneficiarios que superen los sesenta y cinco (65) años, un (1) día y que no tengan una continuidad de mínimo cinco (5) años en el mismo tipo de plan contratado de **HUMANA** tendrán el financiamiento al cincuenta por ciento (50%) del límite de cobertura del presente plan. Cuando el beneficiario cumpla cinco (5) años de afiliación continua en el mismo tipo de plan contratado de **HUMANA**, tendrá la cobertura del límite máximo de cobertura anual de acuerdo con las condiciones contractuales.

CLÁUSULA 9: CONDICIONES COMUNES DE CARÁCTER GENERAL

9.1 CONDICIONES GENERALES

La atención médica, clínica, farmacéutica, quirúrgica o cualquier otra amparada por el uso y aplicación del presente contrato puede ser prestada de conformidad con el artículo 22 de la “Ley Orgánica que regula a las Compañías que financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica” en modalidad abierta, cerrada y mixta que corresponde a esquemas económicos de restitución o pago sobre los gastos incurridos y no constituyen restricción alguna de los derechos que **EL CONTRATANTE** y/o los beneficiarios adquieren a través de la suscripción del presente contrato.

En caso de prestadores de atención en modalidad abierta (libre elección), la atención médica, clínica, farmacéutica, quirúrgica o cualquier otra amparada por el uso y aplicación del presente contrato es de exclusiva responsabilidad de la persona y/o institución que preste la atención integral de salud al beneficiario. **HUMANA** no asume responsabilidad alguna derivada de la prestación de los servicios médicos otorgados a los beneficiarios por prestadores no calificados, ni acreditados por la Autoridad Sanitaria Nacional Ecuatoriana.

En el caso de prestadores de atención en modalidad cerrada o mixta, la atención médica, clínica, farmacéutica, quirúrgica o cualquier otra amparada por el uso y aplicación del presente contrato, y siempre que el prestador cuente con convenio, **HUMANA** verificará que estos prestadores cuenten con los criterios de habilitación para la prestación de servicios de salud de conformidad con la ley de la materia y demás resoluciones que las autoridades competentes emitan al respecto.

9.1.1 PERÍODOS DE CARENCIA

Los períodos de carencia, durante los cuales no hay lugar a los beneficios de este contrato, se cuentan desde la fecha de inicio de la vigencia del contrato o desde la fecha de incorporación de un beneficiario en él, hasta que pueda hacer uso de los diferentes beneficios de este contrato. Los períodos de carencias para las atenciones son:

Emergencias/urgencias: veinticuatro (24) horas

Ambulatoria: treinta (30) días

Hospitalaria: noventa (90) días

Maternidad (inicio): sesenta (60) días

Preexistencias: veinte y cuatro (24) meses

Discapacidades: 3 meses

9.1.2 SEÑALAMIENTO TAXATIVO (EXPRESO) DE LA DOCUMENTACIÓN INDISPENSABLE PARA QUE OPEREN LAS PRESTACIONES Y CONTRAPRESTACIONES TANTO DE CARÁCTER SANITARIO COMO DE CARÁCTER ECONÓMICO

En lo relativo a las solicitudes/formularios a las que se hace referencia en este artículo podrán ser obtenidas ya sea físicamente en un punto de servicio de **HUMANA** o a través de la página web oficial de la compañía (www.humana.med.ec).

9.1.2.1. ATENCIÓN HOSPITALARIA Y HOSPITAL DEL DÍA MODALIDAD CERRADA O MIXTA

Si el beneficiario va a ser sometido a un procedimiento quirúrgico o clínico programado, deberá llenar, conjuntamente con el médico tratante, la respectiva Solicitud de Preautorización Hospitalaria para obtener la respectiva autorización. Esta solicitud deberá ser presentada en **HUMANA** conjuntamente con los documentos de sustento especificados para dicho procedimiento.

La Solicitud de Preautorización deberá presentarse en las oficinas o puntos de servicio de **HUMANA** desde siete (7) hasta tres (3) días antes de la fecha de la hospitalización programada. El beneficiario debe presentar la siguiente documentación:

1. Solicitud de preautorización hospitalaria llena por el médico tratante y el beneficiario. En caso de ser menor de edad, la suscribirán el padre o madre del menor o su tutor legal en caso de ausencia.
2. Resultados de exámenes, informes, placas e imágenes que den soporte al diagnóstico y justifiquen el procedimiento a realizar.
3. Historia Clínica que contenga la información solicitada de acuerdo a los formatos del Ministerio de Salud Pública y emitido por el médico tratante, si así lo requiere Auditoría Médica de **HUMANA**.

HUMANA aprobará esta solicitud siempre y cuando la prestación esté cubierta y contemplada dentro de las prestaciones financiadas en este contrato y liquidará los valores según prestación cerrada o mixta:

1. Gastos de hospitalización: modalidad cerrada.
2. Honorarios médicos: modalidad cerrada.
3. Honorarios médicos modalidad abierta: En caso de que el médico tratante sea elegido libremente por el beneficiario, los gastos serán reconocidos bajo la modalidad de financiamiento por reembolso y de acuerdo con las condiciones contractuales establecidas en el presente contrato. Los honorarios de personal de salud no médico serán financiados al 50% del costo del honorario del médico.

El beneficiario se obliga a cancelar el porcentaje correspondiente de la atención o prestación médica especificado en el contrato: copago, deducible (si aplica) y gastos no cubiertos de acuerdo al presente contrato. Las garantías financieras que solicite el prestador por la atención médica son de responsabilidad del prestador y no de **HUMANA**.

En caso de que el beneficiario no cuente con la preautorización hospitalaria de **HUMANA**, el financiamiento se realizará bajo las condiciones de modalidad abierta.

9.1.2.2. EMERGENCIA O URGENCIA QUE REQUIERE HOSPITALIZACIÓN

En el evento de emergencia o urgencia, definida previamente por triaje médico que requiera hospitalización, el beneficiario tendrá derecho al financiamiento, una vez autorizada la prestación por **HUMANA**.

Para acceder a la preautorización en esta circunstancia, deberá presentar en cualquier oficina o punto de servicio **HUMANA**, en un plazo no mayor a veinticuatro (24) horas hábiles posteriores a la fecha de incurrencia de la emergencia o accidente, la siguiente documentación:

1. Formulario 008, misma que debe estar firmada y sellada por el médico tratante.
2. Todos los resultados e informes de exámenes realizados durante la atención de emergencia

De no cumplirse con lo anterior y de tratarse de un beneficio financiado, **HUMANA** liquidará la prestación como de modalidad abierta en los porcentajes y montos máximos de cobertura definidos en el presente contrato.

En el caso de cobertura para accidentes de tránsito, el prestador solicitará inicialmente la autorización de la atención de conformidad con la prelación prescrita en la Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamento para la Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada complementaria y su Reconocimiento Económico. Una vez superado el monto de cobertura de este organismo, **HUMANA** procederá con la aplicación de la cobertura respectiva.

En caso de que el beneficiario se encuentre en mora del cumplimiento de sus contraprestaciones económicas, de conformidad con lo descrito en la cláusula 9.1.4.1 numeral 2.2, se brindará cobertura de emergencias hasta que el paciente haya superado la misma y se encuentre estabilizado en sus condiciones físicas.

9.1.2.3. URGENCIA AMBULATORIA

En el evento de urgencia ambulatoria, definida previamente por triaje médico, entendida como aquella que no requiere hospitalización, el beneficiario tendrá derecho a la prestación con financiamiento por reembolso, cuyos requisitos se detallan en la Cláusula 4.2.2 del presente contrato.

En el caso de cobertura para accidentes de tránsito, el prestador solicitará inicialmente la autorización de la atención de conformidad con la prelación prescrita en la Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamento para la Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada complementaria y su Reconocimiento Económico. Una vez superado el monto de cobertura de este organismo, **HUMANA** procederá con la aplicación de la cobertura respectiva.

Para acceder a la modalidad de financiamiento por reembolso, el beneficiario deberá estar al día en el cumplimiento de sus contraprestaciones económicas, superar períodos de carencia y que la prestación se encuentre cubierta bajo el presente contrato.

9.1.2.4 PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS CON FINANCIAMIENTO PREAUTORIZADO EN PRESTADORES MODALIDAD CERRADA

Existen ciertos exámenes de diagnóstico y medicamentos especiales con los que el beneficiario deberá obtener preautorización, para lo cual debe presentar la siguiente documentación en cualquier oficina o punto de servicio de **HUMANA**, veinticuatro (24) horas hábiles antes de la realización del examen o la compra de medicamentos:

9.1.2.4.1 Exámenes de diagnóstico:

Pedido del examen de laboratorio, imagen o procedimiento a realizarse, en el que conste el nombre del paciente, el diagnóstico definitivo con sello y firma del personal de salud reconocido en el territorio ecuatoriano para la práctica de prestaciones de salud.

9.1.2.4.2 Medicamentos:

La receta deberá cumplir con las normas y condiciones establecidas por la Autoridad Sanitaria Nacional. El financiamiento de medicamentos se realizará de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica nacionales o en su ausencia, a la medicina basada en evidencia científica o protocolos internacionales.

Para consultar los exámenes de diagnóstico y medicamentos especiales, debe acercarse a cualquier oficina o punto de atención de **HUMANA**.

Para acceder a la modalidad de financiamiento de preautorización, el beneficiario deberá estar al día en el cumplimiento de sus contraprestaciones económicas, superar períodos de carencia, que la prestación se encuentre cubierta bajo el presente contrato y entregar toda la documentación detallada en el presente contrato.

9.1.2.5 PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS CON FINANCIAMIENTO PRE AUTORIZADOS EN PRESTADORES MODALIDAD CERRADA PARA TARIFA CERO (0).

- Acudir a **HUMANA** a retirar la preautorización de atención tarifa cero (0), en la que se indicará el prestador designado para dicha atención.
- Asistir obligatoriamente a la cita
- Cumplir con las indicaciones prescritas por personal de salud reconocido en el territorio ecuatoriano para la práctica de prestaciones de salud

9.1.3 SOLUCIÓN DE CONFLICTOS / RECLAMOS Y JURISDICCIÓN

En caso de controversias que se suscitaren en la interpretación, aplicación, cumplimiento y/o ejecución del contrato, las partes acuerdan someterlas libre y voluntariamente, de conformidad con el artículo 46 de la "Ley Orgánica que regula a las Compañías que financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica", a tratar de solucionarlas mediante acuerdo directo y de conformidad con los plazos y períodos establecidos en dicho artículo. Si el acuerdo directo no es factible o no se llegará a solventar la controversia, el afiliado podrá elegir someter la controversia a las autoridades administrativas, judiciales o arbitraje. De someter a arbitraje la controversia, cualquier reclamo de daños y perjuicios, sean patrimoniales y extrapatrimoniales (incluido daño moral), derivado directa o indirectamente de este contrato. En caso de que el afiliado elija el arbitraje este se someterá a las siguientes reglas:

- El árbitro será seleccionado conforme a lo establecido en la Ley de Arbitraje y Mediación.
- Las partes renuncian a la jurisdicción ordinaria, se obligan a acatar el laudo que expida el Tribunal Arbitral.
- Para la ejecución de las medidas cautelares, el Tribunal Arbitral está facultado para solicitar de los funcionarios públicos, judiciales, policiales y administrativos su cumplimiento, sin que sea necesario recurrir a juez ordinario alguno.
- El Tribunal Arbitral estará conformado por un árbitro, quien resolverá en derecho.

5. El procedimiento arbitral será confidencial.

6. El lugar del arbitraje será las instalaciones del Centro de Arbitraje será a elección del afiliado.

Únicamente para efectos de terminación del presente contrato por parte de **HUMANA**, se estará a lo dispuesto en el artículo 41 y artículo 44 de la “Ley Orgánica que regula a las Compañías que financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica”.

9.1.4 TERMINACIÓN DEL CONTRATO Y RESTABLECIMIENTO DE VIGENCIA DE CONTRATO. CAUSALES TAXATIVAS (EXPRESAS)

9.1.4.1 TERMINACIÓN DEL CONTRATO

Sin perjuicio de lo estipulado en este contrato, éste podrá darse por terminado por las siguientes razones:

1. Por decisión unilateral del **CONTRATANTE** en cualquier momento, para lo cual éste comunicará su decisión por escrito presencialmente, en las oficinas o puntos de servicio de **HUMANA**, con por lo menos quince (15) días de anticipación a la finalización deseada y no se aceptarán terminaciones retroactivas
2. Por resolución de la autoridad competente, que otorgue el derecho a **HUMANA** de dar por terminado el contrato en virtud de las siguientes causales:
 - 2.1 Si **EL CONTRATANTE** y/o beneficiarios no actúan de buena fe a la hora de contraer obligaciones contractuales, de conformidad con la ley de la materia.
 - 2.2 Incumplimiento de contraprestaciones económicas por parte del titular con el impago de tres (3) meses consecutivos previa notificación al **CONTRATANTE**, para lo cual **HUMANA** notificará al **CONTRATANTE** por escrito durante el período de mora, previo a la terminación del contrato.
 - 2.3 Incumplimiento de obligaciones contractuales.

9.1.4.2. RESTABLECIMIENTO DE VIGENCIA DEL CONTRATO

Producida la terminación anticipada de un contrato, por decisión unilateral del **CONTRATANTE** del mismo, éste podrá, por una sola ocasión, solicitar a **HUMANA** el restablecimiento de su vigencia, con las mismas condiciones originarias, dentro de los tres (3) meses posteriores a dicha terminación, debiendo cumplir, si fuere el caso, con las contraprestaciones económicas correspondientes.

Durante el período que transcurra desde la terminación anticipada y el restablecimiento de vigencia del contrato, el beneficiario no tendrá derecho a financiamiento alguno de los gastos incurridos en ese período

CLÁUSULA 10: COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Al beneficiario le corresponde elegir la compañía que procesará el reembolso de la coordinación de beneficios.

10. 1 EN CASO DE EXISTENCIA DE OTROS CONTRATOS DE MEDICINA PREPAGADA O DE SEGUROS

En el evento de que los beneficiarios de este contrato cuenten con un seguro de asistencia médica o de accidentes personales, o con un contrato de medicina prepagada, adicional al presente contrato, **HUMANA** reembolsará al beneficiario sobre la diferencia entre el gasto efectivamente realizado y el monto pagado por la otra compañía, según los límites y sublímites de su plan, sin aplicar copagos y deducibles. En ningún caso el reembolso total podrá ser mayor al límite establecido en el presente plan y al monto total de gastos médicos. Para el efecto, se presentarán los siguientes documentos:

1. Liquidación original de los gastos presentados al otro seguro o empresa de medicina prepagada, con sello de la empresa.
2. Copia de la historia clínica y de las facturas presentadas al otro seguro o empresa de medicina prepagada, con sello de fiel copia de la original.
3. Pedidos o recetas de exámenes de laboratorio, imagen, medicamentos y de cualquier procedimiento realizado.
4. Resultados e informes de exámenes realizados.

10.2 PACIENTES QUE CUENTAN CON COBERTURA PÚBLICA

De acuerdo con la disposición general V de la “Ley Orgánica que regula a las Compañías que financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica” **EL CONTRATANTE** y/o el beneficiario entiende, reconoce y acepta que deberá someterse a los lineamientos de la Autoridad Sanitaria Nacional y/o demás organismos de control. **HUMANA** mantendrá en su página web oficial (www.humana.med.ec) la actualización de la normativa emitida por las autoridades de control al respecto.

En el evento de que los beneficiarios de este contrato cuenten con la asistencia de la Red Pública Integral de Salud, adicional al presente contrato, **HUMANA** realizará el financiamiento de las prestaciones realizadas al beneficiario, según lo establecido en el Tarifario Nacional y normativa vigente a la fecha de la prestación, y tomará en consideración las condiciones de cobertura, deducibles, carencias, preexistencias, suspensión de beneficios, tarifarios, aranceles, liquidaciones previas y los límites contractuales establecidos en este contrato.

EL CONTRATANTE y/o beneficiario declara conocer, entender y aceptar que cualquier gasto efectuado en la Red Pública Integral de Salud reducirá el límite máximo de cobertura anual del presente contrato, con aplicación de copago y deducible.

En ningún caso el reembolso total podrá ser mayor al límite establecido en el plan contratado y al monto total de gastos médicos.

Con el fin de realizar la coordinación efectiva de beneficios entre el Sector Público y **HUMANA** se deberá tomar en consideración lo prescrito en la Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamento para la Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada complementaria y su Reconocimiento Económico, ateniéndose al proceso de relacionamiento, auditoría, prelación, cálculo de liquidación, excedente, planillaje, facturación y tiempos para recuperación de valores por atenciones brindadas.

CLÁUSULA 11: PÉRDIDA DEL DERECHO DE FINANCIAMIENTO

El incumplimiento de las condiciones del contrato faculta a **HUMANA** para negar los reembolsos correspondientes y en especial en los siguientes casos:

11.1 Si las facturas presentadas para liquidar no fueran originales o no cumplieran los requisitos dispuestos en la Ley.

11.2 Si los documentos para efectos del reembolso se presentaran fuera del plazo máximo establecido en el contrato y/o fuera de la vigencia del contrato.

11.3 Si, una vez notificada la mora en el cumplimiento de las prestaciones económicas del contrato, el beneficiario solicitara el reembolso de una atención médica prestada durante dicho período. Se excepcionan de esta limitación los casos de emergencia médica de los beneficiarios.

11.4 Si **EL CONTRATANTE** y/o beneficiario no se presentara a cobrar los reembolsos dentro de los ciento ochenta (180) días posteriores a la entrega de las facturas. En ese caso, la prestación se considerará cancelada y **HUMANA** quedará liberada de toda responsabilidad, sin perjuicio de que el cliente pueda retirar su cheque por el monto cubierto.

11.5 Si **EL CONTRATANTE** y/o beneficiario no presentara reclamo administrativo en los plazos previstos dentro de la ley, contados a partir de la entrega de la negativa a cubrir el financiamiento. En ese caso, la negativa se considerará aceptada y **HUMANA** quedará liberada de toda responsabilidad.

11.6 Si el beneficiario presentara facturas de gastos de servicios médicos que no guarden conformidad con la actividad económica del prestador registrada en la autoridad correspondiente.

11.7 En caso de exclusión o retiro de beneficiarios del contrato, éstos no podrán presentar reembolsos luego del plazo de treinta (30) días posteriores a la fecha de terminación del contrato.

11.8 Si el beneficiario está en mora, se aplicará lo establecido en el Cláusula 15 numeral 15.4 del presente contrato.

11.9 Si se demostrara que **EL CONTRATANTE** y/o beneficiario no actuó de buena fe al momento de contratar, utilizar los servicios prestados en este contrato o, en su defecto ha agravado su riesgo de conformidad con la definición establecida en este contrato, además de perder el financiamiento para la prestación requerida se podrá dar por terminado el contrato, previo el procedimiento establecido en la normativa.

11.10 Si existen indicios de falsedad, incongruencia, incoherencia o alteración en la información y/o documentación presentada a **HUMANA** en cualquier instancia, además de perder el financiamiento para la prestación requerida se podrá dar por terminado el contrato, previo el procedimiento establecido en la normativa.

CLÁUSULA 12: PROCEDIMIENTO DE AFILIACIÓN Y DOCUMENTOS REQUERIDOS

Para efectos de afiliación, se requieren los siguientes documentos que forman parte integral de este contrato:

1. El formulario de Solicitud de Afiliación.
2. Documentos de identificación de **EL CONTRATANTE** y los beneficiarios.
3. En caso de personas con discapacidad, copia del carné y certificado de acreditación emitido por la Autoridad Sanitaria Nacional o su delegada para este efecto.
4. La(s) Declaración(es) de Condiciones de Salud, que contiene el detalle de las enfermedades, patologías, condiciones de salud y preexistencias conocidas por los usuarios, beneficiarios o afiliados.

5. Contrato de Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada debidamente firmado.
6. Declaración de conformidad con las condiciones contractuales pactadas voluntariamente, mismas que han sido leídas, entendidas y aceptadas por **EL CONTRATANTE**.
7. Autorización de débito o crédito debidamente firmado por **EL CONTRATANTE** de ser el caso.
8. Los documentos de pago convenidos.
9. Respaldo de una cuenta bancaria o tarjeta de crédito y copia del documento de identidad en caso que el pagador no sea **EL CONTRATANTE**.
10. Para la eliminación de los períodos de carencias se debe presentar un certificado de permanencia en otra aseguradora de mínimo seis (6) meses y que no se encuentre sin un plan de cobertura médica por más de 30 días. Se entregará el documento que evidencie puntualidad en los pagos y detalle de beneficiarios. No se eliminarán períodos de carencia en el caso de enfermedades preexistentes, maternidad y discapacidad.

En el caso de cambios en la normativa legal vigente aplicable, **HUMANA** se reserva el derecho de solicitar documentación adicional siempre que haya sido autorizada por la entidad correspondiente.

HUMANA no podrá negarse a celebrar un contrato por razón de enfermedades preexistentes, condición o estado actual de salud, sexo, identidad, género o edad.

12.1 NUEVAS INCLUSIONES Y SUS DOCUMENTOS REQUERIDOS

Los requisitos para la inclusión de un nuevo beneficiario al presente contrato son:

1. Solicitud de inclusión de nuevo beneficiario, completamente llena y firmada por **EL CONTRATANTE**.
2. La(s) Declaración(es) de Condiciones de Salud que contiene el detalle de las enfermedades, patologías, condiciones de salud y preexistencias conocidas por los usuarios, beneficiarios o afiliados, debidamente llena y firmada por el beneficiario (en caso de ser menor de edad la suscribirán padre o madre del menor o su tutor en caso de ausencia).
3. Copia de los documentos de identificación del **CONTRATANTE** y del beneficiario.
4. En caso de personas con discapacidad, copia del carné y certificado de acreditación emitido por la Autoridad Sanitaria Nacional o su delegada para este efecto.
5. En el caso de menores de edad estos recibirán cobertura como nuevos beneficiarios del contrato a partir del día ocho (8) de nacido. No aplica para inclusión intrauterina.
6. En caso de inclusión intrauterina deberá presentar certificado de la última fecha de menstruación (FUM).
7. Para la eliminación de los períodos de carencias se debe presentar un certificado de permanencia en otra aseguradora de mínimo seis (6) meses y que no se encuentre sin un plan de cobertura médica por más de 30 días. Se entregará el documento que evidencie puntualidad en sus pagos y detalle de beneficiarios. No se eliminarán períodos de carencia en el caso de enfermedades preexistentes, maternidad, y discapacidad.

Se fijarán las aportaciones según lo aprobado por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros. No se aceptarán inclusiones retroactivas. Todas las inclusiones pasarán períodos de carencia. Los ajustes de la factura por inclusiones se realizarán previa solicitud del afiliado y se receptorán hasta ocho (8) días antes de la fecha de facturación de su contrato, con cargo a la próxima factura por emitir. Los ajustes de precio se efectuarán al cumplimiento de la anualidad tomando en cuenta el precio de lista vigente, la edad actuarial a la fecha de renovación del contrato y la inflación médica que deberán ser contemplados en la nota técnica aprobada por la autoridad correspondiente.

La financiación de los servicios para todos los beneficiarios amparados bajo este contrato tiene la misma fecha de fin de vigencia, independientemente de la fecha en que se hayan integrado o realizado inclusiones de beneficiarios.

HUMANA no podrá negarse a celebrar un contrato por razón de enfermedades preexistentes, condición o estado actual de salud, sexo, identidad, género o edad.

12.2 EXCLUSIONES O RETIRO DE BENEFICIARIOS DEL CONTRATO Y SUS DOCUMENTOS REQUERIDOS

EL CONTRATANTE en cualquier momento puede solicitar a **HUMANA** el retiro de uno o varios beneficiarios del contrato, mediante comunicación escrita entregada en las oficinas o puntos de servicio de **HUMANA**, de acuerdo con lo previsto en la Ley Orgánica de Defensa del Consumidor.

Esta comunicación debe incluir los datos completos del o de los beneficiario/s a ser excluido/s. Este documento debe estar debidamente firmado tanto por **EL CONTRATANTE** como por el/los beneficiario/s a ser excluido/s. Se deberá adjuntar las copias de las cédulas de ciudadanía del **CONTRATANTE** y del o de los beneficiario/s excluido/s. La exclusión se hará efectiva el siguiente período de facturación a la fecha de recepción de la carta, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 32 de la ley en la materia. No se aceptarán exclusiones retroactivas.

12.3 CAMBIO DE PLAN E INCREMENTO DE SUMA FINANCIADA POR SOLICITUD DEL CONTRATANTE

Si **EL CONTRATANTE**, de manera voluntaria, solicita su cambio de plan, **HUMANA** se reserva el derecho de aceptar esta solicitud. Se aceptan cambios de plan ya sea durante la vigencia del contrato o en la renovación del mismo bajo la aceptación del **CONTRATANTE** de las nuevas condiciones y precio. No se aceptan cambios de plan de manera retroactiva. Los deducibles se aplicarán nuevamente de acuerdo al nuevo plan contratado.

12.3.1 Cambio de plan de menor a mayor cobertura:

En este caso, si el afiliado opta cambiarse de plan, se aplicará el período de carencia de sesenta (60) días para el nuevo plan, tiempo en el cual los beneficiarios usarán la cobertura según el plan anterior. La carencia no aplica para emergencias descritas en el contrato. Las coberturas de preexistencias y maternidades en curso del plan anterior se mantendrán.

12.3.2 Cambio de plan de menor a mayor cobertura, en caso de modificaciones a condiciones contractuales de plan vigente:

En este caso, si el afiliado opta cambiarse a un plan de mayor cobertura, se cubrirá según las condiciones contractuales del nuevo plan, sin tiempo de carencia, a partir de la fecha de la aplicación del cambio de plan. Se mantendrá la continuidad de preexistencias.

12.3.3 Cambio de plan de mayor a menor cobertura:

En este caso, si el afiliado opta cambiarse de plan, se cubrirán según las condiciones contractuales del nuevo plan, sin tiempo de carencia, a partir de la fecha de la aplicación del cambio de plan.

Toda solicitud tendrá una respuesta de **HUMANA** máximo en cinco (5) días hábiles a partir de la fecha de presentación.

CLÁUSULA 13: PLAZO DEL CONTRATO

El presente contrato tendrá la duración de un año calendario, a partir de la suscripción del mismo, el cual se renueva 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 contrato 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. La liquidación de los reembolsos en el rubro medicamentos se le hará por el tiempo que falte para terminar el contrato en caso de que no se haya renovado el mismo. Cualquier gasto incurrido fuera de la vigencia se considerará no cubierto, aunque su diagnóstico o incapacidad original se haya dado dentro de la vigencia del contrato.

El financiamiento de los servicios para todos los beneficiarios amparados bajo este contrato tiene la misma fecha de fin de vigencia, independientemente de la fecha en que se hayan integrado o realizado inclusiones de beneficiarios.

CLÁUSULA 14: RENOVACIÓN DEL CONTRATO

En el evento de que **EL CONTRATANTE**, dentro de los quince (15) días anteriores a la fecha de fin de vigencia del contrato, no manifestare su voluntad de no renovar el contrato, por escrito, éste quedará automáticamente renovado. El pago del precio de la renovación se tendrá como prueba suficiente de la misma. Esta comunicación deberá entregarse por escrito en las oficinas o puntos de servicio de **HUMANA**.

En caso de presentarse cambios en las condiciones contractuales o de precio previamente aprobadas por la autoridad competente, **HUMANA** notificará al **CONTRATANTE** dentro de los treinta (30) días posteriores de la fecha de aprobación del cambio.

El precio al que se renueva el presente contrato y las condiciones del mismo serán las establecidas de conformidad con el artículo 29 de la "Ley Orgánica que regula a las Compañías que financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las Seguros que oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica" y demás normativa en lo que fuera aplicable.

HUMANA no podrá negarse a renovar un contrato por razón de enfermedades preexistentes, condición o estado actual de salud, sexo, identidad, género o edad.

CLÁUSULA 15: PRECIO Y APORTACIÓN, FORMA DE PAGO, SANCIONES, REVISIÓN DE PRECIO

15.1 PRECIO

EL CONTRATANTE se compromete y obliga a pagar, en forma anticipada a favor de **HUMANA**, el precio convenido. El precio que se fije guardará conformidad con la nota técnica aprobada por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

EL CONTRATANTE se compromete y obliga a pagar en forma anticipada a favor de **HUMANA**, el precio convenido hasta máximo cinco (5) días después de la fecha de facturación. Si el pago ocurre posteriormente, se considerará que la cuota está vencida y en estado de morosidad. La no utilización de los servicios por parte de los beneficiarios no exime al **CONTRATANTE** del pago de los valores acordados.

La primera cuota es pagadera al momento de la suscripción del contrato, las restantes son pagaderas mensualmente mediante las formas de pago convenidas. Se podrán convenir pagos trimestrales, semestrales o anuales de común acuerdo con **EL CONTRATANTE**.

En el precio se encuentra incluido los tributos, tasas y contribuciones establecidos por las leyes pertinentes.

15.2 REVISIÓN DE PRECIOS

El ajuste de precios se determinará de conformidad con la “Ley Orgánica que regula a las Compañías que financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica”, notas técnicas aprobadas por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros y demás normativa emitida por la Autoridad de Control al respecto.

Los ajustes de precio se efectuarán al cumplimiento de la anualidad tomando en cuenta la lista de precios vigente, la edad actuarial a la fecha de renovación del contrato y la inflación médica que deberán ser contemplados en la nota técnica aprobada por la autoridad correspondiente.

15.3 FORMA DE PAGO

HUMANA determinará el fraccionamiento de las cuotas que puede ser mensual, trimestral, semestral, anual, y el respectivo recargo por financiamiento.

15.4 SUSPENSIÓN DE SERVICIO POR FALTA DE PAGO

En caso de no cancelación oportuna de una o más aportaciones, **HUMANA** negará el financiamiento de las prestaciones contratadas durante el período de mora, previa notificación al **CONTRATANTE** por medio físico. En caso de emergencias médicas, se aplicará lo determinado en la “Ley Orgánica que regula a las Compañías que financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica”.

Si el pago ocurre posteriormente a la notificación de suspensión, se considerará que la cuota está vencida y en estado de morosidad, por lo tanto, todos los gastos de salud incurridos por el beneficiario durante ese período de falta de pago no serán sujetos a financiamiento, excepto para las prestaciones relacionadas a emergencia médica. Un financiamiento negado por esta razón no puede ser solicitado nuevamente. La no utilización de los servicios por parte de los beneficiarios no exime al **CONTRATANTE** del pago de los valores acordados.

15.5 EN CASO DE DECESO DEL TITULAR DEL CONTRATO

HUMANA se obliga a mantener todas y cada una de las coberturas del plan contratado en favor de los usuarios, dependientes y beneficiarios contractuales, por el período de un año, contado a partir de la fecha del deceso del titular, sin que éstos estén en la obligación de pagar contraprestación económica alguna.

CLÁUSULA 16: DECLARACIONES GENERALES

16.1 El presente contrato y su respectiva Tabla de Beneficios constituyen la enunciación completa y exclusiva de los derechos y obligaciones de las partes, y dejan sin efecto todas las comunicaciones, propuestas u ofertas ya sean orales o escritas cursadas entre las partes con anterioridad a la firma del mismo.

16.2 Si una o más disposiciones de este contrato no posibilitaran su aplicación o tuvieran el carácter de inejecutables no podrán ser refutadas como causas de nulidad del resto del contrato.

16.3 **HUMANA**, en el caso de comprobarse mala fe al momento de contratar, se reserva el derecho de iniciar las acciones civiles, administrativas y penales que por ley le corresponden.

16.4 Las partes expresamente manifiestan que el presente contrato y su anexo de carácter sanitario son el resultado de la libre discusión y negociación de las partes y reflejan el cumplimiento de lo dispuesto en la ley de la materia.

16.5 **EL CONTRATANTE** expresamente declara que autoriza a **HUMANA** para que ésta solicite sus datos crediticios a las autoridades competentes y datos médicos a los Prestadores de Servicios Médicos, los antecedentes clínico-quirúrgicos, historia clínica, resultados de exámenes complementarios realizados al beneficiario.

16.6 **EL CONTRATANTE** expresamente acepta el recibir cualquier notificación vía correo electrónico, celular o cualquier otro medio que **HUMANA** considere necesario.

16.7 EL CONTRATANTE y sus beneficiarios confieren expresamente a **HUMANA** las atribuciones necesarias para intervenir en las acciones legales en contra de terceros responsables de los daños ocasionados al **CONTRATANTE** y/o afiliados y expresamente le cede el derecho de subrogación que le permita resarcirse de los valores reembolsados a consecuencia de los daños ocasionados por dichos terceros responsables.

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.

16.9 Conocedor de las penas de perjurio, declaro bajo juramento que el origen de los valores que serán cancelados a la Compañía, en caso de suscribirse el contrato, son y provienen de actividades lícitas.

16.10 En el caso de duda, por omisión, interpretación, descripción y aplicación de las condiciones detalladas en el presente contrato, prevalecerán sobre éstas, las indicadas y dispuestas por las leyes y regulaciones y en el sentido más favorable para el usuario.

CLÁUSULA 17: NOTIFICACIONES Y DOMICILIO

Cualquier notificación que deban hacerse las partes para los efectos del presente contrato deberá realizarse por escrito. Será prueba suficiente de la notificación la constancia de “recibo” o fe de recepción, con la firma respectiva de la parte destinataria.

Toda comunicación que la compañía tenga que hacer llegar al beneficiario será enviada a la última dirección del **CONTRATANTE** conocida por **HUMANA**.

EXCLUSIONES

A continuación, consta el detalle expreso de las exclusiones y no coberturas, las cuales son ampliamente leídas, difundidas, conocidas, aceptadas y suscritas por **EL CONTRATANTE** y beneficiarios del contrato

HUMANA no autorizará prestaciones ni servicios médicos complementarios, así como tampoco liquidará los costos y gastos de tales prestaciones y servicios cuando ellos sean o estén originados por las siguientes causas:

1. Patologías médicas, enfermedades o afecciones preexistentes no declaradas al momento de la inclusión de un beneficiario al contrato. Cuando la patología principal sea preexistente no declarada, quedan excluidas todas aquellas otras patologías relacionadas con ella.
2. Servicios, prestaciones, procedimientos de diagnóstico y tratamientos experimentales o que no cuenten con el aval de la Autoridad Sanitaria Nacional o en su ausencia otros organismos internacionales.
3. Maternidades en curso al inicio de la vigencia del contrato o a la inclusión de un beneficiario en el mismo.
4. Lesiones o afecciones causadas directa o indirectamente por acciones catastróficas de la naturaleza, tales como: terremoto, temblor de tierra, erupciones volcánicas, tifón, huracán o desastres colectivos tales como: energía atómica, fumigación global o indiscriminada, exposición o radiación nociva o envenenamiento, radiación ionizada, polución o contaminación, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, o la quema de combustible nuclear o artefactos nucleares y demás eventos comprobados de la naturaleza.
5. Lesiones o enfermedades sufridas en casos de guerra declarada o no, conmoción civil, revolución, participación en huelgas y motines, actos de terrorismo.
6. Enfermedades, complicaciones y patologías conexas que hubieran sido declaradas como epidemias o pandemias por el Ministerio de Salud Pública.
7. Prestaciones, complicaciones, secuelas y todo lo relacionado a procedimientos de salud dental, extracciones, obturaciones y/o tratamientos dentales y/o maxilofaciales en general, así como afecciones alveolares o gingivales, salvo que se originen en accidentes ocurridos durante la vigencia de este contrato y siempre que exista, dentro de las veinticuatro (24) horas de ocurrido el accidente, una valoración médica por un centro de salud.
8. Gastos por servicios médicos prestados, no inherentes a, o no necesarios para el diagnóstico de una enfermedad, de acuerdo con la Guía Práctica Clínica.
9. Transporte de enfermos en vehículos que no sean los de servicio de ambulancia.
10. Las consultas y tratamientos para curaciones psiquiátricas o psicológicas de carácter no orgánico, cuidado o períodos de cuarentena o aislamiento.
11. Consulta y tratamiento de estrés, terapia ambiental de descanso y/o para observación, servicios o tratamientos en instituciones asistenciales, hidroclínicas, baños termales, sanatorios, clínicas de reposo o clínicas de ancianos y otros similares.

12. Tratamiento de lesiones o enfermedades ocurridas o sufridas como producto de la participación en actos calificados como delitos.
13. Ingesta o uso en atención ambulatoria de: vitaminas, minerales, alérgenos, estimulantes del apetito, anoréxicos, jabones, filtros solares, champús, alimentos para bebés, medicamentos sin registro sanitario y sin prescripción médica.
14. Ingesta o uso en atención ambulatoria de: tranquilizantes, sedantes, neurolépticos, medicamentos homeopáticos, medicamentos bioenergéticos sin registro sanitario y prescripción médica.
15. Consultas, terapias, medicamentos y tratamientos de medicina ancestral, quiroprácticos y bionergéticos que no cuenten con el aval de la Autoridad Sanitaria Nacional. En caso que el prestador no tenga el aval de la Autoridad Sanitaria Nacional se cubrirá la atención en función de las condiciones contractuales pactadas y se denunciará a dicho prestador de conformidad con lo prescrito en la Ley. En caso que el afiliado continúe utilizando los servicios de dicho prestados, HUMANA se deslinda de toda responsabilidad respecto de los hechos dañosos que dicha prestación suponga para el paciente.
16. Pruebas de sensibilidad y tratamientos inmunológicos en general a menos que hayan sido prescritas por un médico calificado en base a protocolos nacionales o a falta de ellos, a la buena práctica de la medicina basada en la evidencia o a los protocolos internacionales
17. Consultas, tratamientos, procedimientos y terapias dermatológicas con fines estéticos o que no causen incapacidad funcional, así como sus secuelas o complicaciones.
18. Consultas, tratamientos y procedimientos estéticos y sus secuelas o complicaciones, exceptuando casos de emergencia médica, cuyo monto máximo de cobertura anual está detallado en la Tabla de Beneficios en la sección “Emergencia Médica en Condiciones excluidas”.
19. Consultas y tratamientos de o por infertilidad en general, sus secuelas o complicaciones, exceptuando casos de emergencia médica, cuyo monto máximo de cobertura anual está detallado en la Tabla de Beneficios en la sección “Emergencia Médica en Condiciones excluidas”.
20. Abortos y sus consecuencias que se hayan realizado de manera ilegal, , exceptuando casos de emergencia médica, cuyo monto máximo de cobertura anual está detallado en la Tabla de Beneficios en la sección “Emergencia Médica en Condiciones excluidas”.
21. Exámenes rutinarios de la vista y de los oídos, así como los marcos, cristales ópticos, lentes de contacto y audífonos.
22. Cirugía correctiva y/o láser y terapia de agudeza visual como tratamientos de miopía, astigmatismo e hipermetropía u otros sin pertinencia médica y evidencia científica.
23. Cirugía plástica de carácter estético, exceptuando casos de emergencia médica, cuyo monto máximo de cobertura anual está detallado en la Tabla de Beneficios en la sección “Emergencia Médica en Condiciones excluidas”.
24. Consultas, exámenes, tratamientos ambulatorios u hospitalizaciones relacionados con sobrepeso, talla corta, alopecia, rinoplastia, terapia láser dermatológica que no tengan evidencia científica.
25. Consultas, exámenes, tratamientos ambulatorios u hospitalizaciones relacionados con delgadez, obesidad, retardo de crecimiento y enanismo a menos que exista diagnóstico médico definitivo y elección de tratamiento de acuerdo a los protocolos nacionales.
26. Atención particular de enfermería siempre que no forme parte de cuidados paliativos.
27. Tratamiento médico realizado por parte de un familiar del **CONTRATANTE** o beneficiario hasta segundo grado de consanguinidad y de afinidad, y cualquier autoterapia, incluyendo autoprescripción de medicamentos, sus secuelas y complicaciones derivadas del mismo. **HUMANA** no restituirá los valores de facturas propias de beneficiarios que sean propietarios de farmacias y casas de asistencia médica, así como facturas correspondientes a gastos no especificados en este contrato.
28. Complicaciones relacionadas con cirugías estéticas y tratamientos dentales no cubiertos bajo este contrato, exceptuando casos de emergencia médica, cuyo monto máximo de cobertura anual está detallado en la Tabla de Beneficios
29. Trasplantes experimentales y demás gastos relacionados.

30. Cualquier gasto de diagnóstico y tratamiento de reversión de una esterilización, cambio o transformación de género, inseminación artificial, disfunción o inadecuación sexual.
31. Almacenamiento y tratamiento de médula ósea, células madre, sangre de cordón umbilical u otro tipo de tejido o célula.
32. Enfermedades preexistentes conocidas y no declaradas por el beneficiario a la fecha de inicio de vigencia del contrato o de su inclusión al mismo.
33. Insumos hospitalarios como mantas térmicas, sistema de aire sin evidencia científica y/o pertinencia médica.
34. Exámenes generales de salud (chequeos médicos de rutina), excepto los detallados en la Tarifa Cero.
35. Enfermedades que no causen incapacidad funcional como hiperhidrosis, cloasma, rosácea, vitiligo y demás enfermedades que no causen incapacidad funcional.
36. Costos de adaptación de vehículos, cuartos de baños y residencias; prótesis y dispositivos de corrección que no sean quirúrgicamente necesario o médicamente pertinentes.

TARIFA CERO – PRESTACIONES DE PREVENCIÓN PRIMARIA

El afiliado para acceder a las prestaciones de tarifa 0 deberá pedir una preautorización en cualquier oficina de **HUMANA**. Estas atenciones se darán únicamente en prestadores autorizados por **HUMANA**.

CICLO DE VIDA	CPT	TIPO DE PRESTACIÓN	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	FREQ	RESPONSABLE
RECIÉN NACIDO (0 A 28 DÍAS)	99381	ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO	Consulta médica pediátrica para control del niño sano (no incluye exámenes complementarios o interconsultas a otros especialistas), con evaluación de desarrollo físico (valoración nutricional) y evaluación clínica del desarrollo neuromuscular y psicomotriz según edad; detección clínica de riesgos visuales, auditivos y neuro-sensoriales.	1 vez consulta e Información	NEONATÓLOGO / PEDIATRA / MÉDICO GENERAL / MÉDICO FAMILIAR
	99401	ASESORÍA PARA CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO (en consulta)	Información en la consulta médica pediátrica sobre: cuidado básico al neonato, importancia de la lactancia materna exclusiva hasta el 6to mes; cuidados generales; estimulación; prevención y que tratamiento inicial se debe dar a las enfermedades diarreicas y respiratorias frecuentes en el R.N.; Información para promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a y fortalecer el vínculo afectivo; Informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación completa, y sobre cómo realizar estimulación psicomotriz; información sobre la suplementación de micronutrientes.		
	99401	ATENCIÓN DE LABORATORIO EN EL RECIÉN NACIDO (previo al alta o hasta los 8 días de nacido)	Determinación al nacimiento de grupo y factor sanguíneo; información sobre la realización del tamizaje metabólico, tamizaje auditivo y sensorial		LABORATORIO CON LA ORDEN DEL NEONATÓLOGO / PEDIATRA / MÉDICO GENERAL / MÉDICO FAMILIAR
NIÑO DE 1 MES A 12 MESES	99381	ATENCIÓN AL INFANTE	Consulta para control del niño sano que incluye: evaluación del bienestar del lactante; estado nutricional, evaluación clínica de riesgo visual, auditivo y displasia de cadera; detección de posible maltrato; evaluación clínica de desarrollo psicomotor, detección clínica de anomalías congénitas o problemas adquiridos; evaluación clínica de la dentición y prevención de caries dentales; detección clínica de desnutrición. (no incluye exámenes complementarios, ni interconsultas a otros especialistas).	6 consultas en el primer año de vida, en cada consulta se debe dar información y asesoría.	PEDIATRA / MÉDICO GENERAL / MÉDICO FAMILIAR
	99406	INFORMACIÓN SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (en consulta):	Información sobre posibles problemas en el desarrollo psicomotor y lenguaje; información sobre estimulación visual; información y asesoría sobre resultados de tamizaje metabólico, visual y auditivo; información y asesoría sobre suplemento de micronutrientes (hierro y vitaminas).		

	99401	ASESORÍA: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta)	Asesoría para promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a, fortalecer el vínculo afectivo; informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación; información referente a lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, inicio de alimentación complementaria a partir de los 6 meses. Informar de la importancia de la higiene y salud oral; Promover la estimulación psicomotriz y de lenguaje; Informar y comunicar acerca de variaciones normales en el desarrollo del niño/a. Asesoría para evitar riesgos de accidentes.		
CICLO DE VIDA	CPT	TIPO DE PRESTACIÓN	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	FREQ	RESPONSABLE
NIÑO/ AS DE 1 A 5 AÑOS	99382	ATENCIÓN AL NIÑO DE 1 A 5 AÑOS (ambulatorio)	Consulta para control del niño sano, que incluya evaluación clínica (no exámenes de gabinete, ni interconsultas a otros especialistas) del estado nutricional, neuromuscular y psicomotriz; riesgos acordes a la edad; detección de deficiencias y/o discapacidades, anomalías congénitas; detección de patologías infecciosas; prevención y detección clínica de desnutrición.	Consultas, 2 veces al año hasta los 2 años de edad, posterior 1 vez por año, en cada consulta se debe otorgar asesoría e información	PEDIATRA / MÉDICO GENERAL / MÉDICO FAMILIAR
	99401	ASESORÍA: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta)	Asesoría en cada consulta para control de niño sano sobre: autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a, fortalecer el vínculo afectivo; importancia de la vacunación, lactancia materna hasta los dos años; alimentación complementaria; importancia de la higiene y salud oral, riesgos de accidentes en el hogar, derechos de los niños; promoción de estimulación psicomotriz y de lenguaje; prevención del maltrato, accidentes; promoción de alimentación saludable; variaciones normales en el desarrollo del niño/a. Uso de sustancias adictivas en padre o madre y repercusiones sobre los niños.		
	99406	INFORMACIÓN SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (en consulta):	Información en cada consulta para control de niño sano que incluya: indicaciones de suplementación de micronutrientes; recomendación de desparasitación 1 vez al año; evaluación clínica para valoración de agudeza visual y valoración auditiva; salud oral y prevención de las caries; recomendación de aplicaciones tópicas con flúor y profilaxis. (no incluye exámenes de gabinete).		

NIÑO/ AS DE 5 A 10 AÑOS	99383	ATENCIÓN AL NIÑO DE 5 A 10 AÑOS	Consulta para evaluación del bienestar del niño, que incluya evaluación clínica (no exámenes de gabinete, ni interconsultas a otros especialistas), del estado nutricional, neuro muscular, psicomotriz, y emocional; detección clínica temprana de enfermedades como pie plano, anomalías congénitas; detección clínica de enfermedades infecto-contagiosas y endémicas; detección clínica de desnutrición.	1 consulta médica por año, durante cada consulta se debe otorgar asesoría e información	PEDIATRA / MÉDICO GENERAL / MÉDICO FAMILIAR
	99401	ASESORÍA: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNI- CACIÓN (en consulta)	Asesoría en consulta para evaluación del bienestar del niño sobre: autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a; importancia de la vacunación y una buena alimentación; higiene, salud bucal, riesgos de accidentes en el hogar; estimulación psicomotriz, de aptitudes intelectuales, prevención de discapacidades; variaciones benignas y comunes en el desarrollo del niño/a; promover la salud oral y prevención de caries.		
	99406	INFORMACIÓN SOBRE CRE- CIMIENTO Y DESARROLLO (en consulta):	Información en consulta para evaluación del bienestar del niño, sobre: recomendación de desparasitación 1 vez al año; detección clínica precoz de problemas en las habilidades escolares, trastornos afectivos, emocionales, prevención de maltrato físico, psicológico, sexual; pertinencia de la valoración de agudeza y/o ceguera visual y valoración auditiva; importancia de aplicaciones tópicas con flúor y profilaxis; asesoría sobre suplemento de micronutrientes.		
CICLO DE VIDA	CPT	TIPO DE PRESTACIÓN	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	FREQ	RESPONSABLE
ADO- LESCEN- TES 11 A 19 AÑOS	99384	ATENCIÓN AL ADOLESCENTE DE 10 A 19 AÑOS	Consulta para evaluación clínica del bienestar, desarrollo físico, nutricional, psicomotriz y emocional del adolescente en relación con su edad. Peso, talla, IMC, TA; detección clínica temprana de embarazo, infecciones de transmisión sexual y trastornos alimenticios, enfermedades infecto-contagiosas. Evaluación de hábitos no saludables, deficiencias y/o discapacidades; (no exámenes de gabinete, ni interconsultas a otra especialidad)	1 vez al año, durante la consulta se de otorgar información y asesoría	MÉDICO GENERAL / MÉDICO FAMILIAR
	99401 99406	ASESORÍA: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNI- CACIÓN (en consulta)	Información para prevención de trastornos de la alimentación; detección de maltrato y o violencia; detección de uso de sustancias psico - estimulantes; importancia de la valoración de agudeza visual; información sobre higiene y salud oral; detección de problemas de aprendizaje, afectivos, emocionales; prácticas sexuales de riesgo, embarazos no planificados.		

	99406	INFORMACIÓN SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (en consulta):	Asesoría en consulta para evaluación de bienestar, desarrollo y estado de salud, sobre: salud sexual y reproductiva; métodos anticonceptivos; promover la autoconfianza de los adolescentes, fortalecer el vínculo afectivo con la familia, entregar información y educación sobre hábitos saludables, higiene, salud oral; variaciones normales en el desarrollo del/la adolescente. Asesoría sobre inicio de vida sexual y derechos del adolescente, acoso sexual, acoso escolar (bullying).		
EMBARAZO	59425	CONTROL PRENATAL EN EMBARAZO SIN RIESGO	Control Prenatal de 4 a 6 visitas, incluye: •Consulta gineco-obstétrica. •Valoración e interpretación del estado nutricional - ganancia peso materno. •Clasificación de riesgo obstétrico. •Evaluación de bienestar fetal.	6 controles y al menos un control antes de las 20 semanas	MÉDICO GENERAL / GINECO-OBS-TETRA / MÉDICO FAMILIAR
	99402	ASESORÍA: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta)	Asesoría en cada consulta para brindar información sobre la preparación del parto, necesidades nutricionales y suplementación alimenticia con hierro y ácido fólico, lactancia materna, cuidado del recién nacido, salud oral y salud mental; consejería sobre riesgos de VIH e ITS durante el embarazo y parto; prevención y detección de violencia, maltrato, abuso de sustancias adictivas, trastornos afectivos o emocionales, promoción del parto seguro.		
	99385	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PREVENTIVA EN EL EMBARAZO	Consulta por odontología para control de salud oral en la mujer embarazada, que incluya evaluación clínica, consejería, higiene y profilaxis.	2 veces durante la gestación	ODONTÓLOGO
CICLO DE VIDA	CPT	TIPO DE PRESTACIÓN	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	FREQ	RESPONSABLE
EMBARAZO	85025-82947-81001-86900-86901-85670-85730-84520-30509-86703-88142-86777-86778-86762-86765-86706-86644-86645	DETECCIÓN DE RIESGOS POR EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO	Realización de exámenes de laboratorio: biometría hemática, hematocrito, elemental y microscópico de orina, tipificación de grupo y factor sanguíneo, TP, TTP, urea, glucosa y creatinina, VDRL, tamizaje de VIH, STORCH con IgG e IgM, PapTest antes de las 20 semanas.	1 vez durante el embarazo	LABORATORIO

EMBARAZO	99215	ATENCIÓN INTEGRAL POSTPARTO	Consulta médica para evaluación del estado de salud puerperal y referencia a planificación familiar y anticoncepción. (no incluye exámenes de gabinete).	1 consulta entre la semana 1 a 6 post parto	MÉDICO GENERAL / GINECO-OBSTETRA / MÉDICO FAMILIAR
MUJERES EN EDAD FÉRTIL –MEF	99385	CONTROL DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL	Consulta ginecológica para evaluación de estado de salud y detección de enfermedades de transmisión sexual. (no exámenes de gabinete, ni interconsulta con otro especialista).	1 vez al año, durante la consulta se debe otorgar información y asesoría	GINECO-OBSTETRA/ MÉDICO FAMILIAR
	99402	ASESORÍA: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta)	Asesoría para brindar información sobre planificación familiar, embarazo, hábitos saludables, salud oral y salud mental. Consejería para prevención de VIH e ITS; prevención y detección de violencia, maltrato, consumo de sustancias adictivas, trastornos afectivos o emocionales, acoso laboral y acoso sexual.		MÉDICO GENERAL / GINECO-OBSTETRA / MÉDICO FAMILIAR
ADULTO JOVEN DE 20-49 AÑOS	99385, 99401, 99406	CONSULTA MÉDICA GENERAL PREVENTIVA	Consulta clínica para evaluación de estado de salud que incluya: examen físico, anamnesis, detección de hábitos no saludables y determinación riesgo de enfermedades no transmisibles, identificación deficiencias o discapacidades, enfermedades infecto-contagiosas y de transmisión sexual, detección del consumo de sustancias adictivas (no incluye exámenes de gabinete, ni interconsultas).	1 vez al año (durante la consulta se debe otorgar asesoría e información)	MÉDICO GENERAL / MÉDICO FAMILIAR
	99401, 99406	ASESORÍA: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta)	Información y consejería sobre enfermedades de transmisión sexual; asesoría para planificación familiar; consejería sobre salud oral, asesoría sobre tamizaje de enfermedades crónica e información sobre la valoración auditiva y visual.		
CICLO DE VIDA	CPT	TIPO DE PRESTACIÓN	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	FREQ	RESPONSABLE
ADULTO/A DE 50 A 64 AÑOS	99386	CONSULTA MÉDICA GENERAL PREVENTIVA	Consulta clínica para evaluación de estado de salud que incluya: examen físico, y anamnesis, detección de hábitos no saludables y determinación riesgo de enfermedades no transmisibles, identificación deficiencias o discapacidades, enfermedades infecto-contagiosas y de transmisión sexual. Detección de riesgos de salud mental como: consumo de sustancias adictivas, trastornos afectivos, emocionales, cognitivos, depresión; intento de suicidio, entre otros (no incluye exámenes de gabinete, ni interconsultas).	1 vez al año (durante la consulta se debe otorgar asesoría e información)	MÉDICO GENERAL / MÉDICO FAMILIAR
	99401, 99406	ASESORÍA: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta)	Asesoría e información sobre condiciones de envejecimiento saludable; consejería para prevención de enfermedades de transmisión sexual; información sobre acciones preventivas para traumatismos, caídas y accidentes.		

ADULTO MAYOR DE 65 AÑOS	99387	CONSULTA MÉ- DICA GENERAL PREVENTIVA	Consulta clínica para evaluación del estado de salud, que incluya examen físico, y anamnesis, identificación de factores de riesgo, condicionantes de deterioro funcional y cognitivo. Detección de factores de riesgo de enfermedades crónico degenerativas, valoración de dependencia funcional, valoración de salud oral, detección de riesgo nutricional, de patologías infecto-contagiosas, violencia, maltrato; detección del riesgo de enfermedades de transmisión sexual; detección del riesgo de pérdida auditiva y visual.	1 vez al año (durante la consulta se debe otorgar información y asesoría)	MÉDICO GENERAL / MÉDICO FAMILIAR / MÉDICO GERIATRA
	99406, 99401	ASESORÍA: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNI- CACIÓN (en consulta)	Asesoría, información y promoción de prácticas de nutrición, salud oral, salud sexual y salud mental; información sobre discapacidades y ayudas técnicas; promoción de condiciones de envejecimiento saludable.		

CPT: Current Procedural Terminology. Código de prestación médica.

FREQ: Frecuencia

En constancia de aceptación de todo lo antes expuesto, los comparecientes suscriben el presente documento por duplicado, en la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ de _____.

El contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente contrato el registro **No 53059**; con oficio **No SCVS-IRQ-DRS-2020-00037929-O**, de 24 de septiembre de 2020.

Declaro que he leído, entendido y comprendido el alcance de la Tabla de Beneficios, las prestaciones de Tarifa 0 (cero) y estoy de acuerdo con su contenido, limitaciones, exclusiones y prestaciones ofertadas.

EL CONTRATANTE

Nombre contratante

HUMANA S.A.