

TABLA DE COBERTURA

DENTRO DE LA RED
DE PROVEEDORES

ASEGURADO

VALOR ASEGURADO ÚNICO	ILIMITADO
CLÁUSULA DE COSTO USUAL Y ACOSTUMBRADO	

CONCEPTOS DE COBERTURA

HABITACIÓN HOSPITALARIA	ILIMITADO
--------------------------------	------------------

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO	ILIMITADO
------------------------------------	------------------

GASTOS HOSPITALARIOS

GASTOS DENTRO DE LA HOSPITALIZACIÓN	ILIMITADO
URGENCIA	ILIMITADO
DEDUCIBLE POR CADA EVENTO	\$ 55.000
CONSULTA PRIORITARIA	ILIMITADO
DEDUCIBLE POR CADA EVENTO	\$ 22.000
MEDICAMENTOS, EXÁMENES DE LABORATORIO CLINICO	ILIMITADO *
ENFERMERA	ILIMITADO *
TRANSPORTE TERRESTRE	ILIMITADO
PRÓTESIS Y APARATOS ORTOPÉDICOS	ILIMITADO
REEMPLAZO DE PRÓTESIS Y APARATOS ORTOPÉDICOS	ILIMITADO
TRASPLANTE DE ÓRGANOS	ILIMITADO
RETRASPLANTE DE ÓRGANOS	ILIMITADO
OBTENCIÓN Y TRASLADO DEL ÓRGANO	ILIMITADO
TRATAMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA	ILIMITADO *
TRATAMIENTO HOSPITALARIO PARA CRISIS DE ANSIEDAD O CRISIS PSICÓTICA	ILIMITADO *

HONORARIOS MÉDICOS HOSPITALARIOS

HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS	ILIMITADO
HONORARIOS MÉDICOS POR TRATAMIENTO HOSPITALARIO NO QUIRÚRGICO	ILIMITADO
HONORARIOS MÉDICOS DEL INTENSIVISTA	ILIMITADO
HONORARIOS MÉDICOS POR INTERCONSULTAS	ILIMITADO *
CONSULTA PREANESTÉSICA	ILIMITADO *

GASTOS AMBULATORIOS

FRACTURAS ESGUINCES Y LUXACIONES	ILIMITADO *
EXÁMENES ESPECIALES DE DIAGNÓSTICO	ILIMITADO
DEDUCIBLE POR CADA EVENTO	\$ 34.000
EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO	ILIMITADO
DEDUCIBLE POR ORDEN MÉDICA	\$ 36.000
TRATAMIENTO MÉDICO AMBULATORIO	ILIMITADO *

TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN	ILIMITADO *
CONSULTA EXTERNA	ILIMITADO
DEDUCIBLE POR CONSULTA MÉDICA	\$ 25.000
DEDUCIBLE POR ORDEN DE SESIONES DE TERAPIA	20% MÍNIMO \$25,000
CONSULTA MÉDICO DOMICILIARIO	ILIMITADO
DEDUCIBLE POR CONSULTA MÉDICO DOMICILIARIO	\$ 11.000

COBERTURA PARA RECIÉN NACIDO	ILIMITADO
COBERTURA PARA BEBÉS CON ENFERMEDADES CONGÉNITAS	ILIMITADO

ANEXO SU MÉDICO DE CONFIANZA	
VALOR ASEGURADO	ILIMITADO
MEDICAMENTOS AMBULATORIOS EVENTOS AGUDOS	\$ 331.000

*Ilimitado: Hace referencia al valor asegurado. Para algunos conceptos de cobertura aplica límite en cuanto a tiempo (Ver Condiciones generales)

SEGURO DE SALUD INTEGRAL

ZONA I

COBERTURA EN SALUD			
RANGO DE EDADES	PRIMA ANUAL	PRIMA SEMESTRAL	PRIMA MENSUAL
Menores de 2 años	2.713.000	1.413.000	243.000
Entre 2 y 4 años	2.713.000	1.413.000	243.000
Entre 5 y 9 años	2.713.000	1.413.000	243.000
Entre 10 y 14 años	2.766.000	1.441.000	250.000
Entre 15 y 19 años	2.937.000	1.531.000	264.000
Entre 20 y 24 años	3.141.000	1.637.000	283.000
Entre 25 y 29 años	3.390.000	1.768.000	306.000
Entre 30 y 34 años	3.608.000	1.879.000	323.000
Entre 35 y 39 años	3.821.000	1.992.000	345.000
Entre 40 y 44 años	4.342.000	2.264.000	392.000
Entre 45 y 49 años	4.758.000	2.479.000	428.000
Entre 50 y 54 años	5.727.000	2.986.000	516.000
Entre 55 y 59 años	7.021.000	3.658.000	632.000
Entre 60 y 64 años	8.988.000	4.683.000	809.000
Entre 65 y 69 años	10.474.000	5.457.000	943.000
Entre 70 y 74 años	12.041.000	6.274.000	1.084.000
Entre 75 y 79 años	13.322.000	6.941.000	1.198.000
De 80 ó más años	14.595.000	7.603.000	1.312.000

ANEXO SU MÉDICO DE CONFIANZA (Bogotá-Cúcuta)			
	PRIMA ANUAL	PRIMA SEMESTRAL	PRIMA MENSUAL
PRIMA POR ASEGURADO	309.000	161.000	28.000

TARIFAS VIGENTES A PARTIR DEL 1° DE ABRIL DE 2021

NOTA:

- NO INCLUYE DESCUENTO POR GRUPO FAMILIAR
- LAS TARIFAS NO INCLUYEN EL VALOR DEL IVA
- EDAD MÁXIMA DE ACEPTACIÓN 59 AÑOS PARA NUEVOS NEGOCIOS