

## TABLA DE COBERTURA

	RED DE PROVEEDORES ASEGURADO
<b>VALOR ASEGURADO ÚNICO</b>	<b>ILIMITADO</b>
<b>CLÁUSULA DE COSTO USUAL Y ACOSTUMBRADO</b>	
<b>CONCEPTOS DE COBERTURA</b>	
<b>HABITACIÓN HOSPITALARIA</b>	<b>ILIMITADO</b>
<b>UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO</b>	<b>ILIMITADO</b>
<b>GASTOS HOSPITALARIOS</b>	
GASTOS DENTRO DE LA HOSPITALIZACIÓN	ILIMITADO
URGENCIA	ILIMITADO
DEDUCIBLE POR CADA EVENTO	\$ 57.000
CONSULTA PRIORITARIA	ILIMITADO
DEDUCIBLE POR CADA EVENTO	\$ 23.000
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
RETASPLANTE DE ÓRGANOS	ILIMITADO
OBTENCIÓN Y TRASLADO DEL ÓRGANO	ILIMITADO
TRATAMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA	ILIMITADO *
TRATAMIENTO HOSPITALARIO PARA CRISIS DE ANSIEDAD O CRISIS PSICÓTICA	ILIMITADO *
<b>HONORARIOS MÉDICOS HOSPITALARIOS</b>	
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 *
<b>GASTOS AMBULATORIOS</b>	
FRACTURAS ESGUINCES Y LUXACIONES	ILIMITADO *
EXÁMENES ESPECIALES DE DIAGNÓSTICO	ILIMITADO
DEDUCIBLE POR CADA EVENTO	\$ 36.000
EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO	ILIMITADO
DEDUCIBLE POR ORDEN MÉDICA	\$ 38.000
TRATAMIENTO MÉDICO AMBULATORIO	ILIMITADO *
TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN	ILIMITADO *
CONSULTA EXTERNA	ILIMITADO
DEDUCIBLE POR CONSULTA MÉDICA	\$ 26.000
DEDUCIBLE POR ORDEN DE SESIONES DE TERAPIA	20% MÍNIMO \$26,000
CONSULTA MÉDICO DOMICILIARIO	ILIMITADO
DEDUCIBLE POR CONSULTA MÉDICO DOMICILIARIO	\$ 12.000
<b>COBERTURA PARA RECIÉN NACIDO</b>	<b>ILIMITADO</b>
COBERTURA PARA BEBÉS CON ENFERMEDADES CONGÉNITAS	ILIMITADO
<b>ANEXO SU MÉDICO DE CONFIANZA</b>	
<b>VALOR ASEGURADO</b>	<b>ILIMITADO</b>
<b>MEDICAMENTOS AMBULATORIOS EVENTOS AGUDOS</b>	<b>\$ 348.000</b>

\*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	2.903.000	1.512.000	260.000
Entre 2 y 4 años	2.903.000	1.512.000	260.000
Entre 5 y 9 años	2.903.000	1.512.000	260.000
Entre 10 y 14 años	2.960.000	1.542.000	268.000
Entre 15 y 19 años	3.143.000	1.638.000	282.000
Entre 20 y 24 años	3.361.000	1.752.000	303.000
Entre 25 y 29 años	3.627.000	1.892.000	327.000
Entre 30 y 34 años	3.861.000	2.011.000	346.000
Entre 35 y 39 años	4.088.000	2.131.000	369.000
Entre 40 y 44 años	4.646.000	2.422.000	419.000
Entre 45 y 49 años	5.091.000	2.653.000	458.000
Entre 50 y 54 años	6.128.000	3.195.000	552.000
Entre 55 y 59 años	7.512.000	3.914.000	676.000
Entre 60 y 64 años	9.617.000	5.011.000	866.000
Entre 65 y 69 años	11.207.000	5.839.000	1.009.000
Entre 70 y 74 años	12.884.000	6.713.000	1.160.000
Entre 75 y 79 años	14.255.000	7.427.000	1.282.000
De 80 ó más años	15.617.000	8.135.000	1.404.000

ANEXO SU MÉDICO DE CONFIANZA (Bogotá-Cúcuta)			
	PRIMA ANUAL	PRIMA SEMESTRAL	PRIMA MENSUAL
PRIMA POR ASEGURADO	331.000	172.000	30.000

TARIFAS VIGENTES A PARTIR DEL 1° DE ABRIL DE 2022

NOTA:

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