
















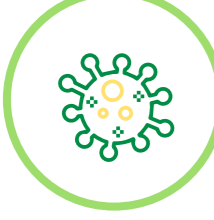

Salud a su medida

CONVENCIONES

- Incluido en el Plan
- Incluido en la opción PLUS







Nota: Para todos los planes aplica únicamente la Red Médica definida por Seguros Bolívar.

TABLA DE COBERTURAS

COBERTURAS	PLAN S	PLAN M	PLAN L
 <p>Consultas ambulatorias (Con especialistas y presenciales) Medicina General, Medicina Familiar, Pediatría, Ginecobstetricia, Medicina Interna, Otorrinolaringología, Urología, Dermatología, Neurología, Ortopedia y Traumatología, Oftalmología, Optometría, Medicina del Dolor, Medicina del Deporte, Nutrición y Dietética, Cardiología, Gastroenterología, Psicología</p>	Ilimitado Deducible \$20.000	Ilimitado Deducible \$20.000	Ilimitado Deducible \$30.000 <small>(Incluye las especialidades contempladas en el Directorio Médico de este producto)</small>
 <p>Consulta médica domiciliaria (Médico en casa)</p>	Ilimitado Deducible \$20.000	Ilimitado Deducible \$20.000	Ilimitado Deducible \$30.000
 <p>Telemedicina (Consulta Virtual o Teleorientación médica)</p>	Ilimitado Deducible \$20.000	Ilimitado Deducible \$20.000	Ilimitado Deducible \$30.000
 <p>Transporte en ambulancia (Traslados) <i>Según pertinencia médica</i></p>	Ilimitado Deducible \$20.000	Ilimitado Deducible \$20.000	Ilimitado Deducible \$30.000
 <p>Exámenes de laboratorio y diagnóstico (Apoyo Diagnóstico)</p>	Bolsa de \$200.000 (Por Asegurado / Por Vigencia) Deducible \$20.000 (Por orden médica)	Bolsa de \$400.000 (Por Asegurado / Por Vigencia) Deducible \$20.000 (Por orden médica)	Ilimitado Deducible \$30.000 (Por orden médica)
 <p>Consulta no programada (Consulta sin cita previa)</p>		Ilimitado Deducible \$20.000	Ilimitado Deducible \$30.000
 <p>Medicamentos (Suministros) <i>Listado de medicamentos definido por la Compañía</i></p>		Bolsa de \$200.000 (Por asegurado / Por Vigencia) Deducible \$20.000 (Por orden médica)	
 <p>Urgencias</p>		Ilimitado Deducible \$40.000 (Por evento)	Ilimitado Deducible \$60.000 (Por evento)
 <p>Asistencias Ambulatorias <i>Tratamiento médico ambulatorio (Alto Costo) Tratamientos de rehabilitación (Alto Costo)</i></p>			Ilimitado
 <p>Fracturas, Esguinces y Luxaciones</p>			Ilimitado Deducible \$30.000
 <p>Cobertura Hospitalaria (Hospitalización)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Habitación Hospitalaria (habitación individual) - Unidad de Cuidado Intensivo - Tratamientos quirúrgicos - Gastos Hospitalarios <ul style="list-style-type: none"> - Gastos dentro de la hospitalización - Medicamentos, laboratorios (antes, durante y después de la hospitalización) - Enfermera - Prótesis y aparatos ortopédicos - Reemplazo de Prótesis y aparatos ortopédicos - Trasplantes, retrasplantes - Terapias (durante y después de la hospitalización) - Tratamiento de hospitalización domiciliaria - Tratamientos hospitalarios para crisis de ansiedad o crisis psicótica - Cirugías robóticas, últimas tecnologías (en territorio nacional) - Honorarios médicos hospitalarios 			Ilimitado
 <p>Terapias (presenciales, domiciliarias)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapias domiciliarias (Físicas y/o respiratorias) - Terapias presenciales (Físicas, Respiratorias, Lenguaje, Ortóptica, Ocupacional) 			20 Sesiones de cada una <small>(Por asegurado / Por Vigencia)</small> Deducible \$30.000 (Por cada 5 terapias)
 <p>Cobertura para recién nacido <i>- Cobertura para bebés con enfermedades congénitas</i></p>			Ilimitado
 <p>Cobertura de Enfermedades congénitas</p>			Ilimitado
 <p>Odontología *</p>	Deducible \$20.000 (Por consulta)	Deducible \$20.000 (Por consulta)	Deducible \$30.000 (Por consulta)

Salud a su medida

*ODONTOLOGÍA (DETALLE DE COBERTURA)

COBERTURAS ODONTOLÓGICAS		FRECUENCIA Y CONDICIÓN DE USO - PERIODO DE CARENCIA	
 Consultas	<ul style="list-style-type: none"> Consulta por Odontólogo General 	Ilimitado desde el primer día	
	<ul style="list-style-type: none"> Odontólogo en Línea 24/7 		
	<ul style="list-style-type: none"> Consulta por Odontólogo Especialista (Odontopediatría - Endodoncia - Cirugía Oral - Periodoncia) 		
 Promoción y Prevención	<ul style="list-style-type: none"> Paquete preventivo 1 (Profilaxis, Detartraje, Educación en higiene, Control de Placa bacteriana) por Odontólogo General. 	1 por año calendario desde el primer día	
	<ul style="list-style-type: none"> Paquete preventivo 2 (Profilaxis, Detartraje, Educación en higiene, Control de placa bacteriana) por Higienista Oral. 	1 por año calendario desde el primer día	
	<ul style="list-style-type: none"> Radiografía periapical (Incluye 2 Rx Bitewing por año de cobertura más radiografías periapicales adicionales requeridas para esclarecer un diagnóstico). 	Ilimitado desde el primer día	
	<ul style="list-style-type: none"> Aplicación de barniz de flúor. 	1 por año calendario desde el primer día	
	<ul style="list-style-type: none"> Colocación de sellantes. 	4 por año calendario desde el primer día	
	<ul style="list-style-type: none"> Urgencias odontológicas (Atención domiciliaria en las zonas de cobertura y atención intramural en las zonas de no cobertura del servicio domiciliario). 	Ilimitado desde el primer día	
 Odontología General	<ul style="list-style-type: none"> Una Superficie de resina de fotocurado. 	Ilimitado exclusivamente por patología desde el primer día	
	<ul style="list-style-type: none"> Dos Superficies de resina de fotocurado. 		
	<ul style="list-style-type: none"> Tres o más superficies de resina de fotocurado. 		
	<ul style="list-style-type: none"> Ángulo de resina. 		
	<ul style="list-style-type: none"> Alisado radicular cerrado 		2 sextantes por año calendario desde el primer día
 Periodoncia	<ul style="list-style-type: none"> Gingivoplastia / Gingivectomia. 	2 por año calendario desde el primer día	
	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento endodóntico uniradicular. 	2 por año calendario exclusivamente por patología desde el primer día	
<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento endodóntico biradicular. 			
<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento endodóntico multiradicular. 			
 Endodoncia	<ul style="list-style-type: none"> Pulpotomía. 	Ilimitado desde el primer día	
	<ul style="list-style-type: none"> Pulpectomía. 		
	<ul style="list-style-type: none"> Extracción simple de diente permanente. 		Ilimitado exclusivamente por patología desde el primer día.
	<ul style="list-style-type: none"> Extracción de diente deciduo. 		Ilimitado exclusivamente por patología desde el primer día.
 Cirugía	<ul style="list-style-type: none"> Extracción quirúrgica. 	2 por año calendario exclusivamente por patología desde el primer día.	