

TABLA DE COBERTURA

	DENTRO DE LA RED PROPIA Valor Asegurado	DENTRO DE LA RED ALIADA/PREFERENTE Valor Asegurado	DENTRO DE LA RED GENERAL Valor Asegurado	DENTRO DE LA RED SUPERIOR Valor 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	Sin cobertura	Sin cobertura	\$85.000	\$120.000
Consulta prioritaria	ILIMITADO			
• Deducible Por Cada Evento	\$0	\$30.000	\$45.000	Sin cobertura
Medicamentos, Exámenes de Laboratorio Clínico	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	\$0	\$0	\$55.000	Sin Cobertura
Exámenes de laboratorio clínico	ILIMITADO			
• Deducible Por Orden Médica	\$0	\$0	\$57.000	Sin Cobertura
Tratamiento Médico Ambulatorio	ILIMITADO*			
Tratamiento De Rehabilitación	ILIMITADO*			
Consulta Externa	ILIMITADO (Se permite reembolso para consultas médicas hasta \$200.000 por consulta con deducible de \$40.000 y con un límite máximo de \$3.000.000 asegurado / vigencia)			
• Deducible Por Consulta Médica	\$0	\$25.000	\$40.000	\$40.000
• Deducible Por Orden De Sesiones De Terapia		20% mínimo \$70.000		Sin Cobertura
• Deducible Por 3 Sesiones de Escleroterapia (Por vigencia)	\$30.000	\$88.000	\$88.000	Sin Cobertura
Consulta Médico Domiciliario	ILIMITADO			
• Deducible Por Consulta Médico Domiciliario	Sin Cobertura	Sin Cobertura	\$35.000	Sin Cobertura
COBERTURA PARA RECIÉN NACIDO	ILIMITADO			
Cobertura Para Bebés Con Enfermedades Congénitas	ILIMITADO			
ATENCIÓN DE URGENCIA DURANTE VIAJE AL EXTERIOR				
Valor Asegurado	No Aplica	US\$20,000	No Aplica	No Aplica
• Para Países de la Comunidad Europea	No Aplica	25.000 €	No Aplica	No Aplica
• Duración Urgencia en el Exterior	No Aplica	30 días	No Aplica	No Aplica
• Deducible Por Evento	No Aplica	US\$0	No Aplica	No Aplica

*Ilimitado: Se refiere al valor asegurado dentro de la Red de Proveedores. Para algunos conceptos de cobertura aplica límite en cuanto a tiempo (Ver Condiciones generales)

**Para conocer nuestra red de proveedores médicos visita: <https://www.segurosbolivar.com/directorios-medicos>

Si desea actualizar información de este documento, tiene a su disposición los siguientes canales:

- Por correo electrónico: contacto@segurosbolivar.com.
- Por contacto telefónico: Desde celular marcando #322, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Por correo físico: Avenida El Dorado No. 68 B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá.