

SEGURO DE SALUD EXCELENCIA

INICIACION  
Referencia de pago

INFORMACION GENERAL								
RAMO/PROD 962/96201	NUMERO DE POLIZA	CERTIFICADO	OPERACIÓN	FACTURA	ANUALIDAD	OFICINA MAPFRE	DIRECCION OFICINA/MAPFRE	CIUDAD
TOMADOR							C.C. / N.I.T.	9004249087
DIRECCION					CIUDAD	XXXXXXXXXX	TELEFONO	XXXXXXXXXX
MODALIDAD				SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL EXCELENCIA		TIPO DE NEGOCIO	1 - SALUD INDIVIDUAL	
							HOJA	XXXXXX

INFORMACION DE LA PÓLIZA												
FECHA DE EXPEDICION			VIGENCIA DE LA PÓLIZA					VIGENCIA DEL CERTIFICADO				
DIA	MES	AÑO	HORA	DIA	MES	AÑO	Nº DE DIA	HORA	DIA	MES	AÑO	Nº DIAS
xx	xx	2017	24:00	1	01	2017	365	24:00	1	01	2017	365
DEDUCIBLE			TERMINACION					TERMINACION				
			24:00	1	01	2018		24:00	1	01	2018	

DETALLE DE COBERTURAS BASICAS							
COBERTURA		EN RED	FUERA DE RED	COBERTURA		EN RED	FUERA DE RED
<b>GASTOS HOSPITALARIOS</b>				<b>MEDICAMENTOS</b>			
Gastos Hospitalarios		100%	80%	Medicamentos Post Urgencia		N/A	15MMLV Evento
Habitacion		100%	80%	Medicamentos Colaterales al cancer		N/A	\$18.000.000 persona año
Unidad de Cuidados Intensivos		100%	80%	Medicamentos Post Hospitalarios		N/A	15MMLV Evento
Cama de Acompañante		100%	80%	<b>ORTESIS</b>			
Enfermera especial		100%	4SMDLV	Ortesis		6SMMLV	6SMMLV
Protesis		100%	80%	<b>MATERNIDAD</b>			
Tratamiento Psiquiatrico		60 dias persona año	N/A	Maternidad		100%	de acuerdo a la cobertura afectada
<b>HONORARIOS MEDICOS</b>				Curso Psicoprofilactico		100%	N/A
Honorarios medicos		100%	Tarifas de convenio+25%	Transporte Urbano		4 traslados	N/A
Honorarios Quirurgicos		100%	Tarifas de convenio+25%	Enfermera en Casa Post Parto		5 dias/turno de 12 horas de acuerdo a la cobertura afectada /30 dias	N/A
Honorarios de anestesiólogo		100%	Tarifas de convenio+25%	Recien Nacido			de acuerdo a la cobertura afectada /30 dias
Honorarios de ayudantía		100%	Tarifas de convenio+25%	<b>TRASPLANTES</b>			
Honorarios por tratamiento medico		100%	1SMMLV DIARIO	trasplantes		100%	80%
Honorarios por Visitas Médicas Intrahospitalarias		100%	1SMMLV DIARIO	Gastos del donante efectivo		100%	80%
Honorarios por Visitas Médicas Tratamiento simultáneo		100%	1SMMLV DIARIO	<b>OTRAS COBERTURAS INCLUIDAS</b>			
Honorarios Médico Intensivista		100%	1SMMLV DIARIO	Enfermedades Congenitas y geneticas		\$70.000.000 vitalicios	\$70.000.000 vitalicios
<b>GASTOS PRE Y POST HOSPITALARIOS</b>				Cirugia Bariatrica		100%	N/A
Gastos Pre y Post Hospitalarios		De acuerdo a la cobertura afectada	De acuerdo a la cobertura afectada	Asistencia medica En casa		100%	N/A
<b>URGENCIAS</b>				Asistencia Odontológica		100%	100%
urgencias		100%	80%	Urgencia Odontologica		100%	100%
<b>COBERTURAS AMBULATORIAS</b>				Ambulancia		100%	N/A
<b>CONSULTAS</b>				Gastos Funerarios		15SMMLV	15SMMLV
Consulta Prioritaria		100%	\$130.000 por consulta	Asistencia en viaje		USD 50.000	N/A
Consulta Medica		100%	\$130.000 por consulta	Exoneracion de pago de prima		Hasta la siguiente Vigencia	
Consulta Psiquiatrica		100%	\$130.000 por consulta	Segunda Opinion medica		100%	N/A
Consulta Domiciliaria		100%	N/A				
<b>EXAMENES</b>							
Exámenes de Laboratorio y RX- Simples y especializados		100%	80%				
Exámenes de diagnostico especializado		100%	80%				
<b>TERAPIAS</b>							
Terapias Ambulatorias		100%	80%				
Terapias Psicoterapias		\$600.000 persona año	N/A				

FORMA DE PAGO			
Total Prima Neta	Gastos Expedición	Total	Valor IVA
XXXXXXXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX

PARTICIPACION DE INTERMEDIARIOS				DESCRIPCION
ASESOR	TIPO	CLAVE	TELEFONO	
	AGENTE INDEPENDIENTE	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	

**OTRAS CONDICIONES APLICABLES**

Estimado cliente, para conocer los condicionados del producto contratado y una amplia informacion sobre nuestros productos y servicios puede consultar la pagina web [www.mapfre.com.co](http://www.mapfre.com.co)

\* El medio de pago que Usted eligió para el recaudo de esta póliza fue pago en caja y/o Bancos. Puede consultar el estado de su cuenta en nuestro Centro de Conservacion de Cartera Tel: 3077024 en Bogotá o línea gratuita nacional 018000519991(opción 4) o ([www.mapfre.com.co/cartera](http://www.mapfre.com.co/cartera)) o envienos su inquietud o sugerencia al Email: [ccc@mapfre.com.co](mailto:ccc@mapfre.com.co)