

Póliza Gold Colectivos 1 - FEBAY

Tomador: Fondo Empleados Bayer - Febay
Vigencia: 1 de Junio 2024 - 1 de Junio 2025
Asegurados: Empleados y Familias asociados a Febay
Forma de Pago: Mensual Anticipado

2024 - 2025

GARANTIA SUBGARANTIA	LIMITE ASEGURADO	COBERTURA DENTRO DE LA RED ALLIANZ MEDICALL 2024 - 2025			
		Sublímite en Red	Tipo de Sublímite en red	Deducible en red	Tipo de Deducible en red
Hospitalización	ILIMITADO	ILIMITADO	Vigencia	\$ 0	NA
Habitación hospitalaria	ILIMITADO	ILIMITADO	Vigencia	\$ 0	NA
Cama de Acompañante	ILIMITADO	ILIMITADO	Vigencia	\$ 0	NA
Enfermera Especial	ILIMITADO	ILIMITADO	Vigencia	\$ 0	NA
Unidad de Cuidados intensivos	ILIMITADO	ILIMITADO	Vigencia	\$ 0	NA
Servicios Hospitalarios	ILIMITADO	\$29.216.250	Vigencia	\$0	NA
Honorarios médicos	ILIMITADO	ILIMITADO	Vigencia	\$0	NA
Honorarios médicos por tratamiento intra-hospitalario	ILIMITADO	ILIMITADO	Vigencia	\$0	NA
Urgencias	ILIMITADO	ILIMITADO	Vigencia	\$76.400	Acto
Prótesis	\$11.686.500	\$11.686.500	Vigencia	\$0	NA
Órtesis	\$584.378	\$584.378	Vigencia	\$0	NA
Emergencia Odontológica	ILIMITADO	ILIMITADO	Vigencia	\$ 0	NA
Exámenes	ILIMITADO	ILIMITADO	Vigencia	\$ 0	NA
Exámenes especiales de diagnóstico	\$ 2.337.300	\$ 2.337.300	Vigencia	\$ 41.900	Examen
Exámenes de laboratorio y Rx - Rutina y especializados	ILIMITADO	ILIMITADO	Vigencia	\$ 9.600	Examen
Consultas	CONTRATADA		Vigencia	\$ 0	NA
Consulta prioritaria	ILIMITADO	ILIMITADO	Vigencia	\$ 26.000	Visita
Consultas médicas	ILIMITADO	ILIMITADO	Vigencia	\$ 43.100	Visita
Consultas domiciliaria	ILIMITADO	ILIMITADO	Vigencia	\$ 42.000	Visita
Terapias	ILIMITADO	ILIMITADO	Vigencia	\$ 0	NA
Terapias	ILIMITADO	ILIMITADO	Vigencia	\$ 0	NA
Terapia domiciliaria	ILIMITADO	ILIMITADO	Vigencia	\$ 43.100	Visita
Medicamentos ambulatorios					
Medicamentos para Cáncer y SIDA	\$ 9.349.200	\$9.349.200	Vigencia	\$ 0	NA
Asistencia en viaje	USD30,000 o 30,000 Euros	USD30,000 o 30,000 Euros	Acto		
Tratamiento ambulatorio para el cáncer	ILIMITADO	ILIMITADO	Vigencia	\$ 0	NA

Tarifas Mensuales MedicAll Gold Colectivos 1

Rangos de Edad/ Grupo afiliados	TARIFA PÓLIZA 2024 - 2025	TARIFA PÓLIZA
	TARIFA MENSUAL	MES CON IVA
0-14 años	\$ 259.800	\$ 272.790
15-29 años	\$ 339.600	\$ 356.580
30-44 años	\$ 465.200	\$ 488.460
45-59 años	\$ 601.900	\$ 631.995
60-65 años	\$ 1.138.200	\$ 1.195.110
66-69 años	\$ 1.341.800	\$ 1.408.890
70 años +	\$ 1.570.600	\$ 1.649.130

DIRECTORIO MÉDICO

Los usuarios de la póliza no tendrán acceso a las siguientes IPS ni por autorización ni por reembolso

CLÍNICAS RESTRINGIDAS	CIUDAD
Fundación Santafé	Bogotá
Fundación Valle del Lili	Cali
Centro Médico Imbanaco	Cali
Hospital Pablo Tobón Uribe	Medellín
Clínica Porto Azul	Puerto Colombia
Clínica Asunción	Barranquilla