

SEGURO Salud Para Todos Plan Preferencial

CAMPO	DESCRIPCIÓN DEL FORMATO	CLAUSULADO	NOTA TÉCNICA
1	Fecha a partir de la cual se utiliza	01/01/2024	01/01/2024
2	Tipo y número de la entidad	1411	1411
3	Tipo de documento	P	NT-P
4	Ramo al cual pertenece	35	35
5	Identificación interna proforma	F-14-11-0090-232	N-14-11-0090-051
6	Canal de comercialización	D001	

En este documento encontrarás todas las coberturas, derechos y obligaciones que tienes como tomador y asegurado.

Además, los compromisos que SURA adquirió contigo, por haber contratado el seguro de **Salud para todos – Plan Preferencial**.

Este producto es un complemento al PBS SURA; en caso de que por un hecho sobreviniente se presenten cambios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud u otros cambios estructurales que afecten las coberturas de este producto, SURA procurará continuar prestando los servicios aquí señalados., en caso de no ser posible nos comunicaremos contigo para ofrecerte alternativas.

SECCIÓN I - COBERTURAS PRINCIPALES

LAS COBERTURAS INCLUIDAS DENTRO DEL PRESENTE CONTRATO SON COMPLEMENTARIAS A LAS COBERTURAS OFRECIDAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD (PBS) DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y OPERAN EN EXCESO

O EN COMPLEMENTO DE ESTE, POR LO TANTO, PARA TENER DERECHO A LAS PRESTACIONES DEBERÁS ESTAR AFILADO Y ACTIVO BAJO COBERTURA INTEGRAL EN LA EPS SURA DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DE SALUD PARA LOS RESIDENTES EN COLOMBIA. EL EVENTO DEBE SER CONSECUENCIA DIRECTA Y EXCLUSIVA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO Y LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SE BRINDE ESTANDO VIGENTE EN ESTE.

LAS AUTORIZACIONES QUE SEAN EMITIDAS Y NO EJECUTADAS DENTRO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, PERDERÁ SU VALIDEZ AL NO ENCONTRARSE VIGENTE EN SALUD PARA TODOS – PLAN PREFERENCIAL

LOS SERVICIOS OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO SERÁN PRESTADOS ÚNICAMENTE EN LAS CIUDADES DONDE ESTE SEGURO SALUD PARA TODOS – PLAN PREFERENCIAL TENGA PROFESIONALES E INSTITUCIONES ADSCRITAS O EN CONVENIO PARA ESTE CONTRATO, LAS CUALES SERÁN INDICADAS EN EL DIRECTORIO MÉDICO.

1. ATENCIÓN HOSPITALARIA Y AMBULATORIA EN COLOMBIA

1.1 ATENCIÓN HOSPITALARIA

1.1.1. HABITACIÓN INDIVIDUAL:

EN CASO DE QUE REQUIERAS HOSPITALIZACIÓN POR TU ESTADO DE SALUD, PODRÁS DISFRUTAR LA COMODIDAD DE UNA HABITACIÓN INDIVIDUAL.

NO INCLUYE CAMA PARA ACOMPAÑANTE.

SI DESEAS UNA HABITACIÓN DIFERENTE A LA PACTADA ENTRE SURA Y EL PROVEEDOR DEBERÁS ASUMIR EL EXCEDENTE.

1.1.2 CONTINUIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PARTO:

SE GOZARÁ DE COBERTURA DE MATERNIDAD CUANDO LA FECHA PROBABLE DE PARTO SEA POSTERIOR A 300 DÍAS DE LA FECHA DE INGRESO.

SI LA MADRE GESTANTE CUMPLE CON EL TIEMPO DE AFILIACIÓN REQUERIDO PARA LA COBERTURA DEL PARTO ESTABLECIDAS ANTERIORMENTE, SERÁ EL GINECOBSTETRA QUE ATENDIÓ LOS CONTROLES, QUIEN ATIENDA TAMBIÉN EL PARTO.

CUANDO LA ASEGURADA NO CUMPLA CON LAS CONDICIONES ENUNCIADAS ANTERIORMENTE, INDEPENDIENTE DE LA AUTORIZACIÓN DE LAS CONSULTAS, Y LABORATORIOS, SURA NO CUBRIRÁ LA ATENCIÓN POR PARTO PREMATURO, PARTO NORMAL O CESÁREA, ABORTO, CURETAJE, COMPLICACIONES Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON ESTOS.

1.1.3 COBERTURAS CONGÉNITAS DEL RECIÉN NACIDO:

EL RECIÉN NACIDO TENDRÁ DERECHO A SER INCLUIDO DE FORMA AUTOMÁTICA A PARTIR DE LA FECHA DE SU NACIMIENTO, SIN NECESIDAD DE QUE SE REALICE EVALUACIÓN DE INGRESO, SIEMPRE Y CUANDO A LA MADRE BIOLÓGICA SE LE HAYA DADO COBERTURA AL PARTO. DEBES ENTREGAR A SURA, A TRAVÉS DE TU ASESOR DE SEGUROS TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE, LA COPIA DEL REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO Y CERTIFICADO DE AFILIACIÓN DEL RECIÉN NACIDO A LA EPS. DEBERÁS CANCELAR LA PRIMA CORRESPONDIENTE DE TU HIJO DESDE EL MOMENTO DEL NACIMIENTO.

A PARTIR DEL NACIMIENTO DEL BEBÉ, TIENES 1 MES (30 DÍAS CALENDARIO) MÁXIMO PARA HACER SU AFILIACIÓN A TU SEGURO SALUD PARA TODOS – PLAN PREFERENCIAL. EN CASO DE NO REALIZARLO CARECERA DE COBERTURA DE ENFERMEDADES CONGÉNITAS SI LA AFILIACION ES POSTERIOR A ESTE PERIODO.

TENDRÁS DERECHO A MÁXIMO A 12 CONSULTAS DE LA SIGUIENTE ESPECIALIDADES POR ASEGURADO Y POR VIGENCIA ANUAL CON PAGO DE COPAGO.

- BIOENERGÉTICO

ESTA COBERTURA SE PRESTARÁ ÚNICAMENTE A TRAVÉS DE LOS PROFESIONALES O INSTITUCIONES EN CONVENIO CON SURA, LOS CUALES PODRÁS CONSULTAR EN LA PÁGINA DE SEGUROS SURA WWW.SEGUROSSURA.COM.CO, EN EL DIRECTORIO MÉDICO.

1.2 ATENCION AMBULATORIA EN COLOMBIA

1.2.1 CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA ILIMITADA CON COPAGO:

DEBERÁS ACCEDER A TRAVES DE LA RED DE MÉDICOS E INSTITUCIONES EN CONVENIO OFRECIDA POR SURA PARA QUE TE SEA OTORGADA LA COBERTURA CONTRATADA.

PODRÁS ACCEDER DE MANERA ILIMITADA Y DIRECTA A LOS SERVICIOS DE MÉDICO ESPECIALISTA QUE SE MENCIONAN A CONTINUACIÓN:

- MÉDICO INTERNISTA
- MÉDICO PEDIATRA
- MÉDICO GINECÓLOGO
- MÉDICO GINECOBISTETA
- MÉDICO OFTALMÓLOGO
- MÉDICO URÓLOGO
- MÉDICO DERMATÓLOGO
- MÉDICO OTORRINOLARINGÓLOGO
- MÉDICO ORTOPEDISTA
- NUTRICIONISTA

RECUERDA QUE PODRÁS ACCEDER DE MANERA DIRECTA A LOS SERVICIOS DE MÉDICO ESPECIALISTA SIN SER REMITIDO POR UN MÉDICO GENERAL.

1.2.2 ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA CON COPAGO:

SI TE ENCUENTRAS EN ALGUNA DE LAS CIUDADES DONDE TENEMOS CONVENIOS PARA ESTE SERVICIO, SURA TE PRESTARÁ ATENCIÓN DE EMERGENCIAS, URGENCIAS O CONSULTAS MÉDICAS DOMICILIARIAS LAS 24 HORAS DEL DÍA A TRAVÉS DE ENTIDADES LOCALES ESPECIALIZADAS, DE ACUERDO CON SUS TÉRMINOS Y CONDICIONES, CANCELANDO EL VALOR DEL COPAGO INDICADO EN LA CARÁTULA.

SI REQUIERES LA APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS DURANTE TU ATENCIÓN, ESTOS ESTARÁN INCLUIDOS.

SI EL PERSONAL DE ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA DETERMINA QUE REQUIERES TRASLADO EN AMBULANCIA, ESTE SE REALIZARÁ SIN COSTO ADICIONAL A LAS INSTITUCIONES DEFINIDAS POR SURA.

EL SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA SE PRESTARÁ ÚNICAMENTE DENTRO DEL ÁREA DE COBERTURA DEFINIDA POR EL PROVEEDOR DE ESTE SERVICIO. ESTAS DEFINICIONES PUEDEN SER CAMBIANTES Y NO DEPENDEN DE SURA.

1.2.3 ATENCIÓN DOMICILIARIA POR URGENCIAS ODONTOLÓGICAS CON COPAGO:

SI TE ENCUENTRAS EN ALGUNA DE LAS CIUDADES DONDE TENEMOS CONVENIOS PARA ESTE SERVICIO, SURA TE PRESTARÁ ATENCIÓN DE URGENCIAS ODONTOLÓGICAS DOMICILIARIAS LAS 24 HORAS DEL DÍA CON COBRO DE COPAGO, A TRAVÉS DE ENTIDADES LOCALES ESPECIALIZADAS DE ACUERDO CON SUS TÉRMINOS Y CONDICIONES.

LOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS DURANTE LA ATENCIÓN ESTÁN INCLUIDOS.

EL SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA POR URGENCIAS ODONTOLÓGICAS SE PRESTARÁ ÚNICAMENTE DENTRO DEL ÁREA DE COBERTURA DEFINIDA POR EL PROVEEDOR DE ESTE SERVICIO. ESTAS DEFINICIONES PUEDEN SER CAMBIANTES Y NO DEPENDEN DE SURA.



1.2.4 AYUDAS DIAGNÓSTICAS DE IMAGENOLOGÍA NO CUBIERTAS POR EL PBS -PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD:

SI REQUIERES UNA AYUDA DIAGNÓSTICA DERIVADA DE UNA ATENCIÓN AMBULATORIA, TENDRÁS DERECHO A TRAVÉS DE NUESTRA RED EN CONVENIO A LAS AYUDAS DIAGNÓSTICAS DE IMAGENOLOGÍA QUE NO SON CUBIERTAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD (PBS), PRESENTANDO LA RESPECTIVA ORDEN DEL MÉDICO Y DEBERÁS CANCELAR EL VALOR DEL COPAGO.

LAS AYUDAS DIAGNÓSTICAS DE IMAGENOLOGÍA REQUERIDAS DENTRO DE UNA HOSPITALIZACIÓN TAMBIÉN TENDRÁN COBERTURA SIN COBRO DE COPAGO.

1.3 COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS

1.3.1 COPAGOS

CUBRIREMOS LOS COPAGOS DEL PBS.

LOS SERVICIOS QUE TENDRÁN COBRO DE COPAGO SON:

- CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA ILIMITADA DE LAS ESPECIALIDADES DEFINIDAS EN EL NUMERAL 1.2.1.
- ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO.
- ATENCIÓN DOMICILIARIA POR URGENCIAS ODONTOLÓGICA.
- AYUDAS DIAGNÓSTICAS DE IMAGENOLOGÍA NO CUBIERTAS POR EL PBS.

LOS COPAGOS SE MODIFICARÁN ANUALMENTE A PARTIR DEL PRIMERO (1RO) DE ENERO DE CADA AÑO INDEPENDIENTE DE LA FECHA DE RENOVACIÓN DE TU SEGURO.

1.3.2 CUOTAS MODERADORAS

CUBRIREMOS LA CUOTAS MODERADORAS DE LOS SIGUIENTES SERVICIOS:

- CONSULTAS INCLUIDAS EN EL PBS.
- AYUDAS DIAGNÓSTICAS INCLUIDAS EN EL PBS.
- LABORATORIO CLÍNICO INCLUIDAS EN EL PBS.

LA COBERTURA DE COBRO DE CUOTA MODERADORA NO INCLUYE LAS CONSULTAS DE ACCESO DIRECTO CON LAS ESPECIALIDADES MENCIONADAS EN EL NUMERAL 1.2.1 CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA ILIMITADA CON COPAGO.

LA COBERTURA DE COBRO DE COPAGO Y/O CUOTA MODERADORA NO APLICA EN MEDICAMENTOS E INSUMOS

SECCIÓN 2 – EXCLUSIONES

EN LOS SIGUIENTES CASOS O POR LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES, NO HABRÁ LUGAR A QUE SURA TE CUBRA LOS SERVICIOS, CONSULTAS, TRATAMIENTOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS, MEDICAMENTOS, INSUMOS, EXÁMENES DE LABORATORIO Y EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO, IMAGENOLOGÍA O RADIOLÓGICOS, O CUALQUIER OTRO

COSTO SOBRE LAS COBERTURAS DESCRITAS EN EL PLAN:

1. ENFERMEDADES Y/O PADECIMIENTOS CONGÉNITOS O PREEXISTENTES AL INGRESO DEL BENEFICIARIO A SALUD PARA TODOS – PLAN PREFERENCIAL CON O SIN CONOCIMIENTO.

2. MAMOPLASTIA DE CUALQUIER TIPO, EXCEPTO LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA COMO CONSECUENCIA DE CÁNCER.

3. CIRUGÍA PLÁSTICA Y CIRUGÍA ESTÉTICA.

4. TRATAMIENTOS PARA LA INFERTILIDAD E INFECUNDIDAD. LIGADURA DE TROMPAS. VASECTOMÍA. INSERCIÓN O RETIRO DE DISPOSITIVOS. FECUNDACIÓN IN VITRO. INSEMINACIÓN ARTIFICIAL.

5. PATOLOGÍAS DEL FETO. ABORTO PROVOCADO, SUS SECUELAS Y COMPLICACIONES. PRUEBAS GENÉTICAS.

6. TRATAMIENTOS PARA LA DESINTOXICACIÓN Y/O REHABILITACIÓN DEL ALCOHOLISMO O DROGADICCIÓN.

7. TRATAMIENTOS MÉDICOS Y/O QUIRÚRGICOS PARA LA OBESIDAD DE CUALQUIER TIPO, INCLUYENDO LA OBESIDAD MÓRBIDA. BYPASS GÁSTRICO.

8. ÓRTESIS, APARATOS ORTOPÉDICOS, MEDIAS ELÁSTICAS, CORSÉS, FAJAS, PLANTILLAS, ZAPATOS ORTOPÉDICOS, SILLAS DE RUEDAS.

9. LENTES DE CONTACTO, LENTES MULTIFOCAL, AUDÍFONOS, CARDIODESFIBRILADOR, RESINCRONIZADOR CARDIACO, ESTIMULADOR DE MÉDULA ESPINAL, PRÓTESIS.

10. TRASPLANTE DE ÓRGANOS, EXCEPTO EL RENAL, DE MÉDULA ESPINAL, CÓRNEA Y CORAZÓN.

11. TRATAMIENTO HOSPITALARIO Y AYUDAS DIAGNÓSTICAS PARA ENFERMEDADES PSICOLÓGICAS O PSIQUIÁTRICAS, ENFERMEDADES MENTALES, ESTADOS DE DEMENCIA, ESTADOS DEPRESIVOS, TRASTORNOS DEL SUEÑO, REPOSO O DESCANSO. EXCEPTO LOS TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS HOSPITALARIOS PARA EL MANEJO DE LAS CRISIS AGUDAS, LIMITADO A UN MÁXIMO DE TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO POR VIGENCIA ANUAL.

12. ATENCIÓN ODONTOLÓGICA, INCLUYENDO LAS PRÓTESIS DENTALES.

13. TRATAMIENTOS DE REFRACCIÓN VISUAL. QUERATOCONO.

14. TRATAMIENTOS PARA PATOLOGÍAS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR. TRASTORNOS DE LA MORDIDA O TRASTORNOS DEL DESARROLLO MANDIBULAR O MAXILAR.

15. TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS, CUANDO EL BENEFICIARIO SE ENCUENTRE EN ESTADO DE COMA IRREVERSIBLE.

16. TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O AMBULATORIOS COMO CONSECUENCIA DE DEPORTES O ACTIVIDADES RECREATIVAS DENOMINADAS DE ALTO RIESGO Y/O EXTREMAS.

17. TRATAMIENTOS MÉDICOS HOSPITALARIOS O AMBULATORIOS COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO, ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL.



18. TRATAMIENTOS MÉDICOS HOSPITALARIOS O AMBULATORIOS REALIZADOS FUERA DE COLOMBIA.

19. MEDICAMENTOS PRESCRITOS PARA UN TRATAMIENTO HOSPITALARIO O AMBULATORIO.

20. HONORARIOS QUIRÚRGICOS, EXCEPTO LOS CORRESPONDIENTES A LA ATENCIÓN DEL PARTO.

21. LOS TRATAMIENTOS Y COBERTURAS MÉDICO-ASISTENCIALES NO CUBIERTAS POR EL PBS, RÉGIMEN CONTRIBUTIVO.

22. LAS COBERTURAS MÉDICO-ASISTENCIALES NO PBS, QUE NO ESTÉN DESCRITAS O PREVISTAS EXPRESAMENTE DENTRO DE LAS COBERTURAS DE ESTE PLAN.

23. REEMBOLSOS POR CUALQUIER SERVICIO.

24. SURA NO ASUME OBLIGACIÓN ALGUNA POR SERVICIOS NO PREVISTOS

EXPRESAMENTE EN EL TEXTO DEL PRESENTE CONTRATO O QUE NO HAYAN SIDO CONTRATADOS POR EL CONTRATANTE Y/O AFILIADO. TAMPOCO SE ASUME OBLIGACIÓN POR SERVICIOS PRESTADOS POR PROFESIONALES O INSTITUCIONES DE LA SALUD NO INCLUIDAS EN LA RED DE ATENCIÓN DEFINIDA EN EL DIRECTORIO MÉDICO Y DE INSTITUCIONES. ADICIONALMENTE SE DEJA CONSTANCIA DE QUE DE LAS COBERTURAS AQUÍ ESTIPULADAS NO SE DERIVAN BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS O AUXILIARES.

25. NO TENDRÁN COBERTURA LOS GASTOS HOSPITALARIOS Y QUIRÚRGICOS QUE NECESITES PARA TU TRATAMIENTO COMO POR EJEMPLO DERECHOS DE SALA DE CIRUGÍA, HONORARIOS MÉDICOS, INSUMOS, PRÓTESIS, SANGRE, PLASMA, MATERIAL DE ANESTESIA, MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS ENTRE OTROS.

26. NO SE ATENDERÁ EL PARTO SIN CUMPLIR CON EL PERIODO DE CARENCIA.

SECCIÓN 3 - PERIODOS DE CARENCIA

Los beneficiarios tendrán derecho a acceder a las coberturas ofrecidas en este plan, una vez transcurrido el período de carencia aquí descrito.

- Ayudas diagnósticas de imagenología no cubiertas por el PBS: sesenta (60) días contados a partir de la fecha de ingreso del asegurado al presente contrato, tanto ambulatorias como hospitalaria.
- Habitación individual para tratamientos hospitalarios médicos o quirúrgicos, incluye partos y sus complicaciones: Ciento cincuenta (150) días contados a partir de la fecha de ingreso del asegurado al presente contrato.

Para tratamientos hospitalarios médicos o quirúrgicos derivados de una urgencia no aplica periodo de carencia.

- Continuidad en la atención del parto: trescientos (300) días antes de la fecha probable del parto, contados a partir de la fecha de ingreso del asegurado al presente contrato.

El resto de las coberturas ofrecidas por el presente seguro no están sujetas a período de carencia.

SECCIÓN 4 - CONDICIONES GENERALES

1. Obligaciones del tomador y el asegurado:

- 1.1** Debes diligenciar completamente la solicitud del seguro, declarando de forma sincera y veraz tu estado de salud y el de tu grupo familiar y las demás preguntas realizadas.

1.2 Estar afiliado y activo en la EPS SURA del Régimen contributivo de salud, y permanecer en esta condición el tiempo que te encuentres activo en Salud para Todos – Plan Preferencial .

Nota: en cualquier momento, SURA podrá solicitarte la evidencia de tu afiliación para dar cumplimiento a la ley ya que, en caso de no estar afiliado, se termina automáticamente el seguro.

1.3 Cancelar a los médicos e instituciones en convenio, el valor del copago que se indica en la carátula, para las coberturas que así lo estipulan.

1.4 Tratar con respeto al personal médico, hospitalario y a los funcionarios de la compañía.

1.5 No realizar actividades ilícitas o al margen de la ley.

1.6 No suplantar la identidad del tomador o del asegurado.

1.7 Leer y comprender las condiciones generales y caratula del plan de salud contratado.

1.8 En el caso de los seguros colectivos deberá cumplir con el mínimo número de asegurados definido por SURA así: Mínimo 10 afiliados asegurados (Empleados).

Ten en cuenta que de acuerdo con lo establecido en la Ley 1438 de 2011, artículo 37 y 41, SURA te podrá revocar el contrato si incumples cualquiera de estas obligaciones.

2. Condiciones de ingreso y permanencia:

2.1 Los interesados en contratar el seguro de Salud para todos – Plan Preferencial deberán estar afiliados al Plan de beneficios en Salud PBS a través del Régimen Contributivo de EPS SURA y permanecer afiliado durante toda la vigencia del contrato.

2.2 Los interesados en contratar el seguro de Salud para todos – Plan Preferencial deberán cumplir con el requisito de edad entre 3 meses y 59 años.

2.3 Los interesados en contratar el seguro de Salud para todos – Plan Preferencial deberán aprobar el estudio de afiliación y evaluación médica de acuerdo con los documentos y requisitos establecidos por SURA

3. Valores a pagar y ajuste de tarifas:

Es lo que debes pagar por el seguro y se calcula para períodos de un año. Debes cancelar la totalidad del recibo de acuerdo con la forma de pago a más tardar dentro del mes siguiente a la fecha de inicio de vigencia del mismo.

3.1 Periodicidad de pago

El contratante podrá optar libremente por alguna de las siguientes opciones para el pago de su contrato: anual, semestral, trimestral o mensual.

De acuerdo al artículo 1068 del Código de Comercio, la mora en el pago de la prima producirá la terminación automática del contrato de seguros y dará derecho a SURA para exigir el pago de la prima devengada y los gastos causados con ocasión de su expedición.

3.2 Rangos de edad en los cuales se da el ajuste adicional de los valores a pagar:

La tarifa se calcula según los rangos de edad establecidos por SURA y se actualiza anualmente, con base en los estudios actuariales que analizan y valoran la variación en las utilidades y los costos de los servicios.

Cuando cualquiera de los asegurados cumpla la edad correspondiente a un nuevo rango, se le hará un ajuste adicional al precio del seguro, de acuerdo con las tarifas vigentes para tal rango de edad. El reajuste se hará efectivo en la fecha de la siguiente renovación.

La tarifa a cobrar por cada beneficiario al inicio de una nueva vigencia anual será el establecida y previamente publicado por SURA, con base en los rangos de edad bajo los cuales ha sido calculada la tarifa.

Contratos Familiares	
Rangos de edad	
0 – 40 años	
41 – 50 años	
51 – 59 años	
60 – 70 años	
71 o más años	
Contratos Colectivos	
Rangos de edad	
0 – 59 años	
60 o más años	

4. Compensación:

Si debes dinero a SURA y a su vez, SURA tiene saldos a tu favor pendientes de pago, la Compañía compensará dichos valores, de acuerdo con las reglas del Código Civil.



5. Terminación del seguro

Este seguro termina por las siguientes causas:

- Por el no pago oportuno del valor correspondiente al seguro.
- Por el incumplimiento de tus obligaciones.
- Cuando lo decidas e informes mediante una comunicación escrita, debidamente firmada. Tu cancelación se hará efectiva a partir de la fecha en que SURA reciba dicha comunicación, ya que no se realizará de manera retroactiva.
- Sin antelación en tiempo alguno cuando se compruebe falsedad, reticencia inexactitud u omisión en las declaraciones dadas por el contratante o cualquiera de los beneficiarios en la solicitud de afiliación o a los profesionales adscritos.
- Cuando cualquiera de los beneficiarios deje de cotizar al PBS SURA en el régimen contributivo.
- En caso de que el tomador o los beneficiarios llegaren a: (i) Ser condenados por parte de las autoridades competentes por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos, financiación del terrorismo, administración de recursos relacionados con dichas actividades o cualquier tipo de delito que pudiese dar lugar a un lucro ilícito; (ii) Ser incluidos en listas para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera; (iii) Ser sancionados por las autoridades competentes por no cumplir las normas relacionadas con la Gestión del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo o por tener mecanismos, medidas y controles deficientes para dicha gestión.

Ten en cuenta que de acuerdo con lo establecido en la Ley 1438 de 2011, artículo 37 y 41, SURA te podrá revocar el contrato si incumples cualquiera de estas obligaciones.

6. Revocación:

En los casos en que el contrato sea revocado por ti o por SURA, se te devolverá proporcionalmente el valor de la prima no devengada desde la fecha de revocación.

7. Rehabilitación del seguro

Si tu seguro se termina, pero deseas volver a activarlo, deberás solicitar a SURA el estudio para la rehabilitación dentro de los 120 días siguientes a la fecha de cancelación con relación al último pago realizado. Recuerda que esta es una nueva solicitud, por lo que SURA no estará obligado a rehabilitar tu seguro.

Los eventos médicos que hayan ocurrido mientras el seguro estuvo terminado, no se encontrarán cubiertos. En caso de ser aprobada la rehabilitación, deberás realizar el pago de tus primas pendientes para conservar los beneficios que habías adquirido en el seguro anterior como la antigüedad, periodos de carencia y enfermedades adquiridas.

8. Vigencia:

La vigencia de este seguro será la establecida en la carátula y, al finalizar, se renovará por períodos iguales. Recuerda que en cualquier momento tú o SURA podrán estipular que tu seguro no se renueve y, adicionalmente, en cualquier momento tienes la posibilidad de dar por terminado el seguro si no deseas continuar con la protección que este te brinda, mediante una comunicación escrita debidamente firmada por el tomador.

9. Reclamaciones:

Para hacer uso de este seguro, deberás dirigirte a la red de médicos e instituciones en convenio ofrecida por SURA, para que te sean otorgadas las coberturas contratadas, siendo ellos quienes gestionen la respectiva autorización.

SECCIÓN 5 - GLOSARIO

A.

Accidente

Hecho súbito, violento, externo, visible y fortuito, que produzca en el asegurado lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas visibles, o lesiones internas médicamente comprobadas.

Asegurado

Es la persona natural que adquiere el derecho de beneficiarse del seguro.

C.

Copago

Es el monto que tú debes asumir por la prestación de un servicio, está determinado en la carátula para cada cobertura. Los copagos se modificarán anualmente a partir del primero (1ro) de enero de cada año independiente de la fecha de renovación de tu seguro.

Cuotas moderadoras PBS

Son los aportes en dinero que tienen como objeto regular la utilización de los servicios de salud y estimular su buen uso. Deben ser pagadas por los cotizantes y beneficiarios al Sistema de Seguridad Social en Salud, Régimen Contributivo.

Copagos PBS:

Son los aportes en dinero que hacen los beneficiarios y corresponden a una parte del valor del servicio y tienen como finalidad ayudar a financiar el Sistema de Seguridad Social en Salud, Régimen Contributivo.

E.

Examen de laboratorio clínico:

Examen realizado a cualquier tejido, secreción o excreción corporal, en una institución debidamente autorizada para ello.

Exámenes de Imagenología:

Se consideran como tales, los exámenes diferentes a los de Laboratorio Clínico.

H.

Hospital o clínica

Establecimiento legalmente habilitado para prestar servicios médicos y quirúrgicos, dichas instituciones deben estar registradas en el Ministerio de Salud colombiano en la página Registro Especial de Prestadores de Salud - REPS para atender a la población en el sistema de salud colombiano.

I.

Insumos:

Material fungible de uso único o durante un periodo limitado, tras el cual debe desecharse o sustituirse, son de alto consumo en el apoyo diagnóstico y seguimiento de las enfermedades, se encuentran, por ejemplo, los utilizados para la administración de medicamentos, administración de líquidos, electrolitos sangre y sus componentes. (Organización Mundial de la Salud 2012. Un resultado del Proyecto sobre Dispositivos Médicos Prioritarios)

M.

Médico

Es el profesional legalmente autorizado para la práctica de actividades médicas o quirúrgicas. quien debe estar registrado ante el Ministerio de Salud en el sistema Rethus (Registro Único

de Talento Humano en Salud), para realizar atención médica a la población.

O.

Órtesis

Es el dispositivo ortopédico que reemplaza, parcial o totalmente, las funciones de un miembro con incapacidad física, invalidez o disimetría. Sirve para sostener, alinear o corregir deformidades y para mejorar la función del aparato locomotor. Adicionalmente, pueden ser dispositivos externos aplicados al cuerpo para modificar aspectos funcionales o estructurales.

P.

Pertinencia médica

Garantía que los usuarios reciban los servicios que requieren.

Período de carencia:

Es el período mínimo de permanencia exigido al beneficiario para que pueda acceder a los servicios ofrecidos en el presente contrato.

Prótesis

Dispositivo diseñado para reemplazar una parte faltante del cuerpo o para mejorar su funcionamiento.

R.

Red de Profesionales e instituciones adscritas o en convenio

Son las personas, naturales y jurídicas, legalmente autorizados y habilitados para la práctica de actividades médicas, o la prestación de servicios de salud, tales como: médicos, odontólogos, terapeutas, hospitales, clínicas, centros de salud, centros de radiología y de ayudas diagnósticas, laboratorios clínicos,

centros de ortopedia, que tienen convenio de prestación de servicios con SURA y figuran en el directorio de profesionales e instituciones.

La podrás encontrar en el directorio médico publicado en segurossura.com.co

En nuestra aplicación móvil Seguros SURA.

T.

Tomador

Es la persona, natural o jurídica, que celebra para sí misma o sus familiares y trabajadores, el contrato de seguro.

Trasplante de órganos

Es la implantación de un órgano extraído de un donante humano, con restablecimiento de las conexiones vasculares, arteriales y venosas.

Tratamiento ambulatorio

Tratamiento médico o quirúrgico que no requiere hospitalización y dura menos de 24 horas.

Tratamiento hospitalario

Tratamiento médico o quirúrgico en una institución hospitalaria con una duración superior a 24 horas.

CONTENIDO

SALUD PARA TODOS - PLAN PREFERENCIAL

Sección 1 – Coberturas principales

Atención hospitalaria y ambulatoria en Colombia

Sección 2 – Exclusiones

Sección 3 – Periodos de carencia

Sección 4 – Condiciones generales

1. Obligaciones del tomador y del asegurado
2. Condiciones de ingreso y permanencia
3. Valores a pagar y ajustes de tarifas
4. Compensación
5. Terminación del seguro
6. Revocación
7. Rehabilitación del seguro
8. Vigencia y Renovación
9. Reclamaciones

Sección 5 – Glosario



Desde tu celular marca #888.

segurossura.com.co



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.