

Anexo 2

Coberturas del Servicio Programa Asociado Año 2015

Servicio Cubierto	Coberturas	Períodos de Carencia
	Consulta Externa	
Servicio de Promoción y Prevención	Ilimitada	A partir del primer día
Consulta de Urgencias	Ilimitada	A partir del primer día
Consulta Médico General	Ilimitada	A partir del primer día
Consulta Médica Domiciliaria (Horario hábil) (*)	Ilimitada	A partir del primer día
Consulta Médica Domiciliaria (Horario no hábil y Festivos) (*)	Ilimitada	A partir del primer día
Consulta Medicina General Alternativa	Ilimitada	A partir del primer día
Consulta Médico Especialista	Ilimitada	A partir del primer día
Consulta Medicina Especialista Alternativa	Ilimitada	A partir del primer día
Consulta Psicología	Ilimitada	A partir del primer día
Consulta Psiquiatría	Ilimitada	A partir del primer día
Consulta Nutricionista	Ilimitada	A partir del primer día
Terapias		
Terapia Física	Ilimitado	A partir del primer día
Terapia Ortopédica	Ilimitado	A partir del primer día
Terapia Esclerosante	Ilimitado	A partir del primer día
Terapia Foniátrica	Ilimitado	A partir del primer día
Terapia Cardíaca	Ilimitada	A partir del primer día
Puvaterapia	Ilimitada	A partir del primer día
Terapia Respiratoria	Ilimitado	A partir del primer día
Terapia Ocupacional	Ilimitado	A partir del primer día
Terapia del Lenguaje	Ilimitado	A partir del primer día
Psicoterapia (Psicólogo)	Ilimitado	A partir del primer día
Psicoterapia (Psiquiatra)	Ilimitado	A partir del primer día
Terapia domiciliaria	Ilimitado	A partir del primer día
Medicina Alternativa		
Medicina Bioenergética	20 sesiones por Usuario/año contrato	A partir del primer día
Homeopatía	20 sesiones por Usuario/año contrato	A partir del primer día
Terapia Neural	20 sesiones por Usuario/año contrato	A partir del primer día
Acupuntura	40 sesiones por Usuario/año contrato	A partir del primer día
Terapia con filtros	40 sesiones por Usuario/año contrato	A partir del primer día
Ayudas Diagnósticas		
Procedimientos diagnósticos no especializados o de baja complejidad (Laboratorio Clínico, Anatomía Patológica, RX Simples, Ecografías, Electrocardiograma).	Ilimitado	A partir del primer día
Procedimientos diagnósticos especializados (Electrodiagnóstico, Ecocardiogramas, Densitometrías, Medicina Nuclear, Escanografías, Estudios Radiológicos incluido medio de contraste, Endoscopias).	Ilimitado	A partir del primer día del mes 4
Procedimientos diagnósticos complejos (Vasculares, Hemodinámicos, Cateterismos Cardíacos, Electrofisiológicos, RNM, Laparoscopia y Artroscopia).	Ilimitado	A partir del primer día del mes 25
Urgencias y Hospitalización		
Ayudas Diagnósticas Intrahospitalarias (Si existe el derecho).	Hasta 5 SMMVL por Usuario/Año Contrato	A partir del primer día
Atención Integral de Urgencias	100%	A partir del primer día
Hospitalización Tratamiento Médico/Quirúrgico (por Urgencia) Habitación Sencilla Individual.	Gastos Hospitalarios hasta \$ 2.699.700 Honorarios Médicos hasta \$ 3.100.900 Habitación Hospitalaria hasta \$ 140.900 por día hasta 120 días Usuario/Año Contrato.	A partir del primer día
Hospitalización Tratamiento Médico/Quirúrgico (Programado) Habitación Sencilla Individual.	Gastos Hospitalarios hasta \$ 2.699.700 Honorarios Médicos hasta \$ 3.100.900 Habitación Hospitalaria hasta \$ 140.900 por día hasta 120 días Usuario/Año Contrato.	A partir del primer día del mes 7

Servicio Cubierto	Coberturas	Períodos de Carencia
	Urgencias y Hospitalización	
Hospitalización Cuidados Intensivos e Intermedios	Hasta 30 días por Usuario/Año Contrato hasta \$ 477.100 por día	A partir del primer día
Cama de Acompañante (Donde exista oferta)	Hasta los topes del Programa	A partir del primer día del mes 4
Hospitalización en Estado de Coma	Hasta 30 días por Usuario/Año Contrato	A partir del primer día
Hospitalización Domiciliaria (**)	Según pertinencia médica	A partir del primer día
Hospitalización Psiquiátrica	10 días por Usuario/Año/Contrato	A partir del primer día del mes 4
Otros Servicios Especiales		
Reembolsos (Previa autorización de Auditoría Médica)	Igual o superior al 10% de un SMMLV conforme a las Coberturas del Servicio y a las tarifas de Coomeva M.P. S.A.	A partir del primer día
Cobertura Tratamiento Cáncer	Hasta \$ 3.372.000 Tratamiento Médico Quirúrgico del Cáncer. Incluye Quimioterapia Ambulatoria.	A partir del primer día del mes 13
Tratamiento del SIDA	Complicaciones hospitalarias hasta el tope del Programa para Gastos Clínicos. Tratamiento Ambulatorio hasta 5 SMMLV. Incluyen Antiretrovirales.	A partir del primer día del mes 13
Cobertura de Maternidad	Para todas las Usuarias del Contrato, Gastos clínicos, Honorarios médicos, tres (3) Ecografías de Nivel II, Analgesia Obstétrica y/o Epidural.	A partir del primer día del mes 10
Dialisis Renal	Padecimiento reversible 100%	A partir del primer día del mes 8
Material de Osteosíntesis	100% hasta 5 SMMLV en lesiones ocasionadas por accidente o trauma	A partir del primer día del mes 8
Atención Intrahospitalaria al Recién Nacido (Atención Neonatal)	Los primeros diez (10) días del Período Neonatal y Atención Pediátrica Intraparto Gastos Hospitalarios hasta \$ 2.699.700 Honorarios Médicos hasta \$ 3.100.900 usuario/año contrato contemplados dentro de los topes de cobertura de la madre	A partir del primer día del Recién nacido
Transplante de Órganos	Hasta \$ 4.044.200 Todos los científicamente aprobados, no incluye la consecución del órgano	A partir del primer día del mes 25
Servicio de Traslado Terrestre en Ambulancia	Dentro del perímetro urbano, bajo la modalidad de reembolso máximo tres (3) veces por Usuario/Año Contrato y hasta 50% de un SMMLV.	A partir del primer día
Transfusiones de Sangre y sus derivados	Hasta 5 SMMLV Usuario/Año/Contrato. Incluye el procedimiento (No cubre la consecución)	A partir del primer día
Transtornos Congénitos y Genéticos	Hasta 2 SMMLV por Usuario/Año Contrato.	A partir del primer día del mes 25
Asistencia en Viaje (Urgencias en el Exterior)	Urgencias a través de Operador Internacional según condiciones de negociación.	A partir del primer día
Cama en habitación individual para Accidentes de Tránsito	100% en exceso del monto de la cobertura del SOAT, hasta los topes del Programa para habitación día.	A partir del primer día del mes 4
Servicio Odontológico		
Atención de Urgencias	Ilimitada	A partir del primer día
Control preventivo Salud Oral	100% hasta un (1) control semestral	A partir del primer día
Consulta Odontológica General y Especializada	Una (1) vez por Año/Especialidad/Usuario	A partir del primer día
Ayudas diagnósticas (Radiografías Periapicales de Urgencia)	100%	A partir del primer día
(*) El Servicio se prestará inicialmente en las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Pereira, Bucaramanga. (**) El Servicio se prestará inicialmente en las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla. En las restantes ciudades, funcionará bajo la modalidad de Reembolso y bajo las estipulaciones contempladas en la Cláusula Cuarta, Numeral 6. Todos los Servicios son por Usuario/Año Contrato		