

Anexo 2

Coberturas del Servicio Programa Asociado Año 2012

Servicio Cubierto	Coberturas	Períodos de carencia
	Consulta Externa	
Servicio de Promoción y Prevención	Ilimitada	A partir del primer día
Consulta de Urgencia	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

Servicio cubierto	Coberturas	Períodos de carencia
	Urgencias y Hospitalización	
Ayudas diagnósticas intrahospitalarias (si existe el derecho)	100% hasta 5 SMMLV 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 \$ 2.490.000 Honorarios Médicos hasta \$ 2.860.000 Habitación Hospitalaria hasta \$ 130.000 por día	A partir del primer día
Hospitalización Tratamiento Médico/Quirúrgico (Programado) Habitación Sencilla Individual	Gastos Hospitalarios hasta \$ 2.490.000 Honorarios Médicos hasta \$ 2.860.000 Habitación Hospitalaria hasta \$ 130.000 por día	A partir del primer día del mes 7
Hospitalización Cuidados Intensivos e Intermedios	Hasta 30 días por usuario/año contrato hasta \$ 440.000 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 \$ 3.110.000 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 Usuaris del Contrato, Tres (3) Ecografías Nivel II, Analgesia Obstétrica y/o Epidural	A partir del primer día del mes 2
	Parto o Cesárea (Analgesia Obstétrica Epidural)	A partir del primer día del mes 10 (Excepto prematuréz)
Atención Intrahospitalaria al Recién Nacido (Atención Neonatal)	Los primeros diez (10) días del Período Neonatal y Atención Pediátrica Intraparto.	A partir del primer día del Recien Nacido
Transplante de Órganos	Hasta \$ 3.730.000 Todos los científicamente aprobados, no incluye la consecución del organo.	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 (1) SMMLV	A partir del primer día
Diálisis Renal	Padecimiento reversible 100%	A partir del primer día de mes 8
Material de Osteosíntesis.	100% hasta 5 SMMLV en lesiones ocasionadas por accidente o trauma	A partir del primer día de mes 8
Transfusiones de Sangre y sus derivados	100% hasta 5 SMMLV Usuario/año contrato-incluye el procedimiento (No cubre la consecución)	A partir del primer día
Trastornos Congénitos y Genéticos	100% hasta 2 SMMLV por Usuario/año contrato	A partir del primer día del mes 25
Asistencia en Viaje (Urgencias en el Exterior)	Urgencias hasta US \$10.000 por 90 días sin deducible, en concordancia con las condiciones establecidas por el operador para la misma.	A partir del primer día
Cama en Habitación Individual para Accidentes de tránsito	100% en exceso del monto de las Coberturas del SOAT hasta los topes del Programa	A partir del primer día del mes 4
Servicio Odontológico		
Atención de Urgencias	100%	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 Sexta, Numeral 6.		