

## Anexo 2

### Coberturas del Servicio Programa Plata Joven Año 2012

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 Diurno) (*)	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
<b>Terapias</b>			
Terapia Física	Ilimitada		A partir del primer día
Terapia Ortopédica	Ilimitada		A partir del primer día
Terapia Esclerosante	Ilimitada		A partir del primer día
Terapia Foniátrica	Ilimitada		A partir del primer día
Terapia Cardíaca	Ilimitada		A partir del primer día
Puvaterapia	Ilimitada		A partir del primer día
Terapia Respiratoria	Ilimitada		A partir del primer día
Terapia Ocupacional	Ilimitada		A partir del primer día
Terapia del Lenguaje	Ilimitada		A partir del primer día
Psicoterapia (Psicólogo)	Ilimitada		A partir del primer día
Psicoterapia (Psiquiatra)	Ilimitada		A partir del primer día
Terapia Domiciliaria (Física y Respiratoria)	Ilimitada		A partir del primer día
<b>Medicina Alternativa</b>			
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
<b>Ayudas Diagnósticas</b>			
Procedimientos diagnosticos no especializados o de baja complejidad (Laboratorio Clínico, Anatomía Patológica, RX Simples, Ecografías, Electrocardiograma).	Ilimitada		A partir del primer día
Procedimientos diagnosticos especializados (Electrodiagnóstico, Ecocardiogramas, Densitometrías, Medicina Nuclear, Escanografías, Estudios Radiológicos incluido medio de contraste, Endoscopias).	Ilimitada		A partir del primer día del mes 4
Procedimientos diagnosticos complejos (Vasculares, Hemodinámicos, Cateterismos Cardíacos, Electrofisiológicos, RNM, Laparoscopia y Artroscopia).	Ilimitada		A partir del primer día del mes 25
<b>Urgencias y Hospitalización</b>			
Ayudas Diagnósticas Intrahospitalarias (Si existe el derecho).	100% 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 \$ 2.360.000 Honorarios Médicos hasta \$ 2.720.000 Habitación Hospitalaria hasta \$ 130.000 por día hasta 120 días usuario/año contrato.		A partir del primer día
Hospitalización Tratamiento Médico/Quirúrgico (Programada) Habitación Sencilla Individual.	Gastos Hospitalarios hasta \$ 2.360.000 Honorarios Médicos hasta \$ 2.720.000 Habitación Hospitalaria hasta \$ 130.000 por día hasta 120 días.		A partir del primer día del mes 7

Servicio Cubierto	Coberturas	Períodos de Carencia
	Urgencias y Hospitalización	
Hospitalización Tratamiento Quirúrgico (Urgencias) Habitación Sencilla Individual.	Gastos Hospitalarios hasta \$ 2.360.000 Honorarios Médicos hasta \$ 2.720.000 Habitación Hospitalaria hasta \$ 130.000	A partir del primer día
Hospitalización Cuidados Intensivos e Intermedios	\$ 410.000 por día hasta 30 días por Usuario/año contrato	A partir del primer día
Hospitalización en Estado de Coma	\$ 130.000 en habitación sencilla o \$410.000 en Unidad Cuidado Intensivo por día hasta 30 días por Usuario/Año Contrato	A partir del primer día
Cama de Acompañante	Hasta los topes del Programa donde exista oferta.	A partir del primer día del mes 4
Hospitalización Psiquiátrica	Gastos hospitalarios hasta \$ 2.360.000 Honorarios Médicos hasta \$ 2.720.000. Habitación hospitalaria hasta \$ 130.000 por día	A partir del primer día del mes 4
Hospitalización Domiciliaria (**)	Según Pertinencia Médica	A partir del primer día
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 \$ 2.960.000 Tratamiento Médico Quirúrgico del Cancer. Incluye Quimioterapia Ambulatoria.	A partir del primer día del mes 13
Tratamiento del SIDA	Tratamiento Intrahospitalario hasta el tope del Programa de las Coberturas para Urgencias y Hospitalización. Tratamiento Ambulatorio con Antiretrovirales hasta 10 SMMLV	A partir del primer día del mes 13
Cobertura de Maternidad	Para todas las usuarias del contrato, tres(3) ecografías de Nivel II, 1 ecografía Nivel III y complicaciones del embarazo.	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)	Gastos hospitalarios hasta \$ 2.360.000 Honorarios médicos hasta \$ 2.720.000	A partir del primer día del Recién nacido
Transplante de Órganos	Hasta \$ 3.550.000. 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 SMMLV.	A partir del primer día
Servicio de traslado en ambulancia aérea	Dentro del territorio colombiano, bajo la modalidad de reembolso, un (1) traslado por usuario/año contrato hasta quince (15) SMMLV	A partir del primer día
Diálisis 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
Transfusiones de sangre y sus derivados	100% incluye el procedimiento (No cubre la consecución)	A partir del primer día
Transtornos 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\$15.000 dolares por 90 días sin deducible, en concordancia con las condiciones establecidas por el operador para la misma.	A partir del primer día
Lesiones ocasionadas por deportes de alto riesgo	100%	A partir del primer día del mes 4
Cama en habitación individual para accidentes de tránsito	100% en exceso del monto de la cobertura del SOAT, hasta los topes del programa.	A partir del primer día
Cirugía Láser y terapia Láser.	100% hasta los topes del contrato por pertinencia médica no con fines estéticos ni cosméticos	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.		