

Coberturas 2020 - PROGRAMA ORO

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicio Cubierto | Servicios de Promoción y Prevención | Coberturas | 100% |
| | Consulta Médica General | | 100% |
| | Consulta Médica Especializada | | 100% |
| | Consulta Médica de Urgencias | | 100% |
| | Consulta Médica Domiciliaria en horario hábil (Diurno) (*) | | 100% |
| | Consulta Médica Domiciliaria Nocturno y Festivos (**) | | 100% |
| | Consulta Médica Alternativa (Médico General) | | 100% |
| | Consulta Médica Alternativa (Médico Especialista) | | 100% |
| | Consulta de Psicología | | 100% |
| | Consulta de Psiquiatría | | 100% |
| | Consulta de Nutricionista | | 100% |
| | Servicio Odontológico | | Atención de urgencias del dolor |
| Control Preventivo Salud Oral | | 100% hasta un (1) control semestral | |
| Examen clínico odontológico general | | 1 vez Usuario /Año Contrato | |
| Examen clínico odontológico especializado | | 1 vez usuario /año contrato. Acceso solamente a una especialidad odontológica por usuario /año contrato | |
| Ayudas Diagnósticas (Radiografías periapicales de urgencia) | | 100% | |
| Ayudas Diagnósticas | | | |
| Período de carencia | | Coberturas | |
| A partir de la fecha de inicio del servicio (Escala de valor) | | Hasta 50% de un (1) SMMLV | |
| A partir del primer día del séptimo mes de la fecha de iniciación del servicio (Escala de valor) | | Más del 50% de un (1) SMMLV hasta el 100% de un (1) SMMLV | |
| * A partir del primer día del décimo tercer mes de la fecha de iniciación del servicio. (Ayudas Diagnósticas Complejas) (Escala de valor) | | 100% por valores superiores a un (1) SMMLV | |
| * A partir del primer día del décimo tercer mes de la fecha de iniciación del servicio. (Ayudas Diagnósticas Complejas: Pet Scan y Resonancia Nuclear Magnética). | | PETSCAN Una vez por usuario /año contrato. RMN Una vez por padecimiento usuario /año contrato y hasta una 2da ayuda a criterio de auditoría. | |
| * A partir del primer día del vigésimo quinto mes de la fecha de iniciación del servicio. (Otras ayudas diagnósticas de alta complejidad: Cardioangiografías y Vasculares Complejas, Cateterismo Cardíaco y Estudios Electrofisiológicos Cardíacos). | | 100% incluyendo el medio de contraste 1 vez año usuario /año contrato (hasta una 2da ayuda a criterio de auditoría). | |
| Tratamiento médico y/o quirúrgico | | Coberturas | |
| Ayudas Diagnósticas Intrahospitalarias | | 100% | |
| Gastos Hospitalarios | | 100% | |
| Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos | | 100% | |
| Habitación Hospitalaria Individual Sencilla sin límite de días | | 100% | |
| Material de Osteosíntesis por Accidente o Trauma | | 100% | |
| Material de Osteosíntesis por enfermedad general | | Hasta quince (15) SMMLV | |
| Prótesis, Ortesis y Marcapaso convencional a partir del vigésimo quinto (25) mes de la fecha de iniciación del servicio. Ortesis se cubre en el periodo de carencia del procedimiento quirúrgico. | | Hasta (25) SMMLV | |
| Coils o Stens Convencional o Medicado Cardiovascular a partir del vigésimo quinto (25) mes de la fecha de iniciación del servicio. | | Hasta quince (15) SMMLV | |
| Tratamiento Hospitalario Psiquiátrico, Crisis Agudas hasta 60 días | | 100% | |
| Unidad de Cuidados Intensivos y/o Cuidados Intermedios, sin límite de días. | | 100% | |
| Terapias complementarias de tratamiento | Terapias Física, Foniátrica, Ortóptica, Respiratoria | Coberturas | 100% |
| | Terapia del Lenguaje | | 100% |
| | Terapia Esclerosante | | 100% |
| | Terapia Cardíaca | | 100% |
| | Terapia Ocupacional | | 100% |
| | Puvaterapia | | 100% |
| | Psicoterapia realizada por Psicólogo | | 100% |
| | Psicoterapia realizada por Psiquiatra | | 100% |
| Terapias alternativas | Acupuntura | Cobertura | 40 sesiones Usuario /Año Contrato |
| | Homeopatía | | 40 sesiones Usuario /Año Contrato |
| | Medicina bioenergética | | 40 sesiones Usuario /Año Contrato |
| | Terapia neural | | 40 sesiones Usuario /Año Contrato |
| | Terapias con filtros | | 40 sesiones Usuario /Año Contrato |
| Coberturas otros Servicios | | | Cobertura |
| Reembolsos (Prevía autorización de la auditoría médica) | | | Igual o Superior al 10% de un (1) SMMLV conforme a las Coberturas del servicio y a las Tarifas de Coomeva Medicina Prepagada |
| Coberturas Especiales | | | Cobertura |
| Urgencias | | | 100% |
| Cobertura para tratamiento médico de Cáncer (Quimioterapia, Cobaltoterapia, Radioterapia y Hormonoterapia). A partir del primer día del séptimo mes de vigencia ininterrumpida del contrato. | | | 100% |
| Tratamiento del SIDA y sus complicaciones (medicamentos antiretrovirales exclusivamente de uso hospitalario) A partir del primer día del décimo tercer mes de vigencia ininterrumpida del contrato. | | | 100% |

Coberturas 2020 - PROGRAMA ORO



| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Cobertura de maternidad a partir del 1er día del 4to. mes para usuarios solos en el contrato, y a partir del 1er día del 2do. mes para usuarias acompañadas en el contrato. Gastos Clínicos, Honorarios Médicos, 2 Ecografías Nivel II, 1 perfil biofísico fetal, 1 ecografía de circulación feto-placentaria, 1 ecografía Nivel III. Ecografías obstétricas ilimitadas para embarazos de alto riesgo. Analgesia Obstétrica. (Usuaris con derecho a la maternidad). | 100% |
| Atención intrahospitalaria del recién nacido durante los primeros quince (15) días del período neonatal y Atención Pediátrica Intraparto. No incluye procedimientos quirúrgicos | 100% |
| Trasplante de órganos los aprobados científicamente. (No incluye la consecución del órgano). A partir del primer día del décimo tercer mes de la fecha de iniciación del servicio. No incluye gastos de donante. | 100% |
| Servicio de ambulancia terrestre (bajo modalidad de reembolso) dentro del perímetro urbano. | Hasta 50% de Un (1) SMMLV por traslado y hasta 3 veces por Usuario /Año Contrato |
| Diálisis Renal (en el padecimiento agudo, reversible). A partir del primer día del mes 19. | 100% |
| Nutrición parenteral y alimentación por sonda, solamente para el ámbito hospitalario. | 100% |
| Atención Hospitalaria Domiciliaria conforme a las Coberturas del Servicio (**) | 100% |
| Intoxicaciones agudas involuntarias por escopolamina y alcohol | 100% |
| Transfusión de sangre fresca total, concentrado globular (glóbulos rojos empacados), concentrado de plaquetas y plasma | Hasta 20 SMMLV |
| Medicamentos ambulatorios pos-hospitalarios, derivados de hospitalizaciones autorizadas por Coomeva Medicina Prepagada hasta 30 días posteriores al evento. | Según condiciones de negociación con operador externo, bajo modalidad de reembolso |
| Asistencia en viaje (Urgencia en el exterior) a través de Operador Internacional. | Según condiciones de negociación |
| (*) 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 y Cali. en las restantes ciudades, funcionará bajo la modalidad de reembolso y bajo las estipulaciones contempladas en la cláusula cuarta, numeral 6 y 7.14 | |

MP-FT-668 (Reverso)

Todas las coberturas son por usuario /año contrato

Mod. Feb./2020