

PLAN INTEGRAL COLSANITAS	
<b>TOMADOR</b>	Pontificia Universidad Javeriana
<b>NIT</b>	860.013.720-1
<b>VIGENCIA</b>	01/01/2020 - 01/04/2021
<b>GRUPO ASEGURABLE</b>	Empleados al servicio del Tomador
<b>PROVEEDOR ACTUAL</b>	Colsanitas
<b>MODALIDAD</b>	Contributivo
COBERTURAS BASICAS	
COBERTURA	
<b>Nombre del plan</b>	Contrato Colectivo de Servicios de Medicina Prepagada Plan Integral Colsanitas y Medisanitas
<b>Tipo de acceso al plan (red abierta/cerrada)</b>	Red Cerrada / Cuadro Médico Plan Integral Colsanitas y Medisanitas
CONSULTA EXTERNA	INTEGRAL
<b>Consulta con médico general y/o especialista</b>	Cobertura sin límite
<b>Acceso directo a todas las especialidades</b>	Cobertura sin límite
<b>Consulta médica domiciliaria</b>	Cobertura sin límite
<b>Especificar ciudades para atención de Consulta domiciliaria</b>	Bogotá, Chía, Cajicá, Funza, Cota, Guaymaral, Yerbabuena, Tabio, Tenjo, Zipaquirá, Sopó, Briceño, Cali, Medellín, Ibagué, Villavicencio, Yopal, Barrancabermeja, Neiva, Barranquilla y Bucaramanga
<b>Consulta psicológica</b>	Cobertura sin límite
<b>Consulta psiquiátrica</b>	Cobertura sin límite
<b>Consulta medicina alternativa</b>	Cobertura sin límite
<b>Consulta prioritaria</b>	Cobertura sin límite
<b>Terapias física, respiratoria, ocupacional y de lenguaje</b>	Cobertura sin límite
<b>Terapia domiciliaria indique cuales</b>	Física, Respiratoria
<b>Especificar ciudades para atención de terapia domiciliaria</b>	Bogotá, Chía, Cajicá, Funza, Cota, Guaymaral, Yerbabuena, Tabio, Tenjo, Zipaquirá, Sopó, Briceño, Cali, Medellín, Ibagué, Villavicencio, Yopal, Barrancabermeja, Neiva, Barranquilla y Bucaramanga
<b>Oxigenoterapia ambulatoria</b>	Cobertura sin límite
AYUDAS DIAGNOSTICAS	
<b>Exámenes de laboratorio simples</b>	Cobertura sin límite
<b>Exámenes de laboratorio especializados</b>	Cobertura sin límite
<b>Imagenología Simple</b>	Cobertura sin límite
<b>Imagenología especializada con o sin medio de contraste</b>	Cobertura sin límite

<b>Exámenes especiales de diagnóstico</b>	Cobertura sin límite
<b>Indicar si existen exámenes de diagnóstico que no estén cubiertos en su plan</b>	Los relacionados con tratamientos experimentales y no aprobados por las Asociaciones Médicas y Científicas en Colombia
<b>URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, PROCEDIMIENTOS Y CIRUGÍAS</b>	
<b>Urgencias</b>	Cobertura sin límite
<b>Hospitalización para tratamientos médicos / quirúrgico</b>	Cobertura sin límite
<b>Tipo de habitación individual / compartida</b>	Habitación Individual
<b>Límite de habitación : Días/ valor</b>	Cobertura sin límite
<b>Cama de acompañante</b>	Cobertura sin límite, para usuarios menores de 12 años y para mayores de 64 años
<b>Enfermera acompañante</b>	Cobertura sin límite, para usuarios menores de 12 años y para mayores de 64 años, por un máximo de 3 días
<b>Unidad de cuidados intensivos y/o intermedio (adulto y pediátrica)</b>	Cobertura sin límite
<b>Hospitalización para paciente en estado de coma reversible e irreversible</b>	Cobertura sin límite
<b>Hospitalización por muerte cerebral</b>	Cobertura sin límite
<b>Alimentación enteral y parenteral</b>	Cobertura sin límite, para pacientes hospitalizados
<b>Hospitalización psiquiátrica</b>	Hospitalización Psiquiátrica para los tratamientos de los brotes agudos que sean reversibles, quedando tal hospitalización limitada a un periodo máximo de 45 días durante cada año de vigencia del contrato. No acumulable año a año.
<b>Hospitalización domiciliaria</b>	Cobertura sin límite, de acuerdo a la disponibilidad de la red de prestadores
<b>Especificar ciudades donde se cubra la hospitalización domiciliaria</b>	Bogotá, Chía, Cajicá, Funza, Cota, Guaymaral, Yerbabuena, Tabio, Tenjo, Zipaquirá, Sopó, Briceño, Cali, Medellín, Ibagué, Villavicencio, Yopal, Barrancabermeja, Neiva, Barranquilla y Bucaramanga
<b>Cirugía ambulatoria (todas las especialidades)</b>	Cobertura sin límite
<b>Otros procedimientos simples en consultorio</b>	Cobertura sin límite
<b>MATERNIDAD</b>	
<b>Maternidad aplicable a todas las usuarias del contrato</b>	Para todas las usuarias del Contrato de Medicina Prepagada
<b>Parto normal / cesárea</b>	Cobertura sin límite
<b>Consulta y atención obstétrica</b>	Cobertura sin límite
<b>Ecografía gineco-obstétrica y de tercer nivel</b>	Cobertura sin límite
<b>Curso sicoprofiláctico</b>	Para todas las usuarias del Contrato de Medicina Prepagada
<b>Estudios genéticos realizados en Colombia y aprobados por las sociedades científicas : para bebés afiliados en gestación</b>	No se tiene cobertura
<b>Atención integral al recién nacido, indicar límite en días</b>	Cobertura total intrahospitalaria para los recién nacidos de treinta (30) días, sin costo adicional, para aquellos partos que sean cubiertos por Colsanitas y que no hayan sido afiliados en el Anexo Bebé en Gestación. No cubre eventos congénitos

<b>Cobertura de enfermedades congénitas</b>	Cobertura con afiliación antes de la semana 22 de gestación
<b>Indicar número de semana en la que se debe hacer la afiliación del bebé y desde cuándo se hace el pago de prima.</b>	Semana de afiliación y pago: Afiliación antes de la semana 22 de gestación y pago a partir de la vigencia de la afiliación a Medicina Prepagada
<b>COBERTURAS ESPECIALES</b>	
<b>Cobertura de prótesis indicar cuales y límite</b>	Stent coronario medicado y no medicado desde el primer día de afiliación sin límite hasta un monto de 9 SMMLV por usuario/año durante veinticuatro (24) meses de afiliación continua. A partir del primer día del mes vigésimo quinto (25) de afiliación cobertura sin límite, Prótesis: Articulares de Cadera, Rodilla y Hombro, hasta por 9 SMLMV, por usuario año, siempre y cuando no estén catalogadas como preexistencia.
<b>Material de osteosíntesis</b>	Cobertura sin límite
<b>Ortesis</b>	No se tiene cobertura
<b>Injertos</b>	Cobertura de Autoinjertos
<b>Tratamiento insuficiencia renal reversible</b>	Cobertura sin límite
<b>Tratamiento insuficiencia renal irreversible</b>	Cobertura con afiliación simultánea a Colsanitas y a la EPS Sanitas
<b>Cobertura de sangre y derivados</b>	Transfusiones de sangre, concentrado de eritrocitos, plaquetas, crioprecipitados, plasma y sangre total. Excluida su consecución.
<b>Rehabilitación cardíaca en todas sus fases</b>	Cobertura sin límite
<b>Rehabilitación respiratoria</b>	Cobertura sin límite
<b>Tratamiento hospitalario para Sida</b>	Cobertura sin límite, siempre que no este catalogado como Preexistencia
<b>Medicamentos ambulatorios derivados de una hospitalización para pacientes con SIDA</b>	Suministro de medicamentos en denominación generica a usuarios afiliados simultáneamente a la EPS Sanitas, según el Manual de Medicamentos y Terapéutica, incluidos en los Acuerdos 228 de 2002, 282 y 336 de 2006 y sus modificaciones.
<b>Tratamiento hospitalario para Cáncer</b>	Cobertura sin límite, siempre que no este catalogado como Preexistencia
<b>Procedimientos y tratamiento de cáncer con quimioterapia, radioterapia, cobaltoterapia, braquiterapia, hormonoterapia e inmunoterapia</b>	Cobertura sin límite, siempre que no este catalogado como Preexistencia
<b>Medicamentos citostáticos y hormonales para el tratamiento de cáncer</b>	Suministro de medicamentos en denominación generica a usuarios afiliados simultáneamente a la EPS Sanitas, según el Manual de Medicamentos y Terapéutica, incluidos en los Acuerdos 228 de 2002, 282 y 336 de 2006 y sus modificaciones.
<b>Medicamentos ambulatorios para efectos colaterales del Cáncer</b>	Suministro de medicamentos en denominación generica a usuarios afiliados simultáneamente a la EPS Sanitas, según el Manual de Medicamentos y Terapéutica, incluidos en los Acuerdos 228 de 2002, 282 y 336 de 2006 y sus modificaciones.
<b>Medicamentos coadyuvantes para el tratamiento de cáncer</b>	Suministro de medicamentos en denominación generica a usuarios afiliados simultáneamente a la EPS Sanitas, según el Manual de Medicamentos y Terapéutica, incluidos en los Acuerdos 228 de 2002, 282 y 336 de 2006 y sus modificaciones.

<b>Trasplante de órganos: indicar cuales</b>	Cobertura sin límite, todos los aprobados por las Asociaciones Médicas y Científicas en Colombia
<b>Gastos del donante en caso del trasplante</b>	Cobertura con afiliación simultánea a Colsanitas y a la EPS Sanitas
<b>Asistencia médica en el exterior para urgencias</b>	1.) Para los viajes al exterior tenemos atención médica de urgencias en Venezuela, a través de Sanitas Venezuela, cobertura de Urgencias 2.) Asistencia al Viajero, los Usuarios Colsanitas contarán con atención de urgencias médicas u odontológicas en cualquier lugar del mundo, con una cobertura hasta de \$35.000 dolares y/o euros y US\$500 dólares en urgencias odontológicas. En la comunidad Europea el usuario cuenta con una cobertura de €\$ 35.000. (Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Islandia, Italia, Luxemburgo, Noruega, Países Bajos, Portugal y Suecia). por 30 días en cada viaje.
<b>Cobertura en el exterior para eventos programados</b>	No se tiene cobertura
<b>Cobertura de ambulancia terrestre</b>	Cobertura sin límite en el perímetro urbano de ciudades capitales
<b>Cobertura de ambulancia aérea</b>	No se tiene cobertura, la condición aplica para usuarios afiliados simultáneamente a Colsanitas y a la EPS Sanitas, bajo las condiciones del POS
<b>Cobertura odontológica</b>	Preventiva: examen clínico, diagnóstico, control de placa , detartaje, Profilaxis y fluorización en población infantil , elaboración de plan de tratamiento y presupuesto
<b>Urgencias odontológicas</b>	Cobertura sin límite
<b>Cirugía bariátrica para obesidad mórbida</b>	Cobertura sin límite, para obesidad morbida grado III
<b>Medicamentos comerciales pre y post-hospitalarios, indicar alcance en monto y número de días</b>	Cobertura de medicamentos ambulatorios debidamente registrados en el INVIMA, hasta por quince (15) días de tratamiento y formulados por médico adscrito, luego de hospitalización de carácter médico o quirúrgico o de cirugía ambulatoria cubiertas por Colsanitas, tendientes a la recuperación de su salud, motivo de su hospitalización o cirugía. El usuario tendrá una cobertura máxima por año calendario (enero a diciembre) de 2.75 SMMLV

## COMPLEMENTARIEDAD

Indicar EPS aliada

EPS Sanitas

**Beneficios por afiliación simultánea a la EPS aliada**

A través de E.P.S. Sanitas te reconocemos el pago de la incapacidad laboral, licencias de maternidad y paternidad, formuladas por tu médico tratante de Medicina Prepagada. Consulta [www.epssanitas.com](http://www.epssanitas.com) - Sección incapacidades y licencias médicas.

En caso de que tu médico tratante de Medicina Prepagada te emita una orden para reclamar medicamentos, estos serán entregados en su forma genérica de acuerdo a las coberturas del Plan Obligatorio de Salud y suministrados por la E.P.S. Sanitas.

Para solicitar los medicamentos debes presentar: a) orden; b) documento de identificación; c) carné de afiliación E.P.S. Sanitas; d) bono de la cuota moderadora.

En caso de que se presente una urgencia por preexistencia(1), esta será atendida en las clínicas propias de la Organización Sanitas Internacional(2) ubicadas en Bogotá, Barranquilla y Cali, con atención preferencial en habitación individual(3).

Atención al usuario

Como usuario podrás realizar trámites administrativos y comerciales de la E.P.S. Sanitas en los puntos de atención Colsanitas.

(1) Preexistencias se entiende por malformación o afección previa al inicio de la vigencia del contrato.

(2) Clínica Colombia, Clínica Iberoamérica y Clínica Sebastián de Belalcázar.

(3) Sujeta a la disponibilidad que tenga cada una de las clínicas.



<b>SERVICIOS ESPECIALES DEL PROVEEDOR</b>	
<b>Segunda opinión médica en el exterior</b>	Comités Médicos de la Especialidad
<b>Cobertura de deportes de alto riesgo incluso los realizados como práctica profesional</b>	Cobertura sin límite
<b>Cobertura de servicios derivados de lesiones o afecciones causadas directa o indirectamente en caso de terrorismo y secuestro.</b>	Cobertura sin límite de la atención médica de urgencias
<b>Cobertura para eventos ocurridos en estado de embriaguez o bajo el efecto de alucinógenos</b>	Cobertura sin límite de la atención médica de urgencias y la estabilización del paciente
<b>Cobertura y autorización de nuevas tecnologías médicamente aprobadas</b>	Las aprobadas por las Asociaciones Médicas y Científicas en Colombia
<b>Reembolsos al acceder fuera de la red</b>	Solamente en casos de urgencia y si el usuario se hallare en cualquier zona del país, que no sea su domicilio y en donde Colsanitas S.A. no tenga sede, ni contratada la prestación de servicios de urgencias con médicos o instituciones de la localidad, el usuario podrá tomar este servicio con médicos o entidades no adscritas a Colsanitas S.A. cancelando su valor y presentando a Colsanitas S.A.
<b>Exoneración de pago de primas por fallecimiento del afiliado principal</b>	No se tiene cobertura



**TARIFAS PLAN INTEGRAL COLSANITAS CON IVA**

<b>RANGO DE EDAD</b>	<b>OFERTA - 2018</b>
<b>Por usuario</b>	\$ 281.505
<b>Adicional</b>	\$ 281.505
<b>Otros</b>	\$ 281.505
<b>De 64 a 69 años</b>	\$ 898.905
<b>De 70 a 74 años</b>	\$ 972.930
<b>De 75 Años en adelante</b>	\$ 1.093.950
<b>Fecha de incremento de Tarifas</b>	1 de Enero de cada año para usuarios mayores de 64 años y 1 de Abril de cada año para usuarios menores de 64 años
<b>Descuento POS</b>	\$ 20.200

**TARIFAS PLAN ODONTOLÓGICO -CON IVA**

<b>RANGO DE EDAD</b>	<b>PRIMA 2020 - 2021</b>
<b>Menores de 7 Años</b>	\$ 13.650
<b>De 7 a 12 años</b>	\$ 34.880
<b>De 13 a 23 años</b>	\$ 55.440
<b>De 24 a 60 años</b>	\$ 41.685
<b>Mayores de 60 años</b>	\$ 51.765