



COLECTIVA DE SALUD MÉDICA FAMILIAR

COOPERATIVA MEDICA DE ANTIOQUIA. COMEDAL

TABLA DE COBERTURA

CONCEPTOS DE COBERTURA	Plan 1 ALTO		Plan 2 BASICO
	DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES VALOR ASEGURADO	FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES VALOR ASEGURADO	DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES VALOR ASEGURADO
VALOR ASEGURADO ÚNICO	ILIMITADO	1.000.000.000	ILIMITADO
CLÁUSULA DE COSTO USUAL Y ACOSTUMBRADO	NO APLICA	80%	NO APLICA
<b>CONCEPTOS DE COBERTURA</b>			
HABITACION HOSPITALARIA	ILIMITADO	VALOR ASEGURADO ÚNICO	ILIMITADO
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO	ILIMITADO	VALOR ASEGURADO ÚNICO	ILIMITADO
<b>GASTOS HOSPITALARIOS</b>			
GASTOS DENTRO DE LA HOSPITALIZACION	ILIMITADO	VALOR ASEGURADO ÚNICO	ILIMITADO
URGENCIA	ILIMITADO	VALOR ASEGURADO ÚNICO	ILIMITADO
DEDUCIBLE POR CADA EVENTO	70.000	70.000	70.000
<b>CONSULTA PRIORITARIA</b>			
DEDUCIBLE CONSULTA PRIORITARIA	30.000	30.000	30.000
MEDICAMENTOS, EXAMENES DE LABORATORIO CLÍNICO	ILIMITADO *	VALOR ASEGURADO ÚNICO	ILIMITADO
ENFERMERA 30 DÍAS post hospitalario	ILIMITADO *	VALOR ASEGURADO ÚNICO*	10 DÍAS
TRANSPORTE TERRESTRE TERRITORIO NACIONAL	ILIMITADO	VALOR ASEGURADO ÚNICO	ILIMITADO
TRANSPORTE AEREO DE EMERGENCIA	ILIMITADO	30.000.000	NO APLICA
PRÓTESIS Y APARATOS ORTOPÉDICOS	ILIMITADO	50.000.000	50.000.000
REEMPLAZO DE PRÓTESIS Y APARATOS ORTOPÉDICOS	ILIMITADO	50.000.000	50.000.000
TERAPIAS FÍSICAS, RESPIRATORIAS, DE LENGUAJE Y REHABILITACIÓN CARDIACA (60 sesiones de cada una)	ILIMITADO *	VALOR ASEGURADO ÚNICO*	30 sesiones c/u
TRASPLANTE DE ORGANOS	ILIMITADO	VALOR ASEGURADO ÚNICO	300.000.000
RETRASPLANTE DE ORGANOS	ILIMITADO	VALOR ASEGURADO ÚNICO	300.000.000
OBTENCIÓN (Costos de consecución) Y TRASLADO DEL ÓRGANO	ILIMITADO	50.000.000	20.000.000
TRATAMIENTO DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA	ILIMITADO *	VALOR ASEGURADO ÚNICO	ILIMITADO *
TRATAMIENTO HOSPITALARIO PARA CRISIS DE ANSIEDAD O PRIMERA CRISIS PSICÓTICA. (60 días por vigencia)	ILIMITADO *	VALOR ASEGURADO ÚNICO*	20 DIAS
<b>PATOLOGÍAS DESMIELINIZANTES, DEGENERATIVAS Y ESTADOS COMATOSOS</b>			
Hospitalario	ILIMITADO	VALOR ASEGURADO ÚNICO	ILIMITADO
Hospitalización domiciliaria (Limitado a 120 días vitalicio)	ILIMITADO *	VALOR ASEGURADO ÚNICO*	120 días vitalicio
MEDICO DOMICILIARIO (ÚNICAMENTE DENTRO DE LA RED)			✓
DEDUCIBLE POR CADA EVENTO	20.000	NO APLICA	20.000
<b>HONORARIOS MÉDICOS HOSPITALARIOS</b>			
HONORARIOS MÉDICOS QUIRURGICOS	ILIMITADO	VALOR ASEGURADO ÚNICO	ILIMITADO
HONORARIOS MÉDICOS POR TRATAMIENTO HOSPITALARIO NO QUIRURGICO	ILIMITADO	VALOR ASEGURADO ÚNICO	ILIMITADO
HONORARIOS MÉDICOS DEL INTENSIVISTA	ILIMITADO	VALOR ASEGURADO ÚNICO	ILIMITADO
HONORARIOS MÉDICOS POR INTERCONSULTAS	ILIMITADO *	VALOR ASEGURADO ÚNICO*	ILIMITADO
CONSULTA PREANESTÉSICA	ILIMITADO *	VALOR ASEGURADO ÚNICO*	ILIMITADO
<b>GASTOS AMBULATORIOS</b>			
FRACTURAS ESGUINCES Y LUXACIONES (Incluye 60 sesiones de terapia física)	ILIMITADO *	VALOR ASEGURADO ÚNICO*	deducible 30,000
EXÁMENES ESPECIALES DE DIAGNOSTICO	ILIMITADO	VALOR ASEGURADO ÚNICO	deducible 30,000
TRATAMIENTO MÉDICO AMBULATORIO	ILIMITADO *	VALOR ASEGURADO ÚNICO	300.000.000
-Aplasia medular - Insuficiencia renal aguda o crónica - Lupus eritematoso sistémico -Cáncer -Trasplantes - SIDA cubierto por la póliza (2 años contados desde fecha diagnostico enfermedad) -Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)			
TRATAMIENTO DE REHABILITACION (6 meses)	ILIMITADO *	VALOR ASEGURADO ÚNICO*	3 MESES
-Trauma raquímedular. -Trauma craneo encefálico severo. -Accidente cerebro vascular. -Enfermedad de Guillain Barré. -Enfermedad Coronaria.			20.000.000

<b>CONSULTA EXTERNA dentro de la Red de Proveedores</b>	ILIMITADO		ILIMITADO	
- Consulta Médico General (incluye nutrición y optometría))	✓	Limite por consulta \$180,000 menos deducible de \$32,000	✓	
- Consulta Médico Especialista	✓		✓	
Consulta Medica complementaria	✓		✓	
-Consulta siquiátrica y sicológica	✓		✓	
<b>Gastos Medicos</b>				
A. Exámenes de laboratorio Clínico	✓	NO APLICA	✓	
B. Terapias Respiratorias, de lenguaje, Ortopedia y ocupacional.	✓		✓	
C. Fisioterapias	✓		✓	
<b>Odontología Preventiva</b>				
-Examen clínico por primera vez	✓		NO APLICA	NO APLICA
-Consulta de urgencia, incluyendo rayos X	✓			
-Radiografías Periapicales	✓			
-Exodoncia simple	✓			
-Control de placa y cepillado	✓			
-Educación en higiene oral	✓			
-Profilaxis	✓			
DEDUCIBLE POR CONSULTA MÉDICA	30.000		30.000	
DEDUCIBLE POR ORDEN DE LABORATORIO CLÍNICO	0%		0%	
EL DEDUCIBLE MÍNIMO POR ORDEN DE LABORATORIO CLÍNICO	40.000		40.000	
DEDUCIBLE POR CADA ORDEN MÉDICA PARA TERAPIAS	20% MINIMO \$30,000		20% MINIMO \$30,000	
DEDUCIBLE ODONTOLOGIA PREVENTIVA	20% MINIMO \$30,000		NO APLICA	
<b>Deducible en Centros Médicos Seguros Bolívar (Bogotá)</b>				
DEDUCIBLE POR CONSULTA MÉDICA GENERAL Y ESPECIALISTA	-	No aplica	-	
DEDUCIBLE CONSULTA NUTRICIÓN, OPTOMETRÍA Y PSICOLOGIA	15.000		15.000	
DEDUCIBLE POR ORDEN DE LABORATORIO CLÍNICO	0%		0%	
DEDUCIBLE POR CADA ORDEN MÉDICA PARA TERAPIAS	15% MINIMO \$20,000		15% MINIMO \$20,000	
<b>TELEMEDICINA Deducible por consulta</b>				
En Salud Bolivar IPS (Bogotá)	15.000	No aplica	15.000	
En Red de proveedores	30.000		30.000	
<b>COBERTURA PARA RECIÉN NACIDO</b>	ILIMITADO	VALOR ASEGURADO ÚNICO	ILIMITADO	
COBERTURA PARA BEBÉS CON ENFERMEDADES CONGÉNITAS	ILIMITADO	VALOR ASEGURADO ÚNICO	300.000.000	
<b>CUBRIMIENTO EN EL EXTERIOR</b>				
Valor asegurado por persona/vigencia Opera mediante reembolso. No aplica para consulta externa ni maternidad		100.000.000	NO APLICA	
<b>GASTOS FUNERARIOS</b>				
	5.000.000		2.000.000	
<b>URGENCIAS DURANTE VIAJE AL EXTERIOR (VALOR ASEGURADO POR EVENTO)</b>	US\$25,000 O € 30,000			
DURACION COBERTURA EXTERIOR 90 DIAS		NO APLICA	NO APLICA	
<b>Asistencia médica por Accidente</b>	Hasta USD 25.000 ó €30.000 en Europa			
<b>Asistencia médica por enfermedad no preexistente</b>	Hasta USD 25.000 ó € 30.000 en Europa			
<b>Asistencia por enfermedad preexistente</b> (Siempre y cuando no sea preexistente)	Hasta USD 5.000			
<b>Gastos por medicamentos ambulatorios</b>	Hasta USD 1.000			
<b>Gastos odontológicos de emergencia</b>	Hasta USD 300			
<b>Gastos de hotel por convalecencia del beneficiario</b>	Hasta USD 500			
<b>Estado de embarazo (hasta la semana 26 de gestación)</b>	Hasta USD 10.000			
<b>Práctica de deportes</b>	Hasta USD 10.000			
<b>Prótesis y Órtesis</b>	Hasta USD 2.000			
DEDUCIBLE A CARGO DEL ASEGURADO	sin deducible			

**NOTA:**

\***Ilimitado:** Hace referencia al valor asegurado. Para algunos conceptos de cobertura aplica límite en cuanto a tiempo

\***Valor asegurado único:** Para algunos conceptos de cobertura aplica límite en cuanto a tiempo o sesiones.

Reembolso al 80% del costo usual y acostumbrado. Consulta externa ilimitada dentro de la Red de Proveedores.

Incluye:

- Curso psicoprofilactico
- Cirugía de pomey y vasectomía
- Período de espera seis (6) meses para inclusiones de nuevos asegurados
- No se cubre la reversión de estos procedimientos (Recanalización)