

Cooameva Medicina Prepagada S.A., autorizado mediante Resolución N° 1667 de Diciembre 12 de 1997, Programa Asociado, aprobado mediante Resolución N° 01022 de Julio 29 de 2008, código AS18, Rad. N° 20223100301141151 de Agosto 18 de 2022 de la Superintendencia Nacional de Salud.



Coberturas del servicio **2024**
Programa Asociado

| Servicio Cubierto | Cobertura Máxima | Periodo 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 de medicina general | Ilimitada | A partir del primer día |
| Consulta médica general domiciliaria (horario hábil diurno) (*) | Ilimitada | A partir del primer día |
| Consulta médica general domiciliaria (horario no hábil y festivos) (*) | Ilimitada | A partir del primer día |
| Consulta de medicina general alternativa | Ilimitada | A partir del primer día |
| Consulta de medicina especializada | Ilimitada | A partir del primer día |
| Consulta de medicina especializada alternativa | Ilimitada | A partir del primer día |
| Consulta de psicología | Ilimitada | A partir del primer día |
| Consulta de optometría | Ilimitada | A partir del primer día |
| Consulta de nutrición | Ilimitada | A partir del primer día |
| 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 | Una (1) vez por usuario/año/contrato | A partir del primer día |
| Consulta odontológica especializada | Una (1) vez por usuario/año/contrato por cada especialidad | A partir del primer día |
| Ayudas diagnósticas (radiografías periapicales de urgencia) | 100% | A partir del primer día |
| Terapias | | |
| Terapia física | Ilimitada | A partir del primer día |
| Terapia ortóptica | 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 por psicología | Ilimitada | A partir del primer día |
| Psicoterapia por psiquiatría | Ilimitada | A partir del primer día |
| Terapia domiciliaria | Ilimitada | A partir del primer día |
| Medicina Alternativa | | |
| Acupuntura | 40 sesiones por usuario/año/contrato | A partir del primer día |
| 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 con filtros | 40 sesiones por usuario/año/contrato | A partir del primer día |
| Terapia neural | 20 sesiones por usuario/año/contrato | A partir del primer día |
| Ayudas Diagnósticas | | |
| Procedimientos diagnósticos no especializados o de baja complejidad (laboratorio clínico, anatomía patológica, rayos x simples, ecografías, electrocardiograma e inmunoglobulina E total de procesamiento dentro del territorio colombiano) | Ilimitada | A partir del primer día |
| Procedimientos diagnósticos especializados (examen de electrodiagnóstico, ecocardiogramas, densitometrías, medicina nuclear, escanografías, estudios radiológicos incluido medio de contraste, endoscopias) | Ilimitada | A partir del primer día del mes 4 |
| Procedimientos diagnósticos complejos (estudios vasculares, hemodinámicos, cateterismos cardíacos, electrofisiológicos, resonancia nuclear magnética, laparoscopia y artroscopia) | Ilimitada | A partir del primer día del mes 13 |

| Servicio Cubierto | Cobertura Máxima | Periodo de Carencia |
|--|---|--|
| Urgencias, Hospitalización y Cirugía | | |
| Atención integral de urgencias | 100% (hasta los topes del programa) | A partir del primer día |
| Ayudas diagnósticas intrahospitalarias complejas. (si existe el derecho) | Hasta cinco (5) SMMLV por usuario/año/contrato | A partir del primer día |
| Hospitalización tratamiento médico/quirúrgico (por urgencia) habitación sencilla individual | Hasta \$ 4.212.000 para Gastos Hospitalarios Hasta \$ 4.818.000 para Honorarios Médicos (evento/usuario/año/contrato) Hasta \$ 221.000 por día hasta 120 días (usuario/año/contrato) En todos los casos se cubrirá hasta los topes comprendidos en tratamiento hospitalario y/o quirúrgico | A partir del primer día |
| Hospitalización tratamiento médico/quirúrgico (programado) habitación sencilla individual | Hasta \$ 4.212.000 para Gastos Hospitalarios Hasta \$ 4.818.000 para Honorarios Médicos (evento/usuario/año/contrato) Hasta \$ 221.000 por día hasta 120 días (usuario/año/contrato) En todos los casos se cubrirá hasta los topes comprendidos en tratamiento hospitalario y/o quirúrgico | A partir del primer día del mes 7 o de acuerdo con el periodo de carencia del procedimiento quirúrgico |
| Hospitalización cuidados intensivos e intermedios | Hasta 30 días por usuario/año/contrato hasta \$ 673.000 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 (siempre y cuando tenga topes de gastos hospitalarios y honorarios médicos) | A partir del primer día |
| Hospitalización domiciliaria (**) | Según pertinencia médica | A partir del primer día |
| Hospitalización psiquiátrica | Hasta \$ 4.212.000 para Gastos Hospitalarios Hasta \$ 4.818.000 para Honorarios Médicos (evento/usuario/año/contrato) Hasta \$ 221.000 por día hasta 20 días (usuario/año/contrato) En todos los casos se cubrirá hasta los topes comprendidos en tratamiento hospitalario y/o quirúrgico | A partir del primer día del mes 4 |
| Coberturas Otros Servicios | | |
| Cobertura tratamiento médico del cáncer (quimioterapia, cobaltoterapia, radioterapia y hormonoterapia) | Hasta \$ 4.818.000 por usuario/año/contrato tratamiento médico del cáncer (quimioterapia, cobaltoterapia, radioterapia y hormonoterapia) | A partir del primer día del mes 13 |
| Tratamiento del SIDA | Tratamiento intrahospitalario hasta el tope del programa | A partir del primer día del mes 13 |
| Medicamentos antirretrovirales ambulatorios | Hasta cinco (5) SMMLV por usuario/año/contrato | A partir del primer día del mes 13 |
| Cobertura de maternidad (usuarias con derecho a la maternidad) | Para todas las usuarias del contrato, tres (3) ecografías de nivel II y una (1) ecografía de nivel III. Complicaciones del embarazo, hasta los topes del programa | En usuarias con derecho a la cobertura de maternidad a partir del primer día del mes 2 |
| | Parto o cesárea (anestesia obstétrica o epidural), hasta los topes del programa | |
| Atención neonatal: Atención intrahospitalaria no quirúrgica al recién nacido | Los primeros 10 días del periodo neonatal intrahospitalario y atención pediátrica intraparto. Gastos hospitalarios hasta \$4.212.000, honorarios médicos hasta \$ 4.818.000 por usuario/año/contrato. Los topes son propios del recién nacido independientes de los de la madre | A partir del primer día del recién nacido |
| Diálisis renal | Padecimiento reversible 100% | A partir del primer día del mes 8 |
| Material de osteosíntesis | Hasta cinco (5) SMMLV por usuario/año/contrato en lesiones ocasionadas por accidente o trauma | A partir del primer día |
| | Hasta 15 SMMLV por usuario/año/contrato por enfermedad general | A partir del primer día del mes 8 |
| Trasplante de órganos | Hasta \$ 5.723.000 todos los científicamente aprobados, no incluye la consecución del órgano | A partir del primer día del mes 25 |
| Servicio de traslado terrestre en ambulancia | Dentro del perímetro urbano, y hasta tres (3) traslados, bajo la modalidad de reembolso hasta el 50% de un (1) SMMLV por traslado | 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 15 SMMLV | A partir del primer día |
| Transfusiones de sangre y sus derivados | Hasta cinco (5) SMMLV por usuario/año/contrato, incluye el procedimiento (no cubre la consecución) | A partir del primer día |
| Trastornos congénitos y genéticos | Hasta dos (2) SMMLV por usuario/año/contrato | A partir del primer día del mes 25 |
| Asistencia en viaje (urgencias en el exterior) | Urgencias a través de operador internacional según condiciones de negociación | A partir del primer día |
| Cama individual para accidentes de tránsito | 100% en exceso del monto de las coberturas del SOAT hasta los topes del programa para habitación día | A partir del primer día del mes 4 |
| Lesiones ocasionadas por deportes de alto riesgo. No cubre práctica profesional. | 100% hasta los topes del programa | A partir del primer día del mes 4 |
| Reembolsos (previa autorización de auditoría médica) | Igual o superior al 10% de un (1) SMMLV conforme a las coberturas del servicio y a las tarifas de COOMEVA MP S.A. | De acuerdo con el periodo de carencia del servicio |

(*) El servicio se prestará inicialmente en las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Pereira y Bucaramanga.
(**) El servicio se prestará a través de la red de prestadores adscrita a COOMEVA MP S.A. y sus áreas de cobertura. En el evento que, el usuario no pueda acceder al servicio a través de la red de prestadores adscrita, la cobertura operará bajo la modalidad de reembolso y bajo las estipulaciones contempladas en la cláusula sexta, numeral 7.16 atención hospitalaria domiciliaria.
Topes de gastos hospitalarios y honorarios médicos por evento/usuario/año/contrato.
Todos los servicios son por usuario/año/contrato (excepto gastos hospitalarios y honorarios médicos).
Para efectos de Topes se tendrán en cuenta los diagnósticos que se presentan en el mismo mes.