

PLAN SALUD ACTIVA

El **Plan de Medicina Prepagada Salud Activa** ofrece servicios de salud de alta calidad a través de un modelo de atención centrado en el acompañamiento integral desde el primer contacto. Contarás con médicos generales y pediatras como puerta de entrada, quienes se encargan de orientar en temas médicos, tratamientos y programas de medicina preventiva, además de guiar el acceso a especialistas cuando sea necesario.

Este plan está disponible en las seis principales ciudades del país.

Generalidades de afiliación:

- Es requisito estar afiliado a una EPS del régimen contributivo.
- Se reconoce y convalida la antigüedad adquirida en otras medicinas prepagadas y planes complementarios.
- Se aplican condiciones por preexistencias médicas.
- Algunos servicios están sujetos a períodos de carencia antes de poder acceder a ellos.
- No existe límite de edad para afiliarse.
- Las tarifas son accesibles y se ajustan según el rango de edad del usuario.
- Para personas mayores de 64 años, se aplica una cuota de inscripción.
- Los usuarios de 50 años o más deben presentar un examen médico de ingreso como parte del proceso de afiliación.
- Presentar todos los documentos requeridos para el proceso de afiliación. (formularios, copia de documentos de identidad entre otros.).

Coberturas Plan Salud Activa

Cobertura desde el primer (1) día para contratos individuales, familiares y colectivos.

✓ Atención Médica - Consulta Externa

- **Atención de urgencias:** Accede a servicios de urgencias a través de la red médica del Plan Salud Activa, con cobertura en todo el territorio definido por el plan.
- **Cobertura nacional en principales ciudades:** Dispones de atención médica en seis ciudades principales del país: Bogotá, Barranquilla, Bucaramanga, Cali, Medellín y Villavicencio.
- **Acceso directo a médicos puerta de entrada:** Puedes consultar directamente con profesionales en medicina general o pediatría, sin necesidad de autorización previa.
- **Especialidades médicas por remisión:** El acceso a otras especialidades se realiza mediante remisión del médico de puerta de entrada, utilizando el

formato de referencia y contrarreferencia. La cobertura incluye una consulta inicial y un control por cada remisión.

- **Servicio de orientación en salud:** Línea especializada disponible para:
 - Brindar orientación médica general.
 - Direccionar adecuadamente en casos de urgencia.
 - Coordinar el servicio de ambulancia terrestre en caso de emergencia, dentro del perímetro urbano.
- **Cobertura en accidentes de tránsito:** Atención integral en caso de accidentes en vías terrestres, de acuerdo con los lineamientos del plan.

✓ **Exámenes Diagnósticos**

- **Exámenes de laboratorio clínico simples:**
Incluyen pruebas de rutina como hemogramas, glicemia, examen de orina, entre otros, que apoyan el diagnóstico médico general.
- **Estudios de imagenología simple:**
Comprende procedimientos básicos como radiografías convencionales, indicados para la evaluación inicial de diversas condiciones de salud.

✓ **Apoyos Terapéuticos**

El acceso a los servicios de nutrición, psicología y terapias se realiza previa orden médica, ya sea del médico puerta de entrada o del especialista correspondiente.

- **Psicología**
Se cubren hasta 15 consultas por año durante la vigencia del contrato. Para acceder, es necesaria una autorización previa.
- **Nutrición**
Se incluyen hasta 10 consultas por año durante la vigencia del contrato. También requiere autorización previa.
- **Terapias**
Incluye terapias físicas, respiratorias, de lenguaje y ocupacionales. Se requiere autorización previa. No existe límite máximo anual en el número total de terapias autorizadas.
- **Rehabilitación cardiaca**
Se cubren hasta un máximo de 20 sesiones por usuario al año durante la vigencia del contrato. Este servicio también requiere autorización previa.

✓ **Servicios Intrahospitalarios y Procedimientos**

- **Oxigenoterapia intrahospitalaria:**
Administración de oxígeno como parte del tratamiento médico durante la estancia en una institución hospitalaria.
- **Transfusiones de sangre:**
Incluye el suministro de componentes sanguíneos según indicación médica durante procedimientos o eventos clínicos que lo requieran.
- **Atención de partos pretérmino:**
Se brinda asistencia médica integral en casos de parto pretérmino, considerados como una urgencia médica, garantizando atención oportuna y especializada.
- **Atención médica y/o quirúrgica en urgencias vitales:**
Cobertura para intervenciones médicas o quirúrgicas necesarias en situaciones de emergencia que comprometan la vida del paciente.

Coberturas a partir del primer (1) día del quinto (5) mes de afiliación aplicable a contratos individuales y familiares. (para contratos colectivos aplica desde el primer día)

- **Cirugías programadas**
Se incluyen cirugías programadas que cuenten con pertinencia médica, garantizando procedimientos planificados y necesarios para el bienestar del paciente.
- **Hospitalización para tratamiento médico y/o quirúrgico**
Se ofrece cobertura completa para hospitalización relacionada con tratamientos médicos o quirúrgicos, asegurando atención integral durante la estancia hospitalaria.
- **Hospitalización para tratamiento psiquiátrico**
Se cubre la hospitalización para tratamiento psiquiátrico hasta un máximo de treinta (30) días calendario por cada año de vigencia del contrato, brindando soporte en salud mental cuando sea necesario.

Coberturas a partir del primer (1) día del séptimo (7) mes de afiliación aplicable a contratos individuales y familiares. (para contratos colectivos aplica desde el primer día)

Los usuarios acceden a una cobertura más especializada, diseñada para atender necesidades médicas de mayor complejidad. Esta etapa del plan incluye:

- **Exámenes diagnósticos especializados**

Acceso a estudios avanzados para diagnóstico médico, incluyendo: ecografías, ecocardiogramas, pruebas de esfuerzo, holter, Doppler, endoscopias, Tomografía Axial Computarizada (TAC), resonancias magnéticas, medicina nuclear (y otros procedimientos según pertinencia médica).

- **Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)**

Cobertura para hospitalización en UCI, en caso de requerirse tratamiento médico especializado en condiciones críticas.

- **Diálisis peritoneal**

Tratamiento cubierto para casos de insuficiencia renal de carácter reversible, bajo indicación médica.

- **Alimentación enteral y parenteral intrahospitalaria**

Incluye el suministro de alimentación especializada durante la hospitalización, ya sea por vía enteral o parenteral, según las necesidades del paciente.

Cobertura a partir del primer (1) día del duodécimo (12) mes de afiliación aplicable a contratos individuales y familiares.

- **Atención médica obstétrica**

Cobertura para la atención del parto o cesárea, para todas las usuarias del contrato, bajo indicación médica y según los protocolos establecidos y atención neonatal intrahospitalaria del recién nacido durante los primeros 15 días de vida extrauterina.

Para contratos colectivos, esta cobertura aplica a partir del primer (1) día del décimo (10) mes desde la fecha de afiliación.

Cobertura a partir del primer (1) día del décimo cuarto (14) mes de afiliación aplicable a contratos individuales y familiares. (Para contratos colectivos aplica desde el primer día)

- **Tratamiento hospitalario por diagnóstico de VIH/SIDA**

Se habilita la cobertura para atención hospitalaria relacionada con el diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA. Este beneficio garantiza acceso a servicios médicos especializados conforme a criterio clínico y protocolos establecidos

Servicios adicionales

- **Afiliación para bebé en gestación**

Las usuarias del contrato que cuentan con derecho a la atención médica y hospitalaria del parto pueden afiliar a sus bebés en gestación. que les permite tener acceso a todos los servicios del contrato desde el momento mismo de su nacimiento, como beneficio no se aplicarán preexistencias ni exclusiones por enfermedades o anomalías congénitas, ni por afecciones secundarias derivadas de deficiencias de maduración.

La afiliación debe realizarse a entre la semana entre la semana doce (12) y la semana veintidós (22) de gestación, acompañada de toda la documentación requerida.

- Valoración obstétrica realizada por un profesional adscrito al plan, con fecha de expedición no mayor a treinta (30) días, que incluya: (*nombre y edad de la usuaria fecha de la última menstruación, fecha probable de parto, edad gestacional y estado general y riesgos del embarazo*)
- Ecografía obstétrica de detalle, realizada entre las semanas doce (12) y veintidós (22) de gestación, con fecha de expedición no mayor a sesenta (60) días, emitida por un profesional o entidad adscrita al plan.
-

Contrato Accesorio de Servicios de Medicina Prepagada en Oncología (Anexo oncológico)

El **Contrato Accesorio de Oncología** es un complemento al contrato principal de servicios de medicina prepagada de Plan Salud Activa, que el usuario adquiere por un valor adicional para acceder a servicios especializados en salud oncológica.

Servicios incluidos:

1. **Consulta médica inicial en oncología**
Acceso a la primera consulta con especialistas en oncología.
2. **Consultas de seguimiento**
Acceso a consultas de control en oncología y otras especialidades relacionadas, para el tratamiento de la patología oncológica.
3. **Exámenes diagnósticos**
Cobertura para exámenes de laboratorio clínico e imágenes diagnósticas realizados en territorio nacional, siempre que estén justificados bajo un diagnóstico presuntivo o confirmado de cáncer.
4. **Hospitalización médica y quirúrgica**
Atención hospitalaria y/o quirúrgica para casos relacionados con diagnóstico de cáncer.
5. **Procedimientos ambulatorios**
Procedimientos ambulatorios vinculados a tratamientos oncológicos (quimioterapias, radioterapias entre otros).

6. Medicamentos

Cobertura de medicamentos incluidos en el vademécum del contrato accesorio, que abarca principios activos y presentaciones comerciales para el tratamiento del cáncer, incluyendo medicamentos ambulatorios para el manejo de efectos colaterales.

Acceso a los Servicios Médicos del Plan

Autorizaciones

Para acceder a los servicios derivados de las consultas médicas, es necesario contar con **autorización previa** para los siguientes procedimientos:

- Laboratorios
- Exámenes diagnósticos (simples y especializados)
- Procedimientos quirúrgicos
- Hospitalizaciones
- Apoyos terapéuticos
- Otros servicios relacionados

Pago de vales por cada acto médico

- Cada servicio requiere el pago de un **vale**.
- Las consultas con los médicos puerta de entrada (medicina general y pediatría) cuentan con una **tarifa diferencial**, por lo que el vale tiene un costo menor.
- Para el servicio de urgencias dentro del plan, se deben cancelar **dos vales**.

Formato de referencia y contra referencia

- Para consultar con especialistas, es necesario presentar un **formato de referencia** emitido por el médico puerta de entrada (médico general o pediatra).
- Este formato es válido para una consulta inicial y un control de seguimiento.

Exclusiones

- Atención fuera de red. No se reembolsarán gastos cuando el usuario acuda a médicos o instituciones que no estén incluidas en el directorio médico del plan, o si no cumple con los requisitos establecidos para el uso adecuado del servicio.
- Servicios domiciliarios: consulta médica domiciliaria, terapias, laboratorio u hospitalización en casa.
- Consultas de medicina alternativas, homeopatía, acupuntura o terapias no convencionales.
- Servicios odontológicos en cualquier modalidad o nivel de atención.
- Consultas psiquiátricas orientadas a psicoanálisis.

- Enfermedades causadas por malformaciones congénitas, genéticas o deformidades, así como su corrección.
- Enfermedades transmisibles declaradas epidemias o pandemias por el Ministerio de Salud o entidad competente.
- Enfermedades congénitas, genéticas o preexistentes al momento de la afiliación, ya sean conocidas o no.

- Tratamientos y estudios de fertilidad o infertilidad, y sus consecuencias médicas.
- Tratamientos dirigidos al feto, incluidos estudios de anomalías congénitas y procedimientos "in útero".
- Cirugías estéticas con fines de embellecimiento o plásticas por condiciones preexistentes.
- Atención en el exterior del país.
- Enfermedades o accidentes causados por consumo de alcohol o estupefacientes.
- Lesiones autoprovocadas, incluso en estado de alteración mental.
- Intento de suicidio.
- Lesiones o afecciones derivadas de conflictos armados, terrorismo, desastres naturales, huelgas o motines.
- Enfermedades o lesiones causadas por accidentes laborales, salvo que sean de carácter individual.
- Participación en riñas o reyertas.
- Enfermedades laborales o profesionales.
- Hospitalización solo para chequeos o diagnósticos en usuarios sanos.
- Hospitalización no cubre:
 - Elementos personales (pañales, leche en polvo, toallas higiénicas, etc.)
 - Servicios adicionales (cafetería, teléfono, cama de acompañante, enfermería especial).
- No se cubren medicamentos intrahospitalarios no producidos en Colombia ni derivados de sangre/plasma.
- Se excluyen medicamentos ambulatorios para quimioterapia, vacunas, autovacunas, y oxígeno ambulatorio.
- Bragueros, muletas, lentes, prótesis, equipos ortopédicos, válvulas artificiales, injertos, órganos para trasplante, y otros dispositivos similares.
- Al momento de solicitar la afiliación, el contratante y/o usuario deberá declarar si padece o ha padecido condiciones médicas relevantes.
Estas condiciones se considerarán preexistencias y quedarán excluidas de la cobertura del plan y se puede aceptar o rechazar la afiliación según el análisis médico.

Beneficios Potestativos

- Privilegios Colsanitas.
- Club OSI.

Medios de pago

Pago en línea, débito automático, cajero electrónico, entidad financiera, internet, audio respuesta.

Canales digitales

- ✓ María Paula nuestra asistente virtual en WhatsApp (+57) 310 310 7676 o en el chat de colsanitas.com,
- ✓ Oficina Virtual en colsanitas.com
- ✓ App Colsanitas
- ✓ Kioscos