



PÓLIZA DE SEGURO DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO QBE SEGUROS S.A. RÉGIMEN SUBSIDIADO.

CONDICIONES GENERALES

SUJETO A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA, QBE SEGUROS S.A. INDEMNIZARÁ AL TOMADOR HASTA LA SUMA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, EL REEMBOLSO DE LOS GASTOS MÉDICOS QUE SE CAUSEN DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA, DERIVADOS DE LOS TRATAMIENTOS PRACTICADOS A SUS AFILIADOS BAJO EL RÉGIMEN SUBSIDIADO AL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD, GARANTIZANDO LA ATENCIÓN A LOS AFECTADOS POR ENFERMEDADES DE ALTO COSTO, DEFINIDAS Y REGULADAS COMO TALES POR LAS DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES, ENMARCADAS EN LA LEY 1438 DE 2011 Y SUS ANEXOS TÉCNICOS, Y LA RESOLUCIÓN 5521 DE 2013, AL IGUAL QUE LAS DEMÁS NORMAS CONCORDANTES Y REGLAMENTARIAS QUE SE EXPIDAN EN UN FUTURO Y QUE REGULEN LA MATERIA, ENTENDIÉNDOSE ESTAS INCORPORADAS Y ADECUADAS AUTOMÁTICAMENTE, SIEMPRE QUE LOS GASTOS SEAN AUTORIZADOS POR MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIACIÓN DEL AMPARO Y QUE DICHAS MODIFICACIONES NO GENEREN UNA VARIACIÓN O AGRAVACIÓN EN EL ESTADO DEL RIESGO, EN CUYO CASO QBE SEGUROS S.A. REALIZARÁ LOS AJUSTES NECESARIOS EN LAS CONDICIONES Y TÉRMINOS DE LA PÓLIZA.

CLÁUSULA PRIMERA. COBERTURAS

1. TRASPLANTE RENAL, CORAZÓN, HÍGADO, MÉDULA ÓSEA Y CÓRNEA.

SE CUBREN LOS ESTUDIOS INMUNOLÓGICOS PREVIOS Y OBTENCIÓN DEL ÓRGANO O TEJIDO DEL DONANTE IDENTIFICADO COMO EFECTIVO, MAS NO ES OBJETO DE COBERTURA LOS PROTOCOLOS PRE-QUIRÚRGICOS EN BÚSQUEDA DE OTRAS PATOLOGÍAS PARA EL DONANTE NI EL RECEPTOR.

ADICIONALMENTE SE CUBRE LA ATENCIÓN DEL DONANTE VIVO HASTA SU RECUPERACIÓN, EL PROCESAMIENTO, TRANSPORTE Y CONSERVACIÓN ADECUADO, SEGÚN TECNOLOGÍA DISPONIBLE EN EL PAÍS, DEL ÓRGANO O TEJIDO A TRASPLANTAR, EL TRASPLANTE PROPIAMENTE DICHO EN EL PACIENTE, LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES PARA PREPARAR AL PACIENTE Y PARA LA ATENCIÓN O CONTROL POS- TRASPLANTE Y LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS Y/O INTERVENCIONES COMPLEMENTARIOS ADECUADOS DURANTE EL TRASPLANTE.

LOS MEDICAMENTOS SERÁN CUBIERTOS CONFORME A LO DISPUESTO EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE.

NO SE CUBRIRÁN LOS ESTUDIOS REALIZADOS EN DONANTES NO EFECTIVOS. NO SE INCLUYEN LAS ATENCIONES Y SERVICIOS NECESARIOS PARA ATENDER LA ENFERMEDAD PRECURSORA DE LA PATOLOGÍA PARA LA CUAL SE REALIZA EL TRASPLANTE.

ASÍ MISMO, TAMPOCO HACEN PARTE DE LA COBERTURA LA ATENCIÓN DE OTRAS PATOLOGÍAS CONCOMITANTES, PRECURSORAS O NO, CUYA COBERTURA ESTÁ A CARGO DE LA EPS Y NO SON CONSIDERADAS COMO ALTO COSTO.

2. MANEJO QUIRÚRGICO DE ENFERMEDADES CARDÍACAS

ATENCIÓN A CASOS DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIACAS, DE AORTA TORÁCICA Y ABDOMINAL, VENA CAVA, VASOS PULMONARES Y RENALES, QUE REQUIERAN MANEJO QUIRÚRGICO. SE INCLUYEN LAS TECNOLOGÍAS EN SALUD DE CARDIOLOGÍA Y HEMODINAMIA PARA DIAGNÓSTICO, CONTROL Y TRATAMIENTO, ASÍ COMO LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DE LOS CASOS DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.

LA COBERTURA SE ESTABLECE A PARTIR DE LA PRESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO POR PARTE DEL ESPECIALISTA O DEL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO Y SE LIMITA A:

EN LA FASE PRE-OPERATORIA:

-LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES DE COMPLEMENTACIÓN DIAGNÓSTICA NECESARIAS PARA LA DETERMINACIÓN DE RIESGOS QUIRÚRGICOS Y/O ANESTÉSICOS.

-SE CUBREN TODOS AQUELLOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS NECESARIOS PARA EL MANEJO DE LAS PATOLOGÍAS DEL CORAZÓN CON SUS CONTROLES POST-OPERATORIOS INTRAHOSPITALARIOS Y MANEJO DE SUS COMPLICACIONES. ESTOS PROCEDIMIENTOS SE CONSIDERAN CATASTRÓFICOS A PARTIR DEL MOMENTO DE LA CIRUGÍA.

EN LA FASE POST-OPERATORIA:

EL MANEJO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO POR PARTE DE LA ESPECIALIDAD TRATANTE DE LAS COMPLICACIONES DEL PROCEDIMIENTO Y DE LAS COMPLICACIONES ANESTÉSICAS POR EL ANESTESIÓLOGO Y TERMINA CUANDO EL PACIENTE ES DADO DE ALTA PARA EL EVENTO QUIRÚRGICO RESPECTIVO.

-LA REPROGRAMACIÓN DE MARCAPASOS DURANTE LOS PRIMEROS TREINTA (30) DÍAS POSTERIORES AL EGRESO.

-LA PRÓTESIS ENDOVASCULAR STENT CORONARIO CONVENCIONAL TANTO EL STENT CORONARIO CONVENCIONAL O NO RECUBIERTO PARA TODOS LOS CASOS SEGÚN RECOMENDACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE, COMO EL STENT CORONARIO RECUBIERTO O MEDICADO PARA LOS CASOS

DE PACIENTES CON VASOS PEQUEÑOS (MENOR A 3 MM DE DIÁMETRO) Y EN LESIONES LARGAS (MAYOR A 15 MM).

-LA CARDIECTOMÍA DEL DONANTE Y EL TRANSPORTE O PREPARACIÓN DEL ÓRGANO EN LOS CASOS DE TRASPLANTE DE CORAZÓN. NO SE INCLUYEN LOS PROTOCOLOS PREQUIRÚRGICOS EN BÚSQUEDA DE OTRAS PATOLOGÍAS, PARA EL DONANTE NI EL RECEPTOR.

-LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN CARDIACA PARA LOS CASOS QUIRÚRGICOS CONTEMPLADOS.

-ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO, SI EL PACIENTE LOS REQUIERE. NO SE INCLUYEN LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDIACO PERCUTÁNEO (EPICÁRDICO) Y ABLACIÓN CON CATÉTER DE LESIÓN O TEJIDO DEL CORAZÓN.

-NO SE INCLUYEN LOS SERVICIOS, ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES PRESTADOS PARA TRATAR LAS COMORBILIDADES NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO ANTES O DESPUÉS DE LA PRESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO.

-NO SE ENCUENTRAN INCLUIDAS EL MANEJO DE NINGUNA DE LAS PATOLOGÍAS CARDIACAS NO QUIRÚRGICAS.

EL VALOR MÁXIMO A INDEMNIZAR EN MEDICAMENTOS POS, ES EL ESTABLECIDO

COMO PRECIO MÁXIMO AL PÚBLICO EN EL PLM VIGENTE A LA FECHA DE LA OCURRENCIA.

3. MANEJO QUIRÚRGICO PARA AFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

MANEJO QUIRÚRGICO PARA AFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, INCLUYENDO LAS OPERACIONES PLÁSTICAS EN CRÁNEO NECESARIAS PARA ESTOS CASOS, ASÍ COMO LAS TECNOLOGÍAS EN SALUD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN QUE SE REQUIERAN; ASÍ MISMO LOS CASOS DE TRAUMA QUE AFECTAN LA COLUMNA VERTEBRAL Y/O EL CANAL RAQUÍDEO SIEMPRE QUE INVOLUCREN DAÑO O PROBABLE DAÑO DE MÉDULA Y QUE REQUIERA ATENCIÓN QUIRÚRGICA, BIEN SEA POR NEUROCIRUGÍA O POR ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA.

SE INCLUYE, LA CORRECCIÓN DE HERNIA DEL NÚCLEO PULPOSO INCLUYENDO LAS TECNOLOGÍAS EN SALUD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN QUE SE REQUIERAN.

LA COBERTURA SE ESTABLECE A PARTIR DE LA PRESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO POR PARTE DEL ESPECIALISTA Y SE LIMITA A:

EN LA FASE PRE-OPERATORIA:

LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES DE COMPLEMENTACIÓN DIAGNÓSTICA NECESARIAS PARA LA DETERMINACIÓN DE RIESGOS QUIRÚRGICOS Y/O ANESTÉSICOS.

EN LA FASE POST-OPERATORIA:

EL MANEJO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO POR PARTE DE LA ESPECIALIDAD TRATANTE, DE LAS COMPLICACIONES DEL PROCEDIMIENTO Y DE LAS COMPLICACIONES ANESTÉSICAS POR EL ANESTESIÓLOGO Y TERMINA CUANDO EL PACIENTE ES DADO DE ALTA PARA EL EVENTO QUIRÚRGICO RESPECTIVO.

NO ESTÁN INCLUIDAS LAS COMPLICACIONES INHERENTES A LAS PATOLOGÍAS DE BASE QUE CAUSAN LA CIRUGÍA COMO MENINGITIS, ABSCESOS, CISTICERCOSIS ENTRE OTRAS, QUE NO ESTÁN INCLUIDAS EN EL PLAN OBLIGATORIO DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.

NO SE INCLUYE EL TCE LEVE, MODERADO O SEVERO DE MANEJO MÉDICO NO QUIRÚRGICO.

ESTÁN CUBIERTAS LAS ACTIVIDADES, INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN PARA LOS CASOS QUIRÚRGICOS CONTEMPLADOS.

EL VALOR MÁXIMO A INDEMNIZAR EN MEDICAMENTOS POS, ES EL ESTABLECIDO COMO PRECIO MÁXIMO AL PÚBLICO EN EL PLM VIGENTE A LA FECHA DE LA OCURRENCIA.

4. ATENCIÓN DE INSUFICIENCIA RENAL AGUDA O CRÓNICA.

TRATAMIENTO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA O CRÓNICA, CON TECNOLOGÍAS EN SALUD PARA SU ATENCIÓN Y/O LAS COMPLICACIONES

INHERENTES A LA MISMA EN EL ÁMBITO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO. INCLUYENDO:

- ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA AFECCIÓN Y/O DEL TRATAMIENTO.
- LA HEMODIÁLISIS ESTÁNDAR CON BICARBONATO Y LA DIÁLISIS PERITONEAL Y/O DIÁLISIS PERITONEAL MANUAL Y/O DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA.
- EL TRASPLANTE DE RIÑÓN DE DONANTE AL PACIENTE Y LA NEFRECTOMÍA (OBTENCIÓN DE ÓRGANO) O NEFRECTOMÍA DE DONANTE VIVO POR LAPAROSCOPIA, DEL DONANTE.
- EL CONTROL PERMANENTE DEL TRASPLANTE RENAL.
- EL CONTROL DEL DONANTE HASTA QUE SEA DADO DE ALTA POR EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (NEFRECTOMÍA).
- EL COSTO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE DIÁLISIS Y SUS COMPLICACIONES PRESENTADAS, CUANDO EXISTA UNA CLARA CAUSA-EFECTO GENERADAS POR LA DIÁLISIS Y/O DIÁLISIS PERITONEAL, INCLUYENDO COLOCACIÓN O RETIRO DEL CATÉTER PERITONEAL, CONSTRUCCIÓN DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA CON O SIN INJERTO E IMPLANTACIÓN DE CÁNULA ARTERIO-VENOSA, PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO DE CONTROL, USO DE EQUIPOS, HONORARIOS MÉDICOS Y DE ENFERMERÍA, SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE LA DIÁLISIS.

• SI LOS PROCEDIMIENTOS DE HEMODIÁLISIS O DIÁLISIS PERITONEAL SE REALIZAN EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO, NO SE RECONOCERÁN DERECHOS DE SALA.

NO SE INCLUYEN LAS ATENCIONES Y SERVICIOS NECESARIOS PARA ATENDER LA CAUSA O ENFERMEDAD PRECURSORA DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA O AGUDA, QUE NO ESTÁN DESCRITAS EN LA RESOLUCIÓN QUE DEFINE EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD PARA EL RÉGIMEN SUBSIDIADO, TALES COMO LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, EL SÍNDROME NEFRÓTICO Y NEFRÍTICO. ASÍ MISMO, TAMPOCO HACEN PARTE DE LA COBERTURA LA ATENCIÓN DE OTRAS PATOLOGÍAS CONCOMITANTES, PRECURSORAS O NO, CUYA COBERTURA ESTÁ A CARGO DE LA EPS Y/O EL ENTE TERRITORIAL Y NO SON CONSIDERADAS COMO ALTO COSTO, TALES COMO HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DIABETES, ETC.

NO SE INCLUYEN LOS PROTOCOLOS PREQUIRÚRGICOS EN BÚSQUEDA DE OTRAS PATOLOGÍAS PARA EL DONANTE NI EL RECEPTOR.

EL VALOR MÁXIMO A INDEMNIZAR EN MEDICAMENTOS POS, ES EL ESTABLECIDO COMO PRECIO MÁXIMO AL PÚBLICO EN EL PLM VIGENTE A LA FECHA DE LA OCURRENCIA.

5. ATENCIÓN INTEGRAL DEL GRAN QUEMADO

INCLUYE LAS INTERVENCIONES DE CIRUGÍA PLÁSTICA RECONSTRUCTIVA O FUNCIONAL PARA EL TRATAMIENTO DE LAS SECUELAS,

LA INTERNACIÓN, FISIATRÍA, TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN POSTERIOR AL TRATAMIENTO.

PARA EFECTOS DEL PRESENTE NUMERAL, SE ENTIENDE COMO GRAN QUEMADO AL PACIENTE CON ALGUNO DE LOS SIGUIENTES TIPOS DE LESIONES:

a) QUEMADURAS DE 2º Y 3º GRADO EN MÁS DEL 20% DE LA SUPERFICIE CORPORAL.

b) QUEMADURAS DEL GROSOR TOTAL O PROFUNDO, EN CUALQUIER EXTENSIÓN, QUE AFECTAN A MANOS, CARA, OJOS, OÍDOS, PIES Y PERINEO O ZONA ANO GENITAL.

c) QUEMADURAS COMPLICADAS POR LESIÓN POR ASPIRACIÓN.

d) QUEMADURAS PROFUNDAS Y DE MUCOSAS, ELÉCTRICAS Y/O QUÍMICAS.

e) QUEMADURAS COMPLICADAS CON FRACTURAS Y OTROS TRAUMATISMOS IMPORTANTES.

f) QUEMADURAS EN PACIENTES DE ALTO RIESGO POR SER MENORES DE 5 AÑOS Y MAYORES DE 60 AÑOS O COMPLICADAS POR ENFERMEDADES INTERCURRENTES MODERADAS, SEVERAS O ESTADO CRÍTICO PREVIO.

LA COBERTURA COMPRENDE LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES Y SERVICIOS DE CUALQUIER COMPLEJIDAD, NECESARIOS PARA SU ATENCIÓN SEA ESTA AMBULATORIA U HOSPITALARIA, INCLUYENDO:

-INTERNACIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE CUALQUIER COMPLEJIDAD, QUE SE REQUIERA PARA SU MANEJO.

-LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE CIRUGÍA PLÁSTICA RECONSTRUCTIVA O FUNCIONAL PARA EL TRATAMIENTO DE LAS SECUELAS Y LOS DERECHOS DE HOSPITALIZACIÓN DE LA COMPLEJIDAD NECESARIA.

-LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE ESTOS CASOS.

EL VALOR MÁXIMO A INDEMNIZAR EN MEDICAMENTOS POS, ES EL ESTABLECIDO COMO PRECIO MÁXIMO AL PÚBLICO EN EL PLM VIGENTE A LA FECHA DE LA OCURRENCIA.

6. MANEJO DEL PACIENTE INFECTADO POR VIH/SIDA

ATENCIÓN INTEGRAL DE PACIENTES INFECTADOS CON VIH/SIDA.

SE CUBRE LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH POSITIVO, LAS TECNOLOGÍAS DESCRITAS EN LA RESOLUCIÓN 5521 DE 2013, EN LAS DIFERENTES FASES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y PALIACIÓN.

POR PORTADOR SE ENTIENDE A LA PERSONA QUE YA TIENE EL DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR LABORATORIO DE ACUERDO CON LA GUÍA DE ATENCIÓN DE LA ENTIDAD QUE ESTUDIA EL CASO.

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE SIDA ES AQUEL CON VIH CONFIRMADO POR CUALQUIERA DE LAS PRUEBAS AVALADAS POR EL MINISTERIO DE LA SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, EN RELACIÓN CON EL SÍNDROME Y SUS COMPLICACIONES. LA COBERTURA INICIA A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE CONFIRMA EL DIAGNÓSTICO E INCLUYE:

-LA ATENCIÓN AMBULATORIA Y HOSPITALARIA DE LA COMPLEJIDAD NECESARIA, LOS INSUMOS Y MATERIALES REQUERIDOS.

-EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS ANTIRETROVIRALES E INHIBIDORES DE PROTEASA ESTABLECIDOS EN LA NORMA QUE REGULE EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD PARA LA FECHA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

-TODOS LOS ESTUDIOS NECESARIOS PARA EL DIAGNÓSTICO INICIAL DEL CASO CONFIRMADO, ASÍ COMO LOS DE COMPLEMENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y DE CONTROL.

EL VALOR MÁXIMO A INDEMNIZAR EN MEDICAMENTOS POS, ES EL ESTABLECIDO COMO PRECIO MÁXIMO AL PÚBLICO EN EL PLM VIGENTE A LA FECHA DE LA OCURRENCIA.

7. TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON CÁNCER

EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON CÁNCER, LA COBERTURA INCLUYE TODAS LAS TECNOLOGÍAS CONTENIDAS EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD.

INCLUYE ADEMÁS DE LAS TECNOLOGÍAS POR CUALQUIER MEDIO MÉDICAMENTE RECONOCIDO CLÍNICO O PROCEDIMENTAL, PARA EL TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN, LA TERAPIA PALIATIVA PARA EL DOLOR Y LA DISFUNCIONALIDAD, ASÍ COMO LA TERAPIA DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE PSICOLÓGICO, DE SER REQUERIDAS DURANTE EL TIEMPO QUE SEA NECESARIO A JUICIO DEL PROFESIONAL TRATANTE Y EN SERVICIOS DEBIDAMENTE HABILITADOS PARA TAL FIN.

SE CUBRE EL TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA PARA EL CÁNCER, EL CUAL ES REALIZADO POR LAS UNIDADES ESPECIALIZADAS DE ONCOLOGÍA CLÍNICA, CON FÁRMACOS ANTICANCEROSOS APROBADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y MÁQUINA DE RADIACIONES IONIZANTES DISEÑADAS ESPECIALMENTE PARA EL TRATAMIENTO DE TUMORES LOCALIZADOS CON RADIOTERAPIA, DE ACUERDO CON LOS PROTOCOLOS APROBADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.

LA COBERTURA INICIA A PARTIR DE LA CONFIRMACIÓN POR ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO DEL CÁNCER E INCLUYE:

-TODOS LOS ESTUDIOS NECESARIOS PARA LA COMPLEMENTACIÓN DIAGNÓSTICA DEL CASO CONFIRMADO Y DE CONTROL, PARA LA CLASIFICACIÓN Y MANEJO DE PACIENTES.

-EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO, LOS DERECHOS DE HOSPITALIZACIÓN.

-LA QUIMIOTERAPIA, LA RADIOTERAPIA, INCLUYENDO TELETERAPIA CON FOTONES CON ACELERADOR LINEAL, EL CONTROL Y TRATAMIENTO MÉDICO POSTERIOR.

-EL MANEJO DEL DOLOR E INTERVENCIONES DE TIPO PALIATIVO PARA EL PACIENTE TERMINAL.

PARA LA COBERTURA DE SERVICIOS INCLUIDOS EN EL POS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO, CUALQUIER MEDIO MEDICAMENTE RECONOCIDO, QUE SE ENCUENTRE INCLUIDO EN EL POS, CLÍNICO O PROCEDIMENTAL, ES VÁLIDO PARA LA CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA POR PARTE DEL MÉDICO DE LOS CASOS DE CÁNCER.

EN AQUELLOS CASOS QUE FUEREN CONFIRMADOS, SERÁ CUBIERTO EL PAGO DE LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES REALIZADAS PARA LA CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA, ASÍ NO HUBIERAN SIDO AUTORIZADOS PREVIAMENTE POR LA EPS. NO SE INCLUYEN LOS SERVICIOS DIAGNÓSTICOS DE CASOS NO CONFIRMADOS.

EL VALOR MÁXIMO A INDEMNIZAR EN MEDICAMENTOS POS, ES EL ESTABLECIDO COMO PRECIO MÁXIMO AL PÚBLICO EN EL PLM VIGENTE A LA FECHA DE LA OCURRENCIA.

8. REEMPLAZOS ARTICULARES.

ATENCIÓN DE PACIENTES QUE REQUIERAN REEMPLAZOS PARCIALES O TOTALES DE HOMBRO, CADERA O RODILLA, SE CUBRE:

- LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, LA PRÓTESIS Y LOS DERECHOS DE HOSPITALIZACIÓN DE LA COMPLEJIDAD NECESARIA.

- LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN PARA ESTOS PACIENTES SOMETIDOS A REEMPLAZO.

- EL CONTROL Y TRATAMIENTO POSTERIOR.

LA COBERTURA SE ESTABLECE A PARTIR DE LA PRESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO POR PARTE DEL ESPECIALISTA Y SE LIMITA:

- EN LA FASE PRE-OPERATORIA, EL ESTUDIO CON LA CONSULTA ESPECIALIZADA Y ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES DE COMPLEMENTACIÓN DIAGNÓSTICA PARA LA DETERMINACIÓN DE RIESGOS QUIRÚRGICOS Y/O ANESTÉSICOS.

- EN LA FASE POS-OPERATORIA, EL MANEJO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO POR PARTE DE LA ESPECIALIDAD TRATANTE DE LAS COMPLICACIONES DEL PROCEDIMIENTO Y/O ANESTÉSICAS POR EL ANESTESIÓLOGO Y TERMINA CUANDO EL PACIENTE ES DADO DE ALTA PARA EL EVENTO QUIRÚRGICO RESPECTIVO.

9. INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

ATENCIÓN A PACIENTES DE TODAS LAS EDADES, QUE REQUIERAN INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN INSTITUCIONES DE 3º Y 4º NIVEL DE

COMPLEJIDAD, DE ACUERDO CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE DE HABILITACIÓN.

EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD CUBRE LA INTERNACIÓN EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, INTERMEDIOS Y DE QUEMADOS, DE CONFORMIDAD CON EL CRITERIO DEL MÉDICO RESPONSABLE DE LA UNIDAD O DEL MÉDICO TRATANTE.

EL CUIDADO INTENSIVO SE CUBRE DESDE EL PRIMER DÍA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÍTICAMENTE ENFERMO PERO RECUPERABLE, CUYA CONDICIÓN CLÍNICA PONE EN PELIGRO LA VIDA EN FORMA INMINENTE, POR LO QUE REQUIERE EVALUACIÓN MÉDICA Y DE ENFERMERÍA PERMANENTE Y ACTIVIDADES PRECISAS DE MONITORIZACIÓN Y DE MANEJO PARA LA INESTABILIDAD NEUROLÓGICA, HEMODINÁMICA, RESPIRATORIA, GASTROINTESTINAL, RENAL, ENDOCRINA, HEMATOLÓGICA Y METABÓLICA; ASÍ COMO LOS PROCEDIMIENTOS SIMULTÁNEOS QUE SE REALIZAN EN OTROS SERVICIOS, SIEMPRE Y CUANDO SE ENCUENTREN INCLUIDOS EN EL POS SUBSIDIADO.

DURANTE LA PERMANENCIA EN CUIDADO INTENSIVO SE RECONOCERÁN LOS MEDICAMENTOS INCLUIDOS EN EL POS, DE ACUERDO CON EL ANEXO NO.1 DE LA RESOLUCIÓN 5521 DE 2013.

LA PÓLIZA RECONOCERÁ EL TRANSPORTE ACUÁTICO, AÉREO Y TERRESTRE (EN AMBULANCIA BÁSICA O MEDICALIZADA) O TRASLADOS DE PACIENTES EN LOS SIGUIENTES CASOS:

- MOVILIZACIÓN DE PACIENTES CON PATOLOGÍA DE URGENCIAS DESDE EL SITIO DE OCURRENCIA DE LA MISMA HASTA UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA, INCLUYENDO EL SERVICIO PREHOSPITALARIO Y DE APOYO TERAPÉUTICO EN UNIDADES MÓVILES.

- ENTRE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL DE LOS PACIENTES REMITIDOS, TENIENDO EN CUENTA LAS LIMITACIONES EN LA OFERTA DE SERVICIOS DE LA INSTITUCIÓN EN DONDE ESTÁN SIENDO ATENDIDOS, QUE REQUIERAN DE ATENCIÓN EN UN SERVICIO NO DISPONIBLE EN LA INSTITUCIÓN REMISORA. IGUALMENTE PARA ESTOS CASOS ESTÁ CUBIERTO EL TRASLADO EN AMBULANCIA EN CASO DE CONTRA REFERENCIA.

EL SERVICIO DE TRASLADO CUBRIRÁ EL MEDIO DE TRANSPORTE DISPONIBLE EN EL MEDIO GEOGRÁFICO DONDE SE ENCUENTRE EL PACIENTE, CON BASE EN SU ESTADO DE SALUD, EL CONCEPTO DEL MÉDICO TRATANTE Y EL DESTINO DE LA REMISIÓN, DE CONFORMIDAD CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE.

ASÍ MISMO, SE CUBRE EL TRASLADO EN AMBULANCIA DEL PACIENTE REMITIDO PARA ATENCIÓN DOMICILIARIA SI EL MÉDICO ASÍ LO PRESCRIBE.

10. MANEJO QUIRÚRGICO DE ENFERMEDADES CONGÉNITAS

SE CUBRE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA ENFERMEDADES DE ORIGEN GENÉTICO Y CONGÉNITO REALIZADO CON

EL FIN DE CORREGIR O MEJORAR DEFECTOS DESDE EL NACIMIENTO.

SE CONSIDERA DE ALTO COSTO, A PARTIR DEL MOMENTO EN QUE SE REALICE LA CIRUGÍA SIEMPRE Y CUANDO CUMPLA LO ESTIPULADO EN LA DEFINICIÓN DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO E INCLUYE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, EL MANEJO INTRAHOSPITALARIO DE LAS COMPLICACIONES DERIVADAS DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS DERIVADOS DIRECTAMENTE DE LA INTERVENCIÓN. NO HAY COBERTURA PARA EL MANEJO MÉDICO DE ESTAS PATOLOGÍAS.

EL VALOR MÁXIMO A INDEMNIZAR EN MEDICAMENTOS POS, ES EL ESTABLECIDO COMO PRECIO MÁXIMO AL PÚBLICO EN EL PLM A LA FECHA DE LA OCURRENCIA.

11. MANEJO DEL TRAUMA MAYOR.

MANEJO DE URGENCIAS Y TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO MÉDICO Y QUIRÚRGICO PARA EL PACIENTE CON LESIÓN O LESIONES GRAVES, PROVOCADAS POR VIOLENCIA EXTERIOR, CON UN ÍNDICE DE SEVERIDAD MAYOR DE 15 SEGÚN LOS CRITERIOS DEL MANUAL ATLS (ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT) DEL COLEGIO AMERICANO DE CIRUJANOS QUE PARA SU MANEJO MÉDICO-QUIRÚRGICO SEA NECESARIO REALIZAR PROCEDIMIENTOS Y/O INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS MÚLTIPLES Y QUE CUALQUIERA DE ELLOS SE EFECTÚE EN UN SERVICIO DE ALTA COMPLEJIDAD Y DE ALTO COSTO.

EL VALOR MÁXIMO A INDEMNIZAR EN MEDICAMENTOS POS ES EL ESTABLECIDO COMO PRECIO MÁXIMO AL PÚBLICO EN EL PLM VIGENTE A LA FECHA DE LA OCURRENCIA.

CLÁUSULA SEGUNDA. EXCLUSIONES

QBE SEGUROS S.A., NO ASUMIRÁ RESPONSABILIDAD ALGUNA EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, POR AQUELLOS AFILIADOS (INCLUYENDO RECIÉN NACIDOS) QUE NO HAYAN SIDO REPORTADOS OPORTUNAMENTE EN LA BASE DE DATOS DEL GRUPO ASEGURADO POR PARTE DEL TOMADOR Y BENEFICIARIO, DENTRO DE LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES SEÑALADOS EN LA CLÁUSULA SÉPTIMA (REGISTRO DE AFILIADOS EN LA BASE DE DATOS).

ADICIONALMENTE, ESTA PÓLIZA NO AMPARA LOS GASTOS DE TRATAMIENTOS MÉDICOS CAUSADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR:

1. LESIONES RECIBIDAS EN ACTOS DE GUERRA (DECLARADA O NO) REVOLUCIÓN, SEDICIÓN, CONMOCIÓN CIVIL, TERRORISMO Y HUELGA, LESIONES SUFRIDAS COMO CONSECUENCIA DE FENÓMENOS CATASTRÓFICOS POR CAUSAS NATURALES Y LAS LESIONES INMEDIATAS O TARDÍAS CAUSADAS POR FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR.

2. ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDADES PROFESIONALES.

3. TRATAMIENTOS NO INCLUIDOS EN MANUAL DE ACTIVIDADES, INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS, ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, O NO RECONOCIDOS POR ASOCIACIONES MÉDICO-CIENTÍFICAS A NIVEL MUNDIAL O AQUELLOS DE CARÁCTER EXPERIMENTAL.

4. MEDICAMENTOS O SUBSTANCIAS QUE NO SE ENCUENTREN EXPRESAMENTE AUTORIZADOS EN EL MANUAL DE MEDICAMENTOS Y TERAPÉUTICA ESTABLECIDO PARA EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD O DROGAS Y SUBSTANCIAS EXPERIMENTALES.

5. SUMINISTRO DE APARATOS DE PRÓTESIS O DE EQUIPOS ORTOPÉDICOS A EXCEPCIÓN DE LOS REQUERIDOS EXCLUSIVAMENTE COMO MATERIALES QUIRÚRGICOS, TALES COMO: MARCAPASOS, PRÓTESIS VALVULARES Y ARTICULARES Y MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS.

6. NO SE INCLUYE EL TRATAMIENTO DE PACIENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO NI EN UNIDADES DE CUIDADO ESPECIAL, EN PACIENTES EN ESTADO TERMINAL DE CUALQUIER ETIOLOGÍA, CON DIAGNÓSTICO DE MUERTE CEREBRAL, SALVO PROCESO EN CURSO DE DONACIÓN DE SUS ÓRGANOS, SEGÚN SEA SUSTENTADO POR EL PROFESIONAL TRATANTE.

7. TECNOLOGÍAS EN SALUD CONSIDERADAS COMO COSMÉTICAS, ESTÉTICAS, Suntuarias o de embellecimiento, así como la atención de sus

COMPLICACIONES, SALVO LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS.

8. TECNOLOGÍAS EN SALUD DE CARÁCTER EXPERIMENTAL O SOBRE LAS CUALES NO EXISTA EVIDENCIA CIENTÍFICA, DE SEGURIDAD O EFECTIVIDAD, O QUE NO HAYAN SIDO RECONOCIDAS POR LAS AUTORIDADES NACIONALES COMPETENTES.

9. TECNOLOGÍAS EN SALUD QUE SE UTILICEN CON FINES EDUCATIVOS, INSTRUCTIVOS O DE CAPACITACIÓN DURANTE EL PROCESO DE REHABILITACIÓN SOCIAL O LABORAL.

10. TECNOLOGÍAS EN SALUD QUE TENGAN ALERTAS DE SEGURIDAD O FALTA DE EFECTIVIDAD QUE RECOMIENDEN SU RETIRO DEL MERCADO, DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE.

11. TECNOLOGÍAS EN SALUD CUYA FINALIDAD NO SEA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN O PALIACIÓN DE LA ENFERMEDAD.

12. BIENES Y SERVICIOS QUE NO CORRESPONDAN AL ÁMBITO DE LA SALUD.

13. MEDIAS ELÁSTICAS DE SOPORTE, CORSÉS O FAJAS, SILLAS DE RUEDAS, PLANTILLAS Y ZAPATOS ORTOPÉDICOS, VENDAJES ACRÍLICOS, LENTES DE CONTACTO, LENTES PARA ANTEOJOS CON MATERIALES DIFERENTES A VIDRIO O PLÁSTICO, FILTROS O COLORES Y PELÍCULAS ESPECIALES.

14. DISPOSITIVOS, IMPLANTES, O PRÓTESIS, NECESARIOS PARA TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS EN EL POS.

15. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS CUYAS INDICACIONES Y USOS RESPECTIVAMENTE NO SE ENCUENTREN AUTORIZADOS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.

16. TECNOLOGÍAS O TRATAMIENTOS EXPERIMENTALES PARA CUALQUIER TIPO DE ENFERMEDAD.

17. TECNOLOGÍAS EN SALUD (MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS) SOBRE LAS CUALES EL INVIMA COMO AUTORIDAD COMPETENTE HAYA RECOMENDADO SU RETIRO DEL MERCADO O NO HAYA SIDO RECONOCIDA POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES.

18. TECNOLOGÍAS EN SALUD SOBRE LA CUAL NO EXISTA EVIDENCIA CIENTÍFICA, DE SEGURIDAD O COSTO EFECTIVIDAD O QUE TENGAN ALERTAS DE SEGURIDAD O FALTA DE EFECTIVIDAD QUE RECOMIENDEN SU RETIRO DEL MERCADO, DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE.

19. TECNOLOGÍAS EN SALUD CUYA FINALIDAD NO SEA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN O PALIACIÓN DE LA ENFERMEDAD.

20. TRASPLANTE DE ÓRGANOS E INJERTOS BIOLÓGICOS DIFERENTES A LOS DESCRITOS EN LA PRESENTE PÓLIZA.

21. TECNOLOGÍAS EN SALUD PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, DEGENERATIVAS, CARCINOMATOSIS, TRAUMÁTICAS O DE CUALQUIER ÍNDOLE EN SU FASE TERMINAL, O CUANDO PARA ELLAS NO EXISTAN POSIBILIDADES DE RECUPERACIÓN, SALVO LO DISPUESTO PARA LA ATENCIÓN PALIATIVA.

22. TECNOLOGÍAS DE CARÁCTER EDUCATIVO, INSTRUCTIVO O DE CAPACITACIÓN, QUE SE LLEVEN A CABO DURANTE EL PROCESO DE REHABILITACIÓN SOCIAL O LABORAL Y NO CORRESPONDEN AL ÁMBITO DE LA SALUD AUNQUE SEAN REALIZADAS POR PERSONAL DEL ÁREA DE LA SALUD.

23. PAÑALES PARA NIÑOS Y ADULTOS.

24. TOALLAS HIGIÉNICAS.

25. ARTÍCULOS COSMÉTICOS.

26. TRATAMIENTOS CAPILARES.

27. CHAMPÚS DE CUALQUIER TIPO.

28. JABONES.

29. CREMAS HIDRATANTES O HUMECTANTES.

30. CREMAS ANTISOLARES O PARA LAS MANCHAS EN LA PIEL.

31. MEDICAMENTOS PARA LA MEMORIA.

32. CUBRIMIENTO DE CUALQUIER TIPO DE DIETA EN ÁMBITOS NO HOSPITALARIOS,

SALVO LO SEÑALADO EXPRESAMENTE EN EL PRESENTE CLAUSULADO.

33. ENJUAGUES BUCALES Y CREMAS DENTALES.

34. LOS PROCEDIMIENTOS CONEXOS Y LAS COMPLICACIONES QUE SURJAN DE LAS ATENCIONES EN LOS EVENTOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS.

35. LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE INTERNACIÓN EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, INTERMEDIOS O QUEMADOS DE PACIENTES EN ESTADO TERMINAL DE CUALQUIER ETIOLOGÍA, SEGÚN CRITERIO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD TRATANTE.

36. LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE INTERNACIÓN EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, INTERMEDIOS O QUEMADOS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE MUERTE CEREBRAL, SALVO PROCESO EN CURSO DE DONACIÓN DE SUS ÓRGANOS, QUE ESTARÁ A CARGO DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RECEPTOR.

37. TRASLADOS Y CAMBIOS DE LUGAR DE RESIDENCIA POR CONDICIONES DE SALUD, ASÍ SEAN PRESCRITAS POR EL MÉDICO TRATANTE.

38. PRESTACIONES DE SALUD EN INSTITUCIONES NO HABILITADAS PARA TAL FIN DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD.

39. NECROPSIAS Y PERITAJES FORENSES Y AQUELLAS QUE NO TENGAN UNA FINALIDAD CLÍNICA.

40. SERVICIOS FUNERARIOS, INCLUYENDO EL TRASLADO DE CADÁVER.

CLÁUSULA TERCERA. LÍMITE ASEGURADO

El límite asegurado, representa la máxima responsabilidad de QBE Seguros S. A. frente a los gastos causados por la atención de la patología por paciente durante la vigencia de la póliza que se relacione con cada una de las coberturas enunciadas en la carátula de la póliza.

CLÁUSULA CUARTA. DEDUCIBLE

Corresponde al monto o porcentaje de los gastos de cada una de las coberturas por paciente por vigencia, estipulado en la carátula de la póliza, que invariablemente se deduce de la indemnización y que, por lo tanto, siempre queda a cargo del tomador.

CLÁUSULA QUINTA. LIMITACIONES DE LA COBERTURA

QBE Seguros S.A. cubrirá los costos de atención médica correspondientes a los servicios que se presten de conformidad con las disposiciones vigentes tanto a la fecha de expedición de la presente póliza, como a la fecha en que el paciente haya adquirido la calidad de afiliado al régimen subsidiado en la respectiva entidad asegurada.

QBE Seguros S.A. indemnizará los costos de atención de las enfermedades amparadas, de

acuerdo con las tarifas establecidas dentro del régimen subsidiado, ISS o SOAT, o las tarifas institucionales, las cuales deben ser definidas al inicio de la vigencia de la póliza.

CLÁUSULA SEXTA. DEFINICIONES

TOMADOR

Es la persona jurídica a cuyo nombre se expide la presente póliza y que obrando por cuenta propia, traslada los riesgos a QBE SEGUROS S. A. y quien será responsable del pago de la prima.

BENEFICIARIO

Para efectos de esta póliza, es el mismo tomador.

AFILIADO

La persona que inscrita previamente en los registros del tomador, adquiere la calidad de afiliado al régimen subsidiado, según las normas vigentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

CLAUSULA SÉPTIMA. REGISTRO DE AFILIADOS EN LA BASE DE DATOS

Dentro de los diez (10) primeros días de cada mes el tomador, de manera periódica y obligatoria, deberá enviar a QBE SEGUROS S.A. en medio magnético, la base de datos, incluyendo de manera obligatoria todos aquellos nuevos afiliados que ingresaron en el mes inmediatamente anterior, los recién nacidos, los afiliados ya existentes y las novedades de retiro. Esta base debe cumplir

con los requisitos establecidos en la Resolución 1344 del 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas que la aclaren o modifiquen. La Población que QBE SEGUROS S.A. tomará como referencia para la facturación y para el reconocimiento de indemnizaciones será la que repose en los registros reportados por el tomador mensualmente a QBE SEGUROS S.A. Esta base de datos deberá contener la misma información que se reporta al FOSYGA.

Así mismo, los recién nacidos estarán cubiertos por la presente póliza siempre y cuando sean reportados por el tomador a QBE SEGUROS S.A. en la base de datos, dentro de los treinta (30) días siguientes en que la EPS-S tenga conocimiento del nacimiento de acuerdo con el artículo 1060 y el inciso 1º del artículo 1058 del Código de Comercio.

El incumplimiento de la obligación de reporte a que alude la presente cláusula dará lugar a la exclusión de toda responsabilidad de QBE SEGUROS S.A. inclusive, frente a aquellos reportes tardíos y/o con la ausencia de las condiciones y requisitos señalados.

CLAUSULA OCTAVA. CAMBIO DE LEGISLACIÓN

Si durante la vigencia de esta póliza, se presentan modificaciones normativas que afectan situaciones previstas en la misma, se entenderán incorporadas automáticamente, siempre y cuando, dichas modificaciones no generen una modificación o una agravación en el estado del riesgo, en cuyo caso la compañía realizará los ajustes necesarios en condiciones y términos de la póliza.

CLAUSULA NOVENA. AVISO Y PRESENTACIÓN DEL SINIESTRO.

Se conviene que el máximo plazo para el aviso y reporte del siniestro por parte del asegurado a QBE SEGUROS S. A. es el estipulado en el Artículo 1075 del Código de Comercio, y cuenta desde el momento en que el asegurado haya conocido o debido conocer la ocurrencia del siniestro, salvo pacto en contrario que se fijen en las condiciones particulares de la presente póliza.

De acuerdo con el Artículo 1077 del Código de Comercio, corresponde al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, por lo tanto para proceder a la indemnización correspondiente debe adjuntar todos y cada uno de los documentos que se relacionan a continuación.

Es requisito indispensable para el cobro de las coberturas amparadas por esta póliza, que el tomador entregue a la compañía la reclamación junto con los originales de los siguientes documentos:

- Formulario de reclamación debidamente diligenciado.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía.
- Fotocopia de la historia clínica completamente diligenciada de acuerdo con los parámetros fijados por la ley, para lo cual la entidad, deberá observar lo dispuesto por la Resolución 1995 de 1999. Queda claramente establecido que este documento

es requisito indispensable e irremplazable para el pago del siniestro.

- Original de las facturas o copia al carbón o certificación de la EPS-S en la que conste que las facturas originales reposan en la entidad.

- Cuentas discriminadas de actividades, procedimientos, intervenciones realizadas, con sus códigos y costos.

- Medicamentos discriminados, con costos.

- Fotocopia de las órdenes de servicio o autorizaciones de la EPS-S.

- Los soportes de pertinencia que se deben adjuntar por cada tipo de patología son:

- Cardiovascular: Historia clínica completa con todos sus componentes según Resolución 1995 de 1999 y descripción quirúrgica.

- Neurocirugía: Historia clínica completa con todos sus componentes según Resolución 1995 de 1999 y descripción quirúrgica.

- Insuficiencia renal: Historia clínica completa con todos sus componentes según Resolución 1995 de 1999, soporte de la aplicación de las diálisis con firma y/o huella del usuario.

- Gran Quemado: Historia clínica completa con todos sus componentes según Resolución 1995 de 1999, descripción quirúrgica, carta de superficie corporal de Lund and Browder.

- Infección por VIH: Historia clínica completa con todos sus componentes según Resolución 1995 de 1999, prueba confirmatoria de VIH (para menores de un año podrá ser reemplazada por el reporte de la carga viral).

- Cáncer: Historia clínica completa con todos sus componentes según Resolución 1995 de 1999, reporte de patología, fórmula médica en caso de medicamentos.

- Reemplazo articular: Historia clínica completa con todos sus componentes según Resolución 1995 de 1999, descripción quirúrgica.

- Cuidado intensivo: Historia clínica completa con todos sus componentes según Resolución 1995 de 1999.

Soportes para menores de 18 años:

Para el caso de las reclamaciones de pacientes menores de 18 años con coberturas aplicadas al régimen contributivo, los soportes son los siguientes:

- Formulario de reclamación debidamente diligenciado.

- Fotocopia de la historia clínica completa diligenciada de acuerdo con los parámetros fijados por la ley.

- Original de las facturas o copia al carbón o certificación de la EPS en la que conste que las facturas originales reposan en la entidad.

- Cuentas discriminadas de actividades, procedimientos e intervenciones.
- Medicamentos discriminados con costos.
- Fotocopia de las órdenes de servicio o autorizaciones de la EPS-S.

Los soportes de pertinencia que se deben adjuntar por cada tipo de patología son:

- Cardiaco: Historia clínica completa con todos sus componentes según Resolución 1995 de 1999, hoja quirúrgica.
- Neurocirugía: Historia clínica completa con todos sus componentes según Resolución 1995 de 1999, descripción quirúrgica.
- Diálisis: Historia clínica completa con todos sus componentes según Resolución 1995 de 1999, soporte de la aplicación de las diálisis con firma y/o huella del usuario.
- Gran Quemado: Historia clínica completa con todos sus componentes según Resolución 1995 de 1999. Descripción quirúrgica, carta de superficie corporal de Lund and Browder.
- Infección por VIH: Historia clínica completa con todos sus componentes según Resolución 1995 de 1999, prueba confirmatoria de VIH (para menores de un año podrá ser reemplazada por el reporte de la carga viral).
- Quimioterapia y radioterapia: Historia clínica completa con todos sus componentes según Resolución 1995 de 1999, reporte de patología, fórmula médica en caso de medicamentos.

- Reemplazos articulares: Historia clínica completa con todos sus componentes según Resolución 1995 de 1999, descripción quirúrgica.
- Cuidado intensivo: Historia clínica completa con todos sus componentes según Resolución 1995 de 1999.

La mala fe en la reclamación o comprobación de derecho al pago, causará la pérdida de la prestación asegurada.

CLÁUSULA DÉCIMA. PAGO DE SINIESTROS

QBE SEGUROS S.A. indemnizará al asegurado dentro del mes siguiente al perfeccionamiento de la reclamación, la cual tendrá lugar cuando se aporten todos y cada uno de los documentos mencionados en la CLÁUSULA NOVENA, el costo de los servicios médicos prestados dentro de la vigencia de la póliza y hasta el límite asegurado que se encuentre debidamente causado por el tomador.

CLÁUSULA DECIMA PRIMERA. COEXISTENCIA DE SEGUROS

En caso de pluralidad o de coexistencia de amparos o seguros, QBE SEGUROS S. A. soportará la indemnización debida al asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el asegurado haya actuado de buena fe.

La inobservancia de esta obligación o la mala fe en la reclamación o comprobación del derecho al pago, causarán la pérdida del derecho a la presentación asegurada bajo esta póliza.

Además de la pérdida del derecho a la indemnización, la mala fe del asegurado en la reclamación o comprobación del siniestro permitirá además a QBE SEGUROS S. A. hacer uso del derecho de revocación consagrado en el Artículo 1071 del Código de Comercio.

CLÁUSULA DECIMA SEGUNDA. PAGO DE LAS PRIMAS

De común acuerdo entre las partes, se establece que el pago de la prima por parte del tomador deberá efectuarse de acuerdo a lo estipulado en la carátula de la póliza.

El no pago de las primas dentro del plazo estipulado, producirá la terminación automática por parte del asegurador del contrato de seguro, al tenor de lo establecido en el Artículo 1068 del Código de Comercio.

CLÁUSULA DECIMA TERCERA. TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL

El amparo terminará para cada uno de los afiliados:

A. Vencido el término de vigencia de la póliza, o por revocación o no renovación de la misma.

B. Retiro temporal o definitivo del beneficiario que interrumpa la vinculación vigente a la EPS, terminación que operará a partir del día siguiente a aquel en que se produzca la desvinculación.

C. Por muerte del beneficiario afiliado a la EPS.

CLÁUSULA DECIMA CUARTA. EVALUACIÓN PERIÓDICA

QBE SEGUROS S. A. se reserva el derecho de comprobar, cuantas veces sea necesario, el uso que el tomador esté haciendo de las coberturas que otorga esta póliza. En consecuencia, el tomador tendrá la obligación de facilitar a QBE SEGUROS S. A. los informes sobre las lesiones o enfermedades, tratamientos y estado de salud de los afiliados, tanto anteriores como presentes, así como la información sobre su identificación, fecha de ingreso y otros aspectos que la compañía considere convenientes para lo cual la entidad deberá observar lo dispuesto en la Resolución 1995 de 1999.

CLÁUSULA DECIMA QUINTA. TERRITORIO

Las coberturas otorgadas mediante la presente póliza operan solo y de manera exclusiva cuando el tratamiento médico de la enfermedad se efectúe en el territorio nacional.

CLÁUSULA DECIMA SEXTA. MODIFICACIONES

Cualquier condición que QBE SEGUROS S. A. de acuerdo con el tomador, agregue a la presente póliza por carta o anexo, tendrá la misma validez de las condiciones impresas. En caso de contradicción entre unas y otras, primarán las cláusulas adicionales.

CLÁUSULA DECIMA SÉPTIMA. PREEXISTENCIA

Quedarán cubiertas bajo este seguro, todas aquellas reclamaciones que correspondan a

enfermedades de alto costo preexistentes, es decir aquellas actualmente en tratamiento o que hayan sido diagnosticadas con anterioridad a la fecha en que se inicia el seguro, o que a pesar de no haber sido diagnosticadas, su desarrollo natural se haya iniciado con anterioridad a la fecha del seguro.

CLÁUSULA DECIMA OCTAVA - PERIODOS DE CARENCIA

No existirá ningún período de carencia, es decir que las personas con diagnóstico positivo de las patologías que cubren el seguro, quedarán cubiertas desde la fecha en que inicia la vigencia de la presente póliza.

CLÁUSULA DECIMA NOVENA. PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones derivadas de la presente póliza se regirá de acuerdo con lo establecido en el Artículo 1081 del Código de Comercio.

CLÁUSULA VIGÉSIMA. VIGENCIA Y DURACIÓN DEL SEGURO

El seguro entrará en vigencia en la fecha y hora indicada en la carátula de la póliza, su duración se entenderá por periodos anuales y podrá ser renovada de acuerdo a las condiciones que se convengan en forma expresa entre el tomador y QBE SEGUROS S.A.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA. REVOCACIÓN DEL CONTRATO

La presente póliza podrá ser revocada bajo los parámetros establecidos en el Artículo 1071 del Código de Comercio y/ó por una disminución en el 15% en el número afiliados conforme las bases de datos entregadas por el tomador y beneficiario.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA. DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para todos los efectos de esta póliza se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá, D. C., Colombia.

//