



# PLAN ÉLITE

**Contrato de Prestación de Servicios  
Plan de Atención Complementaria**

# PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA ÉLITE

## CAPÍTULO I. PARTES, OBJETO Y DEFINICIONES.

**CLÁUSULA PRIMERA. PARTES DEL CONTRATO.** Entre **EPS FAMISANAR SAS** sociedad mercantil, domiciliada en la ciudad de Bogotá, D.C., quien en adelante se denominará **FAMISANAR** y por otra **EL CONTRATANTE**, definido e identificado, como aparece en el formato denominado carátula del contrato Cód. VBP2-04-F01, se ha celebrado el presente contrato de Prestación de Servicios del Plan de Atención Complementaria en Salud.

**PARÁGRAFO ÚNICO. EL CONTRATANTE** y los usuarios del **PLAN FAMIFÁCIL ÉLITE**, deberán ser afiliados al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de **FAMISANAR**, de acuerdo a lo establecido en el inciso primero del **Artículo 2.2.4.4 del Decreto 780 de 2016** y **EL CONTRATANTE** deberá tener vínculo de subordinación laboral o relación legal o reglamentaria con la empresa que acoja este Plan.

**CLÁUSULA SEGUNDA. OBJETO DEL CONTRATO.** **FAMISANAR** se compromete con **EL CONTRATANTE** y a favor de las personas denominadas Usuarios, a la prestación de los servicios de salud en las Instituciones y con Profesionales adscritos al directorio Médico del Plan. **FAMISANAR** asumirá la prestación de los servicios comprendidos dentro del **PLAN FAMIFÁCIL ÉLITE** y asumirá el costo de la asistencia médica, paramédica, ambulatoria, hospitalaria y demás servicios complementarios, bajo condiciones contempladas en el presente contrato. En virtud de este contrato **FAMISANAR** prestará a los usuarios el conjunto de actividades y procedimientos e intervenciones, cuya finalidad básica es brindar al afiliado del Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud condiciones alternativas de comodidad, tecnología, hotelería y beneficios no contemplados en el Plan de Beneficios en Salud.

**PARÁGRAFO PRIMERO. FAMISANAR** adquiere obligaciones de medio y no de resultado. Por lo cual, se encuentra exonerada de cualquier responsabilidad que pueda derivarse de todo tratamiento médico e intervención quirúrgica practicada al usuario.

**PARÁGRAFO SEGUNDO. EL CONTRATANTE** manifiesta que él y los usuarios del presente contrato se encuentran debidamente afiliados al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Sin embargo, para la eficacia de este contrato, **FAMISANAR** verificará dichas afiliaciones. De no hacerlo responderá por la atención integral que sea demandada según los términos del artículo veinte (20) del Decreto 806 de 1998, Compilado en el **Artículo 2.2.4.4 del Decreto 780 de 2016** **FAMISANAR** queda exceptuada de esta obligación, cuando **EL CONTRATANTE** o los usuarios se desafilien del Régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud con posterioridad a la fecha de celebración o renovación del presente contrato.

**CLÁUSULA TERCERA DEFINICIONES.** Para la correcta interpretación y ejecución del presente contrato, las partes adoptan las siguientes definiciones:

- 1. ABORTO:** Es toda pérdida del producto de la concepción antes que sea viable.
- 2. ACCIDENTE:** Suceso imprevisto y repentino, no provocado deliberadamente por el Usuario, que le produzca una lesión orgánica o una perturbación funcional, permanente o transitoria. os o auxiliares del área de la salud y la participación de la familia. (Resolución 3512 de 2019).



**3. ACCIDENTE DE TRABAJO.** Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, invalidez o la muerte. Es también aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador o durante la ejecución bajo su autoridad aún fuera del lugar y horas de trabajo. Igualmente, el que se produzca durante el traslado de los trabajadores desde su residencia a los lugares de trabajo, siempre y cuando el transporte lo proporcione el empleador. También se considerará como accidente de trabajo el ocurrido durante el ejercicio de la función sindical, aunque el trabajador se encuentre en permiso sindical siempre que el accidente se produzca en cumplimiento de dicha función. De igual forma se considera accidente de trabajo el que se produzca por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o en representación del empleador o de la empresa usuaria cuando se trate de trabajadores de empresas de servicios temporales que se encuentren en misión.

**4. ACCIDENTE DE TRÁNSITO TERRESTRE.** Suceso en el que haya intervenido un vehículo automotor que cause daño en la integridad física de una persona, sea que se presente en la vía pública o privada.

**5. ACTIVIDAD DE SALUD:** Conjunto de acciones, operaciones o tareas que especifican un procedimiento de salud, en las cuales se utilizan recursos físicos, humanos o tecnológicos. (Resolución 3512 DE 2019).

**6. AFECCIÓN CRÓNICA.** Enfermedad habitual permanente o recidivante o, aquella que permanezca por más de seis (6) meses consecutivos.

**7. APARATO ORTOPÉDICO:** Es un dispositivo médico fabricado específicamente siguiendo la prescripción escrita de un profesional de la salud, para ser utilizado por un paciente afectado por una disfunción o discapacidad del sistema neuromuscular o esquelético. Puede ser una ayuda técnica como prótesis u órtesis, para reemplazar, mejorar o complementar la capacidad fisiológica o física del sistema u órgano afectado. (Resolución 3512 de 2019).

**8. ATENCIÓN AMBULATORIA.** Modalidad de prestación de servicios de salud, en la cual toda tecnología en salud se realiza sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente. Esta modalidad incluye la consulta por cualquier profesional de la salud, competente y debidamente acreditado que permite la definición de un diagnóstico y conducta terapéutica para el mantenimiento o mejoramiento de la salud del paciente. También cubre la realización de procedimientos y tratamientos conforme a la normatividad de calidad vigente. (Resolución 3512 de 2019).

**9. ATENCIÓN DE URGENCIAS:** Modalidad de prestación de servicios de salud, que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad. (Resolución 3512 de 2019).

**10. ATENCIÓN DOMICILIARIA:** Modalidad de prestación de servicios de salud extrahospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud en el domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares del área de la salud y la participación de la familia. (Resolución 3512 de 2019).

**11. CIRUGÍA PLÁSTICA ESTÉTICA, COSMÉTICA O DE EMBELLECIMIENTO:** Procedimiento quirúrgico que se realiza con el fin de mejorar o modificar la apariencia o el aspecto del paciente sin efectos funcionales u orgánicos. (Resolución 3512 de 2019).

**12. CIRUGÍA PLÁSTICA REPARADORA O FUNCIONAL:** Procedimiento quirúrgico que se practica sobre órganos o tejidos con la finalidad de mejorar, restaurar o restablecer la función de los mismos o para evitar alteraciones orgánicas o funcionales. Incluye reconstrucciones, reparación de ciertas estructuras de cobertura y soporte, manejo de malformaciones congénitas y secuelas de procesos adquiridos por traumatismos y tumoraciones de cualquier parte del cuerpo. (Resolución 3512 de 2019).

**13. COBERTURA.** Son los servicios que se encuentran incluidos en este contrato y cuyo valor será cancelado por **FAMISANAR** a sus entidades y profesionales adscritos.

**14. COMBINACIÓN DE DOSIS FIJAS (CDF):** Medicamento que contiene 2 o más principios activos en concentraciones específicas. (Resolución 3512 de 2019).

**15. COMPLICACIÓN:** Alteración o resultado clínico no deseado, que sobreviene en el curso de una enfermedad o condición clínica, agravando la condición clínica del paciente y que puede provenir de los riesgos propios de la atención en salud, de la enfermedad misma o de las condiciones particulares del paciente. (Resolución 3512 de 2019).

**16. CONCENTRACIÓN:** Cantidad de principio activo contenido en una forma farmacéutica medida en diferentes unidades (mg, g, UI, entre otras). (Resolución 3512 de 2019).

**17. CONSULTA BÁSICA.** Para efectos de este contrato, se define como la consulta realizada por Medicina General, Medicina Interna, Pediatría, Traumatología, Urología, Ginecología, Obstetricia y Optometría.

**18. CONSULTA MÉDICA:** Es la valoración y orientación brindada por un médico en ejercicio de su profesión a los problemas relacionados con la salud. La valoración es realizada según los principios de la ética médica y las disposiciones de práctica clínica vigentes en el país, y comprende anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia según la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o ambulatoria según el sitio de realización. (Resolución 3512 de 2019).

**19. CONSULTA ODONTOLÓGICA:** Valoración y orientación brindada por un odontólogo a las situaciones relacionadas con la salud oral. Comprende anamnesis, examen clínico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia según la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o ambulatoria según el sitio de realización. (Resolución 3512 de 2019).

**20. CONSULTA PSICOLÓGICA:** Es una valoración y orientación realizada por un profesional en psicología que consta de: anamnesis, evaluación general del estado emocional, socio afectivo y comportamental, incluyendo en caso, de ser necesario, la aplicación de tests o pruebas psicológicas, así como la definición de un plan de tratamiento. (Resolución 3512 de 2019).

**21. CONTRATANTE:** Persona natural que en forma libre y espontánea celebra el presente contrato para el beneficio de sí misma, de los usuarios que vincule o de sus subordinados. Es el único responsable ante **FAMISANAR** por las obligaciones contractuales asumidas y en consecuencia solo el podrá convenir con Famisanar modificaciones a las condiciones del contrato.

**22. CONTRATO COLECTIVO:** Es el que celebra una persona jurídica en beneficio de las personas con quienes mantiene vínculo de subordinación laboral o relación legal o reglamentaria, y a quienes vincula como Usuarios de los servicios contemplados en el presente contrato. Para efectos del presente contrato se considera contrato Colectivo aquel que asocie como mínimo un número treinta y uno (31) contratos.

**23. CONTRATO FAMILIAR:** Es el que celebra una persona natural para beneficio de quienes vincula como Usuarios de los servicios contemplados en el presente contrato.

**24. COPAGO.** Son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el Sistema.

**25. CUIDADOS PALIATIVOS:** Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren además del apoyo médico, social y espiritual, de apoyo psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal. (Resolución 3512 de 2019).

**26. DISPOSITIVO MÉDICO PARA USO HUMANO:** Cualquier instrumento, aparato, máquina, software, equipo biomédico u otro artículo similar o relacionado, utilizado sólo o en combinación, incluyendo sus componentes, partes, accesorios y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación, propuesta por el fabricante para su uso en:

- a. Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento o alivio de una enfermedad.
- b. Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una deficiencia.
- c. Investigación, sustitución, modificación o soporte de la estructura anatómica o de un proceso fisiológico.
- d. Diagnóstico del embarazo y control de la concepción.
- e. Cuidado durante el embarazo, el nacimiento o después del mismo, incluyendo el cuidado del recién nacido.
- f. Productos para desinfección y/o esterilización de dispositivos médicos. (Resolución 3512 de 2019).

**27. CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD, PATERNIDAD Y FAMILIA GESTANTE:** Taller de educación prenatal teórico práctico, para la preparación física y mental de la pareja en el nacimiento de sus hijos y sobre lo relacionado con la atención del parto.

**28. DEPORTES DE ALTA PELIGROSIDAD:** Son aquellos que por las condiciones mismas de su práctica exponen al cuerpo humano a un alto riesgo de recibir severos traumas en uno o varios de sus sistemas funcionales.

**29. DIRECTORIO MÉDICO DEL PLAN:** Es el conjunto de Profesionales de la salud adscritos a **FAMISANAR** (Médicos, Odontólogos, terapeutas, etc.) que goza de prerrogativas para prestar los servicios de atención en salud a los usuarios del **PLAN FAMIFÁCIL ÉLITE**, así como el conjunto de entidades adscritas a **FAMISANAR** para prestar los servicios de atención ambulatoria y hospitalaria a los usuarios de este Plan.

**30. ENFERMO EN FASE TERMINAL:** Aquel que es portador de una enfermedad o condición patológica grave, que ha sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto, que demuestra un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada que permita modificar el pronóstico de muerte próxima o para la cual los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces. (Resolución 3512 de 2019).

**31. EQUIPO BIOMÉDICO:** Dispositivo médico operacional y funcional que reúne sistemas y subsistemas eléctricos, electrónicos o hidráulicos, incluidos los programas informáticos que intervengan en su buen funcionamiento, destinado por el fabricante a ser usado en seres humanos con fines de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. No constituyen equipo biomédico aquellos dispositivos médicos implantados en el ser humano o aquellos destinados para un solo uso. (Resolución 3512 de 2019).

**32. ESTADO COMATOSO REVERSIBLE:** Condición en que se encuentra un Usuario que como consecuencia de alguna enfermedad o accidente presenta pérdida de la conciencia, siempre y cuando exista posibilidad de recuperación mediante los procedimientos y cuidados ordinariamente acostumbrados dentro del ejercicio de la medicina colombiana. De manera expresa se excluye de esta definición los casos en los cuales haya cesación definitiva o irreversible de la actividad eléctrica cerebral y/o muerte cerebral.

**33. EVALUACIÓN MÉDICA DE INGRESO:** Consulta médica y solicitud de exámenes de apoyo diagnóstico requeridos de acuerdo con la edad y género de los usuarios, los cuales se exigen por parte de **FAMISANAR** como requisito para la aceptación de la solicitud de inscripción al Plan de Atención Complementaria. El examen médico de ingreso y/o exámenes de apoyo diagnóstico estarán a cargo del **FAMISANAR** y previamente a su realización deberá emitir su consentimiento expreso.

**34. EXAMEN DE DIAGNÓSTICO ESPECIALIZADO:** Procedimiento con fines de diagnóstico que para su realización involucra el uso de tecnología de alta complejidad.

**35. EXCLUSIONES:** Enfermedades, malformaciones o afecciones preexistencias o sus consecuencias directas o las que se enuncien expresamente en este contrato según Cláusula Séptima.

**36. FECHA DE INICIO DE VIGENCIA:** Es aquella en la cual un usuario incluido en el presente contrato empieza a tener derecho a los servicios que aquí se contemplan.

**37. FECHA DE ACEPTACIÓN:** Es aquella en la cual **FAMISANAR** le informa al usuario que ha sido aceptada su solicitud de Inscripción al Plan de Atención Complementaria en Salud.

**38. FECHA DE CONTRATACIÓN:** Es aquella en la cual se informa o suscribe el contrato.

**39. FECHA DE SOLICITUD:** Es aquella en la cual el usuario potencial presenta ante **FAMISANAR** la solicitud de Inscripción debidamente diligenciada, por medio de la cual manifiesta su intención de contratar los servicios del Plan de Atención Complementaria en Salud.

**40. HOSPITALIZACIÓN:** Es la permanencia en una Institución hospitalaria para la atención de una afección o lesión de un Usuario, por un término mayor a 24 horas, siempre y cuando exista un diagnóstico y requiera tratamiento médico.

**41. HOSPITAL DÍA:** Modalidad de prestación de servicios de salud en internación parcial, entendida como la atención intramural o institucional por un plazo inferior a doce (12) horas, con la intervención de un grupo interdisciplinario integrando distintas actividades terapéuticas, con el objetivo de conseguir la autonomía del paciente sin separarlo de su entorno familiar. (Resolución 3512 de 2019).

**42. INTERCONSULTA:** Es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales de la salud, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones técnico-científicas sobre la conducta a seguir con el paciente.

**43. INTERVENCIÓN EN SALUD:** Conjunto de procedimientos realizados para un mismo fin, dentro del proceso de atención en salud. (Resolución 3512 de 2019).

**44. INSTITUCIONES ADSCRITAS:** Es el conjunto de instituciones Prestadoras de Servicio de Salud adscritas a **FAMISANAR**, para prestar los servicios previstos en el presente contrato con plena autonomía científica, técnica y administrativa y que se refieren a la Red de IPS que hace parte del Directorio Médico vigente del **PLAN FAMIFÁCIL ÉLITE**.

**45. LIMITACIONES:** Restricciones que establece **FAMISANAR** para el uso de los servicios contenidos en el contrato.

**46. MARGEN TERAPÉUTICO:** Intervalo de concentraciones de un fármaco dentro del cual existe alta probabilidad de conseguir la eficacia terapéutica, con mínima toxicidad. (Resolución 3512 de 2019).

**47. MATERIAL DE CURACIÓN:** Dispositivos y medicamentos que se utilizan en el lavado, irrigación, desinfección, antisepsia y protección de lesiones, cualquiera que sea el tipo de elementos o insumos empleados. (Resolución 3512 de 2019).

**48. MEDICAMENTO:** Es aquel preparado farmacéutico, obtenido a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares, presentado bajo forma farmacéutica a una concentración dada y que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación, rehabilitación o paliación de la enfermedad. Los envases, rótulos, etiquetas y empaques hacen parte integral del medicamento, por cuanto éstos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado. (Resolución 3512 de 2019).

**49. MEDICINAS Y TERAPIAS ALTERNATIVAS:** Son aquellas técnicas, prácticas, procedimientos, enfoques o conocimientos que utilizan la estimulación del funcionamiento de las leyes naturales para la autorregulación del ser humano con el objeto de promover, prevenir, tratar, rehabilitar la salud y cuidados paliativos de la población desde un enfoque holístico. (Resolución 3512 de 2019).

**50. MEDIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO:** Son aquellos exámenes o procedimientos que se emplean para el estudio de funciones o estructuras de órganos específicos, como parte complementaria en el proceso de diagnóstico.

**51. MUERTE CEREBRAL:** Forma irreversible de inconsciencia caracterizada por la pérdida completa de la función cerebral mientras el corazón continúa latiendo.

**52. ÓRTESIS:** Dispositivo médico aplicado de forma externa, usado para modificar la estructura y características funcionales del sistema neuromuscular y esquelético. (Resolución 3512 de 2019)

**53. PEQUEÑA CIRUGÍA:** Se entiende como aquella intervención quirúrgica que se realiza en la sala de procedimientos del consultorio de profesionales médicos, bajo anestesia local, en forma ambulatoria y con fines funcionales, preventivos, curativos y no estéticos.

**54. PERIODO DE CARENCIA:** Es el tiempo ininterrumpido mínimo que debe permanecer vigente la vinculación de un usuario para tener derecho a la cobertura de ciertos servicios de acuerdo con las condiciones descritas en el presente contrato. Los periodos de carencia se contabilizan de acuerdo con la fecha de inicio de vigencia del mismo.

**55. PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD:** Conjunto de beneficios opcional y voluntario, financiado con recursos diferentes a los de la Cotización Obligatoria. El acceso a estos planes será de la exclusiva responsabilidad de los particulares, como un servicio privado de interés público, cuya prestación no corresponde prestar al estado, sin perjuicio de las facultades de inspección y vigilancia que le son propias. Los Planes Voluntarios de Salud podrán incluir coberturas asistenciales relacionadas con los servicios de salud, serán contratados voluntariamente y financiados en su totalidad por el afiliado o las empresas que lo establezcan con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias o el subsidio a la cotización.

"La adquisición y permanencia de un Plan Voluntario de Salud implica la afiliación previa y la continuidad mediante el pago de la cotización al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud" (Ley 1438 de 2011).

**56. PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC):** Conjunto de beneficios que comprende actividades, intervenciones y procedimientos no indispensables ni necesarios para el tratamiento de la enfermedad y el mantenimiento o recuperación de la salud o condiciones de atención inherentes a las actividades, intervenciones y procedimientos incluidos dentro del Plan de Beneficios en Salud que contienen: actividades, intervenciones y procedimientos no incluidos en el PBS o expresamente excluidos de éste; una o varias condiciones de atención diferentes que permitan diferenciarlo del PBS, tales como comodidad y Red Prestadora de Servicios.

**57. PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD:** Es el conjunto de tecnología en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud y cuya prestación debe ser garantizada por las entidades promotoras de salud.

**58. POBLACIÓN INFANTIL:** Corresponde al grupo de personas con edades inferiores cinco años.

**59. PREEXISTENCIA:** Se considera preexistencia toda enfermedad, malformación o afección que se pueda demostrar existía a la fecha de iniciación del contrato o vinculación, sin perjuicio de que se pueda diagnosticar durante la ejecución del contrato sobre bases científicas sólidas. La demostración de la existencia de factores de riesgo, como hábitos especiales o condiciones físicas o genéticas, no podrá ser fundamento único para el diagnóstico a través del cual se califique una preexistencia. (Art. 1 del Decreto 1222 de 1994).



**60. PRINCIPIO ACTIVO:** Cualquier compuesto o mezcla de compuestos destinada a proporcionar una actividad farmacológica u otro efecto directo en el diagnóstico, tratamiento o prevención de enfermedades; o a actuar sobre la estructura o función de un organismo humano por medios farmacológicos. Un medicamento puede contener más de un principio activo. (Resolución 3512 de 2019).

**61. PROCEDIMIENTO:** Acciones que suelen realizarse de la misma forma, con una serie común de pasos claramente definidos y una secuencia lógica de un conjunto de actividades realizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación. (Resolución 6408 de 2016).

**62. PROCEDIMIENTO AMBULATORIO:** Son aquellos procedimientos quirúrgicos que no requieren de internación o de hospitalización y que su estancia hospitalaria en ningún momento supera las 24 horas.

**63. PROCEDIMIENTO MÉDICO:** Toda actividad realizada por un profesional del Área de la Medicina en la cual no se interviene quirúrgicamente al paciente, puede ser en el área diagnóstica, tratamiento y/o rehabilitación de la enfermedad.

**64. PROFESIONALES ADSCRITOS:** Es el conjunto de profesionales de la salud debidamente acreditados para ejercer cualquiera de las profesiones relacionadas con la salud conforme a las leyes colombianas, con plena autonomía científica, técnica y administrativa, que ha convenido con **FAMISANAR** la prestación de los servicios previstos en el presente contrato y que hacen parte del Directorio Médico vigente del **PLAN FAMIFÁCIL ÉLITE**.

**65. PRÓTESIS:** Dispositivos médicos que sustituyen total o parcialmente una estructura corporal o una función fisiológica. (Resolución 3512 de 2019).

**66. PSICOTERAPIA:** De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud - OMS, la psicoterapia comprende intervenciones planificadas y estructuradas que tienen el objetivo de influir sobre el comportamiento, el humor y patrones emocionales de reacción a diversos estímulos, a través de medios psicológicos, verbales y no verbales. La psicoterapia no incluye el uso de ningún medio bioquímico o biológico. Es realizada por psicólogo clínico o médico especialista competente; puede ser de carácter individual, de pareja, familiar o grupal, según criterio del profesional tratante. (Resolución 3512 de 2019).

**67. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA:** Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnico-administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la claridad, accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago. (Resolución 3512 de 2019).

1. La referencia es el envío del paciente o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador, para atención en salud o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades en salud del usuario.

2. La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios en salud receptor de la referencia da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

**68. REHABILITACIÓN:** Es el tratamiento destinado a restituir total o parcialmente la actividad o función perdida de uno a varios órganos, originada por una enfermedad o traumatismo.

**69. SEPTOPLASTIA:** Intervención quirúrgica realizada sobre el septum nasal, con fines estéticos o funcionales.

**70. SEPTORRINOPLASTIA:** Intervención quirúrgica realizada sobre el septum nasal y nariz en tejido óseo o blando.

**71. STENT:** Prótesis cuya función es restituir el paso de fluidos corporales o sangre a través de los conductos anatómicos o vasos sanguíneos.

**72. SUMINISTROS NO PBS:** Elementos utilizados durante tratamientos médicos o quirúrgicos, y que no se encuentran incluidos en la Resolución 3512 de 2019 y las normas que lo adicionen complementen y sustituyan.

**73. TECNOLOGÍA EN SALUD:** Actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud. (Resolución 3512 de 2019).

**74. TELEMEDICINA:** Es la provisión de servicios de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso de la población a los servicios que presenten limitaciones de oferta o de acceso a los servicios en su área geográfica. (Resolución 3512 de 2019).

**75. URGENCIA ODONTOLÓGICA:** Es la afección de origen odontológico que amerita tratamientos aplicados en forma provisional e inmediata para eliminar el dolor o molestia antes del tratamiento definido y que no tiene fines estéticos.

**76. URGENCIA ORTOPÉDICA AMBULATORIA:** Es una afección súbita, aguda e inesperada que compromete el aparato osteomuscular y cuyo tratamiento no requiere hospitalización.

**77. USUARIO:** Es la persona natural aceptada por **FAMISANAR** y contemplada en el siguiente contrato que tiene derecho a utilizar los servicios derivados de este, siempre que cumpla con los requisitos pactados para el efecto. Para efectos de este contrato, se encuentran consignados en la caratula.



**CLÁUSULA CUARTA. INCLUSIÓN DE USUARIOS.** Para la inclusión de nuevos usuarios al presente contrato, siempre que estos sean elegibles para hacer parte del mismo, **EL CONTRATANTE** deberá entregar debidamente diligenciada la Solicitud de Inscripción y la documentación completa requerida. En todo caso **FAMISANAR** queda facultada para la aceptación o rechazo de la solicitud de inclusión del usuario.

Si la solicitud es aceptada, deberá suscribirse el correspondiente anexo al contrato por las partes y la fecha de inicio de vigencia de los usuarios correspondientes, será la que determine **FAMISANAR** según su calendario de vigencias. El inicio de la vigencia del (los) usuario (s) que se incluya(n) se producirá en un término máximo de treinta (30) días calendario, contados a partir del cumplimiento de todos los requisitos definidos en el párrafo anterior previstos en el presente contrato.

Cuando el nuevo usuario sea un recién nacido bajo la prestación de la atención del parto a cargo de **FAMISANAR**, la solicitud de inscripción, acompañada de la valoración pediátrica, debe ser entregada en las oficinas de **FAMISANAR**. Si la vinculación es solicitada y aceptada dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de nacimiento, este nuevo usuario tendrá derecho en forma inmediata al uso de la totalidad de los servicios contemplados en este plan. Si la solicitud y aprobación por **FAMISANAR** es efectuada con posterioridad a los treinta (30) días inmediatos al nacimiento, el inicio de la vigencia del(los) usuarios (s) que se incluya(n), se producirá bajo los términos generales de inclusión de usuarios descritos en el párrafo anterior.

El valor a pagar por estos usuarios se liquidará a prorrata a partir de la fecha de inicio de vigencia del(los) usuario(s) y hasta el vencimiento de la anualidad del contrato, el cual se pagará en la misma forma convenida para los demás usuarios que hacen parte del presente contrato.

**CLÁUSULA QUINTA. EXCLUSIONES DE USUARIOS.** Cuando por cualquier motivo **EL CONTRATANTE** desee solicitar la exclusión de uno o más de los usuarios que hagan parte del presente contrato, deberá comunicarlo por escrito a **FAMISANAR**, mediante carta o formato de novedad, con una antelación no menor a treinta (30) días calendario a la fecha de vencimiento de la siguiente mensualidad, fecha en la cual se hará efectiva la exclusión.

Formalizada la exclusión, **FAMISANAR** liquidará el valor de la cuota a cargo de **EL CONTRATANTE** según el sistema que tenga establecido para el efecto y reintegrará el saldo no causado por los usuarios no excluidos, en los casos que se hubieren realizado pagos anticipados. **FAMISANAR** podrá deducir los gastos administrativos que haya generado el contrato hasta la fecha de su terminación.

## CAPÍTULO III. SERVICIOS Y COBERTURAS.

**CLÁUSULA SEXTA. COBERTURAS.** Solo están incluidos en la cobertura del presente contrato los servicios que se mencionan expresamente. En ningún caso se cubrirán servicios adicionales.

Todos los servicios se atenderán en la Red de IPS y profesionales del Directorio Médico del Plan, de acuerdo con lo establecido en la descripción de coberturas anexa al presente contrato.

**FAMISANAR** expedirá la autorización de servicios para las atenciones y/o procedimientos que así lo requieran y en caso necesario, se realizará evaluación y autorización por el Comité Médico de **FAMISANAR**, de acuerdo con la descripción de coberturas del presente contrato. En todo caso podrá negar o revocar en cualquier tiempo la correspondiente autorización de servicios o el reconocimiento del reembolso cuando considere que la situación que generó la hospitalización por el servicio de urgencia no corresponde realmente a una urgencia o la afección se encuentra dentro de las limitaciones estipuladas en este contrato en las preexistencias y exclusiones definidas para el usuario.

A partir de la fecha de inicio de vigencia de cada usuario en particular y durante su permanencia en el presente contrato, **FAMISANAR** se obliga con **EL CONTRATANTE** a cubrir y/o pagar a favor de cada uno de dichos Usuarios, la prestación de los siguientes servicios, de acuerdo con lo establecido en la Descripción de cobertura anexa al presente contrato:

**1. Consulta básica y de medicina especializada**, con los prestadores que tengan adscripción vigente para la atención del **PLAN ÉLITE** con **FAMISANAR** y que se encuentren incluidos dentro del Directorio Médico. El acceso será directo para: Medicina General, Medicina Familiar, Medicina Interna, Medicina de Adolescentes, Medicina del Deporte, Geriátrica (pacientes mayores de 65 años), Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología General, Medicina Física y de Rehabilitación (Fisiatría), Neurología, Urología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Dermatología, Optometría, Cirugía General, Gastroenterología, Cardiología, Neurocirugía, Endocrinología, Psiquiatría, Psicología y Nutrición. Las demás especialidades y subespecialidades médicas y pediátricas requieren de remisión y las demás que **FAMISANAR** incluya o modifique previa publicación en el directorio médico WEB de FAMISANAR.

**2. Consulta de medicina alternativa**, con los prestadores que tengan adscripción vigente para la atención y que se encuentren incluidos dentro del directorio médico; no incluye procedimientos ni medicamentos de esta especialidad.

**3. Orientación en Salud.** Orientación Telefónica por profesionales de la salud durante las veinticuatro (24) horas del día.

**4. Consulta Médica Domiciliaria.** Se incluye servicio de visita médica a través de médico general al domicilio, cuando el estado de salud del Usuario así lo requiera, el cual se prestará de acuerdo con la disponibilidad de médico para el efecto. Este servicio se ofrecerá en aquellas ciudades que así lo indique el Directorio Médico vigente de acuerdo con las coberturas geográficas y horarios de atención definidos para tal fin. **FAMISANAR** se reserva el derecho de autorizar este servicio de acuerdo con el estado de salud del Usuario.

**5. Control Prenatal.** Incluye las consultas con el especialista y los exámenes paraclínicos. Ecografías Obstétricas se cubre máximo una por cada trimestre de embarazo. Aplica para todas las usuarias que hagan parte del presente contrato. Las usuarias en estado de gestación serán incluidas en el grupo de riesgo de salud materno-perinatal de la EPS FAMISANAR.

**6. Curso de Preparación para la maternidad, paternidad y la familia gestante.** Aplica para todas las usuarias que hagan parte del presente contrato, en la Red de Instituciones del Directorio Médico del Plan.

**7. Atención por Odontología General, Odontopediatría e Higienista Oral.** Se cubren de manera exclusiva, con prestadores adscritos a FAMISANAR, en una red diferencial, los siguientes servicios:

- Examen clínico: Comprende diagnóstico y elaboración del plan de tratamiento. Los niños podrán acceder al servicio de Odontopediatría directamente y los adultos acceder al Odontólogo General directamente.

- Chequeo odontológico preventivo: Comprende consulta que se realiza periódicamente con el fin de mantener la salud oral. Se atenderán máximo tres (3) consultas por usuario año contrato no acumulable.

- Atención de urgencias odontológicas. Por dolor, tiene como finalidad disminuir o eliminar el dolor causado por infecciones, abscesos, caries, pulpitis o hemorragias. Por trauma, tiene como finalidad solucionar la situación de emergencia ocasionada por un accidente traumático.
- Profilaxis General: Comprende control de la placa bacteriana e higiene oral, Control de Dieta, Fisioterapia Oral y manejo de seda dental.
- Detartraje Supragingival: Incluye desprendimiento de cálculos formados en los cuellos dentales.
- Aplicación de Sellantes de fosetas y fisuras. Se cubre sólo para menores de 18 años, máximo una vez por usuario año contrato no acumulable.
- Fluorización: Aplicaciones tópicas de flúor, en la población infantil o cuando el odontólogo lo considere necesario.
- Exodoncias simples y quirúrgicas.
- Endodoncias. Se cubre las endodoncias para dientes unirradiculares, birradiculares o multirradiculares. No están contemplados tratamientos por vía retrograda.
- Obturaciones. Se cubren aquellas en amalgama de plata y resinas de fotocurado y autocurado.
- Fisioterapia Oral.

Se excluyen los tratamientos posteriores clasificados como estéticos, derivados de un accidente o urgencia de cualquier índole y todas aquellas no contempladas expresamente en el presente contrato.

**8. Apoyo diagnóstico y Terapéutico ambulatorio.** Se prestan los siguientes servicios previa solicitud de un profesional de la salud adscrito al **PLAN FAMIFÁCIL ÉLITE** dentro del directorio médico del plan:

- Endoscopia Diagnóstica y/o Terapéutica.
- Biopsias - Anatomía Patológica.
- Laboratorio clínico de I, II y III nivel según normativa vigente.
- Imagenología I, II y III nivel según normativa vigente.
- Exámenes de Diagnóstico especializado de III Nivel según normativa vigente.
- Terapia Física, Respiratoria, de Lenguaje, Ocupacional, Ortóptica y Pleóptica.
- Nutrición y Psicología.
- Psicoterapia individual. Se cubren máximo 40 sesiones de psicoterapia por usuario año contratos no acumulables.
- Los siguientes procedimientos diagnósticos contemplados en la normativa vigente: Manometría esofágica, Test de broncoprovocación con metacolina, medición de acidez gástrica en 24 horas (PH Metría), Holter de Tensión Arterial, Prueba de esfuerzo con isonitrilos para viabilidad miocárdica, Angiografías por resonancia magnética, Topografías corneanas, Doppler pulsado de cordón umbilical, Prueba de mesa inclinada, Microscopía especular de córnea, Penoscopia, Panorex en caso de trauma agudo, Carga viral para hepatitis al momento de diagnóstico y los siguientes procedimientos no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud: Reacción en cadena de Polimerasa (Pruebas moleculares).
- Medios de Contraste Iónicos, No Iónicos y Gadolinio. Se cubrirán isótopos radioactivos para procedimientos diagnósticos y terapéuticos que lo precisen.
- En los casos de requerir medio de contraste o Isótopos radioactivos, se exige la indicación escrita del especialista.

## 9. Atención de urgencias

- Urgencias Ambulatorias, Ortopédicas, o que deriven hospitalización y/o Cirugía que no sean derivadas de patologías consideradas como exclusiones o preexistencias definidas en el presente contrato.

- **EPS FAMISANAR** prestará la atención de urgencias vitales únicamente en las Instituciones adscritas para tal efecto de acuerdo con lo especificado en el Directorio Médico vigente del Plan. El periodo máximo para observación en el servicio de urgencias será de veinticuatro (24) horas. El usuario podrá solicitar reembolso de acuerdo con las condiciones establecidas en la cláusula octava del presente contrato. El periodo máximo de observación será de 24 horas.

**10.Excedentes en accidentes de tránsito.** En el evento en que **EL CONTRATANTE** o alguno de los beneficiarios del presente contrato sean víctimas de un Accidente de Tránsito Terrestre, **FAMISANAR** únicamente asumirá los costos que excedan a la suma definida por la reglamentación correspondiente vigente al momento de ejecución del presente contrato. Dicha suma será asumida por la compañía de seguros que tenga a cargo el seguro de accidentes de tránsito (SOAT), y por el Fondo de Solidaridad y Garantía, subcuenta de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (FONSAT), de conformidad con las normas legales vigentes. La presente cobertura se halla limitada a la prestación, por parte del usuario, de toda la documentación requerida para efectuar el respectivo recobro al SOAT y al FONSAT. Se incluye la atención de las lesiones sufridas por el usuario en accidentes de tránsito terrestre, ya sea en vehículo propio, de alquiler o de cualquier tipo, como conductor, pasajero o peatón.

Se entiende que **FAMISANAR** estará exonerada de cumplir lo establecido en el presente numeral de llegar a comprobarse la comisión de una infracción del tránsito o culpa por parte del usuario afectado, debiendo reembolsarse a favor de **FAMISANAR**, todos aquellos gastos en que se hubiese incurrido por concepto del accidente.

**11. Orientación telefónica.** Por profesionales de la salud durante las veinticuatro (24) horas del día.

**12. Transfusiones sanguíneas intrainstitucionales:** la IPS tratante debe garantizar la prestación de este servicio, que comprende, el acto médico, el uso de equipos, unidades de plasma, sangre y sus derivados en forma intrainstitucional. FAMISANAR no asume la obligación de conseguir u obtener dichas sustancias y sus derivados.

**13. Medicamentos.** Contemplados en el PBS según prescripción médica.

**14. Cirugía ambulatoria PBS.** Se incluyen los procedimientos quirúrgicos contemplados en la **NORMATIVIDAD VIGENTE**, que no requieren hospitalización y para los cuales es indispensable la utilización de una sala de cirugía.

**15. Cirugía estética y procedimientos quirúrgicos PBS.** Se incluyen Cirugía Estética derivada de procedimientos Reconstructivos. Si son derivadas o consecuencia de accidente o trauma ocurrido durante la vigencia del contrato y si compromete la funcionalidad orgánica. Incluye la ablación de foco ectópicos por Radiofrecuencia, Cirugía Refractiva con láser, en patología Refractiva mayor a 6 dioptrías. Cubre a usuarios entre 20 y 50 años. Una vez en la vida. Cirugía Estereotáxica, Cirugía Laparoscópica de Vías Biliares, aparato reproductor femenino y aparato digestivo, según los contenidos en la descripción de coberturas. Están sujetos a revisión por el comité médico de **FAMISANAR**.

**16. Pequeña cirugía y Procedimientos de Consultorio.** Procedimientos ambulatorios bajo anestesia local, realizados en consultorio, definidos en el PBS según normativa vigente y catalogados como Nivel I y II. Procedimientos con fines funcionales, preventivos y no estéticos.

**17. Atención Hospitalaria.** Este servicio será contratado por **FAMISANAR** para ser prestado de acuerdo con la disponibilidad de la institución adscrita. Comprende los servicios de hospitalización en habitación unipersonal, interconsultas, medios de apoyo diagnóstico y apoyo terapéutico, honorarios de los profesionales adscritos, equipos, suministros y medicamentos, de acuerdo con lo contenido en la descripción de coberturas del presente contrato.

Para la prestación de cualquiera de estos servicios se requiere orden de un profesional que haga parte del Directorio Médico del Plan y la autorización emitida por **FAMISANAR** para la atención en una institución hospitalaria adscrita y bajo las modalidades y términos establecidos a continuación:

- **Hospitalización para tratamiento médico y quirúrgico.** Se cubre en las instituciones de la Red de IPS del Directorio Médico del Plan con estancia de máximo noventa (90) días por usuario año contrato no acumulables. Incluye cama de acompañante para los menores de quince (15) años y auxiliar de enfermería nocturna sólo en los casos en los que el médico lo determine.

- **Hospitalización para tratamiento Psiquiátrico.** Se cubre en las instituciones que prestan este servicio y que hacen parte de la Red de IPS del Directorio Médico del Plan, previa orden médica y autorización por parte de **FAMISANAR**. Sólo se autorizará el servicio en los casos de patologías agudas y reversibles. El término máximo para la hospitalización es de 60 días año contrato por usuario, no acumulables.

- **Hospitalización Domiciliaria.** En aquellos casos en que a juicio del médico tratante adscrito a **FAMISANAR**, un usuario pueda ser atendido en su residencia, este servicio se prestará a cargo de **FAMISANAR** previa autorización de **FAMISANAR**. Se cubrirán los servicios de visita por médico general, auxiliar de enfermería diurna, sesiones de terapia sica y respiratoria, oxigenoterapia y toma de exámenes de laboratorio. Se cubrirán durante los primeros diez (10) días de la atención los medicamentos, suministros y/o materiales necesarios para este tipo de tratamiento, que se encuentren cubiertos por el PBS que no se encuentren excluidos de este contrato, según pertinencia y autorización previa por el comité médico de **FAMISANAR**. El período máximo de cubrimiento será de 180 días por usuario año contrato no acumulable y se prestará dentro del perímetro urbano.

- **Hospitalización en Unidad Cuidados Intensivos (UCI).** Cubre la atención de pacientes, adultos o niños, críticamente enfermos, recuperables, con disponibilidad permanente de personal médico especializado en cuidados intensivos, medicina interna y cardiología; personal paramédico con adiestramiento en cuidados intensivos; equipos de apoyo diagnóstico y de complementación terapéutica así: electrocardiografía, monitoría cardioscópica y de presión arterial, respiradores de presión y de volumen, gasimetría, oximetría, equipos de desfibrilación, nebulizadores y otros. Nutrición Parenteral en los casos de pacientes con patología reversible. El periodo máximo de cubrimiento será de sesenta (60) días por usuario año contrato no acumulable.

- **Hospitalización en Unidad de Cuidados Intermedios.** Se cubre en los casos determinados por los profesionales de **FAMISANAR**. El periodo máximo de cubrimiento será de ciento ochenta (180) días por usuario año contrato no acumulable.

**18. Atención del Aborto.** Este cubrimiento será para cualquiera de las usuarias que hagan parte del presente contrato.

**19. Atención Médica Obstétrica del Parto o Cesárea y Complicaciones del Embarazo.** Aplica a todas las usuarias que hagan parte del presente contrato. \* Previa autorización de **FAMISANAR**.

**20. Atención Neonatal.** El recién nacido de usuaria FAMISANAR con derecho a la atención médico-quirúrgica obstétrica del parto normal ó cesárea, será beneficiario de los servicios de salud intrahospitalarios requeridos inmediatamente después y durante los primeros treinta (30) días de vida. En el caso de realizarse la respectiva solicitud de inclusión y su aprobación por FAMISANAR durante los treinta (30) primeros días siguientes al nacimiento, tendrá derecho de forma inmediata al uso de los servicios contemplados en este plan de acuerdo con los periodos de carencia establecidos para tal fin. Las enfermedades o malformaciones congénitas o sus consecuencias o las causadas por deficiencia de maduración, conocidas en cualquier momento, así como aquellas adquiridas con anterioridad a la fecha de vinculación, se considerarán como preexistentes y por tanto no tendrán cubrimiento. No se cubre pañales ni leche maternizada y no incluye procedimientos quirúrgicos.

**21. Planificación Familiar.**

- Métodos Definitivos: Sección y/o Ligadura de Trompas y Métodos Temporales: Inserción de D.I.U. y Aplicación de implante dérmico de Levonorgestrel. Aplica una vez por usuario año contrato o según indicación médica. \* Autorización por EPS FAMISANAR.

**22. Tratamiento Quirúrgico del Cáncer.**

**23. Tratamiento del Gran Quemado.**

**24. Tratamiento del Trauma Mayor.**

**25. Quimioterapia y Radioterapia para el cáncer.** En Quimioterapia, los medicamentos requeridos para el tratamiento del cáncer (quimioterapéuticos), serán cubiertos bajo las condiciones del Plan del Beneficios en Salud (PBS).



**24. Diálisis para Insuficiencia Renal Crónica.** Este servicio se prestará en régimen ambulatorio u hospitalario, según el requerimiento y la prescripción de un médico adscrito, previa autorización de **FAMISANAR**, exclusivamente durante los días de la ocurrencia del evento, en el tratamiento de insuficiencias renales de carácter reversible, siempre que tales enfermedades hayan sido adquiridas con posterioridad a la fecha de vinculación del usuario al presente contrato. Se excluyen de manera expresa las patologías crónicas o preexistencias.

**25. Cirugía del Sistema Nervioso Central.**

**26. Cirugía Cardiovascular.**

**27. Angioplastia Coronaria.**

**28. Reemplazos Articulares.** No se incluye el suministro de prótesis, , el cual se gestionará bajo las condiciones del PBS.

**29. Tratamiento para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).** Se cubrirán según guías de atención y contenidos de la Normatividad vigente, en mejores condiciones de hotelería. Requiere Evaluación y autorización de Comité Médico de EPS Famisanar. Medicamentos para VIH autorizados para distribución legal en el país y de acuerdo con la disponibilidad del mercado local y que no se encuentren en experimentación (se cubren bajo las condiciones del Plan de Beneficios en Salud).

**30. Suministros NO PBS. Se cubre:**

- **Prótesis Ocular.** Se cubre una vez en la vida con un tope de 5 S.M.M.L.V en cualquier caso requiere de aprobación por el comité médico.

- **Auxilio para Monturas de lentes y filtros.** Requiere orden de optometría u oftalmología. Tiene un tope de cubrimiento para cada uno es de cinco (5) S.M.D.L.V. por usuario año contrato no acumulable. La utilización de este beneficio excluye el suministro de Lentes de Contacto.

- **Lentes de Contacto.** Cubre para patología refractiva de más de 3 dioptrías, queratocono. Se cubren lentes blandos, semiblandos y gaspermeables. Requiere orden de Optómetra u Oftalmólogo adscrito y Autorización por **FAMISANAR**. Para los usuarios con edad menor o igual a 23 años, se cubre un par por cada año usuarios contrato no acumulable, para mayores de 23 años un par por cada dos años contrato no acumulables. Se excluyen los casos de hipermetropía. No se cubren lentes desechables ni con fines estéticos. TOPE 1 S.M.M.L.V. por vigencia año contrato. No se hará reposición por mal uso o pérdida. La utilización de este beneficio excluye el auxilio para monturas de lentes y filtros.

- **Medias Elásticas de soporte antiembólicas intrahospitalarias.** Cubre solo intrahospitalariamente en estancias mayores de a tres (3) días, usuarios mayores a 65 años y en casos de cirugía cardiovascular, cirugía ortopédica, si están indicadas, neurocirugía, síndrome de hipercoagulabilidad. El suministro lo hace directamente la IPS en la cual se encuentre hospitalizado el usuario. Un par por hospitalización.

- **Prótesis Coclear.** Se cubre en casos definidos por las Instituciones Especializadas. Requiere orden médica. Autorización del comité. Tope de cubrimiento: 50% del valor total del suministro. Se cubre una vez en la vida.

- **Sillas de Ruedas.** Cubre en calidad de préstamo durante la vigencia del contrato. Requiere orden médica y autorización. Solo se suministrará silla estándar. Tope de cubrimiento 2 S.M.M.L.V. Por usuario contrato año no acumulable.

**32. Suministros PBS. Se cubre:**

- **Audífono, Malla para Eventorráfia.** Se cubre una vez en la vida con un tope de 5 S.M.M.L.V en cualquier caso requiere de aprobación por el comité médico.

- **Corsés para patología de columna toraco-lumbar.** Requiere orden de médico especialista (Ortopedia o Fisiatría) Cubre para manejo de patologías derivadas de trauma, únicamente y autorización de **FAMISANAR**. Tope de cubrimiento de 2 S.M.M.L.V por usuario año no contrato acumulable.

- **Cuello Ortopédico.** Cubre los disponibles en el mercado nacional, por solicitud médica. Se cubre un suministro por usuario año contrato no acumulable.

- **Stent Coronario.** Dos (2) stent para Cirugía cardiovascular por usuario año contrato no acumulable. Uno (1) para Cirugía Biliar por usuario año contrato no acumulable. Tope de cubrimiento: 95 % del valor total stent.

**33. Traslado de Ambulancia** en el perímetro urbano. Se cubre el traslado desde un centro asistencial a otro y desde el domicilio hasta un centro asistencial o viceversa, previa orden médica y autorización de FAMISANAR, dentro de la red de ambulancias del Plan. Solo en perímetro urbano.

**33. Copagos del PBS.** Se cubre el valor de los copagos originados de la utilización de los servicios del plan de beneficios en salud (PBS), cubre solamente patologías cubiertas por el PBS **FAMISANAR**.

#### **CLÁUSULA SÉPTIMA. EXCLUSIONES.**

**FAMISANAR. En virtud de este contrato, no asumirá el costo ni autorizará la prestación de los servicios para los siguientes casos:**

1. Enfermedades o malformaciones o afecciones preexistentes definidas como congénitas según cláusula tercera, numeral cuarenta y seis (46) o sus consecuencias directas.

2. Gastos en que haya incurrido el usuario al solicitar la prestación de un servicio a Instituciones y/o Profesionales no pertenecientes al Directorio Médico vigente o sin él previo cumplimiento de los requisitos establecidos para la utilización de los servicios salvo lo previsto en la Cláusula Octava del presente contrato.

3. Procedimientos no reconocidos o aceptados científicamente o tratamientos médicos realizados en establecimientos no autorizados por el Ministerio de Salud.

4. Tratamientos y operaciones no reconocidas por instituciones oficiales o científicas o complicaciones de procedimientos no cubiertos por este contrato o realizado fuera de la red contratada por EPS Famisanar.

5. Lesiones o afecciones causadas por la violación de normas legales con la participación directa o indirecta en eventos como: guerra (declarada o no), conmoción civil, revolución, energía atómica, pruebas nucleares, huelgas, riñas, motines, rebelión, asonada, en el ejercicio de actividades ilícitas o en la prestación del servicio militar.

6. Lesiones o afecciones causadas por inundación, erupciones volcánicas, temblores de tierra o cualquier otro fenómeno de la naturaleza.

7. Lesiones provenientes de Accidentes de Trabajo y/o Enfermedades Profesionales, las cuales serán cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud, según la reglamentación correspondiente a Riesgos Laborales.

8. Lesiones que se originen en la práctica de deportes de alta peligrosidad, tales como competencias motorizadas, vuelo en planeadores, cometas o similares, boxeo, toreo, carreras de caballo (entre otros) y en la práctica de todo deporte profesional remunerado o no (cubierto en los términos del Plan de Beneficios en Salud).

9. Enfermedades transmisibles que sean declaradas epidemias y pandemias por las autoridades competentes, las cuales serán atendidas según corresponda al Plan de Beneficios en Salud, según reglamentación vigente.

10. En hospitalización no se cubren: implementos de uso personal, adicionales de cafetería, servicio de teléfono de larga distancia y elementos tales como biberones, leche en polvo para el recién nacido, pañales, entre otros.

11. Hospitalización cuyo fin sea el chequeo médico en paciente sano.

12. Enfermedades, secuelas o complicaciones originadas por tratamientos no autorizados o no cubiertos por el Plan Complementario correspondiente a este contrato.

13. Enfermedades y/o accidentes causados o provenientes del consumo de estupefacientes o de alcohol y/o tratamiento por farmacodependencia o alcoholismo, las cuales serán atendidas en las condiciones del Plan de Beneficios en Salud.

14. Cirugía Estética para fines de embellecimiento o cirugía plástica reparadora para tratar afecciones preexistentes a la fecha de inicio de la vigencia del contrato. Queda igualmente excluida la mamoplastia reductora, la septoplastia y/o la septorrinoplastia, salvo cuando estas dos últimas se deriven de un accidente ocurrido durante la vigencia del contrato, si compromete la funcionalidad orgánica y que el Usuario haya sido atendido en una de las instituciones adscritas a **FAMISANAR** o se haya aprobado el reembolso en las condiciones a que hace referencia el presente contrato.

15. Lesiones que se hubiere causado el Usuario voluntariamente o encontrándose en estado de enajenación mental temporal o permanente o Intento de Suicidio. Se incluyen dentro de este grupo, aquellas originadas por la negligencia en el cumplimiento de las prescripciones indicadas por el médico tratante, las cuales serán atendidas en las condiciones del Plan de Beneficios en Salud.

16. Estados comatosos irreversibles, muerte cerebral y hospitalización para estados terminales, las cuales serán atendidas en las condiciones del Plan de Beneficios en Salud.

17. Enfermedades que sean consecuencia de malformaciones, deformidades y/o anomalías congénitas o genéticas y la corrección de las mismas, las cuales serán atendidas en las condiciones del Plan de Beneficios en Salud. Igualmente se excluyen los estudios genéticos para determinar paternidad.

18. Tratamientos orientados al feto y estudios para detección o confirmación de anomalías congénitas o genéticas "in útero".

19. Complicaciones del Aborto provocado, las cuales serán atendidas en las condiciones del Plan de Beneficios en Salud.

20. Tratamiento y estudio de fertilidad o infertilidad.

21. Pruebas de sensibilidad, autovacunas o inmunizaciones.

22. Medicamentos o productos cuyo uso no se encuentre debidamente autorizado o que hayan sido ingresados al país en forma ilegal. Solamente se cubrirán los medicamentos aprobados y registrados en el Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). En ningún caso se cubrirán medicamentos en fase experimental.

23. **FAMISANAR** en desarrollo de este contrato, no estará obligada en ningún caso al suministro de bragueros, lentes para anteojos, muletas, aparatos o equipos ortopédicos no contemplados en el presente contrato, válvulas artificiales, piezas anatómicas, injertos artificiales y órganos para trasplantes, las cuales serán atendidas en las condiciones del Plan de Beneficios en Salud, si corresponde.

24. Traslado en ambulancia fuera del perímetro urbano las cuales serán atendidas en las condiciones del Plan de Beneficios en Salud si corresponde.

25. Tratamiento de lesiones o afecciones de origen dental, prótesis e implantes los cuales serán atendidos en las condiciones del Plan de Beneficios en Salud si corresponde.

26. Se excluye el cubrimiento de Prótesis, Órtesis y material de osteosíntesis para procedimientos ortopédicos, los cuales serán atendidas en las condiciones del Plan de Beneficios en Salud.

27. Trasplantes de Órganos, los cuales estarán cubiertos a través del Plan de Beneficios en Salud (PBS).

28. Diálisis para enfermedad o insuficiencia renal crónica, la cual estará cubierta a través del Plan de Beneficios en Salud (PBS).

29. Los servicios contemplados en el PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD (PBS) que no formen parte del **PLAN FAMIFÁCIL ÉLITE**, por el hecho de no encontrarse vigente la afiliación al Plan de Beneficios en Salud.

## **CLÁUSULA OCTAVA. REEMBOLSOS.**

Se hará reembolso del valor de los servicios prestados, solamente en los casos de urgencias y si el Usuario se hallare en cualquier zona del país en donde **FAMISANAR** no tenga sede, ni contratada la prestación de estos servicios con instituciones y/o Profesionales, previa evaluación de la pertinencia de la atención de urgencias por parte del Comité Médico de **FAMISANAR** y el cumplimiento de los requisitos enumerados a continuación.

1. Formato de Solicitud de Reembolso, debidamente diligenciado.
2. Copia o Resumen de la historia clínica que contenga los siguientes datos: Nombre del usuario atendido, tipo y número de documento de identificación, motivo de consulta, diagnóstico, procedimientos realizados y conducta a seguir.
3. Facturas originales de los gastos de la atención en la Institución que contenga: Número del Nit, Nombre completo de la Institución que atendió la urgencia, servicios prestados, valor por servicio y valor total de la atención, con el soporte de cancelación, sin tachaduras ni enmendaduras.

Los reembolsos aprobados se realizarán con base en el manual de Tarifas vigentes que **FAMISANAR** disponga para este fin.

**FAMISANAR** solo aceptará reclamaciones por este concepto si la presentación de la solicitud se hace máximo quince (15) días siguientes a la fecha de atención de la urgencia por la institución. Cumplidos estos requisitos, el reembolso se realizará a los treinta (30) días de la radicación de los documentos en **FAMISANAR**.

Cumplidos estos requisitos, el reembolso se realizará a los treinta (30) días de la radicación de los documentos en FAMISANAR.

#### **CLÁUSULA NOVENA, EVALUACIONES PERIÓDICAS.**

**FAMISANAR** se reserva el derecho a comprobar, cuantas veces sea necesario, la utilización que los Usuarios hagan de los servicios y coberturas que tenga este contrato. En consecuencia, los usuarios tienen la obligación de someterse a los exámenes médicos que se requieran y facilitar a **FAMISANAR** los informes sobre las lesiones o enfermedades sufridas, tratamientos practicados y sobre el estado de salud tanto actual como anterior a su ingreso.

### **CAPÍTULO IV. DISPOSICIONES GENERALES**

#### **CLÁUSULA DÉCIMA. OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATANTE.**

1. Pagar a FAMISANAR las cuotas del contrato en las fechas pactadas y en forma anticipada dentro de la periodicidad definida en el contrato.
2. Pagar los impuestos que graven o llegaren a gravar este contrato.
3. Suministrar a FAMISANAR información completa y veraz sobre su estado real de salud, así como el de los demás usuarios del contrato.
4. Entregar oportunamente los documentos exigidos en el presente contrato so pena de que FAMISANAR no asuma el costo de los servicios en que incurra el Usuario.
5. Hacer uso adecuado y racional de los servicios contratados.
6. Reembolsar a FAMISANAR el costo de los servicios que no se estén cubiertos por el presente contrato o cuando se compruebe que han sido consecuencia directa de patologías preexistentes o de naturaleza congénita.

#### **CLÁUSULA UNDÉCIMA. OBLIGACIONES A CARGO DE LOS USUARIOS.**

1. Presentar en el momento de solicitar la prestación de cualquiera de los servicios cubiertos por el presente contrato, al profesional o entidad adscrita o en las oficinas de **FAMISANAR** según el caso, su documento de identidad y deberá presentar la autorización del servicio expedida por **FAMISANAR** para los casos en que así se requiera.
2. En Caso de Accidente de Tránsito deberá exigir la intervención de las autoridades de tránsito, formular la denuncia ante las autoridades competentes y dar aviso dentro de los tres (3) días calendario, siguientes a la ocurrencia del hecho en las oficinas de **FAMISANAR** adjuntando los documentos y la información pertinente.
3. Cuando **FAMISANAR** dentro de la Evaluación Médica de Ingreso solicite exámenes diagnósticos a un Usuario, tendrá un término máximo de treinta (30) días calendario para presentar los resultados de dichos exámenes. Durante este término sólo tendrá derecho a la utilización de los servicios de consulta. Una vez finalizada dicha evaluación y de ser aceptada la inscripción, se adquiere el derecho de gozar plenamente de todos los servicios y coberturas contempladas en el presente contrato y salvo aquellas patologías que hayan sido objeto de exclusión y las que se consideren como preexistencias. **FAMISANAR** se reserva el derecho de excluir al Usuario que incumpla este requisito contractual.
4. En caso de requerirse alguno de los suministros o servicios no cubiertos por el presente contrato, el Usuario deberá cancelar su valor directamente a la institución o profesional adscrito que prestó el servicio o efectuó el respectivo suministro.

## CLÁUSULA DUODÉCIMA. OTRAS DISPOSICIONES.

### 1. Usuarios elegibles para hacer parte del contrato.

#### a. Grupo Familiar Básico de contratante soltero que no sea casado, ni tenga compañero(a) permanente.

- Contratante.
- Padres sin límite de edad y los Hijos hasta los veinticinco (25) años de edad más 364 días.

#### b. Grupo Familiar Básico de contratantes casados o que tengan compañero(a) permanente.

- Cónyuge o compañero(a) permanente.
- Hijos de **EL CONTRATANTE** y/o cónyuge o compañero(a) permanente hasta los veinticinco (25) años de edad más 364 días.

#### c. Grupo Familiar Adicional de contratante soltero, casado o que tenga compañero(a) permanente:

- Personas que tengan con **EL CONTRATANTE** parentesco hasta el tercer grado de consanguinidad o hasta tercer grado de afinidad.

Para efectos de cálculo de la tarifa se tendrá en cuenta la edad del Usuario y si pertenece al grupo familiar básico, descrito anteriormente, o si es adicional.

**PARÁGRAFO.** El hecho de recibir la solicitud de inscripción de los usuarios por parte de **FAMISANAR** no obliga a la aceptación de la misma. **FAMISANAR** podrá reservarse el derecho de aceptación o rechazo de la inscripción de los usuarios a este plan.

**2. Acceso a la Historia Clínica del Usuario.** **EL CONTRATANTE** en nombre y representación de los usuarios menores de edad y los Usuarios mayores de edad por el hecho de aceptar su inclusión en este contrato, autorizan expresamente a **FAMISANAR** solamente para decisiones de carácter médico o los casos previstos en la ley, a permitir el acceso a la información consignada en su historia clínica y se obligan a suministrarla cuando así lo solicite **FAMISANAR**. De igual forma autoriza a los profesionales de la salud, instituciones y similares que poseen datos sobre su salud a suministrar dicha información a **FAMISANAR** solamente para decisiones de carácter médico o los casos previstos en la Ley.

**3. Anexos.** Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos. Solicitud de Inscripción debidamente diligenciada (contiene la Declaración de salud) Carta de bienvenida, carátula del contrato con la relación de los usuarios con los datos personales de cada uno de ellos fecha de inicio de vigencia del contrato y sus correspondientes preexistencias, contrato de prestación de servicios con la descripción de las coberturas que conforman el plan, programa de pagos moderadores, imitaciones, topes, periodos de carencia, así como cualquier anexo que se suscriba de mutuo acuerdo entre las partes durante el desarrollo del presente contrato.

**4. Modificación del Directorio Médico.** **EL CONTRATANTE** acepta que, para la prestación de los servicios contratados, **FAMISANAR** podrá modificar unilateralmente y en cualquier momento el Directorio Médico de Instituciones y Profesionales, lo cual será informado oportunamente a **EL CONTRATANTE**.



**5. Responsabilidad.** **FAMISANAR** responderá civil y administrativamente por los perjuicios que se ocasionan a los Usuarios en los eventos derivados del incumplimiento del contrato, de conformidad con lo establecido en la ley. Dada la naturaleza y objeto del presente contrato y que las relaciones médico paciente y paciente institución se desarrollan con plena autonomía científica, técnica y administrativa, **FAMISANAR** no responderá por los perjuicios que eventualmente lleguen a derivarse de la prestación de los servicios de salud y complementarios. Por esta razón, **EL CONTRATANTE** y los usuarios declaran expresamente que en el evento de llegarse a presentar reclamaciones de carácter judicial o extrajudicial por efecto de los actos médicos o de los servicios prestados, tales reclamaciones solo podrán dirigirse contra la Institución o el Profesional que hubiera prestado el servicio y que, en ningún caso invocará responsabilidad de **FAMISANAR**.

#### **CLÁUSULA DÉCIMOTERCERA. VIGENCIA DEL CONTRATO.**

Este contrato tiene duración de un (1) año, contado a partir de la fecha de iniciación registrada y a menos que medie incumplimiento de las partes, se entenderá renovado por periodos iguales si el contratante con no menos de treinta (30) días calendario de antelación a la fecha de su vencimiento, no manifiesta por escrito su decisión de no renovarlo.

#### **CLÁUSULA DÉCIMOCUARTA. CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO.**

Además de las causales establecidas en las disposiciones legales para este tipo de contratos, el presente podrá darse por terminado en los siguientes casos:

1. Por mutuo acuerdo de las partes contratantes en cualquier tiempo y manifestado por escrito.
2. Por decisión del contratante.
  - a. Cuando por cualquier motivo **EL CONTRATANTE** desee terminar unilateralmente el contrato, lo cual deberá comunicarlo por escrito a **FAMISANAR** con una antelación no menor a treinta (30) días calendario a la fecha de vencimiento del siguiente periodo de pago, fecha en la cual se hará efectiva la terminación.
  - b. Por muerte de **EL CONTRATANTE** cuando este fuere el único Usuario o cuando los demás usuarios manifiestan su decisión de no continuar con el contrato. En caso de muerte de **EL CONTRATANTE**, los usuarios sobrevivientes deberán comunicar la muerte dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de la misma, indicando si desean o no continuar con el contrato, especificando si fuera el caso el nombre de la persona que asumirá la calidad del contratante; en caso de no señalarse el nombre de la persona que adquirirá la calidad de contratante, tal calidad será adquirida por el primer Usuario superviviente, que tenga capacidad legal para ello, salvo que se manifieste expresamente la decisión de darlo por terminado.
3. **FAMISANAR** podrá dar por terminado el contrato respecto de uno o más usuarios y por tanto cesarán las obligaciones de **FAMISANAR** respecto del mismo en los siguientes casos:
  - a. En caso de incumplimiento por parte de **EL CONTRATANTE** y/o de los usuarios de las obligaciones previstas en el presente contrato o en la ley. En este caso la terminación opera en forma inmediata a partir de la fecha de remisión del aviso dado en tal sentido por **FAMISANAR**.
  - b. Inmediatamente, sin antelación alguna de tiempo, por tal falsedad, error, omisión, reticencia o inexactitud en la información registrada en la solicitud de inscripción o en el examen médico de ingreso o en cualquier otro documento que sirva de soporte para la decisión por parte de **FAMISANAR**, de otorgar la autorización de un servicio o asumir su costo. En caso de presentarse uno de estos eventos **FAMISANAR** podrá excluir uno o varios de los usuarios, enviando comunicación certificada a la última dirección que tenga registrada **EL CONTRATANTE**, sin necesidad que medie antelación alguna de tiempo.

c. Incurrir en mora de noventa (90) días calendario, en el pago de alguna cuota según la forma de pago acordada o por suma cobrada por concepto de recobro, previa comunicación escrita de **FAMISANAR** a **EL CONTRATANTE** antes de finalizar este término. En todo caso **FAMISANAR** podrá exigir el pago de intereses moratorios, además de iniciar las acciones legales para el pago de los saldos pendientes.

d. Todo acto de violencia, injuria, malos tratamientos o amenazas en que incurra el usuario contra empleados de **FAMISANAR** y/o de las Instituciones o profesionales adscritos.

e. Cuando exista mal uso o uso indebido de los servicios por parte del Usuario.

f. Cuando el Usuario a causa de no observar las instrucciones del médico, ponga en peligro su salud.

g. En caso de presentar dos o más veces incumplimiento en el pago de alguna cuota según la forma de pago acordada o por sumas cobradas por concepto de recobro.

h. En caso de que el número de grupos familiares sea inferior al número mínimo exigido como requisito para la vigencia del contrato.

**PARÁGRAFO PRIMERO.** Por cualquiera de las causales de terminación de contrato aquí contempladas **FAMISANAR** tendrá derecho a recibir la parte del valor por el tiempo transcurrido del contrato y reintegrará a **EL CONTRATANTE** la parte no causada. Además, podrá deducir un valor equivalente al diez por ciento (10%) de la parte no causada, por concepto de los gastos administrativos que haya generado el contrato hasta la fecha de su terminación.

**PARÁGRAFO SEGUNDO.** A discreción de **FAMISANAR** no se efectuará la terminación solicitada por **EL CONTRATANTE**, cuando exista mora en el pago de una o más cuotas, debiendo este cancelar el valor correspondiente al tiempo transcurrido hasta la fecha de terminación del contrato. Así mismo no se realiza tal terminación cuando exista mora por reembolso de servicios prestados por **FAMISANAR** a los que no tenía derecho el usuario. Igualmente, solo se aplicará la terminación solicitada previo cumplimiento de los plazos y condiciones establecidas considerándose el contrato en plena vigencia y causándose las cuotas a que haya lugar, sin perjuicio de la suspensión de servicios de que pueda ser objetivo.

Es entendido que, ante la presentación de cualquiera de estas causales, respecto de uno cualquiera de los Usuarios será facultativo de **FAMISANAR** cancelar o no el contrato respecto de todos o algunos de los demás Usuarios. Cuando **FAMISANAR** declare la terminación unilateral de este contrato de acuerdo con lo aquí previsto, ésta podrá en todo caso y en cualquier tiempo, reclamar de los usuarios y/o de **EL CONTRATANTE** el reembolso del valor total de los servicios prestados comprobada la causal de terminación en forma sumaria.

En consecuencia, tratándose de terminación por alguna de las causales citadas, si estuviere pendiente o estando en curso una hospitalización y/o un tratamiento específico previamente autorizados, cesarán inmediatamente las obligaciones de **FAMISANAR** respecto de dicho tratamiento u hospitalización y del Usuario o Usuarios que hubieren ocasionado la terminación del presente contrato.

#### **CLÁUSULA DÉCIMOQUINTA.SUBROGACIÓN.**

Cuando **FAMISANAR** incurra en gastos correspondientes a la atención de un usuario como consecuencias de lesiones o enfermedades causadas por actividad de un tercero de la que se derive responsabilidad contractual o extracontractual, **EL CONTRATANTE** y/o el Usuario, mediante el presente contrato, subrogan voluntariamente a favor de **FAMISANAR**, todos los derechos, acciones y privilegios que le correspondan contra la causante del hecho que originó dicha atención y/o contra el asegurador que esté obligado a indemnizarlo como consecuencia del respectivo siniestro.

Así mismo, se comprometen a prestar toda su colaboración con el objeto de que **FAMISANAR** pueda iniciar las acciones necesarias para obtener el reembolso del valor del costo de los servicios que asumió. Hasta tanto **FAMISANAR** no reciba los documentos pertinentes para hacer efectiva la subrogación, no autorizará el cubrimiento de los gastos ocasionados.

Así mismo, cuando el Usuario se indemnizado por el causante del hecho o por el asegurador, este se compromete a restituir a **FAMISANAR** los valores efectivamente pagos por esta.

#### **CLÁUSULA DÉCIMOSEXTA. SUSPENSIÓN DE SERVICIOS POR MORA.**

En caso de que **EL CONTRATANTE** incurra en mora en el pago del valor del contrato o de una de sus cuotas según la forma de pago acordada, los servicios cubiertos por este contrato se suspenderán automáticamente, sin necesidad de comunicación alguna por parte de **FAMISANAR** y sin perjuicio de que esta, en caso de reiterado incumplimiento, decida dar por terminado unilateralmente el contrato en forma inmediata, según lo previsto en la Cláusula decimoquinta y/o inicie las acciones legales que a su favor tuviere para el cobro. La suspensión no afecta la vigencia del contrato, no exonera a **EL CONTRATANTE** del pago de las cuotas vencidas y no impide que mientras dure se siga causando las cuotas subsiguientes, de conformidad con las normas legales vigentes. El servicio se restablecerá un día hábil, posterior a la fecha en la que el **CONTRATANTE** cancele las cuotas en mora y las cuotas correspondientes al tiempo durante el cual el contrato estuvo suspendido, siempre y cuando el mismo no se hubiere terminado. Dicho restablecimiento en ningún caso modificará la fecha de vencimiento del contrato. **FAMISANAR** no asumirá ningún costo originado por la atención que requieran los Usuarios como consecuencia de una enfermedad o accidente que se produzca durante el tiempo de mora ni por las secuelas y/o recidivas derivadas de la misma.

De la misma manera, quedarán suspendidos los servicios cuando transcurridos diez (10) días calendario desde la fecha en que **FAMISANAR** envíe por correo certificado a **EL CONTRATANTE** la cuenta de cobro por concepto del valor de los servicios utilizados en forma indebida por el Usuario o, que no estaban contemplados dentro de las coberturas, no reciba el pago o reembolso de la cuenta. La prestación de los servicios se restablecerá un (1) día hábil después que se realice el pago del valor de la cuenta por parte **EL CONTRATANTE**.

Si transcurridos treinta (30) días calendario desde la fecha de presentación de la cuenta, esta no fuera pagada, **FAMISANAR** queda facultada para dar por terminado el contrato y para descontar de las cuotas anticipadas que hubiere pagado **EL CONTRATANTE**, pero aún no devengadas por **FAMISANAR** el valor de la cuenta. Durante el periodo en mora, **FAMISANAR** se encuentra facultado para causar los intereses moratorios a la tasa máxima permitida por la ley.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA. RESTITUCIÓN DE VALORES POR PARTE DEL CONTRATANTE.**

Si después de la prestación de algún servicio, **FAMISANAR** verificare que no había lugar a este según los términos y condiciones del presente contrato por que se ha comprobado que se trata de una lesión o enfermedad objeto de una exclusión o preexistencia o no se encontraba contemplada dentro de los servicios o coberturas del mismo. Podrá recobrar al **CONTRATANTE** el valor de tales servicios, y este se obligará, a hacer la restitución dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que **FAMISANAR** lo solicite mediante comunicación escrita, a la última dirección registrada por **EL CONTRATANTE**. **FAMISANAR** podrá efectuar el cobro por vía judicial y sin necesidad de requerimiento alguno, aunque el contrato ya se hubiere terminado.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA, CAMBIO DE DIRECCIÓN.**

**EL CONTRATANTE** deberá informar por escrito a **FAMISANAR** cualquier cambio en la dirección de correspondencia. Todas las comunicaciones relacionadas con el presente contrato se remitirán a la última dirección notificada por **EL CONTRATANTE**. **FAMISANAR** no será responsable, en ningún caso por la remisión de correspondencia a la dirección antigua cuando **EL CONTRATANTE** hubiera incumplido con la obligación de comunicar su nueva dirección y dará por conocido para todos los efectos, el contenido de dicha correspondencia.

## **CLÁUSULA NOVENA. VALOR Y FORMA DE PAGO.**

El valor del presente contrato será el resultado de aplicar el precio unitario por Usuario definido en la caratula del contrato y/o carta de renovación, según corresponda, deducidos los descuentos correspondientes a las condiciones de cada uno de ellos.

**EL CONTRATANTE** se obliga para con **FAMISANAR** a pagar en forma anticipada la tarifa correspondiente de acuerdo con el número de los Usuarios que se incluyan y la forma de pago que escoja. **EL CONTRATANTE** será responsable frente a **FAMISANAR** por el pago total del contrato o de las cuotas del mismo. En caso de inclusión o exclusión de Usuarios se modificará el valor de este contrato.

La tarifa por Usuario tiene vigencia de un año. En consecuencia, **FAMISANAR** se reserva el derecho de modificar anualmente las tarifas pactadas, lo cual lo hará coincidiendo con la anualidad siguiente del contrato. Para esto informará a **EL CONTRATANTE** mediante aviso escrito enviado por correo, especificando los nuevos precios con no menos de treinta (30) días de antelación a la fecha señalada. El simple hecho del pago del nuevo precio se tendrá como manifestación inequívoca de la voluntad de permanecer en el contrato.

**Parágrafo.** Se mantendrá la política de descuentos con el Usuario siempre y cuando no se modifiquen las condiciones que originaron el descuento.

## **CLÁUSULA VIGÉSIMA. MÉRITO EJECUTIVO.**

**FAMISANAR** podrá reclamar el pago de las sumas de dinero que **EL CONTRATANTE** adeude por cualquier concepto derivado de las obligaciones del presente contrato, por vía judicial, sin necesidad de requerimiento alguno para constituirlo en mora. Igualmente acuerdan las partes que, para efectos legales, el presente contrato de prestación de servicios presta mérito ejecutivo.

## **CLÁUSULA VIGÉSIMOPRIMERA. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.**

En cualquier controversia en cuanto a preexistencias y exclusiones será la Superintendencia Nacional de Salud la entidad encargada de resolver administrativamente las diferencias que se presenten, bajo los postulados Ley 1438 de 2011 y demás normas que los modifiquen, complementen o adicionen.

## **CLÁUSULA VIGÉSIMOSEGUNDA. TRASLADO A OTRO CONTRATO.**

En el evento en que **EL CONTRATANTE** pierda el vínculo de subordinación para formar parte de un contrato colectivo o cuando un Usuario se retire del presente contrato y solicite su inclusión a otro contrato de Planes de Atención Complementaria de **FAMISANAR**, ésta estudiará la solicitud para impartir su aceptación o rechazo. En caso de ser aceptada, su contrato se registrará por las cláusulas del contrato al cual se traslade, conservará la antigüedad del anterior contrato para la prestación de servicio, siempre y cuando tal solicitud se presente dentro de los treinta (30) días calendario siguientes al retiro de este y ninguno de los dos contratos se encuentren en mora. Se exceptuará el conservar la antigüedad para los traslados provenientes del Plan Famifácil Plus, ofrecido por **FAMISANAR**.

**Parágrafo.** En el evento en que el Usuario presente solicitud al Plan de Atención Complementaria de **FAMISANAR**, y se encuentre inscrito en un Plan Voluntario de Salud de Otra entidad, **FAMISANAR** estudiará la solicitud para impartir su aceptación o rechazo. En caso de ser aceptado, **FAMISANAR** reconocerá la antigüedad de dicho plan siempre y cuando las coberturas de este, sean equivalentes o mayores al **PLAN FAMIFÁCIL ÉLITE** y presente tal solicitud dentro de los treinta (30) días calendario siguiente al retiro del Plan Adicional de Salud del cual se traslada. Adicionalmente, deberá adjuntar la carta de preexistencias y el contrato de prestación de servicios de su Plan Voluntario de Salud.

### **CLÁUSULA VIGÉSIMOTERCERA. AUTORIZACIÓN ESPECIAL.**

**EL CONTRATANTE** autoriza expresa e irrevocablemente a **FAMISANAR** para que obtenga, de cualesquiera fuente y se reporte a cualesquiera Banco de Datos, centrales de riesgo de las entidades financieras y agentes especializados en el recaudo de cartera vencida, las informaciones y referencias relativas a su persona, su nombre y documento de identificación, a su comportamiento y crédito comercial, hábitos de pago, y en general, al cumplimiento de sus obligaciones pecuniarias, en el evento hubiese transcurrido un periodo igual a sesenta (60) días calendario de encontrarse en mora en el pago de las cuotas correspondientes.

### **CLÁUSULA VIGÉSIMOCUARTA. PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD.**

Para la celebración o renovación del presente contrato, todos y cada uno de los usuarios deberán estar afiliados al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en salud de EPS **FAMISANAR**, al cual hace referencia la Ley 100 de 1993 y demás normas legales reglamentarias de la misma. Esta debe ser acreditada por cada Usuario y en cualquier caso será verificada por **FAMISANAR**.

### **CLÁUSULA VIGÉSIMOQUINTA. DESCUENTO POR AFILIACIÓN SIMULTÁNEA AL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON FAMISANAR.**

El descuento otorgado a un contrato por encontrarse el Usuario afiliado a **FAMISANAR** se mantendrá siempre y cuando el afiliado que tenga estos beneficios se encuentre al día en sus pagos y la afiliación este vigente. En caso de no cumplirse esta condición se podrá eliminar el descuento automáticamente.

### **CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA. DOMICILIO CONTRACTUAL.**

Para todos los efectos legales este contrato tiene como domicilio contractual el registrado en los datos básicos de carátula del contrato.

### **CLÁUSULA VIGESIMA SÉPTIMA. SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y DE LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO- SARLAFT.**

**EL CONTRATANTE** acepta, entiende y conoce, de manera voluntaria e inequívoca, que **FAMISANAR** en cumplimiento de su obligación legal de prevenir y controlar el Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo y siguiendo la Jurisprudencia de la Corte Constitucional sobre la materia, por considerarlo una causal objetiva, podrá terminar unilateralmente el presente contrato en cualquier momento y sin previo aviso, cuando su nombre llegase a ser: (I) Vinculado por parte de las autoridades nacionales e internacionales a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos, financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades terroristas u otros delitos relacionados con el lavado de activos y financiación del terrorismo según los tipificados por las normatividades vigentes; (II) Incluido en listas públicas relacionadas con el tema del lavado de activos y la financiación del terrorismo, administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera, tales como la lista de la Oficina de Control de Activos en el Exterior - OFAC emitida por la Oficina del Tesoro de los Estados Unidos de Norte América o la lista de la Organización de las Naciones Unidas (ONU); (III) Condenado por parte de las autoridades nacionales o internacionales en cualquier tipo de proceso judicial relacionado con la comisión de los anteriores delitos; o IV) Llegase a ser señalado públicamente por cualquier medio de amplia difusión nacional (Prensa, radio, televisión, etc.) como investigados por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos, financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades terroristas u otros delitos relacionados con el lavado de activos y financiación del terrorismo y/o cualquier delito colateral o subyacente a estos.



## CLÁUSULA VIGÉSIMA OCTAVA. MODIFICACIONES.

Cualquier modificación al presente contrato deberá hacerse de común acuerdo y por escrito entre las partes.

### PLAN DE BENEFICIOS

#### Observaciones Generales:

- Este producto está dirigido a contratos colectivos de más de 31 grupos familiares.
- Los servicios se cubren a partir del primer día de vigencia del contrato.
- Se tiene libre elección de las I.P.S. y sus profesionales dentro del Directorio Médico del Plan.
- Todos los servicios requieren verificación de derechos por parte de **FAMISANAR**, la cual será solicitada a **FAMISANAR** por la IPS o los profesionales adscritos al Directorio Médico del Plan.
- Algunos servicios requieren orden de remisión y se tiene libre elección del profesional o IPS dentro del Directorio Médico del plan.
- Algunos servicios requieren de autorización previa por parte de EPS Famisanar y se tiene libre elección del Profesional o IPS dentro del Directorio médico del Plan.
- Todos los servicios están sujetos a los protocolos de **FAMISANAR**.
- Solo se cubrirán los medicamentos aprobados para su distribución legalmente en Colombia.
- Ningún servicio requiere de pago moderador para su uso.
- Habrá Orientación médica y administrativa telefónica las 24 horas, desde el inicio de la vigencia del contrato.

#### Comité Médico de EPS Famisanar:

Está constituido por profesionales médicos del Área de Garantía de Calidad de EPS Famisanar.

Cobertura Económica expresada en el Salario Mínimo Mensual Legal Vigente (SMMLV) y Salario Mínimo Diario Legal Vigente (SMDLV) y en forma porcentual:

En los servicios que contemplan limitaciones en términos de topes económicos, expresados en SMMLV y SMDLV, **FAMISANAR** reconocerá hasta el tope económico establecido para cada servicio, y el usuario asumirá el valor excedente a este reconocimiento con base en la tarifa contratada por **FAMISANAR** con el profesional o IPS que haya elegido el usuario.

De igual forma, para los servicios cuya cobertura económica se expresa como un porcentaje del valor total de un suministro o procedimiento, **FAMISANAR** reconocerá el porcentaje establecido para cada suministro o procedimiento y el usuario asumirá el valor excedente a este reconocimiento con base en la tarifa contratada por **FAMISANAR** con el Profesional o IPS que haya elegido el usuario.



## I. ATENCIÓN AMBULATORIA

### 1. SERVICIO: CONSULTA BÁSICA ESPECIALIZADA

| COBERTURAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | OPERACIÓN                                                                                                                               | LIMITACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Acceso directo para: Medicina General, Medicina Familiar, Medicina Interna, Medicina de Adolescentes, Medicina del Deporte, Geriátrica (pacientes mayores de 65 años), Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología General, Medicina Física y de Rehabilitación (Fisiatría), Neurología, Urología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Dermatología, Optometría, Cirugía General, Gastroenterología, Cardiología, Neurocirugía, Endocrinología, Psiquiatría, Psicología y Nutrición. Las demás especialidades y subespecialidades médicas y pediátricas requieren de remisión</li> <li>Medicina Alternativa</li> <li>Consulta Médica Domiciliaria. Se incluye servicio de visita médica a través de médico general al domicilio, cuando el estado de salud del Usuario así lo requiera, el cual se prestará de acuerdo con la disponibilidad de médico para el efecto. Este servicio se ofrecerá en aquellas ciudades que así lo indique el Directorio Médico vigente de acuerdo con las coberturas geográficas y horarios de atención definidos para tal fin. FAMISANAR se reserva el derecho de autorizar este servicio de acuerdo con el estado de salud del Usuario.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Autorización por línea médica telefónica de EPS Famisanar para consulta domiciliaria.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Consulta de medicina alternativa con los prestadores que tengan adscripción vigente para la atención y que se encuentren incluidos dentro del directorio médico; no incluye procedimientos ni medicamentos de esta especialidad.</li> <li>Consulta básica y de medicina especializada, con los prestadores que tengan adscripción vigente para la atención del PLAN ÉLITE con FAMISANAR y que se encuentren incluidos dentro del Directorio Médico y las demás que FAMISANAR incluya o modifique previa publicación en el directorio médico WEB de FAMISANAR.</li> </ul> |

### 2. SERVICIO: ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

| COBERTURAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | OPERACIÓN                                                                                                                                                                                                     | LIMITACIONES Y OBSERVACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>INCLUYE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención por Odontología General.</li> <li>Odontopediatría.</li> <li>Higienista Oral.</li> <li>Chequeo Odontológico Preventivo.</li> <li>Atención de urgencias Odontológicas.</li> <li>Profilaxis General.</li> <li>Detartraje Supragingival.</li> <li>Fisioterapia Oral, Manejo de seda dental.</li> <li>Control de placa Bacteriana.</li> <li>Fluorización.</li> <li>Sellantes.</li> <li>Obturaciones.</li> <li>Exodoncia simple anestesia Local y que requieran cirugía oral.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Acceso directo: Odontología general, Odontopediatría y Higienista oral.</li> <li>Autorización de EPS Famisanar para Obturaciones, Exodoncias y endodoncias.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Urgencia Odontológica:</b> Evento Constituido por tratamientos aplicados en forma provisional e inmediata para eliminar el dolor o molestia antes de tratamiento definido y que no tenga fines estéticos.</li> <li>Los sellantes se cubren para menores De 18 años máximo una vez por usuario años Contrato no acumulable.</li> <li>En Obturaciones: Solo cubre resinas de foto curado y amalgamas.</li> <li>Chequeo Odontológico Preventivo Máximo 3 consultas por usuario año contrato No acumulable.</li> </ul> |

### 3. APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO AMBULATORIO

| COBERTURAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | OPERACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | LIMITACIONES Y OBSERVACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Endoscopia Diagnóstica y/o Terapéutica. Biopsias - Anatomía Patológica. Laboratorio clínico de I, II y III nivel según normativa vigente. Imagenología I, II y III nivel según normativa vigente. Exámenes de Diagnóstico especializado de III Nivel según normativa vigente. Terapia Física, Respiratoria, de Lenguaje, Ocupacional, Ortóptica y Pleóptica. Nutrición y Psicología. Psicoterapia individual. Se cubren máximo 40 sesiones de psicoterapia por usuario año contratos no acumulables.</li> </ul> <p><b>Los siguientes procedimientos diagnósticos contemplados en la normativa vigente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Manometría esofágica, Test de bronco provocación con meta colina, medición de acidez gástrica en 24 horas (PH Metría), Holter de Tensión Arterial, Prueba de esfuerzo con isonitritos para viabilidad miocárdica, Angiografías por resonancia magnética, Topografías corneanas, Doppler pulsado de cordón umbilical, Prueba de mesa inclinada, Microscopía especular de córnea, Penoscopia, Panorex en caso de trauma agudo, Carga viral para hepatitis al momento de diagnóstico. Medios de Contraste Iónicos, No Iónicos y Gadolinio. Se cubrirán isótopos radioactivos para procedimientos diagnósticos y terapéuticos que lo precisen.</li> <li>En los casos de requerir medio de contraste o Isótopos radioactivos, se exige la indicación escrita del especialista.</li> </ul> <p><b>Los siguientes procedimientos diagnósticos no contemplados en la normativa vigente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Reacción en cadena de polimerasa (Pruebas moleculares)</li> </ul> | <p><b>REQUIERE:</b></p> <p><b>Orden Médica para:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos de I y II Nivel.</li> <li>Laboratorio Clínico de I y II nivel.</li> <li>Imagenología de I y II nivel.</li> <li>Nutrición y Psicología.</li> <li>Ortóptica y Pleóptica.</li> </ul> <p><b>Autorización de EPS Famisanar para:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimientos Diagnósticos y terapéuticos III Nivel.</li> <li>Terapias.</li> <li>Psicoterapia individual.</li> <li>Endoscopias.</li> <li>Procedimientos no contemplados en el Plan de beneficios de Salud (PBS) y que se Encuentren cubiertos en el plan.</li> <li>Procedimientos que requieran Medios Contrastes iónicos, no Iónicos, Gadolino e Isotopos Radiactivos.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>En los casos de requerir Medio de contraste o isotopos Radioactivos, se exige la Indicación escrita del especialista.</li> <li>Terapia física, Respiratoria, de lenguaje, Ortopédica, Pleóptica, Nutrición Y Psicológica: máximo cinco (5) Sesiones por orden.</li> <li>Se cubre máximo 40 Sesiones de Psicoterapia por Usuario año contrato no acumulables.</li> </ul> |

#### 4. SERVICIO: PEQUEÑA CIRUGÍA Y PROCEDIMIENTOS EN CONSULTORIO

| COBERTURAS                                                                                                                                                                                                                                                                                     | OPERACIÓN                                                                                           | LIMITACIONES                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>INCLUYE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimientos Ambulatorios bajo anestesia local, realizados en el consultorio, definidos en el Plan de Beneficios en Salud como nivel I y II.</li> <li>• Procedimientos con fines Funcionales, preventivos y no estéticos</li> </ul> | <b>REQUIERE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorización de EPS Famisanar.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por cada orden máximo dos procedimientos.</li> </ul> |

#### 5. SERVICIO: MEDICAMENTOS

| COBERTURAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | OPERACIÓN                                                                                                                                                                                                | LIMITACIONES Y OBSERVACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>INCLUYE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos contemplados en el PBS, según prescripción médica.</li> <li>• Antieméticos durante quimioterapia: se cubre el Ondasetrón, Granisetrón.</li> <li>• Estimulantes de colonias granulocíticas durante quimioterapia. Se cubre el Filgastrin.</li> </ul> | <b>REQUIERE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formula médica.</li> <li>• Antieméticos y estimulantes de colonias granulocíticas durante quimioterapia: Orden medica del oncólogo.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos ambulatorios Autorizados para distribución legal en el país y de acuerdo con la disponibilidad del mercadeo local.</li> <li>• Máximo tres medicamentos por formula.</li> <li>• Validez de la fórmula: 30 días a partir de la fecha de expedición.</li> <li>• Famisanar no asume el costo del servicio de entrega a domicilio de los medicamentos.</li> </ul> |

#### 6. SERVICIO: PLANIFICACIÓN FAMILIAR

| COBERTURAS                                                                                                                                                                                                 | OPERACIÓN                                                                                                                                                                                                                    | LIMITACIONES Y OBSERVACIONES                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>INCLUYE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sección y/o ligadura de Trompas y Vasectomía.</li> <li>• Inserción de D.I.U.</li> <li>• Aplicación de Implante Dérmico Levonorgestrel.</li> </ul> | <b>REQUIERE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orden Médica para inserción de D.I.U y aplicación de Implante Dérmico.</li> <li>• Autorización por EPS Famisanar para ligadura de trompas y Vasectomía.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inserción de D.I.U y aplicación de implante dérmico una vez por usuario año contrato. Aplica una vez por usuario año contrato o según indicación medica.</li> </ul> |

#### 7. SERVICIO: AMBULANCIA EN EL PERÍMETRO URBANO

| COBERTURAS                                                                                                                                                                                                                                         | OPERACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                          | LIMITACIONES Y OBSERVACIONES                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>INCLUYE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traslado del usuario Dentro del perímetro urbano desde un centro asistencial a otro.</li> <li>• Desde el domicilio hasta el centro asistencial o viceversa según orden médica.</li> </ul> | <b>REQUIERE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud telefónica del Usuario a EPS Famisanar.</li> <li>• Se requiere Autorización por EPS Famisanar. Orden de IPS o Médico Adscrito.</li> <li>• Se cubre a través de la Red de Ambulancias contratadas por EPS Famisanar.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solo se cubre dentro del Perímetro urbano.</li> </ul> |

## 8. SERVICIO: PRÓTESIS Y SUMINISTROS NO PBS

| COBERTURAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | OPERACIÓN                                                                                                                                                       | LIMITACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prótesis Ocular.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>REQUIERE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orden Médica especialista.</li> <li>• Autorización por Comité Médico de EPS Famisanar.</li> </ul>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubre una vez en la vida.</li> <li>• Tope de valor hasta cinco 5 S.M.M.L.V.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auxilio para monturas de lentes y filtros.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>REQUIERE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orden de Optometría u Oftalmología y autorización por EPS Famisanar.</li> </ul>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tope de cubrimiento para cada uno es de (5) cinco S.M.D.L.V. por usuario año contrato no acumulable.</li> <li>• La utilización d este beneficio excluye el suministro de lentes de Contacto.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lentes de Contacto Cubre.</li> <li>• Patología refractiva de más 3 dioptrías.</li> <li>• Queratocono.</li> <li>• En los casos de diferencias refractivas de más de 3 dioptrías.</li> <li>• Se cubren lentes blandos, semiblandos y gaspermeables.</li> </ul>                                                                               | <b>REQUIERE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orden de Optometría u oftalmología Médico y Autorización por EPS Famisanar.</li> </ul>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se excluyen los casos de hipermetropía.</li> <li>• No se cubren lentes desechables ni para fines estéticos.</li> <li>• Tope de cubrimiento de un (1) S.M.M.L.V. por vigencia y según edad del usuario, así:</li> <li>• Para usuarios con edad igual o menor 23 años: Un par cada cada año.</li> <li>• Para mayores de 23 años: un par cada 2 años.</li> <li>• No se hará reposición por mal uso o pérdida.</li> <li>• La utilización de este beneficio excluye el auxilio para monturas de Lentes y Filtros.</li> </ul> |
| <p>Medias Elásticas de soporte Anti embólicas, Cubre solo intrahospitalariamente en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estancias mayores a 3 días.</li> <li>• Usuarios mayores a 65 años casos de:</li> <li>• Cirugía Cardiovascular.</li> <li>• Cirugía Ortopédica, si están indicadas.</li> <li>• Neurocirugía.</li> <li>• Síndrome de hipercoagulabilidad.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• El suministro la hace directamente la I.P.S en la cual se encuentra hospitalizado el usuario.</li> </ul>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubre la estancia hospitalaria.</li> <li>• Un par por hospitalización.</li> <li>• No se cubrirá en pacientes con tratamientos ambulatorios.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prótesis coclear.</li> </ul> <p>Se cubre en casos definidos por las instituciones especializadas.</p>                                                                                                                                                                                                                                      | <b>REQUIERE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orden médica por especialista.</li> <li>• Autorización del Comité Médico de EPS Famisanar.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tope de cubrimiento: 50% del valor total de la prótesis.</li> <li>• Se cubre una vez en la vida.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sillas de Ruedas.</li> </ul> <p>Cubre en calidad de préstamo durante la vigencia del contrato.</p>                                                                                                                                                                                                                                         | <b>REQUIERE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orden Médica por especialista.</li> <li>• Autorización por EPS Famisanar.</li> </ul>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solo se suministrará silla estándar y como consecuencia de trauma ocurrido durante la vigencia del contrato.</li> <li>• Tope de cubrimiento: Máximo 2 S.M.M.L.V. por usuario año contrato no acumulable.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

## 9. SERVICIO: PRÓTESIS Y SUMINISTROS PBS

| COBERTURAS                                                                                                                                                            | OPERACIÓN                                                                                                                                                        | LIMITACIONES                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Audífono, Malla para Eventorráfia.</li> </ul>                                                                                | <b>REQUIERE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orden Médica especialista.</li> <li>• Autorización por Comité Médico de EPS Famisanar.</li> </ul>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubre una vez en la vida.</li> <li>• Tope de valor hasta cinco 5 S.M.M.L.V.</li> </ul>                                                                                                                                     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Corsés para patología de columna toracolumbar. Cubre para manejo de patologías derivadas de trauma, únicamente.</li> </ul>   | <b>REQUIERE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orden médica especialista Ortopedia o Fisiatría.</li> <li>• Autorización por EPS Famisanar.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tope cubrimiento de dos (2) S.M.M.L.V. por usuario año contrato no acumulable.</li> </ul>                                                                                                                                  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuello Ortopédico.</li> <li>• Suministro de Cuello Ortopédico</li> </ul>                                                     | <b>REQUIERE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orden de médico especialista.</li> <li>• Autorización de Famisanar.</li> </ul>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubre los disponibles en el mercado nacional, por solicitud médica.</li> <li>• Se cubre un suministro por usuario año contrato no acumulable</li> </ul>                                                                    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stent Coronario. Cubre:</li> <li>• Dos (2) stent para cirugía cardiovascular.</li> <li>• Uno para cirugía Biliar.</li> </ul> | <b>REQUIERE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orden médica por especialista.</li> <li>• Autorización por comité de EPS Famisanar.</li> </ul>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cardio vascular, máximo dos (2) por usuario año contrato no acumulable.</li> <li>• Biliar, máximo uno (1) por usuario año contrato no acumulable.</li> <li>• Tope de cubrimiento: 95% del valor total de stent.</li> </ul> |



Planes de Atención Complementaria

## II. ATENCIÓN HOSPITALARIA Y QUIRÚRGICA

### 1. SERVICIO: URGENCIAS

| COBERTURAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | OPERACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | LIMITACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>INCLUYE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Urgencias Ambulatorias.</li> <li>• Urgencia Ortopédicas.</li> <li>• Urgencias que deriven en hospitalización y/o cirugías.</li> </ul> <p>Se prestará:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación médica Inicial.</li> <li>• Interconsulta especializada según criterio Médico.</li> <li>• Hospitalización en sala de observación.</li> <li>• Exámenes de apoyo diagnóstico incluye medios de contraste iónicos, No iónicos, Gadolino e Isótopos radioactivos para procedimientos diagnósticos y terapéuticos que lo precisen.</li> <li>• Medicamentos durante la Atención de urgencias.</li> <li>• Servicios de pequeña cirugía en sala de procedimientos o de yesos.</li> <li>• Materiales y suministros que se encuentre cubiertos por el PBS y que no se encuentre excluidos en el contrato.</li> <li>• Equipos requeridos para la atención en la IPS.</li> </ul> | <p><b>REQUIERE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificación de derechos para la atención inicial (Consulta inicial, interconsulta y Exámenes de apoyo diagnóstico necesario para la realización de un diagnóstico y observación en urgencias).</li> <li>• Autorización de EPS Famisanar para la hospitalización, realización de procedimientos Quirúrgicos en la sala de cirugía o procedimientos en salas especiales.</li> <li>• Se cubre en la Red de la IPS de urgencias del directorio Médico del Plan.</li> <li>• Aplica reembolso previo cumplimiento de los requisitos señalados para el efecto en el contrato de prestación de servicios.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• El periodo máximo de observación de 24 horas.</li> <li>• Se excluye la cobertura de prótesis Ortesis y Material de osteosíntesis los cuales serán cubiertos por el PBS.</li> <li>• El usuario deberá presentar los documentos que lo acrediten como usuario activo del PAC de EPS Famisanar durante las primeras 24 horas del ingreso al servicio de urgencias.</li> </ul> |

### 2. CIRUGÍA AMBULATORIA PBS

| COBERTURAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | OPERACIÓN                                                      | LIMITACIONES                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>INCLUYE:</b></p> <p>Cubre procedimientos quirúrgicos ambulatorios contemplados en el manual de intervenciones y procedimientos del PBS.</p> <p>Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipos utilizados durante la atención.</li> <li>• Honorarios Médicos Apoyos diagnósticos y terapéuticos, incluye Medios de contraste Iónicos, No iónicos y Gadolinio.</li> <li>• Procedimientos de laparoscopia y artroscopia diagnósticos y/o terapéuticos.</li> <li>• Derechos de sala de cirugía y Recuperación (Incluye Instrumentadora).</li> <li>• Productos anestésicos y medicamentos durante la atención.</li> <li>• Materiales y suministros que se encuentren cubiertos por el PBS y que no se encuentren excluidos en el contrato.</li> </ul> | <p><b>REQUIERE:</b></p> <p>Autorización por EPS Famisanar.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cubre Cirugía Maxilofacial Septoplastia y septorrinoplastias o si es accidente o trauma ocurrido durante la vigencia del contrato y si compromete la funcionalidad orgánica.</li> </ul> |



### 3. SERVICIO: CIRUGÍA ESTÉTICA RECONSTRUCTIVA, CIRUGÍA AMBULATORIA PBS

| COBERTURAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | OPERACIÓN                                                                                                            | LIMITACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>INCLUYE:</b></p> <p>Incluye los siguientes procedimientos quirúrgicos contemplados en el manual de intervenciones y procedimientos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía Estética derivada de procedimientos reconstructivos.</li> <li>• Cirugía refractiva con láser, en patología Refractiva mayor a 6 dioptrías.</li> <li>• Cirugía Estereotáxica.</li> <li>• Cirugía Laparoscopia de vías biliares, aparato reproductor femenino y aparato digestivo (Anexo al final del documento) Ablación de foco ectópicos por radiofrecuencia.</li> </ul> <p>Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipos utilizados durante la atención.</li> <li>• Honorarios Médicos de Cirujano, Anestesiólogo y ayudante de Cirugía.</li> <li>• Derechos de salas de cirugía y recuperación (incluye instrumentadora).</li> <li>• Apoyos diagnósticos, incluye medios de contraste iónicos, No iónicos y Gadolinio.</li> <li>• Productos anestésicos y medicamentos durante la atención Materiales y Suministros que se encuentren cubiertos por el PBS y que no se encuentren excluidos en el contrato.</li> </ul> | <p><b>REQUIERE:</b></p> <p>Evaluación por Comité Médico de EPS Famisanar.</p> <p>Autorización por EPS Famisanar.</p> | <p>Para Cirugías Refractivas: Cubre a usuarios entre 20 y 50 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía refractiva: una vez en la vida.</li> <li>• Se cubre cirugía Estética Reconstructiva si son derivados o consecuencia de accidente o trauma ocurrido durante la vigencia del contrato y si compromete la funcionalidad orgánica.</li> </ul> |

### 4. SERVICIO. HOSPITALIZACIÓN

#### 4.1. SERVICIO. HOSPITALIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO

| COBERTURAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | OPERACIÓN                                                                                            | LIMITACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>INCLUYE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cama de acompañante para menores de 15 años.</li> <li>• Auxiliar de enfermería acompañante en horas de la noche según solicitud médica.</li> <li>• Habitación unipersonal, servicios y recursos de la entidad, materiales y suministros que se encuentren cubiertos por el PBS y que no se encuentren excluidos en el contrato, medicamentos ordenados y suministros durante la estancia.</li> <li>• Equipos utilizados.</li> <li>• Honorarios del médico tratante y especialista.</li> <li>• Apoyos diagnósticos y terapéuticos, incluye medio de contraste iónicos, no iónicos y gadolinio e isótopos radioactivos para procedimientos diagnósticos y terapéuticos que lo precisen.</li> <li>• Procedimientos médicos que se encuentran cubiertos por el PBS y que no se encuentran excluidos en el contrato.</li> <li>• Transfusiones sanguíneas (incluye sangre y sus derivados).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>REQUIERE:</b> Autorización por EPS Famisanar.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Máximo 90 días al año usuario contrato no acumulables.</li> <li>• Se cubren máximo dos (2) visitas médicas por día de Hospitalización.</li> <li>• Cama de acompañante y auxiliar de enfermería acompañante máximo 90 días usuario contrato no acumulable.</li> </ul> |

#### 4.2 SERVICIO. HOSPITALIZACIÓN PARA TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

| COBERTURAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | OPERACIÓN                                                                                                   | LIMITACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>INCLUYE:</b><br/>Cubre en procesos agudos y reversibles</p> <p>Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cama de acompañante para menor de 15 años.</li> <li>• Auxiliar de enfermería acompañante en horas de la noche según solicitud médica.</li> <li>• Habitación unipersonal, Servicios y Recursos de la entidad. Materiales y Suministros que se encuentren cubiertos por el PBS y que no se encuentren excluidos en el contrato. Medicamentos ordenados y suministrados durante la estancia.</li> <li>• Equipos utilizados.</li> <li>• Honorarios del médico tratante y especialista.</li> <li>• Apoyos diagnósticos y terapéuticos, incluye Medios de contraste iónicos, No iónicos y Gadolinio e isotopos radioactivos para procedimientos diagnósticos y terapéuticos que lo precisen.</li> <li>• Procedimientos médicos que se encuentren cubiertos por el PBS y que no se encuentren excluidos en el contrato.</li> <li>• Transfusiones sanguíneas (incluye sangre y derivados).</li> </ul> | <p><b>REQUIERE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorización por EPS Famisanar.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Máximo 60 días por usuario año contrato no acumulables.</li> <li>• Se cubren máximo dos (2) visitas por día de hospitalización.</li> <li>• Cama de acompañante y auxiliar de enfermería acompañante máximo de sesenta (60) días usuario contrato no acumulable.</li> </ul> |

#### 4.3. SERVICIO: HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (U.C.I )

| COBERTURAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | OPERACIÓN                                                                                                   | LIMITACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>INCLUYE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• U.C.I Médica, Pediátrica y coronaria.</li> <li>• U.C.I. Quirúrgica y Postquirúrgica.</li> <li>• Unidad de Cuidado Intermedio.</li> <li>• Nutrición Parenteral en pacientes con patología reversible.</li> <li>• Habitación, servicios y recursos de la entidad, materiales y suministros que se encuentren cubiertos por el PBS y que no se encuentren excluidos en el contrato, medicamentos ordenados y suministrados durante la estancia.</li> </ul> <p><b>Se cubrirá según el caso:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Honorarios del médico tratante y especialista.</li> <li>• Procedimientos médicos que se encuentren cubiertos por el PBS y que no se encuentren excluidos en el contrato.</li> <li>• Anestesiología y Reanimación.</li> <li>• Trasfusiones sanguíneas (incluye sangre y derivados).</li> </ul> | <p><b>REQUIERE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorización por EPS Famisanar.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• U.C.I. Máximo 60 días por usuario año contrato no acumulables.</li> <li>• Cubre estado de coma hasta declarar muerte cerebral clínicamente.</li> <li>• Nutrición parenteral se cubre solo dentro de la estancia de la unidad.</li> <li>• Unidad de cuidado intermedio máximo 180 días por usuario año contrato no acumulable.</li> <li>• Cubre máximo tres (3) visitas médicas diarias durante la hospitalización.</li> </ul> |

#### 4.4. SERVICIO: HOSPITALIZACIÓN PARA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

| COBERTURAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | OPERACIÓN                                                                                                   | LIMITACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Cubre los procedimientos quirúrgicos contemplados en el manual de intervenciones y procedimientos del Plan de beneficios en salud y que no se encuentren excluidos en el contrato. De igual forma, cubre los procedimientos quirúrgicos no PBS incluidos en el anexo que se encuentra al final del presente documento.</p> <p><b>INCLUYE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cama de acompañante para menores de 15 años.</li> <li>• Auxiliar de Enfermería acompañante en horas de la noche según solicitud médica.</li> <li>• Habitación unipersonal, servicios y Recursos de la entidad, materiales y Suministros que se encuentren cubierto por el PBS y que no encuentren excluidos en el contrato.</li> <li>• Apoyos diagnósticos y terapéuticos, incluye Medios de contraste iónicos, No iónicos y Gadolinio e isotopos radioactivos para procedimientos diagnósticos y terapéuticos que lo precisen.</li> <li>• Procedimientos médicos que se encuentren cubiertos por el PBS y que no se encuentren excluidos en el contrato.</li> <li>• Trasfusiones sanguíneas (incluye sangre y derivados).</li> <li>• Derechos de sala de cirugía y de recuperación (incluye instrumentadora).</li> <li>• Honorarios médicos (Cirujano, Anestesiólogo y ayudante quirúrgica) y especialistas.</li> <li>• Productos anestésicos y medicamentos ordenados y suministrados durante la estancia.</li> </ul> | <p><b>REQUIERE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorización por EPS Famisanar.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía Maxilofacial, Septoplastia y Septorrinoplastia únicamente si son derivados o consecuencia de accidentes o trauma ocurrido durante la vigencia del contrato y si compromete la funcionalidad orgánica.</li> <li>• Máximo 90 días por usuario año contrato no acumulables.</li> <li>• Se cubren máximo dos (2) visitas médicas por día de hospitalización.</li> <li>• Cama de acompañante y auxiliar de enfermería acompañante máximo (90) días usuario contrato no acumulables.</li> </ul> |

## 5. SERVICIO: ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y DEL NEONATO

| COBERTURAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | OPERACIÓN                                                                                                 | LIMITACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>INCLUYE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención de curso de Preparación para la Maternidad, Paternidad y Familia Gestante, control Prenatal, Parto normal o Cesárea y complicaciones de Embarazo a: Todas las usuarias que hagan parte del contrato.</li> <li>Atención del Aborto espontaneo para cualquier usuaria del contrato.</li> <li>Atención intrahospitalaria del Recién Nacido durante los primeros treinta (30) días inmediatos a su nacimiento.</li> <li>Curso de Preparación para la Maternidad, Paternidad y Familia Gestante: Taller de educación prenatal teórico-práctico, para la preparación física y mental de la pareja en el nacimiento de sus hijos y sobre lo relacionado con la atención del parto. Control Prenatal: Consulta por medio ginecoobstetra, ecografía obstétrica y exámenes de laboratorio contemplados en el Plan de beneficios en Salud.</li> </ul> <p>Incluye durante la estancia de la Usuaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Habitación individual lo descrito en generalidades de hospitalización.</li> <li>Honorarios médicos por Pediatría para el recién Nacido, si existe hospitalización durante los primeros treinta (30) días inmediatos al nacimiento. Primera valorización neonatal por pediatra.</li> <li>Honorarios médicos de Ginecoobstetra, Anestesiólogo y ayudante de cirugía.</li> <li>Derechos de sala de parto o cirugía y recuperación Productos anestésicos, (incluye instrumentadora).</li> <li>Procedimientos médicos que se encuentre cubiertos por el PBS y que no se encuentren excluidos en el contrato. Anestesiología y reanimación.</li> <li>Suministros y Materiales que se encuentren cubiertos por el PBS y que no se encuentren excluidos en el contrato. Equipos utilizados.</li> <li>Apoyos diagnósticos y terapéuticos, incluye Medios de contraste iónicos, No iónicos y Gadolinio e isotopos radioactivos para procedimientos diagnósticos y terapéuticos que lo precisen.</li> <li>Medicamentos ordenados y suministrados durante la estancia.</li> <li>Cama de acompañante para menores de 15 años.</li> <li>Auxiliar de enfermería acompañante en las horas de la noche según solicitud médica.</li> <li>Transfusiones sanguíneas (incluye sangre y derivados).</li> </ul> | <p><b>REQUIERE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Autorización por EPS Famisanar.</li> </ul> | <p>Para las Usuaris</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La atención durante los primeros treinta (30) días para el Recién Nacido aplica solo a nivel intrahospitalario. No incluye reingresos posteriores a un egreso hospitalario y ni incluye la atención ambulatoria.</li> <li>Curso de Preparación para la Maternidad, Paternidad y Familia Gestantes Máximo quince (15) sesiones por usuaria durante el embarazo.</li> <li>Ecografías Obstétricas: Una por trimestre de embarazo.</li> </ul> <p>En Neonatos no se cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Patologías hereditarias o congénitas.</li> <li>Pañales ni leche Maternizada.</li> <li>No incluye la atención de procedimientos quirúrgicos.</li> </ul> |

## 6. SERVICIO: COPAGOS DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD (PBS) FAMISANAR

| COBERTURAS                                                                                                                                       | OPERACIÓN                                                                                                                                | LIMITACIONES                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>INCLUYE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>El valor de los copagos de la autorización de los servicios del PBS FAMISANAR.</li> </ul> | <b>REQUIERE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Autorización de EPS Famisanar o reembolso si ocurre a nivel nacional.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Cubre solamente patologías cubiertas por el PBS Famisanar.</li> </ul> |

## 7. SERVICIO: EXCEDENTES EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

| COBERTURAS                                                                                                                                                                                                           | OPERACIÓN                                                                                          | LIMITACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>INCLUYE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Todos los servicios prestados durante una hospitalización a partir de la fecha de vencimiento de la cobertura que da el S.O.A.T. (800 S.M.D.L.V.),</li> </ul> | <b>REQUIERE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Autorización por EPS Famisanar.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Aplica solo para Accidentes Terrestres.</li> <li>No habrá cobertura de llegar a comprobarse la comisión de una infracción de tránsito o culpa por parte del usuario afectado.</li> <li>Se excluye la cobertura de Prótesis, Órtesis y Material de Osteosíntesis, los cuales serán cubiertos por el PBS.</li> </ul> |

## 8. SERVICIO: ENFERMEDADES DE ALTO COSTO

| COBERTURAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | OPERACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | LIMITACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>INCLUYE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento quirúrgico para el Cáncer.</li> <li>Quimioterapia y Radioterapia para el Cáncer.</li> <li>Diálisis para enfermedad Renal Aguda.</li> <li>Cirugía del Sistema Nervioso Central.</li> <li>Cirugía del Aparato Cardiovascular.</li> <li>Angioplastia Coronaria, incluye procedimiento y stent coronario).</li> <li>Reemplazos Articulares (no incluye el suministro de prótesis).</li> <li>Tratamiento de Gran Quemado.</li> <li>Tratamiento quirúrgico del trauma mayor.</li> <li>Tratamiento del VIH-SIDA.</li> </ul> | <b>REQUIERE:</b> <p>REQUIERE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Autorización por EPS Famisanar.</li> <li>Evaluación y autorización del comité Médico de EPS Famisanar para:</li> <li>Cirugía del Sistema Nervioso Central.</li> <li>Cirugía de Aparato Cardiovascular.</li> <li>Angioplastia coronaria.</li> <li>Reemplazos articulares.</li> <li>Manejo del Paciente con SIDA.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención en Habitación Individual ya descrita en hospitalización.</li> <li>Medicamentos para VIH autorizados para distribución legal en el país y de acuerdo con la disponibilidad del mercado local y que no se encuentren en experimentación (se cubren bajo las condiciones del Plan de Beneficios en Salud).</li> <li>Enfermedades de alto costo según guías y contenidos definidos para el PBS.</li> <li>En Quimioterapia, los medicamentos requeridos para el tratamiento del cáncer (quimioterapéuticos), serán cubiertos bajo las condiciones del Plan del Beneficios en Salud (PBS).</li> </ul> |

## 9. SERVICIO: HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

| COBERTURAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | OPERACIÓN                                                                                                                                       | LIMITACIONES                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>INCLUYE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas Médicas por Medicina General.</li> <li>• Servicio de auxiliar de enfermería diurna.</li> <li>• Sesiones de Terapias física y Respiratoria.</li> <li>• Toma de Muestras de Laboratorio.</li> <li>• Oxígeno Terapia.</li> <li>• Suministros de Medicamentos, Equipos y Materiales que se encuentren cubiertos por el PBS y que no encuentren en el contrato.</li> </ul> | <b>REQUIERE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorización por EPS Famisanar.</li> <li>• Orden de IPS o Médico adscrito.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubren dentro del perímetro urbano.</li> <li>• Máximo 180 días por usuario año contrato no acumulable.</li> <li>• Suministros, Medicamentos, Equipos y Materiales se cubren durante los primeros 10 días de servicio.</li> </ul> |

## ANEXO DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD (PBS)

### PROCEDIMIENTOS LAPAROSCÓPICOS DE VÍAS DIGESTIVAS Y BILIARES

|                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ESOFAGOCARDIOMIOTOMÍA ABDOMINAL O TORÁCICA [HÉLLER] POR LAPAROSCOPIA.                                                                                                   |
| CIRUGÍA ANTIRREFLUJO GASTROESOFÁGICO CON RECONSTRUCCIÓN DE ESFÍNTER POR LAPAROSCOPIA O TORACOSCOPIA.                                                                    |
| REDUCCIÓN INTESTINAL CON RESECCIÓN INTESTINAL POR LAPAROSCOPIA.                                                                                                         |
| REDUCCIÓN INTESTINAL SIN RESECCIÓN INTESTINAL POR LAPAROSCOPIA.                                                                                                         |
| DRENAJE DE ABSCESO O QUISTE HEPÁTICO POR LAPAROSCOPIA.                                                                                                                  |
| COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA.                                                                                                                                          |
| DRENAJE DE ABSCESO INTRAPERITONEAL (EPIPLOICO OMENTAL, PERIESPLÉNICO PERIGÁSTRICO, SUBHEPÁTICO, SUBFRÉNICO, DE LA FOSA ILIACA Y PLASTRÓN APENDICULAR) POR LAPAROSCOPIA. |
| ANASTOMOSIS DEL PÁNCREAS POR LAPAROSCOPIA.                                                                                                                              |



## PROCEDIMIENTOS LAPAROSCÓPICOS DE APARATO GENITAL FEMENINO

|                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERITONEAL (INCLUYE DIU PERDIDO) POR LAPAROSCOPIA.           |
| LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS O BRIDAS POR LAPAROSCOPIA.                                           |
| URETROCISTOPEXIA POR LAPAROSCOPIA.                                                             |
| CISTECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA.                                                                  |
| RESECCIÓN DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA.                                                 |
| PUNCIÓN Y DRENAJE DE LESIÓN DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA.                                        |
| FULGURACIÓN DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA.                                                        |
| RESECCIÓN DE QUISTE PARAOVÁRICO POR LAPAROSCOPIA.                                              |
| LIBERACIÓN DE LISIS O ADHERENCIAS MODERADAS O SEVERAS DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA.              |
| OOFERECTOMÍA UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA.                                                      |
| OOFERECTOMÍA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA.                                                       |
| OOFOROPEXIA UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA.                                                       |
| OOFOROPEXIA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA.                                                        |
| ASPIRACIÓN DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA.                                                         |
| LIBERACIÓN DE TORSIÓN DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA.                                              |
| SALPINGOSTOMÍA Y DRENAJE DE TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA.                                |
| SALPINGOSTOMÍA PARA TRATAMIENTO CONSERVADOR DE EMBARAZO ECTÓPICO POR LAPAROSCOPIA.             |
| DESTRUCCIÓN U OCLUSIÓN DE TROMPA DE FALOPIO ÚNICA VÍA LAPAROSCÓPICA.                           |
| DESTRUCCIÓN U OCLUSIÓN ENDOSCÓPICA (VÍA LAPAROSCÓPICA) BILATERAL DE TROMPA DE FALOPIO EN NCOC. |
| SALPINGECTOMÍA UNILATERAL TOTAL POR LAPAROSCOPIA.                                              |
| SALPINGECTOMÍA BILATERAL TOTAL POR LAPAROSCOPIA.                                               |
| RESECCIÓN DE QUISTE DE MESOSALPINX POR LAPAROSCOPIA.                                           |

|                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SUTURA SIMPLE DE TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA.                                                   |
| SALPINGO-SALPINGOSTOMÍA POR LAPAROSCOPIA.                                                              |
| SALPINGOLISIS DE ADHERENCIAS LEVES POR LAPAROSCOPIA.                                                   |
| SALPINGOLISIS DE ADHERENCIAS MODERADAS O SEVERAS POR LAPAROSCOPIA.                                     |
| SALPINGOPLASTIA POR LAPAROSCOPIA.                                                                      |
| SALPINGO-OOFERECTOMÍA UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA.                                                     |
| SALPINGO-OOFERECTOMÍA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA.                                                      |
| LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS MODERADAS O SEVERAS DE OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA. |
| LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS MODERADAS O SEVERAS DE OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA. |
| BIOPSIA DE MIOMETRIO POR LAPAROSCOPIA.                                                                 |
| MIOMECTOMÍA UTERINA, MIOMA PEDICULADO (ÚNICO O MÚLTIPLE) POR LAPAROSCOPIA                              |
| MIOMECTOMÍA UTERINA, MIOMA SUBSEROZO (ÚNICO O MÚLTIPLE) POR LAPAROSCOPIA.                              |
| HISTERECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA.                                                                        |
| HISTERECTOMÍA VAGINAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA.                                                       |
| HISTERECTOMÍA RADICAL VAGINAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA.                                               |
| EXTIRPACIONES Y DESTRUCCIÓN DE ENDOMETRIOSIS ESTADOS I Y II POR LAPAROSCOPIA.                          |
| EXTIRPACIONES Y DESTRUCCIÓN DE ENDOMETRIOSIS ESTADOS III Y IV POR LAPAROSCOPIA.                        |
| SECCIÓN DE LIGAMENTOS ÚTERO SACROS POR LAPAROSCOPIA.                                                   |
| SECCIÓN DE ADHERENCIAS UTERINAS A PARED ABDOMINAL VÍA LAPAROSCOPIA.                                    |
| HISTEROPEXIA POR LAPAROSCOPIA.                                                                         |
| NEURECTOMÍA PRESACRA POR LAPAROSCOPIA                                                                  |
| HISTERORRAFIA POR LAPAROSCOPIA.                                                                        |
| COLPOPEXIA POR LAPAROSCOPIA.                                                                           |

|                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FULGURACIÓN EN OVARIO POR LAPAROSCOPIA.                                                                           |
| ASPIRACIÓN FOLICULAR DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA                                                                   |
| LIBERACIÓN DE TORSIÓN DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA.                                                                 |
| SALPINGO-SALPINGOSTOMÍA POR LAPAROSCOPIA.                                                                         |
| SALPINGOLISIS DE ADHERENCIAS (LEVES, MODERADAS O SEVERAS) POR LAPAROSCOPIA.                                       |
| SALPINGOPLASTIA (FIMBROPLASTIA) POR LAPAROSCOPIA.                                                                 |
| LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS (LEVES. MODERADORAS O SEVERAS) DE OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA. |
| SECCIÓN DE LIGAMENTO ÚTERO SACRO POR LAPAROSCOPIA.                                                                |
| SUTURA SIMPLE DE TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA.                                                              |
| HISTERECTOMÍA VAGINAL ASISTIDO POR LAPAROSCOPIA.                                                                  |
| HISTEROPEXIA POR LAPAROSCOPIA.                                                                                    |
| LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS DE OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA.                                |

## **ANEXO DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD (PBS)**

### **PROCEDIMIENTOS LAPAROSCÓPICOS DE VÍAS DIGESTIVAS Y BILIARES**

|                                                                  |
|------------------------------------------------------------------|
| COLECTOMÍA SUBTOTAL LAPAROSCOPICA.                               |
| COLECTOMÍA TOTAL CON RESECCIÓN DE ILEOTERMINAL POR LAPAROSCOPIA. |
| HEMICOLECTOMÍA DERECHA POR LAPAROSCOPIA.                         |
| HEMICOLECTOMÍA IZQUIERDA POR LAPAROSCOPIA.                       |
| REDUCCIÓN INTESTINAL CON RESECCIÓN INTESTINAL POR LAPAROSCOPIA.  |
| ANASTOMOSIS DEL PÁNCREAS POR LAPAROSCOPIA.                       |

**Lista de medicamentos que se aplican en visita domiciliaria:**

| No. | PRINCIPIO ACTIVO                       | CONCENTRACIÓN        | FORMA FARMACÉUTICA    |
|-----|----------------------------------------|----------------------|-----------------------|
| 1   | DICLOFENACO SÓDICO                     | 75 mg/3 mL           | Solución inyectable   |
| 2   | DIPIRONA                               | 40 - 50 %            | Solución inyectable   |
| 3   | HIDROXICINA                            | 100 mg/2 mL          | Solución inyectable   |
| 4   | METOCLOPRAMIDA<br>(CLORHIDRATO)        | 10 mg/2 mL de base   | Solución inyectable   |
| 5   | DEXAMETASONA (ACETATO)                 | 8 mg/mL de base      | Suspensión inyectable |
| 6   | DEXAMETASONA (FOSFATO)                 | 4 mg/mL de base      | Solución inyectable   |
| 7   | HIOSCINA N-BUTIL BROMURO               | 20 mg/ML             | Solución inyectable   |
| 8   | HIOSCINA N-BUTIL BROMURO<br>+ DIPIRONA | (0,020 + 2,5) g/5 mL | Solución inyectable   |



Planes de Atención Complementaria

**[www.famisanar.com.co](http://www.famisanar.com.co)**



EPSFamisanarOficial



EPSFamisanarOficial



@eps\_famisanar



Famisanar



Famisanar eps