

Coberturas del Servicio Programa Plata Joven- Año 2024

Servicio Cubierto	Cobertura Máxima	Periodo de Carencia
Consulta Externa		
Servicio de promoción y prevención	Ilimitada	A partir del primer día
Consulta de urgencias	Ilimitada	A partir del primer día
Consulta de medicina general	Ilimitada	A partir del primer día
Consulta médica general domiciliaria (horario hábil diurno) (*)	Ilimitada	A partir del primer día
Consulta médica general domiciliaria (horario no hábil y festivos) (*)	Ilimitada	A partir del primer día
Consulta de medicina general alternativa	Ilimitada	A partir del primer día
Consulta de medicina especializada	Ilimitada	A partir del primer día
Consulta de medicina especializada alternativa	Ilimitada	A partir del primer día
Consulta de psicología	Ilimitada	A partir del primer día
Consulta de optometría	Ilimitada	A partir del primer día
Consulta de nutrición	Ilimitada	A partir del primer día
Servicio Odontológico		
Atención de urgencias	100%	A partir del primer día
Control preventivo salud oral	100% hasta un (1) control semestral	A partir del primer día
Consulta odontológica general	Una (1) vez por usuario/año/contrato	A partir del primer día
Consulta odontológica especializada	Una (1) vez por usuario/año/contrato por cada especialidad	A partir del primer día
Ayudas diagnósticas (radiografías periapicales de urgencia)	100%	A partir del primer día
Terapias		
Terapia física	Ilimitada	A partir del primer día
Terapia ortóptica	Ilimitada	A partir del primer día
Terapia esclerosante	Ilimitada	A partir del primer día
Terapia foniatría	Ilimitada	A partir del primer día
Terapia cardíaca	Ilimitada	A partir del primer día
Puvaterapia	Ilimitada	A partir del primer día
Terapia respiratoria	Ilimitada	A partir del primer día
Terapia ocupacional	Ilimitada	A partir del primer día
Terapia del lenguaje	Ilimitada	A partir del primer día
Psicoterapia por psicología	Ilimitada	A partir del primer día
Psicoterapia por psiquiatría	Ilimitada	A partir del primer día
Terapia domiciliaria (física y respiratoria)	Ilimitada	A partir del primer día
Medicina Alternativa		
Acupuntura	40 sesiones por usuario/año/contrato	A partir del primer día
Medicina bioenergética	20 sesiones por usuario/año/contrato	A partir del primer día
Homeopatía	20 sesiones por usuario/año/contrato	A partir del primer día
Terapia con filtros	40 sesiones por usuario/año/contrato	A partir del primer día
Terapia neural	20 sesiones por usuario/año/contrato	A partir del primer día
Ayudas Diagnósticas		
Procedimientos diagnósticos no especializados o de baja complejidad (laboratorio clínico, anatomía patológica, rayos x simples, ecografías, electrocardiograma, inmunoglobulina E total de procesamiento dentro del territorio colombiano)	Ilimitada	A partir del primer día
Procedimientos diagnósticos especializados (examen de electrodiagnóstico, ecocardiogramas, densitometrías, medicina nuclear, escanografías, estudios radiológicos incluido medio de contraste, endoscopias)	Ilimitada	A partir del primer día del mes 4
Procedimientos diagnósticos complejos (estudios vasculares, hemodinámicos, cateterismos cardíacos, electrofisiológicos, resonancia nuclear magnética, laparoscopia y artroscopia)	Ilimitada	A partir del primer día del mes 25

Servicio Cubierto	Cobertura Máxima	Período de Carencia
Urgencias, Hospitalización y Cirugía		
Atención integral de urgencias	Con cobertura hasta los topes del programa	A partir del primer día
Ayudas diagnósticas intrahospitalarias complejas (si existe el derecho)	Hasta cinco (5) SMMLV por usuario/año/contrato	A partir del primer día
Hospitalización tratamiento médico/quirúrgico (por urgencia) habitación sencilla individual	Hasta \$ 3.628.000 para Gastos Hospitalarios Hasta \$ 4.157.000 para Honorarios Médicos (evento/usuario/año/contrato) Hasta \$ 198.000 por día hasta 120 días (usuario/año/contrato) En todos los casos se cubrirá hasta los topes comprendidos en tratamiento hospitalario y/o quirúrgico	A partir del primer día
Hospitalización tratamiento médico/quirúrgico (programada) habitación sencilla individual	Hasta \$ 3.628.000 para Gastos Hospitalarios Hasta \$ 4.157.000 para Honorarios Médicos (evento/usuario/año/contrato) Hasta \$ 198.000 por día hasta 120 días (usuario/año/contrato) En todos los casos se cubrirá hasta los topes comprendidos en tratamiento hospitalario y/o quirúrgico	A partir del primer día del mes 7 o de acuerdo con el periodo de carencia del procedimiento quirúrgico
Hospitalización cuidados intensivos e intermedios	Hasta 30 días por usuario/año/contrato hasta \$ 629.000 por día	A partir del primer día
Hospitalización en estado de coma	Hasta 30 días por usuario/año/contrato hasta \$198.000 por día en habitación sencilla o \$ 629.000 en unidad de cuidados intensivos por día (siempre y cuando no se hayan agotado los topes de gastos clínicos y honorarios médicos)	A partir del primer día
Cama de acompañante (donde exista oferta)	Cobertura en las mismas condiciones de habitación individual sencilla para paciente en hospitalización	A partir del primer día del mes 4
Hospitalización psiquiátrica	Hasta \$ 3.628.000 para Gastos Hospitalarios Hasta \$ 4.157.000 para Honorarios Médicos (evento/usuario/año/contrato) Hasta \$198.000 por día hasta 20 días (usuario/año/contrato) En todos los casos se cubrirá hasta los topes comprendidos en tratamiento hospitalario y/o quirúrgico	A partir del primer día del mes 4
Hospitalización domiciliaria (**)	Según pertinencia médica	A partir del primer día
Coberturas Otros Servicios		
Cobertura tratamiento médico del cáncer	Hasta \$ 4.520.000 (quimioterapia, cobaltoterapia, radioterapia y hormonoterapia)	A partir del primer día del mes 13
Tratamiento del SIDA	Tratamiento intrahospitalario hasta el tope del programa	A partir del primer día del mes 13
Medicamentos antirretrovirales ambulatorios	Hasta 10 SMMLV por usuario/año/contrato	
Cobertura de maternidad (usuarías con derecho a la maternidad)	Para todas las usuarias del contrato, tres (3) ecografías de nivel II y una (1) ecografía de nivel III. Complicaciones del embarazo, hasta los topes del programa	A partir del primer día del mes 2
	Parto o cesárea (analgesia obstétrica o epidural), hasta los topes del programa	
Atención neonatal: Atención intrahospitalaria no quirúrgica al recién nacido	Los primeros 10 días del periodo neonatal: Atención intrahospitalaria, gastos hospitalarios hasta \$ 3.628.000, honorarios médicos hasta \$ 4.157.000 por usuario/año/contrato. Los topes son propios del recién nacido independientes de los de la madre	A partir del primer día del recién nacido
Trasplante de órganos	Hasta \$ 5.414.000 todos los científicamente aprobados, no incluye la consecución del órgano	A partir del primer día del mes 25
Servicio de traslado terrestre en ambulancia	Dentro del perímetro urbano, y hasta tres (3) traslados por usuario/año/contrato, bajo la modalidad de reembolso hasta el 50% de un (1) SMMLV por traslado	A partir del primer día
Servicio de traslado en ambulancia aérea	Dentro del territorio colombiano, bajo la modalidad de reembolso, un (1) traslado por usuario/año/contrato hasta 15 SMMLV	A partir del primer día
Diálisis renal	Padecimientos reversibles 100%	A partir del primer día del mes 8
Material de osteosíntesis	Hasta cinco (5) SMMLV por usuario/año/contrato en lesiones ocasionadas por accidente o trauma	A partir del primer día
Transfusiones de sangre y sus derivados	100% incluye el procedimiento (no cubre la consecución) hasta los topes del programa	A partir del primer día
Trastornos congénitos y genéticos	Hasta dos (2) SMMLV por usuario/año/contrato	A partir del primer día del mes 25
Asistencia en viaje (urgencias en el exterior)	Urgencias a través de operador internacional según condiciones de negociación	A partir del primer día

Servicio Cubierto	Cobertura Máxima	Período de Carencia
Coberturas Otros Servicios		
Lesiones ocasionadas por deportes de alto riesgo. No incluye práctica profesional	100% hasta los topes del programa	A partir del primer día
Cama individual para accidentes de tránsito	100% en exceso del monto de la cobertura del SOAT hasta los topes definidos en el programa para habitación día	A partir del primer día
Terapia láser	100% hasta los topes del contrato por pertinencia médica no con fines estéticos ni cosméticos	A partir del primer día del mes 4. Las cirugías que requieran láser, se autorizan con el periodo de carencia del procedimiento quirúrgico
Reembolsos (previa autorización de auditoría médica)	Igual o superior al 10% de un (1) SMMLV conforme a las coberturas del servicio y a las tarifas de COOMEVA MP S.A.	De acuerdo con el periodo de carencia del servicio

(*) El servicio se prestará inicialmente en las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Pereira y Bucaramanga.

(**) El servicio se prestará a través de la red de prestadores adscrita a **COOMEVA MP S.A.** y sus áreas de cobertura. En el evento que, el usuario no pueda acceder al servicio a través de la red de prestadores adscrita, la cobertura operará bajo la modalidad de reembolso y bajo las estipulaciones contempladas en la cláusula sexta, numeral 7.15 atención hospitalaria domiciliaria.

Topes de gastos hospitalarios y honorarios médicos por evento/usuario/año/contrato.

Todos los servicios son por usuario/año/contrato (excepto gastos hospitalarios y honorarios médicos).

Para efectos de Topes se tendrán en cuenta los diagnósticos que se presentan en el mismo mes.

Cupón de Pago Directo del Servicio Programa Plata Joven Año 2024

Servicio Cubierto	Valor a Pagar por el Usuario
Consulta Externa	
Consulta de urgencias	\$ 72.800
Consulta de medicina general	\$ 15.100
Consulta médica general domiciliaria (horario hábil diurno) (*)	\$ 59.700
Consulta médica general domiciliaria (horario no hábil y festivos) (*)	\$ 66.700
Consulta de medicina general alternativa	\$ 15.100
Consulta de medicina especializada	\$ 50.000
Consulta de medicina especializada alternativa	\$ 50.000
Consulta de psicología	\$ 36.100
Consulta de optometría	\$ 36.900
Consulta de nutrición	\$ 36.900
Servicio Odontológico	
Atención de urgencias	\$ 36.900
Control preventivo salud oral	\$ 36.900
Consulta odontológica general	\$ 36.900
Consulta odontológica especializada	\$ 36.900
Ayudas diagnósticas (radiografías periapicales de urgencia)	\$ 36.900
Terapias	
Terapia física	\$ 17.800
Terapia ortóptica	\$ 17.800
Terapia esclerosante	\$ 53.400
Terapia foniátrica	\$ 17.800
Terapia cardíaca	\$ 17.800
Puvaterapia	\$ 17.800
Terapia respiratoria	\$ 17.800
Terapia ocupacional	\$ 17.800
Terapia del lenguaje	\$ 35.600
Psicoterapia por psicología	\$ 35.600
Psicoterapia por psiquiatría	\$ 53.400
Terapia domiciliaria	\$ 35.600
Medicina Alternativa	
Acupuntura	\$ 17.800
Medicina bioenergética	\$ 35.600
Homeopatía	\$ 35.600
Terapia con filtros	\$ 17.800
Terapia neural	\$ 35.600
Ayuda Diagnóstica o Procedimiento Diagnóstico Ambulatorio	
Laboratorio clínico	* Hasta 2 Exámenes: \$ 0 * De 3 a 5 Exámenes: \$ 17.800 * De 6 a 10 Exámenes: \$ 35.600 * De 11 a 15 Exámenes: \$ 53.400 * De 16 o más Exámenes: \$ 71.200
Otras ayudas diagnósticas (escala de valor)	Menor que medio (1/2) SMMLV \$ 17.800 Medio (1/2) a un (1) SMMLV \$ 35.600 Más de un (1) SMMLV \$ 71.200