



CIRUGÍA POSITIVA

A CONTINUACIÓN, ENCONTRARÁ LAS CONDICIONES GENERALES QUE RIGEN EL PRESENTE SEGURO (AMPAROS, EXCLUSIONES, GARANTÍAS Y DEMÁS CLÁUSULAS). LEA POR FAVOR CON ATENCIÓN Y DETENIMIENTO ESTE CONDICIONADO Y, SIN PERJUICIO DE LA EXPLICACIÓN RECIBIDA SOBRE EL PRODUCTO, NO DUDE EN PREGUNTAR A POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. (EN ADELANTE, POSITIVA) O A SU INTERMEDIARIO, SOBRE CUALQUIER INQUIETUD QUE TENGA.

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS, EN ADELANTE POSITIVA, INFORMA EN EL PRESENTE CONTRATO LAS COBERTURAS Y CONDICIONES QUE APLICAN PARA LA PÓLIZA DE GASTOS MÉDICOS POR COMPLICACIONES EN CIRUGÍA A NUESTRO TOMADOR Y ASEGURADO. HACEN PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CLAUSULADO LAS DECLARACIONES DE ASEGURABILIDAD Y SOLICITUD DE SEGURO LOS CUALES PODRÁ CONSULTAR EN LA PAGINA WEB www.positiva.gov.co

1. AMPARO BÁSICO

EN CASO DE QUE EL ASEGURADO SUFRA Y/O SEA DIAGNOSTICADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, CON ALGÚN TIPO DE COMPLICACIÓN MÉDICA (ESTABLECIDAS EN EL NUMERAL 4) DERIVADA DE UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO AMPARADO Y LLEVADO A CABO EN UNA IPS DEBIDAMENTE HABILITADA Y PROFESIONAL MÉDICO DEBIDAMENTE ACREDITADO, CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES AQUÍ ESTIPULADAS:

POSITIVA REEMBOLSARÁ EL VALOR DE LAS FACTURAS QUE SE GENEREN CON OCASIÓN Y CONSECUENCIA ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE DE LA COMPLICACIÓN QUIRÚRGICA AMPARADA HASTA EL VALOR ASEGURADO LÍMITE DESCRITO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA (COMO MÁXIMA RESPONSABILIDAD) SEGÚN LA TARIFA CONTRATADA, LOS GASTOS MÉDICOS, HOSPITALARIOS, QUIRÚRGICOS Y/O FARMACÉUTICOS EN LOS QUE HAYA INCURRIDO EL ASEGURADO QUE DERIVEN DE LA ATENCIÓN CORRESPONDIENTE A LA COMPLICACIÓN QUE HAYA OCURRIDO Y/O HAYA SIDO DIAGNOSTICADO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

EN CASO DE QUE EL ASEGURADO UTILICE LA RED DE IPS'S CONTRATADAS POR POSITIVA, CON LA DEBIDA AUTORIZACIÓN OBTENIDA A TRAVÉS DE LA LÍNEA TELEFÓNICA HABILITADA PARA TAL FIN, POSITIVA SE COMPROMETE A RECONOCER EL VALOR DE LAS FACTURAS QUE SE GENEREN COMO CONSECUENCIA ÚNICA Y EXCLUSIVA DE LA COMPLICACIÓN QUIRÚRGICA AMPARADA, DIRECTAMENTE A LA IPS DE ACUERDO CON LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS.

PARA AQUELLOS CASOS DONDE LA COMPLICACIÓN HAYA SIDO ATENDIDA EN UNA IPS QUE NO SE ENCUENTRE INSCRITA EN LA RED DE POSITIVA, SE REEMBOLSARÁN LOS GASTOS MÉDICOS DE ACUERDO CON EL MANUAL TARIFARIO SOAT VIGENTE.

2. EXCLUSIONES

NO ESTÁN CUBIERTOS BAJO LA PRESENTE PÓLIZA, LOS GASTOS MÉDICOS POR COMPLICACIONES EN CIRUGÍAS COMO CONSECUENCIA O CON OCASIÓN DE LOS SIGUIENTES HECHOS:

- 2.1 EL PRESENTE SEGURO NO CUBRE LA MUERTE DEL ASEGURADO.
- 2.2 CUALQUIER COMPLICACIÓN O GASTO INCURRIDO FUERA DE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA.
- 2.3 COMPLICACIONES DERIVADAS DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS QUE SE HAYAN REALIZADO ANTES DEL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, O EN FECHA Y HORA DIFERENTE A LA REPORTADA EN LA SOLICITUD DE SEGURO.
- 2.4 CUALQUIER RECLAMO O GASTO ORIGINADO POR UNA COMPLICACIÓN MÉDICA OCASIONADO POR GUERRA, TERRORISMO, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, Y LOS INCIDENTES O ACONTECIMIENTOS CATASTRÓFICOS SIMILARES.
- 2.5 COMPLICACIONES DERIVADAS POR FALTA DE CUIDADO DEL PACIENTE O COMO CONSECUENCIA DE LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES NO RECOMENDADAS POR EL MÉDICO TRATANTE POSTERIOR A LA CIRUGÍA.
- 2.6 NO SE BRINDARÁ COBERTURA A COMPLICACIONES CAUSADAS CUANDO EL PACIENTE SE NIEGA A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA POR EXIGENCIAS O CONVICCIONES DE TIPO RELIGIOSO O CULTURAL QUE SE INTERPONGAN EN EL MANEJO NORMAL DE LA COMPLICACIÓN.

2.7 COMPLICACIONES:

- A) POR LESIONES O PADECIMIENTOS CAUSADOS A SÍ MISMO POR EL ASEGURADO O POR UN TERCERO DISTINTO DEL MÉDICO O IPS RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO, CON O SIN SU CONSENTIMIENTO
- B) RESULTANTES DE CUALQUIER TIPO DE ACCIDENTE TAL COMO SE DEFINE ÉSTE, EN EL NUMERAL 6 DE ESTAS CONDICIONES.

2.8 LOS GASTOS INCURRIDOS POR MEDICAMENTOS, PROCEDIMIENTOS, SERVICIOS, SUMINISTROS, COMPRA O ALQUILER DE SILLAS DE RUEDAS, CAMAS ESPECIALES, Y CUALQUIER OTRO TIPO DE ARTÍCULOS O EQUIPOS SIMILARES, CUANDO NO CORRESPONDAN A UNA COMPLICACIÓN NI SEAN PRESCRITOS POR EL MÉDICO TRATANTE.

2.9 LOS HONORARIOS PROFESIONALES O GASTOS PROVENIENTES DE TRATAMIENTOS CON MEDICINA BIOENERGÉTICA, HOMEOPÁTICA Y CUALQUIER OTRA CLASE DE MEDICINA ALTERNATIVA.

- 2.10 LOS HONORARIOS PROFESIONALES, CUANDO LA ATENCIÓN DE LA COMPLICACIÓN HAYA SIDO REALIZADA POR EL MISMO MÉDICO QUE REALIZÓ LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA INICIAL.
- 2.11 COMPLICACIONES COMO CONSECUENCIA DE LA REUTILIZACIÓN DE PRÓTESIS.
- 2.12 COMPLICACIONES COMO CONSECUENCIA DE UNA LIPOSUCCIÓN CUANDO SE PRESENTA LA EXTRACCIÓN DE LÍQUIDO (SANGRE Y GRASA) EXPRESADO EN LITROS, SUPERIOR AL 10% DEL PESO EXPRESADO EN KILOS DEL ASEGURADO.
- 2.13 CUALQUIER RECLAMO O CUALQUIER GASTO INCURRIDO PARA EL TRATAMIENTO, SERVICIO O COMO CAUSA DEL RESULTADO DE TRATAMIENTOS EXPERIMENTALES.
- 2.14 LOS GASTOS MÉDICOS GENERADOS POR EXAMEN POSTMORTEM- AUTOPSIA.
- 2.15 COMPLICACIONES DEL PACIENTE QUE SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE MEDICAMENTOS NO FORMULADOS POR EL CIRUJANO O QUE NO TENGAN PERTINENCIA MÉDICA EN RELACIÓN CON LA COMPLICACIÓN.
- 2.16 CUANDO LA COMPLICACIÓN SEA CONSECUENCIA DEL DIAGNOSTICO O TRATAMIENTO MEDICO O PSIQUIATRICO POR EL USO Y ABUSO DURANTE EL POSTOPERATORIO DE DROGAS NO RELACIONADAS CON LA INTERVENCIÓN O USO DE ALCOHOL O POR LESIONES AUTO INFRINGIDAS O POR ESTADO DE DEMENCIA O POR LESIONES O ENFERMEDADES DEBIDAS AL CONSUMO DE DROGAS SOMNIFERAS O USO DE BARBITURICOS O DROGAS ALUCINOGENAS.
- 2.17 CUALQUIER TIPO DE GASTO MEDICO QUE NO TENGA RELACIÓN CON LA COMPLICACIÓN.
- 2.18 LOS GASTOS OCASIONADOS POR EXAMENES DE DIAGNOSTICO CUANDO NO EXISTA UNA COMPLICACIÓN.
- 2.19 CIRUGÍAS ADICIONALES EN EL ÁREA AFECTADA PARA MEJORAR LA APARIENCIA O GASTOS MÉDICOS PROVENIENTES DE LA INSATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO O EL RESULTADO COSMETOLÓGICO. ES ENTENDIDO QUE LOS RESULTADOS COSMÉTICOS NO SATISFATORIOS PARA EL PACIENTE, NO SERÁN CONSIDERADOS COMPLICACIONES MÉDICAS.
- 2.20 TODO CUIDADO AMBULATORIO PROVISTO EN EL CONSULTORIO MÉDICO, CLÍNICA U HOSPITAL, DIFERENTE AL SEGUIMIENTO MÉDICO DERIVADO DE UNA COMPLICACIÓN CUBIERTA.
- 2.21 COMPLICACIONES COMO CONSECUENCIA DE PATOLOGÍAS DIAGNOSTICADAS Y CONOCIDAS POR EL ASEGURADO ANTES DE SU INGRESO A LA PÓLIZA O QUE NO ESTÉN COMPENSADAS AL MOMENTO DE LA CIRUGÍA, O RIESGO ANESTÉSICO DE ASA III EN ADELANTE, ASÍ COMO PACIENTES CON ÍNDICE DE MASA CORPORAL IGUAL O MAYOR A 35.00, EXCEPTO EN LAS CIRUGÍAS BARIÁTRICAS.

2.22 HOSPITALIZACIÓN COMO RESULTADO DE UNA INFECCIÓN PRODUCIDA POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) O SUS VARIANTES, INCLUYENDO EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (SIDA) O ENFERMEDADES RELACIONADAS.

2.23 HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO EN UN CENTRO HOSPITALARIO O IPS QUE NO CUMPLA CON LOS REQUISITOS MÍNIMOS EXIGIDOS POR LAS LEYES EN CUANTO A AUTORIZACIÓN LEGAL PARA OPERAR, O QUE EL ASEGURADO NO SE ENCUENTRE BAJO LA ATENCIÓN Y CUIDADO DE UN MÉDICO AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, INDEBIDAMENTE REGISTRADO SEGÚN LA LEY O NO PERTENECIENTE A LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE MEDICINA DE SU RESPECTIVA ESPECIALIDAD.

2.24 TRATAMIENTO Y/O COMPLICACIÓN DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

- ANTECEDENTE DE CÁNCER
- DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).
- INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
- HEMOFILIA O TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN.
- HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEVERA SEGÚN ESTÁNDARES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).
- HIPERTENSIÓN MALIGNA SEGÚN ESTÁNDARES DE LA OMS.
- DESÓRDENES MENTALES TALES COMO: DEPRESIÓN MAYOR, PSICOSIS MANIACODEPRESIVA, CUALQUIER TIPO DE DEMENCIA, ESQUIZOFRENIA, ALZHEÍMER.
- ESTADO DE ANTICOAGULACIÓN.

2.25 MEDICAMENTOS O INSUMOS HOSPITALARIOS Y/O AMBULATORIOS, SERVICIOS O SUMINISTROS NO RELACIONADOS CON LA COMPLICACIÓN DE LA CIRUGÍA AMPARADA O QUE NO SEAN MÉDICAMENTE NECESARIOS PARA EL RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD COMO CONSECUENCIA DE LA COMPLICACIÓN AMPARADA.

2.26 COMPLICACIONES COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO DIFERENTE AL REPORTADO A POSITIVA EN LA SOLICITUD DE SEGURO, O QUE HAYA SIDO REALIZADO EN UN TIEMPO QUIRÚRGICO DIFERENTE AL AUTORIZADO POR POSITIVA.

2.27 COMPLICACIONES DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE RIESGO ANESTÉSICO SUPERIOR A ASA II Y COMPLICACIONES DE CIRUGÍA BARIÁTRICA DE RIESGO ANESTÉSICO SUPERIOR A ASA III, QUE NO HAYAN SIDO EXPRESAMENTE AUTORIZADOS POR POSITIVA.

- 2.28 LA REINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA LA COLOCACIÓN DE PRÓTESIS, DESPUÉS DE REALIZAR LA EXTRACCIÓN DE LAS MISMAS, COMO CONSECUENCIA DE UNA COMPLICACIÓN QUIRÚRGICA.
- 2.29 LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS POR UN MÉDICO DIFERENTE, AL REPORTADO EN EL FORMATO DE SOLICITUD DE SEGURO, QUE NO HAYA SIDO AUTORIZADO PREVIAMENTE POR POSITIVA.
- 2.30 LAS CIRUGÍAS EFECTUADAS EN UNA CLÍNICA, HOSPITAL O IPS DIFERENTE A LA REPORTADA EN LA SOLICITUD DE SEGURO.
- 2.31 PERJUICIOS MORALES O PSICOLÓGICOS O, EN GENERAL, EXTRAPATRIMONIALES, DERIVADOS DE LA COMPLICACIÓN.
- 2.32 LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS DERIVADOS DE LA RECUPERACIÓN NORMAL DE LA CIRUGÍA Y REVISIÓN POSTOPERATORIA DEL MÉDICO TRATANTE COMO DRENAJES, CURACIONES, APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS, RETIRO DE PUNTOS, TERAPIAS, CORRECCIÓN, ENTRE OTROS.
- 2.33 COMPLICACIONES O ENFERMEDADES QUE NO SEAN DERIVADAS O CONSECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO AMPARADO.
- 2.34 INMUNIZACIONES DE CUALQUIER TIPO, PROFILÁCTICAS O TERAPÉUTICAS, VACUNAS O TRATAMIENTOS INMUNOLÓGICOS, BIOLÓGICOS, ANTICUERPOS, INTERFERONES, ANTICUERPOS MONOCLONALES O LOS MEDICAMENTOS NO ALOPÁTICOS.
- 2.35 LOS GASTOS O SERVICIOS HOSPITALARIOS TALES COMO CAMA DE ACOMPAÑANTE, O AQUELLOS ARTÍCULOS DE USO PERSONAL O QUE NO SEAN DE ÍNDOLE MÉDICA.
- 2.36 PROCEDIMIENTOS DE RETIRO DE SUSTANCIAS DEFORMANTES DE RELLENO EN LAS QUE ESTAS YA SE HAN DESPLAZADO A OTRAS ZONAS ANATÓMICAS DIFERENTES AL DEL LUGAR ORIGINAL APLICADO, O CUANDO EL ASEGURADO PRESENTE SÍNTOMAS GENERALES POR SU APLICACIÓN DESCRITO EN EL ÍTEM “CLASIFICACIÓN DE RETIRO DE BIOPOLÍMEROS” GRADO 4 Y GRADO 5.
- 2.37 LAS CIRUGÍAS PLÁSTICAS REALIZADAS A PACIENTES IGUAL O MAYOR A 75 AÑOS Y 364 DÍAS PARA LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DEL SEGURO.
- 2.38 LAS CIRUGÍAS BARIÁTRICAS REALIZADAS A PACIENTES MENORES DE 14 AÑOS O MAYORES DE 70 AÑOS Y 364 DÍAS.
- 2.39 CIRUGÍAS REALIZADAS A PACIENTES CON PUNTAJE DE HEMOGLOBINA INFERIOR DE 12GR/DL, PARA TODOS LOS PROCEDIMIENTOS.
- 2.40 RESIDENTES EN COLOMBIA QUE NO SE ENCUENTREN AFILIADOS AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

- 2.41 EN CASO DE QUE SE PRESENTE UNA RECLAMACIÓN, EN LA CUAL LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y/O HISTORIA CLÍNICA Y/O EVIDENCIAS MEDICAS SEAN DIFERENTES A LA DECLARAS EN LA SOLICITUD DE SEGUROS, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1060, POSITIVA APLICARÁ LAS SANCIONES DEL ARTÍCULO 1058 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.
- 2.42 EN LOS CASOS DE MÚLTIPLES PROCEDIMIENTOS EN EL MISMO TIEMPO QUIRÚRGICO, NO ESTARÁN AMPARADAS COMBINACIONES QUE NO SE ENCUENTREN AUTORIZADAS EN ESTE CONDICIONADO.
- 2.43 SE EXCLUYE TODO GASTO PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE COVID-19 DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
- 2.44 SE EXCLUYEN TODOS LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS QUE SE REALICEN, CUANDO LAS AUTORIDADES COMPETENTES, HAYAN ORDENADO LA SUSPENSIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS ELECTIVOS Y NO URGENTES, POR MOTIVOS TALES COMO DECLARATORIAS DE EMERGENCIAS SANITARIAS POR PANDEMIAS, POR CATÁSTROFES NATURALES O HUMANITARIAS.
- 2.45 CUALQUIER TIPO DE GASTOS MÉDICOS QUE NO TENGA RELACIÓN CON LA COMPLICACION
- 2.46 COMPLICACIONES O ENFERMEDADES QUE NO SEAN DERIVADAS O CONSECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO AMPARADO
- 2.47 LOS GASTOS OCASIONADOS POR EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO CUANDO NO EXISTA UNA COMPLICACIÓN.
- 2.48 EXÁMENES DE CARÁCTER PREVENTIVO, DE CHEQUEO GENERAL, EJECUTIVOS, PREQUIRÚRGICOS DE LA CIRUGÍA PROGRAMADA, DE RUTINA, DE TAMIZAJE O EXÁMENES DIRIGIDOS A VERIFICAR LOS RESULTADOS DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO.
- 2.49 COMPLICACIONES COMO CONSECUENCIA DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS COMBINADOS QUE DUREN MÁS DE OCHO (8) HORAS CONTINUAS, EXCEPTO EN TRASPLANTES CAPILARES Y/O INTERVENCIONES O CIRUGIAS QUE SUPEREN MAS DE (3) PROCEDIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD, O (2) PROCEDIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD Y (1) DE SENOS.
- 2.50 CUALQUIER COMPLICACIÓN DERIVADA POR EL USO DE ARTÍCULOS O APARATOS MÉDICOS U ORTOPÉDICOS, ADAPTACIONES O SOLUCIONES MEDICAS U ORTOPÉDICAS, TODO TIPO DE HABILITACIONES MEDICAS U ORTOPÉDICAS.
- 2.51 REPATRIACIONES, GASTOS NO MÉDICOS, ALIMENTACIÓN NO PARENTERAL, PARENTERAL EN CASA, ALIMENTOS, SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS NUTRICIONALES O VITAMÍNICOS, CREMAS HUMECTANTES, EMOLIENTES, HIDRATANTES O SIMILARES, SUSTANCIAS BLANQUEADORAS, BLOQUEADORES SOLARES, COSMÉTICOS, PRODUCTOS DE LIMPIEZA, JABONES O CHAMPÚS MEDICADOS.

2.52 COMPLICACIONES REPORTADAS QUE NO PRESENTEN FIDELIDAD NI CONGRUENCIA EN LA INFORMACIÓN CONSIGNADA ENTRE HISTORIAS CLÍNICAS, ORDENES MÉDICAS, NOTAS DE ENFERMERÍA, EXÁMENES DE LABORATORIOS, CONSENTIMIENTO INFORMADO O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO MÉDICO REQUERIDO PARA VALIDAR LA COBERTURA Y PERTINENCIA DE LA COMPLICACIÓN.

EXCLUSIONES PARTICULARES PARA CIRUGIA BARIÁTRICA

2.53 SE EXCLUYEN PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS EXPERIMENTALES, QUE NO SE ENCUENTREN AVALADOS POR LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OBESIDAD Y CIRUGÍA BARIÁTRICA.

2.54 REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS INTRAABDOMINALES O EXTRA ABDOMINALES QUE NO ESTÉN REPORTADOS CON EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO BARIÁTRICO INICIAL.

3. ALCANCE DE LA COBERTURA

SE OTORGA EL AMPARO BÁSICO SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS APROBADOS POR LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGÍA PLÁSTICA ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA -SCCP-, ASOCIACION COLOMBIANA DE OBESIDAD Y CIRUGIA BARIATRICA -ACOCIB- ASÍ COMO POR LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS DE LAS ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS INCLUIDAS EN LA PRESENTE PÓLIZA (VER PROCEDIMIENTOS AMPARADOS A CONTINUACIÓN).

ADICIONALMENTE, SE CUBREN LAS COMPLICACIONES DE LAS CIRUGÍAS QUE SE REALICEN A TRAVÉS DE LA TÉCNICA DE CIRUGÍA ROBÓTICA, SIEMPRE Y CUANDO SE SOLICITE EXPRESAMENTE Y SEA APROBADO PREVIAMENTE EN FORMA EXPLÍCITA POR POSITIVA.

A CONTINUACIÓN, SE NOMBRAN LOS PROCEDIMIENTOS AMPARADOS BAJO EL GRUPO TARIFARIO:

CIRUGÍA BARIÁTRICA:

- BALÓN GÁSTRICO.
- MANGA GÁSTRICA.
- BY- PASS GÁSTRICO.
- OTRAS CIRUGÍAS BARIÁTRICAS DEBIDAMENTE APROBADAS POR LA OMS Y POR LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OBESIDAD Y CIRUGÍA BARIÁTRICA
- SE OTORGA EXTENSIÓN DE COBERTURA PARA LA REALIZACIÓN DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS, DENTRO DEL MISMO TIEMPO QUIRÚRGICO DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA, PREVIA VALORACIÓN DEL RIESGO POR PARTE DE LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS DE POSITIVA Y ACEPTACIÓN EXPRESA POR PARTE DE LA ASEGURADORA, CON EL RESPECTIVO COBRO DE EXTRAPRIMA.
- HERNIA UMBILICAL
- HERNIA HIATAL

ALTA COMPLEJIDAD:

- ABDOMINOPLASTIA.
- CAMBIO DE PRÓTESIS EN GLÚTEOS.
- DERMOLIPECTOMÍA CIRCULAR O “BODY LIFTING”.
- DERMOLIPECTOMÍA DE MUSLOS (CRUROPLASTIA) DERMOLIPECTOMIA.
- DORSOPLASTIA.
- GLÚTEOPLASTIA.
- IMPLANTE DE ABDOMEN.
- IMPLANTE DE PANTORRILLA.
- IMPLANTE DE PECTORALES.
- IMPLANTE MALAR.
- LASERLIPOLISIS.
- LEVANTAMIENTO DE MUSLOS.
- LEVANTAMIENTO GLÚTEOS.
- LIFTING FACIAL. O NOVA FACIAL.
- LIPECTOMÍA.
- LIPOESCULTURA.
- LIPOINYECCION EN MAMAS
- LIPOMARCACIÓN DE ABDOMEN.
- LIPOMARCACIÓN EN BRAZOS Y/O MUSLOS.
- LIPOSUCCIÓN EN CUALQUIER PARTE DEL CUERPO.
- RECONSTRUCCIÓN GLÚTEA.
- REMOCIÓN DE COSTILLAS FLOTANTES.
- RETIRO DE BIOPOLÍMEROS CARA.
- RETIRO DE BIOPOLÍMEROS GLÚTEOS.
- RETIRO DE PRÓTESIS EN GLÚTEOS.
- RETOQUE DE LIPO.
- REVISIÓN DE CICATRIZ ASOCIADA A LIPECTOMÍA.
- RITIDECTOMÍA O RITIDOPLASTIA.
- TORSOPLASTIA.
- MENTOPLASTIA.

BAJA COMPLEJIDAD:

- CERVICOPLASTIA
- CIRUGÍA DE CALVICIE - IMPLANTE CAPILAR
- ESCLEROTERAPIA
- DERMOABRASIÓN O PEELING FACIAL
- FRONTOPLASTIA ENDOSCÓPICA
- HIDROLIPOCLASIA
- HILOS TENSORES (EN ROSTRO, CUELLO, ESCOTE, MANOS, BRAZOS, ABDOMEN)
- LIPOINYECCIÓN O INYECCIÓN DE GRASA EN ROSTRO
- LIPOTRANSFERENCIA (DIFERENTE A GLÚTEOS, MAMAS O ROSTRO).
- LIPOINYECCIÓN GLÚTEA.
- BRAQUIOPLASTIA
- VAGINOPLASTIA
- FALOPLASTIA.
- IMPLANTE DE CARA.
- IMPLANTE DE MUSLOS.
- RINOPLASTIA.

PROCEDIMIENTOS MENORES:

- APLICACIÓN ÁCIDO HIALURÓNICO.
- APLICACIÓN DE PLASMA RICO EN PLAQUETAS
- BICHECTOMÍA.
- BLEFAROPLASTIA- CIRUGÍA DE REJUVENECIMIENTO DE PÁRPADOS.
- BOTOX.
- CORRECCIÓN DE CICATRICES.
- ELEVACIÓN DE CEJAS.
- FRONTOPLASTIA (NO ENDOSCÓPICA).
- LASERTERAPIA.
- OTOPLASTIA.
- RESECCIÓN DE PIEL Y BOLSAS DE GRASA.
- BLEFAROPLASTIA CON LASER
- PERFILAMIENTO FACIAL CON LASER
- REJUVENECIMIENTO FACIAL CON LASER
- LIPÓLISIS LASER - LASERLIPÓLISIS
- BODY TITE
- HILOS POLIDIOXANONA
- BIOESTIMULADIRES DE COLAGENO
- MORPHEUS 8

CIRUGÍA DE SENOS:

- AUMENTO DE PECTORALES EN VARONES.
- CAMBIO DE IMPLANTES POR CAUSAS DIFERENTES A UNA COMPLICACIÓN POR CIRUGÍA ANTERIOR.
- GINECOMASTIA.
- MAMOPEXIA (CON IMPLANTES).
- MAMOPEXIA (SIN IMPLANTES).
- MAMOPLASTIA DE AUMENTO (NO INCLUYE LIPOINYECCIÓN EN MAMAS).
- MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN.
- RETIRO DE PRÓTESIS EN MAMAS.

PARÁGRAFO PRIMERO: NÚMERO DE INTERVENCIONES SIMULTÁNEAS AMPARADAS

PROCEDIMIENTOS INDIVIDUALES O COMBINADOS QUE NO SUPEREN (8) HORAS DE QUIRÓFANO DE LOS CUALES, SOLO SE ADMITIRÁN HASTA DOS (2) PROCEDIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD Y UNA (1) CIRUGÍA DE SENOS, O MÁXIMO TRES (3) PROCEDIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD.

EL RETIRO DE BIOPOLÍMEROS EN GLÚTEOS PODRÁ SER COMBINADO ÚNICAMENTE CON LOS PROCEDIMIENTOS DE RECONSTRUCCIÓN GLÚTEA O GLUTEOPLASTIA.

PARÁGRAFO SEGUNDO - REQUISITOS PARA CIRUGÍA BARIÁTRICA

ES ENTENDIDO POR EL TOMADOR Y ASEGURADO QUE, PARA LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍAS BARIÁTRICAS, SE REQUIERE QUE LA IPS DONDE SE ADELANTE EL PROCEDIMIENTO, CUENTE CON HABILITACIÓN DE TERCER Y CUARTO NIVEL DE ATENCIÓN. POR LO TANTO, DEBE POSEER UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO CON LA RESPECTIVA HABILITACIÓN.

ASÍ MISMO TODA SOLICITUD DEBERÁ SER REMITIDA A POSITIVA POR LO MENOS CON DOS DÍAS DE ANTICIPACIÓN A LA FECHA PROGRAMADA PARA LA CIRUGÍA.

ES IGUALMENTE ENTENDIDO, QUE TODAS LAS SOLICITUDES DE LOS PROCEDIMIENTOS BARIÁTRICOS DEBERÁN SER RADICADAS CON:

- VALORACIÓN PREQUIRÚRGICA.
- VALORACIÓN PREANESTÉSICA EMITIDA POR ANESTESIOLOGO DEBIDAMENTE
- FIRMADA Y SELLADA, QUE DEBE INCLUIR:
 - SIGNOS VITALES.
 - TALLA.
 - PESO.
 - ÍNDICE DE MASA CORPORAL.
 - CLASIFICACIÓN ASA
 - ANTECEDENTES DE SALUD RELEVANTES.
 - RESULTADO DE LABORATORIOS PREQUIRÚRGICOS

TODOS ESTOS DOCUMENTOS SERÁN REVISADOS PREVIO A LA CIRUGÍA POR LOS MÉDICOS DE POSITIVA, QUIENES DARÁN CONCEPTO DE ACEPTACIÓN O RECHAZO DEL RIESGO.

PÁRRAFO TERCERO: REQUISITOS PARA ASEGURAMIENTO DE CIRUGÍAS DE RETIRO DE BIOPOLÍMEROS: CLASIFICACIÓN DE RETIRO DE BIOPOLÍMEROS

ES ENTENDIDO POR EL TOMADOR Y ASEGURADO QUE, PARA LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍAS DE RETIRO DE BIOPOLÍMEROS SE DEBERÁ CONTAR CON:

- RESONANCIA MAGNÉTICA DE LA ZONA COMPROMETIDA.
- VALORACIÓN PREQUIRÚRGICA.
- VALORACIÓN PREANESTÉSICA QUE DEBE INCLUIR:
- SIGNOS VITALES,
- TALLA.
- PESO.
- ÍNDICE DE MASA CORPORAL.
- CLASIFICACIÓN ASA.
- ANTECEDENTES DE SALUD RELEVANTES.
- RESULTADO DE LABORATORIOS PREQUIRÚRGICO.

TODOS ESTOS DOCUMENTOS SERÁN REVISADOS DE MANERA PREVIA A LA CIRUGÍA POR LOS MÉDICOS DE POSITIVA, QUIENES DARÁN CONCEPTO DE ACEPTACIÓN O RECHAZO DEL RIESGO ASÍ MISMO TODA SOLICITUD DEBERÁ SER REMITIDA A POSITIVA POR LO MENOS CON DOS DÍAS DE ANTICIPACIÓN A LA FECHA PROGRAMADA PARA LA CIRUGÍA.

CLASIFICACIÓN DE RETIRO DE BIOPOLÍMEROS

CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN
Grado 1	Pacientes que no presentan sintomatología de ningún tipo, con biopolímeros en estado líquido y ligeramente disperso en tejido celular subcutáneo.
Grado 2	Pacientes que presenten sintomatología, consistente en dolor o ardor glúteo, enrojecimiento y/o cambios de coloración cutánea, endurecimientos e irregularidades glúteas a meses o años de haberse inyectado.
Grado 3	Pacientes que hayan presentado o presenten salida espontánea del biopolímero a través de un orificio en la piel.
Grado 4	Pacientes que presenten migración del biopolímero a región lumbar, piernas, pantorrillas, tobillos, región inguinal o a otras localizaciones diferentes a donde fue originalmente implantado.
Grado 5	Pacientes que presenten desde la semana posterior a la inyección del biopolímero, dificultad para respirar, fiebre, escalofríos, mal estado general, dolor torácico, enrojecimiento, dolor e inflamación glútea, y/o retención urinaria. Se tratan de complicaciones del biopolímero a nivel respiratorio, renal y/o sistémico.

- DE LA TABLA ANTERIOR, POSITIVA ÚNICAMENTE ASEGURA EL RETIRO DE BIOPOLÍMEROS DE LOS GRADOS 1,2 Y 3 POR TANTO SU RESPONSABILIDAD SE LIMITA A LAS POSIBLES COMPLICACIONES DERIVADAS DE ESTOS TRES PRIMEROS GRADOS DE CLASIFICACIÓN.
- ES ENTENDIDO QUE SÓLO SE CUBRIRÁ RETIRO DE BIOPOLÍMEROS DE UNA ÚNICA ZONA O REGIÓN DEL CUERPO DEL ASEGURADO, LA CUAL DEBERÁ SER REPORTADA EXPLÍCITAMENTE EN LA SOLICITUD DE SEGURO.
- SE ADMITIRÁN ÚNICAMENTE LAS TÉCNICAS DE LASER FRIO Y/O CIRUGÍA ABIERTA.
- EN CASO DE BIOPOLÍMEROS EN GLÚTEOS, DEBERÁ SER POR MEDIO DE CIRUGÍA ABIERTA Y CORTE TRANSVERSAL SUPERIOR.
- EL PROCEDIMIENTO DE RETIRO DE BIOPOLÍMEROS SOLO SE PODRÁ COMBINAR CON GLUTEOPLASTIA Y/O RECONSTRUCCIÓN GLÚTEA.
- BAJO LA PRESENTE CONDICIÓN ESPECIAL DE BIOPOLÍMEROS TENDRÁ COBERTURA LA OCURRENCIA DE LA COMPLICACIÓN POR UN PERIODO DE TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA Y HORA DE LA CIRUGÍA, HASTA POR EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

PARÁGRAFO CUARTO: TIEMPO DE PROCEDIMIENTOS

EL TIEMPO MÍNIMO ENTRE LA PRIMERA CIRUGÍA Y UN NUEVO PROCEDIMIENTO ES DE 30 DÍAS CALENDARIO. POR LO TANTO, SOLO SE PODRÁN PRESENTAR NUEVAS SOLICITUDES DE SEGURO UNA VEZ FINALICE LA COBERTURA DE LA CIRUGÍA ANTERIOR, SIEMPRE Y CUANDO NO SE PRESENTE COMPLICACIÓN DURANTE LOS 30 DÍAS POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO INICIAL Y SEA MEDICAMENTE VIABLE.

PARÁGRAFO QUINTO: CLASIFICACIÓN DEL ASA

LA CLASIFICACIÓN DEL ASA DEBE SER ELABORADA POR EL ANESTESIÓLOGO QUE REALIZÓ LA VALORACIÓN PREANESTÉSICA Y REGISTRADA POR ESTE PROFESIONAL EN EL RESPECTIVO FORMATO DEBIDAMENTE FIRMADO Y SELLADO, EL CUAL DEBERÁ INCLUIR PESO Y TALLA DEL PACIENTE.

PARÁGRAFO SEXTO - REQUISITOS PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS A MENORES DE EDAD:

PARA AUTORIZAR PROCEDIMIENTOS A MENORES DE EDAD, SIEMPRE SE DEBERÁ CONTAR CON LA RESPECTIVA AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES O REPRESENTANTES LEGALES, DEMOSTRADO POR MEDIO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO O LA SENTENCIA JUDICIAL DE ASIGNACIÓN DE REPRESENTACIÓN LEGAL DEL MENOR.

PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS:

- CIRUGÍA DE NARIZ.
- CIRUGÍA DE OREJAS.
- PEELINGS QUÍMICOS Y MECÁNICOS SUPERFICIALES PARA CIRUGÍAS PLÁSTICAS ESTÉTICAS REALIZADAS A MENORES DE 14 AÑOS, MOTIVADOS POR PATOLOGÍAS FÍSICAS O PSICOLÓGICAS, EL CIRUJANO DEBERÁ APORTAR EL PERMISO ESPECIAL EXPEDIDO POR LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD.
- PARA MENORES ENTRE 14 Y 18 AÑOS: CIRUGÍAS BARIÁTRICAS ÚNICAMENTE CUANDO: EL IMC SEA MAYOR DE 35.00 Y PRESENTE UNA COMORBILIDAD ASOCIADA METABÓLICA O FUNCIONAL, Y ADICIONALMENTE PRESENTE EL RESPECTIVO INFORME DE UNA JUNTA MÉDICA QUE INVOLUCRE EL CONCEPTO DE POR LO MENOS DOS CIRUJANOS BARIÁTRICOS, QUE DETERMINEN LA PERTINENCIA DEL PROCEDIMIENTO.

PARÁGRAFO SÉPTIMO: REQUISITOS PARA TODO TIPO DE PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS

- DILIGENCIAMIENTO COMPLETO DE LA SOLICITUD DE SEGURO.
- TODO COLOMBIANO Y TODO EXTRANJERO RESIDENTE LEGAMENTE EN EL PAÍS DEBERÁ PRESENTAR AFILIACIÓN VIGENTE Y ACTIVA EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO.
- LOS CIUDADANOS COLOMBIANOS RESIDENTES EN EL EXTERIOR DEBERÁN DEMOSTRAR SU ESTADO DE RESIDENCIA EN EL PAÍS EXTRANJERO, Y LA FECHA DE INGRESO A COLOMBIA PLASMADA EN EL SELLO DE INGRESO DE SU PASAPORTE.

PARÁGRAFO OCTAVO: REQUISITOS PARA ASEGURABILIDAD DE EXTRANJEROS

SE CUBRIRÁN PROCEDIMIENTOS A PACIENTES QUE PROVENGAN DEL EXTERIOR CON LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- TENER POR LO MENOS DOS (2) DÍAS DE ADAPTACIÓN EN COLOMBIA PARA EL CASO DE PACIENTES QUE PROVIENEN DE ALGÚN PAÍS DE AMÉRICA.
- TENER POR LO MENOS, CINCO (5) DÍAS, SI EL PACIENTE PROVIENE DE OTRO CONTINENTE.

4. COMPLICACIONES CUBIERTAS

POSITIVA CUBRE POR ESTA PÓLIZA Y CON SUJECIÓN A SUS CONDICIONES, TODAS LAS COMPLICACIONES MÉDICAS QUE OCURRAN COMO CONSECUENCIA DE UNA CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO AMPARADO, EN LOS QUE SE DEMUESTRE LA RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE LA CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO Y LA COMPLICACIÓN PRESENTADA, TALES COMO, PERO NO LIMITADAS A:

- ABSCESO.
- ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR.
- ARRITMIA CARDIACA.
- ATELECTASIA PULMONAR.
- BRONCO ASPIRACIÓN.
- BRONCO ESPASMO.
- CELULITIS: ENTENDIDA COMO INFLAMACIÓN AGUDA DE LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA
- PIEL, DE CARÁCTER DIFUSO, DOLOROSO Y SUPURATIVO, QUE AFECTA A LA DERMIS Y AL TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO.
- CUALQUIER COMPLICACIÓN ANESTÉSICA.
- DAÑO CEREBRAL.
- DAÑO NEUROLÓGICO.
- DEHISCENCIA DE SUTURA.
- EDEMA PULMONAR AGUDO
- ESTADO DE SHOCK HIPOVOLÉMICO Y/O ANAFILÁCTICO.
- FALLA MULTISISTÉMICA.
- HEMATOMA QUE REQUIERA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: EL HEMATOMA ES
- ENTENDIDO COMO LA ACUMULACIÓN DE SANGRE FUERA DE LOS VASOS
- SANGUÍNEOS, GENERALMENTE EN ESTADO DE SEMI-COAGULACIÓN.
- HEMORRAGIA: ENTENDIDA COMO FUGA
- DE SANGRE FUERA DE SU CAMINO NORMAL
- DENTRO DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR PROVOCADA POR LA RUPTURA DE VASOS
- SANGUÍNEOS COMO VENAS, ARTERIAS Y CAPILARES. SITUACIÓN QUE PROVOCA UNA
- PÉRDIDA PELIGROSA DE SANGRE QUE PUEDE SER INTERNA O EXTERNA.
- HIPERTERMIA MALIGNA.
- INFARTO MIOCARDIO.
- INFECCIÓN.
- INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA.
- NECROSIS TEJIDO O TISULAR.
- NEUMONÍA
- OBSTRUCCIÓN RESPIRATORIA.
- PARÁLISIS FACIAL.
- PARÁLISIS TEMPORAL.
- PERFORACIÓN DE VÍSCERAS
- PERITONITIS.
- REACCIÓN A CUERPO EXTRAÑO.
- SEROMA.
- T.E.P (TROMBO EMBOLISMO PULMONAR).
- TROMBOSIS VENOSA.
- LAS DEMÁS COMPLICACIONES QUE SE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE LA CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO CUBIERTO POR LA PÓLIZA.

SE CUBREN LOS GASTOS MÉDICOS, HOSPITALARIOS, QUIRÚRGICOS Y/O FARMACÉUTICOS ORIGINADOS POR UNA COMPLICACIÓN OCURRIDA Y DIAGNOSTICADA DENTRO DE LA VIGENCIA DESCRITA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, CON ATENCIÓN MÉDICA DE HASTA MÁXIMO CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA PRIMERA ATENCIÓN APROBADA POR POSITIVA PARA LA COMPLICACIÓN AMPARADA Y/O HASTA EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, LO QUE OCURRA PRIMERO.

5. CONDICIONES GENERALES ADICIONALES

POSITIVA CUBRE POR ESTA PÓLIZA Y CON SUJECIÓN A SUS CONDICIONES, TODAS LAS COMPLICACIONES MÉDICAS QUE OCURRAN COMO CONSECUENCIA DE UNA CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO AMPARADO, EN LOS QUE SE DEMUESTRE LA RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE LA CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO Y LA COMPLICACIÓN PRESENTADA, TALES COMO, PERO NO LIMITADAS A:

5.1 SERVICIOS AMPARADOS

EN CASO DE PRESENTARSE UNA COMPLICACIÓN ORIGINADA EN UN PROCEDIMIENTO DE CIRUGÍA CUBIERTO POR EL PRESENTE SEGURO, SE AMPARAN LOS SIGUIENTES SERVICIOS O PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS EXCLUSIVAMENTE CON LA COMPLICACIÓN, TALES COMO:

- SERVICIO MÉDICO DE SEGUIMIENTO O RECHAZO DE PRÓTESIS.
- SERVICIO DE ENFERMERÍA Y MÉDICOS.
- ADMINISTRACIÓN DE ANESTESIA Y ANESTÉSICOS.
- EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO.
- OXÍGENO Y SU ADMINISTRACIÓN.
- PROCEDIMIENTOS RADIOLÓGICOS.
- MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS
- MEDICAMENTOS AMBULATORIOS. (APLICA SOLO POR REEMBOLSO)
- HABITACIÓN INDIVIDUAL QUE COMPRENDE SERVICIOS BÁSICOS O UCI, CUANDO SE REQUIERA, NO LIMITADOS A LA SALA DE CIRUGÍA.
- NO INCLUYE: CAMA DE ACOMPAÑANTE, NI ENFERMERA ESPECIAL.

LOS DEMÁS SERVICIOS MÉDICOS QUE SEAN ORDENADOS POR EL MÉDICO TRATANTE, DEBIDAMENTE DOCUMENTADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA Y QUE TENGAN RELACIÓN DIRECTA CON LA COMPLICACIÓN AMPARADA.

5.2 AMBULANCIA AEREA

CUANDO COMO CONSECUENCIA DE UNA COMPLICACIÓN QUIRURGICA AMPARA, DONDE LA VIDA DEL ASEGURADO SE EVIDENCIA EN RIESGO INMINENTE Y SE REQUIERA DE LA EVACUACIÓN DEL ASEGURADO A TRAVÉS DEL SERVICIO DE AMBULANCIA ÁREA, POSITIVA PREVIA EVALUACIÓN DE PERTINENCIA MÉDICA, VIABILIDAD GEOGRÁFICA Y DE ESTADO DEL TIEMPO, AUTORIZARÁ EL TRASLADO DE ACUERDO CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD QUE SE REQUIEREN PARA ESTOS CASOS.

ESTE SERVICIO SERÁ PRESTADO A TRAVÉS DEL OPERADOR CONTRATADO POR POSITIVA Y REQUIERE PREVIA AUTORIZACIÓN DE POSITIVA.

SE TENDRÁN COMO BASE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO LOS SOPORTES Y EL CONCEPTO DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD, RESPECTO A LA EMERGENCIA.

EL SERVICIO DE ASISTENCIA AÉREA MEDICALIZADA DEL OPERADOR ASIGNADO POR POSITIVA SÓLO REGIRÁ PARA COMPLICACIONES OCURRIDAS DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL, QUE PONGAN EN RIESGO LA VIDA DEL PACIENTE (ASEGURADO).

PARA SU RECONOCIMIENTO SE REQUIERE QUE EL PRESENTE AMPARO HAYA SIDO CONTRATADO Y APAREZCA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

5.3 TELEORIENTACION MÉDICA:

EL SERVICIO DE ASISTENCIA DE TELEORIENTACIÓN MÉDICA, SERÁ PRESTADO POR EL PROVEEDOR CONTRATO POR POSITIVA, Y ESTÁ ORIENTADO A:

- A. BRINDAR INFORMACIÓN EN CASO DE URGENCIAS NO VITALES, COMO SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR, ENTRE LAS QUE SE ENCUENTRAN LA ASISTENCIA A UN SERVICIO DE URGENCIA DE MANERA INMEDIATA O LA NECESIDAD DE AGENDAR UNA CITA CON UN MÉDICO ESPECIALISTA.
- B. RESOLVER INQUIETUDES Y/O PREGUNTAS DE UNA MANERA OPORTUNA EN TEMAS DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, POSOLOGÍA DE MEDICAMENTOS E INDICACIONES PARA SU ADMINISTRACIÓN.
- C. INFORMACIÓN SOBRE TIPS DE SALUD, BRINDAR INFORMACIÓN DE MANEJO EN CASA DE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA A DOLORS MUSCULARES, PROBLEMAS DIGESTIVOS, DOLORS DE CABEZA, ENTRE OTROS.
- D. BRINDAR INFORMACIÓN PARA RECONOCER Y DIFERENCIAR LOS SÍNTOMAS DE COVID 19 Y LOS DE UN RESFRIADO COMÚN.

5.4 TELEORIENTACION PSICOLÓGICA:

EL SERVICIO DE ASISTENCIA DE TELEORIENTACIÓN MÉDICA, SERÁ PRESTADO POR EL PROVEEDOR CONTRATO POR POSITIVA, Y ESTÁ ORIENTADO A :

LA REALIZACIÓN DE EVALUACIONES O VALORACIONES PSICOLÓGICAS TELEFÓNICAS/VIRTUAL (SEGÚN ELECCIÓN DEL ASEGURADO) BASADAS EN LA INFORMACIÓN APORTADA POR EL USUARIO, EL SERVICIO ESTÁ ENCAMINADO A BRINDAR RECOMENDACIONES Y BUENAS PRÁCTICAS A SEGUIR POR EL USUARIO CON RELACIÓN A SU CASO.

SE ACLARA QUE NO SE PRESTARÁ EL SERVICIO A ASEGURADOS QUE TENGAN UNA CRISIS ASOCIADA AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS/ALCOHÓLICAS NI ASEGURADOS QUE ESTÉN EN RIESGO SUICIDA, DE MANERA QUE, SI DURANTE LA SOLICITUD DEL SERVICIO O DURANTE LA PRESTACIÓN DEL MISMO SE IDENTIFICA QUE EL ASEGURADO ESTÁ BAJO EL EFECTO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS/ALCOHÓLICAS O EN RIESGO SUICIDA, EL SERVICIO NO SERÁ BRINDADO Y DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL LITERAL F) DEL ARTÍCULO 36 EN LA LEY 1090 DEL 2006 SE SOLICITARÁ COMUNICARSE DE INMEDIATO A LAS AUTORIDADES COMPETENTES (POLICÍA, BOMBEROS, LÍNEA DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS). EN CUALQUIER CASO, NI POSITIVA SEGUROS, NI EL PROVEEDOR, NI EL PRESTADOR ASUMEN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR CUALQUIER DETERMINACIÓN QUE ADOpte EL ASEGURADO DERIVADO DEL SERVICIO

5.5 TELEORIENTACION NUTRICIONAL:

EL SERVICIO DE ASISTENCIA DE TELEORIENTACIÓN MÉDICA, SERÁ PRESTADO POR EL PROVEEDOR CONTRATO POR POSITIVA, Y ESTÁ ORIENTADO A:

- REQUERIR INFORMACIÓN SOBRE ALIMENTOS PARA FORTALECER EL SISTEMA INMUNE.
- RECOMENDACIONES ALIMENTICIAS PARA GRUPO FAMILIAR.
- ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA ALIMENTACIÓN EN NIÑOS.
- APOYO PARA ESTABLECER RUTINAS ALIMENTARIAS CONFORME A OBJETIVOS.
- RECOMENDACIONES ALIMENTICIAS PARA ASEGURADOS CON CONDICIONES MÉDICAS PARTICULARES, POR EJEMPLO: DIABETES, HIPERTENSIÓN, SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, ETC.

5.6 IDONEIDAD PROFESIONAL

PARA ACREDITAR LA IDONEIDAD DEL MÉDICO Y DEL ODONTÓLOGO ESPECIALISTA, SE REQUIERE CONTAR CON LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD
- CERTIFICADO QUE ACREDITE LA MEMBRESÍA A LA SOCIEDAD MÉDICA CORRESPONDIENTE SEGÚN SU ESPECIALIDAD EN COLOMBIA, ACEPTADAS POR POSITIVA.
- EN CASO DE NO ESTAR VINCULADO A LA SOCIEDAD MÉDICA REFERIDA, SE REQUIERE CONTAR CON:
 - HOJA DE VIDA COMPLETA, QUE INCLUYA LOS DATOS DE INFORMACIÓN GENERAL, PERFIL, ESTUDIOS REALIZADOS, EXPERIENCIA PROFESIONAL EN PRE Y POST-GRADO DESAGREGADA.
 - IMAGEN DE DIPLOMA DE PREGRADO Y POST GRADO QUE ACREDITE LA FORMACIÓN ACADÉMICA COMO MÉDICO ESPECIALISTA EN LA DISCIPLINA A APLICAR EN LA PÓLIZA, ACTAS DE GRADO CORRESPONDIENTES PRE Y POST GRADO ACORDE CON LOS DIPLOMAS APORTADOS.
 - EN CASO DE HABER REALIZADO ESTUDIOS EN EL EXTERIOR SE REQUIERE CONTAR CON LA RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN POR TÍTULOS MÉDICOS DE PRE-GRADO Y/O POST GRADO OTORGADOS FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL.
 - ACREDITAR CERTIFICACION DE EXPERIENCIA PROFESIONAL SUPERIOR A UN (1) AÑO COMO ESPECIALISTA EN LA DISCIPLINA QUE LE CORRESPONDE.

5.7 TIEMPO ESTABLECIDO PARA REPORTE DE SOLICITUD DE ASEGURAMIENTO.

- PARA PROCEDIMIENTOS MENORES, SENOS Y DE BAJA COMPLEJIDAD COMO MÍNIMO DEBERÁ SER REPORTADA DOS (2) HORAS ANTES DEL PROCEDIMIENTO.
- PARA MÚLTIPLES PROCEDIMIENTOS Y DE ALTA COMPLEJIDAD COMO MÍNIMO SE DEBERÁ REPORTAR CON SEIS (6) HORAS HÁBILES ANTES DEL PROCEDIMIENTO
- PARA CIRUGÍAS BARIÁTRICAS, RETIRO DE BIOPOLÍMERO Y CIRUGÍAS EN MENORES DE EDAD, SE DEBE REPORTAR COMO MÍNIMO DOS (2) DÍAS HÁBILES PREVIOS A LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

5.8 MODALIDAD DEL SEGURO

LA PRESENTE PÓLIZA DE GASTOS MÉDICOS POR COMPLICACIONES EN CIRUGÍAS SE EXPIDE BAJO A MODALIDAD INDIVIDUAL Y COLECTIVA, LO CUAL SE HARÁ CONSTAR EN LA CARÁTULA RESPECTIVA.

6. DEFINICIONES

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE PÓLIZA SE ENTIENDE POR:

- 6.1 ACCIDENTE: SUCESO IMPREVISTO, EXTERNO, VIOLENTO, VISIBLE, REPENTINO E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO, QUE PRODUZCA EN LA INTEGRIDAD FÍSICA DEL ASEGURADO CUALQUIERA DE LAS PÉRDIDAS, LESIONES CORPORALES O PERTURBACIONES FUNCIONALES, VERIFICABLES MEDIANTE DICTAMEN MÉDICO.
- 6.2 ASEGURADO / PACIENTE: MIEMBRO DEL GRUPO ASEGURADO QUE, AL INCLUIRSE EN LA PÓLIZA, ADQUIERE LAS COBERTURAS INCLUIDAS EN ELLA. PARA LAS PÓLIZAS DE MODALIDAD INDIVIDUAL, SE ENTIENDE QUE EL ASEGURADO SERÁ EL ÚNICO BENEFICIARIO DE LAS COBERTURAS CONTRATADAS.
- 6.3 BIOPOLÍMEROS: MATERIALES SINTÉTICOS DE TIPO DE ACRÍLICO Y GEL, INCLUYEN COMPONENTES TALES COMO SILICONA LÍQUIDA, ALGUNOS DERIVADOS DE LA PARAFINA, ACEITES, SON PRODUCTOS NO COMPATIBLES CON EL ORGANISMO, LAS CUALES SON INYECTADOS, TANTO COMO RELLENOS FACIALES COMO PARA DAR CONTORNO CORPORAL. CON EL TIEMPO SE HAN VISTO RESULTADOS CON EFECTOS SECUNDARIOS PARA LA SALUD.
- 6.4 CENTRO HOSPITALARIO (HOSPITAL O CLÍNICA): ESTABLECIMIENTO LEGALMENTE REGISTRADO Y AUTORIZADO QUE REÚNE LAS CONDICIONES EXIGIDAS PARA ATENDER A LAS PERSONAS QUE LO REQUIERAN. NO SE CONSIDERAN CENTROS HOSPITALARIOS, PARA EFECTOS DE ESTE CONTRATO, LOS SIGUIENTES: A. INSTITUCIONES MENTALES PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS, B. CENTROS DE REPOSO, RECUPERACIÓN O DESCANSO PARA ANCIANOS, DROGADICTOS O ALCOHÓLICOS, C. LUGARES DONDE SE PROPORCIONAN TRATAMIENTOS NATURISTAS O ALTERNATIVOS.
- 6.5 CIRUGÍA PLÁSTICA: ES LA ESPECIALIDAD MÉDICA QUE TIENE COMO FUNCIÓN LLEVAR A LA NORMALIDAD FUNCIONAL Y ANATÓMICA LA COBERTURA CORPORAL, ES DECIR LA FORMA DEL CUERPO DE LAS PERSONAS. MEDIANTE ESTE TIPO DE CIRUGÍA SE BUSCA RECONSTRUIR LAS DEFORMIDADES Y CORREGIR LAS DEFICIENCIAS FUNCIONALES MEDIANTE EL CAMBIO (TRANSFORMACIÓN) DEL CUERPO HUMANO.
- LA CIRUGÍA PLÁSTICA SE HA DIVIDIDO DESDE UN PUNTO DE VISTA PRÁCTICO EN DOS CAMPOS DE ACCIÓN: CIRUGÍA PLÁSTICA REPARADORA O FUNCIONAL Y CIRUGÍA PLÁSTICA ESTÉTICA, COSMÉTICA O DE EMBELLECIMIENTO**
- 6.6 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.
- 6.7 CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: ES LA OPERACIÓN INSTRUMENTAL, TOTAL O PARCIAL, PRACTICADA POR UN PROFESIONAL O GRUPO DE PROFESIONALES EN MEDICINA CON ESPECIALIZACIÓN Y/O SUB-ESPECIALIZACIÓN PARA REALIZAR TRATAMIENTOS A LAS COBERTURAS DEFINIDAS EN ESTA PÓLIZA.
- 6.8 CIRUGÍA ROBÓTICA: LA CIRUGÍA ROBÓTICA ES UNA TÉCNICA DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT, QUE PERMITE LLEVAR A CABO PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN LOS QUE SE LOGRA EL ACCESO AL ÁREA A TRATAR A TRAVÉS DE PEQUEÑAS INCISIONES EN LA PIEL, EMPLEANDO UN BRAZO ROBÓTICO CON EL CUAL EL CIRUJANO PUEDE MANIPULAR LOS DISTINTOS INSTRUMENTOS EMPLEADOS. SE UTILIZA UNA CONSOLA EN LA QUE EL CIRUJANO CONTROLA DE MANERA REMOTA INSTRUMENTOS QUIRÚRGICOS FIJADOS A UN ROBOT.

- 6.9 COMPLICACIÓN QUIRÚRGICA: FENÓMENO O ANOMALÍA QUE SOBREVIENE COMO CONSECUENCIA DE UNA DE LAS CIRUGÍAS AMPARADAS EN ESTA PÓLIZA, QUE AFECTA LA SALUD DEL PACIENTE. NO SE CONSIDERA COMPLICACIÓN SÍNTOMAS COMO MAREOS, MIGRAÑA Y NAUSEAS, PROPIOS DEL ESTADO DE POST ANESTESIA Y POST QUIRÚRGICO.
- 6.10 DIAGNÓSTICO: TODA IDENTIFICACIÓN DE UNA LESIÓN O ENFERMEDAD, CON FUNDAMENTO EN LOS SÍNTOMAS Y SIGNOS MANIFESTADOS POR EL PACIENTE, CONFIRMADAS POR EVIDENCIAS MÉDICAS Y PARACLÍNICAS.
- 6.11 EPS: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
- 6.12 EVENTO: COMPRENDE TODOS LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS CONTINUOS O DISCONTINUOS QUE DEBA APLICARSE A UN PACIENTE POR HABERSE SUCEDIDO UNA COMPLICACIÓN QUIRÚRGICA DEFINIDA COMO TAL EN ESTA PÓLIZA.
- 6.13 GRUPO ASEGURADO: PARA LAS PÓLIZAS DE MODALIDAD COLECTIVA, EL GRUPO ASEGURADO ES EL CONFORMADO POR LAS PERSONAS NATURALES QUE SE SOMETAN A PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS CUBIERTOS POR LA PÓLIZA Y QUE TENGAN UNA RELACIÓN PREVIA CON EL TOMADOR.
- 6.14 HOSPITALIZACIÓN: PERMANENCIA EN UN HOSPITAL O CLÍNICA COMO PACIENTE INTERNO, ESTANDO EL ASEGURADO BAJO EL CUIDADO Y ATENCIÓN DE UN MÉDICO O DE UN EQUIPO DE PROFESIONALES DE LA SALUD.
- 6.15 ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC): MEDIDA DE ASOCIACIÓN ENTRE EL PESO Y LA TALLA DE UN INDIVIDUO.
- 6.16 IPS: LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD - IPS SON ENTIDADES OFICIALES, MIXTAS, PRIVADAS, COMUNITARIAS Y SOLIDARIAS, ORGANIZADAS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD A LOS AFILIADOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, DENTRO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD O FUERA DE ELLAS.
- 6.17 IPS HABILITADA: ES LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD QUE CUENTA CON LA AUTORIZACIÓN Y EL AVAL DEL ENTE TERRITORIAL CORRESPONDIENTE PARA PRESTAR LOS SERVICIOS MÉDICOS OFERTADOS, LA CUAL SE ENCUENTRA EN EL REPS.
- 6.18 MÉDICO ACREDITADO: PERSONA NATURAL QUE, CUMPLIENDO LOS REQUISITOS LEGALES, ESTÁ AUTORIZADA PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN EN EL ÁREA CLÍNICA, QUIRÚRGICA O DE APOYO DIAGNÓSTICO O ASISTENCIAL.
- 6.19 PREEXISTENCIA: ENFERMEDAD QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA O TRATADA, O ACCIDENTE, SUFRIDO POR EL ASEGURADO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA DE LA PRESENTE PÓLIZA.
- 6.20 PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: SE CONSIDERA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EL EFECTUADO POR UNO O VARIOS MÉDICOS CIRUJANOS CON ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA PLÁSTICA, CIRUGÍA ONCOLÓGICA, CIRUGÍA BARIÁTRICA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, OFTALMOLOGÍA, GINECOLOGÍA Y CUALQUIER ESPECIALIDAD QUIRÚRGICA QUE REALICE LAS CIRUGÍAS INCLUIDAS EN LA PRESENTE PÓLIZA, ASÍ COMO ODONTÓLOGOS CON ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL DEBIDAMENTE TITULADO(S) Y REGISTRADO(S) EN EL REGISTRO ÚNICO NACIONAL DEL TALENTO HUMANO EN SALUD DISPUESTO POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, SEGÚN LAS LEYES COLOMBIANAS.

CADA ESPECIALIDAD QUIRÚRGICA PODRÁ INTERVENIR ÚNICAMENTE EN CIRUGÍAS DE SU COMPETENCIA, AVALADAS POR LA ACADEMIA Y LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS CORRESPONDIENTES. LAS RESTRICCIONES PERTINENTES QUEDARÁN REGISTRADAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

6.21 RED ABIERTA: CORRESPONDE A LAS IPS`S DEBIDAMENTE HABILITADAS PARA LA ATENCIÓN DE COMPLICACIONES, SELECCIONADA DIRECTAMENTE POR EL ASEGURADO.

6.22 RED CERRADA: CORRESPONDE A LAS IPS`S DEFINIDAS POR POSITIVA PARA LA ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES

6.23 REPS: REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SALUD.

6.24 TARIFAS SOAT: EL MANUAL TARIFARIO SOAT DETERMINA LOS VALORES, NOMENCLATURA Y CLASIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS, QUIRÚRGICOS Y HOSPITALARIOS QUE SE BRINDAN EN LA ATENCIÓN DE URGENCIAS POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO, LAS CUALES SE HOMOLOGAN PARA LA ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS OBJETO DE COBERTURA DE LA PRESENTE PÓLIZA, LOS CUALES SE LIQUIDAN DE ACUERDO CON EL SALARIO MÍNIMO DIARIO LEGAL VIGENTE, A LA FECHA DE LA COMPLICACIÓN.

6.25 TOMADOR: ES UNA DE LAS PARTES DEL CONTRATO DE SEGURO, PERSONA NATURAL O JURÍDICA A CUYO NOMBRE SE EXPIDE LA PÓLIZA, PARA ASEGURAR UN DETERMINADO NÚMERO DE PERSONAS NATURALES O A ELLA MISMA, SIENDO RESPONSABLE DE TODAS LAS OBLIGACIONES QUE COMO TAL LE INCUMBEN CONFORME LA LEY, EN ESPECIAL EL PAGO DE LA PRIMA.

6.26 TRATAMIENTO: CONJUNTO DE MEDIOS TERAPÉUTICOS POR LOS CUALES SE ALIVIA UNA ENFERMEDAD O COMPLICACIÓN.

6.27 UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: LUGAR DE CUIDADO ESPECIALIZADO EN UN CENTRO HOSPITALARIO, DOTADO CON RECURSOS HUMANOS Y EQUIPOS ESPECIALES DONDE SE PRESTA ATENCIÓN PERMANENTE AL PACIENTE CRÍTICAMENTE ENFERMO.

7. ÁMBITO TERRITORIAL

COMO LA COBERTURA OTORGADA SE LIMITA ÚNICAMENTE A LAS COMPLICACIONES POR PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN EL TERRITORIO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, LOS GASTOS INCURRIDOS POR EL ASEGURADO EN EL EXTERIOR OBJETO DE LA COBERTURA DE ESTA PÓLIZA, SE RECONOCERÁN HASTA EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO EN PESOS COLOMBIANOS, RESPECTO EL TIPO DE CAMBIO DE LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO COLOMBIANO A LA FECHA DEL PAGO DE LA FACTURA OBJETO DEL REEMBOLSO

8. MONEDA

PARA OBJETO DE ESTE SEGURO LA MONEDA EXPRESADA TANTO PARA EL PAGO DE LA PRIMA, EL VALOR ASEGURADO Y EL PAGO DE SINIESTROS, ESTÁ ESTABLECIDA EN PESOS COLOMBIANOS.

9. VALOR ASEGURADO

EL VALOR ASEGURADO DEL PRESENTE CONTRATO SERÁ EL ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

10. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

- CIRUGÍA BARIÁTRICA: DESDE LOS 14 AÑOS CUMPLIDOS HASTA LOS 70 AÑOS Y 364 DÍAS.
- CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA: DESDE LOS 14 AÑOS HASTA LOS 75 AÑOS.
- PARA MENORES DE 14 AÑOS CON EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS LEGALES.

11. AVISO DE SINIESTRO

ES EL MOMENTO EN EL CUAL EL ASEGURADO Y/O ALGUNA PERSONA DA INFORME A LA COMPAÑÍA POR LOS MEDIOS HABILITADOS SOBRE UNA POSIBLE COMPLICACIÓN.

12. PLANES

PLAN TOTAL: ESTE PLAN OPERA EXCLUSIVAMENTE PARA LAS IPS DE LA RED CONTRATADA POR POSITIVA A LAS CUALES SE LES REEMBOLSARÁ LOS SERVICIOS MÉDICOS FACTURADOS DE ACUERDO CON LAS TARIFAS ESTABLECIDAS CONTRACTUALMENTE, HASTA EL LIMITE DEL VALOR ASEGURADO.

PLAN BÁSICO: ESTE PLAN OPERA EN LOS CASOS DONDE LA RECLAMACIÓN SEA REALIZADA POR EL TOMADOR, ASEGURADO O IPS QUE NO PERTENEZCA A LA RED DE POSITIVA, A QUIENES SE LES REEMBOLSARÁ LOS GASTOS MÉDICOS FACTURADOS A TARIFA SOAT VIGENTE HASTA EL LIMITE DEL VALOR ASEGURADO. PARA EL REEMBOLSO DE GASTOS POR ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS FORMULADOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA COMPLICACIÓN, SE TENDRÁN EN CUENTA LAS TARIFAS FIJADAS POR PARTE DE LA COMISIÓN NACIONAL DE REGULACIÓN DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS, VIGENTES A LA FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO.

13. PAGO DE SINIESTROS

DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, POSITIVA PAGARÁ EL VALOR DEL SEGURO DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA EN QUE EL BENEFICIARIO ACREDITE, AUN EXTRAJUDICIALMENTE, SU DERECHO.

EL TOMADOR O EL BENEFICIARIO, A PETICIÓN DE POSITIVA, DEBERÁ HACER TODO LO QUE ESTÉ A SU ALCANCE PARA PERMITIRLE A LA ASEGURADORA LA INVESTIGACIÓN DEL SINIESTRO. EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN, POSITIVA PODRÁ DEDUCIR DEL PAGO, EL VALOR DE LOS PERJUICIOS QUE DEMUESTRE MEDIANTE LOS MECANISMOS LEGALES VIGENTES, QUE LE CAUSE DICHO INCUMPLIMIENTO.

POSITIVA PAGARÁ AL ASEGURADO O A LA IPS QUE ATENDIÓ LA COMPLICACIÓN, LA SUMA A LA QUE ESTÉ OBLIGADA POR EL PRESENTE SEGURO. EL PAGO DEL SINIESTRO SE REALIZARÁ DE ACUERDO CON EL PLAN SELECCIONADO POR EL ASEGURADO.

14. RECLAMACIÓN

PARA LA ATENCIÓN DE UNA COMPLICACIÓN OBJETO DE ESTA COBERTURA, EL ASEGURADO, LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA, EL MÉDICO, O CUALQUIER OTRA PERSONA ACTUANDO EN NOMBRE DE ÉSTE, DEBERÁ AVISAR A POSITIVA, DENTRO DE LOS TRES (3) DÍAS SIGUIENTES A PRESENTARSE DICHA COMPLICACIÓN, BIEN SEA QUE LA COMPLICACIÓN SEA ATENDIDA EN LA IPS QUE REALIZÓ LA CIRUGÍA, UNA IPS DE LA RED CONTRATADA POR POSITIVA U OTRA IPS QUE CUENTE CON LA RESPECTIVA HABILITACIÓN.

EL BENEFICIARIO DEBE DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTÍA DE LA PERDIDA DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO. POSITIVA PAGARÁ LA INDEMNIZACIÓN DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FORMALIZACIÓN DE LA RECLAMACIÓN. PARA EL EFECTO, SIN PERJUICIO DE LA LIBERTAD PROBATORIA EN ESTA MATERIA, SE INFORMAN LOS DOCUMENTOS SUGERIDOS:

- FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO.
- FOTOCOPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LA CIRUGÍA AMPARADA.
- FOTOCOPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA RELACIONADA CON LA COMPLICACIÓN.
- FACTURA DE LA IPS (CLÍNICA U HOSPITAL) CON SOPORTES DE SERVICIOS Y DE HONORARIOS MÉDICOS DEBIDAMENTE CANCELADOS DE LA ATENCIÓN DE LA COMPLICACIÓN AMPARADA.
- FACTURA DE EXÁMENES Y MEDICAMENTOS CANCELADOS CON LA RESPECTIVA ORDEN MÉDICA RELACIONADOS DIRECTA Y EXCLUSIVAMENTE CON LA COMPLICACIÓN AMPARADA.
- EVALUACIÓN PRE ANESTÉSICA.

PARÁGRAFO PRIMERO:

PARA EFECTOS DE LA RECLAMACIÓN POR REEMBOLSO O POR AUTORIZACIÓN DIRECTA, EN CASO DE QUE LA COMPLICACIÓN HAYA SIDO ATENDIDA POR UNA IPS CON LA CUAL POSITIVA NO TENGA CONVENIO, ESTARÁ CUBIERTA POR LA PRESENTE PÓLIZA Y SE PAGARÁ DE ACUERDO CON LAS TARIFAS SOAT SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 168 DE LA LEY 100 DE 1993.

PARÁGRAFO SEGUNDO:

EN AQUELLOS CASOS DONDE LA COMPLICACIÓN HAYA SIDO ATENDIDA POR EL MÉDICO O IPS (CLÍNICA U HOSPITAL) QUE REALIZÓ EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO INICIAL, ADICIONAL A LOS DOCUMENTOS MENCIONADOS DEBERÁ APORTARSE LA VALORACIÓN PREENESTÉSICA, LA HISTORIA CLÍNICA DE LA CIRUGÍA.

PARÁGRAFO TERCERO:

COMPLICACIONES PRESENTADAS FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL Y DURANTE EL TIEMPO DE VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO, Y QUE ADEMÁS SEAN ATENDIDAS FUERA DE COLOMBIA, SERÁN INDEMNIZADAS TOMANDO COMO REFERENCIA LA TARIFA SOAT + 130%, HASTA EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO Y DE ACUERDO CON EL PLAN CONTRATADO DESCRITO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA. EN TODO CASO LA INDEMNIZACIÓN SE PAGARÁ COMO REEMBOLSO DEL VALOR RECONOCIDO A LOS PRESTADORES DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES, SIN SOBREPASAR EL VALOR EFECTIVAMENTE COBRADO EN CADA CASO.

EL AVISO DE SINIESTRO Y LOS DOCUMENTOS INICIALES PUEDEN SER INFORMADOS A POSITIVA VÍA CORREO ELECTRÓNICO A reclamaciones.vida@positiva.gov.co o servicioalcliente@positiva.gov.co , O A TRAVÉS DE LA PÁGINA DE POSITIVA: <https://www.positiva.gov.co/es/web/guest/tramites-de-siniestros>.

PARA EL PERFECCIONAMIENTO DE LOS RECLAMOS POR REEMBOLSO DE LAS COMPLICACIONES ATENDIDAS EN EL EXTERIOR, SE DEBEN REMITIR LOS DOCUMENTOS INDICADOS EN EL CLAUSULADO AL CORREO ELECTRÓNICO: reclamaciones.vida@positiva.gov.co QUIEN ATENDERÁ DIRECTAMENTE LA RECLAMACIÓN. IGUALMENTE, POSITIVA CUENTA CON LOS SIGUIENTES MEDIOS ELECTRÓNICOS DE COMUNICACIÓN PARA ATENDER PQRD:

www.positiva.gov.co ; servicioalcliente@positiva.gov.co ; defensordelcliente@positiva.gov.co

RELACIÓN DE DOCUMENTOS:

- FORMATO DE RECLAMACIÓN DESCARGADO DE LA PÁGINA DE POSITIVA <https://www.positiva.gov.co/es/web/guest/tramites-de-siniestros> DEBIDAMENTE DILIGENCIADO Y FIRMADO.
- FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO CON EL CUAL SE IDENTIFICÓ Y ASEGURÓ EN COLOMBIA.
- AUTORIZACIÓN PARA LA SOLICITUD DE CONSECUCCIÓN DE LA COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LA CIRUGÍA AMPARADA O COPIA DE ESTA INCLUYENDO LA VALORACIÓN PRE ANESTÉSICA. (ESTA AUTORIZACIÓN PUEDE SER OMITIDA SI SE DILIGENCIA EL FORMATO DE RECLAMACIÓN DESCARGADO DE LA PÁGINA WEB DE POSITIVA)
- ORIGINAL DE LA HISTORIA CLÍNICA RELACIONADA CON LA COMPLICACIÓN O COPIA AUTÉNTICA LEGALIZADA EN EL CONSULADO DE COLOMBIA EN EL EXTERIOR.
- ORIGINAL DE LA FACTURA DE LA IPS (CLÍNICA U HOSPITAL) CON SOPORTES DE SERVICIOS Y DE HONORARIOS MÉDICOS DEBIDAMENTE PAGADOS POR LA ATENCIÓN DE LA COMPLICACIÓN AMPARADA, O, COPIA AUTÉNTICA DE LA FACTURA LEGALIZADA EN EL CONSULADO DE COLOMBIA EN EL EXTERIOR.
- ORIGINAL DE LA(S) FACTURA(S) DE EXÁMENES Y MEDICAMENTOS CANCELADOS CON LA RESPECTIVA ORDEN MÉDICA RELACIONADOS DIRECTA Y EXCLUSIVAMENTE CON LA COMPLICACIÓN AMPARADA, O, COPIA AUTÉNTICA DE ESTOS DOCUMENTOS LEGALIZADOS EN EL CONSULADO DE COLOMBIA EN EL EXTERIOR.
- LOS DOCUMENTOS EN IDIOMA EXTRANJERO DEBERÁN VENIR CON LA TRADUCCIÓN OFICIAL SEGÚN LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES.
- INFORMACIÓN DE LA CUENTA BANCARIA EN EL PAÍS DONDE SE ENCUENTRE EL ASEGURADO, A LA CUAL SE LE DEBE HACER LA TRANSFERENCIA DE LA INDEMNIZACIÓN. LA CUENTA BANCARIA DEBE SER DEL MISMO ASEGURADO. SI EL ASEGURADO FUERE MENOR DE EDAD, LA CUENTA BANCARIA DEBE SER DEL PADRE O LA MADRE DEL MENOR ASEGURADO (ADJUNTAR DOCUMENTO QUE PRUEBE PARENTESCO).
- CERTIFICACIÓN BANCARIA DE BANCO DEL EXTERIOR QUE CONTenga MÍNIMO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:
 - NOMBRE COMPLETO DEL BANCO
 - NOMBRE COMPLETO DEL CUENTA HABIENTE
 - DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL CUENTA HABIENTE
 - TIPO Y NÚMERO DE CUENTA
 - CÓDIGO SWIFT DEL BANCO.

EN CASO DE AUTORIZACIÓN DIRECTA

PARA LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD PERTENECIENTES A LA RED CONTRATADA POR POSITIVA, LA ASEGURADORA PAGARÁ LA ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES A PLAN TOTAL

LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DEL SERVICIO CONTRATADA POR POSITIVA DEBERÁ PRESENTAR:

- ORDEN MÉDICA EN DONDE QUEDE CLARAMENTE ESPECIFICADO EL PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO REALIZADO.
- COPIA DE HISTORIA CLÍNICA O EPICRISIS RELACIONADA CON LA COMPLICACIÓN.
- FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO O COPIA DEL
- CERTIFICADO DE SEGURO.
- FACTURA DE LOS SERVICIOS PRESTADOS.

15. PAGO DE LA PRIMA

LA PRIMA ESTÁ CALCULADA PARA EL PERIODO DE COBERTURA DEL SEGURO. ES CONDICIÓN INDISPENSABLE PARA LA ENTRADA EN VIGENCIA DE ESTE SEGURO, QUE LA PRIMA SEA PAGADA CON ANTICIPACIÓN A LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGÍA PARA QUE EXISTA COBERTURA.

EN LOS CASOS DE PÓLIZAS CON ACUERDO DE PAGO, POSITIVA REALIZARÁ LA CUENTA DE COBRO DE LOS PROCEDIMIENTOS REPORTADOS DURANTE EL MES INMEDIATAMENTE ANTERIOR, Y EL PAGO DEBERÁ SER REALIZADO POR EL TOMADOR DENTRO DE LOS CINCO (5) DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE ENTREGA DE LA CUENTA DE COBRO.

EL NO PAGO DE LA PRIMA PARA LOS TOMADORES CON ACUERDO DE PAGO DENTRO DEL TÉRMINO ESTABLECIDO EN EL INCISO ANTERIOR, GENERA LA INACTIVACIÓN DEL APLICATIVO WEB Y NO SE ACEPTARÁN NUEVOS ASEGURADOS, HASTA TANTO EL TOMADOR HAYA PAGADO EL 100% DE LAS PRIMAS PENDIENTES.

16. TERMINACIÓN DEL SEGURO COLECTIVO PÓLIZA MATRIZ

EL SEGURO TERMINARÁ RESPECTO AL TOMADOR, AL PRESENTARSE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

- A. INCUMPLIMIENTO DEL ACUERDO DE PAGO DE LA PRIMA, SITUACIÓN QUE FACULTARÁ A POSITIVA PARA REALIZAR EL COBRO JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL, DE LOS DINEROS ADEUDADOS.
- B. POR VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA TEMPORAL DE LA PÓLIZA.
- C. LA MALA FE PROBADA DEL TOMADOR EN LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO, SIN PERJUICIO DE LAS DEMÁS CONSECUENCIAS PREVISTAS EN LA LEY.
- D. POR AGRAVACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO NO NOTIFICADA OPORTUNAMENTE, BAJO LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1060 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.
- E. PERMITIR SUPLANTACIÓN DE PROFESIONALES PARA EL USO DE LA PÓLIZA O INCUMPLIMIENTO DE ALGUNA OTRA GARANTÍA ACORDADA (ARTÍCULO 1061 CÓDIGO DE COMERCIO.).
- F. POR REVOCACIÓN UNILATERAL DE LAS PARTES, BAJO LAS REGLAS DEL ARTÍCULO 1071 DEL CÓDIGO DE COMERCIO ESTO ES:
 - POR LA ASEGURADORA, PREVIA NOTIFICACIÓN AL TOMADOR CON NO MENOS DE DIEZ DÍAS DE ANTELACIÓN A LA FECHA DE TERMINACIÓN.
 - POR EL TOMADOR CON EL AVISO ESCRITO DE LA DECISIÓN AL ASEGURADOR.

17. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

EL SEGURO TERMINARÁ EN FORMA INDIVIDUAL RESPECTO DE CUALQUIERA DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO ASEGURADO, AL PRESENTARSE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

- A. POR NO PAGO DE LA PRIMA.
- B. POR VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
- C. REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA POR PARTE DEL TOMADOR O DEL ASEGURADO.
- D. POR HABERSE AGOTADO LA SUMA ASEGURADA.
- E. CUANDO SE VERIFIQUE QUE EL ASEGURADO RESIDENTE EN COLOMBIA, NO SE ENCUENTRA AFILIADO AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

18. AFILIACIÓN AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DE SALUD

EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 37 DE LA LEY 1438 DE 2011 Y DEMÁS NORMAS QUE LO MODIFIQUEN, ACLAREN O ADICIONEN, Y PARA EFECTOS DE LA SUSCRIPCIÓN DE ESTE CONTRATO, LOS ASEGURADOS RESIDENTES EN COLOMBIA, DEBERÁN ESTAR AFILIADOS AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

EN CASO DE QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE DENTRO DE LOS RÉGIMENES DE EXCEPCIÓN CONTEMPLADOS EN EL ARTÍCULO 279 DE LA LEY 100 DE 1993, DEBERÁ ACREDITAR LA VINCULACIÓN A TRAVÉS DE CERTIFICACIÓN O PRESENTACIÓN DEL CARNET DE LA ENTIDAD A LA CUAL PERTENECE.

19. REVOCACIÓN DEL CONTRATO

EL CONTRATO DE SEGURO QUEDARÁ REVOCADO EN LA FECHA SEÑALADA POR EL TOMADOR O ASEGURADO EN SU ESCRITO DE SOLICITUD, O EN SU DEFECTO EN LA FECHA EN QUE ÉSTA SEA RADICADA.

20. NORMAS SUPLETORIAS

LAS DEMÁS CONDICIONES NO PREVISTAS EN EL PRESENTE CLAUSULADO SE REGISTRAN POR EL CÓDIGO DE COMERCIO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, POR LAS NORMAS REGLAMENTARIAS, POR LAS NORMAS QUE LOS MODIFIQUEN O ADICIONEN, Y POR LAS DEMÁS NORMAS APLICABLES AL CONTRATO DE SEGUROS.

21. DOMICILIO

SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES CORRESPONDIENTES, PARA EFECTOS RELACIONADOS CON LA PRESENTE PÓLIZA, SE FIJA COMO DOMICILIO CONTRACTUAL LA CIUDAD ESTIPULADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA COMO LUGAR DE EXPEDICIÓN DE LA MISMA.