



## **DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE SALUD**

### **PLAN DE BENEFICIOS MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS**

#### **I. Aspectos Generales**

Los beneficios médicos que ofrece el Banco son un plan adicional y voluntario de salud, de origen prestacional y convencional, reglamentado por el Banco. Se prestan únicamente en el territorio nacional y están orientados a preservar la salud de los afiliados y beneficiarios y, a restablecerla cuando las circunstancias así lo exijan, utilizando los procedimientos técnicos y científicos que demanda la medicina ortodoxa, en los campos educativo, preventivo, curativo y rehabilitador.

Se excluye de la prestación del servicio de salud todos aquellos tratamientos que no contemple la medicina tradicional y otros que, por disposición del presente reglamento o a juicio de la institución, no contribuyan al cumplimiento del objetivo central, constituyan riesgo para la salud integral de los usuarios o no ofrezcan un margen aceptable de confiabilidad.

Dentro del concepto genérico de servicios de salud están comprendidos los servicios médicos propiamente dichos y los demás vinculados como son los quirúrgicos, hospitalarios, ambulatorios, paramédicos, entrega de medicamentos y servicios odontológicos.

La interpretación y aplicación del reglamento corresponde a la Dirección del Departamento de Gestión de Salud (DGS). Esta reglamentación sigue las políticas que definan el Consejo de Administración, la Gerencia General y la Subgerencia General de Servicios Corporativos, atendiendo los conceptos de los organismos científicos asesores, en los asuntos de su competencia.

De acuerdo con lo establecido por la Ley 100 de 1993, todo empleado(a) o pensionado(a) debe estar afiliado(a) a una Entidad Promotora de Salud (EPS) conjuntamente con su respectivo grupo familiar, a través de la cual tienen derecho, tanto él o ella como sus familiares debidamente inscritos, a la prestación de los servicios médicos ofrecidos por el Plan Básico de Salud, en los términos establecidos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Los beneficios médicos que ofrece el Banco no excluyen la utilización de los servicios ofrecidos por la EPS, sino que constituyen un plan adicional, el cual actualmente es prestado por una empresa de medicina prepagada (EMP), contratada para tal fin.

En consecuencia, empleados(as), pensionados(as) y familiares inscritos asumen la obligación de cumplir con la presente reglamentación y los costos que su utilización genere.

Cuando un usuario requiera trasladarse de ciudad de inscripción y prestación del servicio deberá solicitarlo por escrito al Departamento de Gestión de Salud (DGS) en Bogotá, para su autorización y notificación de la novedad a la EMP. Solo se aceptarán traslados por lapsos superiores a seis (6) meses.

Las consultas que realicen los profesionales Puerta de Entrada y la medicación formulada a los usuarios del servicio de salud tendrán el 100% de auxilio por parte del Banco.

La atención médica y odontológica con la profesional puerta de entrada se deberá realizar únicamente en la sede autorizada para la prestación de los servicios médicos.

Cuando no se encuentren especialistas o entidades adscritas para la atención médica de un usuario en la sede autorizada, la prestación de los servicios médicos la tendrá que autorizar la empresa de medicina prepagada en otra ciudad. Para los empleados la empresa de medicina prepagada (EMP) asumirá el costo del traslado (transporte) y el Banco otorgará los viáticos para gastos de estadía y de transporte de acuerdo con los valores y las condiciones establecidas por el Departamento de Servicios de Gestión Humana (Tabla de viáticos), siempre y cuando el usuario no esté hospitalizado.

Para los pensionados la EMP asumirá el costo del traslado (transporte). No se otorgará auxilio para su estadía ni gastos de viaje.

Para los familiares adscritos no se otorgará auxilio para gastos ocasionados por transporte o estadía para tratamientos en otra ciudad distinta de la sede autorizada para la prestación de los servicios médicos.

**En caso de que un usuario quiera ser atendido por un especialista en otra ciudad habiendo profesionales en la sede autorizada para la prestación de los servicios médicos, se debe tener en cuenta:**

1. El médico puerta de entrada continúa siendo exclusivamente el de su ciudad de inscripción al servicio.
2. Si el usuario elige la atención en otra ciudad, debe primero contar con la remisión del médico puerta de entrada (el de su ciudad de inscripción).
3. Los servicios derivados de la atención recibida en una ciudad distinta a su sede (ej.: exámenes, remisión a otra especialidad, medicamentos agudos, etc.), se podrán autorizar en la oficina de Colsanitas de la ciudad en donde fue atendido.
4. El usuario debe asumir los gastos generados por el traslado para la atención en otra ciudad; excepto cuando el servicio no sea ofrecido en su ciudad, en cuyo caso aplica el procedimiento actual establecido para traslados.
5. Si el empleado elige tomar el servicio en otra ciudad, lo deberá hacer en su tiempo personal o de descanso, sin que esto afecte el desarrollo de las funciones de su área.

## **II. Plan de beneficios médicos**

A continuación, encontrará información detallada sobre:

- Consulta externa y ambulatoria
- Ayudas diagnósticas
- Procedimientos y cirugías
- Urgencias y hospitalización

- Lentes y montura
- Maternidad
- Alto costo
- Coberturas especiales
- Otros servicios con topes
- Plan Odontológico
- Vacunación e inmunizaciones
- Auxilio por leche maternizada
- Medicamentos crónicos
- Servicios médicos no cubiertos por el plan de beneficios

### **Consulta externa y ambulatoria**

SERVICIOS	COBERTURA
Consultas Medicina	<p>Puerta de entrada: Medicina Familiar, Medicina Interna, Medicina General / Pediatría, Odontología y Odontopediatría.</p> <p>Para las otras especialidades y subespecialidades se requiere remisión de profesional de puerta de entrada.</p> <p>Especialidades que no requieren remisión, con acceso directo: Ginecología- Gineco-Obstetricia, Oftalmología, Urología, Nutricionista, Psicología y Medicina Alternativa. En estas consultas no se pueden generar remisiones a otras especialidades.</p>
Consulta médica domiciliaria	Cobertura ilimitada a partir del primer día, de acuerdo con la disponibilidad en la ciudad.
Terapias: (Física, respiratoria, ocupacional, de lenguaje, ortóptica, Pleóptica y Foniátrica)	Cobertura ilimitada a partir del primer día.
Terapia psicológica por Psicología o Psiquiatría	Cobertura ilimitada a partir del primer día.
Terapia domiciliaria	Cobertura ilimitada a partir del primer día, por prescripción médica
Consulta Domiciliaria	Una (1) al día por usuario.

Rehabilitación cardiaca en todas sus fases	Cobertura ilimitada a partir del primer día.
Rehabilitación pulmonar	Cobertura ilimitada a partir del primer día.
Nuevos servicios terapéuticos	Acorde con pertinencia médica y avalados por sociedades científicas de Colombia

## Ayudas diagnósticas

SERVICIOS	COBERTURA
Exámenes de laboratorio simples.	Cobertura ilimitada a partir del primer día, para el procesamiento de exámenes en el territorio nacional.
Exámenes de laboratorio especializados y los de nueva tecnología.	Cobertura ilimitada a partir del primer día, para el procesamiento de exámenes en el territorio nacional. Aplica pertinencia médica y aprobación de sociedades científicas.
Imagenología simple (radiología sin medio de contraste).	Cobertura ilimitada a partir del primer día.
Imagenología especializada: radiología con medio de contraste, ecografías, tomografías, resonancias y los de nueva tecnología.	Cobertura ilimitada a partir del primer día, para el procesamiento de exámenes en el territorio nacional. Incluido Pet scan. Aplica pertinencia médica y aprobación de sociedades científicas.
Otros exámenes de diagnóstico especializados y los de nueva tecnología.	Cobertura ilimitada a partir del primer día, para el procesamiento de exámenes en el territorio nacional.

	Incluido Pet scan. Aplica pertinencia médica y aprobación de sociedades científicas.
Pruebas de Neuropsicología	Incluido bajo pertinencia médica.

## Procedimientos y cirugías

SERVICIOS	COBERTURA
Procedimientos menores en consultorio.	Cobertura ilimitada a partir del primer día, no aplica cobertura para tratamientos estéticos.
Cirugía ambulatoria (todas las especialidades).	Cobertura ilimitada a partir del primer día, no aplica cobertura para tratamientos estéticos.
Honorarios médicos.	Cobertura ilimitada a partir del primer día
Servicios hospitalarios.	Cobertura ilimitada a partir del primer día
Cirugía laparoscópica (incluye elementos).	Cobertura ilimitada a partir del primer día
Cirugías estereotáxicas.	Cobertura ilimitada a partir del primer día
Otros procedimientos simples en consultorio (biopsias, pequeña cirugía, cauterizaciones).	Cobertura ilimitada a partir del primer día, no aplica cobertura para tratamientos estéticos.
Procedimientos de especialidades.	Cobertura ilimitada a partir del primer día.

Cirugía bariátrica para obesidad mórbida.	Cobertura ilimitada a partir del primer día, para obesidad mórbida mayor o igual a III.
---	---

## Urgencias y hospitalización

SERVICIOS	COBERTURA
Urgencias.	Cobertura ilimitada a partir del primer día.
Hospitalización por observación.	Cobertura ilimitada a partir del primer día.
Servicios hospitalarios.	Cobertura ilimitada a partir del primer día.
Habitación hospitalaria.	Individual.
Hospitalización para tratamientos médicos.	Cobertura ilimitada a partir del primer día.
Hospitalización para tratamiento quirúrgico.	Cobertura ilimitada a partir del primer día.
Unidad de cuidados intensivos (adulto y pediátrica).	Cobertura ilimitada a partir del primer día.
Hospitalización por cuidados intermedios (adulto y pediátrica).	Cobertura ilimitada a partir del primer día.
Medicamentos e insumos intrahospitalarios.	Se cubren medicamentos formulados y suministrados intrahospitalariamente.
Honorarios médicos.	Cobertura ilimitada a partir del primer día.
Cama de acompañante.	Se cubre cama de acompañante para pacientes

	mayores de 64 años y menores de 12 años.
Enfermera acompañante adicional.	Cobertura para usuarios menores de 12 años y mayores de 64 años, según disponibilidad de la institución prestadora de servicios de salud y de acuerdo con la pertinencia médica, para patologías que lo requieran, por un período máximo de 3 días.
Hospitalización psiquiátrica.	Ilimitado.
Hospitalización para paciente en estado de coma (reversible)	Ilimitado.
Hospitalización para paciente en estado de coma o muerte cerebral (irreversible)	Cobertura hasta por 30 días.
Hospitalización domiciliaría	Cobertura ilimitada a partir del primer día en las ciudades con servicio.
Alimentación enteral y parenteral	Cobertura ilimitada a partir del primer día, para pacientes en estado hospitalario.
Sangre y sus derivados, incluye exámenes de compatibilidad	Transfusiones de sangre, concentrado de eritrocitos, plaquetas, crioprecipitados, plasma y sangre total. Excluida su consecución.
Transporte ambulancia terrestre en territorio nacional	Ilimitado. Pertinencia médica.
Ambulancia aérea	Ilimitado. Pertinencia médica.



## Lentes y monturas

SERVICIOS	COBERTURA	VALOR*
Montura para anteojos	Una cada 2 años, contados a partir de la última formulación.	\$ 447.007
Monofocal	Un par cada año. Si hay variación en refracción superior a una dioptría se podrá otorgar el auxilio antes del año. Condiciones: -Fórmula médica y factura. -Será válida la fórmula por Optometría. -Límite año calendario.	\$ 209.534
Progresivos	Un par cada año. Los pacientes que no se adapten a lentes bifocales podrán tener auxilio para dos pares de lentes corrientes, equivalente al valor de los bifocales. Solo recibirán el auxilio correspondiente a una montura Condiciones: -Fórmula médica y factura. -Será válida la fórmula por Optometría. -Límite año calendario.	\$ 405.103
Lentes corrientes monofocales+montura para anteojos	El usuario que decida unificar los auxilios podrá recibirlos nuevamente así: Montura: Una cada dos años Lentes: Un par cada año	\$ 656.541
Lentes bifocales+montura para anteojos		\$ 852.110
Lentes de contacto	Cada dos años, contados a partir de la última formulación. Se excluye la posibilidad de autorización para lentes corrientes y montura dentro del mismo periodo.	\$ 894.023

Lentes intraoculares	Dos lentes en la vida	<i>Incluidos en el valor de la prima, tope definido por Colsanitas (\$1.395.369)</i>
----------------------	-----------------------	--

\*Valores correspondientes año 2026

### **Para adquirir lentes, montura y lentes de contacto:**

- Debe tener la fórmula expedida por uno de los profesionales adscritos con vigencia máxima de un mes.

- Puede asistir a las ópticas adscritas con la autorización de Colsanitas expedida en Servicios Médicos y utilizar el auxilio como tradicionalmente lo venía haciendo, o unificar el valor de los auxilios cada dos años para adquirir solo lentes, o solo monturas, o los dos.

- Puede utilizar el beneficio solicitando reembolso, teniendo en cuenta:

1. La fórmula para los lentes debe haber sido expedida por uno de los profesionales adscritos.

2. Si el valor de la factura supera la suma del auxilio, solo se reembolsará el valor del tope del auxilio y el saldo lo asumirá el usuario.

3. Si el valor de la factura es menor al valor del auxilio, Colsanitas devolverá solamente el valor pagado por el usuario.

4. Tenga muy presente:

- Cuando tiene derecho a los dos auxilios (lentes y montura) pero usted compra solo lentes y estos superan el valor del tope establecido, debe aclarar en el momento de la solicitud del reembolso si tomará solo el auxilio por los lentes o si sumará los dos auxilios (lentes y montura) porque si le suman los dos auxilios solo tendrá derecho a solicitar monturas hasta dentro de dos años, aunque no haya usado la totalidad del auxilio para la montura.

- Si usted compra lentes de contacto, tendrá derecho a solicitar el auxilio hasta dentro de dos años para lentes y montura o para lentes de contacto.

5. La garantía por calidad del insumo comprado debe ser asumido por la óptica donde lo adquirió, Colsanitas no cubre ningún daño o defecto del producto.

La solicitud del reembolso debe presentarse máximo 15 días calendario posterior a la compra, de lo contrario perderá el derecho al reembolso. El reembolso se realizará únicamente a través de transferencia electrónica.

Los siguientes son los documentos que debe presentar para el reembolso:

1. Comunicación escrita dirigida a Colsanitas que indique: solicitud de reembolso con los nombres y apellidos del usuario, tipo y documento de identificación del usuario, fecha en que se prestó el servicio. Adicionalmente, debe incluir el nombre del banco, tipo y número de cuenta para la transferencia electrónica.

2. Fórmula de los lentes expedida por el profesional adscrito con vigencia máxima de un mes.

3. Factura electrónica del establecimiento donde compró los insumos, la cual debe cumplir con los requisitos del Estatuto Tributario.

4. Certificación de la cuenta expedida por la entidad bancaria con vigencia máxima de un mes

5. Fotocopia de la cédula del empleado o del pensionado.

## Maternidad

SERVICIOS	COBERTURA
Parto normal / cesárea	Ilimitado, para todas las usuarias del contrato
Consulta y atención obstétrica	Ilimitado, para todas las usuarias del contrato
Atención integral del recién nacido	30 días posterior al nacimiento, incluidos los bebés no cubiertos por el plan.

Atención de enfermedades congénitas	Cobertura ilimitada, en condición de bebé en gestación.
Estudios genéticos para bebés en gestación	Cobertura de estudios genéticos a bebés en gestación (cobertura del acto médico y de los estudios genéticos para exámenes de amniocentesis y cordocentesis), bajo pertinencia médica.
Realización de la afiliación del recién nacido	Al momento del nacimiento. Desde el momento de la afiliación se paga la prima
Ecografía obstétrica de alta definición	Por pertinencia médica.
Curso psicoprofiláctico	Ilimitado, acorde a condiciones de red.

## Alto Costo

SERVICIO	COBERTURA
Tratamiento para insuficiencia renal aguda	Ilimitado para diálisis reversible e irreversible.
Tratamiento para insuficiencia renal crónica	Ilimitado para diálisis reversible e irreversible.
Tratamiento hospitalario para Sida	Cobertura ilimitada a partir del primer día.
Tratamiento hospitalario para Cáncer	Cobertura ilimitada a partir del primer día.
Procedimientos y tratamiento de quimio, radio, cobalto, braquiterapia, incluye medicamentos requeridos sin exigencia de afiliación a la EPS en alianza.	Cobertura ilimitada a partir del primer día.
Trasplante de órganos (todos los aprobados por la	Bajo pertinencia médica se cubren los trasplantes de riñón, córnea, hígado, corazón, pulmón, tráquea, hueso, médula ósea

asociaciones médico-científicas)	
Gastos del donante en caso del trasplante	Cobertura por EPS

## Coberturas especiales

SERVICIO	COBERTURA
Prótesis	Ilimitado todas las prótesis no estéticas. Incluye prótesis mamaria post cáncer.
Material de osteosíntesis	Cobertura ilimitada a partir del primer día
Implantes	Ilimitados los no estéticos, aplica pertinencia médica. No incluye odontológicos.
Ortesis	Se cubre: fajas, corsés, cuello ortopédico, cabestrillos, medias con gradiente de presión (4 pares por cada vigencia del contrato, no acumulable año a año), sillas de ruedas o muletas (permanentes o temporales).
Posibilidad de reembolsos de acuerdo con documento de invitación	De acuerdo con lo definido en el documento de oferta
Cobertura para cirugías reconstructivas.	Derivada de accidentes y/o enfermedades con fines reconstructivos. Se incluye el implante post cáncer de mama. No se cubren cirugías reconstructivas derivadas de procedimientos estéticos
Interrupción voluntaria del embarazo	Según criterio médico y de acuerdo con la legislación vigente.
Ligadura de trompas (Pomeroy)	Incluido en cualquier momento
Vasectomía	Incluido
Dispositivo Intra Uterino (DIU)	Incluido

Exámenes diagnósticos de Alergología	Incluido
Tratamiento de hiposensibilización	Máximo por 2 años en la vida
Septoplastia funcional	Se cubre una vez en la vida. No cubre secuelas
Condición especial traslados	La entidad trasladará al usuario cuando por condiciones de red no oferte un servicio que se encuentre en la ciudad. Pagará traslado aéreo o terrestre. Solo titular
Rehabilitación integral para problemas de farmacodependencia y alcohol en centro especializado de rehabilitación	Una vez en la vida. Si recae o abandona se suspende el tratamiento. Incluye estudio de sustancias psicoactivas.
Asistencia internacional	Indicar alcance en valor asegurado y número de días
Vacunas	Acorde con el listado del ANEXO 9 Cobertura en vacunación
Oxígeno domiciliario	Cobertura de balas de oxígeno, concentradores con sus correspondientes insumos. NO se cubre bala portátil ni oxígeno líquido.
Tratamientos médicos derivados de tratamientos odontológicos	Cobertura ilimitada

## Otros servicios con topes

SERVICIO	COBERTURA	VALOR
Audífonos	Hijos(as) menores de 18 años recibirán auxilio hasta de tres (3) pares. Para adultos, se reconocerá auxilio para un par por una sola vez así: el auxilio se puede obtener para un (1) audífono para cada oído o para dos (2) audífonos para un	\$2.793.814 (valor individual) \$5.587.628 (valor par)

	mismo oído. No hay auxilio para baterías, reparaciones, limpieza ni mantenimiento.	
Plantillas ortopédicas	Usuarios(as) hasta los quince (15) años de edad. Se reconocerá auxilio hasta para tres (3) pares de plantillas por año.	\$ 88.561
Rehabilitación integral para niños especiales con déficit psicomotor	Se reconocerá auxilio para los(as) usuarios(as) con dificultades para su desarrollo por problemas congénitos o adquiridos, de naturaleza orgánica o psicológica con edad mental limítrofe (fronteriza) o inferior que requieran rehabilitación integral. Este auxilio corresponde al componente médico, en forma de terapia integral según la patología, de acuerdo con los topes establecidos por el Banco y los criterios de la EMP. Este auxilio se reconoce máximo hasta los 25 años de edad.	\$ 977.835

\*Valores correspondientes año 2026

### III. Plan de beneficios odontológicos

Las coberturas aplican siempre y cuando no tenga renuncia en la historia clínica de ingreso.

Los tratamientos odontológicos deben ser atendidos por los profesionales adscritos a la empresa de medicina prepagada.

SERVICIO	COBERTURA
Urgencias	Ilimitado.
Consulta Odontología General y Odontopediatría	Puerta de Entrada.
Especialidades odontológicas	Ilimitado. Con remisión de puerta de entrada. Cobertura de consulta en todas las especialidades.

Ayudas diagnósticas	Ilimitado. No incluye estudios para implantes.
Placas neuromiorelajantes	Placas neuromiorelajantes convencionales cada año y placas confort y extra-confort cada dos años. Si el paciente requiere cambiar la placa antes del periodo establecido por criterio del profesional o finalización de tratamientos de Rehabilitación Oral u Ortodoncia se cambia.
Promoción y Prevención	Ilimitado.
Operatoria dental	Ilimitado a criterio del odontólogo. No cobertura de cambios de amalgamas a otros materiales por razones estéticas.
Odontopediatría	Ilimitado. Se incluye sedación o anestesia general para pacientes que lo requieran de acuerdo con criterio del profesional.
Endodoncia	Ilimitado.
Cirugía Oral	Ilimitado. No se incluye implantes.
Periodoncia	Ilimitado. No se incluye implantes. Se cubre injertos óseos, membranas y material de relleno una vez en la vida por diente.
Ortodoncia Preventiva / Ortopedia Maxilar	Ilimitado para hijos. Incluye aparatología y controles.
Ortodoncia Correctiva	Una vez en la vida, como mínimo a los usuarios menores de 24 años. Incluye consulta, insumos, ayudas diagnósticas, retenedores y ortodoncia no quirúrgica.
Patología Oral	Ilimitado.
Cáncer Oral	Incluido dentro de la cobertura de Medicina.
Rehabilitación Oral	Incluye: prótesis, núcleos y coronas (no se acepta en metal base), reparaciones de prótesis, prótesis fijas o removibles totales y parciales. ° Prótesis fijas: Se puede repetir un mismo diente cuando haya transcurrido al menos diez (10) años. ° Prótesis removibles: Se cubren con intervalo



	<p>mínimo de cinco (5) años. Si el paciente requiere repetir la prótesis removible antes de los 5 años por criterio del profesional se repite.</p> <p>° Prótesis parciales acrílicas (mucosoportadas): cada 2 años. Si el paciente requiere repetir la prótesis parcial antes de los 2 años por criterio del profesional se repite.</p> <p>° Prótesis totales: cada 2 años. Si el paciente requiere repetir la prótesis total antes de los 2 años por criterio del profesional se repite</p> <p>° Se excluyen los implantes y/o tratamientos de rehabilitación oral sobre implantes.</p>
Cirugía Maxilofacial	<p>Ilimitado incluye tratamientos para ATM, corrección de labio fisurado y paladar hendido, extracción de terceros molares y otras patologías orales.</p>

## IV. Promoción de la salud y prevención de enfermedades

Estos programas están encaminados a mejorar y mantener las condiciones de salud de los usuarios del servicio médico. Los profesionales puerta de entrada son los encargados de incluir al usuario de acuerdo con su criterio médico al programa que necesite para su seguimiento, siempre y cuando en la ciudad donde se encuentra el paciente esté habilitado el programa.

### Programas:

1. Programa para el control y seguimiento de la terapia anticoagulante con Warfarina
2. Programa de crecimiento y desarrollo en menor de 15 años
3. Detección temprana cáncer de cuello uterino
4. Detección temprana cáncer de cuello uterino
5. Detección temprana de cáncer de próstata
6. Programa de dislipidemia
7. Programa de diabetes
8. Programa de EPOC

9. Programa de HTA
10. Programa vacunación
11. Programa de promoción y prevención odontología
12. Programa “contigo” cuidados paliativos
13. Programa de soporte oncológico
14. Programa del adulto mayor “club roble”
15. Programa de clínica de la memoria y trastornos cognoscitivos
16. Programa de obesidad
17. Programa de obesidad infantil
18. Programa de falla cardiaca
19. Programa de asma infantil
20. Programa de control prenatal
21. Programa de maternidad y paternidad
22. Programa de consejería lactancia materna
23. Programa plan canguro
24. Programa de planificación familiar
25. Programa balance
26. Programa sentir
27. Programa de trastornos de conducta alimentaria

## V. Vacunación e inmunizaciones

El programa de vacunación está dirigido a todos los usuarios del servicio médico del Banco que requieran la aplicación de los biológicos de acuerdo con las recomendaciones médicas. El médico puerta de entrada es el profesional que solicita las vacunas.

COBERTURA VACUNACIÓN	
PLAN VACUNACIÓN NIÑOS	
VACUNA	EDAD
BCG	Nacimiento
Hepatitis B	Nacimiento
DPT- (Pentavalente)	2 meses
DPT//Hepatitis B/ Hemophilus Influenzae	4 meses
	6 meses
	18 meses - 1er Refuerzo
DPT + POLIO	5 años - 2do Refuerzo
Polio	2 meses
	4 meses
	6 meses

DPT -Acelular (Hexavalente)	2 meses
DPT/ Polio/Hepatitis B/Hemophilus Influenzae	4 meses
	6 meses
Rotavirus	2 meses
	4 meses
	6 meses
Neumococo Conjugado 13	2 meses
	4 meses
	6 meses
	12-15 meses - Refuerzo
Influenza estacional	Por prescripción médica
Triple viral	12 meses
	5 años - 1er Refuerzo
Varicela	12 meses
	5 años - 1er Refuerzo
Hepatitis A	12 meses
	18 meses
Meningococo	9 meses
	12-15 meses
Fiebre amarilla	18 meses
VPH	9-17 años escolarizados
<b>PLAN VACUNACIÓN ADULTOS</b>	
<b>VACUNA</b>	<b>EDAD</b>
Hepatitis B	Esquema para mayores de 18 años
Triple Viral	Mayores de 18 años
Varicela	Por prescripción médica
Influenza	Mayores 50 años o por prescripción médica
Neumococo conjugado 13 o el biológico de mayores valencias	Mayores 50 años
Neumococo polisacárido 23	Mayores 50 años
Herpes Zoster	Mayores 50 años o por prescripción médica
Refuerzo de TD	Mayores de 18 años
DPT Acelular	Mayores de 18 años con indicación médica

## **VI. Auxilio por leche maternizada**

Este beneficio será para los hijos recién nacidos de empleados o pensionados, de acuerdo con el criterio médico cuando la madre tenga dificultades para lactar. Se darán máximo doce (12) tarros de leche maternizada en presentación de 400 gramos, por cinco (5) meses, durante el primer año.

La entrega de la leche maternizada la hará la empresa de medicina prepagada, a través de las farmacias autorizadas por Colsanitas, previa autorización de la fórmula expedida por el Pediatra Puerta de Entrada.

## **VII. Medicamentos crónicos**

Para pacientes con medicación permanente (crónicos) de estrecho margen terapéutico se dispensará la misma marca de los medicamentos que viene recibiendo.

Los usuarios con patologías de carácter crónico serán incluidos en el Programa de Medicación Permanente, de acuerdo con el criterio del Médico Puerta de Entrada (MPE). Esta inclusión aplica máximo por tres (3) meses, los cuales se entregan con periodicidad mensual. Dicho número de entregas es definido por el médico, de acuerdo con la patología y la condición del paciente. Para los usuarios que viven en el exterior la formulación de los medicamentos crónicos podrá realizarse hasta por (6) meses según criterio médico.

Si el cambio en la formulación crónica fue realizado por un especialista o servicio de urgencias, el usuario debe solicitar cita con su MPE para que incluya las modificaciones en el Programa de Medicación Permanente.

## **VIII. Servicios médicos no cubiertos por el plan de beneficios**

1. **Camas hospitalarias:** No se reconocerá auxilio para la compra o alquiler de camas hospitalarias para atención en el hogar o instituciones de cuidado.
2. **Cirugías o tratamientos estéticos:** No se reconocerá auxilio para los exámenes prequirúrgicos, ni para la cirugía, ni para la atención de las complicaciones derivadas de estos tratamientos. La incapacidad generada por estos procedimientos no tendrá reconocimiento económico por parte de la EPS.

3. **Cirugía Maxilofacial por malformaciones congénitas:** No se reconoce auxilio. Puede ser tramitada ante la EPS a la cual se encuentre afiliado el usuario.
4. **Cirugías refractivas:** No se reconocerá auxilio para los exámenes prequirúrgicos o postquirúrgicos, ni para la cirugía, ni para la atención de las complicaciones derivadas de estos tratamientos.
5. **Equipos de soporte o apoyo respiratorio ambulatorio:** No se reconocerá auxilio para dispositivos de presión positiva continua de la vía aérea (CPAP), ni bala de oxígeno portátil ni para otros equipos de soporte respiratorio.
6. **Implantes:** No se reconocerá auxilio para los implantes odontológicos.
7. **Lentes neutros o deportivos:** No se reconocerá auxilio para este tipo de lentes.
8. **Lesiones auto infligidas:** No reconocerá auxilio para la atención de:
  - Lesiones autoinfligidas o las causadas bajo los efectos del alcohol, drogas ilícitas u otras.
  - Lesiones originadas en riñas o reyertas.
  - Intentos de suicidio.Estos casos serán atendidos por la EPS a la que se encuentre afiliado el usuario.
9. **Medicina no tradicional:** No se reconocerá auxilio para la consulta, ni tratamientos, ni medicamentos formulados ni para la atención de las complicaciones derivadas de estos tratamientos. En esta medicina se incluye hidroterapia, celuloterapia, tratamientos homeopáticos, bioenergéticos, cámaras hiperbáricas, entre otros.
10. **Servicios extras en hospitalización:** No se reconocerá auxilio para enfermera privada o acompañante, cama de acompañante, pañales, servicios telefónicos, cafetería, elementos de uso personal.
11. **Terapia de pareja:** No se reconocerá auxilio para este tipo tratamientos.
12. **Tratamientos para cambio de sexo.**
13. **Tratamientos para déficit de crecimiento:** No se reconocerá auxilio por este concepto. El o la usuario(a) que lo requiera podrá solicitarlo a la EPS en la cual esté afiliado.

14. **Tratamientos para infertilidad primaria o secundaria:** No se reconocerá auxilio para esta clase de tratamientos; igualmente, se excluye la medicación y los procedimientos y exámenes diagnósticos.

15. **Tratamiento para la calvicie:** No se reconocerá auxilio para tratamientos médicos ni quirúrgicos.

16. **Tratamientos para la disfunción eréctil:** No se reconocerá auxilio para tratamientos médicos ni quirúrgicos.

17. **Tratamientos o estudios médicos en el exterior:** No se reconocerá auxilio para tratamientos médicos ni quirúrgicos en el exterior, ni procesamiento de muestras de laboratorio clínico, ni de patología, ni ayudas o imágenes diagnósticas.

18. **Tratamientos o estudios realizados sin autorización de la EMP contratada por el Banco:** No se reconocerá auxilio para los exámenes, procedimientos o tratamientos realizados por cuenta del usuario, ni sus complicaciones, ni los realizados por profesionales no adscritos a la EMP, ni los que se encuentren en fase de experimentación o que no estén reconocidos por las sociedades científicas de Colombia, ni las complicaciones causadas como consecuencia por altas voluntarias sin consentimiento del médico tratante.

19. **Reparación y mantenimiento de audífonos y lentes:** No se reconocerá auxilio para baterías, reparaciones, limpieza o mantenimiento en general de estos elementos.

20. **Complementos nutricionales:** No se reconocerá auxilio para la alimentación enteral ambulatoria, ni los complementos nutricionales orales o multivitaminas.