



Te mereces más,
te mereces MedPlus

TÉRMINOS Y CONDICIONES DE PLANES DE MEDICINA PREPAGADA

OBJETO

El presente documento regula los términos y condiciones aplicables a la adquisición, uso y acceso a los **Planes de Medicina Prepagada** que tiene como finalidad atraer nuevos usuarios y que la comunidad MEDPLUS crezca mucho más.

COMUNIDAD

Esta promoción está dirigida a usuarios nuevos que se afilien durante el mes de julio.

PLANES A OFRECER

1. Plan AMD Integral: Los asociados pueden afiliar a tres (3) personas por \$132.000, lo cual se discrimina así:

- La tarifa aplica para Plan AMD Integral antes de IVA, el IVA corresponde al 5%
- El plan AMD Integral se comercializa en: Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Cartagena, Neiva, Villavicencio e Ibagué.

2. Plan Celeste Plus: – Por \$191.000:

- La tarifa aplica para Plan Celeste Plus en rango de 1 a 14 años antes de IVA, el IVA corresponde al 5%
- Acceso a las mejores clínicas del país dependerá de la red contratada para el Plan, para su verificación deberá acceder al directorio médico del Plan en <https://directorio.medplus.com.co:7444/>
- Acceso directo a todas las especialidades, a partir del primer día de vigencia, siempre y cuando sea atendida por la red de prestadores adscritos; SE EXCLUYE de esta cobertura la consulta médica especializada por psiquiatría.
- Póliza de desempleo, cobertura no contractual, se otorgará como cortesía en formas de pago trimestral, semestral y anual.
Para formas de pago mensual se deberá realizar el pago correspondiente al 1,48% de la cuota de medicina prepagada sobre ese valor se le deberá sumar el IVA del 19% y posterior sumar \$500 pesos de amparo básico de vida.
- La convalidación de antigüedad de planes complementarios se realizará bajo los planes que son homólogos a un plan de medicina prepagada; para la convalidación de la antigüedad el usuario deberá presentar su certificado de antigüedad y preexistencias en un plan máximo de 45 días, depende del caso deberá adjuntar de manera adicional su certificado de utilidades de su anterior medicina prepagada, póliza o PAC.
- La cobertura de urgencias en el exterior es un beneficio no contractual.

- La cobertura de Odontología se cubre a partir del primer día de vigencia, se cubre el cien por ciento (100%) de la consulta odontológica básica prestada por odontólogo general o por odontopediatría, ésta última para el caso de niños hasta los doce (12) años, sin sujeción a límite de cobertura máxima.

Este servicio incluye expresamente lo siguiente:

- a. Profilaxis.
- b. Fluorización (en población infantil o cuando el odontólogo lo determine).
- c. Aplicación de sellantes.
- d. Radiografía panorámica.
- e. Detartraje supragingival por odontólogo general
- f. Obturación, resinas anteriores y amalgamas posteriores.
- g. Exodoncia simple no quirúrgica.

- Para la prestación de este servicio se requiere autorización previa y pagar el valor equivalente a un (1) bono por cada servicio brindado por cada especialidad, excepto en obturación. SE EXCLUYE de esta cobertura cualquier tratamiento odontológico especializado derivado de dicha valoración, así como también cualquier tratamiento quirúrgico y/o diagnóstico para patología maxilofacial, tales como cirugía maxilofacial trastornos de la oclusión y disfunción articular (patología de la articulación temporomandibular).
- Consulta médica domiciliaria: A partir del primer día de vigencia, sin sujeción a límite de cobertura máxima (ilimitada), por solicitud del usuario y previa valoración por servicio de Orientación Médica Telefónica (OMT), se cubre el cien por ciento (100%) de la consulta médica domiciliaria prestada por médico general, exclusivamente en la red establecida por MEDPLUS MP en las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Cartagena, de acuerdo con la disponibilidad de personal médico que exista al momento del requerimiento dentro de la red adscrita. Para la prestación del servicio se requiere autorización telefónica y pagar el valor correspondiente a un (1) bono.
- La cobertura de urgencias en el exterior es un beneficio no contractual
- La convalidación de antigüedad de planes complementarios se realizará bajo los planes que son homólogos a un plan de medicina prepagada; para la convalidación de la antigüedad el usuario deberá presentar su certificado de antigüedad y preexistencias en un plan máximo de 45 días, depende del caso deberá adjuntar de manera adicional su certificado de utilidades de su anterior medicina prepagada, póliza o PAC.

3. Plan Salud Plus– Por \$157.457:

- Este plan solo está dirigido para los usuarios que venga de PAC homólogos a los planes de Medplus
- La tarifa aplica para Plan Salud Plus antes de IVA, el IVA corresponde al 5%.

- La convalidación de antigüedad de planes complementarios se realizará bajo los planes que son homólogos a un plan de medicina prepagada; para la convalidación de la antigüedad el usuario deberá presentar su certificado de antigüedad y preexistencias y utilizaciones en un plan máximo de 45 días.
- Consulta Domiciliaria: Es la que se brinda en la residencia del paciente con el apoyo de personal médico general y/o paramédico con la Red de Prestadores definidas por MEDPLUS y en las ciudades donde se disponga de este servicio.
- Medicamentos: MEDPLUS cubre los medicamentos intrahospitalarios y ambulatorios en presentación genérica que se encuentran expresamente consignados en el acuerdo 83 de 1997 expedido por Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (C.N.S.S). Para los servicios hospitalarios se incluyen también los medicamentos no incluidos en este acuerdo y que sean requeridos para el tratamiento médico o quirúrgico y la alimentación Enteral y Parenteral. Las modificaciones que se realicen al acuerdo 83 de 1997 no se aplicarán a la cobertura en mención.
- Cobertura hospitalaria. Este servicio asistencial se presta a los Usuarios que lo requieran, previa orden de un profesional médico adscrito, debidamente refrendada por MEDPLUS y únicamente en sus entidades adscritas. La habitación, que es en habitación individual, permanencia, manutención y demás servicios hospitalarios que se requieran para la atención del USUARIO hospitalizado, serán sufragados directamente por MEDPLUS.
- Cobertura ambulatoria: el servicio comprende los procedimientos e intervenciones en las especialidades que aparecen registradas en la Red de Servicios de Salud de MEDPLUS. En todo caso MEDPLUS podrá limitar la autorización de los servicios aquí mencionados a la aplicación de aquella tecnología que, según criterio médico, se considere más adecuada para el caso concreto, de acuerdo con los periodos de carencia.
- Atención de Urgencias: MEDPLUS cubrirá este servicio a través de las entidades adscritas, siempre y cuando no se derive de una patología contemplada en este contrato como una exclusión o una preexistencia. En caso de generarse una hospitalización, el usuario debe tramitar la respectiva autorización de servicios, dentro de las 24 horas siguientes a su ingreso a la institución hospitalaria perteneciente a la red de servicios.

4. **blackdays** :- Por \$238.700 vigencia hasta 31 de agosto de 2025

- La tarifa aplica para Plan Turquesa Plus con IVA incluido en rango de 0 a 59 años.
- La cobertura de urgencias en el exterior es un beneficio no contractual
- Consulta médica domiciliaria: A partir del primer día de vigencia, sin sujeción a límite de cobertura máxima (ilimitada), por solicitud del usuario y previa valoración por el servicio de Orientación Médica Telefónica (OMT), se cubre el cien por ciento (100%) de la consulta médica domiciliaria prestada por médico general, exclusivamente en la red establecida por MEDPLUS MP en las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Cartagena, de acuerdo con la disponibilidad de personal médico que exista al momento del requerimiento dentro de la red adscrita. Para la prestación del servicio se requiere autorización telefónica y pagar el valor correspondiente a un (1) bono.

- La convalidación de antigüedad de planes complementarios se realizará bajo los planes que son homólogos a un plan de medicina prepagada; para la convalidación de la antigüedad el usuario deberá presentar su certificado de antigüedad y preexistencias en un plan máximo de 45 días, depende del caso deberá adjuntar de manera adicional su certificado de utilidades de su anterior medicina prepagada, póliza o PAC.
- Acceso directo a todas las especialidades, a partir del primer día de vigencia, siempre y cuando sea atendida por la red de prestadores adscritos; SE EXCLUYE de esta cobertura la consulta médica especializada por psiquiatría.
- Acceso a las mejores clínicas del país dependerá de la red contratada para el Plan, para su verificación deberá acceder al directorio médico <https://directorio.medplus.com.co:7444/>

CONDICIONES DE ADQUISICIÓN

Las condiciones de manera general son:

1. fotocopia de los documentos de identificación de los beneficiarios
2. certificación de afiliación de los mismos a una EPS o régimen de excepción
3. suministrar a uno de nuestros asesores comerciales la información general relacionada de la solicitud de afiliación
4. diligenciar la declaración del estado de salud de cada afiliado/beneficiario y diligenciamiento del SARLAFT. (Depende de las condiciones médicas o edades de ingreso se les puede solicitar valoración de ingreso).

Edades de Comercialización:

1. Para el **Plan Azul Plus**, la edad de comercialización y de ingreso es de 52 años - 364 días. La edad de permanencia en este plan es ilimitada.
2. Para el **Selecto Joven**, la edad de comercialización y de ingreso es de 32 años - 364 días. La edad de permanencia en este plan es hasta los 35 años.
3. Para el plan **Café Express**, la edad de comercialización es de 0 a 60 años (de acuerdo a clausulado del plan), con permanencia hasta los 65 años.
4. Para el plan **AMD INTEGRAL**, no hay límite de edad de comercialización.
5. Plan **Salud Plus** Ingreso de 0 a 64 años 364 días. Sin edad de permanencia.
6. Planes Excelsos (Pergamino, Café y Cereza Excelso Plus), y Azules (Indigo Plus, Celeste Plus y Turquesa Plus) Ingreso de 0 a 64 años 364 días. Sin edad de permanencia.