
EXCLUSIONES

PLANES DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO DE SALUD

BIENESTAR • FAMILIAR • QUIMBAYA

CUIDANDO DE TI
EN CADA *momento*

EXCLUSIONES

PLANES DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO DE SALUD

Cirugía estética con fines de embellecimiento o cirugía plástica.

Cirugía que tenga por finalidad corregir deformaciones, malformaciones, imperfecciones o anomalías congénitas y sus complicaciones.

Tratamiento para el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), así como sus secuelas, complicaciones y afecciones colaterales.

Enfermedades y/o accidentes provenientes o causados por el uso de sustancias psicotrópicas consumidas voluntariamente y/o bajo efectos del alcohol.

Lesiones que se hubiere ocasionado voluntariamente el usuario, o encontrándose en estado de enajenación mental, temporal o permanente.

Lesiones o enfermedades causadas directa o indirectamente por guerra (declarada o no), revolución, energía atómica, inundación, catástrofe, asonada, secuestro, terrorismo, derrumbe u otro fenómeno de la naturaleza, así como las resultantes de la participación activa en huelgas, motines o commociones civiles.

Lesiones que se originen en la práctica de deportes de alta peligrosidad.

Estudio, diagnóstico y tratamiento de infertilidad, infecundidad e impotencia.

Suministros de anteojos o lentes de contacto.

Tratamientos antialérgicos, pruebas antialérgicas y vacunas antialérgicas.

Tratamiento periodontal de ortodoncia correctiva o prótesis en atención odontológica.

Lesiones ocasionadas por la comisión de un delito o las provenientes de la participación en duelos, riñas, peleas, tumultos y en general, por transgresión a las normas legales.

SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. no se obliga a la cobertura de actividades, intervenciones y procedimientos derivados de intento de suicidio.

SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A., no se obliga al suministro ni la consecución de bragueros, lentes, muletas, aparatos o equipos ortopédicos, transporte de plasma o sangre, en el evento en que no se tenga disponible en los bancos de sangre de la región de operación del plan.

Secuelas y lesiones originadas por accidentes de tránsito previos al ingreso del plan.

Actividades, procedimientos e intervenciones, para las enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosas,

traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal, o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación.

Hospitalización cuyo objeto principal sea el diagnóstico o chequeo médico.

Cirugía de corrección de Hallux valgus, cirugía para evitar el ronquido, cirugía láser refractiva.

Analgesia postparto y pos-operatoria.

Atención odontológica a excepción de la indicada en el anexo al contrato.

Escleroterapias, fototerapias, crioterapias y terapias láser.

Servicios exclusivos de enfermería.

Accidentes de trabajo y enfermedad profesional, evento agudo y/o crónico y/o sus secuelas, temporal o permanente, previo o durante el contrato.

Procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos para tratamiento de la obesidad.

Las atenciones, consecuencias, secuelas y recidivas de todos los eventos ocurridos durante el tiempo de mora y/o suspensión no estarán cubiertas, una vez restablecido el servicio, ni será objeto de reembolso alguno.

SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A., no asume el costo de complicaciones, secuelas y recidivas de procedimientos excluidos del Plan, así como los no autorizados por SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.

No se reconocerán formulaciones médicas que contengan artículos suntuarios, cosméticos, complementos vitamínicos, suplementos nutricionales, líquidos para lentes de contacto, tratamientos capilares, champú de ningún tipo, jabones, leches, cremas hidratantes, antisolares o para las manchas en la piel, drogas para la memoria e impotencia sexual, edulcorantes o sustitutos de la sal, anorexigenos, enjuagues bucales, cremas dentales, cepillos, seda dental, medicamentos sin registro INVIMA, medicamentos en fase experimental.

La resección de tumores benignos de piel y/o celular subcutáneo.

Actividades, intervenciones y/o procedimientos de carácter ambulatorio que no estén expresamente definidos en la cobertura del presente contrato.

Implantación de neuroestimulador intracraneal sod. Implantación de receptor electroencefalográfico por trepanación.

Corrección de malformaciones de medula espinal sos.

Corrección de anomalías de medula espinal en unión

EXCLUSIONES

PLANES DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO DE SALUD

craneocervical sod.

Implantación de neuroestimulador espinal sod.

Trasplante de timo sod.

Ablación de lesión de párpados por láser.

Blefaroplastia con láser.

Plastia de región interciliar por técnica endoscópica.

Queratectomía con excímero láser (fotorrefractiva o fototerapéutica) ptk sod.

Termoqueratoplastia sod.

Rinoplastia limitada con láser.

Rinoplastia estética total (tejido óseo, cartílago, piel y tejido celular subcutáneo).

Rinoplastia estética parcial (por áreas: base, dorso o punta nasal, ángulos nasofrontal o nasolabial).

Rinoplastia estética vía abierta (open rhinoplasty).

Reconstrucción dental sod.

Restauración de dientes mediante incrustación metálica sod.

Restauración de dientes mediante incrustación no metálica sod.

Colocación o aplicación de corona sod.

Colocación o aplicación de corona en acero inoxidable (para dientes temporales).

Colocación o aplicación de corona en policarboxilato (para dientes temporales).

Colocación o aplicación de corona en forma plástica.

Colocación o aplicación de corona acrílica termocurada.

Colocación o inserción de protección fija cada unidad (pilar y prónticos).

Reconstrucción de muñones.

Patrón de núcleo.

Reparación de prótesis fija.

Colocación o inserción de prótesis removible (superior o inferior) mucosoportada.

Colocación o inserción de prótesis removible (superior o inferior) dentomucosoportada.

Reparación de prótesis removible.

Colocación o inserción de prótesis total medio caso (superior o inferior).

Colocación o inserción de prótesis total (superior e inferior).

Reimplante de diente sod.

Trasplante de diente (intencional) sod.

Implante aloplástico (oseointegración) sod.

Aplexificación (inducción de apexogenesis) sod.

Procedimiento correctivo en resorción radicular (interna y externa).

Procedimientos correctivos en fracturas radiculares.

Fistulización endodontica sod.

Radectomy (amputación radicular) sod.

Radectomy (amputación radicular) única.

Radectomy (amputación radicular) múltiple.

Blanqueamiento de diente (intrínseco) por causas endodonticas.

Plastia mucogingival sod.

Plastia mucogingival con injertos pediculados (colgajos pediculados).

Plastia mucogingival con injerto gingival libre.

Curetaje a campo abierto.

Cirugía a colgajo con resección radicular (amputación, hemisección).

Aumento de reborde parcialmente edentulo (sin material).

Aumento de reborde parcialmente edentulo (con material).

Plastias preprotésicas (aumento de coronas clínica) sod.

Reparación o plastia periodontal regenerativa (injertos, membranas) sod.

Gingivectomía sod.

Operculectomía ncoc.

Cuña distal.

Regulación de rebordes sod.

Alveolectomía sod.

Colocación de aparatología fija para ortodoncia (arcada) sod.

EXCLUSIONES

PLANES DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO DE SALUD

Colocación de aparatología removible intraoral para ortodoncia (arcada).

Colocación de aparatología removible extraoral para ortodoncia (arcada).

Colocación de aparatos de retención sod.

Ferulización sod.

Ferulización rígida (superior y/o inferior).

Ferulización semirrígida (superior y/o inferior).

Cierre de diastema (alveolar, dental) sod.

Ajustamiento oclusal sod.

Reparación de aparatología fija o removible sod.

Máscara facial terapéutica sod.

Resección local del paladar por quimioterapia.

Lipoinjerto en cara.

Abtención pulmonar para trasplante sod.

Abtención de corazón-pulmón sod.

Trasplante unilateral de pulmón sod.

Trasplante bilateral de pulmón sod.

Trasplante de pulmón corazón sod.

Angioplastia o aterectomía de vasos no coronarios con prótesis (stent) o injerto(s) protésico(s) sod.

Angioplastia con balón de vasos intracraneales, con colocación prótesis (stent) o injerto(s) protésico(s).

Angioplastia de arteria carótida, con prótesis (stent) o injerto(s) protésico(s).

Angioplastia arteria vertebral, con prótesis (stent) o injerto(s) protésico(s).

Angioplastia o aterectomía con balón de arteria basilar, con prótesis (stent) o injerto(s) protésico(s).

Angioplastia o aterectomía con balón de vasos de cabeza y cuello, con prótesis (stent) o injerto(s) protésico(s) ncoc.

Angioplastia con balón de vasos de miembros superiores, con prótesis (stent) o injerto(s).

Angioplastia o aterectomía de vasos abdominales con balón, con prótesis (stent) o injerto(s) protésico(s) ncoc.

Angioplastia o aterectomía de vasos miembros inferiores, con balón, prótesis (stent) o injerto(s) protésicos.

Reparo endovascular de aneurisma de aorta, con colocación de prótesis (stent).

Implantación en cuerpo carotídeo de marcapasos o estimulador electrónico sod.

Colocación de otros dispositivos endovasculares sod.

Inyección de agente esclerosante en vena (escleroterapia) sod.

Inserción de burbuja gástrica (balón) sod.

Extracción de burbuja gástrica (balón) sod.

Corrección de cloaca o de extrofia de cloaca sod.

Inserción o reemplazo de prótesis interna de pene no inflable (rígida y semirrígida) sod.

Retiro de prótesis peneana sod.

Inserción o sustitución de prótesis de pene inflable sod.

Corrección de angulación peneana.

Inserción de estimulador de crecimiento óseo de húmero sod.

Inserción de estimulador de crecimiento óseo de cúbito.

Inserción de estimulador de crecimiento óseo de radio.

Inserción de estimulador de crecimiento, óseo de radio y cúbito.

Inserción de estimulador de crecimiento óseo de carpianos.

Inserción de estimulador de crecimiento óseo de metacarpianos.

Inserción de estimulador de crecimiento óseo de carpianos y metacarpianos.

Inserción de estimulador de crecimiento óseo de fémur sod.

Inserción de estimulador de crecimiento óseo de peroné.

Inserción de estimulador de crecimiento óseo de tibia.

Inserción de estimulador de crecimiento óseo de tibia y peroné.

Inserción de estimulador de crecimiento óseo de tarsianos.

Inserción de estimulador de crecimiento óseo de metatarsianos.

Inserción de estimulador de crecimiento óseo de tarsianos y metatarsianos.

Inserción de estimulador de crecimiento óseo de falanges.

Inserción de estimulador de crecimiento óseo de huesos pelvianos.

Mamoplastia de reducción sod.

EXCLUSIONES

PLANES DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO DE SALUD

- Reconstrucción de mama con implante unilateral.
- Reconstrucción de mama con implante bilateral.
- Inserción de anticonceptivos subdérmicos.
- Inserción de dispositivos de acceso vascular (dav) totalmente implantable.
- Inserción de catéter subdérmico (epidermoclisis).
- Inserción de estimulador eléctrico transcutáneo (para control de dolor).
- Ablación de telangiectasias por escleroterapia.
- Escisión o ablación local de lesión cutánea ncoc.
- Ablación de lesiones cutáneas (tatuaje) por haz de láser sod.
- Microinjerto de cuero cabelludo.
- Reducción de tejido adiposo en área submandibular, por liposucción o lipectomía.
- Radiografía panorámica de maxilares, superior, superior e inferior (ortopantomografía).
- Atención (visita) domiciliaria por medicina especializada.
- Atención (visita) domiciliaria por odontología general.
- Atención (visita) domiciliaria por psicología.
- Atención (visita) domiciliaria por equipo interdisciplinario.
- Atención (visita) domiciliaria por otro profesional de la salud ncoc.
- Atención (visita) al sitio de trabajo por terapia (ocupacional y/o física).
- Atención (visita) al sitio de trabajo por equipo interdisciplinario.
- Vih 1, detección del provirus por pcr.
- Vacunación contra cólera.
- Vacunación contra meningococo (ac y/o bc).
- Vacunación contra haemophilus influenza tipo b.
- Vacunación contra neumococo.
- Vacunación combinada contra fiebre tifoidea (tab).
- Vacunación combinada contra haemophilus influenza tipo b, difteria, tétanos y tos ferina (tetravalente).
- Vacunación combinada contra difteria, tétanos, tos ferina y hepatitis b (pentavalente).
- Vacunación combinada contra haemophilus influenza tipo b, difteria, tétanos, tos ferina y poliomielitis ivp (pentavalente).
- Vacunación contra hepatitis a.
- Vacunación contra varicela.
- Vacunación contra influenza.
- Vacunación combinada contra sarampión y rubeola (sr) (doble viral).
- Vacunación combinada contra hepatitis a y hepatitis b.
- Vacunación contra malaria sod.
- Colocación transcutánea de apósticos o parches para la estimulación del cr.