

---

# EXCLUSIONES

PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO DE SALUD

# PRIVILEGIO

---

**CUIDANDO DE TI**  
CUANDO MÁS *Lo Necesitas*

# EXCLUSIONES

PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO DE SALUD

# PRIVILEGIO

**1.** SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A., excluye expresamente la prestación de cualquier servicio diferente a los señalados en la Cláusula Tercera del contrato del plan Complementario PRIVILEGIO.

**2.** Enfermedades o malformaciones, afecciones preexistentes y sus consecuencias directas, así como las enfermedades, secuelas o complicaciones originadas por tratamientos no reconocidos por instituciones científicas, no autorizados y/o no cubiertos por el Plan Complementario PRIVILEGIO.

**3.** Enfermedades que sean consecuencia de malformaciones, deformidades y/o anomalías congénitas o genéticas y la corrección de estas, las cuales serán atendidas por la EPS del usuario en las condiciones del Plan de Beneficios en Salud. Igualmente, se excluyen los estudios genéticos para determinar paternidad.

**4.** Estudios genéticos para determinar el origen de alguna de las patologías

**5.** Chequeos médicos ejecutivos.

**6.** Diagnóstico, tratamiento médico y quirúrgico, secuelas y complicaciones de enfermedades o accidentes derivados del consumo de alcohol, estupefacientes, consumo de sustancias psicoactivas, psicotrópicas, neurolépticas o drogas no cubiertas médicamente.

**7.** Lesiones o afecciones causadas por la violación de normas legales con la participación directa o indirecta en eventos como: guerra (declarada o no), conmoción civil, revolución, energía atómica, pruebas nucleares, huelgas, riñas, motines, rebelión, asonada, en ejercicio de actividades ilícitas o en la prestación del servicio militar.

**8.** Lesiones o afecciones causadas por inundación, erupciones volcánicas, temblores, terremotos o cualquier otro fenómeno de la naturaleza.

**9.** Lesiones provenientes de accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales, las cuales serán cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud (PBS), según la reglamentación correspondiente a Riesgos Laborales.

**10.** Lesiones que se originen en la práctica de deportes de alta peligrosidad, tales como competencias motorizadas, vuelos planeadores, cometas o similares, boxeo, troteo, caza, lucha libre, paracaidismo, parapentismo, carreras de caballos, (entre otros) y en la práctica de todo deporte profesional remunerado o no.

**11.** Lesiones que se hubiere causado el usuario voluntariamente o encontrándose en estado de enajenación mental, temporal o permanente o intento de suicidio. Se incluyen dentro de este grupo, aquellas originadas por negligencia en el cumplimiento de las prescripciones indicadas por el médico tratante, las cuales serán atendidas por la EPS del usuario en las condiciones del Plan de Beneficios en Salud (PBS).

**12.** Enfermedades transmisibles que sean declaradas epidemias por las autoridades competentes, las cuales serán atendidas según corresponda al Plan de Beneficios en Salud (PBS), según reglamentación vigente.

**13.** Cirugía estética para fines de embellecimiento o cirugía

plástica reparadora para tratar afecciones preexistentes a la fecha de contratación. Igualmente, están excluidas la mamoplastia reductora, la septoplastia y/ la septorrinoplastia, salvo cuando 06, estos dos últimos se deriven de un accidente ocurrido durante la vigencia del contrato, si compromete la funcionalidad orgánica y que el usuario haya sido atendido en una de las instituciones adscritas a la EPS S.O.S.

**14.** Estados comatosos reversibles o irreversibles, muerte cerebral y hospitalizaciones para tratamiento médico y/o quirúrgico para estados terminales, o cuando para estos no existan posibilidades de recuperación, al igual que tratamientos en instituciones de cuidados intermedios paliativos, hogares geriátricos y similares, las cuales serán atendidas por la EPS del usuario en las condiciones del Plan de Beneficios en Salud (PBS).

**15.** Suministro de elementos tales como: cardiodesfibrilador, resincronizador, marcapasos, válvulas artificiales, dispositivo amplatz, coils, bragueros, medias antiembólicas, cápsula endoscópica, audífonos, implantes cocleares, stent medicado, neuroestimulador, injertos óseos, fajas, lentes de contacto, lentes para anteojos, muletas, aparatos u equipos ortopédicos, órtesis, sillas de ruedas, caminadores, cualquier prótesis o dispositivos endovasculares no cubiertas en el presente contrato, órganos para trasplante, y medicamentos de uso ambulatorio.

**16.** psicoanálisis, pruebas psicológicas y neuropsicológicas, psicoterapia de grupo, logopedia, hipnosis, técnicas de terapia conductista, test psicotécnicos de cualquier tipo.

**17.** Tratamientos médicos o quirúrgicos para corrección de los defectos de refracción visual y presbicia, exámenes especializados para el estudio de defectos de refracción visual, suministro de anteojos y/o lentes de cualquier naturaleza, así como tampoco exámenes de diagnóstico, seguimiento y tratamiento quirúrgico del queratocono.

**18.** Suministro de medicamentos, filtros solares y emolientes, o cualquier otro tipo de filtros, lociones o cremas que llegara a formular el médico tratante como complemento de la puvaterapia.

**19.** En la cobertura de escleroterapia no se cubre la sustancia esclerosante, ni la escleroterapia en micro-espuma.

**20.** En la cobertura de terapia neural SE EXCLUYE, la aplicación y suministro de cualquier tipo de sustancia o medicamento, diferente a la bupivacaína o la procaína.

**21.** Suministro de medicamentos bioenergéticos, homeopáticos, esencias florales y cualquier otro tipo de medicamento, insumo o sustancia ambulatoria empleada en la consulta, sesión o terapia de medicina alternativa que no se encuentre expresamente contenida en el clausulado.

**22.** Radiofármacos de tercera generación o generaciones posteriores que sean empleados como terapia paliativa tales como el yttrium y el estroncio.

**23.** En procedimientos realizados en consultorio por la

especialidad de dermatología, SE EXCLUYEN, los procedimientos considerados estéticos o cosméticos, la crioterapia, las infiltraciones para queloides y para alopecia areata, con excepción de las coberturas mencionadas en el clausulado.

**24.** SE EXCLUYE en todo caso y por cualquier diagnóstico, así sea considerada funcional o estética, la mastectomía reductora, mastectomía contralateral compensatoria posterior a tratamiento quirúrgico, mastectomía radical bilateral profiláctica y mastectomía por ginecomastia

**25.** Exámenes y/u hospitalizaciones para chequeos ejecutivos y exámenes para certificados médicos y exámenes ocupacionales.

**26.** Cualquier tratamiento, gastos, procedimientos, suministros o atenciones que tengan por fin curar una enfermedad o una lesión que no se encuentre amparada bajo el presente contrato y sus anexos.

**27.** Hospitalización para tratamientos que no requieran de hospitalización, o que no se encuentren solicitados por médico adscrito, o se trate de extensiones hospitalarias en que se haya incurrido por voluntad del usuario.

**28.** Cualquier lesión o enfermedad causada por la participación en sedición, rebelión, duelos, peleas, tumultos, riña, huelga, asonada, motín, revolución, secuestro, terrorismo, comisión de delitos, daños ocasionados por artefactos explosivos, conmoción civil, guerra declarada o no declarada, y en general por la violación de las normas legales vigentes, o en la prestación del servicio militar.

**29.** Cualquier lesión o enfermedad causada como consecuencia de catástrofe, derrumbes, erupciones volcánicas, temblores de tierra, inundaciones o cualquier otro fenómeno de la naturaleza o pruebas nucleares, lesiones inmediatas o tardías causadas por fusión o fisión nuclear.

**30.** Enfermedades declaradas como epidémicas por las autoridades competentes.

**31.** Enfermedades y/o accidentes provenientes o causados por el uso, consumo, abuso o bajo los efectos de estupefacientes, alcohol y/o automedicación de fármacos, así como el tratamiento, seguimiento y/o la atención de las secuelas derivadas de estos

**32.** Tratamientos (incluida la rehabilitación) por farmacodependencia, drogadicción o alcoholismo, afectado o no por componente orgánico o psiquiátrico desencadenante.

**33.** Enfermedades o lesiones causadas por la utilización de prácticas curativas no autorizadas, aunque las mismas no estén contempladas dentro de las exclusiones o se hayan manifestado con posterioridad a la fecha de su vinculación como USUARIO y siempre que SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A., no haya dado autorización expresa para su utilización.

**34.** Intento de suicidio y lesiones que se hubiere causado voluntariamente el usuario, así como el tratamiento

derivado de estas, o las provocadas encontrándose en estado de enajenación mental, temporal o permanente, incluyendo las complicaciones derivadas del no cumplimiento de las normas de autocuidado de la salud y/o de las recomendaciones del médico tratante

**35.** Enfermedades, secuelas o complicaciones originadas de tratamientos médicos o quirúrgicos, estéticos, realizados por voluntad del usuario y no cubiertos por SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.

**36.** Enfermedades profesionales y lesiones causadas en accidentes de trabajo y en general cualquier atención o servicio por el cual el usuario tenga que asumir costo alguno frente a terceros.

**37.** Cama hospitalaria domiciliaria, colchón anti escaras, sillas eléctricas para: desplazamiento en servicios, consulta médica domiciliaria, paciente terminal, hospitalización en casa, o en cualquier otro servicio ambulatorio.

**38.** Consecución de sangre, plasma y sus derivados.

**39.** Suministro de medicamentos para quimioterapia en patologías diferentes al cáncer empleadas tanto en ámbito ambulatorio como hospitalario, así como tampoco medicamentos inmunomoduladores tanto ambulatorios como hospitalarios, excepto en el manejo de cáncer intrahospitalario.

**40.** Cirugía estereotáxica, radiocirugía, gamma knife, x-knife, radioterapia, IGRT e IMRT.

**41.** Enfermedades raras o huérfanas. Así mismo, SE EXCLUYEN los tratamientos orientados al feto y estudios para detección o confirmación de anomalías congénitas.

**42.** Cirugía láser como tratamiento de la fertilidad, la cirugía refractiva con cualquier tipo de láser, láser vascular para hemangioma, así como también todas aquellas cirugías con láser que sean consideradas de carácter estético o cosmético.

**43.** Cirugías estéticas y sus complicaciones, así como los exámenes de diagnóstico y seguimiento a las mismas, cirugías que no contribuyen a recuperar la funcionalidad de un órgano o tejido; y en todo caso, independiente del diagnóstico SE EXCLUYEN: la simpatomía como tratamiento de hiperhidrosis, la cirugía refractiva, elevación de cejas, la blefaroplastia de párpado superior e inferior o la blefaroplastia estética del párpado superior cuando no comprometa el campo visual, la rinoplastia o septo-rinoplastia estética, lipectomías, dermo-lipectomía, liposucción de cualquier área posteriores a tratamiento de obesidad tratamientos para trastornos del sueño, incluida curas de sueño, de reposo o similares, uvulopalato-faringoplastia, cirugía de ronquido, y/o somnoplastia.

**44.** Estudios o exámenes complementarios y tratamientos médicos y/o quirúrgicos de fertilidad o infertilidad, fertilización o esterilización femenina o masculina, inseminación artificial, infertilidad primaria, fecundación artificial o in-vitro, obtención de óvulo donante, planificación familiar, recanalización de trompas de falopio,



vasovasostomía o recanalización del conducto deferente, tratamientos de regulación, así como sus consecuencias, impotencia salvo lo estipulado en las coberturas del presente contrato.

**45.** SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD: no se obliga a cubrir mapeo y ablación con técnica carto, así como tampoco el aislamiento de venas pulmonares.

**46.** Tratamientos médicos o quirúrgicos para el adelgazamiento, el manejo del sobrepeso (IMC superior a 25), o la obesidad que existan a la fecha de iniciación del contrato o que lleguen a desarrollarse en el futuro, con fines terapéuticos, reconstructivos, funcionales y/o estéticos, derivados o no de las coberturas del contrato tales como: lipectomías, dermo-lipectomía, liposucción, resección de delantal dérmico de cualquier área. De igual manera, SE EXCLUYE el balón intragástrico y cualquier otro procedimiento que no se encuentre expresamente contemplado en las coberturas. En todo caso, no se dará cobertura a una segunda cirugía bariátrica, a un usuario a quien ya le fue realizada una de estas cirugías para el manejo de obesidad, haya sido o no autorizada y/o cubierta por Servicio Occidental de Salud en una oportunidad anterior.

**47.** Enfermedades pre-existentes a la incorporación contractual de los usuarios. EL CONTRATANTE está obligado a manifestar si los usuarios, en cuyo favor estipula, han padecido lesiones o enfermedades recidivantes y/o crónicas que requieran estudios, investigaciones o tratamientos clínicos, quirúrgicos o de rehabilitación basado en medicamentos u otros agentes externos. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD, se reserva el derecho de negar la admisión del grupo familiar, del usuario o de la persona con la pre-existencia, o de admitirla con la consiguiente cláusula de exención de servicios para dichas enfermedades o lesiones y todas las enfermedades y complicaciones que puedan derivarse de las mismas.

**48.** Procedimientos, tratamientos experimentales o investigativos, o estudios no reconocidos, ni homologados o no avalados o aceptados por las asociaciones médico-científicas del país, así como tratamientos que se encuentren en fase experimental o tratamientos médicos realizados en establecimientos no autorizados o habilitados por el Ministerio de Salud y la Protección Social.

**49.** Habitación tipo suite.

**50.** SE EXCLUYEN los costos derivados del cuidado o tratamiento dado a un usuario por parte de un miembro de su familia.

**51.** Cama de acompañante

**52.** SE EXCLUYEN los traslados de acompañantes, así como el hospedaje de estos y los demás gastos del acompañante cuando el usuario requiera manejo, tratamiento o internación médica o quirúrgica en una ciudad diferente a la de su residencia.

**53.** Cirugía y gastos del donante, consecución de órganos para trasplante, trasplante de corazón, trasplante de

médula ósea, trasplante de hígado, trasplante de intestino, trasplante de útero y cualquier otro trasplante que no se encuentre expresamente mencionado en las coberturas.

**54.** Aditamentos o componentes no relacionados, directa y exclusivamente, con el manejo médico-farmacológico del paciente, tales como bragueros, lentes de contacto, lentes para anteojos, aparatos o equipos ortopédicos, córneas, pañales, leche en polvo, fórmulas nutricionales, implementos de uso personal, llamadas de larga distancia, comidas extra, biberones, servicios de cafetería, implementos de aseo como jabones, cremas dentales, toallas sanitarias.

**55.** SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A., no se obliga a cubrir curaciones ambulatorias domiciliarias, ni insumos médicoquirúrgicos, ni bolsas de colostomía, ni galletas de colostomía, ni apósitos, gasas, vendajes, algodones, guantes, jeringas, pastas granújenas, cremas medicadas, fórmulas magistrales, soluciones o líquidos, sondas, cistoflo, esparadrapos, cintas de cualquier tipo, drenes, tapabocas, ni ningún otro insumo, que no se encuentre relacionado en las coberturas.

**56.** Medicamentos o productos suministrados intrahospitalariamente cuyo uso no se encuentre debidamente autorizado, o cuyo registro INVIMA se haya otorgado para un manejo diferente para el cual esté empleándose, o medicamentos en fase experimental, o que hayan sido ingresados al país en forma ilegal.

**57.** Todos aquellos medicamentos genéricos o comerciales y fórmulas magistrales suministrados en ámbito ambulatorio que no se encuentren expresamente contemplados en las coberturas del presente contrato.

**58.** Tratamientos con medicamentos fitoterapéuticos, botox, biológicos, hormona de crecimiento, homeopáticos y otros con fines antienvjecimiento.

**59.** Hospitalización médica o quirúrgica para tratamientos que puedan realizarse de manera ambulatoria, excepto cuando se tiene la indicación y justificación del médico tratante. Cualquier cargo o gasto por servicios que no son médicamente necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión corporal.

**60.** Transporte en ambulancia terrestre fuera del perímetro urbano, y ambulancia aérea.

**61.** Pruebas, vacunas y tratamientos antialérgicos.

**62.** Tratamiento para el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), secuelas y complicaciones.