

Coberturas del Servicio Programa Oro Prime Empresarial Año 2026

| Servicio Cubierto | Cobertura Máxima | Periodo de Carencia |
|--|--|---|
| Consulta Externa | | |
| Promoción y prevención de la salud | Ilimitada | A partir del primer día |
| Consulta de medicina general | Ilimitada | A partir del primer día |
| Consulta de medicina general domiciliaria | Ilimitada | A partir del primer día |
| Consulta de medicina especializada | Ilimitada | A partir del primer día |
| Consulta de medicina alternativa | Ilimitada | A partir del primer día |
| Consulta de psicología | Ilimitada | A partir del primer día |
| Consulta de optometría | Ilimitada | A partir del primer día |
| Consulta de nutrición | Ilimitada | A partir del primer día |
| Servicios de Odontología | | |
| Control preventivo de salud oral | Incluye consulta odontológica, profilaxis y control de placa, detartraje y flúor, dos (2) veces al año usuario/año/contrato | A partir del primer día |
| Atención de urgencias odontológicas | Ilimitada | A partir del primer día |
| Medicina Terapéutica | | |
| Terapia física | Ilimitada | A partir del primer día |
| Terapia respiratoria | Ilimitada | A partir del primer día |
| Terapia del lenguaje | Ilimitada | A partir del primer día |
| Terapia ocupacional | Ilimitada | A partir del primer día |
| Terapia ortóptica y foniatría | Ilimitada | A partir del primer día |
| Puvaterapia | Ilimitada | A partir del primer día |
| Rehabilitación cardíaca | Ilimitada | A partir del primer día |
| Rehabilitación pulmonar | Ilimitada | A partir del primer día |
| Terapia física y respiratoria domiciliaria | Ilimitada | A partir del primer día |
| Terapia esclerosante | Hasta 30 sesiones usuario/año/contrato | A partir del primer día |
| Psicoterapia por psicología | Ilimitada | A partir del primer día |
| Psicoterapia por psiquiatría | Ilimitada | A partir del primer día |
| Exámenes Diagnósticos | | |
| Laboratorio e imagenología simple | Ilimitada para laboratorio clínico, anatomía patológica, rayos x simples, ecografías y electrocardiograma | A partir del primer día |
| Exámenes especializados de diagnóstico y procedimientos diagnósticos complejos | Ilimitada para examen de electrodiagnóstico, ecocardiogramas, densitometrías, mamografías, estudios de medicina nuclear, escanografías, pruebas audiológicas, estudios radiológicos (incluido el medio de contraste), endoscopias, estudios vasculares complejos, estudios hemodinámicos, cateterismos cardíacos, estudios electrofisiológicos, resonancia nuclear magnética, laparoscopia y artroscopia | A partir del primer día del mes 4 |
| Urgencias, Hospitalización y Cirugía | | |
| Atención de urgencias | Ilimitada | A partir del primer día |
| Ayudas diagnósticas intrahospitalarias derivadas de una urgencia | Ilimitada | A partir del primer día |
| Hospitalización tratamiento médico/quirúrgico por urgencia | Ilimitada | A partir del primer día |
| Hospitalización tratamiento médico/quirúrgico programado | Ilimitada | A partir del primer día del mes 4 |
| Procedimientos quirúrgicos ambulatorios y procedimientos no quirúrgicos ambulatorios | Ilimitada | A partir del primer día del mes 4 |
| Cirugía bariátrica | Una (1) vez por usuario/vigencia/contrato Sujeto a pertinencia médica | A partir del primer día del mes 13 |
| Servicios de cuidados intensivos o cuidados intermedios | Estado reversible ilimitada Estado irreversible hasta 60 días usuario/año/contrato | A partir del primer día del mes 4 |
| Hospitalización en estado de coma | Estado reversible ilimitada Estado irreversible hasta 60 días usuario/año/contrato | A partir del primer día del mes 4 |
| Muerte encefálica | Hasta dos (2) días usuario/año/contrato | A partir del primer día del mes 4 |
| Atención hospitalaria domiciliaria | Ilimitado servicio sujeto a pertinencia médica | A partir del primer día |
| Oxígeno domiciliario post-hospitalario y ambulatorio | Ilimitada | A partir del primer día |
| Hospitalización psiquiátrica | Hasta 45 días por usuario/año/contrato | Hospitalización derivada de urgencias: A partir del primer día Hospitalización programada: A partir del primer día del mes 4 |

| Servicio Cubierto | Coberturas Máximas | Periodo de Carencia |
|--|--|---|
| Otras Coberturas en Hospitalización y Cirugía | | |
| Cama de acompañante | Ilimitada para usuarios menores de 12 años y usuarios mayores de 64 años y sujeto a pertinencia médica | A partir del primer día |
| Enfermera acompañante | Hasta tres (3) días para pacientes menores de 12 años y mayores de 64 años y sujeto a pertinencia médica | A partir del primer día |
| Transfusiones de sangre o sus derivados | Ilimitada, incluye el procedimiento (no cubre la consecución) | A partir del primer día |
| Material de osteosíntesis | Ilimitada | De acuerdo con el periodo de carencia del procedimiento quirúrgico |
| Prótesis y stent | Prótesis de cadera, rodilla y hombro hasta nueve (9) SMMLV usuario/año/contrato Stent coronario medicado y no medicado ilimitado | A partir del primer día del mes 37 |
| Enfermedades de Alto Costo | | |
| Cobertura del cáncer | Ilimitado para consultas, exámenes de radiología convencional y laboratorio clínico | A partir del primer día |
| | Ilimitado para gastos clínicos, derechos de sala y honorarios médicos en todos los ciclos necesarios para el tratamiento ambulatorio u hospitalario en quimioterapia, braquiterapia, cobaltoterapia y radioterapia | A partir del primer día del mes 7 |
| Tratamiento ambulatorio para VIH+/SIDA | Ilimitada para exámenes y procedimientos ambulatorios relacionados con el VIH+/SIDA | A partir del primer día |
| Tratamiento hospitalario para el SIDA y sus complicaciones | Ilimitada para el valor de los tratamientos médico - hospitalarios y quirúrgicos para esta patología y sus complicaciones no generadas por el uso de medicamentos | A partir del primer día del mes 4 |
| Trasplante de órganos | Ilimitada para todos los trasplantes científicamente aprobados por las asociaciones médicas reconocidas en el país. No incluye los gastos del donante ni la consecución del órgano | A partir del primer día del mes 4 |
| Diálisis | Ilimitada en casos reversibles | A partir del primer día |
| Maternidad y Recién Nacido | | |
| Maternidad (usuarias con derecho a la maternidad) | Hasta dos (2) ecografías de nivel II, una (1) ecografía del nivel III, una (1) ecografía obstétrica de detalle en tercera dimensión y ecografías ilimitadas en embarazos de alto riesgo según pertinencia médica | A partir del primer día del mes 2 |
| | Parto o cesárea (analgesia obstétrica o epidural) | |
| Bebé en gestación | Aplica para solicitudes de afiliación a partir de la semana 22 a la semana 28 con cobro a partir de la afiliación, sujeto a auditoría médica de ingreso | No aplica |
| Recién nacido, atención neonatal | Los primeros 30 días del periodo neonatal, atención intrahospitalaria no quirúrgica al recién nacido | A partir del primer día del recién nacido |
| Trastornos congénitos y genéticos | Ilimitada aplica en usuarios que hayan ingresado como bebé en gestación | A partir del primer día |
| Cobertura Otros Servicios | | |
| Servicio de traslado terrestre en ambulancia | Ilimitada en el número de eventos hasta el 50% de un (1) SMMLV por usuario/evento/contrato, dentro del perímetro urbano de la ciudad al centro asistencial y viceversa, bajo la modalidad de reembolso | A partir del primer día |
| Lesiones ocasionadas por deportes de alto riesgo | Ilimitada | Hospitalización derivada de urgencias: A partir del primer día Hospitalización programada: A partir del primer día del mes 4 |
| Intoxicaciones agudas | Ilimitada | A partir del primer día |
| Medicamentos post hospitalarios | Hasta por 15 días post hospitalización o post cirugía, hasta 2.75 SMMLV por usuario/año/contrato. Por mecanismo de reembolso | A partir del primer día |
| Exención de pago por fallecimiento del contratante | Hasta el 100% del valor de la cuota mes de los beneficiarios activos en el contrato. Aplica a partir del mes siguiente al deceso hasta la renovación del contrato. Aplica para cabeza de familia | Antigüedad de 6 meses en el contrato |
| Asistencia en viaje (urgencias en el exterior) | Urgencias a través de operador internacional según condiciones de negociación | A partir del primer día |
| Auxilio funerario / seguro de vida | A través de operador bajo modalidad de reembolso y según condiciones de negociación | No Aplica |
| Vacunas | Sin límite de edad, hasta un (1) SMMLV usuario/año/contrato por modalidad de reembolso | A partir del primer día del mes 6 |
| Reembolsos (previa autorización de auditoría médica) | Igual o superior al 10% de un (1) SMMLV conforme a las coberturas del servicio y a las tarifas de COOMEVA MP S.A. | De acuerdo con el periodo de carencia del servicio |