



Planes de Atención Complementaria

**CONTRATO DE PRESTACIÓN
DE SERVICIOS PLAN T-CUIDA
COLSUBSIDIO**

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PLAN T-CUIDA COLSUBSIDIO

CAPÍTULO I. PARTES, OBJETO Y DEFINICIONES.

CLÁUSULA PRIMERA - PARTES DEL CONTRATO.

Entre **EPS FAMISANAR S.A.S.**, sociedad domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C., autorizada como Entidad Promotora de Salud mediante Resolución Número 0509 de 25 de Julio de 1995, expedida por la Superintendencia de Salud, quien en adelante se denominará **FAMISANAR**, y por otra el **CONTRATANTE**, definido e identificado como aparece en el formato denominado carátula del contrato Cód. VBP2-04-F01, se ha celebrado el presente contrato de Prestación de Servicios de salud del **PLAN T – CUIDA COLSUBSIDIO**.

PARAGRAFO ÚNICO. EL **CONTRATANTE** y los usuarios del **PLAN T- CUIDA COLSUBSIDIO**, deberán ser afiliados al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de **FAMISANAR**, con IPS primaria COLSUBSIDIO; así mismo, deberán tener afiliación activa a la Caja de Compensación **COLSUBSIDIO**.

CLÁUSULA SEGUNDA - OBJETO DEL CONTRATO.

FAMISANAR se compromete con el **CONTRATANTE** y los **USUARIOS**, a la prestación de servicios de salud complementarios no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), en condiciones alternativas de comodidad y hotelería.

CLÁUSULA TERCERA - DEFINICIONES.

Para la correcta interpretación y ejecución del presente contrato, las partes adoptan las siguientes definiciones:

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Plan de Beneficios en Salud (PBS): Es el conjunto de tecnologías en salud a que tienen derecho los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud definido conforme a la normativa vigente, el cual será modificado y tendrá el alcance que se determine en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social en desarrollo de lo establecido en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015. - Resolución 2292 de 2021.

Beneficiario: Afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que depende económicamente de un cotizante.

Cotizante: Persona afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que responde económicamente por sí mismo y por su grupo familiar.

Copago: Pago que aplicará exclusivamente a los afiliados en calidad de beneficiarios del Plan de Beneficios en Salud (PBS) Acuerdo 260 del 2004, este pago corresponde a una parte del valor del servicio demandado y tiene como finalidad ayudar a financiar el sistema. Están sujetos los servicios de segundo y tercer nivel de complejidad. Los niveles se encuentran establecidos de la siguiente manera: I Nivel: Medicina general. II Nivel: Medicina especializada. III Nivel: Hospitalización y cirugía. IV Nivel: Enfermedades de alto costo (catastróficas).

Prestadores de Servicios de Salud: Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud, los profesionales independientes de salud y el transporte especial de pacientes, que estén inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud -REPS y cuenten con servicios habilitados. Esto no incluye a las entidades con objeto social diferente, teniendo en cuenta que sus servicios no se financian con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS.

Pertinencia: Demanda de servicios en salud definidos por los médicos autorizados por **FAMISANAR** requeridos para asegurar el buen desenlace en salud de los usuarios, según cobertura de servicios del presente contrato. (numeral 4 del artículo 2.5.1.2.1 del Decreto único reglamentario 780 de 2016).

PAI: Punto de Autorización e Información diseñado para los usuarios a FAMISANAR.

Medicamento: Preparado farmacéutico obtenido a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares, presentado bajo forma farmacéutica que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación de la enfermedad. La cobertura de medicamentos serán los definidos por la norma a través del SGSSS a través del PBS y por el NO PBS según orden médica.

Accidente de Tránsito: Es todo evento generado por un vehículo en movimiento que causa daños a personas y bienes involucrados. Cubierto por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), establecido por Ley con un fin netamente social; el objetivo de este seguro es asegurar la atención, de manera inmediata e incondicional, de las víctimas de accidentes de tránsito que sufren lesiones corporales y muerte. Una vez finalice la cobertura SOAT, FAMISANAR como asegurador del usuario realiza la cobertura por excedente hasta lo que defina la normatividad vigente a través del PBS.

Atención de urgencias: Modalidad de prestación de servicios de salud, que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad. (Resolución 5269 de 2017), la cobertura de este servicio para los usuarios al **Plan T- CUIDA COLSUBSIDIO** será a través de las coberturas de PBS.

Atención hospitalaria: Es el ingreso a una institución de la red hospitalaria para recibir tratamiento médico y/o quirúrgico con una duración superior a veinticuatro (24) horas. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria, la cobertura de este servicio para los usuarios al **Plan T-CUIDA COLSUBSIDIO** será a través de las coberturas de PBS.

Atención domiciliaria: Modalidad de prestación de servicios de salud extrahospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud en el domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares del área de la salud (Resolución 2292 de 2021)

Atención ambulatoria: Modalidad de prestación de servicios de salud, en la cual todos los procedimientos, procesos y actividades en salud se realizan sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente. Esta modalidad incluye la consulta por cualquier profesional de la salud, competente y debidamente acreditado que permite la definición de un diagnóstico y conducta terapéutica para el mantenimiento o mejoramiento de la salud del paciente (Resolución 2292 de 2021)

PAC: Plan de Atención Complementaria.

Cobertura: Son los servicios que se encuentran incluidos en este contrato y que serán prestados por FAMISANAR a través de la red de Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y profesionales adscritos.

Comprobación de derechos: Consiste en la acreditación y validación de vinculación de los usuarios al **Plan T – CUIDA COLSUBSIDIO**, para ello deberán presentar el documento de identificación.

Contratante: Es la persona natural que de forma libre y espontánea celebra el presente contrato para el beneficio de sí misma y de las personas que desee vincular.

Contrato Colectivo: Para efectos del presente contrato se considerará contrato colectivo aquel que asocie como mínimo a 10 usuarios y que se celebra a través de una persona jurídica que busca beneficiar a un grupo de personas con quienes mantiene vínculo de subordinación laboral o relación legal o reglamentaria.

Contrato Familiar: Es el que celebra una persona natural para beneficio de quienes vincula como usuarios de los servicios contemplados en el presente contrato.

Línea amable: Línea telefónica de orientación en salud para los usuarios al presente contrato, con un servicio de atención las 24 horas del día los 7 días de la semana.

Directorio médico: Base de datos que contiene la Información de contacto de los profesionales e IPS adscritas a **FAMISANAR**, que prestarán los servicios de atención en salud a los usuarios del **Plan T – CUIDA COLSUBSIDIO**. El directorio será publicado y actualizado a través de la página web www.famisanar.com.co

Fecha de solicitud: Fecha en la cual el usuario potencial presenta ante **FAMISANAR** la solicitud de inscripción debidamente diligenciada con la documentación completa requerida para su vinculación, por medio de la cual manifiesta su intención de contratar los servicios del **Plan T – CUIDA COLSUBSIDIO**.

Fecha de aceptación: Fecha en la cual **FAMISANAR** le informa al usuario que ha sido aceptada su Solicitud de Inscripción al **Plan T – CUIDA COLSUBSIDIO**.

Fecha de contratación: Fecha en la cual se firma o suscribe el presente contrato.

Fecha de inicio de vigencia: Fecha en la cual un usuario incluido en el presente contrato empieza a tener derecho a los servicios que aquí se contemplan.

Exclusiones: Es el conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos, servicios, tratamientos, medicamentos y otras tecnologías medicas que no estén incluidos en la cobertura de los servicios de salud detallados en el presente contrato.

Orientación en Salud: Servicio al cual accede el usuario con el fin de ser atendido por personal en salud para recibir indicaciones con relación al estado de salud.

Pago moderador: Es la suma de dinero que debe sufragar el usuario del **Plan T-CUIDA COLSUBSIDIO**, en forma adicional al valor del contrato, para el uso de algunos servicios.

Consulta médica: Es la valoración y orientación en salud brindada por el médico tratante, bajo los principios de ética médica y según disposiciones de práctica clínica vigentes en el país, comprende anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, análisis, definición de impresión diagnóstica y plan de tratamiento (Resolución 2481 de2020)

Interconsulta: Solicitud expedida por el profesional de la salud a otros profesionales de la salud con el fin que emitan juicios, orientaciones y recomendaciones técnico-científicas sobre la conducta a seguir con el paciente.

Periodo de carencia: Es el tiempo ininterrumpido mínimo que debe permanecer vigente la vinculación de un usuario para tener derecho a la cobertura de ciertos servicios de acuerdo con las condiciones descritas en el presente contrato. Los periodos de carencia se contabilizan de acuerdo con la fecha de inicio de vigencia de este.

CLÁUSULA CUARTA - COBERTURAS.

A PARTIR DEL PRIMER DÍA DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE CADA USUARIO:

Consulta medicina especializada: Servicio de cobertura ambulatoria de acceso directo para consulta de primera vez y control para las atenciones médicas de Medicina Interna, Medicina Familiar, Pediatría hasta los 18 años, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia, Urología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Dermatología, Cirugía General y Medicina Alternativa, en la red contratada para el **PlanT – CUIDA COLSUBSIDIO**.

Consultas paramédicas: Cobertura ambulatoria de acceso directo para consulta de primera vez y control para las atenciones de Nutrición, Psicología y Optometría, en la red contratada para la atención del **Plan T – CUIDACOLSUBSIDIO**.

Orientación en salud: servicio 24 horas de acceso directo vía telefónica prestado por personal de la salud que realizará valoración sobre el estado de salud del usuario que permitirá determinar la conducta a seguir (remisión a urgencias, ambulancia o atención médica a domicilio)

Consulta médica domiciliaria: Servicio derivado de la orientación en salud, que se presta a través de un médico general en el lugar de domicilio del usuario en las ciudades de cobertura del **Plan T – CUIDA COLSUBSIDIO** dentro del perímetro urbano. El tiempo de la atención estará sujeto al tipo de urgencia y disponibilidad del servicio que se puede ver afectado por la demanda de los servicios y/o por situaciones de movilidad de la zona. El servicio de atención domiciliaria incluye el suministro y la aplicación de medicamentos vía endovenosa e intramuscular de acuerdo con pertinencia médica durante el acto médico. Únicamente tendrán cobertura, los principios activos detallados en “Lista De Medicamentos que se aplican en visita domiciliaria”

A PARTIR DEL PRIMER DÍA DEL CUARTO MES de permanencia ininterrumpida de cada usuario, permanencia contada desde la fecha de inicio de vigencia del presente contrato, tendrá derecho al siguiente servicio:

Habitación Individual: Servicio de cobertura hospitalaria en habitación estándar sujeto a disponibilidad en la institución hospitalaria que se puede ver afectado por temas de pandemia (vigente o declarada) y demás factores ajenos a **FAMISANAR**, en la red contratada para el **Plan T-CUIDA COLSUBSIDIO**.

CLÁUSULA QUINTA - TOPES y PERIODOS DE CARENCIA

A continuación, se detallan los topes y periodos de carencia que aplican para cada uno de los servicios cubiertos por el presente contrato:

SERVICIO	TOPE	PERIODO DE CARENCIA	CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO
Medicina Interna Medicina Familiar Pediatría hasta los 18 años Cirugía General Ginecología Ortopedia Urología Oftalmología Otorrinolaringología Dermatología Medicina Alternativa Nutrición Optometría Psicología	12 consultas para cada especialidad por usuario año contrato, no acumulable	No aplica	Cobertura desde el 1er día de inicio de vigencia de cada usuario, servicio de acceso directo, atención ambulatoria, no requiere de remisión.

COBERTURA DEL SERVICIO	TOPE	PERIODO DE CARENCIA	OBSERVACIONES
Habitación individual tipo estándar	120 días por usuario año contrato no acumulable	A partir del 1er día del 4to mes	Según disponibilidad en la red contratada para el Plan T - Cuida Colsubsidio

SERVICIO	TOPE	PERIODO DE CARENCIA	CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO
Orientación Telefónica en Salud	No aplica	No aplica	Línea Amable PAC, en Bogotá al 3078085 y a nivel nacional al 018000 127363
Consulta Médico Domiciliaria por Médico general	12 consultas por usuario año contrato, no acumulable	No aplica	Cobertura de acuerdo con perímetro urbano en las ciudades de cobertura del Plan TCUIDA COLSUBSIDIO Acceso a través de la Línea Amable PAC, en Bogotá al 307 8085 y a nivel nacional al 018000 127363
Aplicación y suministro de medicamentos vía endovenosa e intramuscular durante visita médica domiciliaria	No aplica	No aplica	De acuerdo con pertinencia médica

La lista de medicamentos que se aplican en visita domiciliaria:

No.	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA
1	DICLOFENACO SÓDICO	75 mg/3 mL	Solución inyectable
2	DIPIRONA	40 - 50 %	Solución inyectable
3	HIDROXICINA	100 mg/2 mL	Solución inyectable
4	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO)	10 mg/2 mL de base	Solución inyectable
5	DEXAMETASONA (ACETATO)	8 mg/mL de base	Suspensión inyectable
6	DEXAMETASONA (FOSFATO)	4 mg/mL de base	Solución inyectable
7	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO	20 mg/MI	Solución inyectable
8	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO + DIPIRONA	(0,020 + 2,5) g/5 mL	Solución inyectable

CAPÍTULO III. TARIFAS Y PAGOS

CLÁUSULA SEXTA - VALOR Y FORMA DE PAGO.

El valor del presente contrato será el resultado de aplicar la suma de las tarifas asociadas a cada usuario incluido, acorde con su edad.

EI CONTRATANTE se obliga para con **FAMISANAR** a pagar en forma anticipada al inicio de vigencia del contrato, la tarifa mensual correspondiente de acuerdo, con el número de usuarios que se incluyan.

EI CONTRATANTE será responsable frente a **FAMISANAR** por el pago total del contrato o de las cuotas de este. En caso de inclusión o exclusión de usuarios se modificará el valor de este contrato.

Las tarifas por usuario tendrán un incremento anual y serán reajustadas en la fecha de renovación del presente contrato acorde a la fecha de inicio de vigencia, **FAMISANAR** se obliga a informar al **CONTRATANTE** mediante comunicación escrita que contenga las nuevas tarifas con no menos de treinta (30) días de antelación a la fecha señalada. El simple hecho del pago del nuevo precio se tendrá como manifestación inequívoca de la voluntad de permanecer en el contrato.

CLÁUSULA SÉPTIMA - PAGO MODERADOR.

Los siguientes servicios incluidos en el **Plan T – CUIDA COLSUBSIDIO**, están sujetos al cobro de pago moderadores:

ESPECIALIDADES MÉDICAS Y PARAMÉDICAS

SERVICIOS	PAGOS MODERADORES
Medicina Interna	1 pago moderador por cada consulta médica
Medicina Familiar	
Pediatría	
Cirugía General	
Ginecología	
Ortopedia	
Urología	
Oftalmología	
Otorrinolaringología	
Dermatología	
Medicina Alternativa	
Nutrición	
Optometría	
Psicología	

HABITACIÓN UNIPERSONAL

SERVICIOS	PAGOS MODERADORES
Habitación Unipersonal tipo estándar	2 pagos moderadores por cada evento

ATENCIÓN DOMICILIARIA

SERVICIOS	PAGOS MODERADORES
Orientación Telefónica en Salud	No tiene cobro
Visita Médico Domiciliaria	2 pagos moderadores por cada evento

FAMISANAR informará al **CONTRATANTE** en el momento del proceso comercial y de venta, los valores de los pagos moderadores del **Plan T- CUIDA COLSUBSIDIO** y asegurará su publicación actualizada a través de su página web www.famisanar.com.co. En cuanto a los ajustes y/o incrementos que se realicen sobre el valor de los pagos moderadores, deberán informarse con oportunidad al **CONTRATANTE** acorde con lo establecido por norma definida por la Superintendencia Nacional de Salud frente al tema.

El presente contrato, no exime al usuario del pago de cuotas moderadoras y copagos asociados de los servicios de cobertura del Plan de Beneficios en Salud (PBS) y No PBS según lo definido por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

CLÁUSULA OCTAVA – USUARIOS

Podrán adquirir el **Plan T-CUIDA COLSUBSIDIO**, y por lo tanto ser usuarios de este, los cotizantes o beneficiarios al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud de **EPS FAMISANAR**, de acuerdo con lo establecido en el inciso primero del Artículo 2.2.4.4 del Decreto 780 de 2016 y demás normas que lo aclaren modifiquen o sustituyan y ser usuarios activos a la Caja de Compensación Familiar **COLSUBSIDIO**.

El **CONTRATANTE** podrá afiliar los siguientes usuarios elegibles para hacer parte del contrato, así:

Para el **CONTRATANTE SOLTERO(A)** su grupo familiar básico compuesto por el mismo contratante, padres sin límite de edad y los hijos hasta los veinticuatro (24) años más 364 días.

Para el **CONTRATANTE CASADO (A) o con COMPAÑERO (A) PERMANENTE** su grupo familiar básico compuesto por el mismo contratante, cónyuge o compañero (a) permanente, Hijos del contratante o aportados a la relación hasta los veinticuatro (24) años más 364 días.

Para el **CONTRATANTE SOLTERO, CASADO O QUE TENGA COMPAÑERO (A) PERMANENTE** podrá vincular grupo adicional hasta el tercer grado de consanguinidad y/o hasta tercer grado de afinidad, así:

Consanguinidad

- Primer grado de consanguinidad: Padres e hijos Los hijos menores de veinticinco (25) años y los hijos del cónyuge o compañera o compañero permanente
- Segundo grado de consanguinidad: Hermanos, abuelos y nietos.
- Tercer grado de consanguinidad: tíos, sobrinos, bisabuelos/as y bisnietos.

Afinidad

- Primer grado de afinidad: cónyuge, suegros, cónyuges de mis hijos, cónyuge de mis padres no es mi madre, cónyuge de mi madre si no es mi padre.
- Segundo grado de afinidad: Cónyuges de mis hermanos/as, abuelos/as de mi cónyuge, cónyuges de mis nietos/as, mis hermanastros/as (entendiendo como hermanastro/al hijo/a del cónyuge de mi padre/madre con el que no comparto ningún lazo de sangre)
- Tercer grado de afinidad: Cónyuges de mis tíos/as (cónyuges de los hermanos/as de mis padres), cónyuges de mis sobrinos/as, Tíos de mi cónyuge y sus cónyuges, Sobrinos de mi cónyuge y sus cónyuges.

PARÁGRAFO. El diligenciamiento de la “Solicitud de inscripción al Plan de Atención Complementaria PAC” y la radicación ante **FAMISANAR**, no obliga a la aceptación de esta. **FAMISANAR** podrá reservarse el derecho de aceptación o rechazo de la inscripción de los usuarios al **Plan T-CUIDA COLSUBSIDIO**.

CLÁUSULA NOVENA - HISTORIA CLÍNICA DEL USUARIO.

El **CONTRATANTE** en nombre y representación de los usuarios menores de edad y los usuarios mayores de edad por el hecho de aceptar su inclusión en este contrato, autoriza expresamente a **FAMISANAR**, solamente para tratamientos médicos por la reserva constitucional y los casos previstos en la Ley permitir el acceso a la información consignada en su historia clínica y se obliga a suministrarla cuando así lo solicite **FAMISANAR**. De igual forma autoriza a los profesionales de la salud, instituciones y similares que posean datos sobre su salud a suministrar dicha información a **FAMISANAR**, solamente, para tratamientos médicos por la reserva constitucional y los casos previstos en la Ley.

CLÁUSULA DÉCIMA - INCLUSIÓN DE USUARIOS.

Las personas que desee vincular el **CONTRATANTE** deberán ser habitantes de las ciudades de cobertura **Plan T-CUIDA COLSUBSIDIO**, usuarios al Régimen Contributivo de **FAMISANAR**, a la IPS **COLSUBSIDIO** y a la Caja de Compensación Familiar **COLSUBSIDIO**. Adicionalmente, deberán diligenciar el formato "Solicitud de inscripción al Plan de Atención Complementaria PAC" y adjuntar la documentación completa requerida para cada usuario. **FAMISANAR** podrá aceptar o rechazar la solicitud de inclusión previa validación de estado activo en el sistema de **FAMISANAR**.

Si la solicitud es aceptada, deberá suscribirse el correspondiente contrato por las partes y la fecha de inicio de vigencia de los usuarios corresponderá a lo que determine **FAMISANAR** según su calendario de vigencias. El inicio de la vigencia de los usuarios que se incluyan se producirá en un término máximo de treinta (30) días calendario, contados a partir del cumplimiento de todos los requisitos definidos en el párrafo anterior previstos en el presente contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA - EXCLUSIÓN DE USUARIOS.

Cuando por cualquier motivo el **CONTRATANTE** desee solicitar la exclusión de uno o más de los usuarios que hagan parte del presente contrato, deberá comunicarlo por escrito, mediante carta o formato de novedad y radicar en las oficinas de atención de **FAMISANAR**, las cuales podrá consultar a través de <https://www.famisanar.com.co/oficinas-plan-complementario/>. Esta solicitud, deberá gestionarse con una antelación no menor a treinta (30) días calendario a la fecha de vencimiento de la siguiente mensualidad, fecha en la cual se hará efectiva la exclusión. Formalizada la exclusión, **FAMISANAR** liquidará el valor de la cuota a cargo del **CONTRATANTE** según el sistema que tenga establecido para el efecto y reintegrará el saldo no causado por los usuarios excluidos, en los casos que se hubieren realizado pagos anticipados y **FAMISANAR** podrá deducir los gastos administrativos que haya generado el contrato hasta su fecha de terminación.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y DE LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO- SARLAFT.

El **CONTRATANTE** acepta, entiende y conoce, de manera voluntaria e inequívoca, que **FAMISANAR** en cumplimiento de su obligación legal de prevenir y controlar el Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo y siguiendo la Jurisprudencia de la Corte Constitucional sobre la materia, por considerarlo una causal objetiva, podrá terminar unilateralmente el presente contrato en cualquier momento y sin previo aviso, cuando su nombre llegase a ser: (I) Vinculado por parte de las autoridades nacionales e internacionales a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos, financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades terroristas u otros delitos relacionados con el lavado de activos y financiación del terrorismo según los tipificados por las normatividades vigentes; (II) Incluido en listas públicas relacionadas con el tema del lavado de activos y la financiación del terrorismo, administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera, tales como la lista de la Oficina de Control de Activos en el Exterior – OFAC emitida por la Oficina del Tesoro de los Estados Unidos de Norte América o la lista de la Organización de las Naciones Unidas (ONU); (III) Condenado por parte de las autoridades nacionales o internacionales en cualquier tipo de proceso judicial relacionado con la comisión de los anteriores delitos.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA - MÉRITO EJECUTIVO.

FAMISANAR podrá reclamar el pago de las sumas de dinero que **EL CONTRATANTE** adeude por cualquier concepto derivado de las obligaciones del presente contrato, por vía judicial, sin necesidad de requerimiento alguno para constituirlo en mora. Igualmente acuerdan las partes que, para efectos legales, el presente contrato de prestación de servicios presta mérito ejecutivo.

Un contrato del Plan T-CUIDA quedará suspendido por mora cuando no se reciba el pago dentro de las fechas límites de pago. Cuando el contrato queda en mora Famisanar le informa de inmediato la suspensión al Contratante por medio de mensajes de texto y llamadas telefónicas, con el fin de que realice su pago.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA. DOMICILIO CONTRACTUAL.

Para todos los efectos legales este contrato tiene como domicilio contractual el registrado en los datos básicos.

CAPÍTULO V. EXCLUSIONES

Se entienden como exclusiones del presente contrato el conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos, servicios, tratamientos, medicamentos y otras tecnologías médicas que no estén incluidos en la cobertura de los servicios de salud detallados en el presente contrato.

Las exclusiones del presente contrato podrán ser cubiertas a través del modelo de complementariedad previstas con cargo al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia a través del Plan de Beneficios en Salud (PBS) o del NOPBS, según pertinencia médica con el fin de asegurar el buen desenlace en salud de los usuarios a **FAMISANAR**.

Los servicios que se detallan a continuación derivados de las atenciones en salud asociadas a las coberturas del presente contrato serán de cobertura y bajo las condiciones del Plan de Beneficios en Salud (PBS) y no del **Plan T – CUIDA COLSUBSIDIO**:

- Entrega de medicamentos, suministros y/o material de osteosíntesis prescritos durante la atención de las coberturas ambulatorias y hospitalarias incluidas en este contrato.
- Reconocimiento y pago de incapacidades emitidas durante la atención de las coberturas incluidas en este contrato.
- Prestación del servicio de urgencias, hospitalización, unidad de cuidados intensivos e intermedios, realización de procedimientos quirúrgicos y demás servicios derivados de las coberturas del presente contrato.

Se excluyen también las prestaciones suntuarias, las exclusivamente cosméticas, las experimentales sin evidencia científica, aquellas que se ofrezcan por fuera del territorio colombiano, las que no sean propias del ámbito de la salud, los usos no autorizados por la autoridad competente en el caso de medicamentos y dispositivos como las que se detallan a continuación:

- Tecnologías cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad.
- Tecnologías de carácter educativo, instructivo o de capacitación, que no corresponden al ámbito de la salud, aunque sean realizadas por personal del área de la salud.
- Servicios no habilitados en el sistema de salud, así como la internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social, tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros.
- Cambios de lugar de residencia o traslados por condiciones de salud, así sean prescritas por el médico tratante.

- Servicios y tecnologías en salud, conexos, así como las complicaciones que surjan de las atenciones en los eventos y servicios que cumplan los criterios de no financiación con recursos del sistema general de seguridad social en salud, señalados en el artículo 154 de la ley 1450 de 2011 y el artículo 15 de la ley estatutaria en salud 1751 de 2015 y demás normas que las complementen o las modifiquen y/o adicionen.
- Servicios y tecnologías que no sean propiamente del ámbito de salud o que puedan configurar como determinantes sociales de salud, conforme al artículo 9 de la ley 1751 de 2015.
- Maternidad, Parto o cesárea no tendrán cobertura a través del **Plan T – CUIDA COLSUBSIDIO**.
- El Plan no incluye cama de acompañante.
- Los tratamientos de medicina alternativa como terapia neural, sueroterapia y acupuntura serán cubiertos por el PBS, los demás tratamientos de esta categoría no tendrán cobertura.

Exclusiones de las coberturas ambulatorias

Prestación de servicios en red que no hace parte de la red contratada y vigente del Plan o que no tiene autorización expresa por parte de **FAMISANAR**.

Todos los servicios que no se encuentren incluidos en el presente contrato.

Prestación del servicio de procedimientos en consultorio derivados de las consultas incluidas en el contrato.

Exclusiones Cobertura Hospitalaria

FAMISANAR, en virtud del contrato, no asumirá el costo ni autorizará la prestación de servicios derivados de la hospitalización a los usuarios afiliados al Plan T – CUIDA COLSUBSIDIO, teniendo en cuenta que la única cobertura hospitalaria incluida en este Plan es el servicio de hotelería a través de habitación individual estándar. A continuación, se detallan los siguientes casos asociados a las exclusiones hospitalarias:

- Consultas médicas especializadas, no especificadas en el presente contrato.
- El costo y las autorizaciones derivadas de la atención hospitalaria.
- Habitación unipersonal para procedimientos no reconocidos o aceptados científicamente, experimentales o tratamientos médicos realizados en establecimientos no autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Hospitalización en habitación unipersonal para el manejo de 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 el ejercicio de actividades ilícitas o en la prestación del servicio militar.
- Hospitalización en habitación unipersonal para el manejo de lesiones provenientes de Accidentes de Trabajo y/o Enfermedades Laborales las cuales serán cubiertas por el Plan de Beneficios de Salud (PBS) o la Administradora de Riesgos Laborales (ARL), según la reglamentación vigente en Riesgos Laborales.
- Hospitalización en habitación unipersonal para el manejo de lesiones que se originen en la práctica de deportes de alta peligrosidad, tales como competencias motorizadas, vuelo en planeadores, cometas o similares, boxeo, toreo, carreras de caballo o en la práctica de todo deporte profesional remunerado o no (cubiertos en los términos del Plan de beneficios de Salud)
- Hospitalización en habitación unipersonal para la práctica exclusiva de chequeos médicos, ejecutivos o similares.
- Hospitalización en habitación unipersonal para el manejo de enfermedades y/o accidentes causados o provenientes por el consumo de estupefacientes o de alcohol ni tratamiento por farmacodependencia o alcoholismo, las cuales serán atendidas en las condiciones del Plan de Beneficios de Salud.
- Hospitalización en habitación unipersonal para la realización de cirugía estética para fines de embellecimiento, tratamientos de obesidad o adelgazamiento, así como la hospitalización para el manejo de sus complicaciones.

- Hospitalización en habitación unipersonal para el manejo de lesiones que se hubiere causado el usuario voluntariamente o encontrándose en estado de enajenación mental temporal o permanente o en un intento de suicidio. Se incluyen dentro de este grupo aquellas originadas por la negligencia en el cumplimiento de las prescripciones indicadas por el médico tratante, las cuales serán atendidas en las condiciones del Plan de Beneficios de Salud (PBS)
- Hospitalización en habitación unipersonal para el manejo de estados comatosos irreversibles, muerte cerebral y hospitalización para estados terminales, las cuales serán atendidas en las condiciones del Plan de Beneficios de Salud (PBS)
- Hospitalización en habitación unipersonal para el tratamiento de pacientes con resultado del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), tal como fue reconocido por la organización mundial de la salud o cualquier síndrome o similar bajo cualquier nombre que tenga y haya sido diagnosticado por un médico o establecimiento hospitalario legalmente constituido, las cuales serán atendidas en las condiciones del Plan de Beneficios de Salud (PBS)
- Hospitalización en habitación unipersonal para el manejo de lesiones provenientes de accidentes de tránsito.
- Hospitalización en habitación unipersonal en una IPS que no haga parte de la Red contratada para la prestación de los servicios del **Plan T – CUIDA COLSUBSIDIO** o en la red **FAMISANAR** previa autorización de la EPS.
- Hospitalización en habitación unipersonal para tratamientos psiquiátricos por patologías crónicas, psicológicas por demencia o enfermedades mentales.
- Hospitalización en habitación unipersonal para tratamientos o procedimientos relacionados con fertilidad o esterilidad.
- Hospitalización en habitación unipersonal para tratamientos o procedimientos relacionados con enfermedades de alto costo.
- En Hospitalización no se cubre: implementos de uso personal, adicionales de cafetería, servicio de teléfono de larga distancia y elementos tales como biberones, leche en polvo para el recién nacido, pañales entre otros.

CAPÍTULO VI. DISPOSICIONES GENERALES

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATANTE

Entregar información veraz de los documentos exigidos por **FAMISANAR** para la vinculación al **Plan T – CUIDA COLSUBSIDIO** de cada uno de los usuarios que el **CONTRATANTE** desee vincular al presente contrato. La no entrega oportuna de estos documentos afectará la fecha de inicio de vigencia del presente contrato so pena que **FAMISANAR** no asumirá el costo de los servicios en el que incurra el usuario por no haber cumplido con estos requisitos:

- Solicitud de inscripción al Plan de Atención Complementario PAC
- Formato de vinculación de clientes formato SARLAFT
- Certificación de antigüedad del Plan Complementario o medicina prepagada anterior (Para convalidación de antigüedad)
- Historia clínica o epicrisis - Para usuarios con menos de 30 días de nacido
- Certificación de Afiliación de vinculación a la Caja de Compensación Familiar Colsubsidio.

Suministrar a **FAMISANAR** información completa, veraz y actualizada sobre su estado de salud, así como la información asociada al SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y DE LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO- SARLAFT – CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA del presente contrato.

Pagar los impuestos que graven o llegaren a gravar este contrato.

Pagar a **FAMISANAR** las primas mensuales asociadas al presente contrato en las fechas pactadas.

EL CONTRATANTE deberá informar de manera oportuna a **FAMISANAR** a través de sus oficinas de atención, línea amable PAC o en línea a través del link: <https://www.famisanar.com.co/actualizaciondatos/> los datos de contacto asociados a número de celular, dirección de correspondencia y email, pues todas las comunicaciones relacionadas con el presente contrato se remitirán a estos canales de comunicación notificados por el **CONTRATANTE**. **FAMISANAR** no será responsable, en ningún caso, por la remisión de correspondencia a los datos de contacto desactualizados cuando **EL CONTRATANTE** hubiera incumplido con esta obligación y se dará por conocido para todos los efectos, el contenido de dicha información remitida.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA- OBLIGACIONES A CARGO DE LOS USUARIOS.

Hacer uso adecuado y racional de los servicios cubiertos por el presente contrato. El usuario deberá hacer los pagos moderadores por cada evento o servicio recibido al respectivo profesional y/o entidad de la red del **Plan T – CUIDA COLSUBSIDIO**.

Presentar el documento de identidad del usuario afiliado al **Plan T – CUIDA COLSUBSIDIO** para acceder a los servicios de salud que se requieran de manera presencial ante los prestadores de la red, así como para los trámites administrativos en las oficinas de **FAMISANAR**.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA - OBLIGACIONES A CARGO DE FAMISANAR

- Garantizar la prestación de servicios en salud que estén cubiertos por el presente contrato.
- Asegurar la red de prestadores en las ciudades de cobertura del **Plan T-CUIDA COLSUBSIDIO** de acuerdo con los servicios ofertados por el presente contrato y velar por la calidad del servicio en las condiciones de oportunidad diferentes a las ofertadas en el Plan de Beneficios en Salud (PBS)
- Informar con oportunidad los incrementos tarifarios de las primas comerciales, así como de los pagos moderadores según lo definido por la norma y mantener la información actualizada en la página web de **FAMISANAR** para las consultas que se requieran frente al tema.

FAMISANAR deberá validar permanentemente y asegurar los requisitos de los usuarios al **Plan TCUIDA COLSUBSIDIO**, según lo definido por el Decreto 780 de 2016 Artículo 2.2.4.4 Usuarios de los planes voluntarios de salud que indica: “Los contratos de Planes adicionales, solo podrán, celebrarse o renovarse con personas que se encuentren afiliadas al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ya sea en calidad de cotizantes o beneficiarios”, así como vinculación a la Caja de Compensación Familiar Colsubsidio que son las condiciones de los usuarios al Plan.

FAMISANAR responderá civil y administrativamente por los perjuicios que se ocasionan a los usuarios en los eventos derivados del incumplimiento del contrato, de conformidad con lo establecido en la ley. Dada la naturaleza y objeto del presente contrato y que las relaciones médico paciente y paciente institución se desarrollan con plena autonomía científica, técnica y administrativa, **FAMISANAR** no responderá por los perjuicios que eventualmente lleguen a derivarse de la prestación de los servicios de salud y complementarios.

Por esta razón, **EL CONTRATANTE** y los usuarios declaran expresamente que en el evento de llegarse a presentar reclamaciones de carácter judicial o extrajudicial por efecto de los actos médicos o de los servicios prestados, tales reclamaciones sólo podrán dirigirse contra la institución o el profesional que hubiera prestado el servicio y que, en ningún caso invocará responsabilidad de **FAMISANAR**.

Anexos. Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos: Solicitud de Inscripción debidamente diligenciada, carta de bienvenida, Declaración de Salud y Certificación de Afiliación al Plan de Beneficios en Salud de cada uno de los usuarios, Tarifas vigentes, la relación de Usuarios con los datos personales de cada uno de ellos, fecha de inicio de vigencia del contrato y la descripción de coberturas que conforman el plan, así como cualquier anexo que se suscriba de mutuo acuerdo entre las partes durante el desarrollo del presente contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA - PREEXISTENCIAS.

No aplican Preexistencias.

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA DEL CONTRATO. VIGENCIA DEL CONTRATO.

Este contrato tiene una duración de un (1) año, contado a partir de la fecha de inicio de vigencia y se renovará de forma automática por periodos iguales al inicialmente pactado, en caso de que el **CONTRATANTE** no desee renovarlo deberá informar su decisión por escrito a **FAMISANAR**, a través de los canales establecidos, con no menos de treinta (30) días calendario de antelación a la fecha de finalización del presente contrato o de su correspondiente prórroga.

CLÁUSULA VIGÉSIMA - CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

Además de las causales establecidas en las disposiciones legales para este tipo de contratos, el presente se dará por terminado en los siguientes casos:

Por mutuo acuerdo de las partes contratantes en cualquier tiempo y manifestado por escrito.

Por decisión del **CONTRATANTE** asociado a las siguientes circunstancias:

Cuando por cualquier motivo **EL CONTRATANTE** desee terminar unilateralmente el contrato, deberá comunicarlo por escrito a **FAMISANAR**, a través de los canales establecidos, con una antelación no menor a treinta (30) días calendario a la fecha de vencimiento del siguiente período de pago, fecha en la cual se hará efectiva la terminación. En los contratos de pago mensual no hay reintegro de dinero y en los de pago trimestral, semestral y anual se reintegrará el valor de las mensualidades completas no causadas, menos los gastos de administración causados hasta la terminación del contrato.

Por muerte de **EL CONTRATANTE**. Los usuarios sobrevivientes o familiares deberán comunicar la muerte del **CONTRATANTE** dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de la misma, indicando si desean o no continuar con el contrato, especificando si fuere el caso, el nombre de la persona que asumirá la calidad del contratante; en caso de no señalarse el nombre de la persona que adquirirá la calidad del contratante, tal calidad será adquirida por el primer usuario superviviente, que tenga capacidad legal para ello, salvo que se manifieste expresamente la decisión de darlo por terminado.

FAMISANAR podrá dar por terminado el contrato unilateralmente respecto de uno o más usuarios y por tanto cesarán las obligaciones del presente contrato en los siguientes casos:

En caso de incumplimiento por parte de **EL CONTRATANTE** y/o de los usuarios de las obligaciones previstas en el presente contrato o en la ley. En este caso la terminación opera en forma inmediata a partir de la fecha de remisión del aviso generado por **FAMISANAR**.

Inmediatamente, sin antelación alguna de tiempo, por falsedad, error, omisión reticencia o inexactitud en la información registrada en la solicitud de inscripción, declaración de salud y/o en el proceso de admisión, en cualquier otro documento que sirva de soporte, para la decisión por parte de **FAMISANAR**, de otorgar la autorización de un servicio o indemnización tal. En caso de presentarse uno de estos eventos, **FAMISANAR** podrá excluir uno o varios de los usuarios, enviando comunicación certificada a la última dirección que tenga registrada **EL CONTRATANTE**, sin necesidad que medie antelación alguna de tiempo.

Incurrir en mora de noventa (90) días calendario, en el pago de alguna cuota según la forma de pago acordada o por suma cobrada por concepto de recobro, previa comunicación escrita de **FAMISANAR** a **EL CONTRATANTE** antes de finalizar este término. En todo caso **FAMISANAR** podrá exigir el pago de intereses moratorios, además de iniciar las acciones legales para el pago de los saldos pendientes.

Todo acto de violencia, injuria, malos tratamientos o amenazas en que incurre el usuario contra empleados de **FAMISANAR** y/o de las instituciones o profesionales adscritos.

Cuando exista mal uso o uso indebido de los servicios por parte del usuario.

Cuando el usuario a causa de no observar las instrucciones del médico ponga en peligro su salud.

En caso de presentar dos o más veces incumplimiento en el pago de alguna cuota según la forma de pago acordada o por sumas cobradas por concepto de recobro.

En caso de cancelación del plan autorizado por la Superintendencia Nacional de Salud. En caso de cancelación de la afiliación al Plan de Beneficios en Salud o de la caja de compensación familiar Colsubsidio.

PARÁGRAFO PRIMERO. Por cualquiera de las causales de terminación del contrato aquí contempladas **FAMISANAR** tendrá derecho a recibir la parte del valor por el tiempo transcurrido del contrato y reintegrará a **EL CONTRATANTE** la parte no causada. Además, podrá deducir un valor equivalente al diez por ciento (10%) de la parte no causada, por concepto de los gastos administrativos que haya generado el contrato hasta la fecha de su terminación.

PARÁGRAFO SEGUNDO. Cuando exista mora en el pago de una o más cuotas asociadas al presente contrato será discreción de **FAMISANAR** efectuar o no la terminación solicitada por el **CONTRATANTE**, debiendo éste cancelar el valor correspondiente al tiempo transcurrido hasta la fecha de terminación del contrato. Así mismo, no se realiza tal terminación cuando exista mora por reembolso de servicios prestados por **FAMISANAR** a los que no tenía derecho el usuario, solo se aplicará la terminación solicitada previo cumplimiento de los plazos y condiciones establecidas, considerándose el contrato en plena vigencia y causándose las cuotas a que haya lugar, sin perjuicio de la suspensión de servicios de que pueda ser objetivo.

Es entendido que, ante la presentación de cualquiera de estas causales, será facultativo de **FAMISANAR** el cancelar o no el contrato respecto de todos o algunos de los demás usuarios. Cuando **FAMISANAR** declare la terminación unilateral de este contrato de acuerdo con lo aquí previsto, esta podrá en todo caso y en cualquier tiempo, reclamar de los usuarios y/o del **CONTRATANTE** el reembolso del valor total de los servicios prestados comprobada la causal de terminación en forma sumaria.

En consecuencia, tratándose de terminación por alguna de las causales citadas, si estuviere pendiente o estando en curso la prestación de un servicio, previamente autorizados, cesarán inmediatamente las obligaciones de **FAMISANAR** respecto del contratante y de los usuarios que hubieren ocasionado la terminación del presente contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA- AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS. FAMISANAR

Para el acceso a los servicios de cobertura del **PLAN T- CUIDA COLSUBSIDIO** no se requiere autorización y para los servicios que se generen derivados de las atenciones del Plan que tendrán cobertura a través del Plan de Beneficios en Salud (PBS) buscando la mejor experiencia de nuestros usuarios se han definido los siguientes condiciones y canales de acceso:

CONDICIONES DE LAS ORDENES MÉDICAS

Para apoyo diagnóstico, apoyo terapéutico, cirugía ambulatoria, hospitalaria y procedimientos en consultorio cuentan con una vigencia de 12 meses.

Para medicamentos cuentan con una vigencia de 30 días calendario. Cuando el especialista o IPS solicitan varias entregas, la vigencia de cada entrega es de 30 días calendario.

Las autorizaciones tienen validez de acuerdo con el evento autorizado así:

- Las pre-autorizaciones tienen una validez de 90 días para ser activadas por la IPS.
- Las autorizaciones tienen una validez de 60 días.
- Las posfechadas tienen una validez de 2 días antes de la fecha definida. La autorización indica la fecha de vigencia (aplica para medicamentos)
- Código de verificación de Urgencias: Evaluación inicial del afiliado hasta definición de la conducta del médico. Para IPS Colsubsidio el código tiene vigencia de 72 horas.

CANALES DE ACCESO

No presenciales - Canales virtuales

- Correo electrónico autorizacionespac@famisanar.com.co
- Oficina Virtual a través del siguiente enlace:
<https://enlinea.famisanar.com.co/Portal/home.jspx>
- App FamiMóvil

Estos tres medios se encuentran habilitados las 24 horas del día y la respuesta a la solicitud será enviada al correo electrónico desde el cual se realizó la solicitud de la autorización en formato PDF, el afiliado solo debe imprimirla y entregarla a la IPS que le prestará el servicio.

Famisanar Plan Complementario le devolverá un correo confirmando la recepción de los documentos e informando el número de ticket asignado, le dará respuesta a su solicitud a través de un mensaje enviando a su correo electrónico dentro del día hábil siguiente a la fecha y hora de confirmación de la recepción de los documentos.

Las radicaciones realizadas por la Oficina Virtual y APP le informarán al afiliado el número de radicación con el cual queda registrado el caso.

La respuesta por parte de EPS Famisanar se enviará en un tiempo máximo de 3 días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud, en la cual encontrará un archivo adjunto (PDF) que contiene la imagen de la(s) autorización(es) generada(s).

Los afiliados deberán seguir los siguientes pasos para solicitar autorización por este canal:

Adjunte la orden médica, preferiblemente en formato PDF. Si además cuenta con el resultado de exámenes relacionados y/o el resumen de la historia clínica actual, podrá anexar todos los documentos en el mismo archivo.

Registre en el correo de envío, los siguientes datos sobre el afiliado que requiere el servicio: nombre completo, tipo y número de documento de identidad, dirección de correo electrónico donde desea recibir respuesta, teléfonos (celular y fijo) y nombre de la institución o profesional que le prestará el servicio.

Canal presencial

La EPS Famisanar cuenta con oficinas para atención personalizada a afiliados, en las que pueden efectuar el trámite de autorización de servicios. Los afiliados que desean tramitar por sí mismos las autorizaciones de servicio encuentran en las oficinas de atención personalizada, un servicio oportuno y eficiente con la opción de realizar otros trámites de carácter administrativos. Las oficinas se encuentran en detalladas en línea a través del siguiente link:

<https://www.famisanar.com.co/oficinas-plan-complementario/>

Para solicitar una autorización de servicios es necesario que el afiliado aporte la siguiente información:

- Datos completos de identificación
- Datos de contacto del solicitante
- Orden médica, historia clínica y resultados de exámenes en caso de que cuente con alguno.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA- SUSPENSIÓN DE SERVICIOS POR MORA.

En caso de que **EL CONTRATANTE** incurra en mora en el pago del valor del contrato o de una de sus cuotas según la forma de pago acordada, los servicios cubiertos por este contrato se suspenderán automáticamente, sin necesidad de comunicación alguna por parte de **FAMISANAR** y sin perjuicio de que esta, en caso de reiterado incumplimiento, decida dar por terminado unilateralmente el contrato en forma inmediata, según lo previsto en la Cláusula Décimo Séptima y/o inicie las acciones legales que a su favor tuviere para el cobro. La suspensión no afecta la vigencia del contrato, no exonera a **EL CONTRATANTE** del pago de las cuotas vencidas y no impide que mientras dure se sigan causando las cuotas subsiguientes, de conformidad con las normas legales vigentes. El servicio se restablecerá en un término máximo de un día hábil, posterior a la fecha efectiva del pago de la(s) cuota(s) vencida(s).

FAMISANAR no asumirá ningún costo originado por la atención que requieran los usuarios como consecuencia de una enfermedad o accidente que se produzca durante el tiempo de mora ni por las secuelas y/o recidivas derivadas de la misma, ni autorizará derecho alguno sobre las indemnizaciones aseguradas.

De la misma manera, quedarán suspendidos los servicios cuando transcurridos diez (10) días calendario desde la fecha en que **FAMISANAR** comunique a **EL CONTRATANTE** la cuenta de cobro por concepto del valor de los servicios utilizados en forma indebida por el usuario que no estaban contemplados dentro de las coberturas, no reciba el pago o reembolso de la cuenta. El servicio se restablecerá en un término máximo de un día hábil, posterior a la fecha del pago efectivo de la misma.

Si transcurridos treinta (30) días calendario desde la fecha de presentación de la cuenta, ésta no fuera pagada, **FAMISANAR** queda facultada para dar por terminado el contrato y para descontar de las cuotas anticipadas que hubiere pagado **EL CONTRATANTE**, pero aún no devengadas por **FAMISANAR** el valor de la cuenta. Durante el periodo en mora, **FAMISANAR** se encuentra facultado para causar los intereses moratorios a la tasa máxima permitida por la Ley.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA. RESTITUCIÓN DE VALORES POR PARTE DEL CONTRATANTE.

Si después de la prestación de algún servicio, **FAMISANAR** verificare que no había lugar a este según los términos y condiciones del presente contrato porque se ha comprobado que se trata de una lesión o enfermedad objeto de una exclusión y/o no se encontraba contemplada dentro de los servicios o coberturas del mismo, podrá recobrar al contratante el valor de tales servicios y este se obliga, a hacer la restitución dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la fecha en que **FAMISANAR** lo solicite mediante comunicación escrita, a la última dirección registrada por el **CONTRATANTE**. **FAMISANAR** podrá efectuar el cobro por vía judicial y sin necesidad de requerimiento alguno, aunque el contrato ya se hubiere terminado.

CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA. REEMBOLSOS

Se hará reembolso del valor de los servicios prestados, solamente en los casos de urgencia y si el Usuario se hallare en cualquier zona del país en donde **FAMISANAR** no tenga sede, ni contratada la prestación de estos servicios con Instituciones y/o Profesionales, previa evaluación de la pertinencia de la atención de urgencia por parte del Comité Médico de **FAMISANAR** y el cumplimiento de los requisitos enumerados a continuación:

1. Formato de Solicitud de Reembolso, debidamente diligenciado.
2. Copia o resumen de la historia clínica que contenga los siguientes datos: Nombre del Usuario atendido, tipo y número del documento de identificación, número del carné, motivo de consulta, diagnóstico, procedimientos realizados y conducta a seguir.
3. Facturas originales de los gastos de la atención en la institución que contenga: Número del Nit, Nombre completo de la institución que atendió la urgencia, servicios prestados, valor por servicios y valor total de la atención, con el soporte de cancelación, sin tachaduras ni enmendaduras. Los reembolsos aprobados se realizarán con base en el Manual de Tarifas vigente que **FAMISANAR** disponga para este fin.

CLAÚSULA VIGÉSIMA QUINTA. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.

En cualquier controversia en cuanto a preexistencias y exclusiones será la Superintendencia Nacional de Salud la entidad encargada de resolver administrativamente las diferencias que se presenten, bajo los postulados del artículo 233 de la Ley 100 de 1993, Ley 1438 de 2011, Decreto 780 de 2016 Decreto único del sector salud que señala: "Artículo 2.2.4.1.19 Resolución de controversias. Los conflictos que se presenten en materia de preexistencias y exclusiones se deberán resolver con sujeción a lo dispuesto en el presente Capítulo. (Art. 3 del Decreto 1222 de 1994)" y demás normas que los modifiquen complementen o sustituyan. Adicionalmente, el contratante podrá acudir a la Superintendencia de Industria y Comercio para para resolver las controversias referentes a protección al consumidor que se presenten durante la ejecución del contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA. TRASLADO A OTRO CONTRATO.

En el evento en que **EL CONTRATANTE** pierda las condiciones para formar parte de un contrato colectivo o cuando un usuario se retire del presente contrato y solicite su inclusión a otro contrato de Planes de Atención Complementaria de **FAMISANAR**, ésta estudiará la solicitud de acuerdo con los procesos de aceptación de cada PAC. En caso de ser aceptada, su nuevo contrato se registrará por las cláusulas del contrato al cual se traslade, conservará la antigüedad del anterior contrato para la prestación de servicio, siempre y cuando pretenda trasladarse a un plan de igual o menor cobertura, además tal solicitud se presente dentro de los treinta (30) días calendario siguientes al retiro de éste y ninguno de los dos contratos se encuentren en mora.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEPTIMA. AUTORIZACIÓN ESPECIAL.

EL CONTRATANTE autoriza expresa e irrevocablemente a **FAMISANAR** para consultar, obtener, suministrar y reportar información a banco de datos, centrales de riesgo de las entidades financieras y agentes especializados en el recaudo de cartera vencida, relativa al comportamiento crediticio, financiero y/o comercial, hábitos de pago y en general, al cumplimiento de obligaciones pecuniarias, en el evento en que hubiese transcurrido un periodo igual o mayor a sesenta (60) días calendario de encontrarse en mora en el pagode las cuotas correspondientes.

CLÁUSULA VIGÉSIMA OCTAVA. AUTORIZACIÓN PARA LA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.

EL CONTRATANTE manifiesta que ha sido informado de manera explícita y previa por **FAMISANAR** que sus datos personales y los de sus usuarios, han sido solicitados y recolectados para la suscripción y ejecución del presente contrato del **Plan T-CUIDA COLSUBSIDIO**; que, en consecuencia, el tratamiento de que serán objeto tiene como finalidad la realización de las actividades propias para el desarrollo de su objeto contractual y las que se deriven del mismo. Por lo anterior, con la suscripción del presente contrato, el **CONTRATANTE** otorga su consentimiento informado a **FAMISANAR** para dar tratamiento a dicha información personal, en los términos establecidos por la Ley 1581 de 2012 y demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, y conforme su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en www.famisanar.com.co

Así mismo, manifiesta que sus derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar, suprimir información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013)

CLÁUSULA VIGÉSIMA NOVENA. TRÁMITE DE QUEJAS.

Dentro del Proceso de evaluación de satisfacción del usuario se encuentra el manejo de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRS) las cuales pueden interponerse de forma escrita o verbal, se recibirán a través del aplicativo PQRS, escrito por correspondencia o internet a través del correo institucional y se responderán por escrito, telefónicamente o por internet, según los datos registrados por el usuario en el momento de la radicación.

Los tiempos máximos de respuesta están establecidos conforme la norma vigente y/o al término otorgado, cuando se trate de un requerimiento de antes de control o de regulación.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA. DERECHOS Y DEBERES.

El contratante tendrá a su disposición los derechos y deberes del afiliado en la página web de la entidad: <https://pdfnamiwebpagesa.z20.web.core.windows.net/public/Cartaderechos2022.pdf>.

En desarrollo de lo anterior y sin perjuicio de las acciones constitucionales y legales, la Carta de Derechos y Deberes de la persona Afiliada y del Paciente deberá precisar que la persona afiliada podrá hacer uso de los siguientes mecanismos de protección: a. Presentar derechos de petición en los términos de la Ley 1755 de 2015 incorporada a la Ley 1437 de 2011, o la norma que la sustituya, tanto a la EPS como a la IPS y a las demás entidades del sector Salud. Este derecho incluye el de pedir información, examinar y requerir copias, formular consultas, quejas, denuncias y reclamos y deberá ser resuelto de manera oportuna y de fondo. b. El derecho a la atención prioritaria de las peticiones que formule cuando se trate de evitar un perjuicio irremediable de acuerdo con lo previsto en el artículo 20 de la Ley 1437 de 2011, sustituido por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015.

c. El recurso judicial ante la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificado por el artículo 6 de la Ley 1949 de 2019 y la práctica de medios cautelares. Decreto 1080 de 2021 - competencias de la Supersalud-. d. Presentar sus denuncias y peticiones ante la Delegatura de Protección al Consumidor ante la Superintendencia de Industria y Comercio de conformidad con las competencias determinadas en la Ley 1480 de 2011.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA PRIMERA. NEGACIÓN DEL SERVICIO.

En caso de negación del servicio por no cobertura del **Plan T-CUIDA COLSUBSIDIO**, se informará al usuario y/o médico o IPS prestadora del servicio la causal de la negación, cuando el servicio sea cobertura PBS. Si se trata de un servicio no PBS se le informará al usuario y/o médico o IPS prestadora del servicio el trámite a seguir ante el Comité Técnico científico de **FAMISANAR**.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA SEGUNDA. MODIFICACIONES.

Cualquier modificación al presente contrato deberá hacerse de común acuerdo y por escrito entre las partes.



Planes de Atención Complementaria

www.famisanar.com.co

 EPSFamisanarOficial  EPSFamisanarOficial  @eps_famisanar  Famisanar  Famisanar eps