



Planes de Atención Complementaria

PLAN FAMIMÁS

**Contrato de Prestación de Servicios
Plan de Atención Complementaria**

PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA FAMIMÁS

CAPÍTULO I. PARTES, OBJETO Y DEFINICIONES.

CLÁUSULA PRIMERA. PARTES DEL CONTRATO. Entre **EPS FAMISANAR S.A.S.**, domiciliada en la ciudad de Bogotá, D.C., a quien en adelante se denominará **FAMISANAR** y por otra **EL CONTRATANTE**, definido e identificado como aparece en el presente documento, se ha celebrado el presente contrato de Prestación de Servicios del Plan de Atención Complementaria en Salud.

PARÁGRAFO PRIMERO. EL CONTRATANTE y los usuarios del **PLAN FAMIMÁS**, deberán estar afiliados al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de **FAMISANAR**, de acuerdo con lo establecido en el inciso primero del Artículo Artículo 2.2.4.4 del Decreto 780 de 2016 y demás normas que lo aclaren modifiquen o sustituyan.

CLÁUSULA SEGUNDA. OBJETO DEL CONTRATO. **FAMISANAR** se compromete con **EL CONTRATANTE** y a favor de las personas denominadas usuarios, a la prestación de los servicios de salud que incluye el plan **FAMIMÁS** en el **módulo básico**.

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

Administración de Medicamentos: para efectos del módulo básico en su cobertura domiciliaria se refiere a la aplicación de los medicamentos que se encuentran detallados en el anexo denominado Lista de Medicamentos durante la consulta médica domiciliaria.

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 3512 de 2019)

Atención domiciliaria: Modalidad de prestación de servicios de salud extra hospitalaria 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 y la participación de la familia. (Resolución 3512 de 2018).

Atención hospitalaria para efectos del módulo básico: Es el ingreso a una institución de la red hospitalaria definida para FAMIMÁS, 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. Salvo en los casos de urgencia.

Beneficiario: Afiliado al SGSSS que depende económicamente de un cotizante.

Categoría: Rango salarial del usuario que lo clasifica según su IBC (Ingreso base de cotización sobre el cual el afiliado hace los aportes respectivos al SGSSS) y por medio del cual se calcula el Monto a cobrar por concepto de cuotas moderadoras y copagos cuando aplique.

Cobertura: Son los servicios que se encuentran incluidos en este contrato y cuyo valor será cancelado por **FAMISANAR** a sus Instituciones Prestadoras de Salud - IPS y profesionales adscritos y empresa aseguradora.

Comprobación de Derechos: Consiste en la acreditación del usuario de su condición de afiliado a la EPS Famisanar. Adicionalmente para comprobar derechos el usuario debe presentar un documento que permita su identificación como cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad, Cédula de extranjería etc.

Consulta médica: Es la valoración y orientación brindada por un médico en ejercicio de su profesión a los problemas relacionados con la salud. La valoración es realizada según los principios de la ética médica y las disposiciones de práctica clínica vigentes en el país, y comprende anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia según la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o ambulatoria según el sitio de realización. (Resolución 3512 de 2019)

Consulta Médica Domiciliaria: Hace referencia al servicio de visita médica por médico general en el domicilio, cuando el estado de salud del usuario así lo requiera, el cual se prestará de acuerdo con pertinencia que realiza previamente el asesor en salud de Familínea. Este servicio se ofrecerá en aquellas ciudades que así lo indique el Directorio Médico FAMIMÁS vigente. **FAMISANAR** se reserva el derecho de autorizar este servicio de acuerdo con el estado de salud del usuario. Aplica solo dentro del perímetro urbano y según pertinencia médica.

Contratante: Es la persona natural que en forma libre y espontánea celebra el presente contrato para el beneficio de sí misma, de los Usuarios que vincule o de sus subordinados, los familiares y/o personas dependientes económicamente de estos, bajo la modalidad de contrato familiar o colectivo.

Contrato Colectivo: Es el que celebra una persona jurídica en beneficio de las personas con quienes mantiene vínculo de subordinación laboral o relación legal o reglamentaria, y a quienes incluye como usuarios de los servicios contemplados en el presente contrato. Para efectos del presente contrato se considerará Contrato colectivo aquel que asocie como mínimo el número de usuarios que determine Famisanar.

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

Copago: Es el aporte en dinero que corresponde a una parte del valor del servicio demandado y tiene como finalidad ayudar a financiar el sistema. Se aplicará exclusivamente a los afiliados en calidad de beneficiarios del Plan de Beneficios en Salud.

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

Cuota moderadora: Pago realizado por afiliados cotizantes y beneficiarios para algunos servicios incluidos en el -Plan de Beneficios en Salud, que tiene - por objetivo regular la utilización de los servicios de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por la EPS.

Extensión domiciliaria: Es la continuidad de la hospitalización en el domicilio de los pacientes crónicos o agudos, que se beneficiarán de recibir el tratamiento médico en su domicilio con pertinencia médica y de no ser así, estarían en una entidad hospitalaria.

Evento de salud: es un acontecimiento puntual en la salud del usuario, con un diagnóstico específico que genera una atención hospitalaria superior a 24 horas.

Directorio Médico del Plan: Es el conjunto de Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPS) y/o profesionales adscritos a **FAMISANAR**, que gozan de prerrogativas para prestar los servicios de atención en salud a los usuarios del Plan de Atención Complementaria Modular FAMIMÁS.

Familínea: Central de operación telefónica de EPS Famisanar, con un servicio de atención durante las 24 horas del día y la noche; presta apoyo telefónico a todas las instituciones pertenecientes a la red de EPS Famisanar para: autorizaciones PBS, autorizaciones PAC y traslados.

Fecha de Aceptación: Es aquella en la cual **FAMISANAR** le informa al usuario que ha sido aceptada su Solicitud de Inscripción al Plan de Atención Complementaria en Salud.

Fecha de Contratación: Es aquella en la cual se firma o suscribe el contrato.

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

Fecha de Solicitud: Es aquella en la cual el usuario potencial presenta ante **FAMISANAR** la solicitud de inscripción debidamente diligenciada, por medio de la cual manifiesta su intención de contratar los servicios del Plan de Atención Complementaria en Salud.

Hospitalización: es el ingreso a una institución de la red hospitalaria definida para FAMIMÁS, para recibir tratamiento médico y/o quirúrgico con una duración superior a las seis horas continuas e implique cambio de día entre su ingreso y su salida.

Hospitalización domiciliaria: Es el conjunto de actividades y procedimientos que se prestan en el domicilio del asegurado, mediante un programa de atención extrahospitalaria, bajo un modelo multidisciplinario que brinda soluciones en salud.

Incapacidad Médico Legal: Es la incapacidad expedida por el personal de medicina legal, que tiene por objetivo evaluar el tiempo de la resolución biológica de la lesión, se realiza para efectos penales y no es válida laboralmente.

Incapacidad Total y permanente: De acuerdo con el artículo 38 de la Ley 100 de 1.993, "se considera inválida la persona que, por cualquier causa de origen no profesional, no provocada intencionalmente, hubiere perdido el 50% o más de su capacidad laboral".

Instrumento de calificación: El Instrumento mediante el cual se califica este estado de invalidez es el "Manual Único de Calificación de Invalidez vigente a la fecha de la calificación" de acuerdo con artículo 9° de la Ley 776 de 2002 y demás normas que lo modifiquen, sustituyan o adicionen.

Incapacidad Temporal: Se entiende por incapacidad temporal, aquella que según el cuadro agudo de la enfermedad o lesión que presente el afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales, le impida desempeñar su capacidad laboral por un tiempo determinado. (Art 2 Ley 776 de 2002)

Interconsulta: Es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales de la salud, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones técnico-científicas sobre la conducta a seguir con el paciente.

IPS Primaria: Institución contratada asignada a cada usuario, por medio de la cual el usuario puede acceder a los servicios de primer nivel, tales como: medicina general, odontología y promoción y prevención, entre otros.

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud.

IVR: Sistema automático de audio respuesta.

Limitaciones: Restricciones que establece **FAMISANAR** para el uso de los servicios contenidos en el contrato.

Línea amable: Línea telefónica de orientación médica exclusiva para los usuarios afiliados PAC. Los números de atención son: En Bogotá: 3078085- Nacional: 01 8000 12 73 63.

Medicamento Genérico: Se entiende por medicamento genérico aquel que utiliza la denominación común internacional para su prescripción y expendio.

Orientación en salud: Servicio prestado vía telefónica al cual accede el usuario con el fin de ser atendido por personal en salud y recibir indicaciones con relación al estado de salud.

PAC: Plan de Atención Complementaria.

Pago moderador: Suma de dinero que debe sufragar el usuario del Plan de Atención Complementaria FAMIMÁS, en forma adicional al valor del contrato, para el uso de algunos servicios o actos médicos recibidos.

PAI: Punto de autorización e Información al usuario de EPS Famisanar en donde se ofrecen servicios de atención personalizada, ubicándose en sitios estratégicos de la ciudad.

Pertinencia: Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales. (numeral 4 del artículo 2.5.1.2.1 del Decreto único reglamentario 780 de 2016).

PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD: Es el conjunto de servicios y tecnología en salud estructurados sobre una concepción integral de la salud , que incluye la promoción de la Salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad y que se constituye en un mecanismo de protección al derecho fundamental a la salud para que la Entidades Promotoras de Salud-EPS-o las entidades que hagan sus veces, garanticen el acceso a los servicios y tecnologías en salud, bajo las condiciones previstas en la Resolución 5857 de 2018.

Preexistencias: toda enfermedad, malformación o afección que se pueda demostrar existía a la fecha de iniciación del contrato o vinculación, sin perjuicio de que se pueda diagnosticar durante la ejecución del contrato sobre bases científicas sólidas. (Artículo 2.2.4.1.17 del Decreto 780 de 2016).

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Usuario: Es la persona natural aceptada por **FAMISANAR** y contemplada en el presente contrato que tiene derecho a utilizar los servicios derivados de este, siempre que cumpla con los requisitos planteados para tal efecto.

CLÁUSULA CUARTA. INCLUSIÓN DE USUARIOS. Para la inclusión de nuevos usuarios al presente contrato, siempre que estos sean elegibles para hacer parte del mismo, **EL CONTRATANTE** deberá entregar debidamente diligenciado el formato "Solicitud de inscripción al plan de atención complementaria" y la documentación completa requerida. En todo caso **FAMISANAR** queda facultada para la aceptación o rechazo de la solicitud de inclusión del usuario.

Si la solicitud es aceptada, deberá suscribirse el correspondiente contrato por las partes y la fecha de inicio de vigencia de los usuarios correspondientes, será la que determine **FAMISANAR** según su calendario de vigencias. El inicio de la vigencia del (los) usuario(s) que se incluya(n) 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 QUINTA. 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 a **FAMISANAR**, mediante carta o formato de novedad, 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 de **EL 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. **FAMISANAR** podrá deducir los gastos administrativos que haya generado el contrato hasta su fecha de terminación.

CLÁUSULA SEXTA. 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; o (IV) Llegase a ser señalado públicamente por cualquier medio de amplia difusión nacional (Prensa, radio, televisión, etc.) como investigados 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 y/o cualquier delito colateral o subyacente a estos.

CLÁUSULA SEXTA. COBERTURAS Y EXCLUSIONES. Sólo están incluidos en la cobertura del presente contrato los servicios que se mencionan expresamente. En ningún caso se cubrirán adicionales a las acá señaladas.

Todos los servicios de salud que hacen parte del módulo básico se atenderán a través de la red de atención establecida por **FAMISANAR** para el plan **FAMIMÁS**, y se prestarán teniendo en cuenta la disponibilidad de cada institución, de acuerdo con la descripción de coberturas anexa al presente contrato.

1. MÓDULO BÁSICO: (Para el contratante y demás usuarios)

El Módulo Básico lo conforma la cobertura Hospitalaria y Domiciliaria al cual acceden el contratante y todos los beneficiarios del grupo familiar, donde se mejora la oferta de hotelería en la red de prestadores de servicios de salud del Plan **FAMIMÁS**, según disponibilidad, para hospitalización de eventos autorizados por EPS Famisanar, sin necesidad de cancelar copagos por los servicios hospitalarios; sumándose al acceso a servicios de asistencia domiciliaria tales como: orientación médica telefónica, consulta médica domiciliaria (con aplicación de medicamentos vía endovenosa o intramuscular en el domicilio del usuario según **Lista de medicamentos que se aplican en visita Domiciliaria**, terapias físicas y respiratorias en el domicilio, traslado especial en automóvil de la IPS al domicilio, luego de un egreso hospitalario.

CLÁUSULA SÉPTIMA. TOPES Y LÍMITES DE LAS COBERTURAS

Las coberturas que hacen parte del presente contrato tienen los siguientes topes y límites:

1. MÓDULO BÁSICO

COBERTURA HOSPITALARIA	TOPE	PERÍODO DE CARENCIA	PAGOS MODERADORES
Habitación individual estándar *Según disponibilidad en la red contratada para FAMIMÁS	120 días año contrato NO acumulable, por usuario.	N.A.	N.A.
Exento de Copagos del Plan Básico de beneficios en Salud para los beneficiarios en los servicios de Hospitalización.	Según los topes del Plan de beneficios en Salud.	N.A.	N.A.
Cama de acompañante sin límite de edad. *Según disponibilidad en habitación unipersonal	120 días año contrato NO acumulable, por usuario.	N.A.	N.A.

COBERTURA DOMICILIARIA Cuando el estado de salud del usuario así lo requiera, de acuerdo con la disponibilidad del médico para el efecto. Aplica solo para perímetro urbano según disponibilidad.	TOPE	PERÍODO DE CARENCIA	PAGOS MODERADORES
Orientación telefónica en salud	N.A.	N.A.	N.A.
Visita médica domiciliaria	12 visitas año contrato; NO acumulable, por usuario. * Zonas de restricción: solo perímetro urbano de las ciudades donde se comercializa el plan.	N.A.	1 pago por cada consulta médica domiciliaria
Aplicación medicamentos vía endovenosa e intramuscular durante visita medicas domiciliaria * Lista de medicamentos que se aplican en visita domiciliaria	Durante la visita médica domiciliaria (las que se requieran durante el TOPE máximo de 12 visitas año contrato NO acumulable por usuario).	N.A.	N.A.
Terapia física domiciliaria *con orden médica *El usuario decide si lo desea en el domicilio	30 por año contrato no acumulable, por usuario.	N.A.	1 pago moderador por cada terapia
Terapia respiratoria domiciliaria *con orden médica *El usuario decide si lo desea en el domicilio	30 por año contrato no acumulable, por usuario.	N.A.	1 pago moderador por cada terapia
Transporte especial para egreso hospitalario *Tipo automóvil O Reembolso para los sitios de no cobertura por un valor de 1 SMDLV	30 servicios por año contrato no acumulable, dentro del perímetro urbano, solo para egreso hospitalario.	N.A.	N.A.

CLÁUSULA OCTAVA. EXCLUSIONES.

FAMISANAR en virtud de este contrato **no asumirá el costo ni autorizará la prestación** de los servicios para los siguientes casos:

1. EXCLUSIONES MÓDULO BÁSICO:

Exclusiones de las Coberturas Hospitalarias: EPS Famisanar, en virtud del contrato, no asumirá el costo ni autorizará la prestación de los servicios de hospitalización en habitación individual para los siguientes casos:

1. Hospitalización en 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.
2. 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.
3. Hospitalización en habitación unipersonal para el manejo de lesiones o afecciones causadas por inundación, erupciones volcánicas, temblores de tierra o cualquier otro fenómeno de la naturaleza.
4. Hospitalización en habitación unipersonal para el manejo de lesiones provenientes de Accidentes de Trabajo y/o Enfermedades Profesionales las cuales serán cubiertas por el Plan de beneficios en Salud o la Administradora de Riesgos Laborales, según la reglamentación vigente en Riesgos Laborales.
5. 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 en Salud).
6. Hospitalización en habitación unipersonal para la práctica exclusiva de **cheques médicos**, ejecutivos o similares.
7. 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 fármaco-dependencia o alcoholismo, las cuales serán atendidas en las condiciones del Plan de Beneficios en Salud.
8. 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.
9. 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 en Salud.

10. 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 en Salud.

11. 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 en Salud.

12. Hospitalización en habitación unipersonal para el manejo de lesiones provenientes de accidentes de tránsito.

13. Hospitalización en habitación unipersonal en una IPS que no haga parte de la Red contratada para la prestación de los servicios del Plan FAMIMÁS o en la red Famisanar previa autorización de la EPS.

14. Hospitalización en habitación unipersonal para tratamientos psiquiátricos por patologías crónicas, psicológicos por demencia o enfermedades mentales.

15. Hospitalización en habitación unipersonal para tratamientos o procedimientos relacionados con fertilidad o esterilidad.

16. 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.

Exclusiones de la Atención Domiciliaria: Para efectos de este contrato no se tiene exclusiones para las coberturas domiciliarias.

CLÁUSULA NOVENA. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA.

1. Módulo básico. No existen límites en la edad mínima de ingreso ni permanencia.

CLÁUSULA DÉCIMA. COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS

Cuando se trate de servicios hospitalarios el plan FAMIMAS cubrirá todos los COPAGOS del Plan de Beneficios en Salud que correspondan a los beneficiarios. El Plan FAMIMAS no exime el pago de cuotas moderadoras establecida para los servicios del Plan de Beneficios en Salud.

MODULO BÁSICO	COBERTURA HOSPITALARIA	PAGOS MODERADORES (PM)
	Habitación individual estándar, hospitalización clínica, según disponibilidad en la RED contratada para FAMIMÁS.	N.A.
	Exención de copagos del PBS para los usuarios beneficiarios, para los servicios de Hospitalización	N.A.
	Cama de acompañante sin límite de edad, según disponibilidad en habitación unipersonal.	N.A.
	COBERTURA DOMICILIARIA	PAGOS MODERADORES
	Orientación Telefónica en salud	N.A.
	Visita Médico-Domiciliaria	1 PM por cada consulta médica domiciliaria
	Aplicación Medicamentos vía endovenosa e intramuscular según listado, durante la consulta médica domiciliaria	N.A.
	Terapia Física (con orden médica)	1 pago moderador por cada Terapia.
	Terapia Respiratoria (con orden médica)	1 pago moderador por cada Terapia.
Transporte especial (tipo automóvil), solo para egreso hospitalario o reembolso para los sitios de no cobertura por un valor de 1 SMDLV.	N.A.	

CAPÍTULO IV. DISPOSICIONES GENERALES

CLÁUSULA UNDÉCIMA. OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATANTE.

1. Pagar a **FAMISANAR** las cuotas del contrato en las fechas pactadas y en forma anticipada dentro de la periodicidad definida en la **CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA** del presente contrato.
2. El usuario deberá hacer los pagos moderadores por cada evento o servicio que debe aplicársele según este contrato, al respectivo profesional y/o entidad adscrita, que preste el servicio según lo establecido con el programa de pagos moderadores. Los ajustes de dichos pagos serán informados acorde con lo establecido por la Ley, a la Superintendencia Nacional de Salud.
3. Pagar los impuestos que graven o llegaren a gravar este contrato.
4. Suministrar a **FAMISANAR** información completa y veraz sobre su estado real de salud, así como el de los demás usuarios del contrato.
5. Entregar oportunamente los documentos exigidos según la **CLÁUSULA DECIMOCUARTA** del presente contrato so pena de que **FAMISANAR** no asuma el costo de los servicios en que incurra el usuario.
6. Hacer uso adecuado y racional de los servicios contratados.

7. Reembolsar a **FAMISANAR** el costo de los servicios que no se hallen cubiertos por el presente contrato o cuando se compruebe que han sido consecuencia directa de patologías preexistentes o de naturaleza congénita.

CLÁUSULA DUODÉCIMA. OBLIGACIONES A CARGO DE LOS USUARIOS.

1. El usuario deberá hacer los pagos moderadores por cada evento o servicio recibido al respectivo profesional y/o entidad adscrita que preste el servicio, según lo establecido con el programa de pagos moderadores. Los ajustes de dichos pagos serán informados acorde con lo establecido por la Ley, a la Superintendencia Nacional de Salud.

2. Presentar en el momento de solicitar la prestación de cualquiera de los servicios cubiertos por el presente contrato, al profesional o entidad adscrita, o en las oficinas de **FAMISANAR**, según el caso, el documento de identidad, que lo acredita como usuario del plan vigente y la autorización del servicio expedida por **FAMISANAR** para los casos en que así se requiera.

3. En caso de Accidente de Tránsito deberá exigirse la intervención de las autoridades de tránsito, formular la denuncia ante las autoridades competentes y dar aviso dentro de los tres (3) días calendario, siguientes a la ocurrencia del hecho en las oficinas de **FAMISANAR** adjuntando los documentos y la información pertinente.

CLÁUSULA DECIMOTERCERA. OBLIGACIONES A CARGO DE FAMISANAR

1. Garantizar la prestación de los servicios de salud en las Instituciones y con profesionales adscritos al Directorio Médico Del Plan.

2. Verificar al momento de la afiliación del contratante y/o usuarios la afiliación al Plan de Beneficios en Salud de conformidad con el párrafo único del Artículo 2.2.4.4 del Decreto 780 de 2016..

3. Informar al CONTRATANTE mediante aviso escrito, cuando haya lugar a modificación de tarifas.

CLÁUSULA DECIMOCUARTA. OTRAS DISPOSICIONES.

1. Usuarios elegibles para hacer parte del contrato.

a. Grupo Familiar Básico de contratante soltero

o Contratante.

o Padres sin límite de edad y los hijos hasta los veinticuatro (24) años de edad más 364 días.

b. Grupo Familiar Básico de contratantes casados o que tengan compañero (a) permanente:

o Cónyuge o compañero (a) permanente.

o Hijos de EL CONTRATANTE y/o cónyuge o compañero (a) permanente hasta los veinticuatro (24) años de edad más 364 días.

c. Grupo familiar Adicional de Contratante soltero, casado o que tenga compañero (a) permanente:

o Personas que tengan con **EL CONTRATANTE** parentesco hasta el tercer grado de consanguinidad o tercer grado de afinidad.

Para efectos del cálculo de la tarifa se tendrá en cuenta la edad del usuario y si pertenece al grupo familiar básico, descrito anteriormente, o si es adicional.

PARÁGRAFO. El hecho de recibir la solicitud de inscripción de los usuarios por parte de **FAMISANAR**, no obliga a la aceptación de la misma. **FAMISANAR** podrá reservarse el derecho de aceptación o rechazo de la inscripción de los usuarios a éste plan.

2. Acceso a la 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 decisiones de carácter médico o los casos previstos en la Ley, a 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 decisiones de carácter médico o los casos previstos en la Ley.

3. Anexos: Son los documentos que forman parte integral del presente contrato: 1. Solicitud de Inscripción a los Planes de Atención Complementaria (PAC), 2. Documentos de identidad de los usuarios que hacen parte del PAC, 3. Carta de Bienvenida, 4. Imán Orientación Médica y demás piezas que EPS Famisanar considere pertinentes.

4. Modificación del Directorio Médico. EL CONTRATANTE acepta que, para la prestación de los servicios contratados, **FAMISANAR** podrá modificar unilateralmente y en cualquier momento el directorio médico de instituciones y profesionales, lo cual será informado oportunamente a **EL CONTRATANTE**.

5. Responsabilidad. 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**.

CLÁUSULA DECIMOQUINTA. PREEXISTENCIAS Y PERIODOS DE CARENCIA.

En el módulo básico no se tendrá en cuenta las preexistencias.

CLÁUSULA DECIMOSEXTA. VIGENCIA DEL CONTRATO. Este contrato tiene una duración de un (1) año, contado a partir de la fecha de inicio de vigencia del contrato y a menos que medie incumplimiento entre las partes, se entenderá renovado por periodos iguales si **EL CONTRATANTE** con no menos de treinta (30) días calendario de antelación a la fecha de su vencimiento, no manifiesta por escrito su decisión de no renovarlo.

CLÁUSULA DECIMOSÉPTIMA. 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:

1. Por mutuo acuerdo de las partes contratantes en cualquier tiempo y manifestado por escrito.
2. Por decisión del contratante:

a. Cuando por cualquier motivo **EL CONTRATANTE** desee terminar unilateralmente el contrato, deberá comunicarlo por escrito a **FAMISANAR** 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.

b. Por muerte de **EL CONTRATANTE**.

Los usuarios sobrevivientes 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.

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

a. 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 dado en tal sentido por **FAMISANAR**.

b. Inmediatamente, sin antelación alguna de tiempo, por falsedad, error, omisión reticencia o inexactitud en la información registrada en la solicitud de inscripción y/o en el proceso de admisión, o en cualquier otro documento que sirva de soporte para la decisión por parte de **FAMISANAR**, de otorgar la autorización de un servicio o indemnización. 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.

c. 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.

d. 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.

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

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

g. 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.

h. En caso de cancelación del plan autorizado por la Superintendencia Nacional de Salud.

i. En caso de cancelación de la afiliación al Plan de Beneficios en Salud.

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. A discreción de **FAMISANAR** no se efectuará la terminación solicitada por **EL CONTRATANTE**, cuando exista mora en el pago de una o más cuotas, 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. Igualmente, 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, respecto de uno cualquiera de los usuarios 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 de él 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 incluido en el módulo básico, previamente autorizados, cesarán inmediatamente las obligaciones de **FAMISANAR** respecto del contratante y de los usuarios que hubieren ocasionado la terminación del presente contrato.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA. AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS. **FAMISANAR** expedirá la autorización de servicios para las atenciones y/o procedimientos que así lo requieran, de acuerdo con la descripción de coberturas del presente contrato. En todo caso podrá negar o revocar en cualquier tiempo la correspondiente autorización.

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA. 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).

Dicho restablecimiento en ningún caso modificará la fecha de vencimiento del contrato. **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 o, 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. 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 o preexistencia 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 PRIMERA. CAMBIO DE DIRECCIÓN. EL CONTRATANTE deberá informar por escrito a **FAMISANAR** cualquier cambio en la dirección de correspondencia. Todas las comunicaciones relacionadas con el presente contrato se remitirán a la última dirección notificada por **EL CONTRATANTE**. **FAMISANAR** no será responsable, en ningún caso, por la remisión de correspondencia a la dirección antigua cuando **EL CONTRATANTE** hubiera incumplido con la obligación de comunicar su nueva dirección y dará por conocido para todos los efectos, el contenido de dicha correspondencia.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA. VALOR Y FORMA DE PAGO. El valor del presente contrato será el resultado de aplicar el precio unitario definido en el anexo de tarifas por el número de usuarios incluidos.

EL CONTRATANTE se obliga para con **FAMISANAR** a pagar en forma anticipada la tarifa correspondiente de acuerdo con el número de los usuarios que se incluyan a la forma de pago que escoja. **EL CONTRATANTE** será responsable frente a **FAMISANAR** por el pago total del contrato o de las cuotas del mismo. En caso de inclusión o exclusión de usuarios se modificará el valor de este contrato.

Las tarifas por usuario serán reajustadas en enero de cada año, independientemente de la fecha de anualidad de cada contrato. Para lo anterior, informará a **EL 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.

Parágrafo. Se mantendrá la política de descuentos con el usuario siempre y cuando no se modifiquen las condiciones que originaron el descuento.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA. TRASLADO A OTRO CONTRATO. En el evento en que **EL CONTRATANTE** pierda el vínculo de subordinación 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 para impartir su aceptación o rechazo. En caso de ser aceptada, su nuevo contrato se regirá 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.

Parágrafo. En el evento en que el usuario presente solicitud al Plan de Atención Complementaria de **FAMISANAR**, y se encuentre inscrito en un Plan Voluntario de Salud de otra entidad, **FAMISANAR** estudiará la solicitud para impartir su aceptación o rechazo.

CLÁUSULA VIGÉSIMO CUARTA. PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD. Para la celebración o renovación del presente contrato, todos y cada uno de los usuarios deberán estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud del régimen contributivo de EPS Famisanar S.A.S, de acuerdo con lo establecido en el inciso primero del Artículo veinte (20) del Decreto 806 de 1998, compilado en el Decreto 780 de 2016 Artículo 2.2.4.4, demás normas que lo adicionen modifiquen o sustituyan. Dicha afiliación deberá mantenerla activa el usuario durante toda la vigencia del contrato.

PARÁGRAFO PRIMERO. El contratante manifiesta que él y los beneficiarios del presente contrato se encuentran debidamente afiliados al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Sin embargo, para la eficacia de éste contrato, **FAMISANAR** verificará dichas afiliaciones. De no hacerlo responderá por la atención integral que sea demandada según los términos del artículo veinte (20) del Decreto 806 de 1998 compilado en el Decreto 780 de 2016, y demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan. **FAMISANAR** queda exceptuada de ésta obligación, cuando el contratista o los usuarios se desafilien del Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud con posterioridad a la fecha de celebración o renovación del presente contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA. 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 entes de control o de regulación.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA. NEGACIÓN DEL SERVICIO: En caso de negación del servicio por no cobertura del Plan de Atención Complementaria, se imprime formato de negación de servicios y se informará al usuario la causal por la cual se niega, si se trata de un servicio que tiene la cobertura por el Plan de Beneficios en Salud, se autoriza la atención, de lo contrario, es decir si se encuentra excluido del plan de beneficios en salud, se brinda la información necesaria al usuario para que realice el trámite ante el Comité Técnico Científico de Famisanar.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉPTIMA. DOMICILIO CONTRACTUAL. Para todos los efectos legales este contrato tiene como domicilio contractual el registrado en los datos básicos.

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

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	SOLUCIÓN 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



Famisanar | PAC
EPS

Planes de Atención Complementaria