



# MANUAL DEL USUARIO

PÓLIZA DE HOSPITALIZACIÓN  
Y CIRUGÍA DRUMMOND LTD.

2014 -2015

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA

VIGILADO

**AON**  
Empower Results®

**Allianz** 



**DRUMMOND LTD.**  
COLOMBIA



# TABLA DE CONTENIDO

- ▶ 1. PRESENTACIÓN
- ▶ 2. GLOSARIO – DEFINICIONES
- ▷ 3. GUÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS.
  - 3.1 Grupo Asegurable
  - 3.2 Requisitos de Afiliación
  - 3.3 Solicitudes de ingreso desistidas o no afiliados
  - 3.4 Ingresos de nuevos afiliados a la Póliza. Novedades
  - 3.5 Retiros
  - 3.6 Requisitos para permanecer en el programa.
  - 3.7 Beneficios y coberturas de la Póliza
  - 3.8 Exclusiones de la póliza
- ▷ 4. RED PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD
- ▶ 5. PROCEDIMIENTO PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS
  - 5.1 Proceso de Autorizaciones
  - 5.2 Procesos de Atención
  - 5.3 Procesos de ingreso a los servicios médicos
  - 5.4 Procedimiento de reembolsos
  - 5.5 Quejas y Reclamos
- ▶ 6. PREGUNTAS FRECUENTES



PRESENTACIÓN

## Póliza de Hospitalización y Cirugía Drummond Ltd.

*Manual del usuario de servicios de salud*

Drummond Ltd. siempre ha tenido como uno de sus objetivos principales el bienestar de los trabajadores y sus familias, es por ello que de forma constante e incansable aunamos esfuerzos y arduo trabajo para la consecución de dicho objetivo. Bajo esta filosofía, desde el inicio de sus operaciones en Colombia, Drummond Ltd. ha contado con una Póliza de Hospitalización y Cirugía como alternativa adicional al Plan Obligatorio de Salud, cuyo único propósito es mejorar la accesibilidad a los diferentes servicios de salud, de acuerdo con la oferta y la red disponible en cada zona de operación.

Esta Póliza ha sido contratada directamente por Drummond Ltd. con la Aseguradora Allianz, quien es la responsable de garantizar la mejor red de prestadores de servicios de salud de acuerdo con

la disponibilidad de cada zona o área geográfica, buscando una adecuada atención y la mejor accesibilidad posible. Así mismo, en coordinación con el corredor de seguros, Aon Colombia, se realizan actividades de auditoría integral en todos los procesos de atención en salud, de tal manera que la póliza responda eficientemente a las necesidades de los usuarios.

A continuación presentamos el manual que consolida todos los aspectos importantes para acceder a dicho beneficio que ha sido creado como mecanismo de consulta y de información para todos los usuarios, con el ánimo de garantizar el conocimiento y comprensión de nuestros beneficios adicionales en salud. ▶



## 2. GLOSARIO - DEFINICIONES

**Cobertura:** Los servicios a los que el asegurado tiene derecho mediante esta póliza.

**Enajenación mental:** Estado mental de quien no es responsable de sus actos; puede ser permanente o transitorio.

**Enfermedad Congénita:** Es aquella que se manifiesta desde el nacimiento, ya sea producida por un trastorno ocurrido durante el desarrollo embrionario, durante el parto, o como consecuencia de un defecto hereditario.

**Consulta prioritaria:** Servicio de consulta externa, orientado a atender enfermedades de baja complejidad que pueden ser atendidos en el lapso de 12 a 24 horas y que no ponen en riesgo la vida de los usuarios.

**Deducible:** Es la parte inicial de los gastos causados que durante cada período de tratamiento, debe ser asumido por el asegurado.

**Exclusiones:** Toda condición, evento o elemento no cubierto bajo la presente póliza.

**Hospital o IPS (institución Prestadora de Servicios de Salud):** Establecimiento que reúne todo los requisitos técnicos para prestar atención a los enfermos y que esté debidamente reconocido y registrado de acuerdo con las disposiciones legales.

La palabra acompañada de un asterisco (\*) se encuentra en el glosario con su significado.

**Interferón:** Son proteínas producidas naturalmente por el sistema inmunológico de la mayoría de los animales como respuesta a agentes patógenos, tales como virus y células cancerígenas, estas incrementan la capacidad de las células sanas para resistir a nuevas infecciones por virus.

**Período de carencia:** Es el tiempo durante el cual las coberturas aún no están activas luego de la fecha de inicio de su póliza. Todo diagnóstico y/o enfermedad manifestada durante este período no estará sujeto a cobertura.

**Período de novedades:** Es el tiempo definido para ingreso de beneficiarios: el primero comprendido en el mes de Octubre, y el segundo, en el mes de Abril de cada año.

**Preexistencia:** Toda enfermedad, afección o malformación que se inicie antes de la vigencia de esta cobertura, también se incluye sus complicaciones, recidivas o secuelas, aunque estas se manifiesten con posterioridad a la celebración del contrato y hayan sido declaradas o no en la solicitud del seguro.

**Recidivas:** Es la reaparición de una enfermedad poco después del periodo de convalecencia.

**Reticencia:** Inexactitud sobre las declaraciones de asegurabilidad que, conocidas por la Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del contrato. (Artículo 1058 del Código de Comercio).

**Rubro:** Son los valores en pesos asignados a los diferentes servicios contemplados en la cobertura de gastos varios de la póliza.

**UPC adicional:** Unidad de Pago por Capitación, es el valor que el cotizante debe pagar por cada uno de los beneficiarios adicionales diferentes al grupo familiar básico que tenga inscrito en la EPS, tales como, abuelos, sobrinos, nietos, hermanos, hijos entre los 18 y 25 años, que no sean estudiantes de tiempo completo o que no estén en condición de discapacidad.

**Urgencias:** Alteración física y/o psíquica producida por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere la atención inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras.

**Triage:** Es la clasificación internacional de las urgencias cuyo objetivo es definir la prioridad de la atención del paciente en una institución hospitalaria:

- **TRIAGE I:** Pacientes con eventos graves que amenazan su vida o su integridad física o mental, y cuya supervivencia depende de la oportunidad de la atención médica, por lo que deben ser conducidos de inmediato a la sala de procedimientos.

- **TRIAGE II:** Pacientes con patologías que requieren atención en los quince (15) minutos siguiente a su ingreso, dado que la no atención oportuna representaría un peligro inminente para la vida, provocando al paciente complicaciones o secuelas graves.

- **TRIAGE III:** Son pacientes que no deben ser atendidos de inmediato pero que su estado amerita que sean vistos dentro del mismo día de la consulta (Consulta Prioritaria\*).

- **TRIAGE IV:** Pacientes que no requieren valoración por urgencias. Deben ser remitidos a la consulta externa para recibir atención. ▶



### 3. GUÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS

#### 3.1 GRUPO ASEGURABLE: ¿Quiénes pueden afiliarse a la Póliza?

**AFILIADO PRINCIPAL:**  
Empleado de Drummond Ltd. desde el momento de su vinculación laboral mediante contrato vigente y mientras dure esta relación con la compañía.

**BENEFICIARIOS:**

- El cónyuge o compañero (a) permanente.
- Hijos solteros menores de 18 años. Los hijos cuyos nacimientos hayan estado cubiertos por la póliza, tendrán cubrimiento inmediato, sin embargo, para conservar la cobertura\* de enfermedades congénitas\*, deberán registrarse dentro de los primeros treinta (30) días de vida. Los hijos cuyos nacimientos hayan estado fuera de la cobertura\* de la póliza, deberán efectuarse examen médico de ingreso y asegurabilidad.
- Hijos mayores de 18 y menores de 27 años solteros sin hijos, previa acreditación de escolaridad y dependencia económica de los trabajadores.

La palabra acompañada de un asterisco (\*) se encuentra en el glosario con su significado.

- Hijos discapacitados por lesiones físicas o mentales, incluidos y autorizados previamente en el programa por la aseguradora y por Drummond Ltd. a través de la certificación de dicha discapacidad emitida por la EPS correspondiente (sin límite de edad).
- Los trabajadores solteros sin hijos, podrán ingresar a sus padres siempre y cuando sean menores de 70 años, cumplan con los exámenes médicos de ingreso y sean aceptados por la aseguradora.
- Los trabajadores que ingresen casados y deseen afiliar a sus padres, lo pueden hacer siempre y cuando cumplan con los

requisitos de asegurabilidad, sean menores de 70 años y autoricen a nómina de Drummond Ltd. el descuento por cada progenitor adicional.

- Para los trabajadores que ingresaron solteros a la compañía y que suscribieron y recibieron los beneficios del seguro para sus padres, cuando cambian de estado civil o desean ingresar un hijo al seguro, pueden solicitar que sus progenitores continúen siendo asegurados, autorizando que se les descuente por nómina un cobro mensual adicional que anualmente fija la empresa para estos casos, quedando bajo la condición de progenitores adicionales.

	TRABAJADOR		
	OPCIÓN 1	OPCIÓN 2	OPCIÓN 3
	<b>CASADO/ UNION LIBRE</b>	<b>SOLTERO CON HIJOS</b>	<b>SOLTERO SIN HIJOS</b>
	Cónyuge	Hijos solteros hasta 27 años	Progenitores hasta 70 años
	Hijos solteros hasta 27 años	Progenitores hasta 70 años	
	Progenitores hasta 70 años		
<b>Toda persona que ingresa, requiere practicarse exámenes médicos de asegurabilidad.</b>			
<b>Para las opciones 1 y 2 el trabajador que voluntariamente desee incluir a sus progenitores dentro de su grupo familiar asegurado, deberá realizar el pago de prima adicional para cada uno de estos, a través de descuento por nómina.</b>			



### **3.2 REQUISITOS DE AFILIACIÓN Y ASEGURABILIDAD: Documentos generales:**

- **FORMULARIO DE AFILIACIÓN A LA PÓLIZA DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA Y DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD:**

Es un documento privado que debe ser firmado por el asegurado principal, a través del cual otorga autorización a la Aseguradora Allianz, para que los médicos e instituciones que posean datos sobre la salud de los solicitantes, los suministren a la Aseguradora, quien utilizará dicha información exclusivamente para fines del seguro de salud, guardando plena confidencialidad sobre la misma. Así mismo, se declara en este documento bajo gravedad de juramento, que las respuestas sobre el estado de salud de los solicitantes son exactas, completas, verídicas y que cualquier omisión, o inexactitud será tratada de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio: “El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia\* o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurado, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro”.

- **EXAMEN DE ASEGURABILIDAD:**

Es un examen médico que se realiza a todos los aspirantes a beneficiarse con la Póliza de Hospitalización y Cirugía previo al ingreso, con el fin de conocer su estado de salud.

Para los trabajadores, aplica para el aseguramiento como exámenes pre-laborales, el examen médico y aquellos servicios complementarios que se realizan en las Unidades de Salud de la Compañía. En caso de que la Aseguradora considere necesario exámenes y/o valoraciones adicionales para confirmar el estado

de salud, el representante de Aon Colombia – Corredor de seguros disponible en las diferentes sedes operativas (Mina – Puerto), realizará la orientación y explicación necesaria para practicarse los exámenes y acordar las citas y los lugares de valoración médica requeridos por la Aseguradora.

Para los beneficiarios, Allianz tiene contratados profesionales de aseguramiento en salud que realizan exámenes médicos a todos los aspirantes de acuerdo a la edad y el sexo. Se han establecido exámenes y requisitos para verificar el estado de salud previo al ingreso al programa y podrán solicitarse historias clínicas y exámenes adicionales si así se considera necesario.

Las órdenes de las valoraciones y solicitudes de exámenes serán entregadas por el recurso humano de Aon (Corredor de Seguros) en Mina y Puerto durante el proceso de la contratación.

Como consecuencia del examen de asegurabilidad pueden fijarse condiciones pre-existentes (enfermedades conocidas y no conocidas antes del ingreso a la póliza) que implicarían la no cobertura\* o de acuerdo al riesgo, que la persona no sea elegible para el aseguramiento o afiliación a la póliza.

AON ha dispuesto profesionales en salud que orientan y explican a los afiliados los alcances del aseguramiento. En el evento de inquietudes sobre las mismas, el afiliado podrá solicitar la revisión del caso ante la aseguradora o a través de requerimiento al recurso humano de Aon disponible en cada sede operativa (Mina – Puerto) y/o en oficinas operativas (Valledupar – Santa Marta – Barranquilla – Bogotá). En caso tal que el trabajador y sus beneficiarios al momento de ingresar a la compañía cuenten con un plan adicional de salud (ej. Medicina prepagada, póliza de HyC) y presenten certificación

de antigüedad y preexistencias\* cuya fecha de expedición no sea superior a 30 días, podrá obtener continuidad en la póliza, siempre y cuando la aseguradora al realizar la valoración respectiva, verifique que el plan o coberturas\* sean homologables y acepte asumir el riesgo, lo cual es potestativo de la aseguradora.

- **CERTIFICADO DE ESCOLARIDAD:**

Aplica para hijos entre los 18 y 27 años de edad. Debe especificar que el aspirante o beneficiario estudie en jornada diurna con intensidad horaria no menor a 20 horas/semanales. Esta certificación debe ser emitida por una entidad educativa debidamente reconocida por el Ministerio de Educación Nacional. Aquellos hijos que en razón a sus estudios y por obligaciones curriculares deban tener prácticas empresariales, podrán permanecer dentro del cubrimiento de la póliza, siempre y cuando suministren el certificado de prácticas expedido por la empresa donde se encuentre realizándolas. Es el único caso donde se acepta que el beneficiario esté registrado en la EPS como cotizante.

Si trabajan o son padres de familia no serán amparados por la póliza.

El certificado de escolaridad se debe presentar al momento de ingresar a la póliza, y se exigirá también durante la vigencia de la póliza dos veces al año por cada semestre enero - febrero y julio – agosto, o en los meses que la Compañía determine solicitarlos.

- **AFILIACIÓN AL POS (PLAN OBLIGATORIO DE SALUD):**

Se entiende como afiliación al Plan Obligatorio de Salud el hecho de estar activo en una E.P.S (Entidad Promotora de Salud). El certificado de afiliación a la EPS debe ser expedido con una fecha no superior a 30 días calendario.

En caso de discapacidad, se exige la certificación emitida por la EPS directamente, donde conste la limitación.

La palabra acompañada de un asterisco (\*) se encuentra en el glosario con su significado.

• **COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA:**

El suministro al momento de la afiliación de la copia de la historia clínica aplica para los beneficiarios con el propósito de conocer todos los antecedentes diagnosticados y confirmados para el proceso de suscripción. Esta puede corresponder a la última valoración médica que haya tenido en el último año. En caso de no tenerlas disponibles o en ciudades lejanas, lo debe comunicar al momento de entregar los documentos.

Si sus beneficiarios cuentan con un plan complementario de salud y presentan certificación de antigüedad y preexistencias\* emitida por la entidad prestataria no tendrán que entregar historia clínica. Sin embargo, Allianz Seguros determinará si el plan presentado es homologable al plan de la póliza, y en caso de no aceptación, la historia clínica será requisito para estudiar una eventual vinculación al programa.

• **EDADES DE INGRESO A LA PÓLIZA:**

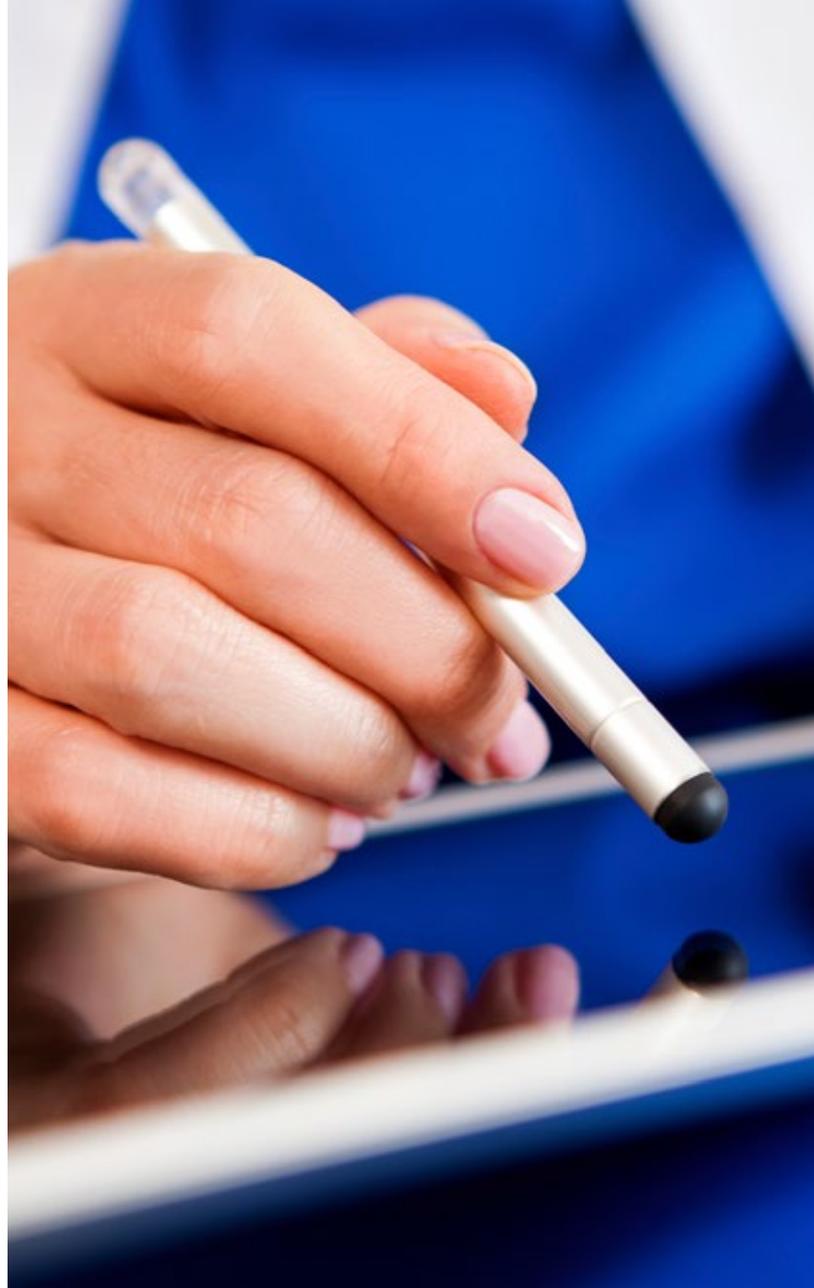
Todos los asegurados menores de 70 años de edad con permanencia ilimitada en el seguro, mientras se mantenga vigente la relación laboral del afiliado principal o trabajador con Drummond Ltd.

• **REQUISITOS POR TIPO DE PARENTESCO:**

Para conocer el detalle de los documentos y requisitos a cumplir de acuerdo con el parentesco y edad, consulte la tabla resumida con cada detalle que se expone a continuación. La letra “x” ubicada en las casillas, señala los documentos que el beneficiario debe presentar:

**3.3 SOLICITUDES DE INGRESOS DESISTIDAS**

Si pasados 45 días calendario del ingreso del afiliado principal al programa, sus beneficiarios no han completado el proceso de afiliación (valoración médica de ingreso, entrega de resultados



REQUISITO	TIPO DE USUARIO							
	TRABAJADOR	CONYUGE O COMPAÑERA (O) PERMANENTE	RECIEN NACIDO CON COBERTURA MATERNIDAD	RECIEN NACIDO SIN COBERTURA MATERNIDAD	HIJOS MENORES DE 18 AÑOS	HIJOS MAYORES DE 18 AÑOS	HIJOS MAYORES DE 25 AÑOS	PROGENITOR
Formato de Afiliación y Declaración de estado de salud.	X	X	X	X	X	X	X	X
Documento de Identidad Vigente.	X	X	X	X	X	X	X	X
Fotocopia de Registro Civil del Trabajador.								X
Fotocopia de Registro Civil del beneficiario.			X	X	X	X	X	
Certificado de Nacido vivo.			X	X				
Copia de la Epicrisis de la madre			X	X				
Historia clínica de la EPS		X		X	X	X	X	X
R.C. de Matrimonio ó Declaración Extra juicio de la unión.		X						
Certificado de afiliación POS (Plan Obligatorio de Salud) o EPS	X	X	X	X	X	X	X	X
Certificado de Escolaridad						X	UPC adicional	
Certificado de discapacidad Otorgado por el POS (Plan Obligatorio de Salud) o EPS						X	X	
Autorización descuento por nomina (Trabajador casado, o soltero con hijos).								X

. Para mayores de 7 años y menores de 18 Tarjeta de identidad. Mayores de 18 años Cédula de ciudadanía.  
 . El certificado de afiliación a EPS debe ser de una entidad del régimen contributivo, no será válido un prestador de régimen subsidiado, ni Sisben.  
 . El registro civil de matrimonio o extrajuicio de unión debe ser expedido con una fecha no superior a 60 días calendario.  
 . El certificado de Escolaridad debe especificar jornada e intensidad horaria, no menor a 20 horas semanales.  
 . Si cuenta con el certificado de antigüedad y preexistencia de un plan adicional de salud, lo puede presentar siempre que no supere los 30 días de expedición.

de exámenes solicitados), se considerará que no tienen interés en afiliarse y se darán como desistidos automáticamente, caso en el cual sólo podrán solicitar su ingreso en el próximo periodo de novedades\*.

#### • ESTADO DE ASEGURABILIDAD:

Completados los trámites de asegurabilidad satisfactoriamente y entregada la documentación a la aseguradora, ésta cuenta con veinte (20) días calendario para formalizar el ingreso de los beneficiarios y comunicar las preexistencias\* determinadas (si las hubiere) o para declarar no asegurable al aspirante. El afiliado principal y sus beneficiarios recibirán por escrito sus condiciones de asegurabilidad en la póliza a través del recurso humano de Aon disponible en cada una de las sedes.

### 3.4 INGRESOS DE BENEFICIARIOS A LA PÓLIZA.

#### A. INGRESOS EN CUALQUIER MOMENTO

• A la contratación directa por Drummond Ltd. de un trabajador en cualquier momento y el grupo familiar designado por éste.

• Los hijos del trabajador que al nacer entren a formar parte del grupo familiar, serán asegurables siempre y cuando la maternidad haya sido objeto de cobertura\* de la póliza. Los padres tendrán plazo de 30 días calendario contados a partir del día del nacimiento para legalizar su ingreso. Vencido el plazo de los 30 días calendario, podrán ingresar en el período de novedades\* siguiente y perderá el amparo de enfermedades congénitas\*. Se evaluará como un usuario nuevo.

• Los hijos en adopción que entran a formar parte del grupo familiar, son asegurables mediante la presentación de la resolución de naturalización o adopción y documento de otorgamiento de la adopción del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

• El cónyuge que entre a formar parte del grupo familiar, entendiéndose que el trabajador se encontraba soltero al momento de realizar la solicitud del beneficio. Debe presentar registro civil de matrimonio.

#### PARA TENER EN CUENTA:

Los nuevos familiares o personas que por causas diferentes al nacimiento, tales como adopción, matrimonio o dependencia económica entren a formar parte del núcleo familiar y cumplan con las condiciones de asegurabilidad, serán cubiertos a partir de la fecha de aceptación del riesgo por parte de la aseguradora mediante comunicado al asegurado principal.

Para estos ingresos en cualquier momento, es importante que el trabajador los solicite dentro de los 30 días calendario posteriores a la fecha del nacimiento, de la adopción o del matrimonio.

#### B. INGRESO EN PERÍODOS DE NOVEDADES\*.

Existirán dos períodos de novedades\* cada año para ingreso de beneficiarios: el primero en el mes de Octubre y el segundo, en el mes de Abril. Los meses en los que se lleva a cabo el período de novedades\*, podrán ser modificados por requerimiento de Drummond Ltd., quién informará oportunamente a los afiliados principales.

Beneficiarios que ingresan en este período:

#### a. INGRESOS NUEVOS

Todos los beneficiarios, progenitores, cónyuges e hijos que acrediten los requisitos de asegurabilidad (de acuerdo con el cuadro página 11).

#### b. INGRESO DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE:

Aplica siempre que el cónyuge o compañero (a) permanente no haya sido amparado anteriormente en el grupo familiar del trabajador. En caso que el trabajador cambie de cónyuge, para afiliarse a su nuevo compañero (a), deberá hacer la solicitud de retiro del beneficiario actual en la póliza con el respectivo formato diseñado para tal fin, el cual puede ser solicitado al recurso Aon de cada sede.

#### c. POR REINGRESO

• Para los hijos mayores de 18 y menores de 27 años que hayan perdido su condición de beneficiarios en razón a la no acreditación de escolaridad y/o requisitos de ley, podrán reingresar, como usuarios nuevos, en el siguiente período de novedades\*, siempre y cuando acrediten escolaridad, dependan económicamente del trabajador y se practiquen el respectivo examen de asegurabilidad.

• Los beneficiarios que por algún motivo no se realizaron a tiempo los exámenes médicos de ingreso al momento de realizar por primera vez su solicitud de afiliación o durante el anterior período de novedades\* y se sometan nuevamente a los requisitos médicos de asegurabilidad, ingresarán como usuarios nuevos.

• Aquellos beneficiarios que hayan sido excluidos de la póliza por no acreditar la afiliación vigente en una EPS del régimen contributivo.

#### PARA TENER EN CUENTA:

Todos los casos anteriores de reintegro de beneficiarios a la póliza, ingresarán como nuevos y deberán cumplir con los requisitos de asegurabilidad, perdiendo la antigüedad y asumiendo los cambios que se puedan dar en las condiciones de asegurabilidad.

Recuerde avisar cualquier novedad que ocurra en su grupo familiar asegurado al representante de Aon, ubicado en las unidades operativas de Mina y Puerto, quien brindará la asesoría en cada caso, ya sea por ingreso o retiro (nacimiento, adopción, matrimonio, divorcio o fallecimiento), dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la novedad.

### 3.5 RETIROS

• Los retiros de beneficiarios pueden realizarse en cualquier momento del año. Para realizar la solicitud de retiro, el empleado (Afiliado Principal) debe diligenciar el formato de retiro de beneficiarios, donde deberá especificar a quiénes retira y el motivo de la decisión.

• La solicitud de retiro de uno o varios de sus beneficiarios de la póliza por voluntad del trabajador hace que estos usuarios no puedan volver a ingresar a la póliza. Estos retiros pueden realizarse en cualquier momento mediante solicitud expresa y escrita del Asegurado Principal.

• Los retiros que obedezcan a la no presentación de requisitos de

escolaridad o certificación de afiliación a EPS durante la vigencia de la póliza, solo podrán ingresar en el período de novedades\*.

### 3.6 REQUISITOS PARA PERMANECER EN EL PROGRAMA

Afiliado principal: Mientras tenga contrato de trabajo vigente con Drummond Ltd. Colombia.

Beneficiario: Siempre y cuando el afiliado principal así lo considere, o mientras el afiliado principal tenga contrato de trabajo vigente con Drummond Ltd.

Hijos: Hijos solteros mayores de 18 y menores de 27 años con dependencia económica del trabajador siempre y cuando no tengan hijos, que sean estudiantes de tiempo completo con una intensidad mínima de 20 horas semanales en jornada diurna, en establecimiento reconocido por el Ministerio de Educación Nacional. Los estudiantes en práctica podrán presentar certificación que acredite la intensidad y su asegurabilidad deberá contar con el Visto Bueno de Recursos Humanos de Drummond Ltd.

Todos los beneficiarios de la póliza están obligados a mantener vigencia en una EPS de régimen contributivo, al no estar al día con este requisito podrán ser retirados de la póliza en cualquier momento.

Los trabajadores y beneficiarios, deberán estar pendientes en los sitios de trabajo, oficinas de la aseguradora y del corredor Aon Colombia, de las campañas y fechas para entregar dichos soportes.

### Cuadro de aplicación para campañas de escolaridad:

RECUERDE QUE EL CERTIFICADO DE ESCOLARIDAD DEBE ESPECIFICAR MÍNIMO 20 HORAS DIURNAS SEMANALES DE ESTUDIO. DEBE SER UNA INSTITUCIÓN AVALADA POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL	CUMPLIMIENTO ESCOLARIDAD HIJOS MAYORES DE 18 AÑOS Y MENORES DE 27 AÑOS			
	DOCUMENTO	APLICA	CONDICIÓN	AFILIACIÓN O CONTINUIDAD EN LA PÓLIZA
	CERTIFICADO DE ESCOLARIDAD	SI	SI NO ESPECIFICA HORAS Y JORNADA ES OBLIGATORIO APORTAR HORARIO ACADÉMICO	SI, MÁS CERTIFICACIÓN EPS VIGENTE COMO BENEFICIARIO
	CERTIFICADO EPS BENEFICIARIO	SI	ACTUALIZADO	SI, MÁS CERTIFICADO DE ESCOLARIDAD
	CERTIFICADO EPS CABEZA DE FAMILIA	NO	SE ENTIENDE QUE EL ESTUDIANTE YA TIENE HIJOS BAJO SU RESPONSABILIDAD Y NO PODRÁ SER AMPARADO POR LA PÓLIZA	NO
	CERTIFICADO EPS UPC ADICIONAL	SI	ES UN PAGO ADICIONAL QUE DEBE REALIZAR EL TRABAJADOR EN LA EPS DONDE ESTE AMPARADO SU GRUPO FAMILIAR, Y SE REALIZA POR AQUELLOS HIJOS MAYORES DE 25 AÑOS QUE DEPENDAN ECONÓMICAMENTE DE ESTE	SI CUMPLE LA CONDICIÓN DRUMMOND LTD, REALIZARÁ EL ANALISIS DEL CASO
CERTIFICADO EPS COTIZANTE	NO	LA ÚNICA OPCIÓN QUE HAY PARA QUE EL ESTUDIANTE SEA ACEPTADO EN ESTA CONDICIÓN, ES QUE SE ENCUENTRE REALIZANDO PRÁCTICAS ACADÉMICAS EN UNA EMPRESA Y LO ACREDITE CON UNA CERTIFICACIÓN DE LA MISMA.	SI CUMPLE LA CONDICIÓN DRUMMOND LTD, REALIZARÁ EL ANALISIS DEL CASO	
<b>IMPORTANTE:</b> AL MOMENTO DE APORTAR EL CERTIFICADO DE ESCOLARIDAD DEBE ENTREGAR COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN VIGENTE EN CASO DE QUE EL BENEFICIARIO CAMBIE DE TIPO DE IDENTIFICACIÓN				

Los hijos discapacitados permanentemente por lesiones físicas o mentales, que hayan sido aceptados por Allianz y cumplan la edad de retiro, podrán continuar con el servicio según las condiciones pactadas. La certificación de discapacidad permanente expedida por la Entidad Promotora de Salud (EPS) será exigible por una única vez y de acuerdo con el diagnóstico que genere la incapacidad, la aseguradora podrá solicitar nueva certificación que deberá ser emitida por la EPS correspondiente con la cual valorará la condición de salud del beneficiario.

### **3.7 BENEFICIOS Y COBERTURAS DE LA PÓLIZA DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA**

#### ***BENEFICIO DE AMPARO AUTOMÁTICO:***

Desde el momento de nacer la relación laboral, todo empleado de Drummond Ltd. Colombia queda protegido por la póliza de Hospitalización y Cirugía, por lo tanto, Allianz otorgará amparo automático al empleado de Drummond Ltd. Colombia, desde la firma del contrato de trabajo con la empresa y desde el momento en que la compañía notifique su ingreso a la póliza. Entiéndase amparo automático, como la afiliación a la póliza de Hospitalización y Cirugía en el mismo momento que firma contrato con Drummond Ltd. y es conocido por la aseguradora. Como consecuencia del examen de ingreso practicado por la Compañía, pueden fijarse condiciones pre-existentes (enfermedades conocidas y no conocidas antes del ingreso a la póliza) que implicarían la no cobertura\* de acuerdo al riesgo.

Así mismo tendrá amparo automático el recién nacido cuyo nacimiento haya estado bajo la cobertura\* de la póliza. Cuando el recién nacido no sea objeto de cobertura\* o nazca por fuera de la póliza deberá tramitar su afiliación y presentar examen médico de ingreso.

#### ***COBERTURAS:***

El afiliado tendrá acceso a los beneficios definidos en el presente manual a través de los médicos e instituciones adscritas al directorio médico de Allianz para la póliza de hospitalización y cirugía contratada por Drummond Ltd.

#### ***A. Hospitalización:***

Cuando el afiliado requiera atención hospitalaria será atendido en una institución de la Red contratada, previa autorización para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades que sean objeto del seguro y no sean pre-existentes. La aseguradora garantizará el pago de los servicios de cama hospitalaria en habitación individual, de acuerdo con la disponibilidad en las instituciones y el pago de la cama de la unidad de cuidado intensivo durante el tiempo que la pertinencia de la atención lo requiera.

A este servicio se puede acceder cuando un médico especialista de la red de las ramas clínica o quirúrgica, considera que la condición del paciente requiere exclusivamente atención hospitalaria y/o quirúrgica para diagnóstico y tratamiento definitivo. Esta cobertura\* será otorgada siempre y cuando la causa no sea pre existente.

Ejemplo: Un menor presenta síntomas respiratorios marcados y fiebre, es valorado por el pediatra en su consultorio quien determina que debe estar hospitalizado. Con la orden médica expedida por el médico tratante, el usuario se dirige directamente a la Entidad Hospitalaria adscrita o perteneciente a la red, quien valida o comprueba derechos a través de la línea médica, quien emite la autorización correspondiente.

La palabra acompañada de un asterisco (\*) se encuentra en el glosario con su significado.

Los servicios de hospitalización también pueden originarse directamente de las atenciones de urgencias\* cuando la enfermedad lo amerite, caso en el cual el trámite de autorización se realiza en forma interna entre la clínica y la aseguradora.

#### ***Cama de Acompañante o Enfermera Especial:***

Para menores de 15 y mayores de 65 años. Para otras edades siempre y cuando haya sido autorizado y justificado por el médico tratante. Se aclara que no se cubren elementos ni servicios no relacionados con la recuperación del paciente, tales como, kits de aseo, servicio de teléfono, servicio de comedor, toallas, pañales etc.

#### ***Servicios Hospitalarios:***

Allianz reconocerá los gastos ocasionados durante la hospitalización por:

Exámenes diagnósticos, imagenología, análisis de laboratorio, procedimientos quirúrgicos objeto de cobertura\* de la presente póliza, insumos hospitalarios, interconsultas, oxígeno, yesos, transfusiones, nutrición, medicamentos intrahospitalarios, maternidad, honorarios médicos, ambulancia terrestre (excluida ambulancia aérea) y demás servicios necesarios para la recuperación del enfermo cuando los ordene el médico tratante, hasta por una suma que no exceda la estipulada en la cobertura\* para tal fin, y que será informada al momento de estar hospitalizado.

Ejemplo: Un usuario es hospitalizado en entidad adscrita a la red por enfermedad objeto de cobertura\* de la póliza, inicia su tratamiento según indicaciones médicas, cuyos costos serán asumidos por la póliza hasta un monto de \$ 5.225.200.



Una vez supere este valor, el usuario tendrá que asumir un deducible\* del 20% sobre el mayor valor de la cobertura\* antes enunciada. Es decir, si mi atención hospitalaria tiene un costo hasta de \$ 5.225.200 el usuario no paga ningún valor adicional. Si el costo total asciende, por ejemplo, a \$9.225.200, se le restan los \$ 5.225.200 de la cobertura\* al 100%, quedando un valor excedente de \$4.000.000, en este caso la aseguradora cancela a la entidad hospitalaria el 80% que corresponde a \$3.200.000 y el usuario deberá cancelar \$800.000 correspondiente al 20% del excedente.

Cualquier duda o inquietud podrá ser consultada con el recurso humano de Aon Colombia en cada sede, quienes realizan visita a las entidades hospitalarias de lunes a viernes.

#### **B. Cobertura\* para Cáncer:**

Se cubrirán los servicios relacionados con gastos hospitalarios, honorarios médicos y quimioterapia. Se incluyen los medicamentos ambulatorios para efectos secundarios del tratamiento de cáncer, así como los exámenes especiales de diagnóstico que serán reconocidos a través del amparo de gastos varios y exámenes especiales, respectivamente.

Ejemplo: En el evento de que un usuario padezca esta enfermedad, los tratamientos ambulatorios inicialmente serán cubiertos por este beneficio hasta una suma de \$19.663.100 al 100% por cada vigencia.

En el evento de que en la vigencia se supere esta cifra, la póliza cubrirá el 80% de los tratamientos, hasta un valor de \$111.300.800 correspondientes a la cobertura\* de alto costo que tiene disponible la póliza para tal fin.

Ejemplo: Si los gastos del usuario por tratamiento de cáncer son hasta \$19.663.100 el asegurado no pagará deducible\*. Si el tratamiento o la hospitalización por este motivo cuesta

\$30.663.100, se le restan los \$19.663.100 de la cobertura\* al 100% quedando un valor excedente de \$11.000.000, caso en el cual la aseguradora cancela a los prestadores el 80% que corresponde a \$8.800.000 y el usuario deberá cancelar \$2.200.000 correspondientes al 20% del excedente.

#### **C. Cobertura\* de maternidad:**

La Compañía ampara los gastos derivados del embarazo, control prenatal, parto o cesárea y atención del recién nacido, así como los tratamientos para el control de la natalidad, siempre y cuando el embarazo se inicie después de 30 días de ingreso de la asegurada principal o de la cónyuge o compañera permanente inscrita en la póliza,

Ejemplo: Una paciente embarazada presenta manifestaciones clínicas de que va a iniciar su trabajo de parto, asiste a urgencias obstétricas en clínica o entidad adscrita a la red de la aseguradora, e inicia el proceso de su atención hospitalaria. Al nacer su hijo, este va también a recibir la atención especializada que requiera. En relación a los gastos hospitalarios se regirán por las coberturas\* descritas en este beneficio (Ver gastos hospitalarios).

#### **D. Servicios Ambulatorios.**

Se ofrece en las ciudades y/o poblaciones donde la Aseguradora tenga contratados servicios de medicina general con acceso permanente y en horario hábil. Se ofrecen los servicios de:

- Consulta Médico General
- Consulta de Promoción y Prevención (Estos servicios no afectan rubros\*).

#### **E. Gastos Varios:**

La aseguradora cubrirá los gastos incurridos por los servicios descritos a continuación únicamente dentro de la red médica adscrita para tal fin.

- Consulta Médica Especializada de acceso directo y de acceso por remisión médica.
- Terapias (Ortóptica, pleóptica, ocupacional y de lenguaje).
- Medicamentos.

Esta cobertura\* tendrá un límite máximo contratado por familia/año, el cual se calcula multiplicando el valor asegurado de cada beneficiario del grupo familiar, considerándose como un valor global que puede ser utilizado por uno o varios miembros del grupo familiar según la necesidad.

Valor primer rubro\* por usuario: \$ 768.663 año. Cobertura\* del 100% sin pago de excedente.

Como este rubro\* es familiar, el valor debe ser multiplicado por el total de integrantes que conforman el grupo familiar así:

Un solo afiliado: \$ 768.663 año  
Dos afiliados: \$ 1.537.326 año  
Tres Afiliados: \$ 2.305.989 año

Una vez agotado este primer rubro\*, la familia podrá acceder a un segundo tope por valor de \$843.602 por afiliado, este rubro\* tiene un deducible o excedente del 20% que deberá ser cancelado por el usuario al prestatario en el momento de recibir el servicio.

Este valor se calcula también multiplicándolo por cada miembro del grupo familiar.

Ejemplo (1):

Si el trabajador es soltero y no tiene beneficiarios, podrá utilizar servicios de consultas especializadas, terapias y medicamentos hasta por un valor de \$768.663 sin pago de deducible\*. Si este



mismo trabajador soltero agota este primer rubro\* y requiere autorizaciones por \$1.268.663, se le restan los \$768.663 de la cobertura\* al 100% quedando un valor excedente de \$500.000 caso en el cual la aseguradora asume el 80% que corresponde a \$400.000 y el usuario deberá cancelar \$100.000 que corresponde al 20% del excedente.

Ejemplo (2):

Si el trabajador tiene afiliada a su esposa (o) y un hijo, el valor total de su primer rubro\* es de: \$2.305.989 (Rubro\* individual por año \$768.663 multiplicado por los tres miembros del grupo familiar), por lo tanto si las tres personas o una de ellas requirió servicios por este valor la aseguradora lo asume al 100%.

Si algún miembro del grupo familiar demanda servicios por un mayor valor, estos deberán ser reconocidos por la aseguradora al 80% y el usuario deberá cancelar el 20% restante. Esta cobertura\* es la única que aplica a la bolsa familiar.

#### **F. Exámenes especiales de diagnóstico:**

Se ofrecen:

- Laboratorios e imágenes diagnósticas simples y de mayor complejidad siempre y cuando sean ordenados por un médico de la red y tengan pertinencia médica.
- Estudios de Medicina Nuclear.
- Estudios de patología.
- Procedimientos Ambulatorios de cardiología, neumología, neurología, otorrinolaringología, gastroenterología, oftalmología, y las mencionadas en el clausulado de la póliza.

Estos servicios se cubrirán al 100% por usuario año, hasta un valor de \$1.699.189. Una vez se supere dicho valor, existe una segunda capa por valor de \$ 915.100 frente a la cual, el usuario deberá cancelar al prestatario el 20% de deducible\* en el momento de recibir el servicio. Para este rubro\* no aplica el factor familiar, es por usuario año.

Ejemplo:

A un usuario le ordenan exámenes de laboratorio por valor de \$700.000 por primera vez durante la vigencia. La aseguradora cancelará el 100% de este servicio. Posteriormente le ordenan exámenes por valor de \$1.200.000 para un total de \$ 1.900.000. La aseguradora reconocerá hasta el 100% de \$1.699.189 que es el valor de la cobertura\* al 100% y el saldo de \$ 200.811 será reconocido al 80% por la aseguradora, debiendo pagar el usuario al prestador al momento de recibir el servicio la suma de \$ 40.160 que corresponde al 20% del deducible\* o excedente.

#### **G. Terapias:**

La Aseguradora autorizará los gastos por tratamiento de terapia física, respiratoria y fonoaudiología hasta 45 sesiones por asegurado al año, siempre que tengan pertinencia médica y que sean ordenadas por un médico de la red de Allianz o EPS u otras pólizas de salud, y cuando el diagnóstico haya sido cubierto por la presente Póliza.

#### **H. Prótesis y aparatos ortopédicos:**

La aseguradora dará cobertura\* a los insumos o elementos externos de soporte, que permiten reemplazar u optimizar la capacidad orgánica y funcional suprimida en un ser humano.

Serán cubiertas por Asegurado/Año, hasta un valor máximo de \$13.552.500 previa autorización y únicamente si tienen relación directa con enfermedades o eventos amparados por la póliza de hospitalización y cirugía. Si el costo es mayor a la cobertura\* otorgada por la póliza, el excedente deberá ser cancelado al 100% por el usuario. No aplica deducible.

#### **I. Urgencias\*:**

Se ofrece la cobertura\* de la atención de urgencias\* médicas en la red contratada para cada población.

Para la atención médica de urgencias\*, los servicios clasifican a los pacientes de acuerdo a la gravedad del motivo de consulta. Esto se conoce como Triage\*, entendiéndose como Triage\* 1 y 2, problemas médicos que absolutamente requieren la atención médica inmediata por atentar contra la vida e integridad del

usuario, y como Triage\* 3 y 4, motivos de consulta que pueden ser solucionados en un servicio de consulta ambulatoria que pueden dar espera para ser atendidos ya que no está en peligro inminente la vida del paciente. Para los últimos casos, el usuario está obligado a pagar un copago o deducible\* que será informado por la Entidad proveedora del servicio.

#### **J. Cobertura\* de Alto Costo:**

La póliza cuenta con un rubro\* denominado Alto Costo, el cual ha sido creado para dar cobertura\* a todos los eventos hospitalarios que por diagnóstico y/o complejidad y pertinencia superen la cobertura\* de gastos hospitalarios de \$5.225.200.

El límite Máximo para este amparo es de \$111.300.800, está establecido por vigencia año y por asegurado, para cualquier patología que supere los amparos descritos y se indemnizará al 80%, siendo asumido por el usuario el 20% del valor total del tratamiento o atención hospitalaria. (Ver ejemplo gastos hospitalarios).

#### **K. Medicamentos para el Tratamiento de enfermedades de Alto costo.**

Los medicamentos prescritos por un especialista de la Red de prestadores o de la EPS a la que esté afiliado el usuario, para el tratamiento de las enfermedades definidas dentro del Plan Obligatorio de Salud como de “Alto costo” (Cáncer, Sida, Insuficiencia renal, trasplante de órganos, reemplazos articulares, tratamientos quirúrgicos para enfermedades del corazón, Sistema Nervioso central, congénitas\*, trauma mayor y gran quemado), serán cubiertos por espacio de tres meses, los cuales serán contados a partir de la fecha en que se inicie el suministro de cada medicamento, tiempo en el cual el trabajador deberá adelantar los trámites y solicitudes necesarias para que el sistema de seguridad social asuma esta obligación.





## **COBERTURAS ADICIONALES:**

### **Auxilio de maternidad:**

Si la maternidad fue objeto de cobertura\* de la póliza y culmina por parto normal o cesárea y no se afectó la cobertura\* de la póliza por asumir la atención la EPS, o una entidad prestataria de salud, Allianz reconocerá un auxilio económico cuyo valor será informado por el recurso humano de Aon disponible en cada sede o por la Aseguradora en las diferentes sedes y/o puntos de atención.

### **Auxilio de Exequias:**

Allianz pagará un auxilio económico que opera exclusivamente mediante reembolso, con la presentación del Certificado de Defunción expedido por la autoridad competente.

Si el fallecido es un beneficiario, dicho auxilio se pagará al Asegurado principal. Si el fallecido es el Asegurado Principal, se pagará a los beneficiarios en los porcentajes determinados por el empleado en el formato de Designación de Beneficiarios de la póliza de Vida grupo contratada por Drummond Ltd. Colombia, o en su defecto, los de ley.

## **3.8 EXCLUSIONES\* DE LA PÓLIZA:**

La presente póliza no ampara los gastos relacionados con el tratamiento de las afecciones que tengan origen o estén relacionadas con alguna de las siguientes causas:

- Cirugía y/o tratamientos estéticos para fines de embellecimiento, cirugía plástica, así como sus secuelas, estudios y/o complicaciones.

- Tratamientos quirúrgicos y/o médicos de enfermedades congénitas\*, así como sus secuelas, estudios y/o complicaciones. Se cubrirán las patologías congénitas\* de los hijos que nazcan bajo la cobertura\* de la póliza siempre que su ingreso se registre de acuerdo con las estipulaciones contenidas en la póliza, con excepción del SIDA.

- Enfermedades o eventos pre-existentes al momento de la inclusión del asegurado a la presente póliza, sus tratamientos, estudios, secuelas y/o complicaciones.

- Diagnóstico, tratamiento hospitalario de urgencias\* y/o ambulatorio, de secuelas y/o complicaciones de todas las enfermedades mentales incluido el intento de suicidio, las lesiones auto infligidas, incluyendo aborto provocado y todos los eventos derivados o asociados con la ingesta voluntaria de sustancias no formuladas por médicos.

- Diagnóstico, tratamiento, secuelas y/o complicaciones de adicción a drogas, alucinógenos, sustancias que no tengan indicación y formulación médica, así como el alcoholismo y sus consecuencias. También serán exclusiones\* las lesiones causadas en estado de enajenación mental\*.

- Exámenes, cirugías, extracciones, obturaciones y en general el tratamiento de afecciones de origen dental, así como las afecciones de la articulación temporomaxilar. No se considera accidente las fracturas dentales causadas por la ingestión de alimentos.

- Tratamientos médicos, quirúrgicos y/o hospitalarios relacionados con defectos de refracción visual y suministro de anteojos, así como sus secuelas, recidivas\*, recaídas o y/o complicaciones.

- Tratamientos relacionados con fertilidad o infertilidad o procedimientos de fertilización asistida y disfunción eréctil, con excepción de la Ligadura de Trompas y la Vasectomía, que sí tendrán cobertura\*. Quedan excluidos los tratamientos de reconstrucción de trompas o de conductos espermáticos.

- Lesiones ocasionadas por la comisión de un delito o por la violación de normas legales; las recibidas en actos de guerra (declarada o no), revolución, sedición, conmoción civil, terrorismo y huelga. Las lesiones sufridas como consecuencia de fenómenos catastróficos por causas naturales y las lesiones inmediatas o tardías causadas por fisión o fusión nuclear.

- Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en el desempeño de funciones como asalariado.

- SIDA. Únicamente será cubierto a través del amparo de Alto Costo y con periodo de carencia\* de dos años.

- No se autorizarán medicamentos para tratamientos estéticos, o que correspondan a medicinas alternativas u homeopáticas.

- Tampoco se consideran medicamentos las vacunas, los alérgenos, las vitaminas, a menos que sean ordenadas para diagnóstico de carencia vitamínica debidamente soportada, no se cubrirán las vitaminas formuladas como suplemento nutricional; medicamentos para disfunciones sexuales, los suplementos alimenticios y en general, los tratamientos de inmunoterapia. Se cubren exclusivamente los medicamentos reconocidos por el INVIMA. ▽

La palabra acompañada de un asterisco (\*) se encuentra en el glosario con su significado.

## 4. RED DE ACCESO A LOS DIFERENTES SERVICIOS:

Para acceder a los diferentes servicios ambulatorios y hospitalarios de la póliza, la Aseguradora cuenta con una amplia red de especialistas e instituciones prestadoras de servicio de salud así:

### Especialidades de Acceso Directo:

#### Valledupar, Santa Marta y Barranquilla

Medicina general, Promoción y Prevención, Oftalmología, Urología, Dermatología, Otorrinolaringología, Ginecología, Pediatría, y Ortopedia.

**San Juan del Cesar:** Medicina General. Ginecología, Pediatría.

**Chiriguaná:** Medicina General y Pediatría.

**Curumaní:** Medicina General y Ginecología.

**La Jagua de Ibirico y Bosconia:** Medicina General

**Ciénaga:** Medicina General, Pediatría y Ginecología.

**Bogotá:** Medicina General, Medicina Interna, Ginecología y Pediatría. A través del Centro Médico de la Aseguradora. Valoración y Autorizaciones Médico Drummond Ltd.

**Cartagena:** Medicina General y Pediatría.

**Bucaramanga:** Medicina General, Pediatría y Ginecología.

Los profesionales médicos de la Mina y Puerto son considerados como médicos puerta de entrada o acceso directo, quienes serán los encargados de orientar al asegurado para hacer uso del programa.

NOTA: Para acceder a las demás especialidades y subespecialidades (Cardiología, Neumología, Psiquiatría, Neurocirugía, Neurología, Endocrinología, Gastroenterología, Anestesiología, Cirugía, Fisiatría, entre otras) debe llevar remisión de los especialistas o profesionales de acceso directo.

Resto del país: Se accede directamente al especialista contratado en la red de la Aseguradora, el cual puede ser consultado en la página web de la aseguradora [www.allianz.co](http://www.allianz.co) y/o comunicándose al Call Center o acudiendo a los diferentes puntos de atención de la aseguradora a nivel nacional.

### Red Hospitalaria \*

Las entidades hospitalarias para la atención de los usuarios de Drummond Ltd. se encuentra establecida en la red de la Aseguradora Allianz, la cual podrá ser consultada en la página web de la aseguradora [www.allianz.co](http://www.allianz.co) y/o comunicándose al Call Center. A continuación damos a conocer la red en las ciudades principales de mayor utilización a saber:

NOTA: Para mayor información de la red de especialistas de acceso directo y la red hospitalaria en cada ciudad, usted podrá solicitar información, orientación y/o copia de la red disponible actualizada, dirigiéndose a las oficinas de Aon Corredores de Seguros de Mina, Puerto, Valledupar, Barranquilla, Santa Marta y Bogotá. Lo anterior en virtud a la dinámica de ingresos, retiros y cambio de domicilio o datos de contacto de los especialistas o de las instituciones que prestan dichos servicios. La compañía aseguradora podrá cambiar la red mencionada según conveniencia y de mutuo acuerdo con Drummond Ltd.

La palabra acompañada de un asterisco (\*) se encuentra en el glosario con su significado.

	CIUDAD					
	VALLEDUPAR	SANTA MARTA	BARRANQUILLA	MEDELLIN	BOGOTA	CARTAGENA
RED HOSPITALARIA	CLINICA VALLEDUPAR	CLINICA DEL PRADO	CLINICA ASUNCION	CLINICA CARDIOVASCULAR SANTA MARIA	CLINICA DEL COUNTRY	CLINICA MADRE BERNARDA
	CLINICA DEL CESAR	CLINICA DE LA MUJER	CLINICA DEL CARIBE	CLINICA DEL CAMPESTRE	FUNDACION SANTA FE	NUEVO HOSPITAL DE BOCAGRANDE
	CLINICA BUENOS AIRES	FUNDACION CARDIOVASCULAR	CLINICA BAUTISTA	CLINICA LAS AMERICAS	CLÍNICA DE LA MUJER	UCI DEL CARIBE
	INSTITUTO CARDIOVASCULAR DEL CESAR	PERFECT BODY	CLINICA PORTO AZUL	CLINICA LAS VEGAS	FUNDACIÓN CARDIO INFANTIL	BUCARAMANGA
	AMEDI	MEDICAL CARE (Atención Domiciliaria)	ALTOS DE SAN VICENTE	CLINICA MEDELLIN	CLINICA MARLY	CLINICA CHICAMOCHA
			CLINICA DE LA COSTA	FUNDACION INSTITUTO NEUROLOGICO DE MEDELLIN	CLINICA PALERMO	CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS
			HOGAR SALUD (Atención domiciliaria)		CLINICA LA COLINA	
			CLINICA EL BOSQUE			
	FUNDACION SHAIQ					

Nota: Tener en cuenta que la red descrita puede ser actualizada y/o modificada de acuerdo a la contratación de la aseguradora.

### **Red de Servicios de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico:**

Usted podrá acceder a esta información al momento de solicitar el servicio en el punto autorizador o sucursal de la aseguradora de cada ciudad o llamando al Call center.

### **Red de Droguerías:**

Para la dispensación de medicamentos la aseguradora cuenta con una red de proveedores según la oferta de cada ciudad, cuyo domicilio o ubicación deberá igualmente ser confirmada a través del Call Center.

### **Valledupar**

Olímpica, Audifarma

### **San Juan del Cesar, La Jagua, Curumaní, Bosconia, Chiriguaná**

La Economía

### **Santa Marta**

Olímpica, Droguería Universal, Audifarma

### **Ciénaga**

Olímpica, Droguería Universal

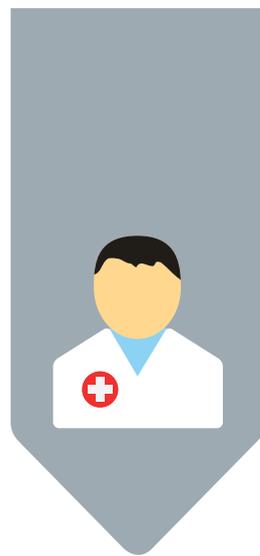
### **Barranquilla**

Olímpica, Farmavida

### **Bucaramanga, Cartagena y Bogotá**

Olímpica

En las ciudades donde hay punto autorizador de la aseguradora usted podrá igualmente recibir información. La compañía aseguradora podrá cambiar la red mencionada según conveniencia y de mutuo acuerdo con Drummond Ltd. ▷



## 5. PROCEDIMIENTOS PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS:

### *GENERALIDADES*

Para acceder correctamente a los servicios contratados en la póliza de Hospitalización y Cirugía, usted deberá tener en cuenta los siguientes aspectos generales, según la ciudad de residencia y el servicio solicitado así:

1. Para acceder a consultas médicas de acceso directo en cada ciudad, solicite su cita previa a través del Call Center o comunicándose con el prestatario directamente, según corresponda.

2. Siempre debe presentar el documento de identificación del usuario.

3. En todo caso, el Call Center o prestatario, deberá validar derechos con la aseguradora comprobando identidad del usuario, coberturas\* y red disponible.

4. Para acceder a los servicios de diagnóstico, exámenes especializados o valoraciones por otras especialidades, usted siempre deberá llevar y presentar la remisión u orden médica del profesional de acceso directo con la cual la aseguradora emitirá la autorización del servicio.

5. Con la autorización usted podrá acceder a los servicios, solicitando cita a través del call center o en el prestatario directamente cuando aplique.

6. En caso de hospitalización la autorización se tramitará internamente entre el proveedor y la aseguradora.

7. Para reclamar medicamentos:

En las ciudades de Valledupar, Santa Marta y Barranquilla usted deberá acercarse al punto autorizador de la Aseguradora ubicado en cada ciudad en horario hábil para la autorización y posterior reclamación.

En caso de urgencias u horario no hábil, usted podrá acercarse a la droguería más cercana, donde deberá presentar identificación, fórmula legible con diagnóstico, firma y sello del médico tratante, documentos con los cuales se verificarán derechos y pertinencia de la fórmula, para entrega final de medicamentos.

En las demás ciudades, tales como Bogotá, Bucaramanga, Medellín y municipios cercanos el procedimiento es el siguiente:

- Comuníquese con el call center para verificar la ubicación de la droguería más cercana de acuerdo con su conveniencia.

- Acuda a la droguería con la fórmula médica, la cual debe llevar explícito el diagnóstico y tiempo de evolución, junto con el documento de identidad del afiliado que requiere el servicio.

- El proveedor se comunicará con la aseguradora quien valida derechos, expide o informa la autorización y cuando sea necesario, informa cobertura\* y si aplica, el deducible\* a cancelar.

- Tener en cuenta que el tiempo máximo para reclamar antibióticos es de 24 horas y para otros medicamentos es de 5 días calendario. Después de este tiempo la fórmula perderá validez.

7. Para acceder a servicios en la Ciudad de Bogotá, favor tener en cuenta adicionalmente a lo expuesto, lo siguiente:

- Todas las cirugías y procedimientos de alta complejidad deberán tener autorización y remisión expresa del Director Médico de la Póliza en Bogotá (Drummond Ltd.), quien dará la orientación necesaria para que el usuario pueda tramitar la autorización en el punto de la aseguradora ubicado en la Clínica del Country.

- Si usted solicita los servicios ordenados por los médicos puerta de entrada con otro prestador, debe validar que esté adscrito a la red de la aseguradora, solicitando información en el centro médico o a través del call center. El prestador validará la orden y junto con el documento de identificación, se comunicará con la aseguradora para comprobar derechos y procederá a emitir la autorización y/o a presentar el servicio.

- Al momento de asignar la cita o prestar el servicio, el proveedor informará igualmente la cobertura\*, y si aplica pago de deducible\* por el servicio en caso de agotar el rubro\*.

8. En otras ciudades del país donde no exista la disponibilidad de médicos puerta de entrada, solicite su servicio comunicándose a través del Call Center o consultando la red de prestadores a través de la página web de la aseguradora.

## 5.1 Proceso de Autorizaciones

Los médicos puerta de entrada o de acceso directo, serán los encargados de expedir las órdenes de los servicios que usted requiera y que se deriven de la consulta, con los cuales el usuario deberá dirigirse al punto autorizador para la gestión correspondiente. Allí le darán el direccionamiento necesario.

Recuerde que los médicos de acceso directo no direccionan el prestador de los servicios que solicitan, sólo expiden la orden médica, con la cual el usuario se debe dirigir al punto autorizador para solicitar los servicios y recibir la autorización correspondiente.

Las remisiones a médicos especialistas, exámenes paraclínicos, exámenes especiales de diagnóstico, terapias y medicamentos deben ser ordenadas y/o prescritas previamente por los médicos adscritos.

## 5.2 Proceso de Atención:

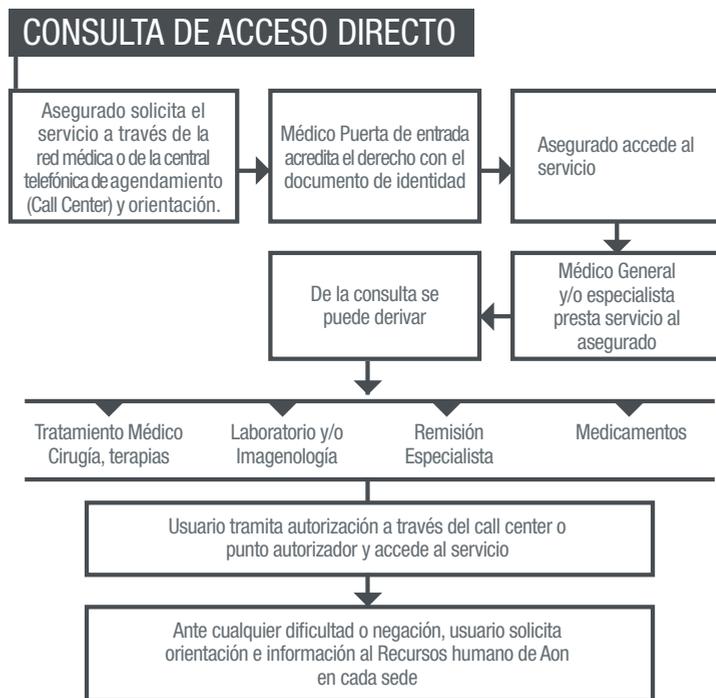
En las ciudades de Valledupar, Cartagena, Barranquilla, Santa Marta, Bucaramanga y Bogotá se encuentran los médicos puerta de entrada contratados para la póliza, quienes serán los encargados de generar la atención correspondiente y de emitir las solicitudes que se deriven de la atención.

En otras ciudades del país, Allianz tiene a disposición de los asegurados de Drummond Ltd., médicos y otros profesionales de la salud adscritos a la red en todas las especialidades a los cuales se accederá de manera directa. Estos proveedores pueden ser consultados a través de la página web de la aseguradora.

Si desea información adicional de la red médica de Allianz puede comunicarse con la Línea Nacional de Allianz al número: 018000510989 de manera gratuita y en Bogotá 5941122.

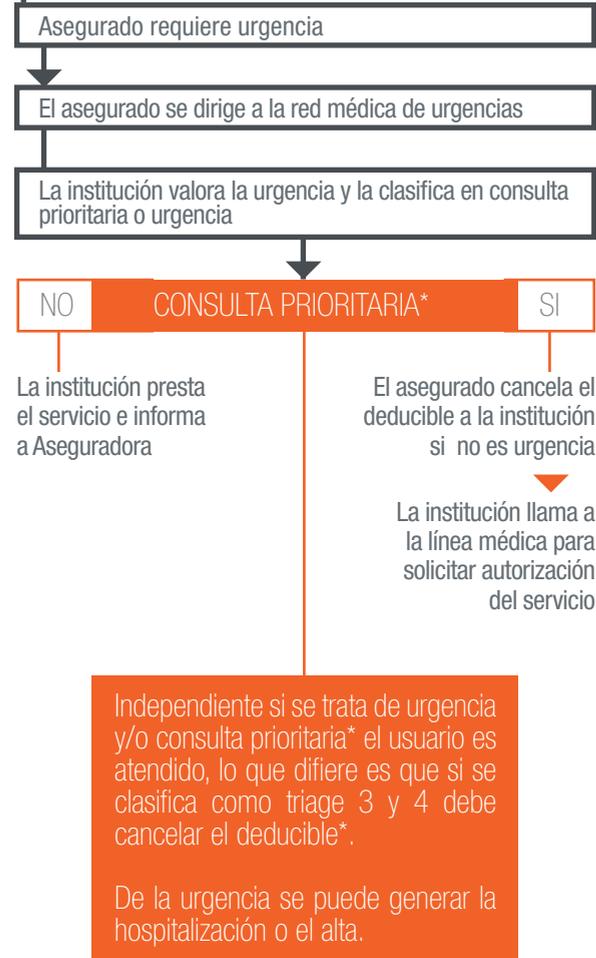
## 5.3 Proceso de Ingreso a los Servicios Médicos

Para acceder a los diferentes servicios médicos que le ofrece su póliza de hospitalización y cirugía tenga en cuenta seguir los siguientes pasos:



La palabra acompañada de un asterisco (\*) se encuentra en el glosario con su significado.

## URGENCIAS



## 5.4 Proceso de Reembolsos:

Para tramitar los reembolsos relacionados con auxilios de maternidad y/o exequias usted deberá tener en cuenta:

- PARA AUXILIO DE MATERNIDAD:
  - Certificado de recién nacido vivo. - Registro civil de nacimiento.
  - Formato de transferencia. - Formato solicitud de reembolso clara y completamente diligenciada. - Certificación y/o copia de la factura de la atención de la maternidad de la EPS.

- PARA AUXILIO DE EXEQUIAS:
  - Formato de transferencia. - Formato solicitud de reembolso clara y completamente diligenciada. - Certificado de defunción.
  - Copia de la declaración de seguro de vida de la compañía actual.

Allianz podrá solicitar documentos adicionales que se requieran para evaluar la solicitud de reembolso.

Después de haber recibido y aprobado las reclamaciones, la aseguradora reembolsará los gastos cubiertos por esta Póliza al afiliado principal, a sus beneficiarios de ley o a otra persona con el consentimiento formal por escrito y autenticado por parte del trabajador, a más tardar al mes siguiente de la fecha de radicación de los documentos completos a la aseguradora.

Para tramitar el reembolso podrá entregar los documentos al personal de Aon dispuesto en Valledupar, Santa Marta y Barranquilla o en la sede de trabajo.

### 5.5 Proceso quejas, reclamos y sugerencias:

Para manifestar sus inquietudes, quejas o inconformidades, estas serán recibidas y/o radicadas a través del recurso humano de Aon disponible en todas las sedes a saber:

#### OFICINA AON VALLEDUPAR:

Calle 16 N. 12-67 Teléfono: (+57-5) 43932

#### OFICINA AON MINAS:

Mina Pribbenow, Drummond Ltd. Teléfono: (+57-5) 19300 Ext. 8580

#### OFICINA SANTA MARTA

Carrera 6 N. 23-52 Oficina 108 Edificio Temmis.  
Teléfono: (+57-5) 4230667

#### OFICINA PUERTO

Puerto Drummond, Ciénaga.. Teléfono: (+57-5) 4328000 Ext. 8075.

#### OFICINA BARRANQUILLA:

Carrera 56 N. 72-144 Edificio Allianz.  
Teléfono: (+57-5) 3582001 Ext. 5032

#### OFICINA BOGOTÁ:

Carrera 11 N. 86-53 Edificio Segovia piso 4.  
Teléfono: (+57-1) 6381700 ext. 2006

También podrá presentarlas directamente en los puntos autorizadores de la Aseguradora disponibles en cada Ciudad y/o en la Oficina de Recursos Humanos de Drummond en cada sede y/o Ciudad. ▶



## 6. PREGUNTAS FRECUENTES:

### ¿QUÉ DEBO HACER SI VOY A RETIRARME DE LA COMPAÑÍA Y DESEO CONTINUAR CON UNA COBERTURA\* SIMILAR EN SALUD?

Allianz ofrece, dentro de su portafolio de productos, pólizas individuales de salud que pueden ser adquiridas por el ex empleado, con el fin de mantener la continuidad de aseguramiento para él y su grupo familiar. Este servicio es totalmente independiente y no guarda ninguna relación o vínculo con Drummond Ltd. de tal manera que los costos asociados deberán ser asumidos por el ex empleado. Puede solicitar mayor información en las sedes de Aon de cada ciudad, Minas y/o Puerto.

### ¿QUÉ DEBO HACER CUANDO MI HIJO CUMPLA LOS 25 AÑOS?

Para que su hijo entre 25 y 27 años pueda permanecer como beneficiario en la póliza de hospitalización y cirugía deberá acreditar:

- 1) Certificado de escolaridad que cumpla con los requisitos de jornada, horas e institución educativa.
- 2) Afiliación a la EPS como beneficiario a través del pago de la UPC\* Adicional, que debe ser asumida por el empleado.
- 3) En todo caso, el hijo debe ser soltero y a su vez no tener hijos.

### ¿QUÉ ES UPC\* ADICIONAL?

Es el valor que el cotizante o trabajador debe pagar por cada uno de los beneficiarios adicionales que tenga inscritos en la afiliación al Plan Obligatorio de Salud. Los valores de dicho pago están establecidos por las EPS y dependen de la edad y de la ciudad de residencia.

### ¿QUÉ PASA SI MI HIJO(A) TIENE HIJOS O ESTÁ EN EMBARAZO?

Su hijo(a) será excluido(a) de la póliza. En caso de querer continuar con un plan adicional de salud, deberá realizar los trámites como

La palabra acompañada de un asterisco (\*) se encuentra en el glosario con su significado.

independiente, teniendo en cuenta no pasar de 30 días calendario, para que le pueda ser otorgada la continuidad en planes adicionales de salud.

### **¿QUÉ SUCEDE SI ME SEPARO O DIVORCIO DE MI CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE?**

Al presentarse separación o divorcio de su cónyuge debe reportarlo a Drummond Ltd. y al recurso humano de AON, adjuntando el formato de retiro respectivo. Tener en cuenta que una vez retirado, no podrá volver a ingresar.

### **¿QUÉ SUCEDE SI CAMBIO DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE?**

Si cambia de compañero (a) permanente y en su lugar quiere afiliarse a la póliza a su nuevo compañero (a) debe entregar el formato de retiro establecido para excluir al beneficiario que tiene amparado en la actualidad.

Si su deseo es afiliarse a su nuevo compañero (a) debe radicar la solicitud de seguro junto con los requisitos de afiliación únicamente en las fechas establecidas en el periodo de novedades\* (Ver condiciones de afiliación).

Todos los cambios relacionados con el núcleo familiar deben ser notificados al recurso humano de Aon Colombia.

### **¿CUÁNTO TIEMPO TENGO PARA AFILIAR A MI HIJO?**

30 días calendario contados a partir del nacimiento, aportando todos los soportes del nacimiento, de tal manera que pueda gozar de las coberturas\* de enfermedades congénitas\* si nace cubierto por la póliza o acceder al examen de asegurabilidad si no ha sido cubierto por la misma.

### **¿QUÉ DOCUMENTO UTILIZO PARA LA ATENCIÓN DE MI HIJO RECIÉN NACIDO BAJO COBERTURA\* DE PÓLIZA?**

El documento de identidad de la madre hasta los 30 días calendario. Posterior a ello, el Registro Civil de Nacimiento.

### **¿QUÉ PASA SI UNO DE MIS BENEFICIARIOS FALLECE?**

Debe recién reportarlo a Drummond Ltd. y al recurso humano de AON, adjuntando el formato de retiro respectivo junto con los documentos necesarios para acceder al beneficio de auxilio de exequias. Este reporte es importante puesto que en caso de que sea un progenitor adicional se solicita al Departamento de Nómina que suspenda el descuento, de lo contrario, si no lo reporta, el valor de la prima que viene pagando le seguirá siendo descontado.

### **¿QUÉ DEBO HACER PARA SOLICITAR EXPLICACIÓN DE MIS PRE EXISTENCIAS O LA NO ASEGURABILIDAD DE ALGÚN MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR?**

Si usted no está de acuerdo con el contenido de la carta de exclusión emitida por Allianz donde se informan las condiciones pre existentes o la no asegurabilidad, debe dirigir una solicitud de estudio al representante de Aon disponible en cada sede, firmando el consentimiento para acceder a su historia clínica, posterior a lo cual le será explicado por personal calificado de cada sede o ciudad, la justificación de sus pre existencias o la no asegurabilidad, en un término no mayor a 30 días calendario.

### **¿SI REQUIERO COPIA DE MI HISTORIA CLÍNICA, CÓMO LA PUEDO OBTENER?**

Si es de la EPS a la cual Ud. o su familiar está afiliado para ingresar a la póliza, la puede solicitar previo diligenciamiento de formato de solicitud que toda institución tiene para tal fin. Recuerde que sólo la puede pedir el titular o si es menor de edad, uno de sus padres.

La palabra acompañada de un asterisco (\*) se encuentra en el glosario con su significado.



Si la historia clínica solicitada es la correspondiente a atenciones generadas por medicina general de la póliza, se debe dirigir al punto de autorización de la aseguradora o a las oficinas de Aon en cada sede, donde deberá diligenciar y firmar el formato para acceder a dicho documento. Sólo le será entregado al titular o bajo autorización escrita de su familiar.

En caso de necesitar la historia clínica de un especialista de la red médica de Allianz, ésta debe ser solicitada directamente al prestatario.

### **¿SI SE NIEGA ALGÚN SERVICIO O PROCEDIMIENTO, DÓNDE RECIBO ORIENTACIÓN?**

Debe presentar su requerimiento de forma escrita, telefónica o presencial en las oficinas de Aon de cada sede, donde analizarán cada caso y emitirán respuesta y/o solución con el acompañamiento y orientación respectiva.

### **¿SI REQUIERO CONOCER LA RED O EL NOMBRE DE MÉDICOS Y DIRECCIÓN DE DROGUERÍAS, CÓMO PUEDO OBTENER LA INFORMACIÓN?**

Puede solicitar la información en las sedes de Aon de cada ciudad, Minas y/o Puerto, donde entregarán copia de la red disponible y atenderán favorablemente sus inquietudes. También puede comunicarse a nivel nacional la línea 018000510989.

### **¿QUÉ SUCEDE CON LA COBERTURA\* DE MIS PROGENITORES CUANDO CAMBIO DE ESTADO CIVIL O TENGO HIJO(S) POR PRIMERA VEZ?**

Para los trabajadores que ingresaron solteros a la compañía y que suscribieron y recibieron los beneficios del seguro para sus padres, cuando cambian de estado civil o desean ingresar a un hijo al seguro, pueden solicitar que sus progenitores continúen

siendo asegurados, autorizando que se les descuenta por nómina un cobro mensual adicional, que anualmente fija la empresa para estos casos, quedando bajo la condición de progenitores adicionales. El valor será estipulado e informado por Drummond y recurso humano de Aon al momento de la afiliación.

#### ¿CÓMO PUEDO CONOCER LA RED DE PROFESIONALES E INSTITUCIONES A NIVEL NACIONAL?

Puede consultarla a través de la página [www.allianz.co](http://www.allianz.co), allí encontrará el acceso al directorio médico, luego puede buscar la información por departamento, por especialidad y por servicio. También puede solicitar información comunicándose a la línea nacional gratuita 018000510989 y en Bogotá 5941122.

#### ¿CÓMO PUEDO SABER EL MONTO DE LAS COBERTURAS\* NO CUBIERTAS AL 100% EN RED?

Esta información suele ser suministrada por los prestatarios al momento de emitir la autorización de servicios, en caso de duda o querer conocer la información de la disponibilidad de rubros\* y/o en que se ha consumido dicho rubro\*, lo puede solicitar a través de las oficinas de la aseguradora en cada ciudad o solicitando información a los correos electrónicos enunciados anteriormente correspondiente al recurso humano de Aon Colombia en cada sede y/o ciudad.

#### ¿CÓMO PUEDO ACCEDER AL SERVICIO DE CONSULTA MÉDICA DOMICILIARIA?

La aseguradora oferta dicha atención en las ciudades donde hay red disponible, para tal fin usted deberá solicitar su atención comunicándose con el call center.

#### ¿PUEDO ACCEDER A SERVICIOS EN OTRA CIUDAD?

Se puede acceder en el territorio nacional donde exista red de Allianz, podrá recibir información a través de la línea médica 018000510989.

Tenga en cuenta que los gastos como traslado y alojamiento no están cubiertos por la póliza y/o Drummond Ltd.

#### ¿SI MI HIJO TRABAJA? / ¿SI MI HIJO HACE PRÁCTICA? / ¿SI MI HIJO ESTÁ AFILIADO A UNA EPS COMO COTIZANTE?

El beneficio solo será otorgado, si el trabajo o la práctica hace parte de su carrera universitaria o estudio tecnológico, caso en el cual deberá acreditar los soportes de escolaridad y el pago de UPC\* adicional a la EPS del titular o trabajador.

#### ¿SI PRESENTO ACCIDENTE DE TRABAJO, TENGO COBERTURA\*?

Este evento deberá ser atendido por su EPS inicialmente y luego por la Administradora de Riesgos Laborales de la Empresa. Tanto los accidentes de trabajo como las enfermedades profesionales calificadas o en proceso de calificación, no son objeto de cobertura\* de la póliza.

#### ¿SI PRESENTO ACCIDENTE DE TRÁNSITO, TENGO COBERTURA\*?

Este evento deberá ser atendido por medio de la cobertura\* del SOAT, Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito. ►

La palabra acompañada de un asterisco (\*) se encuentra en el glosario con su significado.

