

CIRCULAR REGLAMENTARIA INTERNA DGS - 13



MANUAL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE SALUD

Fecha: viernes, 23 de diciembre de 2022

Destinatario: Oficina Principal, Sucursales, Agencias Culturales, Imprenta de Billetes y Fábrica de Moneda

Asunto 1: Servicio de Salud

La presente Circular reemplaza en su totalidad la Circular Reglamentaria Interna UGS - 13 del 16 de marzo de 2020, correspondiente al Asunto 1 "SERVICIO MÉDICO" del Manual Corporativo del Departamento de Gestión de Salud y entra a regir a partir del 1 de enero de 2023.

Se actualiza el prefijo y el nombre de la dependencia dueña del manual a DGS "Departamento de Gestión de Salud".

Cordialmente,

LUIS FRANCISCO RIVAS DUEÑAS
Subgerente General de Servicios
Corporativos

JOSE DUDLEY TORRADO ARENAS
Director
Departamento de Gestión de Salud

La presente circular se firmó mediante la modalidad de Identidad Electrónica PKI o Certificado Digital. Si requiere validar la autenticidad e integridad de la misma o consultar el documento firmado, diríjase al Departamento de Gestión Documental del Banco de la República a través de <https://www.banrep.gov.co/es/transparencia/atencion-ciudadano> o del buzón de correo electrónico DGD-Correspondencia@banrep.gov.co

CIRCULAR REGLAMENTARIA INTERNA DGS - 13



Fecha: viernes, 23 de diciembre de 2022

Asunto 1: Servicio de Salud

1. ASPECTOS GENERALES

Los beneficios médicos que ofrece el Banco son un plan adicional y voluntario de salud, de origen prestacional y convencional, reglamentado por el Banco. Se prestan únicamente en el territorio nacional y están orientados a preservar la salud de los afiliados y beneficiarios y, a restablecerla cuando las circunstancias así lo exijan, utilizando los procedimientos técnicos y científicos que demanda la medicina ortodoxa, en los campos educativo, preventivo, curativo y rehabilitador.

Se excluye de la prestación del servicio de salud todos aquellos tratamientos que no contemple la medicina tradicional y otros que, por disposición del presente reglamento o a juicio de la institución, no contribuyan al cumplimiento del objetivo central, constituyan riesgo para la salud integral de los usuarios o no ofrezcan un margen aceptable de confiabilidad.

Dentro del concepto genérico de servicios de salud están comprendidos los servicios médicos propiamente dichos y los demás vinculados como son los quirúrgicos, hospitalarios, ambulatorios, paramédicos, entrega de medicamentos y servicios odontológicos.

La interpretación y aplicación del presente reglamento corresponde a la Dirección del Departamento de Gestión de Salud (DGS). Esta reglamentación sigue las políticas que definan el Consejo de Administración, la Gerencia General y la Subgerencia General de Servicios Corporativos, atendiendo los conceptos de los organismos científicos asesores, en los asuntos de su competencia.

De acuerdo con lo establecido por la Ley 100 de 1993, todo empleado(a) o pensionado(a) debe estar afiliado(a) a una Entidad Promotora de Salud (EPS) conjuntamente con su respectivo grupo familiar, a través de la cual tienen derecho, tanto él o ella como sus familiares debidamente inscritos, a la prestación de los servicios médicos ofrecidos por el Plan Básico de Salud, en los términos establecidos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Los beneficios médicos que ofrece el Banco no excluyen la utilización de los servicios ofrecidos por la EPS, sino que constituyen un plan adicional, el cual actualmente es prestado por una empresa de medicina prepagada (EMP), contratada para tal fin.

En consecuencia, empleados(as), pensionados(as) y familiares inscritos asumen la obligación de cumplir con la presente reglamentación y los costos que su utilización genere.

1.1 Política de tratamiento de datos personales

En cumplimiento del régimen de protección de datos personales (Ley 1266 de 2008, Ley 1581 de 2012, y el Decreto 1074 de 2015 y demás normas que los modifiquen, complementen o sustituyan), el BANCO DE LA REPÚBLICA informa su política sobre el tratamiento de los datos personales suministrados por los usuarios del servicio de salud:

Handwritten signature

Handwritten mark

CIRCULAR REGLAMENTARIA INTERNA DGS - 13



Fecha: viernes, 23 de diciembre de 2022

Asunto 1: Servicio de Salud

Datos Generales - Responsable: BANCO DE LA REPÚBLICA, NIT No. 8600052167; Oficina Principal: Bogotá D.C. Contacto: A través del Sistema de Atención al Ciudadano (SAC): puntos de atención presencial, Centro de atención telefónica (Línea gratuita nacional: 01 8000 911745), atención vía web. Para mayor información consulte la página web del Banco de la República <http://www.banrep.gov.co/atencion-ciudadano>, en la sección «Sistema de Atención al Ciudadano (SAC)».

Finalidad del tratamiento: Los datos personales que los usuarios suministren o se deriven del servicio de salud son objeto de tratamiento (recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión) con la finalidad de cumplir adecuadamente con dicho servicio, lo que incluye el control de ejecución del contrato de prestación integral de servicios de salud con la EMP contratada para dicho fin y del contrato de interventoría y/o auditoría integral de salud a cargo del Interventor contratado, lo cual podrá implicar la circulación de la información entre dichas entidades, incluyendo la construcción de indicadores y estadísticas para el seguimiento y control de la prestación de dichos servicios, así como la gestión, atención y trámite de las peticiones, quejas y reclamos de los usuarios del servicio en los términos previstos en la presente circular.

El Banco de la República está comprometido con la seguridad y protección de los datos personales y sus sistemas de gestión para manejo de información cuentan con las certificaciones vigentes ISO 9001 e ISO/IEC 27001, esta última referida a la seguridad de la información. De esta manera, buena parte de las políticas y estándares del sistema de gestión de la información de la Entidad están enfocadas a proteger la confidencialidad de la información: dispositivos de control de acceso y/o autenticación a la red, software para manejar niveles de autorización, monitorización de actividad en los sistemas y registro de estas actividades son algunos de los mecanismos que soportan estas políticas y estándares. La conservación de los documentos e información se efectúa en cumplimiento y dentro de los términos señalados en el artículo 55 de la Ley 31 de 1992.

El Departamento de Gestión en Salud cuenta con protocolos y procedimientos tendientes al cumplimiento de los principios de seguridad y confidencialidad de los datos personales, con los cuales busca impedir la adulteración, pérdida, consulta o acceso no autorizado o fraudulento de la información a su cargo.

Datos de salud: Dada la naturaleza del servicio de salud, únicamente accederá a la historia clínica de los usuarios, el prestador del servicio de salud, es decir la empresa de medicina prepagada, y los demás sujetos que autorice la ley o el titular de los datos. En caso de que el Banco de la República eventualmente llegare a recibir datos sensibles, cuyo suministro es de carácter facultativo, su tratamiento se efectuará exclusivamente para las finalidades de la prestación adecuada del servicio de salud y con medidas de seguridad y confidencialidad adecuadas por su naturaleza.

Datos personales sensibles de niños, niñas y adolescentes: Dada la naturaleza del servicio de salud, el Banco de la República puede recibir datos sensibles y datos personales de niños, niñas y

CIRCULAR REGLAMENTARIA INTERNA DGS - 13

Fecha: viernes, 23 de diciembre de 2022

Asunto 1: Servicio de Salud



adolescentes usuarios del mismo, por lo que, a través del Departamento de Gestión de Salud, velará por su uso adecuado y respetará en su tratamiento el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, la prevalencia de sus derechos fundamentales y, en lo posible, tendrá en cuenta su opinión como titulares de sus datos personales.

Ejercicio de los derechos de los titulares de los datos personales: Los titulares de los datos personales podrán acceder, conocer, actualizar y rectificar dichos datos; ser informados sobre el uso dado a los mismos y la autorización con que se cuenta para ello; presentar consultas y reclamos sobre el manejo de tales datos; revocar la autorización o solicitar la supresión de sus datos, en los casos en que sea procedente, y los demás derechos que le confiere la Constitución, la Ley y las normas que la reglamentan. Para ejercer tales derechos podrá contactarse a través de los mecanismos antes mencionados. Los procedimientos y términos para la atención de consultas, reclamos y demás peticiones referidas al ejercicio del derecho de Habeas Data seguirán lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (artículos 14 a 16).

Políticas o lineamientos generales de tratamiento de los datos personales: puede consultarse en la página web del Banco de la República <http://www.banrep.gov.co/proteccion-datos-personales> en la sección «Protección de Datos Personales – Habeas Data».

2. USUARIOS(AS)

Son usuarios(as) del servicio de salud los(as) empleados(as), pensionados(as) del Banco de la República y familiares que se encuentren inscritos. Sin embargo, la titularidad del derecho al servicio de salud consagrado en este reglamento la tienen exclusivamente los(as) empleados(as) y pensionados(as) del Banco. En ningún momento se establecen derechos propios en favor de los familiares mencionados.

2.1 Clasificación de usuarios(as)

Para efectos del reconocimiento del beneficio del servicio de salud, los usuarios se clasifican en:

2.1.1. Empleado(a): Persona que se encuentra clasificada de tal forma, por el artículo 38 de la Ley 31 de 1992 y el artículo 46 del Decreto 2520 de 1993.

2.1.2. Pensionado(a): Persona a quien el Banco le reconoce una pensión de jubilación o invalidez.

2.1.3. Sustituto(a) Pensional: Persona a quien el Banco le reconoce la condición de beneficiario(a) de una sustitución pensional y cumplen con los requisitos señalados en la presente reglamentación.

CIRCULAR REGLAMENTARIA INTERNA DGS - 13



Fecha: viernes, 23 de diciembre de 2022

Asunto 1: Servicio de Salud

2.1.4. Familiar: Persona que conforma el grupo familiar de empleado(a) o pensionado(a), que cumple, en cada caso, con los requisitos señalados en la presente reglamentación.

El Banco ofrece el servicio de salud a los familiares en consideración al vínculo con el titular empleado(a) o pensionado(a). Sin embargo, es facultad exclusiva del empleado(a) o pensionado(a) solicitar la inscripción de los familiares o renunciar a ella.

No se consideran usuarios los familiares del sustituto pensional.

3. EXÁMENES MÉDICOS Y ODONTÓLOGICOS DE INGRESO

Los exámenes de ingreso son prerrequisito para el otorgamiento de los auxilios dentro del plan de beneficios ofrecido por el Banco.

Para acceder al servicio de salud se requiere efectuar un examen médico y odontológico de ingreso, de acuerdo con el procedimiento establecido para tal fin; están dirigidos a valorar la condición de salud, realizar la apertura de las historias clínicas y establecer las correspondientes preexistencias. Estos deberán practicarse sin perjuicio de lo establecido por la Sección de Seguridad y Salud en el Trabajo del Departamento de Gestión de Salud.

Los exámenes de ingreso serán practicados por los profesionales puerta de entrada contratados por la EMP. Los costos de los desplazamientos para efectuar los exámenes de ingreso para familiares que por estricta necesidad deban ser realizados en ciudades diferentes al lugar de residencia, serán en su totalidad a cargo del empleado(a) o pensionado(a).

3.1 Hallazgos médicos y odontológicos de ingreso

Los hallazgos médicos y odontológicos detectados en los exámenes de ingreso, excepto el embarazo de las empleadas, esposas o compañeras, se consideran renuncias o preexistencias y por tanto, no dan lugar al reconocimiento de auxilios. En consecuencia, el estudio, tratamientos y las complicaciones derivadas de tales hallazgos no serán cubiertos por el servicio médico ofrecido por el Banco.

4. INSCRIPCIONES

4.1 Condiciones generales

El Banco solicitará, para cada clase de usuario(a), los documentos señalados en la presente reglamentación, sin perjuicio de requerir otros que considere necesarios para la aprobación o permanencia de una inscripción. En cualquier momento, se reserva el derecho de verificar la

Handwritten initials/signature

CIRCULAR REGLAMENTARIA INTERNA DGS - 13



Fecha: viernes, 23 de diciembre de 2022

Asunto 1: Servicio de Salud

información aportada por el titular empleado(a) o pensionado(a), mediante cruces de datos con otras áreas del Banco o entidades externas.

En caso de presentarse inconsistencias en la información o cuando de la verificación de la misma resulten novedades, el DGS solicitará al titular empleado(a) o pensionado(a) aclaración al respecto y este deberá dar respuesta a dicha solicitud, en un plazo máximo de quince (15) días hábiles. En caso de no hacerlo o que las aclaraciones no sean suficientes para el Banco, el o la beneficiario(a) no podrá acceder al servicio de salud y, adicionalmente, el titular empleado(a) o pensionado(a) deberá reembolsar al Banco los valores que la Entidad pagó a la EMP por la prestación del servicio durante el periodo que él o la beneficiaria estuvo activo sin cumplir con los requisitos reglamentarios.

Corresponde al titular empleado(a) o pensionado(a) informar sobre el cambio de las condiciones que permitieron la inscripción de su familiar, atender oportunamente el proceso de validación de requisitos y aportar los documentos que acrediten su cumplimiento cuando el DGS lo requiera. El incumplimiento de cualquiera de estas obligaciones genera el cobro al titular empleado(a) o pensionado(a) de los valores pagados por el Banco a la empresa de medicina prepagada.

Para el recaudo de los valores que correspondan al titular empleado(a) o pensionado(a), el Banco procederá a su descuento a través de la nómina, en un plazo no mayor a doce (12) meses. Sin perjuicio de lo anterior, si el titular empleado(a) o pensionado(a) solicita que el descuento se realice en un término mayor, la Dirección del DGS podrá otorgar tal plazo, siempre y cuando el mismo no supere cuarenta y ocho (48) meses, para lo cual se evaluará el impacto del descuento mensual frente a los ingresos del usuario(a). En aquellos casos en que la solicitud de plazo supere los cuarenta y ocho (48) meses, corresponde a la Subgerencia General de Servicios Corporativos autorizarlo, previo análisis y presentación del caso por parte del DGS.

Así mismo, es responsabilidad del titular empleado(a) o pensionado(a) dar aviso al DGS del fallecimiento de un familiar inscrito y presentar copia del Certificado de Defunción.

4.2 Requisitos y documentos

Todas las solicitudes de inscripción se tramitan en la ciudad en la cual labore el empleado o la empleada, donde el pensionado o la pensionada tenga autorizado el pago de la mesada pensional

o por los medios virtuales que se establezcan para tal fin y son aprobadas por el DGS; para lo cual, el titular empleado(a) o pensionado(a) debe aportar los documentos requeridos en esta reglamentación.

Las formas electrónicas, necesarias para la inscripción, se encuentran disponibles en la intranet del Banco y en la página web de los pensionados.

CIRCULAR REGLAMENTARIA INTERNA DGS - 13



Fecha: viernes, 23 de diciembre de 2022

Asunto 1: Servicio de Salud

Todo empleado(a) o pensionado(a) deberá tener activa su afiliación a una Entidad Promotora de Salud (EPS) con su respectivo grupo familiar que pretenda inscribir; así mismo, para los(as) afiliados(as) a un régimen especial de salud (régimen de excepción), tales como: Magisterio, Fuerzas Militares, Policía, Ferrocarriles de Colombia y Ecopetrol, entre otros, deberá tener activa su afiliación.

Documentos básicos

Para la inscripción al servicio se deberán aportar los siguientes documentos:

1. Fotocopia del documento de identidad.
2. Forma electrónica BR-3-385-0 «Formulario de inscripción al servicio de salud».
3. Forma electrónica BR-3-750-0 «Formato de autorización voluntaria para acceso a historia clínica y tratamiento de datos personales por la empresa interventora de los servicios de salud prestados por la empresa de medicina prepagada» (voluntario).
4. Formato de Autorización de Tratamiento de Datos Personales (voluntario)
5. Formularios y documentos que requiera la EMP en su proceso de inscripción.

4.2.1. Empleados(as)

Para la inscripción, el empleado o la empleada deberá presentar los documentos básicos descritos en el numeral 4.2.

4.2.2. Familiares

4.2.2.1. Cónyuge o compañero(a) permanente

El Banco aceptará la inscripción solo de una persona en calidad de cónyuge o compañero(a) permanente, siempre y cuando sus ingresos brutos mensuales¹ no superen cinco (5) salarios mínimos mensuales legales vigentes. El ingreso del cónyuge o compañero(a) puede provenir de una relación laboral, trabajo independiente, renta o pensión.

Para la inscripción, el titular empleado(a) o pensionado(a) deberá presentar, adicional a los documentos básicos descritos en el numeral 4.2, lo siguiente:

1. Forma electrónica BR-3-723-0 «Carta de compromiso para inscripción y/o validación de requisitos de familiares».

¹ **Ingresos brutos mensuales:** se entiende el valor total percibido en un mes sin tener en cuenta ninguna deducción o descuento.

CIRCULAR REGLAMENTARIA INTERNA DGS - 13



Fecha: viernes, 23 de diciembre de 2022

Asunto 1: Servicio de Salud

2. Soporte de los ingresos brutos mensuales del cónyuge o compañero(a) permanente, para lo cual debe presentar los documentos señalados a continuación:

Asalariados(as): Certificación expedida por la entidad en la cual labora, en la que conste el salario mensual, cuya fecha de expedición no sea mayor a treinta (30) días calendario, con el fin de verificar los ingresos del año en curso.

Independientes: Certificación en la cual consten los ingresos brutos mensuales, expedida por un(a) Contador(a) Público. Se debe anexar el Certificado de Antecedentes Disciplinarios del Contador(a), emitido por la Junta Central de Contadores.

Pensionados(as): Fotocopia del comprobante de pago del último mes.

4.2.2.2. Hijos(as)

4.2.2.2.1. Recién nacidos(as)

Para la inscripción de los hijos recién nacidos(as), el titular empleado(a) o pensionado(a) debe presentar la documentación requerida dentro de los siguientes noventa (90) días calendario, contados a partir de la fecha de nacimiento. Transcurrido este tiempo, el hijo o hija estará sujeto a la aplicación de las renunciaciones por las preexistencias que se encuentren en el examen de ingreso.

Los hijos o hijas de empleados(as) y pensionados(as) que nacen en el exterior tendrán noventa (90) días calendario desde la fecha de llegada al país para realizar la inscripción sin que sea sujeto a aplicación de renunciaciones por las preexistencias que se encuentren en el examen de ingreso.

El titular empleado(a) o pensionado(a) deberá presentar, adicional a los documentos básicos descritos en el numeral 4.2, lo siguiente:

1. Copia de Registro Civil de Nacimiento.
2. En caso de hijos(as) adoptivos(as) debe adjuntar copia de la Sentencia de Adopción.

4.2.2.2.2. Menores de 25 años

Se incluyen los hijos o hijas de empleados(as) y pensionados(as) menores de veinticinco (25) años, mientras dependan económicamente de éstos(as). Para la inscripción, el titular empleado(a) o pensionado(a) deberá presentar, adicional a los documentos básicos descritos en el numeral 4.2, lo siguiente:

1. Copia de Registro Civil de Nacimiento.
2. Forma electrónica BR-3-723-0 «Carta de compromiso para inscripción y/o validación de requisitos de familiares».
3. En caso de hijos(as) adoptivos(as) debe adjuntar copia de la Sentencia de Adopción.

CIRCULAR REGLAMENTARIA INTERNA DGS - 13



Fecha: viernes, 23 de diciembre de 2022

Asunto 1: Servicio de Salud

Se aceptará que los hijos o hijas menores de veinticinco (25) años puedan continuar inscritos en el servicio de salud, cuando trabajen máximo tres (3) meses en el año, cuando se encuentren efectuando práctica empresarial remunerada o efectúen monitorías universitarias remuneradas.

4.2.2.2.3. Incapacitados(as) en forma permanente

Podrán permanecer en el servicio de salud los hijos o hijas mayores de veinticinco (25) años que dependan económicamente del titular empleado(a) o pensionado(a) responsable y tengan discapacidad permanente o de pérdida de la capacidad laboral igual o superior a 50% expedida por autoridad competente. En todo caso, el DGS podrá solicitar revisión de los dictámenes cuando lo considere necesario.

1. Para la inscripción, el titular empleado(a) o pensionado(a) deberá presentar, adicional a los documentos básicos descritos en el numeral 4.2, el Certificado de la Administradora de Pensiones o las Entidades Promotoras de Salud – EPS o las IPS autorizadas para certificar la incapacidad, con un porcentaje igual o superior al 50% o Sentencia de Interdicción expedida por un juzgado de familia.

4.2.2.3. Padres o madres

El titular empleado(a) o pensionado(a), hijo(a) único(a), a falta de cónyuge o compañero(a) permanente o hijos(as) inscritos(as) en el servicio de salud, podrá afiliar a su padre o madre, no pensionado(a), que dependan económicamente de él o ella. La inscripción de los padres o madres afiliados al servicio de salud a partir del 1° de enero de 1999 se cancelará cuando el titular empleado(a) o pensionado(a) inscriba al servicio de salud a su cónyuge o compañero(a) permanente o hijos(as).

Para la inscripción, el titular empleado(a) o pensionado(a) deberá presentar, adicional a los documentos básicos descritos en el numeral 4.2, lo siguiente:

1. Registro Civil de Nacimiento del empleado o pensionado.
2. Forma electrónica BR-3-723-0 «Carta de compromiso para inscripción y/o validación de requisitos de familiares».
3. Certificado de afiliación a la EPS del grupo familiar.

4.2.2.4. Sustitutos(as) pensionales

Los familiares de empleados(as) y pensionados(as) fallecidos, a quienes se les reconozca pensión por sustitución por parte del Banco, deberán efectuar los trámites de inscripción al servicio de salud, así hubieren estado afiliados anteriormente. Los(as) inscritos(as) previamente al servicio médico no deberán hacer nuevos exámenes médicos ni odontológicos.

Handwritten signature

Handwritten mark

CIRCULAR REGLAMENTARIA INTERNA DGS - 13



Fecha: viernes, 23 de diciembre de 2022

Asunto 1: Servicio de Salud

Si la sustitución pensional se reconoce conjuntamente a cónyuge y/o compañeras(os) permanente(s), el beneficio extralegal del servicio médico se otorgará únicamente a la persona que para la fecha del fallecimiento del pensionado(a) se encontrase inscrita al mismo. En el evento que no existiera inscripción anterior, se le otorgará el beneficio a quien el Banco le haya reconocido la mayor proporción de la sustitución pensional. Si hay dos o más personas en calidad de cónyuge y/o compañeras(os) permanentes a quienes se les otorgue el mismo porcentaje de sustitución, se aceptará la inscripción al servicio médico de quien primero cumpla con los trámites de la solicitud.

Para la inscripción, el sustituto o sustituta pensional deberá presentar los documentos básicos descritos en el numeral 4.2.

Nota: los sustitutos o sustitutas pensionales no validan requisitos de inscripción.

4.3 Validación de requisitos Familiares

Empleados(as) y pensionados(as) tienen la obligación de validar, anualmente, los requisitos señalados en el presente documento de las personas inscritas al servicio médico, con el fin de confirmar que se mantienen las condiciones que permitieron su inscripción, para lo cual deben presentar los siguientes documentos en las fechas definidas por el DGS:

4.3.1 Validación de requisitos del cónyuge o compañero(a) permanente

Los titulares empleados(as) o pensionados(as) con cónyuges o compañeros(as) permanentes inscritos tienen la obligación de validar, anualmente, los requisitos señalados en el presente documento, con el fin de confirmar que se mantienen las condiciones que permitieron su inscripción, para lo cual deben diligenciar, de forma física o virtual, la Forma electrónica BR-3-723-0 «Carta de compromiso para inscripción y/o validación de requisitos de familiares».

4.3.2 Validación de requisitos padres o madres

Los titulares empleados(as) o pensionados(as) con padres o madres inscritos(as) tienen la obligación de validar, anualmente, los requisitos señalados en el presente documento, con el fin de confirmar que se mantienen las condiciones que permitieron su inscripción, para lo cual deben diligenciar, de manera física o virtual, la Forma electrónica BR-3-723-0 «Carta de compromiso para inscripción y/o validación de requisitos de familiares».

Los padres o madres inscritos en el servicio de salud hasta el 31 de diciembre de 1998 no validan requisitos de inscripción y podrán estar afiliados simultáneamente con otros familiares del empleado o pensionado que cumplan requisitos.

CIRCULAR REGLAMENTARIA INTERNA DGS - 13

Fecha: viernes, 23 de diciembre de 2022

Asunto 1: Servicio de Salud



5. CANCELACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD

Habrà lugar a cancelación la inscripción al servicio médico cuando se presente alguna de las siguientes situaciones:

5.1 Empleados(as)

Por terminación del contrato de trabajo por cualquiera de los modos de terminación establecidos en la ley.

5.2. Beneficiarios(as) de sustitución pensional

Cuando pierden el derecho a la pensión.

5.3 Familiares de empleados(as) y pensionados(as)

5.3.1 Cónyuges o compañeros(as) permanentes

- a. Por cesación del vínculo con el cónyuge (sentencia de divorcio) o por no convivencia con el cónyuge o compañero(a) permanente.
- b. Cuando se establezca inexactitud, inconsistencia o falta de veracidad en la información suministrada para la inscripción o para mantener su condición de beneficiario del servicio de salud. Lo anterior, sin perjuicio de las acciones penales o disciplinarias que sean procedentes.
- c. Cuando no subsistan los requisitos establecidos para la inscripción, según lo señalado en la presente reglamentación.
- d. Cuando no se acredite ante el Banco, con la oportunidad con que este lo solicite, el cumplimiento de los requisitos exigidos en esta reglamentación.
- e. Por solicitud expresa del titular empleado(a) o pensionado(a).
- f. Por fallecimiento del titular. En este caso, el cónyuge o compañero(a) permanente que al momento del fallecimiento del titular estuviere activo en el servicio de salud, podrá permanecer inscrito(a) en este durante los treinta (30) días siguientes a la fecha del fallecimiento del titular.

5.3.2. Hijos(as)

- a. Cuando cumplen veinticinco (25) años.
- b. Cuando no subsistan los requisitos establecidos para la inscripción, según lo señalado en la presente reglamentación.
- c. Cuando se establezca inexactitud, inconsistencia o falta de veracidad en la información suministrada para la inscripción o para mantener su condición de beneficiario del servicio

CIRCULAR REGLAMENTARIA INTERNA DGS - 13



Fecha: viernes, 23 de diciembre de 2022

Asunto 1: Servicio de Salud

de salud. Lo anterior, sin perjuicio de las acciones penales o disciplinarias que sean procedentes.

- d. Cuando no se acredite ante el Banco, con la oportunidad con que este lo solicite, el cumplimiento por parte del familiar de los requisitos exigidos en esta reglamentación.
- e. Por solicitud expresa del titular empleado(a) o pensionado(a).
- f. Por fallecimiento del titular. En este caso, los hijos o hijas que al momento del fallecimiento del titular estuvieren activos en el servicio de salud, podrán permanecer inscritos en este durante los treinta (30) días siguientes a la fecha del fallecimiento del titular.

5.3.3. Padres o madres

- a. Cuando no subsistan los requisitos previstos para la inscripción.
- b. Cuando se establezca inexactitud, inconsistencia o falta de veracidad en la información suministrada para la inscripción o para mantener su condición de beneficiario del servicio de salud. Lo anterior, sin perjuicio de las acciones penales o disciplinarias que sean procedentes.
- c. Cuando no se acredite ante el Banco, con la oportunidad con que este lo solicite, el cumplimiento de los requisitos exigidos en esta reglamentación (validación de requisitos).
- d. Por solicitud expresa del titular empleado(a) o pensionado(a).
- e. Por fallecimiento del titular. En este caso los padres o madres que al momento del fallecimiento del titular estuvieren activos en el servicio de salud, podrán permanecer inscritos en este durante los treinta (30) días siguientes a la fecha del fallecimiento del titular.

6. REINSCRIPCIONES

Se considera reinscripción al trámite de inscripción al servicio de salud de los(as) usuarios(as) a quienes se les ha cancelado la afiliación.

Si entre la cancelación de una inscripción y la reinscripción han transcurrido más de treinta (30) días calendario, para la nueva afiliación se deberá cumplir con los requisitos para las inscripciones nuevas señalados en la presente reglamentación. Los documentos requeridos son los descritos para cada tipo de usuario, con excepción del Registro Civil de Nacimiento, documento de identidad y forma electrónica BR-3-385-0 «Formulario de inscripción al servicio de salud».

Así mismo, será necesario efectuar nuevamente los exámenes de ingreso médico y odontológico que están dirigidos a valorar la condición de salud, realizar la apertura de las historias clínicas y establecer las correspondientes renunciaciones o preexistencias y habrá pérdida de la antigüedad en la afiliación, de acuerdo con las políticas de la empresa de medicina prepagada.

CIRCULAR REGLAMENTARIA INTERNA DGS - 13

Fecha: viernes, 23 de diciembre de 2022

Asunto 1: Servicio de Salud



Cuando un beneficiario(a) cumpla las condiciones para permanecer inscrito en el servicio y no efectúe la validación de requisitos en los plazos establecidos, al momento de la reinscripción podrá pagar el valor correspondiente a los días que estuvo retirado del servicio para mantener la antigüedad y continuidad en el mismo.

7. SUSPENSIÓN DE LOS SERVICIOS

Se considera suspensión del servicio cuando se presenta alguna de las siguientes situaciones:

7.1 Pensionados(as)

Cuando los pensionados(as) reciban ingresos provenientes de una relación laboral de derecho público que implique la suspensión total del pago de la pensión según lo dispuesto por la ley, les será suspendido el servicio de salud, tanto para él como para sus familiares inscritos, mientras la situación mencionada subsista.

7.2 Usuarios(as) que se encuentran fuera del país

El Banco solicitará a la EMP suspender temporalmente el servicio de medicina prepagada a los(as) usuarios(as) que se encuentren fuera del país. Dicha suspensión operará, máximo por dos (2) años, a partir de la fecha de la novedad enviada por el Banco y no podrá ser inferior a tres (3) meses. En el evento en que se requiera un término mayor al previsto, el DGS informará a la EMP, antes del vencimiento, el tiempo adicional necesario.

7.2.1. Empleados(as) en comisión de estudios en el exterior

Los(as) empleados(as) en comisión de estudios en el exterior y sus familiares inscritos(as) que viajen con él o ella, les será suspendido el servicio de salud una vez entre en vigencia la comisión de estudios y mientras permanezca en el exterior.

7.2.2. Pensionados(as) y su grupo familiar

Cuando sean residentes en el exterior.

7.2.3 Hijos(as) de empleados(as) o pensionados(as) que se encuentren estudiando en el exterior.

Para el efecto, el titular empleado(a) o pensionado(a) dará aviso al DGS de la fecha a partir de la cual el hijo se establecerá en el exterior, así como de la fecha probable de su regreso al país.



Fecha: viernes, 23 de diciembre de 2022

Asunto 1: Servicio de Salud

7.3 Familiares de pensionados(as) o empleados(as) fallecidos(as) con derecho a pensión del Banco, que estuvieron inscritos(as) en el servicio de salud

Cuando fallece el titular pensionado(a) o un(a) empleado(a) con derecho a pensión del Banco según las disposiciones vigentes, se suspenderá el servicio de salud para todos los familiares inscritos. Podrá reactivarse, una vez se efectúe el reconocimiento del beneficio de la pensión del Banco y solo para quien en el acto de reconocimiento se indique y por el tiempo que se determine, previo cumplimiento de los requisitos establecidos en la presente reglamentación.

8. REACTIVACIONES

Se considera reactivación al trámite de inscripción al servicio de salud de los usuarios a quienes se les ha suspendido la afiliación o quienes han sido retirados(as) por menos de treinta (30) días calendario. Las reactivaciones se sujetarán a las siguientes reglas:

8.1. Para usuarios(as) suspendidos por encontrarse fuera del país

- No es necesario presentar documentos para reactivar el servicio de salud.
- No es necesario efectuar nuevos exámenes de ingreso médico ni odontológico, ni se generarán renunciaciones ni preexistencias ni habrá pérdida de la antigüedad en la afiliación al servicio de medicina prepagada.

8.2. Para usuarios(as) retirados del servicio de salud por menos de treinta (30) días calendario:

- Para la nueva afiliación se deberá cumplir con los requisitos de inscripción los cuales están señalados en la presente reglamentación. Los documentos requeridos son los descritos para cada tipo de usuario(a), con excepción del Registro Civil de Nacimiento, documento de identidad y forma electrónica BR-3-385-0 «Formulario de inscripción al servicio de salud».
- No es necesario efectuar nuevos exámenes de ingreso médico ni odontológico, ni se generarán renunciaciones ni preexistencias.
- Hay pérdida de la antigüedad en la afiliación al servicio de medicina prepagada.

Handwritten signature

Handwritten mark

CIRCULAR REGLAMENTARIA INTERNA DGS - 13

Fecha: viernes, 23 de diciembre de 2022

Asunto 1: Servicio de Salud



9. CARNÉS DE AFILIACIÓN

El carné expedido por la EMP (físico o virtual) es de uso personal e intransferible y es responsabilidad del titular empleado(a) o pensionado(a) su cuidado y su correcta utilización, asumiendo todas las consecuencias y obligaciones que se originen por la pérdida o el uso indebido del mismo.

10. PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Una vez aceptada la inscripción, los(as) empleados(as), pensionados(as) y sus familiares podrán hacer uso del servicio de salud para lo cual deberán tener en cuenta las siguientes consideraciones:

10.1 Atención básica

Las consultas que realicen los profesionales Puerta de Entrada y la medicación formulada a los(as) usuarios(as) del servicio de salud tendrán el 100% de auxilio por parte del Banco. Los demás servicios se cobrarán de acuerdo con lo establecido en el Manual de Bonos.

10.2 Prestación de servicios en lugar distinto a la sede del titular empleado(a) o pensionado(a)

Cuando un(a) usuario(a) requiera traslado de la ciudad de prestación del servicio deberá solicitarlo por escrito a la Dirección del DGS, para su autorización y notificación de la novedad a la EMP. Solo se aceptarán traslados por lapsos superiores a seis (6) meses.

10.3 Traslado de usuarios(as) para tratamiento en otra ciudad

La atención médica de un(a) usuario(a) en ciudad diferente a la sede autorizada para la prestación de los servicios médicos se podrá autorizar cuando no se encuentren especialistas o entidades que presten los servicios en la misma.

10.3.1 Empleados(as)

La EMP asumirá el costo del traslado (transporte) y el Banco otorgará los viáticos para gastos de estadía y de transporte de acuerdo con los valores y las condiciones establecidas por el Departamento de Servicios de Gestión Humana (Tabla de viáticos), siempre y cuando el usuario o la usuaria no esté hospitalizado(a).

Handwritten signature and initials.

CIRCULAR REGLAMENTARIA INTERNA DGS - 13

Fecha: viernes, 23 de diciembre de 2022

Asunto 1: Servicio de Salud



10.3.2 Pensionados(as)

La EMP asumirá el costo del traslado (transporte). No se otorgará auxilio para su estadía ni gastos de viaje.

10.3.3 Familiares de empleados(as) y pensionados(as)

No se otorgará auxilio para gastos ocasionados por transporte o estadía para tratamientos de familiares en otra ciudad distinta de la sede autorizada para la prestación de los servicios médicos.

10.4. Accidentes de tránsito

Cuando un(a) usuario(a) inscrito(a) en el servicio de salud sufra un accidente de tránsito, los costos generados por la atención médica deberán ser asumidos por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) hasta por el monto que dicho seguro otorgue. Cuando el valor de la atención supere lo establecido por el SOAT, el excedente, según la ley, deberá asumirlo la EPS a la cual esté afiliado el usuario accidentado, como cotizante o como beneficiario. Es responsabilidad del usuario o su acudiente realizar los trámites correspondientes.

11. BENEFICIOS MÉDICOS

11.1. Cubrimiento del plan de beneficios

Los servicios aquí descritos tendrán auxilio de acuerdo con el número de bonos establecido para cada uno en el Manual de Bonos.

11.1.1. Audífonos

De acuerdo con el concepto médico, los hijos(as) menores de 18 años recibirán auxilio hasta de tres (3) pares. Para adultos, se reconocerá auxilio para un par por una sola vez así: el auxilio se puede obtener para un (1) audífono para cada oído o para dos (2) audífonos para un mismo oído.

No hay auxilio para baterías, reparaciones, limpieza ni mantenimiento.

11.1.2. Cirugías

Para todos los tratamientos quirúrgicos los(as) usuarios(as) se sujetarán a los procedimientos establecidos por la EMP sobre el particular, incluida la remisión a las juntas médico quirúrgicas de la misma.

CIRCULAR REGLAMENTARIA INTERNA DGS - 13



Fecha: viernes, 23 de diciembre de 2022

Asunto 1: Servicio de Salud

11.1.3. Corrección visual

El servicio Médico Puerta de Entrada autorizará las interconsultas con Oftalmología u Optometría, según la afección ocular que presente el usuario en el momento de la consulta.

El plan de beneficios reconocerá auxilio con base en el concepto profesional, solamente para una de las siguientes soluciones:

- a. Un par de lentes corrientes cada año y una montura cada dos (2) años. Se contará el tiempo a partir de la fecha de la última autorización.
- b. Un par de lentes progresivos cada año y una montura cada dos (2) años. Se contará el tiempo a partir de la fecha de la última autorización.
- c. Un par de lentes de contacto cada dos (2) años, contados a partir de la última autorización. Esta aprobación excluye la posibilidad de solicitar auxilio para lentes corrientes o montura dentro del mismo período.
- d. Lentes intraoculares: en los casos de cataratas, se reconocerá auxilio por una vez para cada ojo, de acuerdo con el tope establecido anualmente, independientemente del tiempo transcurrido para autorización de lentes corrientes o de contacto.

Dicho auxilio se otorga de acuerdo con los topes establecidos anualmente.

Casos de excepción: se pueden autorizar lentes corrientes antes de un (1) año contado a partir de la última autorización, cuando el problema de refracción haya cambiado significativamente (una dioptría o más).

No se reconocerá auxilio en casos de ruptura, robo o pérdida de los anteojos, ni de los lentes de contacto.

La diferencia entre la cotización y el tope establecido anualmente por el Banco, tanto para lentes como para montura, deberá asumirla el usuario.

11.1.4 Enfermería

El servicio de enfermería se prestará a los(as) usuarios(as) no hospitalizados, previa evaluación de los requerimientos del paciente y de acuerdo con los criterios de la EMP sobre el tipo de atención necesaria para el usuario. No se reconocerá auxilio para cuidadores de pacientes.

11.1.5 Hospitalizaciones

Se reconocerá auxilio por este concepto, sujetándose a los criterios establecidos por la EMP para tratamiento médico o quirúrgico de acuerdo con el tipo de afección que presente el usuario.

CIRCULAR REGLAMENTARIA INTERNA DGS - 13

Fecha: viernes, 23 de diciembre de 2022

Asunto 1: Servicio de Salud



11.1.6 Laboratorio Clínico

Se reconocerá auxilio para exámenes realizados en el territorio colombiano.

11.1.7. Leche maternizada

Se reconocerá el auxilio por leche maternizada hasta un máximo de sesenta (60) tarros de leche de 400 gramos durante el primer año de vida del recién nacido. Para el otorgamiento de este auxilio, el profesional Médico Pediatra Puerta de Entrada definirá el número de tarros necesarios, de acuerdo con la edad y su criterio profesional.

11.1.8. Medias para várices

Se reconocerá auxilio a los(as) usuarios(as) con afecciones varicosas, previo concepto médico, hasta tres (3) pares al año.

11.1.9. Nutricionista, evaluación y seguimiento

Se reconocerá auxilio para la evaluación y los controles necesarios para el seguimiento a la dieta establecida por el profesional, sin límite de acuerdo con pertinencia médica.

11.1.10. Ortóptica

Sin límite de acuerdo con pertinencia médica.

11.1.11. Oxígeno

Cuando el concepto médico lo recomiende, se reconocerá un auxilio mensual de acuerdo con el número de bonos establecido en el Manual de Bonos. Dicho auxilio incluye balas, concentradores, cánulas, máscaras, transporte, recambio, oximetrías y demás elementos.

No tendrá auxilio la bala portátil de oxígeno.

11.1.12. Plantillas Ortopédicas

Por prescripción médica se reconocerá auxilio para este servicio para usuarios(as) hasta los quince (15) años de edad. Se reconocerá auxilio hasta para tres (3) pares de plantillas por año.

11.1.13. Prótesis

Ilimitado para prótesis no estéticas. Para las prótesis mamarias solo se reconocerá auxilio para cirugía reconstructiva por cáncer o trauma. Para expansores, se reconocerá auxilio para tres (3) en la vida por patología.

CIRCULAR REGLAMENTARIA INTERNA DGS - 13



Fecha: viernes, 23 de diciembre de 2022

Asunto 1: Servicio de Salud

Igualmente, tendrán auxilio: los tutores y los materiales de osteosíntesis para las intervenciones quirúrgicas de la especialidad de Ortopedia; las prótesis valvulares, stens coronarios y no coronarios medicados y no medicados, marcapasos temporales y definitivos, endoprótesis vasculares para la especialidad Cardiovascular; y las mallas abdominales para Cirugía General.

11.1.14. Psicoterapia

Para tratamientos de psicoterapia realizados en forma ambulatoria por Psicólogos o Psiquiatras.

11.1.15. Quimioterapia

Se reconocerá auxilio de acuerdo con el concepto del profesional tratante.

11.1.16. Radiología

Se reconocerá auxilio de acuerdo con el concepto del profesional tratante.

11.1.17. Radioterapia y cobaltoterapia

Se reconocerá auxilio de acuerdo con concepto del profesional tratante.

11.1.18. Rehabilitación Cardíaca y Pulmonar

Se reconocerá auxilio de acuerdo con la indicación del profesional tratante.

11.1.19. Rehabilitación integral para hijos(as) que requieren tratamiento especial

Se reconocerá auxilio para los(as) usuarios(as) con dificultades para su desarrollo por problemas congénitos o adquiridos, de naturaleza orgánica o psicológica con edad mental limítrofe (fronteriza) o inferior que requieran rehabilitación integral. Este auxilio corresponde al componente médico, en forma de terapia integral según la patología, de acuerdo con los topes establecidos por el Banco y los criterios de la EMP.

Este auxilio se reconoce máximo hasta los 25 años de edad.

11.1.20. Terapia Física, Respiratoria, Lenguaje y Ocupacional

Según criterio médico, se reconocerá auxilio para las sesiones requeridas en estas disciplinas.

11.1.21. Urgencias

Se define urgencia como aquella situación de aparición súbita que se deriva de una enfermedad o accidente y pone en peligro la vida o integridad del usuario. Podrán ser atendidas directamente en las entidades hospitalarias adscritas a la red de la EMP, durante las 24 horas del día.

CIRCULAR REGLAMENTARIA INTERNA DGS - 13

Fecha: viernes, 23 de diciembre de 2022

Asunto 1: Servicio de Salud



11.1.22. Vacunas

El plan de beneficios del Banco concederá auxilio pleno para la vacunación dentro de los programas periódicos establecidos por la EMP como parte de los programas de promoción y prevención (P y P). Por fuera de estos programas las vacunas no tienen auxilio.

Las vacunas para tratamientos de hiposensibilización alérgica están incluidas en el plan de beneficios del Banco. Se otorga máximo por dos (2) años.

11.1.23 Tratamiento integral para rehabilitación por alcoholismo y farmacodependencia

Se auxilia tratamiento ambulatorio o intrahospitalario por una sola vez en la vida. Incluye el estudio de las sustancias psicoactivas.

11.1.24 Ambulancia

Se reconocerá auxilio de acuerdo con criterio médico.

11.1.25 Aparatos e implementos ortopédicos

Se reconocerá de acuerdo con criterio médico. No se reconocerá auxilio para reparación o reposición por pérdida o daño.

11.1.26 Trasplantes de órganos

Se reconocerán los trasplantes de órganos aprobados por las sociedades científicas, bajo indicación médica y disponibilidad.

11.1.27 Vitaminas

Se reconocerán las vitaminas formuladas individualmente bajo prescripción médica.

11.2. Servicios médicos no cubiertos por el plan de beneficios

11.2.1 Camas hospitalarias

No se reconocerá auxilio para la compra o alquiler de camas hospitalarias para atención en el hogar o instituciones de cuidado.

11.2.2 Cirugías o tratamientos estéticos

No se reconocerá auxilio para los exámenes prequirúrgicos, ni para la cirugía, ni para la atención de las complicaciones derivadas de estos tratamientos. La incapacidad generada por estos procedimientos no tendrá reconocimiento económico por parte de la EPS.

CIRCULAR REGLAMENTARIA INTERNA DGS - 13

Fecha: viernes, 23 de diciembre de 2022

Asunto 1: Servicio de Salud



11.2.3 Cirugía Máxilofacial por malformaciones congénitas

No se reconoce auxilio. Puede ser tramitada ante la EPS a la cual se encuentre afiliado el usuario.

11.2.4 Cirugías refractivas

No se reconocerá auxilio para los exámenes prequirúrgicos o postquirúrgicos, ni para la cirugía, ni para la atención de las complicaciones derivadas de estos tratamientos.

11.2.5 Equipos de soporte o apoyo respiratorio ambulatorio

No se reconocerá auxilio para dispositivos de presión positiva continua de la vía aérea (CPAP), ni bala de oxígeno portátil ni para otros equipos de soporte respiratorio.

11.2.6 Implantes

No se reconocerá auxilio para los implantes odontológicos.

11.2.7 Lentes neutros o deportivos

No se reconocerá auxilio para este tipo de lentes.

11.2.8 Lesiones auto infligidas

No reconocerá auxilio para la atención de:

- Lesiones autoinfligidas o las causadas bajo los efectos del alcohol, drogas ilícitas u otras.
- Lesiones originadas en riñas o reyertas.
- Intentos de suicidio.

Estos casos serán atendidos por la EPS a la que se encuentre afiliado el usuario.

11.2.9 Medicina no tradicional

No se reconocerá auxilio para la consulta, ni tratamientos, ni medicamentos formulados ni para la atención de las complicaciones derivadas de estos tratamientos. En esta medicina se incluye hidroterapia, celuloterapia, tratamientos homeopáticos, bioenergéticos, cámaras hiperbáricas, entre otros.

11.2.10 Servicios extras en hospitalización

No se reconocerá auxilio para enfermera privada o acompañante, cama de acompañante, pañales, servicios telefónicos, cafetería, elementos de uso personal.

CIRCULAR REGLAMENTARIA INTERNA DGS - 13

Fecha: viernes, 23 de diciembre de 2022

Asunto 1: Servicio de Salud



11.2.11 Terapia de pareja

No se reconocerá auxilio para este tipo de tratamientos.

11.2.12 Tratamientos para cambio de sexo

11.2.13 Tratamientos para déficit de crecimiento

No se reconocerá auxilio por este concepto. El o la usuario(a) que lo requiera podrá solicitarlo a la EPS en la cual esté afiliado.

11.2.14 Tratamientos para infertilidad primaria o secundaria

No se reconocerá auxilio para esta clase de tratamientos; igualmente, se excluye la medicación y los procedimientos y exámenes diagnósticos.

11.2.15 Tratamiento para la calvicie

No se reconocerá auxilio para tratamientos médicos ni quirúrgicos.

11.2.16 Tratamientos para la disfunción eréctil

No se reconocerá auxilio para tratamientos médicos ni quirúrgicos.

11.2.17 Tratamientos o estudios médicos en el exterior

No se reconocerá auxilio para tratamientos médicos ni quirúrgicos en el exterior, ni procesamiento de muestras de laboratorio clínico, ni de patología, ni ayudas o imágenes diagnósticas.

11.2.18 Tratamientos o estudios realizados sin autorización de la EMP contratada por el Banco

No se reconocerá auxilio para los exámenes, procedimientos o tratamientos realizados por cuenta del usuario, ni sus complicaciones, ni los realizados por profesionales no adscritos a la EMP, ni los que se encuentren en fase de experimentación o que no estén reconocidos por las sociedades científicas de Colombia, ni las complicaciones causadas como consecuencia por altas voluntarias sin consentimiento del médico tratante.

11.2.19 Reparación y mantenimiento de audífonos y lentes

No se reconocerá auxilio para baterías, reparaciones, limpieza o mantenimiento en general de estos elementos.

CIRCULAR REGLAMENTARIA INTERNA DGS - 13

Fecha: viernes, 23 de diciembre de 2022

Asunto 1: Servicio de Salud



11.2.20 Complementos nutricionales

No se reconocerá auxilio para la alimentación enteral ambulatoria, ni los complementos nutricionales orales o multivitaminas.

12. BENEFICIOS ODONTOLÓGICOS

Los servicios aquí descritos tendrán auxilio, de acuerdo con el número de bonos establecido para cada uno en el Manual de Bonos.

El cubrimiento de los servicios se limitará a la odontología general, preventiva y las especialidades que más adelante se describen.

12.1. Normas de carácter general para el servicio de Odontología

12.1.1. Autorización de tratamientos

Solo se autorizarán tratamientos con profesionales adscritos a la red de la EMP definidos para el Banco y con el visto bueno de la entidad.

Para los(as) usuarios(as) que se han retirado del servicio de salud de Banco por más de 30 días y que se encontraban con tratamiento de Ortodoncia o Rehabilitación, pero han pagado en forma particular al contratista para tener continuidad con el servicio, se dará continuidad a dicho tratamiento. No aplican nuevas renunciaciones.

12.1.2. Atención para padres

Solo se autoriza atención odontológica para padres o madres que ingresaron al servicio de salud a partir del año 1988.

12.1.3. Tratamiento inconcluso

Cuando un(a) usuario(a) pierda el derecho al servicio de salud del Banco y no haya terminado un tratamiento autorizado por la EMP, deberá asumir el valor del tratamiento faltante.

Así mismo, los(as) usuarios(as) a quienes se les declare en abandono el tratamiento de Ortodoncia, deberán asumir el valor del tratamiento faltante, aunque no haya perdido el derecho al servicio.

12.1.4. Traslado de usuarios para tratamiento en otra ciudad

No se reconocerá auxilio para los traslados a otra ciudad para tratamientos odontológicos.

CIRCULAR REGLAMENTARIA INTERNA DGS - 13

Fecha: viernes, 23 de diciembre de 2022

Asunto 1: Servicio de Salud



12.2. Cubrimiento del plan de beneficios

12.2.1. Periodoncia

Se autorizan todos los procedimientos contemplados en el plan de beneficios para esta especialidad, siempre y cuando el usuario no tenga renuncia por este concepto en el examen odontológico de ingreso.

Las cirugías periodontales que requieran la colocación de cualquier tipo de injerto, membrana, o material de relleno, se autorizará por una vez en la vida por cada unidad dental, siempre y cuando el usuario no tenga renuncia por este concepto en el examen odontológico de ingreso.

El mantenimiento se autorizará según criterio del especialista.

12.2.2. Endodoncia

Se autorizan todos los procedimientos contemplados en el plan de beneficios para esta especialidad.

Los tratamientos endodónticos se autorizarán sin límites de tiempo.

12.2.3. Rehabilitación Oral

- a. Prótesis fija: incluye prótesis mucosoportadas, prótesis fijas, núcleos, incrustaciones y coronas (no se acepta en metal base), reparaciones de prótesis, prótesis dentomucosoportadas, carillas oclusales y palatinas. Para esta clase de tratamientos se otorgará por cada unidad dental hasta tres (3) auxilios con un intervalo de diez (10) años entre ellos.

Los núcleos, provisionales no tienen periodos de carencia ni restricción de tiempo para su autorización, siempre y cuando el usuario no tenga renuncia por este concepto en el examen odontológico de ingreso.

- b. Prótesis removible (dentomucosoportada): los auxilios para prótesis removible se reconocerán con un intervalo mínimo de cinco (5) años; se precisa que los intervalos de tiempo son una condición que se tendrá en cuenta para los casos de deterioro o pérdida, no obstante, se podrán autorizar antes por criterio profesional.
- c. Prótesis total (mucosoportada): se otorgará el auxilio con intervalo mínimo de dos (2) años. Se precisa que los intervalos de tiempo son una condición que se tendrá en cuenta para los casos de deterioro o pérdida, no obstante, se podrán autorizar antes por criterio profesional.
- d. Reparaciones de prótesis fija, removible o total: tendrán auxilio sin restricción de tiempo ni frecuencia.

Handwritten signature/initials

Handwritten signature/initials

CIRCULAR REGLAMENTARIA INTERNA DGS - 13

Fecha: viernes, 23 de diciembre de 2022

Asunto 1: Servicio de Salud



- e. Mantenimiento de prótesis y el control radiográfico: se autorizará de acuerdo con el criterio del especialista.

12.2.4. Placa neuromiorrelajante

Las placas se autorizarán de acuerdo con el tipo de placa y la pertinencia odontológica.

12.2.5. Resinas de fotocurado

Las resinas están incluidas en el plan de beneficios, excepto cuando son por fines estéticos.

12.2.6. Ortodoncia

Se otorgará a menores de 24 años.

Las reparaciones por daños o pérdida de los aparatos ortodónticos (brackets, arcos, placas, etc.) no tienen auxilio del Banco. El costo deberá ser asumido directamente por el empleado o pensionado.

Si el tratamiento se prolonga por falta de cuidado del mismo o falta de interés del usuario, se perderá el auxilio. Si el tratamiento se suspende por estas razones, el o la usuario(a) no podrá acceder a un nuevo tratamiento.

12.2.7. Ortopedia - Ortodoncia Interceptiva

En esta especialidad se contemplan todos los tratamientos encaminados a corregir, prevenir o interceptar la maloclusión, diferentes a la ortodoncia correctiva. Para este tratamiento no existen limitaciones en frecuencia, ni periodicidad, ni excluye el auxilio para el tratamiento de Ortodoncia Correctiva.

Las reparaciones por daños o pérdida de las placas no tienen auxilio del Banco. El costo deberá ser asumido directamente por el empleado o pensionado.

12.2.8. Cirugía Oral

Incluye todos los procedimientos del plan de beneficios, siempre y cuando el usuario no tenga renuncia por este concepto en el examen odontológico de ingreso.

12.2.9. Cirugía Máxilofacial

Se autorizará para eventos agudos, tales como tratamientos de fracturas y para corrección de fisura palatina y labial.

12.2.10 Procedimientos bajo anestesia general

Se incluye sedación o anestesia general para pacientes que lo requieran de acuerdo con criterio profesional.

Handwritten initials/signature

CIRCULAR REGLAMENTARIA INTERNA DGS - 13

Fecha: viernes, 23 de diciembre de 2022

Asunto 1: Servicio de Salud



12.3. Servicios odontológicos no cubiertos por el plan de beneficios

12.3.1. Cirugía Oral y Máxilofacial

No se reconocerá auxilio para la Cirugía Máxilofacial ni para Ortodoncia pre y post quirúrgica, para correcciones de malformaciones congénitas (Prognatismo, Levognatismo, Dextrognatismo, Retrognatismo maxilar o mandibular, macrognatismo, micrognatismo maxilar o mandibular), ni para fines estéticos.

12.3.3. Implantes

No se reconocerá auxilio para los implantes y los exámenes de diagnóstico. Así mismo, para la Rehabilitación Oral que se vaya a soportar sobre los implantes y las secuelas de trabajos realizados en forma particular por los usuarios.

Renuncias o preexistencias odontológicas

No se reconocerá auxilio para atención de los hallazgos identificados en el examen odontológico de ingreso al servicio.

12.3.6. Tratamientos estéticos

No se reconocerá auxilio para tratamientos estéticos como blanqueamiento en dientes vitales o diseño de sonrisa.

13. MEDICAMENTOS

La EMP suministrará a los(as) usuarios(as) los medicamentos que les hayan sido formulados por los profesionales o entidades adscritos a la misma, que se encuentren en la Guía Terapéutica.

No se autorizarán productos experimentales, homeopáticos, o productos de medicina alternativa.

No se reconocerá auxilio para elementos como: productos de tocador; lociones cosméticas; cremas o lociones hidratantes o antisolares; champú o productos capilares; crema dental y jabones (aunque sean medicados); toallas higiénicas; algodón; alcohol; pañales; pañuelos de papel; líquidos para limpieza de lentes de contacto; complementos o suplementos alimenticios y vitamínicos; drogas naturistas; productos para adelgazar; jeringas corrientes o de insulina; glucómetro; lancetas o tiras de glucometría; coagulómetro; drogas para la memoria o la impotencia sexual; edulcorantes o sustitutos de la sal; anorexígenos; enjuagues bucales; cepillos dentales o seda dental y medicamentos para la fertilidad.

Handwritten initials/signature

CIRCULAR REGLAMENTARIA INTERNA DGS - 13

Fecha: viernes, 23 de diciembre de 2022

Asunto 1: Servicio de Salud



Únicamente se autorizará el suministro de medicamentos con licencia e indicaciones del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA).

14. AUXILIOS Y CARGOS

14.1. Auxilios

El Banco reconocerá auxilio por el valor de la prima mensual por los servicios contemplados en el plan de beneficios que ofrece el Banco a través de la EMP.

14.2. Cargos

Los(as) empleados(as) y pensionados(as) deberán asumir el valor del bono. Estos montos se ajustarán cada año con base en lo establecido contractualmente.

15. SERVICIOS NO PRESTADOS POR LA EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA

15.1. Exámenes médicos ocupacionales de ingreso, de retiro, periódicos, aptitud para práctica deportiva, entre otros, están a cargo del DGS.

15.2. Exámenes médicos periódicos para funcionarios

El Chequeo Médico Ejecutivo Personalizado se realiza en el marco de las actividades de prevención y promoción que en materia de salud ocupacional desarrolla el Banco de la República, dirigido a una población específica que, por el mayor nivel de responsabilidades, se encuentra más expuesta al desarrollo de enfermedades graves.

Según el procedimiento y políticas establecidos por el DGS, se programará para los funcionarios del Banco con la periodicidad necesaria de acuerdo con la edad y el tipo de riesgo, un examen médico integral, el cual se hará con la entidad contratada para tal fin.

15.3. Servicios que se tramitarán por la modalidad de Reintegros

Son los servicios utilizados en forma particular por los funcionarios y sus familiares inscritos, según lo establecido en el procedimiento del DGS.

CIRCULAR REGLAMENTARIA INTERNA DGS - 13

Fecha: viernes, 23 de diciembre de 2022

Asunto 1: Servicio de Salud



Estos servicios se auxiliarán con base en el porcentaje de auxilio correspondiente, de acuerdo con las tarifas establecidas por el Banco. El valor para reintegrar será para funcionarios el 90% y para los familiares el 80% de las tarifas definidas por el Banco. En caso de medicamentos, el valor a reintegrar será el 100% para funcionarios y sus familiares.

Para solicitar el reintegro se deben presentar en el Departamento de Gestión de Salud los siguientes documentos:

1. Original de la fórmula médica expedida por el profesional tratante con fecha de expedición no mayor a tres (3) meses.
2. Original de las facturas de venta o los tiquetes de máquina registradora, los cuales deben cumplir con los requisitos del Estatuto Tributario. Deben tener fecha posterior a la fórmula médica.
3. Forma electrónica BR- 3-844- 0 «Formato de Cuenta de cobro - solicitud de reintegro».

(ESPACIO DISPONIBLE)

Ch.
7