



PRODUCTO ADICIONAL RENDA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

Capítulo XVIII, artículos del 151 al 155 del
reglamento vigente de los servicios de los Fondos
Mutuales de Solidaridad y Auxilio Funerario



CAPÍTULO XVIII

PRODUCTO ADICIONAL » RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

ARTÍCULO 151. DEFINICIÓN:

En adición al Plan Básico de Protección, el asociado vinculado al **Fondo Mutual de Solidaridad** podrá tomar este producto denominado “Renta Diaria por Hospitalización”.

El Fondo reconocerá al asociado que tomare este producto adicional, un valor de renta diaria a partir del primer día de hospitalización (mínimo 24 horas) y hasta ciento ochenta (180) días continuos o discontinuos de hospitalización ocasionada por un mismo evento, como consecuencia de una enfermedad o lesión diagnosticada o sufrida y que lo lleve a ingresar a una institución hospitalaria aprobada por el Ministerio de la Salud o que requiera tratamiento médico hospitalario domiciliario debidamente autorizado por el médico tratante, bajo los requerimientos mínimos establecidos para los programas de atención domiciliaria certificados por la entidad competente.

PARÁGRAFO 1: En caso de que la incapacidad se genere por estado de coma, el cubrimiento será a partir del primer día y hasta máximo cuarenta (40) días por evento, fecha a partir de la cual el Fondo podrá solicitar la calificación de la pérdida de capacidad laboral y en el caso pertinente proceder al pago del amparo mutual correspondiente.

PARÁGRAFO 2: Si durante la hospitalización el asociado requiere Unidad de Cuidados intensivos, el valor a pagar por cada día en dicha unidad, será de dos (2) veces el valor de la Renta Diaria, con un cubrimiento de hasta noventa (90) días continuos o discontinuos por evento.



EDAD MÁXIMA DE INGRESO Y PERMANENCIA:

La edad máxima de ingreso a este producto adicional es de 59 años y 364 días. La edad máxima de permanencia será hasta la edad de perseverancia, sin que supere los 64 años y 364 días.

PERIODOS DE CARENCIA:

Amparo mutual (cobertura)	Evento accidental	Evento no accidental
Renta diaria por Hospitalización	No tiene periodo de carencia	Será de 60 días y el pago de las contribuciones económicas facturadas en el producto. Se otorgará cobertura por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA si ocurre posterior a dos (2) años contados desde la vinculación al Fondo Mutual de Solidaridad , incremento o producto adicional, siempre y cuando el asociado haya pagado las contribuciones económicas facturada en esta cobertura.

ARTÍCULO 152. CÁLCULO VALOR A PAGAR:

Dicha renta se liquidará con base en el valor de protección por día solicitado voluntariamente por el asociado, vigente al momento de la ocurrencia del mencionado evento, multiplicando dicho valor por el número de días de hospitalización.

ARTÍCULO 153. OCURRENCIA DE VARIOS EVENTOS:

En caso de que el asociado hubiere tramitado la reclamación de una Renta de Hospitalización mediante el cumplimiento de los requisitos exigidos para el pago de la renta y muere antes que se hubiere efectuado el desembolso, se pagará a los beneficiarios designados, sin perjuicio de los demás amparos a que tenga derecho. En caso de no existir beneficiarios, el pago se hará a los herederos de ley.

En los casos en que se presenten dos (2) o más eventos simultáneos cubiertos en el mismo producto, sólo se reconocerá amparo por uno de ellos, el de mayor duración, a menos que de la otra incapacidad quedaren días que superen la finalización de la Renta de Hospitalización que se está pagando, caso en el cual se reconocerán los días restantes.

ARTÍCULO 154. EXCLUSIONES:

No se otorgará amparo a los eventos que sean consecuencia directa, indirecta, total o parcial de uno de los siguientes hechos:

1. Tentativas de suicidio del asociado en uso o no de sus facultades mentales y las lesiones infringidas a sí mismo o por un tercero con consentimiento del asociado, dentro de los dos (2) primeros años de vinculación continua al **Fondo Mutual de Solidaridad**.



2. Lesiones, enfermedad(es), cirugía(s) y su(s) secuela(s) preexistente(s) diagnosticada, manifiesta o tratada con anterioridad al ingreso o al hacer incrementos, así como las provenientes de accidente(s) ocurrido(s) con anterioridad al momento del ingreso o al hacer incrementos individuales.
 3. Enfermedades o malformaciones o lesiones congénitas, defectos físicos.
 4. Participación activa e ilegítima en guerra declarada o no, revolución, insurrección o participación en motín, participación en actos ilícitos.
 5. Cuando se origine o sea derivada de la práctica de actividades consideradas como peligrosas, o prácticas y competencias deportivas de alto riesgo, salvo los eventuales en que pudiere verse envuelto el asociado por tentativa de salvamento de vida.
 6. Dolo o culpa grave del asociado, así como los derivados de actos delictivos, riñas provocadas por el asociado y que sean estas circunstancias la causa de la incapacidad temporal.
 7. Intervenciones quirúrgicas o no quirúrgicas con fines estéticos y sus secuelas, excepto las cirugías reconstructivas que sean derivadas por diagnósticos de enfermedad o eventos accidentales
 8. Intervenciones quirúrgicas o no quirúrgicas orientadas al cambio del sexo.
 9. Tratamientos naturistas o experimentales.
 10. Intervenciones quirúrgicas y procedimientos que tengan por objeto la reducción de peso, en personas cuyo índice de masa corporal sea menor de 35; incluyendo sus consecuencias y complicaciones.
 11. Tratamiento de fertilidad e infertilidad.
 12. Las incapacidades que se generan por el embarazo, si la asociada ingresa en estado de embarazo.
 13. Tratamientos médicos por adicción a drogas o alcoholismo, ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.
 14. Cualquier procedimiento o atención médica realizado(a) por un médico no titulado, o que no cuente con el aval de la autoridad competente, o haya sido realizado por un médico especialista de otra rama.
 15. Enfermedades psiquiátricas, psicológicas o mentales, las cuales incluyen desde desórdenes nerviosos y emocionales, trastornos del sueño y desórdenes de la personalidad, en todo caso, configurables o denominados en el marco de las enfermedades así descritas por la OMS. Aplica para asociados que se vinculen o realicen incrementos a partir de enero 1 de 2014.
 16. Los casos de muerte cerebral.
 17. Lumbalgias, cervicalgias y dorsalgias, espasmos musculares, esguinces y luxaciones. Aplica para asociados que se vinculen o realicen incrementos a partir de enero 1 de 2016.
 18. Encontrarse bajo los efectos de drogas psicoactivas, alcohol, alucinógenos o estupefacientes y sean estas circunstancias la causa de la hospitalización.
 19. Hospitalización parto natural, Cesárea aún ordenada por prescripción médica si la asociada lleva menos de 10 meses de antigüedad y pago de 10 contribuciones económicas facturadas en este amparo o ingresa en estado de embarazo.
 20. Hospitalizaciones en instituciones mentales para tratamiento de enfermedades psiquiátricas, lugares de reposo, convalecencia o descanso.
 21. Hospitalizaciones en instituciones de tratamientos naturistas o de estética.
- PARÁGRAFO:** Las asociadas que se encuentren en estado de embarazo podrán efectuar incrementos en su valor de protección, pero los pagos de eventos derivados del embarazo no serán reconocidos con base en este incremento.
- ARTÍCULO 155. REQUISITOS PARA LA RECLAMACIÓN:**
- Para realizar cualquier trámite de reclamación será indispensable aportar como mínimo los documentos que a continuación se enlistan:
1. Diligenciar formato establecido
 2. Aportar copia documento de identificación
- Además de los anteriores documentos generales, los siguientes documentos serán indispensables en la reclamación de las coberturas que aquí se indican:
1. Copia de la historia clínica completa, que cumpla con los requisitos exigidos por la normatividad vigente y en la cual se identifique la fecha y hora de ingreso y de salida de la hospitalización, notas médicas y/o de enfermería diarias, en las cuales se evidencien las evoluciones clínicas, emitidas por la institución que prestó el servicio, donde debe constar la evaluación general, el tratamiento diario, cambios presentados, alertas generadas, etc.
- En caso de que la historia clínica no contenga los días de hospitalización, se solicitará factura pagada que sustente el número de días de hospitalización o certificado de hospitalización de la IPS en el cual se especifiquen los días de hospitalización en sala o piso y/o días de UCI o certificado de la entidad a través de la cual se efectuó el cubrimiento de hospitalización domiciliaria.



www.solidaridad.coomeva.com.co