



Un médico a tu lado
las **24 horas del día**
los **365 días del año**



MANUAL DEL USUARIO





CONTENIDO

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 1 | Definiciones. | 6 |
| 2 | Beneficios para nuestros afiliados. | 8 |
| 3 | Aceptación e inicio del plan o contrato. | 10 |
| 4 | Deberes, derechos y prohibiciones de los pacientes. | 11 |
| 5 | Nuestros servicios. | 14 |
| 6 | ¿Cómo solicitar los servicios médicos? | 16 |
| 7 | Negación de los servicios. | 19 |
| 8 | Teléfonos y direcciones de contacto. | 20 |
| 9 | Vive Emermédica. | 21 |
| 10 | Peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones - PQR'S. | 24 |
| 11 | Renovación del contrato y tarifas. | 26 |
| 12 | Congelación del contrato. | 27 |
| 13 | Retiros, cancelaciones o exclusiones. | 28 |
| 14 | Devoluciones y compensaciones. | 30 |
| 15 | Facturación y envío electrónico de documentos. | 31 |
| 16 | Débito Automático. | 35 |
| 17 | Requerimiento para constituir en mora, suspensión del servicio y cancelación del contrato. | 36 |
| 18 | Terminación del Plan por incumplimiento de las obligaciones contractuales. | 37 |



PRESENTACIÓN

El presente Manual del Usuario es un documento en calidad de anexo, que forma parte integral del clausulado contractual del Plan Integral de Salud, aplicable tanto a las personas naturales (plan individual o familiar) como a las jurídicas (Plan Colectivo) que lo hayan contratado; cuyo propósito es ampliar la información a los usuarios, sobre los procesos y procedimientos internos y requisitos que deben cumplirse para los asuntos derivados directamente de la relación contractual existente entre parte contratante y contratista (Emermedica).

El presente manual le brinda la más completa información para acceder a nuestros servicios, relacionarnos durante la existencia del contrato, y hacer uso de los valores agregados que le ofrecemos. Por favor manténgalo siempre a su alcance. De fácil acceso a través de nuestra página web:
www.emermedica.com.co

Recuerde que, conforme lo establecido en el Estatuto al Consumidor (Ley 1480/2011, artículo 30, usted tiene unos deberes, entre esto, el deber de auto informarse).





1

DEFINICIONES

BENEFICIARIO

Persona natural incluida por el contratante del plan integral, que haya sido aceptada por EMERMÉDICA para recibir los servicios de salud de las coberturas del plan.

CONTRATANTE

Persona natural o jurídica que en beneficio propio o de un grupo de personas acepta cumplir las obligaciones que le son propias, entre la más importante, la obligación de pago.

CONTRATO

Corresponde al clausulado aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud mediante acto administrativo particular y concreto, al que deben sujetarse las partes durante su relación contractual. El presente Manual del Usuario forma parte integral del contrato en calidad de anexo.

COBERTURA GEOGRÁFICA

Corresponde a las ciudades, municipios, áreas de influencia y áreas metropolitanas en las cuales Emermédica se encuentra autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud, para comercializar, ofertar y suscribir el plan de ambulancia prepago, y, prestar los servicios de salud.

FECHA DE SOLICITUD

Momento en que la persona interesada en crear una relación comercial con Emermédica manifiesta durante el proceso de venta en línea, su voluntad de tomar el Plan Integral de Ambulancia Prepago de Emermédica a favor suyo y/o de terceros.

FECHA DE ACEPTACIÓN

Momento en el cual Emermédica acepta la solicitud de afiliación y define la fecha de vigencia del Plan Integral de Ambulancia Prepago, a partir de la cual nacen las obligaciones recíprocas entre las partes contratante y Emermédica. La aceptación será indicada por Emermédica, en un plazo máximo de 72 horas hábiles. La aceptación estará sujeta al cumplimiento de los requisitos legales

establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y a los requisitos especiales que Emermédica ha establecido en el presente Manual.

FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DEL PLAN INTEGRAL DE AMBULANCIA PREPAGADO

Momento en que el Plan Integral de Ambulancia Prepago comienza a producir los efectos legales y contractuales entre las partes (contratante y Emermédica) y surgen las contraprestaciones mutuas, entre las que se contemplan: para el contratante la de pagar el valor la cuota anticipada, en la forma y periodicidad escogida durante la venta en línea, y para Emermédica la de prestar los servicios de salud conforme las coberturas del Plan en la forma prevista en la normatividad legal vigente.

FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO

Circunstancias ajenas a la voluntad de las partes que no les es posible resistir y que, no habiendo sido previstas por las partes, impiden la ejecución de las obligaciones estipuladas en el Plan, exonerándolas en consecuencia de cualquier responsabilidad.

MÉDICO

Persona natural que de acuerdo con la legislación colombiana haya obtenido el título universitario para el ejercicio de la medicina, tenga vigente la autorización oficial para dicho ejercicio profesional, y cumpla con los requisitos de habilitación para el servicio que prestará en el plan.

PACIENTE

Persona natural beneficiaria de las coberturas del plan y usuaria de los servicios de salud sobre quien se ejerce el acto médico durante una atención médica.



PLAN INTEGRAL

Es la denominación del plan de salud de ambulancia prepagado que se encuentra autorizado y depositado en la Superintendencia Nacional de Salud, en el cual será posible incluir uno o más beneficiarios unidos por parentesco civil o consanguinidad.

PLAN INTEGRAL COLECTIVO

También denominado PPE, corresponde al plan integral suscrito por una persona jurídica, en nombre de un colectivo de personas o familias, así:

- **PPE (Plan Preferencial Empleados)**
Pagado por una persona jurídica que tiene la calidad de empleadora, cuyo pago se efectúa por descuento directo de nómina.

PLAN DE AMBULANCIA PREPAGADO

Plan adicional de salud, relativo a un contrato privado y particular, de suscripción voluntaria; de adhesión, aleatorio y tracto sucesivo; autorizado por la Superintendencia Nacional de Salud; constituye una forma de actividad aseguradora de riesgos médicos, mediante un pago anticipado o prepagado, continuo y periódico como prerequisite para el acceso a las coberturas en salud que éste incluye expresa y taxativamente.

PRESTADOR DE REFERENCIA

Es la institución prestadora de servicios de salud – “IPS”, que cuenta con Talento Humano en salud capacitado (médico general) y tecnologías de la información y de comunicación; para prestar el servicio de “telemedicina” en la modalidad de “Telemedicina Interactiva”, como un acto médico; brindando valoración médica y apoyo a distancia, requerido por el paciente en condiciones de oportunidad y seguridad. (Resolución 2654 de 2019).

PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

Prestadores de servicios de salud. Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentren habilitados. Se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios especial de transporte de pacientes que se encuentren habilitados.

PERIMETRO DE COBERTURA

Corresponde a los límites o fronteras dentro de las ciudades, municipios, áreas de influencia y áreas metropolitanas en las cuales Emermédica presta los servicios de salud.

SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADO

Sistema organizado y establecido por entidades autorizadas conforme al decreto único reglamentario del sector salud 780 de 2016, para el transporte de pacientes en ambulancia y/o la atención prehospitalaria, que dentro de su modalidad de servicio contemple los sistemas de prepago, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado.

TELESALUD

Conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos que se llevan a cabo a distancia con ayuda de tecnologías de la información y telecomunicaciones, que incluye como modalidad de prestación de servicios la Telemedicina. (Ley 1419 de 2010 y Resolución 2654 de 2019).

TELEMEDICINA

Provisión de servicios de salud a distancia por profesionales de la salud, a través de tecnologías de la información y la comunicación, que permite intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad, y permitir la resolutivez





en la prestación de los servicios de salud. Hace parte de la Telesalud. (Ley 1419 de 2010 y Resolución 2654 de 2019). Esta modalidad de atención forma parte de las coberturas del plan integral de salud.

TELEMEDICINA INTERACTIVA

Es la relación a distancia utilizando tecnologías de la información y comunicación, mediante una herramienta de video llamada en tiempo real, entre el profesional de la salud (médico general) y el paciente, para la prestación de servicios de salud. Esta se prestará por video en tiempo real. (Resolución 2654 de 2019).

TELEMEDICINA NO INTERACTIVA

Es la relación a distancia utilizando tecnologías de información y comunicación, mediante una comunicación asincrónica entre un profesional de la salud de un prestador y un usuario, para la provisión de un servicio de salud que no requiere respuesta inmediata. Esta se prestará por canal telefónico. (Resolución 2654 de 2019).

TELEMEDICINA AVANZADA

Proceso de atención médica, mediante la cual la atención virtual del médico general se encuentra apoyada en la asistencia en sitio, de un auxiliar de enfermería con equipos que le permiten tomar signos vitales, y describir focalmente al paciente, su entorno, entre otros. El auxiliar de enfermería sólo hará lo que la normatividad legal le permite en su actividad.

TRANSPORTE DE PACIENTES

Conjunto de actividades destinadas al traslado de personas en estado crítico o limitado ya sea primario, secundario o con atención prehospitalaria, hacia una institución hospitalaria, de conformidad con la resolución 009279 de 1993 del Ministerio de Salud, y las demás normas que se expidan en esta materia, previa definición del médico de la unidad, sobre la necesidad de traslado.



TRANSPORTE PRIMARIO

Cobertura del Plan Integral que se presta cuando el usuario del servicio requiere de un traslado del lugar de ocurrencia del Episodio patológico al hospital por su condición clínica o por no poderse movilizar por sus propios medios. Es importante señalar que, el traslado primario se generara en razón al criterio médico expedido por el profesional de salud.

TRIAGE

Método para definir la prioridad de la atención al USUARIO en caso de una contingencia médica, según la gravedad de su estado clínico, para lo cual se aplicarán los estándares de clasificación y tiempos de respuesta estimados, definidos por la normatividad legal vigente.

VISITA MÉDICA DOMICILIARIA

Cobertura del Plan Integral que se presta cuando el usuario del servicio presenta una condición clínica en la que no existe peligro de muerte ni urgencia en la intervención médica. Hace referencia a aquellos casos en los que el paciente refiere un síntoma específico que le ocasiona alteración de su estado habitual de salud.



2

BENEFICIOS PARA NUESTROS AFILIADOS



- ✓ Ingreso sin examen médico.
- ✓ Sin exclusión por edad o enfermedad.
- ✓ Sin límite en la cantidad de utilizaciones de los servicios.
- ✓ Sin pago de copagos, cuotas moderadoras, bonos o vales para el acceso a los servicios de salud. Salvo servicios adicionales del plan.
- ✓ Servicios de salud extramural domiciliario, para eventos que con el sistema de TRIAGE clasifiquen como emergencia o urgencia médica, con o sin traslado en ambulancia (según indicación médica).
- ✓ Visita Médica domiciliaria atención por telemedicina y telemedicina avanzada, de acuerdo con la condición clínica del paciente agotado el proceso del TRIAGE
- ✓ Atención médica las 24 horas del día, los 365 días al año.
- ✓ Respuesta al servicio mediante Unidades Móviles: Ambulancias Básicas y Medicalizadas, Carros de Consulta Domiciliaria, Prestación del servicio y realización de procedimientos médicos con equipos portátiles de última generación, tales como electrocardiógrafos, glucómetros, oxímetros, entre otros dispositivos autorizados.

Estos equipos permiten una atención clínica oportuna, segura y eficaz, conforme al tipo de servicios habilitados ante las entidades de salud, y son utilizados según criterio médico durante la atención domiciliaria o en eventos que lo requieran.
- ✓ Atención en todos los casos a través de Médico General; quien puede estar acompañado por



enfermera y/o conductor, según el recurso asignado para la atención asistencial y la clasificación del TRIAGE. Este equipo está capacitado para brindar atención médica domiciliaria en situaciones de urgencia vital, consulta prioritaria o seguimiento clínico.

- ✓ Traslados Primarios Asistidos en Ambulancia Básica o Medicalizada.
- ✓ Entrega del paciente en centros asistenciales, por profesional de la salud y con impresión diagnóstica.
- ✓ Atención dentro de la cobertura geográfica habilitada para prestar los servicios de salud y dentro del perímetro de prestación (frontera o límite dentro de cada ciudad habilitada) delimitado por Emermédica S.A.
- ✓ Acceso a servicios médicos por la modalidad de Telemedicina, disponible las 24 horas del día.
- ✓ Atención directa y personalizada.
- ✓ Acceso exclusivo a beneficios adicionales por fidelización, mediante nuestro programa VIVE EMERMÉDICA, diseñado para brindarte mayor valor y bienestar. Estos beneficios están sujetos a modificaciones y actualizaciones conforme a las políticas internas de Emermédica, garantizando siempre la mejor experiencia para nuestros afiliados. Estos servicios no forman parte directa de las coberturas de salud del plan integral, los beneficios son discrecionales y facultativos por parte de Emermédica S.A., podrán cambiarse, modificarse o eliminarse sin previo aviso.
- ✓ Acceso fácil a otros servicios como: Toma de muestras de laboratorio, teleexperticia, domicilio de medicamentos, entre otros. Estos servicios no forman parte directa de las coberturas de salud del plan integral, y se encuentran sujetos a modificaciones y actualizaciones conforme a las políticas internas de Emermédica.
- ✓ Servicio de Asistencia al Viajero: Contamos con servicio de asistencia al viajero para afiliados que se encuentren en ciudades fuera de nues-

tra cobertura geográfica, tanto dentro del país como en Suramérica, a través de convenios de reciprocidad con redes aliadas.

Cubrimiento mediante convenios:

Convenio AMI

Ciudades: Santa Marta, Valledupar, Montería y Manizales.

Para activar el servicio debes descargar tu Carta al Viajero y comunicarte a:

- Costa Atlántica: (605) 201 5000.
- Manizales: (606) 892 8192.

Convenio Red Médica Vital

Cobertura en el Eje Cafetero: Pereira y Dosquebradas.

Para activar el servicio debes descargar tu Carta al Viajero y comunicarte a:

(606) 311 4200, 311 418 2818.

Condiciones del servicio:

- La atención se presta únicamente dentro de los perímetros establecidos por las redes aliadas.
- Aplica para viajeros con permanencia inferior a dos (2) meses.
- No cubre usuarios con residencia permanente en las ciudades mencionadas.
- ✓ Farmacia a Domicilio: Entrega de productos de farmacia de manera fácil, rápida y segura, en la comodidad de la casa y a un precio favorable. Este servicio es prestado a través de nuestros aliados estratégicos.

*Esta cobertura aplica para los siguientes productos y líneas de negocio:

o **Plan Integral** (familiares/individuales).

o **Plan Colectivo** (con pago por descuento directo a cada beneficiario por el Contratante-Persona Jurídica o con pago por el Contratante-Persona Jurídica).

El Plan Colectivo hace referencia al Plan Preferencial Empleados.

- ✓ Múltiples facilidades de pago que puede cambiar durante la vigencia del contrato.



3

ACEPTACIÓN E INICIO DEL CONTRATO

ACEPTACIÓN

Corresponde al momento en el cual Emermédica aprueba la solicitud de afiliación y define la fecha de vigencia del Contrato. Se entenderá aceptada una solicitud cuando Emermédica haya validado los siguientes requisitos, dentro de las 72 horas hábiles: (i) que los beneficiarios se encuentren afiliados a una EPS del Régimen Contributivo o a un Régimen de Excepción, (ii) que al menos la dirección de domicilio principal de cada beneficiario se encuentre dentro de alguna de las ciudades de cobertura geográfica y dentro del perímetro urbano de cada ciudad vigente y aprobado por Emermédica, y (iii) el CONTRATANTE haya previamente entregado a título de depósito la primera cuota del Plan, y este pago se haya podido hacer efectivo por Emermédica.

El beneficiario que no cumpla los requisitos (i) y (ii) no podrá ser incluido en el contrato, y por ende se entenderá rechazada su solicitud de afiliación.

Para la aceptación también se requiere contar con la autorización para el tratamiento de datos personales del contratante y de sus beneficiarios otorgada por el usuario durante el proceso de afiliación en línea, a través de la página web oficial de Emermédica <https://www.emermédica.com.co/> o mediante venta asistida con asesor comercial, mediante el diligenciamiento del formulario establecido por Emermédica.

INICIO

El Plan comenzará a regir a partir de la aceptación de Emermédica.

*Sólo aplica para los siguientes productos y líneas de negocio:

- ✓ **Plan Integral** (Familiares/individuales).
- ✓ **Plan Colectivo** (El Plan Colectivo hace referencia al Plan Preferencial Empleados), con pago directo a cada beneficiario por el Contratante - Persona Jurídica o con pago por el Contratante - Persona Jurídica).





4

DEBERES, DERECHOS Y PROHIBICIONES DE LOS PACIENTES

En concordancia con la Ley 100 de 1993 y el Artículo 10 de la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud), son Deberes y Derechos de los Usuarios los definidos en el presente manual, y cuyo incumplimiento podría ser considerado como una causa de terminación unilateral del contrato o exclusión de alguno de los beneficiarios:

DEBERES DE LOS PACIENTES:

1. Procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.
2. Afiliarse con su familia al Sistema General de Seguridad Social en Salud; bien sea al Régimen Contributivo o de Excepción.
3. Cumplir oportunamente con los pagos pactados en el momento de la afiliación.
4. Suministrar información veraz, clara y completa sobre su estado de salud, la cual será solicitada al momento de requerir nuestros servicios por parte del personal médico y paramédico.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de las instituciones y profesionales que le prestan atención en salud.
6. Cuidar y hacer uso racional de los recursos, las instalaciones y dotación, los cuales son herramienta para la prestación de un buen servicio.
7. Tratar con dignidad y respeto al personal que lo asiste y respetar la intimidad de los demás pacientes.
8. Realizar un acompañamiento permanente durante la consulta de un paciente menor de edad o en condición de discapacidad leve, moderada, grave o severa por parte de sus padres o tutores; quien (es) debe (n) velar por un espacio adecuado que permita el ejercicio médico.
9. Actualizar de manera oportuna la información de vinculación propia y/o de sus beneficiarios, especialmente en el momento de la renovación del contrato o cuando se presenten cambios relevantes.
10. Informar cambios en su condición de cotizante del régimen contributivo de salud, o de afiliado a un Régimen de Excepción.
11. Auto informarse sobre las cláusulas del contrato del Plan Integral de Ambulancia Prepagado.
12. Auto informarse a través de la información suministrada en la página web: www.emermedica.com.co.





DERECHOS DE LOS PACIENTES

1. Recibir información clara y precisa para la prestación de los servicios ofrecidos por Emermédica.
2. Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de tipo racial, social, económico, religioso y/o político.
3. A la confidencialidad de toda información registrada en su historia clínica, diagnóstico y tratamiento, salvo por exigencias legales que lo hagan imprescindible.
4. Recibir información completa, continua, de todo lo relativo al proceso de su enfermedad, incluyendo diagnósticos, alternativas de tratamiento, riesgos y pronóstico, que será facilitada en un lenguaje comprensible. En caso de que el paciente esté impedido cognitivamente para recibir dicha información, ésta deberá proporcionarse a los familiares o personas legalmente responsables.
5. A la libre decisión entre las opciones que le presente el médico tratante, tales como la administración de tratamiento farmacológico o traslado a centro asistencial, siendo preciso su consentimiento expreso previo a cualquier actuación; excepto en los siguientes casos: i) Cuando la urgencia no permita demoras. ii) Cuando el no seguir tratamiento suponga un riesgo para la salud pública. iii) Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares y/o personas legalmente responsables.
6. A negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados en el punto 5, renunciando a la atención voluntaria.
7. A que en su historia clínica todo el proceso de su enfermedad quede consignado según la normatividad vigente.
8. Al correcto funcionamiento de los servicios asistenciales y condiciones adecuadas de higiene, seguridad y respeto a su intimidad e integridad.
9. A conocer los mecanismos formales para presentar peticiones, quejas, felicitaciones y sugerencias mediante los canales definidos por la compañía, así como recibir una respuesta sobre las mismas.



PROHIBICIONES DE LOS PACIENTES

Por la naturaleza de los servicios de que trata el Plan Integral de Ambulancia Prepagado, el CONTRATANTE y el BENEFICIARIO tienen la expresa prohibición de utilizar indebida o innecesariamente los servicios; tales conductas son:

1. Manipulación de síntomas del paciente para lograr atenciones más rápidas, durante el proceso del TRIAGE.
2. No adherencia al manejo médico formulado, ni a las recomendaciones médicas; promoviendo el uso innecesario o reiterado de los servicios de salud.
3. Agresión o maltrato, físico o verbal a la misión médica.
4. Retención forzada de vehículos o tripulación (no dejarlos salir).
5. Destrucción, daño parcial o total a los vehículos.
6. Incumplimiento a los deberes de los beneficiarios para con los servicios de salud establecidos en el Manual del Usuario y en las leyes que expida el Ministerio de Salud.
7. Solicitud de servicios fuera de cobertura.
8. Cualquiera otra acción u omisión que desconozca el objeto de alcance del plan, vulnere las obligacio-

nes a cargo del contratante o que pretenda reclamar derechos que no le concede el plan.

El incumplimiento a estas prohibiciones no taxativas, sino meramente enunciativas podrá dar lugar a la cancelación del Plan o la exclusión del BENEFICIARIO incumplido, según corresponda.

Se entiende por reiterados requerimientos no justificados todas las solicitudes de servicios no convenidos en el Plan, el uso inadecuado de los servicios, y el incumplimiento a los deberes del usuario conforme lo dispuesto en los artículos 139 de la Ley 1438 de 2011, 10 de la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud), cualquier otra norma que las derogue, sustituya, modifique o adicione.

No se considerará que ningún reasegurador proporciona cobertura y ningún asegurador será responsable de pagar cualquier reclamación o proporcionar cualquier beneficio en virtud del presente documento en la medida en que la provisión de dicha cobertura, el pago o dicha reclamación o la provisión de dicho beneficio exponga a dicho reasegurador a cualquier sanción, prohibición o restricción en virtud de las resoluciones de las Naciones Unidas o de las sanciones comerciales o económicas, leyes o reglamentos de la Unión Europea, Reino Unido o Estados Unidos de América.





5 NUESTROS SERVICIOS

Telemedicina

Modalidad de atención a distancia, para aquellos pacientes cuya condición clínica clasifica en los TRIAGE IV y V. Puede ser una telemedicina a distancia o una telemedicina avanzada, de acuerdo con las definiciones establecidas en el presente manual.

Atención de eventos médicos que durante el Triage clasifiquen como Emergencia Médicas I o II

Son aquellas situaciones de salud que requieren una atención médica inmediata, puesto que existe un riesgo real e inminente de perder la vida. Ejemplo; Infarto agudo de miocardio, insuficiencia respiratoria aguda, accidente cerebrovascular, traumatismos graves, pérdida de conocimiento, traumas graves, hemorragias severas, etc.

Atención de eventos médicos que clasifique como Urgencia Médica (Triage III)

Entendidos como aquellos eventos o situaciones en los que, aunque no hay riesgo inminente de muerte ni secuelas invalidantes, hay presencia de síntomas de alarma que requieren una pronta intervención médica para prevenir posibles complicaciones. Algunos casos asociados a una urgencia son: agitación psicomotora, palpitaciones, palidez cutánea, hipotensión, hipertensión, dolor torácico, dolor abdominal, heridas sin sangrado activo, traumatismos craneoencefálicos leves, otros traumas incluyendo fracturas, quemaduras grado I y II, incontinencia aguda de esfínteres, trastorno de la conducta, crisis de llanto de niños, alteraciones oculares y de la visión, esguinces, pérdida de conocimiento recuperada, arritmias, trabajo de parto, cuerpo extraño, entre otros.

Visita Médica Domiciliaria (Triage IV y V)

Situación en la que no existe peligro de muerte ni urgencia en la intervención médica, simplemente hace referencia a aquellos casos en los que el paciente refiere un síntoma específico que le ocasiona alteración de su estado habitual de salud. Algunos ejemplos son: dolor de cabeza, fiebre y erupción cutánea. Se excluyen los procedimientos de enfermería y/o paramédicos, tales como terapias respiratorias, recambios de sondas, recambios de dispositivos endovenosos, entre otros.

Traslados Primarios Asistidos

Conjunto de actividades destinadas al traslado de personas en estado crítico limitado con atención prehospitalaria, hacia una institución hospitalaria desde el lugar de ocurrencia del episodio patológico; en ambulancias básicas o medicalizadas dotadas con equipos de alta tecnología, con conductor experto, acompañada por un recurso humano calificado médico y/o enfermera o auxiliar, con entrenamiento en Emergencias, soporte avanzado de trauma y cardiovascular, como también en técnicas de reanimación cardiopulmonar.

El traslado de los BENEFICIARIOS lo efectuará Emermédica a criterio de su médico domiciliario según corresponda con el cuadro clínico; y se realizará en unidades móviles básicas o medicalizadas habilitadas. El sitio de remisión (clínica u hospital) se determinará por la cercanía a la ubicación del paciente y/o el nivel de complejidad de la IPS que requiera el paciente, y estará sujeto al procedimiento de referencia y contrarreferencia.

Es importante señalar que, Emermédica en ningún caso realizará el traslado de un paciente de un centro hospitalario a otro, es decir, en ninguna circunstancia prestará el servicio de traslado secundario.



Traslado no cubierto

En ningún caso Emermédica estará obligado a efectuar el traslado del BENEFICIARIO del Centro Intrahospitalario hasta el lugar de su domicilio, ni ningún otro traslado distinto al primario.

OTROS SERVICIOS DE SALUD EN CASA CON TARIFAS PREFERENCIALES.

Por ser afiliado a nuestro Plan Integral de Ambulancia Prepagado, podrás acceder fácilmente a servicios adicionales desde la comodidad de tu casa.

Impedimento para el traslado

En caso de que el BENEFICIARIO, su familiar o la persona responsable de él, impida de alguna forma el traslado indicado por el médico, se entenderá que fue rechazado, cuyo hecho quedará documentado en la historia clínica del paciente o cualquier otro registro de EMERMÉDICA. En este caso, EMERMÉDICA quedará exonerada de cualquier responsabilidad respecto a lo que le pueda posteriormente ocurrir al paciente.

Toma de exámenes de laboratorio a domicilio

La toma de exámenes consiste en la recolección de una muestra biológica de su organismo, la cual dependerá del examen que le haya ordenado un médico o profesional de la salud. Las muestras biológicas más solicitadas en la práctica clínica son: sangre, orina, heces y esputo, aunque pueden recogerse otras.

Para acceder a este servicio, debe presentar orden médica, derivada o no de las atenciones médicas prestadas por Emermédica, el servicio le será prestado de manera domiciliaria, previo agendamiento, y sus resultados le serán remitidos a su correo electrónico personal o al que usted disponga, guardando las medidas de protección y reserva a sus datos sensibles.

Por ser nuestro afiliado al Plan Integral, tendrá tarifas preferenciales y cómodos medios de pago.

La toma de muestras la realizará directamente Emermédica al tener la habilitación de las Secretarías de Salud para realizar este proceso asistencial; muestras que serán procesadas por nuestros laboratorios de referencia con quienes tenemos contratos y alianzas, en las ciudades de: Bogotá, Bucaramanga, Cali y Medellín.

En las demás ciudades, tenemos convenios directos para adelantar los dos procesos: Recolección y procesamiento de muestras.





6

¿CÓMO SOLICITAR LOS SERVICIOS MÉDICOS?



Para utilizar nuestros servicios marque los siguientes números a cualquier hora del día o de la noche, todos los días de la semana durante la vigencia del plan o contrato según la ciudad donde se encuentre:

Bogotá, Chía y Soacha (601)
587 8027 / 307 7087 / 746 4453

Bucaramanga (607)
691 1100 / 697 8706

Barranquilla (605)
316 0360 / 385 7825

Medellín (604)
204 2112 / 606 9918

Neiva (608)
868 0155 / 863 3375

Cartagena (605)
642 8264 / 693 2893

Cali (602)
369 2188 / 487 9514

Villavicencio (608)
681 9313 / 684 8696

Línea Nacional Gratuita 01 8000 117087,
esta línea funciona únicamente desde teléfonos fijos a nivel nacional.



Un técnico en salud (auxiliar de enfermería), con el liderazgo de un coordinador médico (médico general) le realizará algunas preguntas necesarias para determinar el motivo de consulta, sus síntomas, antecedentes clínicos, y procurará guiarlo para obtener la mejor información posible, con el fin de establecer la prioridad de la atención, el recurso para su atención y el tiempo estimado para su atención.

Es importante tener en cuenta lo siguiente:

ANTES DE SOLICITAR EL SERVICIO

- ✓ Tenga a la mano nombre y/o número de identificación del paciente beneficiario que requiere el servicio.
- ✓ Tenga a mano la dirección y teléfono de ubicación donde se encuentre el paciente para la atención; si es necesario indique sitios de referencia que faciliten la llegada de nuestra unidad al sitio. El servicio se prestará dentro de los perímetros de cobertura establecidos por Emermédica.
- ✓ Recuerde encontrarse al día en los pagos del plan y contrato, el que debe estar vigente y activo; y asegúrese de que el beneficiario esté afiliado a una EPS del Régimen Contributivo en su plan obligatorio de salud o a su Régimen de Excepción, requisito obligatorio para permanecer en su plan o contrato y necesario en caso de ser indicado el traslado a una institución clínica.

DURANTE LA SOLICITUD TELEFÓNICA DEL SERVICIO

- ✓ Describa la sintomatología y/o estado de salud actual del paciente y conteste las preguntas que le realice el personal de enfermería de la Central de Atención Médica; informe los antecedentes médicos de importancia. Recuerde que de la veracidad y precisión en la información que suministre, nuestro personal podrá establecer el tipo de servicio inicialmente requerido y la priorización de la atención.
- ✓ Escuche con atención las indicaciones pre-arribo, y aplique las recomendaciones.
- ✓ Recuerde que los tiempos de arribo son estimados, y pueden verse alterados por situaciones temporales como: emergencias funcionales, picos de atención o factores externos.
- ✓ Tenga en cuenta que todo servicio está sujeto por priorización al TRIAGE: Método para definir la prioridad de la atención al BENEFICIARIO en caso de una contingencia médica, según la gravedad de su estado clínico, para lo cual se aplicarán los estándares de clasificación y tiempos de respuesta estimados, definidos por la normatividad legal vigente.
- ✓ Nunca deje solo al paciente mientras llega la ayuda.

Dentro de los deberes del usuario se contempla el tratar con dignidad y respeto al personal que lo asiste. Su incumplimiento podría ser considerado como una causa de terminación unilateral del contrato o exclusión de alguno de los beneficiarios.

Dentro de los deberes del usuario y sus beneficiarios se contempla el deber de tratar con dignidad y respeto al personal que lo asiste. El incumplimiento de este deber podrá ser considerado como causal de revisión contractual. En casos reiterados o graves, y previa verificación por parte de Emermédica, este comportamiento podrá constituir una causa de terminación unilateral del contrato o la exclusión de uno o más beneficiarios, de acuerdo con las políticas internas y el debido proceso.





Un técnico en salud (auxiliar de enfermería), con el liderazgo de un coordinador médico (médico general) le realizará algunas preguntas necesarias para determinar el motivo de consulta, sus síntomas, antecedentes clínicos, y procurará guiarlo para obtener la mejor información posible, con el fin de establecer la prioridad de la atención, el recurso para su atención y el tiempo estimado para su atención.

Es importante tener en cuenta lo siguiente:

ANTES DE SOLICITAR EL SERVICIO

- ✓ Tenga a la mano nombre y/o número de identificación del paciente beneficiario que requiere el servicio.
- ✓ Tenga a mano la dirección y teléfono de ubicación donde se encuentre el paciente para la atención; si es necesario indique sitios de referencia que faciliten la llegada de nuestra unidad al sitio. El servicio se prestará dentro de los perímetros de cobertura establecidos por Emermédica.
- ✓ Recuerde encontrarse al día en los pagos del plan y contrato, el que debe estar vigente y activo; y asegúrese de que el beneficiario esté afiliado a una EPS del Régimen Contributivo en su plan obligatorio de salud o a su Régimen de Excepción, requisito obligatorio para permanecer en su plan o contrato y necesario en caso de ser indicado el traslado a una institución clínica.

DURANTE LA SOLICITUD TELEFÓNICA DEL SERVICIO

- ✓ Describa la sintomatología y/o estado de salud actual del paciente y conteste las preguntas que le realice el personal de enfermería de la Central de Atención Médica; informe los antecedentes médicos de importancia. Recuerde que de la veracidad y precisión en la información que suministre, nuestro personal podrá

establecer el tipo de servicio inicialmente requerido y la priorización de la atención.

- ✓ Escuche con atención las indicaciones pre-arribo, y aplique las recomendaciones.
- ✓ Recuerde que los tiempos de arribo son estimados, y pueden verse alterados por situaciones temporales como: emergencias funcionales, picos de atención o factores externos.
- ✓ Tenga en cuenta que todo servicio está sujeto por priorización al TRIAGE: Método para definir la prioridad de la atención al BENEFICIARIO en caso de una contingencia médica, según la gravedad de su estado clínico, para lo cual se aplicarán los estándares de clasificación y tiempos de respuesta estimados, definidos por la normatividad legal vigente.
- ✓ Nunca deje solo al paciente mientras llega la ayuda.

Dentro de los deberes del usuario se contempla el tratar con dignidad y respeto al personal que lo asiste. Su incumplimiento podría ser considerado como una causa de terminación unilateral del contrato o exclusión de alguno de los beneficiarios.

Dentro de los deberes del usuario y sus beneficiarios se contempla el deber de tratar con dignidad y respeto al personal que lo asiste. El incumplimiento de este deber podrá ser considerado como causal de revisión contractual. En casos reiterados o graves, y previa verificación por parte de Emermédica, este comportamiento podrá constituir una causa de terminación unilateral del contrato o la exclusión de uno o más beneficiarios, de acuerdo con las políticas internas y el debido proceso.

DURANTE LA ATENCIÓN

- ✓ Atienda las instrucciones impartidas por el personal de la salud.
- ✓ Si el paciente es un menor de edad, debe estar acompañado de sus padres, tutores o adulto delegado por ellos; de igual manera, si el



7

NEGACIÓN DE
LOS SERVICIOS

Emermédica negará la prestación de los servicios contratados en los siguientes casos:

- ✓ Cuando el contrato se encuentre en mora, salvo en los casos en que la condición clínica del paciente implique que su vida está en inminente riesgo de muerte.
- ✓ Cuando el contrato se encuentre en estado bloqueado.
- ✓ Cuando se solicite servicio para una persona que no esté incluida en el contrato suscrito con Emermédica.
- ✓ Cuando se solicite el servicio antes de entrar en vigencia el contrato.
- ✓ Cuando el usuario se encuentre fuera de la ciudad y del perímetro de cobertura.

Es importante precisar que, Emermédica está obligada a prestar el servicio exclusivamente en la dirección de cobertura principal estipulada en el contrato suscrito. Las demás direcciones solo constituyen una mera expectativa del servicio, sujeta a estudio de cobertura previo.





8

TELÉFONOS Y DIRECCIONES DE CONTACTO

Emermédica pensando en su comodidad y servicio, cuenta con los siguientes canales de comunicación:

HORARIO LÍNEA DE ATENCIÓN AL USUARIO

Lunes a viernes
De 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Sábados
De 8:00 a.m. a 12:00 m.

TELEFONOS

Bogotá (601) 307 7089

Línea Nacional **018000 117098**, esta línea funciona únicamente desde teléfonos fijos a nivel nacional.

HORARIOS DE ATENCIÓN EN SEDES DE BOGOTÁ

Lunes a jueves
De 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Viernes
De 7:30 a.m. a 3:00 p.m.

Hora de receso
De 12:00 m. a 1:00 p.m.

SEDES

Bogotá

Sede Principal
Cra. 19B No. 168-35
PBX (601) 307 7098

**Clínica Odontológica
Clínica VIP - Axa Colpatria**
Calle 97 No. 23-10, Chapinero

Medellín

Cra. 47A No. 5 - 100
Tel.: (604) 204 2112 / 606 9918

Cali

Calle 9 No. 63-04/08
El Gran Limonar
Tel.: (602) 369 2188 / 487 9514

Cartagena

Cra. 2 No. 41-235
Tel: (605) 642 8264 / 693 2893

Neiva

Calle 7 No. 14-60 / 66, El Altico
Tel: (608) 868 0155 / 863 3375

Bucaramanga

Cr 17 No. 58 - 161
Tel: (607) 691 1100 / 697 8706

Villavicencio

Cra. 36 No. 34 - 47/51
Tel: (608) 681 9313 / 684 8696

Barranquilla

Cra. 59 No. 76 - 76
Tel: (605) 316 0360 / 385 7825



9

VIVE Emermédica

Es un programa de beneficios diseñado para que nuestros usuarios y sus familias disfruten de experiencias positivas en diferentes momentos de su vida.

Se trata de valores agregados en diferentes ejes, pero no forman parte de las coberturas de nuestro Plan Integral de Salud:

MÉDICOS ESPECIALISTAS

Más de 600 médicos especialistas de acceso fácil, directo, quienes se han comprometido para darle a nuestros clientes y afiliados, tarifas preferenciales en sus consultas médicas. Su acceso es a través de agendamiento.

ALIANZAS

Descuentos en más de 230 establecimientos como ópticas, gimnasios, restaurantes, teatros, parques nacionales, servicios para mascotas, entre otros.

CONTROL MÉDICO PEDIÁTRICO

Emermédica se encuentra habilitado por la Secretaría Distrital de Salud para prestar como IPS (Institución Prestadora de Servicios de Salud) el servicio de pediatría. Si bien no forma parte de nuestros servicios del Plan Integral de Ambulancia Prepago, brindamos como valor agregado para nuestros pequeños, un número limitado de controles pediátricos, anuales y gratuitos, con alguno de nuestros pediatras. no acumulables con las anualidades subsiguientes.

Aplica para niños afiliados entre los 0 y 12 años sólo para las ciudades de Bogotá y Medellín, el servicio podrá ser suspendido sin previo aviso, toda vez que se trata de un beneficio adicional.

El acceso a este beneficio será mediante agendamiento y con la disponibilidad del médico especialista.

En el evento de que el paciente no pueda asistir a la cita, deberá cancelarla con una antelación de dos días hábiles; en caso de que no se dé el aviso, la cita de control no será reagendada y se restará al número de controles totales del paquete limitado.





SERVICIOS ODONTOLÓGICOS

Emermédica SA es una IPS (Institución Prestadora de Servicios de Salud) habilitada por la Secretaría Distrital de Salud para prestar servicios de odontología. Si bien no forma parte de nuestros servicios del Plan Integral de Ambulancia Prepagado, brindamos como valor agregado para nuestros clientes y afiliados este servicio:

Valoración y atención de urgencias ilimitadas sin costo, una (1) limpieza básica gratis al año y descuentos en tratamientos odontológicos en todas las especialidades. (Disponible inicialmente en Bogotá). En otras ciudades a través de nuestros aliados de Vive Emermédica.





ASISTENCIA AL VIAJERO A NIVEL INTERNACIONAL: RED SIEM

Cubrimiento en 14 países de Latinoamérica y en más de 600 ciudades. Actualmente nuestra Red tiene cobertura en los siguientes Países: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

Recuerda que, para acceder a este beneficio debes descargar tu carta al viajero con 15 días hábiles de anterioridad, a través de <https://tuemermedica.com.co/>, en la App de Emermédica o la línea de WhatsApp 323 220 3080.

El afiliado debe presentarse como convenio “Red Siem Emermédica” para que le presten el servicio.

Es importante que antes de viajar, el afiliado consulte las empresas que están adscritas a la Red, con el fin de tener la información actualizada y verificar las ciudades de cobertura, siguiendo estos

pasos:

1. Los afiliados deben ingresar a www.siem.org.ar
2. En la página web los afiliados deben ir a la sección de “empresas y cobertura”
3. Posteriormente deben dirigirse a “Mapa de coberturas”
4. La página web abrirá el mapa donde el afiliado podrá ubicar el país y ciudad donde necesitaría acceder al servicio.

En el país y ciudad de destino, el afiliado debe contactar a la empresa prestadora e indicar que tomará el servicio como convenio “RED SIEM EMERMÉDICA”, esto con el fin de garantizar que le presten el servicio sin ningún inconveniente.

Para acceder a estos beneficios consulta los términos y condiciones en www.emermedica.com.co

*Recuerda que es necesario estar activo y al día en los pagos de tu Plan de Ambulancia Prepagada para acceder a estos beneficios.

sección Vive Emermédica.

PORQUE EN EMERMÉDICA NOS MOVEMOS PARA QUE TÚ Y TU FAMILIA SIEMPRE CUENTEN CON MÁS BENEFICIOS

CREDENCIAL DE AFILIACIÓN

Es entregada por el asesor comercial en el momento de realizar la solicitud de afiliación, la cual los acredita como usuarios de nuestro Plan Integral, una vez el contrato se encuentre activo. Podrás descargar la credencial en la App de Emermédica o directamente en Tu Emermédica.

Para acceder a los beneficios de nuestro programa Vive Emermédica puede presentar la credencial de





10

PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES-PQR'S



Si usted desea poner en conocimiento alguna situación con relación a la prestación de nuestros servicios, procesos de cartera, comercial o administrativo o quiere presentar alguna novedad relacionada con su contrato (cambio de datos, modificación de usuarios, etc.), o cualquiera otro, puede realizarlo mediante los siguientes canales y teniendo en cuenta lo siguiente:

PETICIÓN

Es toda solicitud realizada por un afiliado con relación a los servicios que ofrece la compañía.

QUEJA

Es la manifestación de descontento o inconformidad que realiza el afiliado sobre las conductas irregulares de los empleados de la compañía o particulares a quienes se ha atribuido o adjudicado la prestación de un servicio.



RECLAMO

Es aquella exigencia que se realiza de manera respetuosa ante la compañía con el fin de exigir lo pactado contractualmente entre el afiliado y la Organización con el fin de encontrar una solución relacionada con la prestación indebida de un servicio o a la falta de atención de una solicitud.

FELICITACIÓN

Es una manifestación que expresa el agrado o satisfacción con un funcionario o con el proceso que genera el servicio.

- Podrás radicar la PQRSF en la página web <https://www.emermedica.com.co/contactanos/> o a través de las Líneas de Atención al Usuario en Bogotá (601) 3077089, Línea Nacional 01 8000 117 098.

Es importante señalar que, los canales anteriormente descritos son los únicos autorizados por

Emermédica para recibir PQRSF.

Por consiguiente, no se atenderá ninguna solicitud recibida por medios o canales de atención diferentes a los aquí establecidos.

Emermédica responderá al peticionario igualmente por cualquiera de los canales definidos para tal fin (teléfono, e-mail, atención personalizada) en forma clara, precisa y de fondo o aclaración de lo expuesto, lo anterior con los fundamentos legales, estatutarios o reglamentarios que la soporten.

Cualquier inquietud adicional que le surja y que no haya encontrado en este manual, por favor comuníquese con las Líneas de Servicio al Cliente en Bogotá: (601) 307 7089 línea nacional gratuita: 01 8000 117098 o envíe un correo electrónico a servicioalcliente@emermedica.com.co con gusto la resolveremos.





11

RENOVACIÓN DEL
CONTRATO Y TARIFAS

El contrato se entenderá renovado automáticamente por periodos iguales de 1 año, salvo que: (i) EL CONTRATANTE dé un aviso de no renovación con treinta (30) días hábiles de anticipación. Para que el preaviso sea efectivo, el CONTRATANTE responderá económicamente de todas las obligaciones que se deriven de su falta de aviso, relativas al pago de la totalidad del valor mensual causado del contrato, incluyendo las vencidas y en mora; (ii) cuando el BENEFICIARIO omite informar que no se encuentra afiliado al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud o a un Régimen de Excepción, (iii) cuando se encuentre en una situación de incumplimiento de alguna o todas las obligaciones determinadas en el presente clausulado y, en la ley, especialmente las contenidas en el Decreto Único Reglamentario para el Sector Salud, la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud, y demás normas concordantes, como aquellas que las complementen, adicionen, aclaren o modifiquen (IV) Cuando el Contratante y sus beneficiarios no realicen ningún

tipo de actualización de información de Vinculación al momento de la renovación, se entenderá que esta no han sufrido ningún cambio desde su afiliación a Emermédica.

Nuestras tarifas están aprobadas por la Superintendencia Nacional de Salud basados en la edad de cada beneficiario y número de Afiliados por contrato. Tendrán vigencia en el periodo anual y se verán reflejadas en el valor a pagar de cada factura.

Condiciones sobre la tarifa

Todos los descuentos referidos en los términos y condiciones, podrán ser objeto de supresión, disminución o aumento, o sustitución, en aquel evento en que el contrato haya cambiado las condiciones pactadas, siempre que tal modificación provenga de una novedad presentada por el contratante.





12

CONGELACIÓN
DEL CONTRATO

Es el proceso mediante el cual se suspenden temporalmente las contraprestaciones mutuas entre las partes durante la vigencia del contrato, es decir, el pago del contrato y la prestación de los servicios de salud.

**CONTRATOS DE PERSONAS
NATURALES (PLAN INTEGRAL)**

En los contratos individual y familiar del Plan Integral de Ambulancia Prepagados el contratante puede solicitar la congelación temporal de su contrato, la cual podrá ser aceptada por Emermédica, siempre que cumpla con los siguientes requisitos:

1. Presentar carta escrita y firmada a mano alzada por el contratante, donde haga expresamente la solicitud, indicando el motivo y la fecha inicial y final del periodo en que se congela el contrato. Debe tener en cuenta que los periodos de cobertura no se pueden fraccionar, por lo cual, la congelación iniciará y finalizará de acuerdo con los cortes de facturación.
2. La congelación del contrato sólo aplica por motivo de viajes nacionales o internaciones, a países y ciudades donde Emermédica no se encuentre autorizada para funcionar y prestar servicios. Por tanto, el contratante deberá entregar el o los tiquetes de viaje de todos los beneficiarios del contrato.
3. Duración máxima: El contrato podrá ser congelado por un periodo mínimo de 30 días calendario y un máximo de 90 días calendario. El usuario podrá utilizar este máximo de tres (3) meses de manera consecutiva o intercalada, siendo condición esencial que su aplicación se efectúe estrictamente dentro del año de vigencia de la renovación del contrato.
4. Condiciones del contrato: El contrato debe tener al menos seis meses en estado activo para acceder a este beneficio y deberá estar al día en los pagos.
5. No se congelan periodos ya facturados. La solicitud de congelación se aplicará únicamente a periodos futuros.
6. La solicitud debe enviarse con 30 días de anticipación al corte de facturación del contrato.

No aplicará la congelación, si uno sólo de los beneficiarios será el que viaje. En este caso, el beneficiario deberá ser excluido del contrato, y el contrato permanecerá vigente con los demás beneficiarios.

A su vez, es importante precisar que el beneficio de congelación no es acumulativo. En el evento que el usuario no haga uso de esta opción durante una vigencia de renovación, el periodo máximo de congelación disponible para el siguiente periodo de renovación se restablecerá a un máximo de tres (3) meses.

El incumplimiento a uno o más de los requisitos, será causal de rechazo.



13

RETIROS, CANCELACIONES, EXCLUSIONES



La terminación del contrato deberá ser solicitada únicamente por EL CONTRATANTE, a través de los siguientes canales habilitados para la recepción de solicitudes:

LÍNEAS DE ATENCIÓN AL CLIENTE

A través de las líneas telefónicas publicadas en el sitio web www.emermedica.com.co. La llamada telefónica será grabada y constituirá el soporte de la solicitud, previa validación de la titularidad contractual.



Para las cancelaciones y/o exclusiones, el CONTRATANTE deberá otorgar un preaviso con una antelación de treinta (30) días calendario a la fecha de inicio del siguiente período de facturación. Dicho preaviso será válido y efectivo siempre que EL CONTRATANTE haya cumplido con las demás condiciones establecidas en el contrato.

Cualquier solicitud de terminación presentada por EL CONTRATANTE a través de correos no autorizados o sin cumplir con las formalidades establecidas se entenderá como no presentada. En tal caso, el contrato continuará vigente y el CONTRATANTE deberá seguir cumpliendo con todas las obligaciones contractuales.

PRESENTACIÓN DE NOVEDADES AL CONTRATO O DE SOLICITUDES

La obligación de pago de los servicios prestados será exigible hasta la fecha efectiva de su terminación, así como los restantes derechos y obligaciones contenidas en el Plan respecto del último mes causado.

EMERMÉDICA S.A. podrá excluir a uno o más de los usuarios registrados, en los casos siguientes:

- a) Cuando se compruebe el uso indebido de los servicios.
- b) Cuando se compruebe falsedad, error, omisión, reticencia o inexactitud en la información registrada en la solicitud de ingreso.
- c) Cuando no se evidencie afiliación activa al régimen contributivo o de excepción (Art. 21 Decreto 886 /98).

En ningún caso habría requerimiento o notificación previa, EMERMÉDICA S.A. podrá excluir a uno o más de los beneficiarios, de manera inmediata, cuando no se evidencie su afiliación activa al régimen contributivo o de excepción del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por constituir un requisito legal indispensable de permanencia en el contrato.

Ahora bien, para la cancelación de plan colectivo, el CONTRATANTE deberá otorgar un preaviso con una antelación de treinta (30) días calendario a la fecha de inicio del siguiente período de facturación. Se tendrán en cuenta los cortes de facturación de cada Plan Colectivo. Para todos los efectos, la novedad deberá radicarse antes del día 25 calendario hábil de cada mes. Dicho preaviso será válido y efectivo siempre que EL CONTRATANTE haya cumplido con las demás condiciones establecidas en el contrato y haya remitido la comunicación dentro de los canales habilitados para su radicación.

Frente al proceso de exclusión en plan colectivo, tanto el CONTRATANTE empleador como el empleado, ya sea que pertenezca a un Plan Colectivo pagado por la empresa o por el propio empleado, deberán radicar las solicitudes de exclusión individual o del grupo familiar a través de nuestro formulario web <https://www.emermedica.com.co/contactanos/>, dichas solicitudes deberán presentarse entre el día 01 y el día 26 de cada mes para que la novedad de exclusión sea aplicada en el siguiente corte de facturación. Las solicitudes radicadas después del día 26 serán aplicadas en la facturación posterior al corte siguiente. (...)"



14 DEVOLUCIONES Y COMPENSACIONES

Aplica en los siguientes casos:

- ✓ Cuando el contratante excluya y/o cancele a uno o más de los usuarios de su contrato, por fallecimiento o salida definitiva del país, y el pago lo haya efectuado anticipadamente por más de un periodo mensual. Es discrecional del contratante solicitar a EMERMÉDICA aplicar esos pagos anticipados a la novedad de ingreso de un nuevo usuario al contrato.
- ✓ Cuando el contratante por error haya consignado un mayor valor al liquidado o facturado por EMERMÉDICA, el cual será abonado a su próxima cuota.
- ✓ Cuando EMERMÉDICA S.A. haya facturado o liquidado por error, un mayor valor del pactado contractualmente, por concepto de primas.

En cualquiera de estos casos debes hacer llegar una carta física firmada por el titular del contrato, adjuntando certificado de defunción en caso de fallecimiento o cualquiera otra prueba documental válida que permita comprobar la pertinencia de la devolución o compensación, para esto debes diligenciar el formulario de solicitud y trámite de devolución que podrás encontrar en la página web www.emermedica.com.co, ingresando a la opción Transacciones > Tu Emermédica > Devoluciones o en las líneas de atención al cliente (601) 3077089 en Bogotá o a nivel nacional al 01 8000 117 098.





15

FACTURACIÓN Y ENVÍO ELECTRÓNICO DE DOCUMENTOS

Con el fin de mantener informados a nuestros usuarios y garantizar una adecuada gestión de cobro, EMERMÉDICA S.A. realiza la emisión de las facturas electrónicas durante los primeros cinco (5) días de cada mes., de acuerdo con las fechas de corte definidas en el contrato. Las cuales recibe de forma automática al correo electrónico registrado por el contratante o mensaje de texto.

15.1 CONTENIDO DE LA FACTURA A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO

La factura enviada a través de correo electrónico será remitida desde el buzón factura@emermedica.com.co. Este correo es de uso exclusivo para distribución automática y no recibe solicitudes, respuestas ni mensajes entrantes. La cual cuenta con información

correspondiente a razón social o contratante, mes facturado, valor a pagar, fecha límite de pago y referencia de pago. El mensaje también cuenta con imágenes interactivas que redirigen portal de pagos en línea de EMERMÉDICA, lo que facilita realizar el pago de manera rápida y segura e ingresar a Tu Emermédica a realizar consultas.

El mensaje enviado al cliente incluye un archivo adjunto correspondiente a ZIP con tres documentos: 1) Representación gráfica de la factura (PDF), 2) Archivo XML, correspondiente a la versión digital firmada de la factura y 3) Archivo ZIP anexo, que contiene el detalle y desglose de los valores facturados. La cual se visualizará de la siguiente manera:

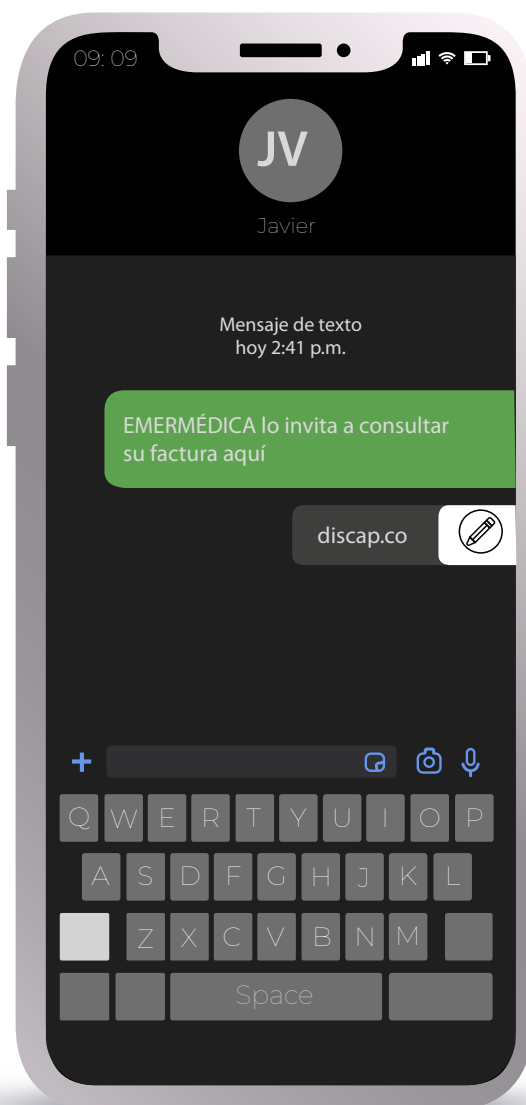
| Nombre | Tamaño | Tamaño comp... | Modificado |
|---------------------------------|---------|----------------|------------------|
| fv08001267850182501635691.pdf | 472 600 | 453 606 | 2025-06-16 11:23 |
| Adjunto FE5393448.zip | 213 769 | 213 808 | 2025-06-16 11:23 |
| adfv08001267850182501635691.xml | 57 335 | 11 871 | 2025-06-16 11:23 |



15.2 CONTENIDO DE LA FACTURA A TRAVÉS DE SMS

Pensando en generar diversidad en los canales de notificación de factura y mejorar la experiencia de nuestros afiliados, se habilitó el envío de notificaciones por SMS, exclusivo para los contratos familiares que cuenten con el número de celular correctamente registrado.

Los cuales podrá recibir a través de un mensaje de texto corto, donde al seleccionar la opción de consultar aquí, le permitirá direccionarse a ver un resumen de su factura, ver el PDF, pagar o ver información, la cual corresponderá a promociones, lanzamientos y otros. Los cuales se podrá visualizar así:






15.3 INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA FACTURA (PDF)

La factura electrónica emitida por EMERMÉDI-CA presenta información clara y estructurada

que permite al usuario identificar fácilmente los datos de su contrato y los valores asociados. A continuación, le mostramos que información podrá visualizar en la factura (PDF):



Emermédi S.A.
800.126.785-7
Carrera 19B No. 168-35 Bogotá
Líneas de servicio al cliente: 3077089 en Bogotá - Nacional 018000117098
servicioalcliente@emermedica.com.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
No.

Referencia de pago:

Valor para pagar:

Páguese antes de:

Fecha inicio:

Fecha fin:

Fecha emisión:

Cliente: Identificación:

Tipo ID:

Teléfono:

Dirección:

Ciudad: **Cód. prestador:**

Contrato:

Modalidad:

Forma de pago:

| Medio de pago | Vence | Orden de compra |
|---------------|-------|-----------------|
| | | |

| Autorización | Cobertura o plan de beneficios | Modalidades de contratación y pago | Tipo de usuario |
|--------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------|
| | | | |

| Código | Descripción | Cant | Dcto | IVA | Valor Unitario | Subtotal |
|--------|--|------|------|-----|----------------|----------|
| | ↓ Detalle del servicio específico que se está facturando en este periodo. | | | | | |

| | |
|---|--|
| Son: | Subtotal: |
| | Copagos: |
| | LVA: |
| | Saldo mes(es) anteriores: |
| | Total: |

Datos de identificación y contacto del titular del servicio.

Identificador asignado a su servicio. Está compuesto por un indicativo seguido del número de contrato.

Número exclusivo e irreplicable para realizar pagos.

Fecha límite de pago tentativa. Si hay saldos de facturas anteriores, este campo mostrará "Inmediato".

Indican el periodo que se está facturando, ligado a las fechas de corte establecidas en su contrato y modalidad.

Valor de la factura en letras.

CUFE (Código Único de Facturación Electrónica): Un identificador único para efectos de facturación electrónica.

Valor base de los servicios antes de impuestos.

Deuda pendiente de periodos anteriores reflejada aquí.

Suma final por pagar: Base + IVA(s) aplica + Saldos anteriores.

Esta factura de venta representa el valor según Art. 774 y 779 del Código de Comercio, Ley 1231 de julio del 2008, Actividad económica ICA No. 8699 tarifa 9.66x1.000. Grandes Contribuyentes Resolución 000200 del 26/12/2024. Agente retenedor de IVA. Autorretenedores Resolución 01828 del 2/03/2006. Autorretenedores en ICA en los municipios de Neiva, Medellín, Bucaramanga, Barranquilla, Cartagena y Soacha. Autorización numeración de facturación No. 18764084204201 Fecha: 2024-11-27 al 2026-11-27 Desde 5000001 Hasta 5000000

Más de 600 especialistas a tu alcance.



Per ser parte de Emermédi, accede a los médicos más solicitados:

- Pediatría • Ginecología
- Cardiología • Ortopedia y más...

Citas directas, sin complicaciones y con tarifas preferenciales. Tu salud y la de tu familia, siempre primero.

Aplica límites y condiciones.

Ingresar aquí: emermedica.com.co/directorio-especialistas



CANALES DE RECAUDO



ALMACENES

Éxito
Carulla
Surtimax



CORRESPONSALES BANCOLOMBIA

Convenio 20325 Referencia de pago relacionada en la factura.



EFECTY

Convenio 1408 Referencia de pago relacionada en la factura.

Declaramos ICA en los municipios de Neiva, Bucaramanga, Villavicencio, Cali, Medellín, Barranquilla y Cartagena.



15.4 REPORTE DE INCONVENIENTES CON LA RECEPCIÓN DE LA FACTURA

Si, la factura no la está recibiendo a través de las dos opciones anteriormente mencionadas o requiere efectuar proceso de actualización de datos sobre los datos registrados para

la notificación, puede reportarlo a través de la página web <https://www.emermedica.com.co/contactanos/> o a través de las **Líneas de Atención al Usuario en Bogotá (601) 307 7089, Línea Nacional 01 8000 117 098.**





16

DÉBITO AUTOMÁTICO

DÉBITO AUTOMÁTICO

Servicio que permite autorizar a una empresa o entidad cobrar automáticamente desde tu cuenta bancaria o tarjeta de crédito un monto pactado de forma fija y en una fecha específica.

AUTORIZACIÓN DESCUENTO AUTOMÁTICO

Campo donde el contratante registra y autoriza la información de la cuenta bancaria o tarjeta de crédito para realizar el descuento.

INSCRIPCIÓN DE CUENTA

Corresponde al registro de las cuentas ahorros y corrientes que se realiza ante la entidad financiera, con el propósito de verificar la información registrada en el formulario. Si existe rechazo de la cuenta, la tarifa del contrato puede ser modificada. Es una obligación del contratante garantizar que los datos de la cuenta sean precisos para que la inscripción sea aprobada.

DÉBITOS AUTOMÁTICOS PARA CUENTA DE AHORRO O CORRIENTE O TARJETA CRÉDITO

Emermédica maneja dos ciclos de cobro masivos que depende del inicio de la vigencia del contrato:

- ✓ Contrato con vigencia del 1 al 15: El descuento se realiza el día 15 hábil de cada mes.

- ✓ Contrato con vigencia del 16 al 31: El descuento se realiza penúltimo y último día hábil de cada mes.

MOTIVOS DE RECHAZOS

Corresponde a los diferentes motivos de rechazo del débito, existen rechazos operativos y fondos insuficientes. Emermédica realizará gestión de cobro, pero es obligación del contratante realizar las correcciones para que su débito sea exitoso.

¿DÓNDE ACTUALIZAR LOS DATOS BANCARIOS?

El contratante deberá realizar la actualización de datos bancarios ingresando a Tu Emermédica de forma autónoma y segura <https://tuemergica.com.co/>

CUENTAS CORRIENTES O DE AHORROS QUE NO OPERAN PARA DÉBITO AUTOMÁTICO

Las cuentas que no se pueden inscribir para realizar un débito automático son:

- a) Cuentas compartidas con dos titulares.
- b) Cuentas AFC y de consignación de la pensión.
- c) Cuentas de ahorro y corriente del banco Falabella.
- d) Cuentas de Nequi y Daviplata.

**17**

REQUERIMIENTO PARA CONSTITUIR EN MORA, SUSPENSIÓN DEL SERVICIO Y CANCELACIÓN DEL CONTRATO

Cuando EL CONTRATANTE pague después de la fecha límite de pago establecida en la factura, se entenderá que ha incurrido en mora. Después de 45 días de mora, EMERMÉDICA suspenderá los servicios de visita médica domiciliaria y de telemedicina sin requerimiento previo para constituir en mora. De no verificarse el pago entre el día 45 y el día 90 de mora, se dejará de prestar todo tipo de servicio de los

establecidos en el plan de salud y no se emitirá facturación. El contrato se terminará por mora llegado el día 120 de mora continua. En ningún caso habría requerimiento previo para constituir al CONTRATANTE en mora. Emermédica, hará en todos los casos gestión de cartera directamente o a través de terceros especialistas.





18

TERMINACIÓN DEL PLAN POR INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

EMERMÉDICA requerirá por escrito al contratante el cumplimiento contractual en un término máximo de (30) días desde la fecha en que tenga conocimiento del hecho generador del incumplimiento describiendo la(s) obligación(es) incumplida(s).

El incumplimiento de cualquiera de las obligaciones contractuales asumidas por las partes, la parte que haya cumplido con sus deberes podrá dar por resuelto el contrato, siempre que se encuentre al día en el cumplimiento de sus propias obligaciones.

Serán causales de incumplimiento que dan lugar a la terminación del contrato de prestación de servicios de salud, las siguientes:

- a) Manipulación de síntomas del paciente para lograr atenciones más rápidas, durante el proceso del TRIAGE.
- b) No adherencia al manejo médico formulado, ni a las recomendaciones médicas; promoviendo el uso innecesario o reiterado de los servicios de salud.
- c) Agresión o maltrato, físico o verbal a la misión médica.
- d) Retención forzada de vehículos o tripulación (no dejarlos salir).
- e) Destrucción, daño parcial o total a los vehículos.
- f) Incumplimiento a los deberes de los beneficiarios para con los servicios de salud, establecidos en el manual del Usuario y en las leyes que expida el Ministerio de Salud.
- g) Solicitud de servicios fuera de cobertura.
- h) Cualquiera otra acción u omisión que desconozca el objeto de alcance del plan, vulnere las obligaciones a cargo del contratante o que pretenda reclamar derechos que no le concede el plan.

Para más información, consulta las cláusulas de prestación de servicios disponibles en: <https://www.emermedica.com.co/clausulas-de-prestacion-de-servicios/>.



Cualquier inquietud adicional que le surja y que no haya encontrado en este manual, por favor comuníquese con las Líneas de Servicio al Cliente en Bogotá: **(601) 307 7089** Línea Nacional Gratuita: **01 8000 117098** o envíe un correo electrónico a **servicioalcliente@emermedica.com.co** con gusto la resolveremos.