

COBERTURAS

Las coberturas de la presente Póliza se otorgarán conforme a los límites, condiciones, proveedores de servicios en salud y detalles establecidos en el Plan de Beneficios de la presente Póliza de Seguro. Las coberturas son las siguientes:

ATENCIONES HOSPITALARIAS Y AMBULATORIAS

- a. Gastos totales que demande el tratamiento ambulatorio del ASEGURADO, incluyendo los honorarios profesionales por consultas, medicinas, tratamientos e intervenciones quirúrgicas posteriores al Diagnóstico Anatómo Patológico, procedimientos clínicos, Radioterapias y Quimioterapias.
- b. Gastos totales que se incluyen en el tratamiento ambulatorio o durante la hospitalización, posteriores al Diagnóstico Anatómo Patológico, por concepto de: Laboratorio y Radiología, Histopatología, Tomografía computarizada, Medicina nuclear, Drogas antineoplásicas.
- c. Gastos totales por concepto de hospitalización posteriores al Diagnóstico Anatómo Patológico, tales como: Habitación individual simple, Honorarios por servicios médicos y cualquier otro concepto derivado del período de hospitalización. Costo y administración de medicamentos, anestésicos y oxígeno. Derecho de sala de operaciones.

TRASLADO AEREO O TERRESTRE EN EL TERRITORIO NACIONAL

Siempre que en la localidad donde se encuentre el ASEGURADO no exista la capacidad resolutive ni la infraestructura médica necesaria para su atención hospitalaria, y con la previa autorización del médico tratante, se cubrirán únicamente los gastos de transporte aéreo o terrestre en línea comercial hacia el establecimiento de salud con capacidad resolutive más próximo, de acuerdo a lo establecido en el Plan de Beneficios, previa autorización de la COMPAÑÍA. Este beneficio no cubre los gastos de alojamiento ni alimentación. La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

AMBULANCIA TERRESTRE AL ALTA HOSPITALARIA

Cubre el traslado del ASEGURADO desde la clínica o centro médico a su domicilio (siempre que no lo pueda hacer por sus propios medios), previa indicación médica y aceptación por la COMPAÑÍA. Las limitaciones geográficas se encuentran establecidas en el Plan de Beneficios. Atención únicamente en el Perú. La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

TERAPIA CON MODIFICADORES DE LA RESPUESTA BIOLÓGICA

Anticuerpos Monoclonales, Estimulantes de colonia, Inmunoterapia, Inhibidores (proteosomas/Tirosin kinasa), antiangiogénicos y factores de crecimiento epidérmial (EGFR).

La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

PROTESIS INTERNAS QUIRURGICAMENTE NECESARIAS

Cubre el valor de las prótesis internas quirúrgicamente necesarias en aquellos tratamientos por enfermedad oncológica que las requieran, previa aprobación y aceptación de La Compañía. La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

TRASPLANTE DE MEDULA OSEA

Cobertura sujeta a la permanencia en el presente seguro por un plazo mayor a 24 meses, Se otorgará esta cobertura a nivel nacional solo en establecimientos que cuenten con la autorización para realizar estos procedimientos expedidos por la ONDT (Organismo Nacional de Donación y Trasplante) del MINSA, y de acuerdo a las categorías de evidencia y consenso de la NCCN de los Estados Unidos de América. Se cubrirán los gastos ambulatorios u hospitalarios para el Trasplante de Médula Ósea tipo autólogo y alogénico, incluyendo los exámenes de histocompatibilidad del donante definitivo.

En relación con los gastos del donante, se cubren los relacionados al acto propio de la donación, los servicios y equipos requeridos para trasplante de médula ósea del donante y del receptor. No se cubrirán los gastos de los candidatos que no calificaron para ser donantes.

La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

Condiciones Aplicables a los Donantes Asegurados Bajo Esta Póliza:

La presente Póliza solo cubre los gastos médicos en que incurra el ASEGURADO bajo la presente Póliza, quien recibe el órgano y/o tejido, con motivo de una donación. La presente Póliza de Seguro no cubre ninguna complicación médica que se presente en el donante, como consecuencia de la intervención quirúrgica a la que se ha sometido para realizar la donación del órgano y/o tejido a favor del ASEGURADO.

CONSULTA DE SEGUNDA OPINION POR CIRUGIA

Segunda Opinión Médica Nacional (solo consulta), en caso el ASEGURADO requiera ser sometido a una intervención quirúrgica, la ASEGURADORA cubrirá el costo de una segunda consulta por un médico especialista, sin perjuicio del resultado del segundo diagnóstico. La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

Segunda Opinión Médica Internacional (envío del expediente al extranjero por parte de la Compañía de Seguros). Se cubre la opinión de un cirujano en el extranjero que la COMPAÑÍA gestionará al existir una duda que considere razonable en cuanto a una decisión quirúrgica y en la que la NCCN no tenga una clara definición. No se cubren los gastos de traducción, duplicado de informes, ni otros gastos relacionados al contenido del expediente. La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

CHEQUEO MÉDICO PREVENTIVO

Ampara el beneficio de chequeo médico preventivo una vez por vigencia y por año, diseñado de acuerdo a la edad y sexo del ASEGURADO según lo descrito en la Tabla de Beneficios.

Los exámenes preventivos que conforman este chequeo, no son transferibles, acumulables, canjeables o intercambiables con otros exámenes que no correspondan al protocolo de chequeo preventivo del Plan de Beneficios. Asimismo, el chequeo no puede ser fragmentado y deberá concluirse en la misma sede prestacional en un periodo no mayor de 30 días calendarios contados desde el inicio del despistaje preventivo. Vencido este plazo, el ASEGURADO deberá esperar el tiempo establecido en el Plan de Beneficios para acceder nuevamente al próximo despistaje preventivo.

En caso el médico evaluador considere pertinente indicar algún examen adicional fuera del chequeo coberturado por su plan, este deberá ser asumido al 100% por el ASEGURADO.

La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POR CIRUGÍA ONCOLÓGICA MUTILANTE

Cirugía reconstructiva a consecuencia de la enfermedad oncológica, o su tratamiento, que implique pérdida o alteración funcional significativa de la región o parte del cuerpo comprometida. Sujeto aprobación de La Compañía. La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

GASTOS DE ALIMENTACIÓN PARA EL ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE HOSPITALIZADO (tener en cuenta que la presente cobertura se otorgará siempre que el proveedor de servicios de salud – Clínica Afiliada descrita en el Plan de Beneficios, lo permita)

Servicio de alimentación gratuita compuesto por 1 desayuno, 1 almuerzo y 1 cena estándar por día, que la clínica servirá a un acompañante del paciente oncológico hospitalizado, durante el tiempo que dure el internamiento. La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

NUTRICIÓN PARENTERAL Y ENTERAL

Alimentación endovenosa para pacientes que no pueden alimentarse oralmente a consecuencia de una cirugía oncológica o complicaciones temporales derivadas de la enfermedad oncológica y/o tratamiento que comprometan el tracto digestivo y/o respiratorio, previa aprobación y aceptación de la compañía. Solo aplica durante la hospitalización post quirúrgica siempre y cuando tenga la indicación del médico tratante. No se brinda a los pacientes que estén haciendo uso del beneficio de cuidado paliativo en el hogar. La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

RADIOCIRUGÍA

Tratamiento de radioterapia de última generación. La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

VITAMINAS

Para el tratamiento oncológico, indicadas por el médico tratante, previa aprobación y aceptación por la COMPAÑÍA. La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

COMPLICACIONES CAUSADAS POR EL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

Se cubrirán, siempre que el ASEGURADO se encuentre llevando el tratamiento oncológico, únicamente las patologías que se presenten a consecuencia de la enfermedad oncológica ó luego de realizada la aplicación del respectivo tratamiento oncológico (Quimioterapia, Radioterapia, Terapia Biológica o Cirugía Oncológica).

Sólo se cubrirán las siguientes patologías:

Atención por complicaciones post-quimioterapia hasta por un plazo máximo de cuatro (04) semanas con relación a la fecha de realización de la quimioterapia: Toxicidad gastrointestinal (mucositis oral, náuseas y vómitos persistentes y diarreas); Toxicidad hematológica (anemia; trombocitopenia, pancitopenia, neutropenia); Toxicidad cutánea (eritema acral); infecciones por bacterias, hongos y virus; trastornos hidroelectrolíticos; neuropatía en tratamientos con fármacos de la familia de los platinos, taxanos y/o epotilomas.

Atención por complicaciones post-radioterapia, hasta por un plazo máximo de ocho (08) semanas (posteriores a la finalización post-radioterapia) con relación a la fecha de realización de la radioterapia: proctitis actínica, cistitis actínica, mucositis oral, esofagitis, neumonitis y eritema.

No se cubrirá ninguna complicación que se diagnostique como enfermedad crónica.

La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

CIRUGÍA POR ALTA SOSPECHA DE CÁNCER DE TUMORES NO BIOPSIABLES

En función de la evaluación clínica, imagenológica y marcadores tumorales; la cobertura se hará efectiva con la confirmación anátomo patológica. Las neoplasias incluidas en esta cobertura son las siguientes:

- Neoplasias de encéfalo.
- Neoplasias de páncreas.
- Neoplasia renal.
- Neoplasia de hígado.
- Neoplasias de ovario.
- Neoplasia de testículo

La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

CIRUGIA DE HALLAZGO

Cuando en una cirugía común se encuentra Cáncer y se procede a realizar la correspondiente cirugía oncológica; LA COMPAÑÍA pagará los gastos generados únicamente por el acto quirúrgico oncológico, siempre que no haya habido diagnóstico presuntivo de Cáncer previo a la cirugía y siempre y cuando el hallazgo sea sustentado con el correspondiente Informe Anátomo Patológico positivo para Cáncer. La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA Y DE PEZÓN

Se reconocerá la operación de reconstrucción mamaria independientemente de la técnica que se use y considerando las etapas necesarias para la reconstrucción. Se cubrirá el costo solo por única vez por mama, en pacientes a quienes se les haya realizado Mastectomía por Cáncer de mama durante la vigencia de la póliza, aun cuando está haya sido efectuada sin hacer uso de este seguro. Incluye la cirugía de reconstrucción del complejo areola-pezones. Atención únicamente en el Perú. La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

PRÓTESIS DE MAMA

Se cubrirá el costo de la prótesis por mama solo por única vez. La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

CUIDADOS PALIATIVOS Y DEL DOLOR DOMICILIARIOS SOLO PARA PACIENTES TERMINALES QUE NO REQUIERAN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

Cuidados Paliativos y Terapia del Dolor domiciliarios para pacientes oncológicos terminales en situación de postración, con enfermedad progresiva que no requieran de tratamiento oncológico, previa evaluación y aprobación del área de Auditoría Médica de la COMPAÑÍA.

Este servicio es de carácter temporal e incluye el cuidado de un personal de enfermería de acuerdo a la indicación del Médico designado por la COMPAÑÍA por 24 horas en horario diurno y nocturno; así como la implementación de una cama clínica mecánica, oxígeno y medicamentos. La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

PET SCAN

Examen especializado para la detección de cáncer denominado PET/SCAN, cubre el examen y la sustancia FDG (siempre que cuente con las recomendaciones de las Guías Internacionales para el tratamiento del cáncer – NCCN hasta la categoría de recomendación 2A). Solo disponible en Lima. La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

CONSULTA PSICOLÓGICA

Consulta de evaluación y asesoramiento nutricional oncológica por única vez en el proveedor y bajo las condiciones detalladas en el Plan de Beneficios.

CONSULTA NUTRICIONAL

Consulta de evaluación y asesoramiento nutricional oncológica por única vez en el proveedor y bajo las condiciones detalladas en el Plan de Beneficios.

FISIOTERAPIA ONCOLÓGICA

Consulta de evaluación y educación en fisioterapia oncológica por única vez en el proveedor y bajo las condiciones detalladas en el Plan de Beneficios.

PRUEBAS DE EXPRESIÓN GENÉTICA ONCOTYPE

Cobertura solo para pacientes con cáncer de mama en estadios tempranos (I y II A), con receptores de estrógeno positivos y receptores HER2 negativos, sin extensión a los ganglios linfáticos (ganglios negativos).

La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

CIRUGÍA PROFILÁCTICA DE CÁNCER DE MAMA Y OVARIO

Cubre el tratamiento quirúrgico para la prevención del cáncer de mama y de ovarios con mutaciones en los genes BRCA 1 y/o BRCA 2. El tratamiento quirúrgico incluye la mastectomía bilateral y/o la salpingo ooforectomía bilateral (extirpación de los ovarios y trompas).

No cubre el costo de las pruebas genéticas (BRCA 1 o BRCA 2) ni las prótesis mamarias. Aplica período de espera de 24 meses.

La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

FONIATRÍA EN CÁNCER DE LARINGE

Cubre solo a pacientes con disfonía severa o pérdida del habla, posterior a cirugía por cáncer primario de laringe y cuerdas vocales hasta un máximo de 12 sesiones, siempre que se programen con la regularidad de 03 veces por semana.

La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

PRÓTESIS TESTICULAR PARA CÁNCER DE TESTÍCULO Y PRÓSTATA

Cubre por única vez, solo para casos de cáncer de testículo y próstata orquidectomizados.

La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

KIT DE COLOSTOMÍA PARA USO DIARIO EN CÁNCER DE COLON PRIMARIO

Cubre insumo y equipamiento a pacientes con colostomía por cáncer de colon primario; dotación suministrada directamente al paciente hasta un máximo de 30 bolsas mensuales (Incluye: Caralla, pinza, bolsas y pegamento).

La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

BENEFICIOS ADICIONALES

Los Beneficios Adicionales serán indicados en el Plan de Beneficios, los cuales constituyen una liberalidad de la ASEGURADORA, los mismos que pueden variar durante la vigencia de la Póliza y no disminuye el Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO.

1. TARIFAS PREFERENCIALES

Descuentos preferenciales serán las que se indiquen en el plan de beneficios.

Para consultar las tarifas y/o descuentos especiales el ASEGURADO puede acceder a la página web www.rimac.com.pe sección: Programa de descuentos y beneficios Rimac.

PERIODO DE CARENCIA Y ESPERA

PERIODO DE CARENCIA: Es el período inicial durante el cual, las enfermedades que le ocurran o que le sean diagnosticadas al ASEGURADO no serán cubiertas durante todo el periodo de vigencia de la Póliza, ni en sus renovaciones, considerándose éstas como excluidas de cobertura.

Para la presente Póliza aplica el siguiente Período de Carencia:

A. Para las coberturas de la presente Póliza aplica un periodo de carencia de noventa (90) días calendarios, contados a partir de la fecha de incorporación del ASEGURADO.

PERIODO DE ESPERA: Es el periodo inicial durante el cual las coberturas no estarán activas. Culminado este período a diferencia del Período de Carencia, la ASEGURADORA otorgará la cobertura a aquellas atenciones.

Para la presente Póliza aplica el siguiente Período de Espera:

A. Para la cobertura de Trasplante de Médula Ósea será de veinticuatro (24) meses, contados a partir de la fecha de incorporación del ASEGURADO.

B. Para la cobertura de Cirugía Profiláctica de Cáncer de Mama y Ovario será de veinticuatro (24) meses, contados a partir de la fecha de incorporación del ASEGURADO.