

CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD PARA AFILIADOS REGULARES

CLAUSULA PRIMERA.- ANTECEDENTES

LA EPS es una persona jurídica constituida con arreglo a lo dispuesto en la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, aprobada mediante Ley N° 26790, así como su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-97-SA, y demás normas complementarias.

LA EPS tiene por objeto exclusivo prestar servicios de atención para la salud llevando a cabo sus operaciones en mérito a la autorización de funcionamiento que le ha otorgado la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).

LA ENTIDAD EMPLEADORA (EE) es la empresa o institución pública o privada que emplea trabajadores bajo relación de dependencia; la que paga pensiones; y, las cooperativas de trabajadores. Las **EE** se crean como personas jurídicas sujetas a lo dispuesto en las normas de su constitución; y, a fin de otorgar coberturas de salud a sus trabajadores contrata con las **EPS** programas o planes de salud elegidos por los trabajadores, actuando como su representante a efectos contractuales.

La cobertura del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud comprende las prestaciones de Capa Simple definidas en el inciso f) del artículo 2° y en el Anexo 1 del Reglamento de la Ley N° 26790, aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA, las cuales pueden ser prestadas por ESSALUD o por las EPS. Asimismo, la cobertura del citado Régimen comprende las prestaciones de Capa Compleja definidas en el inciso g) del artículo 2° del citado Reglamento, a cargo de ESSALUD.

Para efecto de las presentes Condiciones Generales entiéndase como "**LOS ASEGURADOS**" a los trabajadores registrados en el Libro de Planillas de **LA ENTIDAD EMPLEADORA**, y a sus derechohabientes legales.

CLAUSULA SEGUNDA.- OBJETO

Mediante el presente contrato, **LA EPS** brinda a los trabajadores de **LA ENTIDAD EMPLEADORA** y a sus derechohabientes legales, las prestaciones de salud correspondientes a la Capa Simple descrita en el Anexo 1 del Reglamento de la Ley N° 26790, constituyendo una cobertura obligatoria sujeta a los límites y condiciones señalados más adelante.

Las partes podrán contratar una cobertura complementaria a la cobertura obligatoria que comprenda las atenciones de salud correspondientes a la Capa Compleja.

La contratación de la cobertura complementaria es voluntaria y se registrará conforme a las reglas establecidas en las Condiciones Particulares adjuntas al presente documento.

CLAUSULA TERCERA.- COBERTURA OBLIGATORIA Y CONDICIONES DE OTORGAMIENTO

LA EPS otorga cobertura obligatoria a **LOS ASEGURADOS**, consistente en las prestaciones de recuperación de la salud y las prestaciones preventivas y promocionales comprendidas en el Anexo 1 del Reglamento de la Ley N° 26790.

La cobertura obligatoria incluye la atención de las contingencias de la Capa Simple y la atención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales no cubiertos por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.

La cobertura obligatoria detallada en el Plan de Salud adjunto contempla los mismos beneficios para todos **LOS ASEGURADOS**, independientemente de la remuneración del trabajador. En tal sentido, sus condiciones y el acceso a las prestaciones correspondientes son iguales para todos.

La cobertura obligatoria comprende la atención de todas las dolencias preexistentes y las prestaciones que forman parte de la misma se otorgan sin límite de suma asegurada.

CLAUSULA CUARTA.- PRESTACIONES DE RECUPERACION DE LA SALUD

Como parte de la cobertura obligatoria, **LA EPS** otorgará a favor de **LOS ASEGURADOS** prestaciones de recuperación de la salud que comprenden atención médica y quirúrgica, tanto ambulatoria como hospitalaria y, en general, todos los procedimientos y tratamientos que sean necesarios para el manejo de las contingencias descritas en la Capa Simple, incluyendo medicinas e insumos médicos.

Las prestaciones de recuperación de la salud incluyen la prestación de maternidad que consiste en el cuidado de la salud de la madre gestante y la atención del parto, extendiéndose al período del puerperio y al cuidado de la salud del recién nacido.

Las prestaciones de recuperación de la salud se otorgan hasta la solución total de las contingencias de la Capa Simple que aquejen a **LOS ASEGURADOS**.

CLAUSULA QUINTA.- PRESTACIONES PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES

Adicionalmente a lo mencionado en la cláusula precedente, como parte de la cobertura obligatoria, **LA EPS** otorgará prestaciones preventivo - promocionales, dirigidas a prevenir la aparición de enfermedades; y, minimizar las causas y los factores de riesgo; comprende las siguientes actividades:

- Educación y promoción de la salud.
- Inmunizaciones o vacunaciones.
- Evaluación y control de riesgos.

Las prestaciones preventivo promocionales que se otorgan obligatoriamente deben detallarse expresamente en el Plan de Salud, señalándose su periodicidad y otorgamiento diferenciado por edad y sexo.

En los casos de demanda de medicación o exámenes auxiliares derivados de una atención preventiva, esta será considerada como una atención ambulatoria, sujeta a las condiciones previstas en el Plan de Salud.

CLAUSULA SEXTA.- EXCLUSIONES Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

1. Se encuentran excluidas de la cobertura obligatoria en las presentes Condiciones Generales:

- a) Las prestaciones económicas de cualquier índole, salvo las que fueran materia de pacto especial;
- b) Los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales cubiertos por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, aunque no fueren amparadas por el asegurador;
- c) Todo procedimiento o terapia que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria;
 - Cirugías electivas (no recuperativas ni rehabilitadoras)
 - . Cirugía Plástica
 - . Odontología de Estética
 - Tratamiento de periodoncia y ortodoncia
 - Curas de reposo y del sueño
 - Lentes de contacto.
- d) Todo daño derivado de la autoeliminación o lesiones autoinfligidas.

2. **LA EPS** podrá racionalizar el suministro de prótesis, órtesis y otros (sillas de rueda, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés, etc.), así como los procedimientos, terapias o intervenciones más complejas de alto costo y con baja posibilidad de recuperación. Para la determinación de tales limitaciones serán de aplicación las normas que dicte ESSALUD.

Las exclusiones y limitaciones deberán constar en el Plan de Salud.

CLAUSULA SETIMA.- DE LOS ASEGURADOS DE LA COBERTURA OBLIGATORIA

LA EPS otorgará la cobertura obligatoria mencionada en las cláusulas anteriores a los trabajadores de **LA ENTIDAD EMPLEADORA** y a sus derechohabientes, siempre que mantengan la condición de dependencia y de afiliados regulares del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud y en tanto no elijan que ESSALUD les otorgue íntegramente la cobertura del citado Régimen.

CLAUSULA OCTAVA.- PERSONAS NO INCLUIDAS EN LA COBERTURA OBLIGATORIA

LA EPS no brindará cobertura obligatoria a las personas destacadas en **LA ENTIDAD EMPLEADORA** por alguna empresa o entidad que se dedique a la intermediación laboral que le provea de mano de obra o de servicios de cualquier clase. En tales casos, la cobertura obligatoria debe ser contratada por la empresa o entidad que se dedica a la intermediación laboral.

Tampoco se otorgará cobertura a los trabajadores de los contratistas o subcontratistas de **LA ENTIDAD EMPLEADORA**, ni a los trabajadores independientes, ni a las personas que han celebrado convenios de prácticas pre-profesionales o de formación laboral juvenil con **LA ENTIDAD EMPLEADORA**, o cualquier otra persona que no tenga la calidad de asegurado regular del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como a los trabajadores que hayan elegido mantener íntegramente su cobertura en ESSALUD.

CLAUSULA NOVENA.- DERECHO DE COBERTURA OBLIGATORIA

Los trabajadores de **LA ENTIDAD EMPLEADORA** que hayan elegido el Plan de Salud gozarán de su cobertura, siempre que cumplan con alguno de los siguientes requisitos:

- Cuenten con tres meses consecutivos de aportaciones al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud; o,
- Cuenten con cuatro meses de aportaciones no consecutivas al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud dentro de los seis meses calendario anteriores al mes en que se inició la contingencia.
- En el caso de maternidad, la condición adicional para el goce de las prestaciones es que el titular del seguro se encuentre afiliado al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud al tiempo de la concepción.
- En caso de accidente basta que exista afiliación a **LA EPS**.
- Se encuentren gozando del derecho de latencia descrito en la cláusula siguiente.

Para efectos de las prestaciones de salud, el mes de inicio de la contingencia es aquél en el que se requiere la prestación.

La cobertura obligatoria a favor de **LOS ASEGURADOS** se iniciará el primer día del mes siguiente a la fecha de la suscripción del presente contrato. Asimismo, los trabajadores que ingresen a **LA ENTIDAD EMPLEADORA** con posterioridad a la suscripción del presente contrato, y que opten por la cobertura de **LA EPS**, serán cubiertos desde la fecha de inicio de sus labores. En ambos casos se deberá cumplir con cualquiera de los requisitos mencionados en la presente cláusula.

Los trabajadores que optaron por mantener su cobertura en ESSALUD y que posteriormente decidan incorporarse al Plan de Salud contratado, iniciarán su cobertura a partir del primer día del mes siguiente a la fecha en que solicitaron a su empleador su incorporación a dicho Plan.

En caso de maternidad, ya sea de la trabajadora o de la cónyuge o concubina del trabajador, o de sus hijas derechohabientes, la condición para el goce de la cobertura del presente

contrato es que el trabajador se encuentre afiliado al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud al tiempo de la concepción.

CLAUSULA DECIMA.- DERECHO ESPECIAL DE COBERTURA DE DESEMPLEO

En caso de desempleo o de suspensión perfecta de labores, los trabajadores regulares que cuenten con un mínimo de cinco meses de aportación, consecutivos o no consecutivos, durante los tres años precedentes al cese o suspensión perfecta de labores y sus derechohabientes, tienen derecho a las prestaciones previstas en las Cláusulas Cuarta y Quinta de las presentes Condiciones Generales, a razón de dos meses de latencia por cada cinco meses de aportación, conforme a lo establecido en el Decreto de Urgencia N° 008-2000 y los artículos 11° y 12° del Decreto Supremo N° 009-97-SA.

Los períodos de latencia que se generen no podrán exceder de doce meses consecutivos, contados a partir de la fecha de cese o pérdida de la cobertura ocasionada por la suspensión perfecta de labores.

Los períodos de aportación que se hayan computado efectivamente para otorgar los períodos de latencia, no se considerarán para el cómputo de los períodos de calificación de los próximos períodos de latencia que se generen.

Las prestaciones se brindarán de acuerdo a lo establecido en el Decreto Supremo N° 004-2000-TR, que modifica los artículos 37° y 38° del Decreto Supremo No. 009-97-SA.

LOS ASEGURADOS tienen derecho a las prestaciones contempladas en la presente cláusula, aun cuando **LA ENTIDAD EMPLEADORA** incumpla con el pago de las aportaciones correspondientes a los períodos computables para acceder a tal derecho, sin perjuicio de las facultades de **LA EPS** de cobrar las obligaciones que pudiera estar adeudando **LA ENTIDAD EMPLEADORA** por tales períodos.

LA EPS se obliga a otorgar la cobertura obligatoria descrita en el presente contrato a los trabajadores que hayan disuelto su vínculo laboral con **LA ENTIDAD EMPLEADORA** antes del inicio de vigencia de las presentes Condiciones Generales, siempre que se encuentren gozando del derecho de latencia y hasta completar seis (6) meses posteriores al cese de la relación laboral.

Cuando una entidad empleadora cambia de EPS, la nueva EPS contratada deberá asumir las obligaciones de la anterior derivadas de la aplicación del artículo 37° del Decreto Supremo No. 009-97-SA, modificado por el Decreto Supremo N° 004-2000-TR.

Durante el período de latencia no se devenga la obligación de efectuar aportes a favor de **LA EPS**, correspondiente a los trabajadores desempleados o cuyo vínculo se encuentre suspendido en forma perfecta, salvo los copagos.

CLAUSULA DECIMO PRIMERA.- LUGAR DE PRESTACION DEL SERVICIO

Las prestaciones, ya sean las correspondientes a la cobertura obligatoria o a la cobertura complementaria, se otorgarán en los establecimientos indicados en el Plan de Salud, en el cual consta la dirección de los establecimientos y su número de registro ante SUSALUD.

En casos de emergencia se podrán otorgar prestaciones de recuperación de la salud en otros establecimientos, con cargo a rembolsar los gastos incurridos; sólo en los casos de prestaciones brindadas en lugares donde no existan Entidades Vinculadas al Plan de Salud contratado, el reembolso de los gastos se efectuará de acuerdo a las condiciones establecidas en la Red 1 del Plan de Salud.

LA EPS informará a **LA ENTIDAD EMPLEADORA** de la interrupción o cese del servicio que brinde en alguno de los establecimientos de salud mencionados en el Plan de Salud, dentro de los plazos siguientes:

1. En el caso que sea el establecimiento el que tome la decisión de interrumpir el servicio, en un plazo no menor a cinco (5) días hábiles previos al cese.
2. En el caso de suspensión de la inscripción en el Registro de SUSALUD, en un plazo no mayor a dos (2) días hábiles de recibida la notificación por **LA EPS**.

Se entenderá cumplida dicha obligación mediante comunicación de fecha cierta dirigida a **LA ENTIDAD EMPLEADORA**, la que a su vez, en el día, deberá poner en conocimiento de este hecho a **LOS ASEGURADOS**.

CLAUSULA DECIMO SEGUNDA.- RESPONSABILIDAD DE LA EPS

De conformidad con el artículo 62° del Decreto Supremo N° 009-97-SA, **LA EPS** es responsable frente a **LOS ASEGURADOS** por los servicios que preste con infraestructura propia o de terceros, ya sea por las prestaciones correspondientes a la cobertura obligatoria o a la cobertura complementaria, sin perjuicio de la responsabilidad que pudiera recaer en otras personas naturales o jurídicas.

CLAUSULA DECIMO TERCERA.- APORTES

Como contraprestación por el otorgamiento de la cobertura obligatoria, **LA ENTIDAD EMPLEADORA** pagará a **LA EPS** los aportes indicados en los anexos adjuntos, los mismos que incluyen los tributos de ley.

Los aportes serán pagados mensualmente, debiendo cancelarse antes de la fecha de pago de las aportaciones a **ESSALUD** por parte de **LA ENTIDAD EMPLEADORA**.

La falta de pago oportuno de los aportes pactados determina la aplicación de intereses compensatorios y moratorios a las tasas que pacten las partes o, en su defecto, por las tasas máximas autorizadas por Ley o por la autoridad competente, hasta su total cancelación, sin necesidad de intimación para la constitución en mora.

Durante el período de latencia no se devenga la obligación de efectuar aportes a favor de **LA EPS**, correspondiente a los trabajadores desempleados o cuyo vínculo se encuentre suspendido en forma perfecta, salvo los copagos.

CLAUSULA DECIMO CUARTA.- REEMBOLSO DE LAS PRESTACIONES

Cuando **LA ENTIDAD EMPLEADORA** incumpla la obligación de pago de los aportes, y ocurra una contingencia a alguno de **LOS ASEGURADOS**, **LA EPS** se encuentra obligada a cubrirlo.

De ocurrir lo mencionado en el párrafo anterior, en concordancia con lo dispuesto en el Artículo 36° del Decreto Supremo N° 009-97-SA, modificado mediante Decreto Supremo N° 020-2006-TR, **LA EPS** tendrá derecho a exigir a **LA ENTIDAD EMPLEADORA** el reembolso de los gastos de las prestaciones brindadas, incluyendo los intereses compensatorios y moratorios a las tasas que pacten las partes o en su defecto a las tasas máximas autorizadas por Ley o por la autoridad competente.

CLAUSULA DECIMO QUINTA.- DERECHO DE REPETICION

LA ENTIDAD EMPLEADORA se obliga a cumplir las normas de salud ocupacional que se establezcan con arreglo a Ley. En el caso que ocurra una contingencia por incumplimiento comprobado de las normas antes señaladas, **LA EPS** se encuentra obligada a cubrirla.

De ocurrir lo mencionado en el párrafo anterior, **LA EPS** tendrá derecho a exigir a **LA ENTIDAD EMPLEADORA** el reembolso de los costos de todas las prestaciones brindadas, conforme a lo dispuesto en el Artículo 36° del Decreto Supremo N° 009-97-SA, modificado por el Decreto Supremo N° 020-2006-TR, incluyendo los intereses compensatorios y moratorios a las tasas que pacten las partes o en su defecto a las tasas activas máximas autorizadas por la Ley o por la autoridad competente.

CLAUSULA DECIMO SEXTA.- COPAGOS

En concordancia con lo dispuesto en el Artículo 42° del Decreto Supremo N° 009-97-SA, las prestaciones materia del presente contrato están sujetas a copagos a cargo de **LOS ASEGURADOS**, los cuales se indican en el Plan de Salud elegido.

Salvo consentimiento expresado por cada trabajador en forma individual al tiempo de la votación, los copagos no excederán el 2% de la remuneración mensual del trabajador por cada atención de carácter ambulatorio, ni el 10% de dicho ingreso por cada atención de carácter hospitalario.

No están sujetas a copago alguno las atenciones en servicios de emergencia mientras subsista el estado de grave riesgo para la vida o la salud de **LOS ASEGURADOS**, ni la prestación de maternidad correspondiente a la Capa Simple, ni las prestaciones preventivas y promocionales.

CLAUSULA DECIMO SÉTIMA.- REAJUSTE DE APORTES O COPAGOS

LA EPS podrá reajustar el monto de los aportes y/o copagos, únicamente por las causales que detallada y expresamente constan en las presentes Condiciones Generales del Contrato de Prestación de Servicios de Seguridad Social en Salud para afiliados regulares, o adenda, correspondiente al Plan de Salud elegido, siempre que se cumpla con las condiciones señaladas en la presente cláusula.

En los anexos de las presentes Condiciones Generales, se especifican de forma expresa y detallada los plazos de vigencia de los aportes voluntarios de los trabajadores, de los copagos, y de los aportes a ser pagados por **LA ENTIDAD EMPLEADORA**, sus condiciones de reajuste y las causales para proceder al reajuste.

El reajuste de aportes y/o copagos, si los hubiera, será aplicado en períodos semestrales a partir del primer día del séptimo mes de vigencia del plan. Las partes podrán acordar un plazo menor.

Para el reajuste de los aportes y/o copagos **LA EPS** deberá cursar a **LA ENTIDAD EMPLEADORA**, con una anticipación no menor a quince (15) días útiles previos al vencimiento del plazo pactado para la vigencia de los aportes y copagos, una comunicación escrita, con conocimiento de **LOS ASEGURADOS**, manifestando la intención de reajustar tales montos. Los reajustes que no sean materia de observación por las partes, entrarán en vigencia a partir del primer día del mes siguiente. En caso de no existir acuerdo se aplicará la cláusula resolutoria del contrato.

Previamente a la aplicación del reajuste de los aportes y copagos, dentro de los plazos acordados entre las partes, **LA EPS** deberá haber cumplido con presentar a **LA ENTIDAD EMPLEADORA**, con conocimiento de **LOS ASEGURADOS**, los reportes de la siniestralidad, conteniendo la información mínima establecida en el Anexo 3, debidamente sustentada, señalando las medidas correctivas orientadas a la racionalización del gasto en prestaciones.

Las partes podrán acordar la entrega de los reportes previstos en la presente cláusula en plazos menores con la finalidad de evaluar el comportamiento de la siniestralidad en forma anticipada al plazo fijado para su revisión.

CLAUSULA DECIMO OCTAVA.- INFORMACION

LA ENTIDAD EMPLEADORA proporcionará a **LA EPS**, en la forma y en los plazos que acuerden las partes, la información señalada en las Condiciones Particulares. Es responsabilidad de **LA ENTIDAD EMPLEADORA** informar a **LA EPS** sobre la renuncia al Plan, el cese o la suspensión de la relación laboral del trabajador, dentro de los cinco (5) días útiles siguientes a la ocurrencia. En el caso de la inclusión de trabajadores al Plan, **LA ENTIDAD EMPLEADORA** informará a **LA EPS** dentro de los primeros quince (15) días anteriores al mes en que se dará inicio a la cobertura; se dará inicio a la cobertura el primer día del mes siguiente. Asimismo, **LA ENTIDAD EMPLEADORA** informará mensualmente a **LA EPS** sobre el monto total de la planilla de los trabajadores afiliados al Plan de Salud contratado. La información que **LA EPS** requiera deberá guardar una razonable relación con el objeto de este contrato.

Los resultados de la realización de exámenes médicos o la declaración de salud que pudieran requerirse a **LOS ASEGURADOS**, no podrán dar lugar al rechazo o exclusiones de **LOS ASEGURADOS**, excepto en cuanto a la cobertura complementaria, no obligatoria.

En ningún caso **LOS ASEGURADOS** pagarán el costo del citado examen médico, debiendo definirse en las Condiciones Particulares la persona que asumirá el costo de dicho procedimiento.

LA EPS, a través de **LA ENTIDAD EMPLEADORA**, proporcionará a los trabajadores afiliados copia del Plan de Salud contratado, de las presentes Condiciones Generales y de las Condiciones Particulares.

CLAUSULA DECIMO NOVENA.- PLAZO

El presente contrato se celebra por un plazo de un año, comenzando a regir a partir del primer día del mes siguiente a su suscripción y quedará automáticamente renovado por igual plazo bajo los mismos términos y condiciones, salvo que alguna de las partes manifieste, mediante aviso escrito cursado a la otra con sesenta (60) días de anticipación al vencimiento del plazo, su voluntad de no renovarlo o modificarlo.

CLAUSULA VIGESIMA.- RESOLUCION

Son causales de resolución del presente contrato las siguientes:

1. La solicitud expresa del cincuenta por ciento (50%) más uno de los trabajadores afiliados al Plan de Salud. Si los trabajadores decidieran convocar a elección de una nueva Entidad Prestadora de Salud, la resolución del contrato se hará efectiva en un plazo no menor a cuarenta y cinco (45) días contados a partir de la recepción de la solicitud de resolución, por la Entidad Empleadora. Si los trabajadores decidieran retornar a ESSALUD, la resolución entrará en vigencia el primer día del mes siguiente al de su adopción.
2. El incumplimiento en el pago de tres aportes consecutivos, o no consecutivos, dentro del período de ejecución contractual en curso. En las Condiciones Particulares se pueden establecer como causales de resolución otros plazos de vencimiento de pago de aportes insolutos.
3. Sin perjuicio de lo mencionado en el numeral anterior, por el cumplimiento parcial, tardío o defectuoso de cualquier otra de las obligaciones de una de las partes contenidas en las Condiciones Generales o Particulares. Para tal efecto, la parte que se perjudica con el incumplimiento requerirá notarialmente a la otra para que satisfaga tal requerimiento en el plazo de treinta (30) días calendario, bajo pena de resolución del contrato. Si el requerimiento no se cumple dentro del plazo señalado, el contrato quedará automáticamente resuelto.

4. Cuando por aplicación de lo establecido en la Cláusula Décimo Séptima de las presentes Condiciones Generales, no haya acuerdo respecto al reajuste de los aportes y/o copagos propuesto por **LA EPS**. En tales casos, el contrato quedará resuelto a los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha en que **LA EPS** reciba de **LA ENTIDAD EMPLEADORA** por escrito su negativa o si transcurren treinta (30) días calendario desde la recepción de la propuesta de reajuste de los aportes sin que se responda a dicha propuesta.

Las partes quedan obligadas al cumplimiento de sus obligaciones hasta el momento en que se haga efectiva la resolución.

CLAUSULA VIGESIMO PRIMERA.- DOMICILIO

Las partes señalan como domicilio el que se indica en la introducción del presente contrato, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones vinculadas a este contrato, salvo que se hubiera comunicado a la otra parte el cambio de domicilio por escrito y con cargo de recepción.

CLAUSULA VIGESIMO SEGUNDA.- CONTINUIDAD DE LA ATENCION

En el caso que concluya el plazo de vigencia del contrato y **LA ENTIDAD EMPLEADORA** no cuente con los servicios de otra Entidad Prestadora de Salud, **LA EPS** continuará prestando los servicios de salud en las mismas condiciones pactadas por un periodo máximo de sesenta (60) días calendarios. Durante ese lapso, **LA ENTIDAD EMPLEADORA** y/o los trabajadores afiliados al Plan de Salud, según el caso, continuarán efectuando los aportes correspondientes.

Culminado ese plazo, las prestaciones de salud correrán a cargo de ESSALUD hasta la fecha de inicio de la vigencia del contrato de prestación de servicios de seguridad social en salud con otra Entidad Prestadora de Salud.

Para que opere esta cláusula es condición necesaria que **LA ENTIDAD EMPLEADORA** haya convocado a elección de Plan de Salud y de la Entidad Prestadora de Salud con anterioridad al vencimiento del plazo del contrato vigente.

CLAUSULA VIGESIMO TERCERA.- SISTEMA DE REFERENCIAS

LA EPS se obliga a atender a **LOS ASEGURADOS** que requieran sus servicios. Si el diagnóstico efectuado por **LA EPS** determina que el tratamiento excede las coberturas contratadas, incluyendo la cobertura complementaria, o que por su complejidad excede la capacidad de resolución de los establecimientos indicados en el Plan de Salud, siempre que no sean coberturas a su cargo, coordinará la referencia del paciente a ESSALUD. La responsabilidad de **LA EPS** sólo terminará cuando el paciente sea admitido por ESSALUD.

LA EPS se obliga a informar a **LOS ASEGURADOS** su derecho a ser referidos a ESSALUD en caso que el diagnóstico y el tratamiento excedan la cobertura contratada.

En caso que ESSALUD no admita al paciente, **LA EPS** queda obligada a continuar con el tratamiento hasta su culminación, quedando a salvo su derecho de reclamar el costo de la atención únicamente a ESSALUD.

En los casos de emergencias médicas o accidentes se actuará conforme a lo establecido en la normatividad vigente.

CLAUSULA VIGESIMO CUARTA.- SOLUCION DE CONTROVERSIAS

Todas las desavenencias o controversias que pudieran surgir entre **LA ENTIDAD EMPLEADORA** y **LA EPS**, así como las que se susciten entre **LA EPS** y **LOS ASEGURADOS**, derivadas de las presentes Condiciones Generales o de las Condiciones Particulares del Contrato, serán resueltas a través de un arbitraje en salud, de conformidad con los respectivos reglamentos del Centro de Conciliación y Arbitraje de SUSALUD, a cuyas normas se someten las partes.

Las partes podrán optar asimismo, en cualquier momento, por solucionar las controversias mencionadas en el párrafo anterior, a través de algunos de los procedimientos conciliatorios, conforme a lo establecido en las disposiciones y reglamentos del Centro de Conciliación y Arbitraje de SUSALUD, con las únicas limitaciones que puedan establecerse en la normatividad de la materia.

CLAUSULA VIGESIMO QUINTA – GARANTÍA

La **EPS** se obliga a continuar brindando cobertura a las atenciones de salud de los trabajadores y sus derechohabientes, en términos y condiciones equivalentes, por aquellas contingencias diagnosticadas y no resueltas, determinadas y cubiertas en un anterior plan de salud de una **EPS**, de conformidad a lo dispuesto en la Ley N° 29561, Ley que establece la continuidad de cobertura de preexistencias en el plan de salud de las Entidades Prestadoras de Salud y su Reglamento.

CLAUSULA VIGESIMO SEXTA.- DEFINICIONES

Para efectos de las presentes Condiciones Generales y, en lo que resulte aplicable, a las Condiciones Particulares, se entenderá por:

- a. **Accidente.-** Toda lesión corporal producida por acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad y que puede ser determinada por los médicos de una manera cierta.
- b. **Accidente de Trabajo.-** Toda lesión orgánica o perturbación funcional causada en el centro de trabajo o con ocasión del trabajo causada por acción imprevista fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona del trabajador, independientemente de su voluntad o debido al esfuerzo del mismo.

- c. Emergencia.-** Es toda condición repentina e inesperada que requiere atención y procedimientos quirúrgicos y/o médicos inmediatos al poner en peligro inminente la vida, la salud, o que pueden dejar secuelas invalidantes en el asegurado. La determinación de la condición de emergencia es realizada por el profesional médico encargado de la atención, bajo responsabilidad.
- d. Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.-** Sistema especializado del Seguro Social de Salud que otorga cobertura adicional a los afiliados regulares que laboran en actividades de alto riesgo definidas en el Anexo 5 del Reglamento de la Ley N° 26790 y modificado mediante Decreto Supremo N° 003-98-SA. Otorga cobertura por accidentes de trabajo y enfermedad profesional a los trabajadores empleados y obreros que tengan la calidad de afiliados regulares del Seguro Social de Salud y que laboran en su centro de trabajo en el que la entidad empleadora realiza las actividades descritas en el citado centro. Es obligatorio y por cuenta de las Entidades Empleadoras
- e. Preexistencia.-** Es cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, registrada en la Historia Clínica del asegurado y no resuelta en el momento previo a llenar y suscribir la Declaración de Salud o, en su defecto, al de la suscripción del contrato.
- f. Enfermedad profesional.-** Todo estado patológico permanente o temporal que sobreviene al trabajador como consecuencia directa de la clase de trabajo que desempeña o del medio en que se ha visto obligado a trabajar.
- g. Urgencia médica.-** Alteración del estado de salud que, en primera instancia, no pone en riesgo la vida del asegurado, pero que de no recibir atención oportuna puede complicarse o dejar secuelas anatómicas y/o funcionales permanentes y, ocasionalmente, la muerte.

CONDICIONES PARTICULARES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD PARA AFILIADOS REGULARES

CLAUSULA VIGESIMO SETIMA.- DOCUMENTOS VALIDOS

Los documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes lo conforman el presente Contrato, sus eventuales adendas suscritos por ambas partes, el Plan de Salud contratado, así como también las solicitudes de inscripción con sus respectivas Declaraciones de Salud y el Folleto Informativo correspondiente que fuera distribuido para el acto de votación entre todos los trabajadores de **LA ENTIDAD EMPLEADORA**.

CLAUSULA VIGESIMO OCTAVA.- DECLARACION DE SALUD

Las personas que se afilien tienen la obligación de llenar la Solicitud de Afiliación, la cual contiene una Declaración de Salud, que debe ser completamente llenada, en los formularios proporcionados por **LA EPS**.

LA EPS deja constancia que la referida Declaración de Salud no generará exclusiones en las coberturas de Capa Simple para los **ASEGURADOS** y sus derechohabientes, ni exclusiones en las coberturas del **PEAS** para los **Otros Beneficiarios**, sin embargo, sí serán materia de exclusión en la cobertura de Capa Compleja o Planes Complementarios, inclusive si no hubieran sido declaradas.

La Solicitud de Afiliación es obligatoria para los **ASEGURADOS**, sus derechohabientes y otros beneficiarios, por cuanto a través de aquella se podrá determinar el inicio de cobertura. Las personas que no hagan entrega de la Solicitud de Afiliación completa no podrán ser cubiertos bajo el presente Contrato y los Planes de Salud correspondientes.

CLAUSULA VIGESIMO NOVENA.- AVISO Y COMUNICACIONES

Los avisos y comunicaciones que con relación al Contrato de Prestación de Servicios de Seguridad Social en Salud intercambien las partes, deberán ser formulados por escrito. Las partes acuerdan que el correo electrónico será considerado como un medio de comunicación válido para la remisión de avisos y/o comunicaciones, siempre que sean realizadas a través de direcciones electrónicas previamente establecidas entre ellas.

CLAUSULA TRIGESIMA.- DERECHO DE RECLAMO A TERCEROS

LA EPS al indemnizar uno o más beneficios cubiertos por el presente contrato, podrá reclamar directamente al tercero responsable del daño que ocasionó la(s) lesión(es) o la(s) enfermedad(es), el importe de los beneficios pagados por **LA EPS** a favor de **LOS ASEGURADOS** o sus Otros Beneficiarios (conforme a la definición que se precisa en la Cláusula Quincuagésima Primera).

CLAUSULA TRIGESIMO PRIMERA.- GASTOS

Las partes acuerdan que cualquier gasto no contemplado en el presente contrato o que pudiera presentarse en un futuro como consecuencia de la entrada en vigencia de una norma, será asumido por quien corresponda, de acuerdo a lo establecido en la norma, ley o reglamento específico.

CLAUSULA TRIGESIMO SEGUNDA.- PERIODO DE INSCRIPCION E INICIO DE COBERTURA

En el caso de **LOS ASEGURADOS**, los períodos de inscripción e inicio de cobertura son los indicados en las condiciones generales. En el caso de emergencias accidentales y/o médicas la atención es inmediata.

En el supuesto que el trabajador afiliado: (i) Hubiera solicitado la exclusión de alguno de sus derechohabientes legales y decida incorporarlo nuevamente o, (ii) Hubiera incorporado a alguno de sus derechohabientes legales con posterioridad al inicio de la vigencia del contrato, la cobertura de Capa Simple para estos derechohabientes se iniciará a partir del primer día del mes siguiente a la fecha en que la **ENTIDAD EMPLEADORA** comunica a **LA EPS** la reincorporación o incorporación, respectivamente, del derechohabiente.

En caso soliciten la exclusión de los derechohabientes, solo procederá siempre que (i) acredite su condición de dependiente del cónyuge con calidad de asegurado obligatorio o (ii) en el caso que estén afiliados a Essalud o complementariamente en otra EPS o (iii) que acredite que posee un régimen especial de seguridad social.

Asimismo, se conviene que las solicitudes de traslado de un Plan menor a uno mayor o viceversa se gestionarán únicamente en el mes de renovación hasta cumplidos los 60 días calendario desde la fecha de renovación de la Póliza, siendo efectivo el cambio al primer día del mes siguiente.

PERIODO DE ESPERA: Es el periodo durante el cual, los diagnósticos y/o enfermedades de Capa Compleja que se presenten no serán objeto de cobertura por **LA EPS**. Culminado este período, **LA EPS** otorgará la cobertura por los diagnósticos y/o enfermedades de Capa Compleja siempre que la Póliza contemple aquellas coberturas.

El Período de Espera será determinado específicamente para cada cobertura y será contado a partir de la fecha de inicio de la cobertura de Capa Simple, sea en la incorporación o reincorporación del **ASEGURADO** al Plan de Salud.

EXONERACIÓN DE PERIODO DE ESPERA:

Cuando los diagnósticos y/o enfermedades de Capa Compleja no sean reconocidos como preexistentes, solo se le exonerará al **ASEGURADO** del Período de Espera, siempre que cumplan cualquiera de los supuestos siguientes:

- i) No hayan dejado de estar en calidad de asegurados por más de 30 (treinta) días calendarios desde que dejaron de pertenecer a la anterior **EPS**, o Seguro de Salud de una Compañía de Seguro; o,

- ii) Siempre que su incorporación al Plan de Salud de **LA EPS** se realice dentro de los primeros 30 (treinta) días calendario de haber ingresado a la nueva **ENTIDAD EMPLEADORA**. Estos 30 (treinta) días se contabilizarán a partir de la fecha de recepción (sello) incluida en la solicitud de afiliación.
- iii) A favor del Derechohabiente que haya nacido bajo el amparado del Plan de Salud y siempre y cuando fuera incluido en el Plan de Salud dentro de un periodo máximo de sesenta (60) días calendario contados a partir de su nacimiento

CLAUSULA TRIGESIMO TERCERA.- CONDICIONES Y CAUSALES DE REAJUSTE

De acuerdo a lo establecido en la Cláusula Décimo Séptima de las Condiciones Generales del contrato, **LA EPS** podrá reajustar el monto de los aportes y/o copagos con base en la siniestralidad registrada, siempre y cuando ésta sea mayor al objetivo señalado en el Plan de Salud adjunto. De acuerdo a ello, y previo a la aplicación del reajuste de los aportes y/o copagos, **LA EPS** se compromete a presentar a **LA ENTIDAD EMPLEADORA**, los reportes de la siniestralidad con un mínimo de 15 (quince) días calendario de anticipación al vencimiento del plazo pactado para la vigencia de los aportes y copagos.

Asimismo y por mutuo acuerdo, se incluyen en el referido cálculo, las atenciones por latencia de los empleados cesados, siendo estos costos asumidos por **LA ENTIDAD EMPLEADORA** siempre y cuando ello esté de acuerdo a la normatividad legal vigente.

Por su parte, **LA ENTIDAD EMPLEADORA** se compromete a hacer de conocimiento de los trabajadores afiliados mediante una comunicación escrita, la intención de **LA EPS** de reajustar los montos de los aportes y/o copagos, así como a transmitirles la información contenida en los reportes de la siniestralidad, antes de la entrada en vigencia de los aportes y/o copagos.

En caso que no exista acuerdo respecto de las condiciones de reajuste planteadas, el contrato se resolverá conforme a lo previsto en el numeral 4 de la Cláusula Vigésima de las Condiciones Generales.

CLAUSULA TRIGESIMO CUARTA.- BENEFICIOS Y GASTOS CUBIERTOS

Los beneficios cubiertos bajo el presente contrato serán pagados de acuerdo a lo estipulado en el Plan de Salud.

LA EPS pagará, de acuerdo a lo establecido en el Plan de Salud, los gastos derivados de atenciones ambulatorias y con hospitalización.

Los Planes de Salud incluyen todos los gastos médicamente sustentados, que sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente sea con hospitalización o en forma ambulatoria.

Asimismo están incluidos bajo el presente Contrato, los Beneficios Adicionales, de acuerdo a las especificaciones que se indican para cada caso en el Plan de Salud.

CLAUSULA TRIGESIMO QUINTA.- BENEFICIO MAXIMO ANUAL POR PERSONA PARA CAPA COMPLEJA

Los gastos pagados por persona por **LA EPS**, en beneficio de **LOS ASEGURADOS** y/o los Otros Beneficiarios, dentro de la cobertura de Capa Compleja, disminuyen la suma asegurada como Beneficio Máximo Anual por Persona.

La suma de los mencionados gastos por persona, pagados por **LA EPS** durante cada año contractual, no podrá exceder en ningún caso el límite fijado como Beneficio Máximo Anual por Persona en el Plan de Salud.

El monto del beneficio máximo anual por persona para capa compleja se especifica en el plan de salud. Dichos montos incluyen el Impuesto General a las Ventas. Al renovarse el Plan de Salud se rehabilitará la suma asegurada del Beneficio Máximo Anual por Persona

CLAUSULA TRIGESIMO SEXTA.- GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES

Dentro de los gastos derivados de atenciones ambulatorias y con hospitalización, no se cubrirán los gastos de teléfono, alquiler de artefactos u otros que no tengan relación con el tratamiento médico.

Ninguna exclusión considerada en la cobertura de Capa Compleja compromete la cobertura de los diagnósticos contemplados en la Capa Simple.

Las demás Exclusiones y Limitaciones se encuentran especificadas en los anexos adjuntos al Plan de Salud.

CLAUSULA TRIGESIMO SÉTIMA.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE REEMBOLSO

Dentro de los noventa (90) días de iniciado el tratamiento médico ambulatorio y/u hospitalario, se deberá presentar a **LA EPS** la Solicitud de Beneficios, adjuntando toda la documentación que sustente los gastos, incluyendo facturas y recibos por honorarios originales y de acuerdo a Ley, así como el Informe Médico correspondiente en los formularios otorgados por **LA EPS**.

En caso **LA EPS** requiera mayor información para la evaluación de un siniestro de reembolso de EPS, el tiempo máximo de presentación de la información solicitada será de 30 días calendarios contados a partir de la fecha de recepción, por parte del asegurado, de la comunicación de requerimiento de información.

CLAUSULA TRIGESIMO OCTAVA.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO.

En caso de accidente de tránsito, las atenciones de **LOS ASEGURADOS** y/o los Otros Beneficiarios serán cubiertas en primera instancia por el seguro obligatorio de ley (SOAT) y posteriormente, al consumir toda la cobertura del mismo, se procederá con la cobertura del Plan de Salud.

CLAUSULA TRIGESIMO NOVENA.- REVISION DE LOS RECLAMOS

LA EPS tiene el derecho a hacer examinar a **LOS ASEGURADOS** y/o los Otros Beneficiarios cubiertos por el Plan de Salud, por los médicos designados por ella, las veces que considere necesario para comprobar la procedencia de cualquier reclamo.

LOS ASEGURADOS y/o los Otros Beneficiarios deberán proporcionar todos los exámenes e informes médicos que se requieran para la mejor evaluación del caso, así como firmar las autorizaciones necesarias para facilitar la obtención de información adicional que necesite **LA EPS**.

Cualquier reclamo fraudulento, hará perder a **LOS ASEGURADOS** y/o los Otros Beneficiarios según el caso, todo derecho a indemnización, sin perjuicio que se inicien contra los responsables las acciones legales correspondientes.

CLAUSULA CUADRAGÉSIMA.- RECLAMACION FRAUDULENTE

LA EPS quedará relevada de toda responsabilidad y **LOS ASEGURADOS** y/o los Otros Beneficiarios, según sea el caso, perderán todo derecho a los beneficios que les pudiera corresponder de acuerdo al Plan de Salud, en los siguientes supuestos:

- a) Si **LOS ASEGURADOS** y/o alguno de los Otros Beneficiarios, presentan una reclamación fraudulenta o engañosa o apoyada en declaraciones falsas y/o reticencia de información.
- b) Si **LOS ASEGURADOS** y/o alguno de los Otros Beneficiarios, y/o terceras personas que obren por cuenta de éstos o con su conocimiento, emplean medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación u obtener beneficios del Plan de Salud.

CLAUSULA CUADRAGÉSIMO PRIMERA.- PAGO DE APORTES

Ambas partes dejan expresa constancia que cualquier modificación que se produzca en la tasa del I.G.V., determinará el reajuste del importe de los aportes antes mencionados, generando un nuevo monto a ser facturado por **LA EPS** y cancelado por **LA ENTIDAD EMPLEADORA**. Asimismo, convienen que cualquier otro tributo que afecte o pudiera afectar en el futuro el presente contrato será asumido según establezca la norma correspondiente.

Cuando **LA ENTIDAD EMPLEADORA** incumpla la obligación de pago de los aportes correspondientes, es decir se encuentre en mora, y ocurriese un siniestro a alguno de **LOS ASEGURADOS**, **LA EPS**, siempre que no hubiera optado por la resolución del presente contrato conforme a lo previsto en el Inciso 2 en la Cláusula Vigésima, podrá suspender la atención de las prestaciones de la Capa Compleja.

En caso que **LA EPS** no pudiera conocer de manera previa si la atención a brindarse corresponde a las prestaciones de Capa Simple o de Capa Compleja, **LA EPS** se encontrará obligada a cubrir el siniestro, dejando a salvo su derecho a exigir a **LA ENTIDAD EMPLEADORA** el reembolso de los gastos de las prestaciones brindadas, incluyendo los

intereses compensatorios y moratorios a las tasas que pacten las partes o en su defecto a las tasas máximas autorizadas por Ley o por la autoridad competente.

CLAUSULA CUADRAGÉSIMO SEGUNDA.- TERMINACION DE LA COBERTURA

Las coberturas de Capa Simple y Capa Compleja terminarán para **LOS ASEGURADOS** bajo el presente contrato, cuando se produzca alguna de las siguientes situaciones:

- a) Cuando el trabajador afiliado hubiera solicitado la exclusión de alguno de sus derechohabientes legales (siempre que éstos fueran afiliados regulares en otra **EPS** o **ESSALUD** o acrediten que poseen un régimen especial de seguridad social). En este caso, los derechohabientes legales quedarán excluidos de las coberturas a partir del primer día del mes siguiente a la presentación de la solicitud de exclusión.
- b) Por cese, despido del trabajador afiliado, sin perjuicio de las prestaciones que le corresponda a él y a sus derechohabientes como parte del derecho especial de cobertura por desempleo (período de latencia) conforme lo establece el artículo 11° de la Ley N° 26790 y los artículos 37° y 38° del Reglamento de la Ley N° 26790 aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-97-SA.
- c) Cuando el trabajador afiliado decidiera retornar su cobertura a **ESSALUD**.
- d) Al momento de hacerse efectiva la resolución del presente contrato de acuerdo a lo pactado.

Ningún pago será efectuado bajo el presente contrato por gastos incurridos después de la terminación del mismo, con excepción de las atenciones que hubieran comenzado antes de la terminación del contrato y aún se encuentren en curso.

La terminación de la cobertura para el trabajador afiliado, origina la terminación automática y simultánea del Plan de Salud para todos sus derechohabientes.

CLAUSULA CUADRAGÉSIMO TERCERA.- PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD

En el caso que **LA EPS** decidiera resolver el contrato de prestación de servicios de salud que mantiene suscrito con la Entidad Vinculada, **LA EPS** informará a **LA ENTIDAD EMPLEADORA** el cese del servicio con una anticipación no menor a cinco días hábiles.

CLAUSULA CUADRAGÉSIMO CUARTA.- DESCRIPCION DE BENEFICIOS

LA EPS otorgará a **LOS ASEGURADOS** y/o a los Otros Beneficiarios, los beneficios descritos a continuación.

Se deja constancia que aquellos beneficios indicados en el Plan de Salud que no se encuentren señalados dentro de la presente cláusula, serán descritos en las cláusulas adicionales adjuntas al presente contrato, las cuales forman parte del mismo, para todos los efectos legales.

Los costos de los siguientes beneficios así como de aquellos descritos en las cláusulas adicionales adjuntas, que sean asumidos por **LA EPS**, serán descontados -en todos los casos- del Beneficio Máximo Anual por Persona.

Asimismo, **LOS ASEGURADOS** y/o los **Otros Beneficiarios** podrán atenderse bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas a su Plan de Salud, mediante el pago de un deducible y copago según lo señalado en dicho Plan de Salud.

Los Beneficios siguientes surtirán efecto para una vez transcurrido el periodo de espera indicado en el Contrato o Plan de Salud, siempre que no sean coberturas de la Capa Simple para los **ASEGURADOS** y sus derechohabientes o coberturas del PEAS para los **Otros Beneficiarios**

44.1. SERVICIO DE EMERGENCIA

Conforme a lo señalado en el último párrafo de la Cláusula Décimo Sexta, el servicio de emergencia no está sujeto a copago alguno mientras subsista el estado de grave riesgo para la vida o la salud de **LOS ASEGURADOS** y/o los otros Beneficiarios. Una vez estabilizada la emergencia, se aplicarán los deducibles y copagos respectivos ya sea que se derive a una atención ambulatoria o una hospitalización.

Servicio de Ambulancia: Se encuentra sujeto a disponibilidad del proveedor. Los límites del servicio de ambulancia en Lima son:

Por el Norte: Hasta Ancón inclusive
Por el Sur: Hasta Villa El Salvador inclusive
Por el Este: Hasta Chosica inclusive
Por el Oeste: La Punta Callao inclusive

Servicio de Ambulancia en Arequipa:

Por el Norte: Zona Cono Norte
Por el Sur: Zona Socabaya – Lara
Por el Este: Hasta el distrito de Paucarpata - Urb. Miguel Grau
Por el Oeste: Distrito de Sachaca

Servicio de Ambulancia en Trujillo:

Traslado Distrital e interdistrital de Trujillo
Por el Norte: La Esperanza
Por el Nor Este: Florencia de Mora
Por el Nor Oeste: Huanchaco, Huanchaquito
Por el Sur: Salaverry, Moche
Por el Sur Oeste: Las Delicias
Por el Este: Laredo

44.1.1. Emergencia accidental:

Aquella que tiene como origen un accidente (fuerza externa y violenta contra la voluntad de la persona).

44.1.2 Continuidad de emergencia accidental por 90 días

Todos los controles posteriores a una emergencia accidental se cubrirán al 100% hasta por un periodo de 90 días. Se entiende por “controles posteriores” a los controles ambulatorios, exámenes de laboratorio de control, exámenes radiológicos, sesiones de terapia física, retiro de puntos y retiro de yeso. Considerar que toda atención es a crédito y en el mismo centro médico en que se atendió la emergencia inicial.

Pasados los 90 (noventa) días, las condiciones serán de acuerdo al Beneficio Ambulatorio del Plan de Salud.

44.1.3. Emergencia médica:

Una emergencia médica es aquella que derive de alguna enfermedad o complicación.

44.1.4. Emergencia Aló Rímac

En caso de emergencia **LOS ASEGURADOS** y/o los Otros Beneficiarios pueden llamar a Aló Rímac al 411-1111 en Lima y al 0-800-411-11 en provincias durante las 24 horas, los 365 días del año. Será atendido por nuestras operadoras y médicos, y de ser necesario se hará el traslado al centro médico.

44.2. BENEFICIO AMBULATORIO

LOS ASEGURADOS y/o los Otros Beneficiarios gozarán de la cobertura ambulatoria para gastos provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria o sin hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante.

LOS ASEGURADOS y/o los Otros Beneficiarios podrán atenderse en la red de proveedores adscritos a su plan de salud mediante el pago de un deducible y coaseguro según la red de clínicas señalada en dicho plan. Queda entendido y convenido que no todos los Médicos que prestan servicios en las Clínicas o Centros Médicos que conforman la red de proveedores brindan atención mediante pago de un deducible por lo que, dependiendo del médico, la atención podrá ser mediante reembolso de gastos.

44.3. BENEFICIO HOSPITALARIO

LOS ASEGURADOS y/o los Otros Beneficiarios gozarán de la cobertura hospitalaria para gastos provenientes de prestaciones realizadas durante un internamiento hospitalario prescrito por un médico tratante y que utilice, a lo menos, un día completo de servicio de habitación (no suite), alimentación y atención general de enfermería.

44.3.1. Hospitalización programada

Es toda hospitalización que no sea producto de una emergencia y que sea debidamente coordinada con el médico tratante.

44.3.2 Hospitalización no programada

En los casos de internamiento por emergencia de **LOS ASEGURADOS** y/o los Otros Beneficiarios en una clínica afiliada al plan de salud, la clínica brindará la atención médica requerida y posteriormente solicitará a **LA EPS** la carta de garantía correspondiente según las condiciones del plan de salud.

44.3.3. Cobertura Post – Hospitalaria

LA EPS cubrirá las consultas post-quirúrgicas necesarias dentro de los 30 días siguientes al alta dentro del mismo establecimiento de salud en que se produjo la cirugía y con los cirujanos que participaron del acto operatorio pagando el coaseguro hospitalario por los medicamentos y exámenes requeridos.

44.4. BENEFICIO MATERNIDAD

LOS ASEGURADOS y/o los Otros Beneficiarios que se encuentren embarazadas gozarán del beneficio ambulatorio y hospitalario por maternidad el cual incluye:

Diagnósticos de maternidad en capa simple

44.4.1. Control prenatal: Consulta mensual durante los primeros siete meses, una quincenal durante el octavo mes y una semanal durante el noveno mes. Además se incluyen tres ecografías obstétricas convencionales (una por trimestre) y el curso de preparación del parto (si tu Plan de Salud lo contempla). Además, si se presentaran los siguientes diagnósticos durante el control Pre natal, estarían cubiertos bajo esta misma cobertura (con el mismo ginecólogo): Infección Urinaria, vulvovaginitis, estreñimiento y vómitos del embarazo no especificado.

44.4.2. Parto normal y parto múltiple espontáneo sin complicaciones

44.4.3. Control postnatal: Dos consultas postnatales dentro de los 45 días después del parto.

Diagnósticos de maternidad en capa compleja

44.4.4. Otros diagnósticos: Aborto no provocado / amenaza de aborto ambulatorio, complicaciones del embarazo, parto y puerperio ambulatorio, emergencia obstétrica ambulatoria, cesárea.

En el caso de aborto no provocado y/o amenaza de aborto no se considerará el tiempo de espera de 10 meses siempre y cuando la asegurada inicie su gestación dentro de la

vigencia de la póliza. En el caso de cesáreas programadas si se aplica los 10 meses de espera.

*Se cubre fierro, calcio y ácido fólico siempre que sean recetados por el ginecólogo.

CRITERIOS PARA APLICAR O NO APLICAR EL PERIODO DE ESPERA AL BENEFICIO DE MATERNIDAD

- En caso que aplique la Ley de Preexistencias y la **ASEGURADA** ingresa a **LA EPS** embarazada, tendrá derecho a la cobertura de capa simple y capa compleja.
- En caso que no aplique la Ley de Preexistencias y la **ASEGURADA** ingresa a **LA EPS** embarazada, sólo tendrá derecho a la cobertura de capa simple. La cobertura de capa compleja se cubrirá luego de 10 meses de espera.
- En caso que no aplique la Ley de Preexistencias y la **ASEGURADA** ingresa a **LA EPS** embarazada y con exoneración de periodo de espera, tendrá derecho a las coberturas de capa simple y capa compleja.

44.5. BENEFICIO ODONTOLOGICO

El beneficio odontológico para **LOS ASEGURADOS** y/o otros beneficiarios que se realicen en los Consultorios Dentales afiliados, especificados en los anexos adjuntos al Plan de Salud, contempla lo siguiente:

- 44.5.1. Examen oral inicial
- 44.5.2. Radiografías
- 44.5.3. Profilaxis general
- 44.5.4. Flúor y sellantes
- 44.5.5. Restauraciones: Amalgamas, Resina, y Resina con alógena en piezas delanteras y posteriores.
- 44.5.6 Terapia Radicular
- 44.5.7. Pulpectomía,
- 44.5.8. Apiceptomía,
- 44.5.9. Extracciones

44.6. BENEFICIO DE TRATAMIENTO HORMONAL POR MENOPAUSIA (Cobertura Obligatoria – Capa Simple)

El presente beneficio ambulatorio proporciona a **LOS ASEGURADOS** y/o los Otros Beneficiarios la cobertura de un tratamiento hormonal por diagnóstico de menopausia, bajo indicación médica.

Se cubrirá el beneficio de Tratamiento Hormonal por Menopausia bajo las condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas a su Plan de Salud mediante el pago de un deducible y copago según lo señalado en dicho documento.

44.7. BENEFICIO DE ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR (CONSEJERIA, INSERCIÓN Y RETIRO DEL DIU, VASECTOMIA Y LIGADURA DE TROMPAS)

El presente beneficio proporciona a **LOS ASEGURADOS** y/o los **Otros Beneficiarios** la cobertura de Consejería, Inserción y Retiro del DIU, Vasectomía y Ligadura de Trompas para atenciones de **PLANIFICACIÓN FAMILIAR**, bajo condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas a su Plan de Salud.

Este beneficio cubre además el costo del dispositivo intrauterino (DIU) mismo.

Tener presente que el consejo y asesoramiento sobre la anticoncepción será brindado por el médico tratante bajo las condiciones ambulatorias del presente plan de salud.

44.8. BENEFICIO EXCIMER LASER (Cobertura Obligatoria – Capa Simple)

LOS ASEGURADOS y/o los Otros Beneficiarios podrán solicitar, el beneficio de Excimer Laser, para la corrección de la Miopía, Astigmatismo e Hipermetropía.

Se cubrirá el beneficio de Excimer Laser en los casos que el Plan de Salud lo indique, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas a su Plan de Salud mediante el pago de un deducible y copago según lo señalado en dicho documento.

El servicio no incluye: Wave Front.

Beneficio otorgado vía crédito sólo en Lima. No procede vía reembolso.

44.9. CONSULTAS A DOMICILIO

En caso que **LOS ASEGURADOS** y/o los Otros Beneficiarios deseen ser atendidos en su domicilio, deberá concertar una cita llamando a nuestras centrales telefónicas:

Lima y Callao	:	411-1111
Provincias	:	(0800) 411-11

Este beneficio para enfermedades ambulatorias agudas de baja complejidad se otorga de acuerdo a los límites geográficos, horario y especialidades especificadas en la Tabla de Beneficios incluida en los anexos adjuntos al Plan de Salud y estará sujeto a disponibilidad del proveedor.

44.10. BENEFICIO OFTALMOLÓGICO

Cubre un examen de Agudeza Visual, presión ocular y fondo de ojo una vez al año para cada uno de **LOS ASEGURADOS** y/o los Otros Beneficiarios, en los Centros Oftalmológicos afiliados, especificados en los anexos adjuntos al Plan de Salud.

44.11. BENEFICIO ONCOLÓGICO Y OTRAS CLÍNICAS PARA ATENCIÓN ONCOLÓGICA

LOS ASEGURADOS y/o los Otros Beneficiarios gozarán de la cobertura para casos de cáncer, de acuerdo a lo estipulado en el Plan de Salud.

La cobertura será brindada siempre que se contemple en tu Plan de Salud y bajo las condiciones estipuladas en él. Para los planes de salud que tengan la cobertura oncológica, la terapia biológica será cubierta de acuerdo a las condiciones y topes de tu plan de salud.

Inicio de la Cobertura

Se inicia cuando se ha establecido el diagnóstico definitivo de cáncer (neoplasia maligna), demostrado por:

- A través de un resultado Anátomo – Patológico, esto incluye todos los diagnósticos (incluido cáncer al ovario) a excepción de los siguientes puntos.
- Cuando existe alta probabilidad de neoplasia maligna del sistema nervioso central según informe de estudio por imágenes, siempre y cuando la lesión no sea accesible técnicamente a una biopsia para confirmación patológica.
- En casos en los que no está recomendado realizar un diagnóstico mediante biopsia y en los que el tratamiento quirúrgico primario es diagnóstico y en casos potencialmente curativos. Se incluyen únicamente las siguientes regiones anatómicas:
 - Testículo: Cuando hay sospecha de neoplasia maligna por estudios de imágenes.
 - Riñón: Cuando hay sospecha de neoplasia maligna por estudios de imágenes.
 - Páncreas: Cuando hay sospecha de neoplasia maligna por estudios de imágenes, sin evidencia de enfermedad metastásica.
- En casos en que existe una alta probabilidad de neoplasia maligna y que por consenso médico no es un requerimiento necesario realizar la biopsia confirmatoria, para lo cual se incluyen únicamente las siguientes regiones.
 - Próstata: Sospecha de cáncer clínico por elevación del marcador tumoral (PSA) en pacientes mayores de 75 años; y
 - Hígado: Sospecha por elevación sostenida del marcador tumoral y estudios de imágenes que muestran masa tumoral hepática.
 - En caso de Cáncer de Ovario cuando técnicamente no es posible la biopsia, la cobertura oncológica se da de manera retroactiva desde el acto quirúrgico que motiva el diagnóstico luego de la confirmación anátomo patológica, a fin de garantizar la cobertura plena de este beneficio.

Esta cobertura cubre lo siguiente:

- **Oncología Ambulatoria.-** Consultas médicas especializadas, quimioterapia, exámenes, procedimientos médicos especiales, así como la cobertura de las complicaciones causadas por el tratamiento del cáncer.
- **Oncología Hospitalaria y de Emergencia.-** Consultas médicas especializadas, quimioterapia, cirugías y hospitalización, exámenes y procedimientos médicos especiales, así como cobertura de las complicaciones causadas por el tratamiento del cáncer.

- **Radioterapia, Cirugía oncológica, imagenología y PETSCAN.-** Se brindará cobertura de acuerdo a la red de proveedores detallada en el plan de salud.
- **Terapia Biológica en Cáncer.-** Se brindará solamente para los tipos de cáncer y estadio clínico aprobados por la Food and Drug Administration (FDA), European Medicine Agency (EMA) o Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH) o de acuerdo a las Guías de Manejo Oncológico del NCCN hasta la categoría de evidencia y consenso 2A vigentes al momento de la atención. Incluye: Factores estimulantes de colonias, anticuerpos Monoclonales, inhibidores de la Tirosin Kinasa, inhibidores del proteosoma, antiangiogénicos.

Esta cobertura no ampara lo siguiente:

- Cuando el cáncer sea una enfermedad preexistente a la afiliación al Plan de Salud.
- Tratamientos en el extranjero.
- Costo de órganos y tejidos trasplantados ni los gastos relacionados al trasplante de los mismos.
- Tratamientos experimentales ni medicamentos oncológicos no aprobados por la FDA (Food and Drug Administration – www.fda.gov) o EMA (European Medicine Agency - www.ema.europa.eu) o CADTH (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health - www.cadth.ca) o de acuerdo a las Guías de Manejo Oncológico del NCCN vigentes al momento de la atención, ni las complicaciones por la utilización de los mismos.
- Medicamentos oncológicos no comercializados a nivel nacional.
- Exámenes, diagnósticos y procedimientos terapéuticos no disponibles a nivel nacional.

44.12. BENEFICIO DE PROTESIS QUIRURGICAS

Cubre el monto de la prótesis interna en caso que **LOS ASEGURADOS** y/o los Otros Beneficiarios requieran reemplazar algún segmento de su cuerpo, se pueden considerar como ejemplo: la prótesis de cadera cementada y no cementada, prótesis de la rodilla y la prótesis de cabeza de fémur. La cobertura está sujeta a que el evento que ocasionó la pérdida haya sido cubierto por el Plan de Salud al que se encuentra afiliado el **ASEGURADO** y/o Otros Beneficiarios

La cobertura se otorgará solo en las clínicas y/o centros médicos afiliados al Plan de Salud y vía reembolso en caso el Plan de Salud así lo especifique. Se encuentran excluidas las prótesis externas.

44.13. BENEFICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Cubre el tratamiento médico y/o de rehabilitación destinada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible de una parte del cuerpo de **LOS ASEGURADOS** y/o los Otros Beneficiarios.

La cobertura se otorgará solo en las clínicas y/o centros médicos afiliados al Plan de Salud, y reembolso en caso el Plan de Salud así lo especifique.

44.14. BENEFICIO DE COBERTURA DESASTRES NATURALES

Cubre los gastos de atención médica para los accidentes ocurridos en territorio nacional como consecuencia directa de desastres naturales, incluye:

- Gastos médicos de curación y/o tratamiento médico por las lesiones que hayan sufrido **LOS ASEGURADOS** y/o los Otros Beneficiarios, como consecuencia directa de desastres naturales, incluidos terremotos, tsunamis, tormentas e inundaciones.
- La cobertura que se adiciona al plan de salud mediante la presente cláusula, se otorgará por un plazo máximo de doce (12) meses, el cual será contado a partir de la fecha en que ocurrió el desastre natural o hasta la recuperación total de **LOS ASEGURADOS** y/o Otros Beneficiarios, lo que ocurriera primero.

El tope máximo de la suma asegurada S/.280,000.00 (Doscientos Ochenta Mil con 00/100 Nuevos Soles) por persona, o la especificada en el Plan de Salud, lo que resulte menor.

La presente cobertura no se extiende al periodo de latencia, y se otorgará a **LOS ASEGURADOS** y/o Otros Beneficiarios sólo mientras éstos mantenga(n) su condición de afiliados al plan de salud.

En caso que **LOS ASEGURADOS** y/o Otros Beneficiarios hagan uso de la presente cobertura para un determinado evento, queda expresamente establecido que para el mismo evento, no podrán hacer uso de los siguientes beneficios:

- Gastos de sepelio
- Cobertura de Asistencia en Viaje (siempre que se encuentre estipulado en tu plan de salud)
- Liberación del pago de primas por muerte del titular (siempre que se encuentre estipulado en tu plan de salud)
- Transporte Terrestre o Aéreo

44.15. BENEFICIO DE CUIDATE: PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (Solo Lima)

Programa de control y seguimiento de los diagnósticos crónicos (hipertensos, diabéticos tipo 2, asmáticos bronquiales y dislipidémicos) de **LOS ASEGURADOS** y/o los Otros Beneficiarios, a fin de que tomen conciencia de su enfermedad y riesgos, y contribuyan en su propio control.

El Programa **CUIDATE** incluye lo siguiente:

- Medicamentos según lo prescrito por el médico tratante.
- Charlas y consejería permanente.
- Exámenes auxiliares determinados para cada diagnóstico y serán definidos por el médico tratante.
- Evaluaciones médicas al ingreso al programa **CUIDATE**.

- Controles periódicos a través de consultas médicas.(tanto médicos como de enfermería)

No cubre emergencias, hospitalizaciones, complicaciones, exámenes auxiliares ni medicamentos distintos a los indicados por el médico tratante; éstas prestaciones aplican según deducibles y copagos del Plan de Salud.

44.16. BENEFICIO DE ENFERMEDADES CONGÉNITAS

LA EPS otorgará la presente cobertura a **LOS ASEGURADOS** y/o los Otros Beneficiarios (i) cuyo nacimiento se haya producido dentro de la vigencia del plan de salud y (ii) cuya inscripción se haya producido dentro de los 60 (sesenta) días calendarios siguientes contados desde el nacimiento.

Se considera una enfermedad congénita a un defecto físico, desorden orgánico, malformación, embriopatía, persistencia de tejido o estructura embrionaria o fetal, que haya sido adquirida como consecuencia de un defecto hereditario o que estaba presente en el momento del nacimiento.

La presente cobertura se otorgará en las clínicas y/o centros médicos afiliados y reembolso, en caso el Plan de Salud así lo especifique, de acuerdo a las condiciones y topes descritos en el Plan de Salud.

44.17. BENEFICIO DE PSICOPROFILAXIS DEL PARTO

La presente cobertura proporciona conocimientos teóricos elementales sobre anatomía y fisiología del embarazo y parto a **LOS ASEGURADOS** y/o los Otros Beneficiarios que se encuentren afiliados al Plan de Salud que contenga el presente beneficio.

LOS ASEGURADOS y/o los Otros Beneficiarios aprenden la forma en que se vive un parto y los síntomas que lo anuncian, tales como contracciones, dilatación y expulsión al momento de presentarse dichos síntomas.

Esta cobertura no aplica para reembolso en Lima, solo en Provincia.

44.18. BENEFICIO DE BOTOX (TOXINA BOTULÍNICA) PARA CASOS TERAPÉUTICOS

Beneficio ambulatorio otorgado a **LOS ASEGURADOS** y/o los Otros Beneficiarios vía crédito y reembolso solo con fines terapéuticos.

Este beneficio aplica para Lima y Provincias siendo exclusivo para los siguientes diagnósticos: Disonía Cervical, Espasmo miofacial, Estrabismo, Blefaroespasma y Espasticidad por parálisis cerebral.

44.19. BENEFICIO PREVENTIVO PROMOCIONAL

Beneficio otorgado a **LOS ASEGURADOS** y/o los Otros Beneficiarios, de acuerdo al programa preventivo, vía crédito en los centros médicos indicados en el plan de salud.

Este beneficio cubre Educación para la Salud, Evaluación y Control de Riesgos por edad/sexo e Inmunizaciones de acuerdo al protocolo del plan de salud.

44.20. BENEFICIO DE NUTRICIONISTA A DOMICILIO

Beneficio otorgado a **LOS ASEGURADOS** y/o los Otros Beneficiarios solo vía crédito.

Las atenciones, consulta nutricional inicial ó consulta nutricional de seguimiento por afiliado, deberán ser programadas previa cita, a través de Aló Rímac (el número de consultas dependerá del tratamiento a seguir determinado por el nutricionista):

Lima y Callao: 411-1111

Este beneficio se otorgará de acuerdo a los límites geográficos estipulados en el plan de salud y estará sujeto a la disponibilidad del especialista y de **EL ASEGURADO** y/o los Otros Beneficiarios (considerar que las atenciones solo se darán de lunes a viernes las 24 horas excepto los días feriados y los días no laborables) mediante el pago de copagos.

44.21. BENEFICIO DE ATENCIÓN ENFERMEDADES MENTALES

El presente beneficio proporciona a **LOS ASEGURADOS** y/o los Otros Beneficiarios la cobertura ambulatoria y hospitalaria para atenciones de **ATENCIÓN ENFERMEDADES MENTALES**, relativa al **PEAS**, siendo las siguientes:

- Ansiedad.
- Esquizofrenia.
- Alcoholismo.
- Depresión.

El presente beneficio aplica bajo condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas a su Plan de Salud.

44.22. BENEFICIO DE ATENCIÓN VIH

El presente beneficio proporciona solo a **LOS ASEGURADOS** y/o los Otros Beneficiarios la cobertura de consultas ambulatorias y hospitalarias para atenciones de VIH relativas al **PEAS** bajo las condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas a su Plan de Salud.

44.23. BENEFICIO TERAPIA BIOLÓGICA NO ONCOLÓGICA

LOS ASEGURADOS y/o los Otros Beneficiarios podrán – bajo indicación médica- solicitar el beneficio de Terapia Biológica No Oncológica, mediante cobertura de gastos ambulatorios y hospitalarios en Lima y Provincias.

Se cubrirá el beneficio de Terapia Biológica No Oncológica en los casos que el Plan de Salud lo indique, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas a su Plan de Salud mediante el pago de un deducible y copago según lo señalado en dicho documento.

La cobertura será otorgada con medicamentos biológicos aprobados por la FDA (Food and Drug Administration – www.fda.gov) o EMA (European Medicine Agency - www.ema.europa.eu) o CADTH (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health - www.cadth.ca) y que cumplan las condiciones de severidad establecido por dicha entidad.

En el caso de la Terapia Biológica No Oncológica Oftalmológica, el beneficio aplica para pacientes con Membrana Neo vascular por Degeneración macular asociada a la edad (tipo húmeda).

En el caso de la Terapia Biológica No Oncológica Reumatológica, el beneficio aplica para las siguientes enfermedades: Artritis Reumatoide, Artritis reumatoide juvenil, Artritis psoriásica, Enfermedad de Crohn, Colitis ulcerativa, Espondilitis Anquilosante y Psoriasis en placas.

En el caso de la Terapia Biológica No Oncológica Gastrointestinal, el beneficio aplica para pacientes que padezcan de la Enfermedad de Crohn y Colitis ulcerativa.

Adicionalmente este beneficio aplica para pacientes que padezcan Asma, esclerosis múltiple, lupus eritematoso sistemático o infarto al corazón que puedan ser tratados con medicamentos biológicos aprobados por la FDA (Food and Drug Administration – www.fda.gov) o EMA (European Medicine Agency - www.ema.europa.eu) o CADTH (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health - www.cadth.ca)

44.24. BENEFICIO TRANSPORTE TERRESTRE O AÉREO (vuelo comercial nacional)

Cubre los gastos de traslado, vía terrestre (ambulancia) o aérea (vuelo comercial a nivel nacional), de **LOS ASEGURADOS** y/o los Otros Beneficiarios de un centro hospitalario a otro siempre y cuando el proveedor de salud donde se encuentra el paciente hospitalizado, no cuente con la capacidad resolutive necesaria para su atención. El traslado se realizará vía terrestre en ambulancia y/o en avión comercial al establecimiento de salud con capacidad resolutive más cercano, según lo determine del médico de la Central de Emergencias de Rímac.

Es indispensable para el otorgamiento del beneficio, la autorización escrita del médico tratante y del médico de la Central de Emergencias de Rímac. En caso de transporte aéreo (vuelo comercial nacional) de manera adicional, es requisito previo la aprobación del equipo médico de la aerolínea.

El beneficio de transporte vía aérea, cubre el traslado del paciente en compañía de un médico o enfermera como máximo; en caso el paciente sea menor de edad, podrá incluir a un acompañante mayor de edad como máximo.

Solo se cubre el traslado en ambulancia o avión comercial (a nivel nacional) de ida al centro hospitalario, más no el retorno, y se encuentra sujeto a disponibilidad del proveedor del servicio.

Queda expresamente establecido que **LOS ASEGURADOS** y/o Otros Beneficiarios no podrán hacer uso del presente beneficio si se tratara de un accidente cubierto por **LA EPS** en virtud a la cláusula de Desastres Naturales.

44.25. BENEFICIO DE ENFERMEDADES EPIDÉMICAS

LOS ASEGURADOS y/o Los Otros Beneficiarios, podrán -bajo indicación médica- solicitar el beneficio de Enfermedades Epidémicas, mediante la cobertura de gastos ambulatorios y hospitalarios en Lima y Provincia.

Se cubrirá el beneficio de Enfermedades Epidémicas en los casos que el Plan de Salud lo indique, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas a su Plan de Salud, mediante el pago de un deducible y copago según lo señalado en dicho documento, siempre que las enfermedades epidémicas sean declaradas como tales por el Ministerio de Salud.

No procede vía reembolso.

44.26. BENEFICIO DE COBERTURA DE BENEFICIOS BAJO TERRORISMO

El presente beneficio cubre los gastos médicos de curación y/o tratamiento médico por las lesiones que hayan sufrido **LOS ASEGURADOS** y/o los Otros Beneficiarios, como consecuencia directa de acciones terroristas a nivel nacional.

La presente cobertura no se extiende al periodo de latencia, y se otorgará a **LOS ASEGURADOS** y/o Otros Beneficiarios sólo mientras éstos mantenga(n) su condición de afiliados al Plan de Salud, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas a su Plan de Salud según lo señalado en dicho documento.

Coberturas: Beneficios Adicionales

44.27. GASTOS DE SEPELIO

En caso de fallecimiento de **LOS ASEGURADOS** y/o los Otros Beneficiarios a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto por el Plan de Salud, **LA EPS** pagará los gastos incurridos por los siguiente conceptos: Ataúd de madera natural al duco, adornos propios del ataúd, preparación tanatológica del fallecido, capilla ardiente, trámite de inscripción de la partida de defunción según exigencia municipal, salón velatorio parroquial, carroza de primera, carro para ofrendas florales, asistencia del Director funerario, personal auxiliar uniformado, cargadores y sepultura o nicho perpetuo en cementerio elegido por familia.

Si la familia del fallecido decide considerar el servicio de cremación, el ataúd se brinda por alquiler para el velatorio y se incluye urna cineraria dentro del paquete.

El límite máximo de este beneficio y/o plan funerario es el señalado en la Tabla de Beneficios incluida en los anexos adjuntos al Plan de Salud.

Cuando se presente el pago de gastos vía reembolso, aquello debe estar especificado en el Plan de Salud y se deberá presentar la partida de defunción y las facturas originales de los gastos, los mismos que están sujetos al tarifario de **LA EPS**.

El presente beneficio no será aplicable si **LOS ASEGURADOS** y/o Otros Beneficiarios, hubieran fallecido a causa de un accidente producido en el territorio nacional como

consecuencia de un desastre natural, cuyos gastos de atención médica fueron cubiertos previamente por **LA EPS**.

44.28. BENEFICIO DE SEGUNDA OPINIÓN EN EL EXTRANJERO Y NACIONAL

En caso **LOS ASEGURADOS** y/o los Otros Beneficiarios requieran de una segunda opinión para una cirugía ambulatoria u hospitalización quirúrgica, **LA EPS** cubrirá al 100% el costo de una segunda consulta por un médico especialista a nivel nacional o extranjero, sin perjuicio del resultado de la segunda opinión.

Dicha consulta será evaluada y aprobada por un médico consultor, el cual brindará su opinión y sugerencias. Éste solicitará tu historia clínica y exámenes auxiliares disponibles al centro médico en el cual te estás atendiendo.

No se cubre bajo esta cobertura el viaje de **LOS ASEGURADOS** y/o los Otros Beneficiarios, ni de sus familiares.

En caso el diagnóstico de la segunda opinión discrepe con el diagnóstico inicial, será íntegramente decisión del **ASEGURADO** decidir de acuerdo a la información brindada por cada médico tratante, el tratamiento a seguir. No se cubrirá la opinión de un tercer médico.

44.29. BENEFICIO DE ALIMENTACIÓN PARA ACOMPAÑANTE HOSPITALARIO

El presente beneficio cubre el servicio de alimentación gratuita para un acompañante de **LOS ASEGURADOS** y/o los Otros Beneficiarios que se encuentren hospitalizados.

El presente beneficio comprende 1 desayuno, 1 almuerzo y 1 cena al día servida por la clínica o centro médico, durante el tiempo que dure el internamiento.

Para hospitalizaciones por tratamiento oncológico, el servicio será brindado sin importar la edad de **LOS ASEGURADOS** y/o los Otros Beneficiarios. En caso se trate de una hospitalización no oncológica, el servicio se brindará para **LOS ASEGURADOS** y/o Otros Beneficiarios menores de 18 años y mayores de 60 años.

LOS ASEGURADOS y/o los Otros Beneficiarios deberán encontrarse afiliados al Plan de Salud que contenga la presente cobertura.

No aplica para Maternidad y solo se brindará en las clínicas y/o centros médicos afiliados al Plan de Salud. Aplica en Lima y no aplica para la Clínica Angloamericana y clínica Tezza, en caso de proveedores en provincia aplica en Clínicas: Sanchez Ferrer (Trujillo), Sociedad Virgen de la Puerta (Trujillo), Carita Feliz (Piura), Arequipa (Arequipa), Hogar Clínica San Juan de Dios (Arequipa), San José (Cusco), Centro Médico Pardo (Cusco), Del Pacífico (Chiclayo), Ana Stahl (Iquitos).

44.30. BENEFICIO ENFERMEDADES CONGÉNITAS NO CONOCIDAS

Beneficio ambulatorio y/o hospitalario vía crédito otorgado a **LOS ASEGURADOS** y/o los Otros Beneficiarios respecto a condiciones o malformaciones presentes desde su nacimiento y que han transcurrido de forma asintomática e inadvertida a lo largo de su vida.

Para fines de esta cobertura se incluye solo las siguientes condiciones: Malformaciones Arteriovenosas Cerebrales (MAV), Comunicación interauricular del Corazón (CIA) y Tirogloso.

Tope máximo de la cobertura: S/. 35,000.00.

44.31. BENEFICIO DE ATENCIÓN HOSPITALARIA EN EXCESO DEL MONTO ESTABLECIDO EN EL PLAN DE SALUD

LA EPS otorgará a **LOS ASEGURADOS** y/o los Otros Beneficiarios que se encuentren hospitalizados de manera continua en una misma clínica o centro médico afiliado, y cuyas atenciones excedan el monto indicado en el Plan de Salud afiliado, una cobertura diferenciada a su cobertura hospitalaria de acuerdo a lo señalado en el Plan de Salud al que se encuentra afiliado.

Al inicio de cada vigencia contractual, **LA EPS** no considerará el costo de las atenciones hospitalarias correspondientes a la vigencia anterior. En tal sentido, en caso que la hospitalización continúe desde la vigencia anterior, el cómputo del costo de las atenciones hospitalarias de **LOS ASEGURADOS** y/o los Otros Beneficiarios se reiniciará, y el presente beneficio operará cuando dicho costo vuelva a exceder la suma indicada en el Plan de Salud afiliado.

Se debe tratar de un mismo evento dentro de la misma clínica o centro médico.

44.32. BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN POR TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Trasplante: Es un procedimiento terapéutico que consiste en sustituir un órgano o tejido enfermo por otro órgano, segmento de órgano o tejido sano, procedente de un donante vivo o un donante cadavérico.

LOS ASEGURADOS o los Otros Beneficiarios (contemplados en el Plan de Salud) que durante la vigencia del presente Contrato de Prestación de Servicios de Seguridad Social en Salud para Afiliados Regulares sean sometidos a un Trasplante de Órganos en calidad de receptores de los mismos, podrán solicitar solamente por única vez y solo durante la misma vigencia del Contrato de Prestación de Servicios de Seguridad Social en Salud para Afiliados Regulares, el beneficio de indemnización por Trasplante de Órganos por la suma de s/.25,000.00 (Veinticinco mil y 00/100 nuevos soles).

La solicitud del beneficio de indemnización antes indicado deberá ser presentada, por el Asegurado u Otro Beneficiario (contemplado en el Plan de Salud) que sea receptor del órgano, con fecha posterior al trasplante, y siempre que el Centro Médico en donde se practicó dicho trasplante cuente con todas las autorizaciones oficiales para la realización de ese procedimiento. Además solo se otorgará el beneficio cuando el trasplante haya sido realizado dentro de la República del Perú.

El presente beneficio aplica solo respecto al trasplante de órgano humano y siempre que sea por alguno de los siguientes órganos: riñón, hígado, corazón, pulmón, páncreas o de médula ósea.

Se excluye de este beneficio el trasplante de cualquier otro órgano no nombrado precedentemente, así como de partes de órganos, tejidos o células.

44.33. BENEFICIO DE HOMEOPATÍA

El presente beneficio proporciona a **LOS ASEGURADOS** y/o los Otros Beneficiarios la cobertura de Homeopatía vía crédito (No procede vía reembolso).

Se cubre la consulta médica solo con el proveedor Organización de Salud Intercontinental. No cubre medicación.

44.34. BENEFICIO DE ACUPUNTURA

El presente beneficio ambulatorio proporciona a **LOS ASEGURADOS** y/o los Otros Beneficiarios la cobertura de Acupuntura vía crédito (No procede vía reembolso).

Las consultas solo podrán darse con el proveedor Organización de Salud Intercontinental.

44.35. BENEFICIO DE TRATAMIENTO QUIROPRÁCTICO

El presente beneficio ambulatorio vía crédito otorga a **LOS ASEGURADOS** y/o los Otros Beneficiarios, una consulta médica y terapia por cada sesión de tratamiento quiropráctico, la cual solo podrán darse con el proveedor Organización de Salud Intercontinental.

44.36. BENEFICIO DE GASTOS DE ENFERMERA ACOMPAÑANTE

LOS ASEGURADOS y/o los Otros Beneficiarios podrán solicitar en caso de enfermedad catastrófica – bajo indicación médica- en Lima y Provincia, el beneficio de Gastos de Enfermera Acompañante. Siendo que, la cantidad de horas de permanencia de la enfermera acompañante será determinada por el médico tratante y asimismo él especificará si es necesaria la permanencia de la enfermera en el domicilio y/o al alta del **ASEGURADO** y/o los Otros Beneficiarios.

El beneficio de Gastos de Enfermera Acompañante, solo aplica vía reembolso, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas a su Plan de Salud mediante el pago de un deducible y copago según lo señalado en dicho documento, para lo cual es necesario que **LOS ASEGURADOS** y/o sus Beneficiarios presenten los honorarios médicos de la enfermera que los asistió.

44.37. BENEFICIO TRASLADO DE RESTOS

En caso de fallecimiento de **LOS ASEGURADOS** y/o Otros Beneficiarios, ocurrido dentro del territorio nacional, se podrá solicitar en Lima y Provincias, el beneficio de Traslado de Restos a través de un avión comercial al lugar del territorio nacional indicado por **LOS ASEGURADOS** y/o Otros Beneficiarios.

Se cubrirá el beneficio de traslado de restos en los casos en que el plan de salud lo indique, bajo los topes, condiciones y red de clínicas afiliadas adscritas a su Plan de Salud mediante el pago de deducible y copago según lo señalada en dicho documento.

44.38. BENEFICIO DE DESAMPARO SÚBITO FAMILIAR

En caso de consecuencia de un mismo accidente, el **ASEGURADO TITULAR y/o su cónyuge o concubina(o)** (según lo especificado en el Plan de Salud) fallecen durante la vigencia del Plan de Salud, **LA EPS** otorgará a los derechohabientes inscritos en el presente Plan de Salud una indemnización por muerte accidental, de acuerdo al monto señalado en el Plan de Salud.

Asimismo, el presente beneficio solo aplica por el supuesto establecido en el primer párrafo de la presente Cláusula Adicional, por lo que, no se pagará indemnización alguna en los siguientes casos:

- i) En caso de, ausencia de derechohabientes inscritos en el plan de Salud a la fecha de fallecimiento accidental; y,
- ii) En caso de, accidente de cualquiera de los derechohabientes.

Se cubrirá el beneficio de Desamparo Súbito Familiar, siempre que el accidente que ocasione el fallecimiento del **ASEGURADO y/o su cónyuge o concubina(o)**, no sea producto o consecuencia de un acto o supuesto excluido en el Plan de Salud.

El presente beneficio no aplica para los **Otros Beneficiarios**.

Este beneficio estará cubierto en los casos que el Plan de Salud lo indique, bajo los topes, condiciones adscritas a su Plan de Salud, según lo señalado en dicho documento, para lo cual es necesario que el derechohabiente deberá presentar a **LA EPS** los siguientes documentos del **ASEGURADO TITULAR y/o su cónyuge o concubina(o)**:

- Copia Certificada de las Partidas de Defunción de **LOS ASEGURADOS TITULAR y/o su cónyuge o concubina(o)**.
- Copia legalizada de los Informes médicos e Historias Clínicas.
- Copia Certificada de Atestado policial completo o diligencias fiscales, en caso corresponda.
- Original o copia legalizada de los Protocolos de Necropsia.
- Original y/o copia legalizada de los análisis toxicológicos con resultados de alcoholemia y toxinas.

Cobertura disponible en Lima y Provincias solo vía reembolso.

EL ASEGURADO TITULAR, su cónyuge o concubina(o) y los derechohabientes deberán encontrarse afiliados al Plan de Salud que contenga el presente beneficio.

Los documentos no deberán tener una antigüedad mayor a 3 (tres) meses.

44.39. BENEFICIO DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

LOS ASEGURADOS y/o los Otros Beneficiarios que se encuentren afiliados al Plan de Salud que contenga el presente beneficio, podrán -bajo indicación médica- solicitar la cobertura de cirugía de reconstrucción mamaria en caso de una mastectomía radical por cáncer.

Se cubrirá la prótesis en los casos que el Plan de Salud lo indique, bajo los topes ahí indicados.

El presente beneficio sólo opera en las clínicas y/o centros médicos detallados en la cobertura incluida en el Plan de Salud.

Beneficio otorgado solo vía crédito, en Lima, de acuerdo a las condiciones y topes que se detallan en el plan de Salud. Esta cobertura no aplica para reembolso.

44.40. BENEFICIO DE CIRUGIA PREVENTIVA DE MAMA Y OVARIOS

LOS ASEGURADOS y/o los Otros Beneficiarios que se encuentren afiliados al Plan de Salud que contenga el presente beneficio, podrán solicitar la cobertura de cirugía preventiva de mama y ovarios para los casos en los que se pruebe la mutación en los genes BRCA 1 y/o BRCA 2 y se requiera el tratamiento quirúrgico para la prevención del cáncer de mama y/o de ovarios. 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)

Se cubrirá la prótesis en los casos que el Plan de Salud lo indique, bajo los topes ahí indicados.

El presente beneficio sólo opera en las clínicas y/o centros médicos detallados en la cobertura incluida en el Plan de Salud.

Beneficio otorgado solo vía crédito, en Lima, de acuerdo a las condiciones y topes que se detallan en el plan de Salud. Esta cobertura no aplica para reembolso.

44.41. BENEFICIO DE TAMIZAJE NEONATAL

El TAMIZAJE NEONATAL consiste en la realización de pruebas de descarte de Hipotiroidismo Congénito, Hiperplasia Suprarrenal, Fenilcetonuria, Fibrosis Quística, Catarata Congénita e Hipoacusia en el recién nacido. Beneficio ambulatorio otorgado a **LOS ASEGURADOS** nacidos dentro de la vigencia del Plan de Salud. Podrán acceder a este beneficio, **LOS ASEGURADOS** recién nacidos hasta cumplir 28 días de vida.

Este beneficio se otorgará en las clínicas y/o centros médicos afiliados, vía crédito o reembolso, según lo especificado en el Plan de Salud y de acuerdo a las condiciones y topes descritos en dicho Plan.

CLAUSULA CUADRAGÉSIMO QUINTA.- AUDITORIAS

LA ENTIDAD EMPLEADORA no podrá realizar inspecciones o auditorias, directamente o a través de un tercero, sobre los expedientes o documentos recepcionados, liquidados u observados por **LA EPS** relativos a las prestaciones médicas brindadas a **LOS ASEGURADOS** y/o los Otros Beneficiarios, ni podrá realizar auditorías concurrentes en casos de hospitalizaciones de **LOS ASEGURADOS** y/o los Otros Beneficiarios, sin la autorización previa y por escrito de éstos y previa coordinación con **LA EPS**.

Las partes reconocen que **LA EPS** tiene absoluta libertad para establecer tarifas o factores con las Entidades Vinculadas, pudiendo **LA EPS** no informar a **LA ENTIDAD EMPLEADORA** del contenido y características de dicha relación contractual.

CLAUSULA CUADRAGÉSIMO SEXTA.- RENOVACION

De haber manifestado **LA EPS** su voluntad de renovar y/o modificar el presente contrato de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Décimo Novena, **LA EPS** propondrá, mediante comunicación enviada de forma física o a través de correo electrónico a **LA ENTIDAD EMPLEADORA** en los 30 (treinta) días posteriores, las modificaciones que considere necesarias para renovar el contrato. Estas modificaciones incluyen pero no se limitan al cambio de condiciones del Plan de Salud y al reajuste de los aportes y/o copagos.

LA EPS y **LA ENTIDAD EMPLEADORA** se comprometen a realizar sus mejores esfuerzos a fin de llegar a un acuerdo respecto a las modificaciones antes mencionadas, dentro de los 15 (quince) días siguientes contados desde la recepción de la propuesta de modificación.

En caso de no mediar acuerdo dentro del plazo establecido en el párrafo precedente, el contrato quedará resuelto al vencimiento del plazo de vigencia, pudiendo **LA ENTIDAD EMPLEADORA** convocar un nuevo proceso de selección de EPS dentro de los plazos establecidos por Ley.

En caso de existir acuerdo o en caso **LA ENTIDAD EMPLEADORA** no haya formulado por escrito observación alguna a las modificaciones propuestas, tales modificaciones se darán por aceptadas y entrarán en vigencia al inicio del nuevo periodo contractual. **LA ENTIDAD EMPLEADORA** será responsable de comunicar de manera oportuna a los **ASEGURADOS** las nuevas condiciones así como la fecha de entrada en vigencia de las mismas.

LA EPS enviará de forma física o a través de correo electrónico a **LA ENTIDAD EMPLEADORA** la Adenda o Contrato de renovación correspondiente donde constarán las modificaciones del contrato, siendo obligación de la **ENTIDAD EMPLEADORA** devolverla debidamente firmada por sus representantes legales, dentro de los 15 (quince) días calendarios contados desde su recepción. Transcurrido, dicho plazo sin que se hubiera efectuado la entrega por parte de **LA ENTIDAD EMPLEADORA** a **LA EPS** de la Adenda o Contrato debidamente firmado, **LA ENTIDAD EMPLEADORA** reconoce y acepta desde ya, que las modificaciones contenidas en la mencionada Adenda o Contrato serán de aplicación a partir de la fecha de inicio de la nueva vigencia, expresando su plena conformidad.

En caso se produzca alguna modificación en el Plan de Salud, **LA EPS** enviará de forma física o a través de correo electrónico a **LA ENTIDAD EMPLEADORA** los nuevos Planes, siendo de obligatorio cumplimiento de **LA ENTIDAD EMPLEADORA** entregar a los **ASEGURADOS** su respectivo Plan de Salud. Asimismo, si **LA ENTIDAD EMPLEADORA** brinda a **LA EPS** los correos electrónicos de sus trabajadores afiliados, con la finalidad que **LA EPS** les envíe directamente los nuevos Planes de Salud mediante correo electrónico, **LA ENTIDAD EMPLEADORA** declara que para efectuar dicho envío directo ha obtenido la autorización expresa de sus trabajadores, haciéndose plenamente responsable en caso que su declaración resultara falsa o inexacta.

LA ENTIDAD EMPLEADORA, deberá entregar a la **EPS** el cargo de recepción o la confirmación de envío de los Planes de Salud, debidamente suscritos por los **ASEGURADOS**, en un plazo que no excederá de 15 (quince) días calendarios contados desde la entrega a **LA ENTIDAD EMPLEADORA** de los respectivos Planes.

CLAUSULA CUADRAGÉSIMO SÉTIMA.- PLAZO

Las partes convienen que una vez que se haya renovado automáticamente el contrato, **LA EPS** podrá –en virtud al tercer párrafo de la Cláusula Décimo Sétima que faculta a las partes a acordar plazos menores para el reajuste de aportes y/o copagos– proponer reajustes de los aportes y/o copagos dentro de los 60 (sesenta) días calendarios siguientes al inicio del nuevo periodo. De no haber acuerdo respecto al reajuste propuesto por **LA EPS**, en aplicación de lo establecido en el numeral 4 de la Cláusula Vigésima, el contrato quedará resuelto a los 30 (treinta) días calendario siguiente a la fecha en que **LA EPS** reciba de **LA ENTIDAD EMPLEADORA** por escrito su negativa o si transcurren 30 (treinta) días calendario desde la recepción de la propuesta de reajuste sin que se responda a dicha propuesta.

CLAUSULA CUADRAGÉSIMO OCTAVA.- PRE-EXISTENCIAS CAPA COMPLEJA

LA EPS se obliga a continuar brindando cobertura a las atenciones de salud de los trabajadores y sus derechohabientes, en términos y condiciones equivalentes, por aquellas contingencias diagnosticadas y no resueltas, determinadas y cubiertas en un anterior Plan de Salud de una EPS, de conformidad a lo dispuesto en la Ley N° 29561, Ley que establece la continuidad de cobertura de preexistencias en el Plan de Salud de las Entidades Prestadoras de Salud y su Reglamento.

Para el otorgamiento de la continuidad de cobertura de preexistencias de la capa compleja del Plan de Salud contratado, se deberá cumplir con:

- a) Al momento del diagnóstico de la enfermedad **LOS ASEGURADOS** se encuentren bajo la cobertura adicional de capa compleja de una EPS.
- b) La preexistencia no haya sido excluida del Contrato previo.
- c) La preexistencia no haya sido excluida por declaración inoportuna, falsa o reticente de **LOS ASEGURADOS**.
- d) Sea un diagnóstico cubierto también por el Plan de Salud del presente Contrato, hasta los límites establecidos en el mismo.

Adicionalmente, en los casos de cambio de centro laboral, **LOS ASEGURADOS** deben tener en cuenta:

- e) Deberán inscribirse al presente Plan de Salud, dentro de los noventa (90) días calendarios posteriores al inicio de su nueva relación laboral.
- f) El periodo entre la fecha de cese del último vínculo laboral y el de inicio del vínculo laboral actual, no podrá exceder de los plazos máximos establecidos por el artículo 37° del Decreto Supremo 009-97-SA y sus modificatorias referentes al total de periodo de latencia. En caso **LOS ASEGURADOS** no tenga derecho de latencia, por motivo de no alcanzar los meses de aporte mínimo requeridos, el periodo entre la fecha de cese del último vínculo laboral y el de inicio del vínculo laboral actual no podrá exceder de los dos (2) meses.

De aplicarse el presente beneficio de continuidad de cobertura de preexistencias de la capa compleja no se aplica período de espera para dichos diagnósticos, caso contrario la exoneración se realizará conforme lo establecido en el último párrafo de la Cláusula Trigésimo Segunda.

La EPS solicitará a las Entidad Prestadora de Salud que hayan cubierto el período inmediatamente anterior, inclusive a las clínicas, hospitales, centros médicos, laboratorios y médicos tratantes la información referida a las condiciones, limitaciones, exclusiones, reporte de prestaciones en salud y documentos médicos relacionados, con la finalidad de hacer efectiva la continuidad de cobertura de preexistencias de capa compleja, sin perjuicio que LOS ASEGURADOS puedan sustentar directamente ante LA EPS los diagnósticos de capa compleja cubiertos por la Entidad Prestadora de Salud anterior.

CLAUSULA CUADRAGÉSIMO NOVENA.- APORTES ADICIONALES

Las partes convienen que en los meses de Julio y Diciembre, la **ENTIDAD EMPLEADORA** podrá realizar pagos de aportes adicionales a los aportes fijos mensuales, a fin de disminuir su siniestralidad.

Los aportes adicionales corresponderán al 2.25% del total de las gratificaciones pagadas a los trabajadores en dichos meses.

CLAUSULA QUINCUAGÉSIMA.- DEFINICIONES

Para efectos del presente documento se tomarán en cuenta adicionalmente a las definiciones incluidas en las Condiciones Generales, las siguientes:

- a) **Enfermedades Catastróficas.-** Son aquellas enfermedades que generan severos daños en la salud de quien las padece. Se trata en general de enfermedades crónico-degenerativas o infectocontagiosas que se vuelven crónicas; y que pueden ser causantes de discapacidad y muerte
- b) **Exclusión.-** Gasto no cubierto por el Plan de Salud.
- c) **Derechohabientes.-** Al cónyuge o concubino a que se refiere el Artículo 326° del Código Civil, así como los hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo, de acuerdo a la calificación que efectúa **ESSALUD**, siempre que no sean afiliados obligatorios.
- d) **Entidades Vinculadas.-** A aquellas que prestan servicios de salud a **LOS ASEGURADOS** de **LAS EPS**. Pueden ser Clínicas, Hospitales, Policlínicos, Centros Médicos, Institutos, Consultorios, Servicios Médicos de Apoyo y Servicios de Atención Domiciliaria.
Están inscritas en el Registro correspondiente de **SUSALUD** y están sujetas a su supervisión.
- e) **Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).-** Al Organismo Público Descentralizado del Sector Salud que tiene por objeto autorizar, regular y supervisar el

funcionamiento de las Entidades Prestadoras de Salud y cautelar el uso correcto de los fondos por éstas administrados.

- f) **Remuneración.-** De acuerdo al artículo 6° del Texto Único Ordenado del Decreto Legislativo N° 728 - Ley de Productividad y Competitividad Laboral, constituye remuneración el íntegro de lo que el trabajador recibe por sus servicios, en dinero o en especie, cualquiera sea la forma o denominación que tenga, siempre que sean de su libre disposición.
- g) **Capa Simple.-** Conjunto de intervenciones de salud de mayor frecuencia y menor complejidad detalladas en el Anexo 1 del Reglamento de la Ley N° 26790 aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-97-SA.
- h) **Capa Compleja.-** Conjunto de intervenciones de salud de menor frecuencia y mayor complejidad que no se encuentran en el Anexo 1 del Reglamento de la Ley N° 26790 aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-97-SA.
- i) **Plan de Salud.-** Es el documento que contiene el detalle de las prestaciones que debe brindar **LA EPS**. Para **LOS ASEGURADOS**, comprende como mínimo, las prestaciones de la cobertura de Capa Simple, pudiendo extenderse a cubrir las prestaciones de Capa Compleja; y para los Otros Beneficiarios comprende las prestaciones de la cobertura del PEAS, pudiendo extenderse a cubrir las prestaciones de Capa Compleja a través de Planes Complementarios. Asimismo, debe incluir la descripción de los beneficiarios, establecimientos en los que se brindará la atención, los requisitos para la atención, la cobertura durante el periodo de latencia, las exclusiones y limitaciones.
- j) **PEAS.-** Es el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud que contiene la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones, aprobado mediante Decreto Supremo N° 016-2009-SA.
- k) **Plan Complementario.-** Son planes que otorgan prestaciones no comprendidas en el PEAS.

CLÁUSULAS COMPLEMENTARIAS APLICABLES A LOS OTROS BENEFICIARIOS

CLAUSULA QUINCUAGÉSIMO PRIMERA.- OTROS BENEFICIARIOS

EL ASEGURADO, de manera voluntaria, podrá incluir dentro del Plan de Salud a los Otros Beneficiarios, cuya cobertura se regirá conforme a lo estipulado en la cláusula Cuadragésimo Cuarta del presente Contrato.

Se denomina Otros Beneficiarios, a las personas que cumplen los requisitos señalados a continuación:

- a) A los hijos solteros mayores de 18 (dieciocho) años y menores de 29 (veintinueve) años de edad al momento de la inscripción;
- b) A los padres siempre y cuando no hayan cumplido los 70 (setenta) años de edad.

En todos los casos, será requisito indispensable que dependa de **EL ASEGURADO**.

El límite de permanencia para los hijos, referido en el numeral a) precedente, será al cumplir los 29 (veintinueve) años de edad, mientras que para los padres el límite de permanencia será al cumplir los 85 (ochenta y cinco) años de edad. En los casos que la edad límite se cumpla en el transcurso de la vigencia del presente Contrato, la exclusión se producirá de manera automática a partir del primer día del mes siguiente de cumplida la edad límite de permanencia.

CLAUSULA QUINCUAGÉSIMO SEGUNDA.- SUSTITUCIÓN DE PLANES

La cobertura del Plan de Salud aplicable a los Otros Beneficiarios corresponde a las prestaciones descritas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), aprobado mediante Decreto Supremo N° 016-2009-SA, el mismo que conforme al artículo 96° del Reglamento de la Ley de Aseguramiento Universal en Salud, reemplaza a la Capa Simple descrita en el Anexo N° 1 del Reglamento de la Ley N° 26790.

Adicionalmente, los trabajadores afiliados podrán incorporar a los Otros Beneficiarios dentro del Plan Complementario al **PEAS**, el mismo que contiene las mismas coberturas de capa compleja de **LOS ASEGURADOS**.

Se deja expresa constancia que en ningún caso **LA EPS** podrá condicionar el otorgamiento de las coberturas del **PEAS** a la contratación del Plan Complementario.

CLAUSULA QUINCUAGÉSIMO TERCERA.- PERIODO DE INSCRIPCIÓN E INICIO DE COBERTURA

En el caso de los Otros Beneficiarios, la solicitud de incorporación se deberá presentar (i) al momento de la inscripción de **LOS ASEGURADOS** o, (ii) al momento de la renovación del contrato. En ambos casos, el periodo de cobertura será el indicado en las Condiciones Generales.

En el caso de emergencias accidentales y/o médicas la atención es inmediata.

En el supuesto que el trabajador afiliado hubiera solicitado la exclusión de alguno de los Otros Beneficiarios, no podrá solicitar su reincorporación hasta la renovación del contrato. La exclusión iniciará a partir del primer día del mes siguiente a la fecha en que se comunica a **LA EPS** la exclusión de los Otros beneficiarios.

CLAUSULA QUINCUAGÉSIMO CUARTA.- DECLARACIÓN DE SALUD

Los Otros Beneficiarios que se afilien al **PEAS** y al Plan Complementario, tienen la obligación de efectuar una Declaración de Salud en los formularios proporcionados por **LA EPS**. La declaración de enfermedad preexistente es obligatoria por parte de los Otros Beneficiarios.

LA EPS deja constancia que la referida Declaración de Salud no generará exclusiones en las coberturas del **PEAS**; sin embargo, sí serán materia de exclusión en el Plan Complementario, así no hubieran sido declaradas por los Otros Beneficiarios, salvo que se cumplan los requisitos señalados en la Cláusula Quincuagésimo Tercera.

CLAUSULA QUINCUAGÉSIMO QUINTA.- CONTINUIDAD DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES

LA EPS se compromete a brindar continuidad a las enfermedades preexistentes de los Otros Beneficiarios que cambien de **EPS** o de plan de salud, siempre que se cumpla con lo siguiente:

- a) Que la inscripción de los Otros Beneficiarios en el nuevo Plan de Salud Complementario se efectúe dentro de los sesenta (60) días de extinta la anterior relación contractual.
- b) Que la preexistencia de los Otros Beneficiarios (i) se haya diagnosticado durante la vigencia del plan de salud anterior, (ii) no se encuentre excluida bajo el presente contrato y (iii) se trate de un beneficio cubierto también por el plan complementario solicitado.

Asimismo, si la preexistencia no está excluida debido a que no fue declarada oportunamente, o se prestó declaración falsa o reticente, dicha condición preexistente no será cubierta en el nuevo plan de salud complementario, siendo totalmente excluida del contrato.

La **EPS** solicitará a la Entidad Prestadora de Salud que haya cubierto el período inmediatamente anterior, inclusive a las clínicas, hospitales, centros médicos, laboratorios y médicos tratantes la información referida a las condiciones, limitaciones, exclusiones, reporte de prestaciones en salud y documentos médicos relacionados, con la finalidad de hacer efectiva la continuidad de cobertura de preexistencias de capa complementaria, sin perjuicio que **LOS ASEGURADOS** puedan sustentar directamente ante **LA EPS** los diagnósticos de capa complementaria cubiertos por la Entidad Prestadora de Salud anterior.

LA EPS podrá limitar la cobertura de las preexistencias a los límites que tenía esa condición en el plan donde se evidenció el diagnóstico.

LA EPS podrá analizar el impacto económico de las preexistencias y fijar la prima de manera acorde en cada caso.

CLAUSULA QUINCUAGÉSIMO SEXTA.- FORMA DE PAGO DEL PEAS Y PLAN COMPLEMENTARIO

El monto del PEAS y Plan Complementario de los Otros Beneficiarios, se encuentra estipulado en el Plan de Salud adjunto y será asumido por el trabajador afiliado a través de aportes adicionales que serán pagados por **LA ENTIDAD EMPLEADORA** de manera mensual.

Cuando **LA ENTIDAD EMPLEADORA** incumpla la obligación de pago de dichos aportes, y ocurriese un siniestro a alguno de los Otros Beneficiarios, **LA EPS**, siempre que no hubiera optado por la resolución del presente contrato conforme a lo previsto en el Inciso 2 en la Cláusula Vigésima, podrá suspender la atención de las prestaciones No **PEAS** comprendidas en el Plan Complementario.

En caso que **LA EPS** no pudiera conocer de manera previa si la atención a brindarse corresponde a las prestaciones del **PEAS** o del Plan Complementario, **LA EPS** se encontrará obligada a cubrir el siniestro, dejando a salvo su derecho a exigir a **LA ENTIDAD EMPLEADORA** el reembolso de los gastos de las prestaciones brindadas, incluyendo los intereses compensatorios y moratorios a las tasas que pacten las partes o en su defecto a las tasas máximas autorizadas por Ley o por la autoridad competente.

CLAUSULA QUINCUAGÉSIMO SÉTIMA.- GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES

Dentro de los gastos derivados de atenciones ambulatorias y con hospitalización, no se cubrirán los gastos de teléfono, alquiler de artefactos u otros que no tengan relación con el tratamiento médico.

Ninguna exclusión considerada en la cobertura de capa compleja compromete la cobertura de los diagnósticos de contemplados en **PEAS**.

Las demás Exclusiones y Limitaciones se encuentran especificadas en los anexos adjuntos al Plan de Salud.

CLAUSULA QUINCUAGÉSIMO OCTAVA.- PERIODO DE LATENCIA

Los Otros Beneficiarios no tendrán derecho al período de latencia referido en la cláusula décima de las condiciones generales del presente contrato.

CLAUSULA QUINCUAGÉSIMO NOVENA.- REFERENCIA A ESSALUD DE LOS OTROS BENEFICIARIOS

Los Otros Beneficiarios no serán referidos a **ESSALUD** en caso su tratamiento exceda de las coberturas estipuladas en el Plan de Salud. En estos casos, los Otros Beneficiarios deberán cubrir los gastos relacionados de manera particular y gestionar su transferencia a otro nosocomio de corresponder.

En caso el paciente se encuentre hospitalizado Rimac **EPS**, en coordinación con el establecimiento de salud, informaran al paciente o sus familiares por medio de comunicación escrita que los gastos originados por la hospitalización han excedido el monto del plan de salud contratado, haciendo de conocimiento de estos que los gastos que se generen a partir del día siguiente de recibida la comunicación no serán cubiertos por Rimac EPS.

CLAUSULA SEXAGÉSIMA.- TERMINACION DE LA COBERTURA

La cobertura del **PEAS** y del Plan Complementario terminará para los Otros Beneficiarios, cuando se produzca alguna de las siguientes situaciones:

- a) Al cumplir la edad límite de permanencia, de acuerdo a lo señalado en el numeral a) de la Cláusula Quincuagésima Primera.
- b) Cuando el trabajador afiliado hubiera solicitado la exclusión de alguno de los Otros Beneficiarios. En este caso, los Otros Beneficiarios quedarán excluidos de las coberturas a partir del primer día del mes siguiente a la presentación de la solicitud de exclusión.
- c) Cuando el trabajador afiliado decidiera retornar su cobertura a **ESSALUD**.
- d) Por cese o despido del trabajador afiliado.
- e) Al momento de hacerse efectiva la resolución del presente contrato.

Ningún pago será efectuado bajo el presente contrato por gastos incurridos después de la terminación del mismo, con excepción de las atenciones que hubieran comenzado antes de la terminación del contrato y aún se encuentren en curso.

CLAUSULA SEXAGÉSIMO PRIMERA.- TRASLADO

En caso de producirse cualquiera de los supuestos de terminación de la cobertura, previamente señaladas en las Cláusulas Cuadragésima Segunda y Sexagésima, los **ASEGURADOS** y/o los Otros Beneficiarios, cualesquiera de ellos, a su sola solicitud luego de producida dicha terminación, podrán celebrar un Contrato de Prestación de Servicios de Seguridad Social en Salud para Afiliados Contributivos Independientes con la misma **EPS**, y se le otorgará íntegramente las coberturas del **PEAS**.

Para los casos de aplicación de la presente cláusula de traslado, el responsable de pago del aporte será el **ASEGURADO**, conforme a las condiciones detalladas en el plan de salud correspondiente.

CLAUSULA SEXAGÉSIMO SEGUNDA – INCLUSIÓN A NUEVO PRODUCTO

En caso de producirse la exclusión de la Póliza EPS del afiliado Titular y sus derechohabientes legales (i) por motivo de término de vínculo laboral con su empleador, o (ii) por otros motivos, se podrá suscribir un contrato de manera independiente con Rimac

EPS respecto de aquellos productos de seguros individuales comercializados al momento de la presentación de la solicitud.

En el supuesto que el producto de seguro solicitado tenga coberturas complementarias (No PEAS), las preexistencias serán cubiertas siempre y cuando se cumplan con todas las siguientes condiciones:

- a) Que la presentación de la solicitud de contratación al nuevo Plan de Salud Complementario (contrato) se efectúe dentro de los sesenta (60) días calendario de producida la exclusión del afiliado Titular y sus derecho habientes legales de la Póliza EPS.
- b) Que la preexistencia: (i) se haya diagnosticado durante la vigencia del Plan de Salud anterior contratado con la EPS del cual fue excluido el Afiliado Titular y sus derechohabientes y (ii) no se encuentra excluida bajo el nuevo contrato.,

Asimismo, si la preexistencia no está excluida, debido a que no fue declarada oportunamente o se presentó declaración falsa o reticente, dicha condición preexistente no será cubierta en el nuevo Plan de Salud complementario (contrato), siendo totalmente excluida.

La **EPS** solicitará a la Entidad Prestadora de Salud que haya cubierto el período inmediatamente anterior, inclusive a las clínicas, hospitales, centros médicos, laboratorios y médicos tratantes la información referida a las condiciones, limitaciones, exclusiones, reporte de prestaciones en salud y documentos médicos relacionados, con la finalidad de hacer efectiva la continuidad de cobertura de preexistencias de capa complementaria, sin perjuicio que **los afiliados** puedan sustentar directamente ante **LA EPS** los diagnósticos de capa complementaria cubiertos por la Entidad Prestadora de Salud anterior.