

Conste por el presente documento privado que se extiende por duplicado, el Contrato de Prestación de Servicios de Salud Prepagados que celebran, de una parte la ADMINISTRADORA CLÍNICA RICARDO PALMA, con RUC: 20100121809, con domicilio legal en la Av. Javier Prado Este N° 1066, San Isidro, debidamente representada por su Apoderado, Sr. Sebastián Céspedes Espinosa, identificado con DNI N° 10274095, a quien en adelante se denominará LA CLÍNICA, y de la otra parte: {contratante} con documento de identidad, {tipo_documento} {documento} y domicilio legal en: {direccion} a quien en adelante se denominará EL CONTRATANTE, en los términos y condiciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA: OBJETO

Será objeto del presente contrato la prestación de servicios contenidos en el Programa de Servicios de Salud Prepagados denominado PlanSalud, creado por LA CLÍNICA para la atención integral médica y quirúrgica, de los afiliados y sus dependientes debidamente registrados, pudiendo ser beneficiarios de PlanSalud todas aquellas personas que cumplan con las condiciones de la afiliación.

La atención se brindará en la Sede Central de LA CLÍNICA, de acuerdo con la capacidad resolutive de la misma, los servicios que tiene registrados y su tarifario vigente.

Para todos los efectos pertinentes, el presente contrato estará sujeto a todas las disposiciones legales y jurídicas vigentes.

CLÁUSULA SEGUNDA: AFILIACIÓN

Podrán afiliarse a PlanSalud todas las personas sin límite de edad cuya Solicitud de Afiliación haya sido aceptada por LA CLÍNICA mediante conformidad por escrito, previo cumplimiento del procedimiento establecido por LA CLÍNICA para tal fin. Las condiciones para los Afiliados, están establecidas en las CLÁUSULAS SEXTA y DÉCIMA, y en los ANEXOS B1 y B2, del presente contrato.

EL CONTRATANTE podrá inscribir como dependientes, a su cónyuge, hijos, padres y a todas aquellas personas que incluya en su Solicitud de Afiliación, entendiéndose todos ellos incluidos en el contrato, pero con aportes individuales según su grupo de edad, derechos y deberes individuales. El contrato podrá tener el carácter de familiar, pero la afiliación será de carácter individual, así como los aportes. Asimismo, todos los afiliados o representantes deberán regularizar los documentos y firmas solicitados en la afiliación antes del término del mes de carencia, la falta de esta regularización será causal automática de resolución del contrato.

Los menores de edad e hijos dependientes económicamente de sus padres no podrán ser considerados como CONTRATANTE salvo que alcancen la mayoría de edad. Entretanto, deberán figurar como afiliados bajo la dependencia de un adulto CONTRATANTE, quien asumirá la responsabilidad del pago de los aportes mensuales del menor.

Los afiliados podrán continuar inscritos en PlanSalud durante toda su vida sin límite de edad, siempre y cuando este contrato sea renovado anualmente y se cumplan las condiciones establecidas en él.

PlanSalud no afiliará a ningún paciente que se encuentre internado o esté siendo atendido por emergencia, en la Clínica Ricardo Palma o en otra institución prestadora de servicios de salud. En caso de que esta condición sea ocultada en la información registrada en la declaración jurada de salud, será causal automática de resolución del contrato.

Para el caso de los contratos de afiliación corporativa, será la empresa legalmente constituida, la que efectúa la firma del contrato de afiliación, beneficiando a los trabajadores vinculados a la misma pero los derechos y obligaciones serán de aquella. En cualquier otra circunstancia, el contrato será de carácter individual y por tanto cada trabajador será responsable por los derechos y

obligaciones derivados del presente contrato.

CLÁUSULA TERCERA: CONDICIONES GENERALES Y COBERTURAS

El presente contrato tiene como base la Solicitud de Afiliación y la Declaración Jurada de Salud del (los) Afiliado(os), quedando entendido y convenido que cualquier omisión, inexactitud, ocultamiento o falsedad en la información proporcionada en estos formularios, demostrada con la historia clínica de LA CLÍNICA o de cualquier otra institución de salud, dará lugar a la rescisión del presente contrato por causal originaria al mismo, quedando EL CONTRATANTE obligado a devolver todo gasto que generó al programa, conforme al presente contrato y desde su afiliación, quedando LA CLÍNICA relevada de cualquier pago, indemnización o devolución de algún importe pagado, autorizándose desde ya a LA CLÍNICA para aplicar las cuotas pagadas por adelantado a cuenta de los beneficios indebidos recibidos del programa.

Todos los servicios que se brinden a EL(LOS) AFILIADO(S), serán otorgados única y exclusivamente en las instalaciones, consultorios y Anexos de la Sede Central de LA CLÍNICA, y serán atendidos solo por el Plantel Médico de LA CLÍNICA. Los tratamientos estarán de acuerdo con las Guías de Práctica Clínica vigentes y utilizadas en la Clínica Ricardo Palma.

PlanSalud no dará cobertura a ningún servicio contratado, que llegase a ser prestado en otra institución, Clínica, Centro Médico o domicilio de EL(LOS) AFILIADO(S), ni atención bajo el sistema de reembolso por ningún concepto o causa.

PlanSalud solo cubrirá los servicios médicos incluidos en el Tarifario de la CLÍNICA y los medicamentos e insumos disponibles en Sede Central de LA CLÍNICA y listados en su Petitorio vigente.

Todas las condiciones generales y coberturas ofrecidas por PlanSalud se encuentran definidas en los Anexos B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7, B8 y C.

CLÁUSULA CUARTA: APORTES

La afiliación a PlanSalud tendrá un valor denominado cuota de inscripción por afiliado según el ANEXO D, no reembolsable en ningún caso.

EL CONTRATANTE se obliga a pagar mensualmente por adelantado o en la fecha de pago señalada en el cronograma de pago, el aporte convenido de EL (LOS) AFILIADO(S), en señal de aceptación y conformidad de acuerdo con el ANEXO D. Al ser un contrato anual queda convenido que ningún pago efectuado a nombre de EL (LOS) AFILIADO(S) está sujeto a devolución.

El contrato se activa una vez firmado y cancelado el aporte de inscripción y el primer aporte mensual, y con la fecha de Inicio de Vigencia que le corresponda, es decir los afiliados que se inscribieran entre el 1° y el 15 de cada mes, iniciarán su vigencia el día 16 del mes de su inscripción. Los que se inscribieran entre el 16 y el último día del mes, iniciarán su vigencia el 1° del mes siguiente.

Si se cancela la cuota anual al momento de la afiliación del contrato, se descuenta la cuota 12. Asimismo, si se cancela el total de la cuota anual antes de la renovación, se descontará la cuota 12 correspondiente al nuevo periodo de vigencia.

El aporte individual definido podrá variar según el grupo de edad de EL AFILIADO y/o de acuerdo con la siniestralidad y carga de enfermedad de toda la población beneficiaria de PlanSalud.

A partir del séptimo día calendario siguiente del vencimiento del aporte definido en el cronograma de pago, se dará lugar a la suspensión automática de los servicios de salud y al cobro de intereses de mora a la tasa definida por el Banco Central de Reserva. El CONTRATANTE para reactivar los servicios

suspendidos, deberá solicitar la autorización de parte de la Clínica y de corresponder cancelar toda deuda con LA CLÍNICA.

El incumplimiento en el pago de tres cuotas mensuales consecutivas dará lugar a la resolución del contrato, sin perjuicio de la suspensión de servicios ya aplicada y se dará la desafiliación automática sin expresión de causa ni comunicación alguna y sin perjuicio de que LA CLÍNICA exija el pago de la deuda existente.

El AFILIADO puede solicitar para el pago de aportes, la afiliación al débito automático de su tarjeta de crédito o débito, esta afiliación considera el llenado de una solicitud, la cual deberá ser entregada a LA CLÍNICA antes de la fecha de cobro del aporte. Todo cambio de tarjeta de crédito o débito por cualquier motivo, deberá ser informado a LA CLÍNICA, de no comunicar el cambio de la tarjeta, el contrato figurará en estado suspendido por la cuota que permanezca pendiente de pago, además el atraso en 3 cuotas consecutivas dará lugar a la terminación del contrato.

CLÁUSULA QUINTA: TARIFAS, DEDUCIBLES Y COASEGUROS

El Deducible, se determina como una cantidad fija que el afiliado debe pagar para acceder a la atención médica, sea en consulta externa, emergencia, hospitalización u otro.

El Coaseguro, es la cantidad variable que el afiliado debe pagar asumiendo así parte de su atención médica. El coaseguro, por lo general, se expresa como porcentaje del valor total de la atención.

Los gastos cubiertos por PlanSalud, así como los Deducibles y Coaseguros que debe realizar el afiliado, se encuentran especificados en los Anexos B1 y B2 y resultan de la aplicación de la tarifa institucional de la CLÍNICA (Tarifa C). Así también, EL CONTRATANTE acepta que no existen restricciones respecto al importe de los deducibles y coaseguros, siempre que respondan a lo pactado por el presente contrato.

La tarifa aplicable para el caso de los gastos por medicamentos, considerará como referencia el Precio de Venta al Público (PVP), establecido por los diversos laboratorios en la revista Kairos, y que se encuentren vigentes en el petitorio de medicamentos de LA CLÍNICA. En los casos en los que la revista Kairos no consigne una referencia de precios para algunos medicamentos o solo consigne el Precio Venta de Farmacia (PVF) y no el Precio de Venta al Público (PVP), se utilizará como referencia la lista de precios del laboratorio o distribuidor para determinar el precio de referencia.

Para el caso de los afiliados de PlanSalud que se encuentren en período de carencia o espera, la tarifa aplicable a los servicios prestados será la denominada PlanSalud Cliente Preferente y será asumida en su totalidad y al contado por EL CONTRATANTE dado que no habrá cobertura de PlanSalud en dichos períodos.

Esta tarifa se deberá aplicar a todos los afiliados de PlanSalud que se encuentren en período de carencia o espera, y que requiera algún tipo de atención por consulta externa, emergencia u hospitalización; o que tengan gastos no cubiertos, especialmente medicamentos, insumos, prótesis, u otros. La aplicación de esta tarifa no incluye el beneficio especial de S/ 6,000 Soles anuales que aplica solo para las prestaciones que si tienen cobertura y que por ende ya no se encuentran en periodo de carencia o espera, tal como se detalla en el Anexo G5.

Este contrato permite modificar primas, deducibles, coaseguros y tarifas de LA CLÍNICA, de acuerdo con el índice de variación de precios de mercado y de salud, la siniestralidad del producto ofrecido y la viabilidad del programa.

La existencia de alguna deuda vencida registrada con LA CLÍNICA por cualquier concepto: cuotas, deducibles, coaseguros, cuentas, letras u otra obligación pendiente de pago por parte del AFILIADO, generará la suspensión inmediata del programa, en tanto no se cancele o regularice dicha

obligación, con la consiguiente imposibilidad de recibir servicios con cargo a PlanSalud.

CLÁUSULA SEXTA: BENEFICIO ANUAL

Cada afiliado tendrá un Beneficio Anual de acuerdo con su edad. Hasta los 69 años de edad será de S/1.000.000 (UN MILLÓN DE SOLES) y a partir de los 70 años de edad, será de S/ 500,000 (QUINIENTOS MIL SOLES), cancelatorios y renovables cada año. El período anual se considera de doce meses calendarios contados a partir de la fecha de inicio de vigencia.

Se entiende por beneficio anual, el gasto asumido por LA CLÍNICA resultante de aplicar al servicio prestado, la tarifa establecida (Tarifa C) y deducir el valor de los copagos efectuados por EL AFILIADO.

CLÁUSULA SÉPTIMA: PERÍODOS DE CARENCIA

El Periodo de Carencia, es el plazo mínimo de permanencia en el programa de salud para tener derecho a los beneficios establecidos en éste. Los periodos de carencia se contabilizan de forma individual por cada afiliado.

El presente contrato no reconoce ningún gasto dentro de los primeros treinta días calendarios (período de carencia) contados a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia que figura en el Carné de Afiliado, salvo cuando se trate de emergencias accidentales ocurridas después de la afiliación, en cuyo caso no hay periodo de carencia.

El período de carencia para la Consulta Externa es de 30 días contados a partir de la fecha de Inicio de Vigencia, expuesto en la cláusula cuarta. Asimismo, de consignarse un diagnóstico por enfermedad en la historia clínica durante el período de carencia, ese diagnóstico será considerado como preexistencia.

El tiempo de carencia para el chequeo médico, es de 30 días contados a partir de la fecha de Inicio de Vigencia, el mismo está sujeto al pago de un deducible.

CLÁUSULA OCTAVA: PERÍODOS DE ESPERA

El Periodo de Espera, es el tiempo en el cual las coberturas aún no están activas. Las enfermedades o condiciones médicas que sean diagnosticadas en este tiempo, sí serán cubiertas una vez se cumpla con este período.

PlanSalud establece unos Períodos de Espera específicos para que EL(LOS) AFILIADO(S) puedan acceder y recibir algunos servicios, los mismos que se indican en los Anexos B1, B2 y B3. Los Períodos de Espera se contabilizan de forma individual por cada afiliado.

CLÁUSULA NOVENA: PARTICIPACIÓN EN LOS GASTOS - COPAGOS

El Deducible es un cargo fijo que el afiliado debe asumir y pagar para acceder a usar un servicio de consulta externa, emergencia, hospitalización, maternidad, chequeo médico u otro establecido en las condiciones de PlanSalud y que sea otorgado en LA CLÍNICA, tal como se establece en los Anexos B1 y B2.

Los gastos que se desprendan de las atenciones antes mencionadas estarán sujetas al pago de un Coaseguro, el mismo que se expresa en un porcentaje de los gastos que se generen por la realización de procedimientos, farmacia, exámenes auxiliares, etc.

En caso de atraso o incumplimiento en el pago de los Deducibles, o de la participación en los gastos

o Coaseguro que corresponde a EL (LOS) AFILIADO (OS), el servicio será suspendido y no podrá recibir atención médica financiada por PlanSalud hasta la regularización y pago de los compromisos pendientes. Esta condición no aplica para los casos en los que el contrato haya sido terminado.

En el caso de hospitalizaciones prolongadas que superen los 30 días calendario de internamiento, se procederá a liquidar el Coaseguro por mes causado y deberá pagarse en forma mensual mientras dure la hospitalización.

CLÁUSULA DÉCIMA: BENEFICIOS REGULARES Y CONDICIONES PARA LA ATENCIÓN

Los Beneficios Regulares están referidos principalmente a las atenciones de consulta externa, emergencia, hospitalización, odontológicas, servicios auxiliares, farmacia, chequeos médicos, y otros servicios que se otorgan en la Clínica Ricardo Palma, según categoría.

La participación de EL AFILIADO en los gastos que se generen por estos Servicios Regulares está establecido en los Anexos B1 y B2 y de acuerdo con lo estipulado en la CLÁUSULA QUINTA. Todos los gastos asumidos por LA CLÍNICA se aplican al Beneficio Anual por Afiliado, tal como se señala en la CLÁUSULA SEXTA de este contrato. Se excluyen de tal aplicación los gastos no cubiertos en el caso de que los hubiera.

En los casos que EL AFILIADO requiera atención médica deberá seguir los procedimientos administrativos establecidos por LA CLÍNICA:

A) ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA

EL AFILIADO registrado solicitará atención en LA CLÍNICA con el médico del plantel de LA CLÍNICA que sea de su elección, debiendo presentar su Documento Nacional de Identidad (DNI) de manera obligatoria, además de pagar el deducible que corresponda por consulta tal como se establece en los Anexos B1 y B2.

Así mismo deberán cancelar el porcentaje de los gastos (Coaseguro) que les corresponda asumir en relación a los gastos en medicamentos, material médico, exámenes auxiliares, procedimientos, exámenes especializados y otros servicios, según lo establecido en los Anexos B1 y B2.

Todos los medicamentos y servicios serán brindados únicamente en la Sede Central de LA CLÍNICA y solo cuando sean prescritos o solicitados por los médicos del plantel de LA CLÍNICA, conforme a las políticas y guías de práctica clínicas o de procedimientos que LA CLÍNICA tenga vigentes en cada oportunidad.

La prescripción de medicamentos se efectuará en la Orden de Atención Ambulatoria por un período máximo de 30 días calendarios, esta medicación deberá ser recogida dentro de la vigencia de la Orden de Atención que es hasta 7 días calendario después de haber sido emitida.

La Orden de Atención para consulta, tiene un periodo máximo de vigencia de 7 días calendarios, vencido este plazo para cualquier efecto deberá generarse una nueva Orden de Atención sujeta a pago de Deducible. Se debe tener en cuenta que para cada atención médica en consulta externa se requiere pagar un deducible por este concepto.

Cuando en Consulta Externa se prescriban medicamentos para tratamientos relacionados a Hipertensión Arterial y Diabetes, por un período mayor a un mes y máximo hasta tres meses, EL AFILIADO deberá presentar previamente de manera obligatoria su receta en las oficinas de PlanSalud para verificación de derechos y autorización de la receta, luego deberá cancelar el valor del Coaseguro correspondiente en Farmacia para retirar sus medicamentos. Además para estos casos EL AFILIADO deberá cancelar las cuotas adelantadas correspondientes al periodo de tratamiento que se la ha prescrito para poder recibir la medicación.

La prescripción de los medicamentos la hará el médico bajo Denominación Común Internacional (DCI), tal como lo establece la norma peruana, y la dispensación se hará de acuerdo con la disponibilidad de medicamentos de acuerdo al petitorio vigente de la Clínica Ricardo Palma.

Todas las coberturas de medicamentos, dispositivos médicos y procedimientos estarán sujetos a los niveles de evidencia I y IIA establecidos en el Centre for Evidence Based Medicine.

B) ATENCIÓN EN EMERGENCIA

Los gastos por atención de una Emergencia No Accidental están sujetos a pago de Deducible y Coaseguro. Las atenciones por Emergencia Accidental serán cubiertas íntegramente por PlanSalud, al 100%, sin Deducible ni Coaseguro alguno por parte de EL AFILIADO, siempre que la atención se dé exclusivamente en el servicio de Emergencia, y que se encuentre dentro de las 48 horas posteriores de haber ocurrido el accidente.

Si como consecuencia de una emergencia accidental EL AFILIADO requiera ser intervenido quirúrgicamente u hospitalizado, estas atenciones estarán sujetas y serán atendidas bajo las condiciones de atención en hospitalización y no estarán sujetas a periodos de carencia y espera. Cirugías o procedimientos posteriores al alta del paciente estarán sujetas a periodos de carencia y de espera. Solo las atenciones por emergencia accidental son cubiertas al 100%, en caso se presente alguna otra dolencia no accidental, esta última se regirá por las condiciones de emergencia no accidental o periodos de carencia o espera.

Además la primera consulta externa dentro de los 7 días posteriores a la atención en el servicio de Emergencia, y como consecuencia de la atención de una emergencia accidental, no pagará Deducible, pero los gastos complementarios (farmacia, imágenes, laboratorio, etc.) que pudieran requerirse si estarán sujetos al Coaseguro correspondiente.

La prescripción de medicamentos que se efectúe en el Servicio de Emergencia será por un período máximo de 7 días y deberán ser dispensados y recogidos en el mismo día de la atención en el Servicio de Emergencia.

Todas las atenciones por Emergencias médicas o quirúrgicas que no sean consecuencia de un accidente, serán atendidas bajo las condiciones de Atención en Consulta Externa, es decir están sujetas a Deducible y Copagos.

Emergencias accidentales ocurridas por deportes de riesgo o aventura, tendrán cobertura al 50%.

Todas las coberturas de medicamentos, dispositivos médicos y procedimientos estarán sujetos a los niveles de evidencia I y IIA establecidos en el Centre for Evidence Based Medicine.

C) ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN

EL AFILIADO registrado que requiera ser hospitalizado deberá contar con la orden de hospitalización extendida por un médico del plantel de LA CLÍNICA, debiendo asumir Deducible y Coaseguro, definidos en los Anexos B1 y B2.

La asignación de habitación se hará conforme a la disponibilidad existente en la Clínica al momento de la hospitalización. PlanSalud no cubre habitación suite, gastos de teléfono, cafetería, pañales, gastos de acompañante, los gastos señalados en la Cláusula Décimo Segunda del presente Contrato, así como otros gastos que no tengan relación directa con el tratamiento médico del paciente.

La prescripción de medicamentos se efectuará al alta del paciente por un período máximo de 15 días.

Así mismo, EL AFILIADO asumirá el Coaseguro a que hubiere lugar de acuerdo con la cobertura autorizada y los gastos no cubiertos por PlanSalud. Si el Afiliado ocupara solamente la Unidad de Cuidados Intensivos, deberá pagar el Deducible y Coaseguros definidos para hospitalización, descritos en los Anexos B1 y B2.

Cuando se trate de cirugías ambulatorias de cualquier tipo, EL AFILIADO deberá pagar un Deducible único de S/. 570.00 Soles incluido IGV y el Coaseguro que corresponda de acuerdo al tipo de plan o tipo de beneficio.

En caso se requiera hospitalización para tratamiento médico o quirúrgico, todos los gastos serán asumidos bajo las condiciones señaladas para la Atención en Hospitalización.

Las atenciones post hospitalarias o post quirúrgicas estarán sujetas a las condiciones de consulta externa o emergencia.

Todas las coberturas de medicamentos, dispositivos médicos y procedimientos estarán sujetos a los niveles de evidencia I y IIA establecidos en el Centre for Evidence Based Medicine.

D) MATERNIDAD

Este beneficio está sujeto a las condiciones para la atención en Consulta Externa, Hospitalización según sea el caso, de acuerdo con lo establecido en el Anexo B1.

Este beneficio cubre las consultas médicas pre y post natales, así como los servicios auxiliares requeridos durante el embarazo (incluido el descarte de HIV). También están cubiertas las complicaciones del embarazo, parto normal, cesárea, parto múltiple, aborto no provocado y sus complicaciones, así como la cobertura de salud del recién nacido según la Cláusula Segunda del presente contrato.

Para tener acceso a este beneficio debe transcurrir el periodo de espera de 12 meses, contados desde la fecha de inicio de vigencia, tal como se indica en el Anexo B3.

Cuando el parto sea cubierto por el programa, el recién nacido tendrá cobertura desde el nacimiento hasta el momento de alta de la madre, debiendo ser afiliado al programa durante los primeros treinta (30) días de vida como afiliado dependiente. En este caso no habrá lugar a la aplicación del período de carencia inicial. De no ser afiliado dentro de los 30 días calendario mencionados, perderá los derechos de cobertura y si se inscribe en el programa estará sujeto a los periodos de carencia y espera considerados en el programa. Asimismo, en caso de diagnósticos de prematuridad y enfermedades congénitas se activará la cobertura de beneficio especial desde el nacimiento.

Todas las coberturas de medicamentos, dispositivos médicos y procedimientos estarán sujetos a los niveles de evidencia I y IIA establecidos en el Centre for Evidence Based Medicine.

E) ODONTOLOGÍA

Este beneficio cubre extracciones, obturaciones, endodoncias simples y profilaxis, debiendo pagar EL AFILIADO el importe por pieza tratada, así como el Coaseguro indicado en los Anexos B1 y B2 según las tarifas establecidas para tal fin por LA CLÍNICA.

El Servicio de Odontología, solo cubre extracciones simples, obturaciones simples y endodoncias simples. No se cubre pernos, ni corona, tampoco se cubre ningún tipo de tratamiento, medicamentos o radiografías diferentes a los mencionados en el párrafo anterior.

F) ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS

Este beneficio está sujeto a las condiciones para la Atención en Consulta Externa y Hospitalización según sea el caso, tal como se indica en el Anexo B1 y B2.

Los tratamientos brindados se darán de acuerdo con las Guías de Manejo Oncológico de la NCCN (National Cancer Comprehensive Network), de evidencia y consenso 1 o 2 A y las condiciones de exclusiones y gastos no cubiertos considerados en la cláusula décima segunda y los Anexos G1 y G2.

Para tener acceso a este beneficio debe transcurrir el periodo de espera de 12 meses, contados desde la fecha de inicio de vigencia, tal como se indica en el Anexo B3.

Todas las coberturas de medicamentos, dispositivos médicos y procedimientos estarán sujetos a los niveles de evidencia I y IIA establecidos en el Centre for Evidence Based Medicine.

G) CHEQUEO MÉDICO ANUAL

Este beneficio es anual, accediendo a este servicio a través del pago del Deducible establecido para Atención en Consulta Externa. Los Chequeos Médicos se realizarán de acuerdo con lo establecido en el ANEXO E.

Este beneficio debe ser solicitado por EL AFILIADO, previa cita y siguiendo los procedimientos y condiciones establecidos para la atención en la Unidad de Chequeos Médicos.

H) ATENCIÓN EN NUTRICIÓN

Este beneficio se brinda a EL AFILIADO previo pago del Deducible establecido para la atención en Consulta Externa. Este beneficio debe ser solicitado por EL AFILIADO, siguiendo los procedimientos establecidos para la Atención en Consulta Externa.

I) ATENCIÓN PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

Este beneficio se brinda a EL AFILIADO previo pago del Deducible establecido para la atención en Consulta Externa. Este beneficio debe ser solicitado por EL AFILIADO, siguiendo los procedimientos establecidos para la Atención en Consulta Externa. En caso de hospitalización, la cobertura será de acuerdo con las condiciones para Atención en Hospitalización.

J) COBERTURA MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

PlanSalud reconoce únicamente la cobertura de aquellos medicamentos incluidos en el petitorio de medicamentos de LA CLÍNICA. Asimismo, los medicamentos contarán con la aprobación de DIGEMID (registro sanitario) y del Food and Drug Administration (FDA). Este listado de medicamentos está sujeto a revisión y modificación periódica.

Este beneficio se brinda a EL AFILIADO previo pago del Coaseguro establecido para la atención en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia.

La orden médica para Farmacia, o exámenes tiene un periodo máximo de 7 días calendario de vigencia. Vencido este plazo para cualquier efecto, deberá generarse una nueva orden de atención sujeta a los pagos que correspondan.

En caso de Nutrición enteral y parenteral, se dará cobertura solamente a pacientes hospitalizados y según las condiciones de Atención en Hospitalización. En ningún caso se brindará cobertura ambulatoria de consulta externa y emergencia o domiciliaria.

En caso de diálisis peritoneal, se dará cobertura solamente a pacientes hospitalizados, tomando como base la tarifa establecida en el Tarifario de LA CLÍNICA y según las condiciones de Atención en Hospitalización. En ningún caso se brindará cobertura ambulatoria de consulta externa y emergencia o domiciliaria.

En el caso de gastos relacionados con transfusiones y hemoderivados (glóbulos rojos, plaquetas, plasma), sólo se cubrirán las pruebas de tamizaje, procedimiento en banco de sangre, pruebas cruzadas y los insumos necesarios de la transfusión de aquellas unidades efectivamente transfundidas y que se encuentren registradas en la historia clínica, bajo indicación debidamente justificada, tomando como base la tarifa establecida en el Tarifario de LA CLÍNICA.

Las aplicaciones de inyectables fuera de la atención de emergencia, estarán sujetas al pago de coaseguro correspondiente.

Todas las coberturas de medicamentos, dispositivos médicos y procedimientos estarán sujetos a los niveles de evidencia I y IIA establecidos en el Centre for Evidence Based Medicine.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: BENEFICIOS ESPECIALES

1. Los Beneficios Especiales están referidos a las coberturas especiales para la Atención en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia de EL AFILIADO.

Se brinda coberturas al 50% por lo siguiente:

- Enfermedades Preexistentes Declaradas. Incluye todas las preexistencias declaradas por EL AFILIADO, así como sus complicaciones y secuelas. La CLÍNICA se reserva el derecho de aplicar la Cláusula Décima Octava en los casos que así se requiera.

Enfermedad preexistente es cualquier condición de alteración del estado de salud con evidencia clínica, diagnosticada por un profesional de salud colegiado, conocida por el titular o dependiente, consignada en una historia clínica u otro documento o registro con validez legal, no resuelta y declarada o no, en el momento previo a llenar y suscribir la Declaración Jurada de Salud.

Para las preexistencias que se atiendan en consulta externa y emergencia se aplicará la cobertura establecida en el contrato, salvo aquellas atenciones de consulta externa y emergencia que requieran medicamentos, dispositivos médicos o procedimientos que exigen carta de garantía, en cuyo caso aplicará la cobertura al 50%, según lo establecido en los Anexos B4 al B8. Así también, si la atención de emergencia deriva a una hospitalización, se le aplicará la cobertura del 50% para toda la atención.

- Enfermedades Congénitas. Incluye todas las enfermedades y defectos de origen congénito conocidos o no antes de la contratación de PlanSalud. Se incluyen también todos los defectos congénitos al momento del nacimiento bajo el programa PlanSalud. Sujeto a tiempo de espera y a un límite de Beneficio Máximo Anual de S/ 20,000 Soles.
- Tratamiento del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), el Síndrome Complejo Relativo al SIDA (SCRS) y todas las enfermedades causadas por o relacionadas con el virus HIV y los controles de los exámenes auxiliares. Las pruebas de diagnóstico tienen cobertura conforme su plan de beneficio.
- Diálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica o reagudizada.
- Tratamientos y cirugías por problemas en la mandíbula incluyendo el síndrome temporomandibular, craneomandibular, desórdenes u otras alteraciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa articulación.
- Los accidentes como consecuencia de prácticas y carreras de automovilismo, motos terrestres y acuáticas, ala delta, paracaidismo, escalamiento de montaña, parapente, vuelo libre,

práctica hípica, cacería mayor y menor, puenting y otras prácticas deportivas o actividades de similar peligrosidad, así sean practicadas de manera eventual o por única vez (Deporte de Riesgo o Aventura).

- Prematuridad y todas las condiciones asociadas con ella.
- Intento de suicidio o lesiones auto infringidas, y de acuerdo a la capacidad resolutive de LA CLÍNICA.
- Tratamientos por drogadicción y alcoholismo, y de acuerdo a la capacidad resolutive de LA CLÍNICA. Aplica solo para atenciones de consulta externa y emergencia, no aplica para atenciones de hospitalización. No incluye atenciones por accidentes bajo los efectos de drogas o estado de embriaguez establecido por criterio clínico y sin requerir determinación de alcoholemia o drogas.
- Bisturí Armónico. Material biodegradable para reparación de meniscos y ligamentos cruzados. Fibra Laser.

Todas las coberturas de medicamentos, dispositivos médicos y procedimientos estarán sujetos a los niveles de evidencia I y IIA establecidos en el Centre for Evidence Based Medicine.

2. Además, PlanSalud dará cobertura por un importe máximo anual por afiliado de S/ 6,000.00 (SEIS MIL SOLES, sin incluir IGV), a solicitud escrita del afiliado mediante formulario establecido por LA CLÍNICA y sujeto a Coaseguro, para los siguientes suministros habitualmente excluidos, según se detalla en el ANEXO G5.

Todos los gastos asumidos por LA CLÍNICA por concepto de los beneficios especiales antes descritos, se aplican al Beneficio Máximo Anual por afiliado. Sujeto a periodo de espera de 12 meses. (Según anexo B3)

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES

No se cubre los gastos derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de los casos indicados a continuación:

- A) Toda Cirugía Plástica (estética) para embellecimiento: mamoplastía, blefaroplastía, rinoplastías, liposucción, lipoescultura, así como tratamientos y cirugías por obesidad como Cirugía Bariátrica.
- B) Kits /Set (procedimientos intervencionistas: Neurocirugía, Cardiovascular, Traumatología, Gastroenterología).
- C) Catéteres Especiales (de larga permanencia).
- D) Prótesis, Ortésis, collarín y cabestrillos, medias antiembólicas, sillas de ruedas, muletas, camas especiales, productos cosméticos y de higiene en general, etc.
- E) Gastos relacionados con transfusiones: calificación de donantes y de sangre, plasma y componentes e insumos relacionados para unidades no trasfundidas.
- F) Estudio y Tratamientos de fertilidad o inseminación artificial, o implantación de embriones, tratamientos anticonceptivos y de esterilización quirúrgicos y no quirúrgicos, así como tratamientos para disfunción eréctil o cirugía de cambio de sexo.
- G) Trasplante de órganos, medicamentos y exámenes auxiliares necesario para su tratamiento posterior. Exámenes auxiliares de donadores de órganos.
- H) Tratamiento médico o quirúrgico por problemas de refracción o acomodación tales como miopía, astigmatismo.
- I) Tratamientos odontológicos, tales como periodontitis, ortodoncia, gingivitis, prognatismo, cirugía

de encías, quistes dentales y prótesis.

- J) Todos los servicios, tratamientos o gastos efectuados por personas o en lugares ajenos a LA CLÍNICA sean estos por enfermedad o accidente, así como los cuidados particulares de enfermería y consultas médicas domiciliarias.
- K) Servicio de Tamizaje de enfermedades o screening, a excepción del tamizaje neonatal dispuesto por el Ministerio de Salud.
- L) Medicamentos caseros: Alcanfor, Agua Oxigenada, Tiomersal, Aseptil y otros similares.
- M) En general medicamentos que no estén incluidos en la lista de medicamentos (petitorio) disponibles en la Farmacia de la Clínica.
- N) Test psicológico y terapia grupal.
- O) Las consecuencias de guerra internacional o civil, fenómenos catastróficos, epidemias declaradas por las autoridades competentes.
- P) Vacunas.
- Q) Accidentes sufridos como consecuencia de un estado de embriaguez o drogadicción
- R) Medicamentos y dispositivos médicos definidos en los Anexos del G1 al G4.

Todo servicio, equipo e insumos no contenido de manera explícita en este contrato, tanto en coberturas como en beneficios o que no se encuentre incluido en el Tarifario o Petitorio de LA CLÍNICA, se entenderá como NO cubierto por PlanSalud y sin lugar a reclamación alguna.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: VIGENCIA Y MODIFICACIONES

La vigencia de este contrato será de un año contado a partir de la fecha de inicio de vigencia y será renovado por períodos iguales de manera automática.

Para todos los efectos, la renovación se hará efectiva con el pago de la primera cuota de la nueva vigencia, entendiéndose con este la aceptación del mismo.

Los pagos mensuales establecidos al inicio del contrato permanecerán inalterables durante su vigencia, salvo en los casos que estos varíen por cambios en el rango de edad de EL AFILIADO.

Toda modificación del contrato será comunicada por LA CLÍNICA al CONTRATANTE, con no menos de 30 días calendario de anticipación, con el propósito de hacerla de conocimiento del mismo y tener su conformidad. Dicha comunicación se hará a la renovación anual del contrato en el domicilio consignado en la solicitud de afiliación.

La aplicación del reajuste se basará en función a la siniestralidad, índice de precios al consumidor, inflación general, inflación en salud, inflación precio de medicamentos, u otros. En la renovación del contrato se podrá aplicar el reajuste necesario, orientado a la racionalización del gasto de los afiliados para mantener sostenible el programa de salud.

El reajuste de Primas, Deducibles y Coaseguros (si los hubiera) serán aplicados a partir del inicio de vigencia de la renovación.

El reajuste mencionado se desarrolla con la finalidad de establecer un control interno apropiado para implementar una oportuna identificación, evaluación y tratamiento del riesgo operativo que permita que el uso de los recursos destinados a la provisión de los servicios de salud y de fondos destinados al aseguramiento universal en salud, garanticen la calidad, oportunidad, disponibilidad, y aceptabilidad de las prestaciones, conforme lo señala SUSALUD, en la Resolución de Superintendencia N° 010-2014-Superintendencia Nacional de Salud/CD, "Reglamento para la Gestión de Riesgo Operacional en las instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud".

Una vez cumplido el plazo mencionado, la ausencia de manifestación escrita del CONTRATANTE sobre la no conformidad de la(s) modificación(es) se entenderá como la aceptación tácita de la(s)

misma(s) y en consecuencia su entrada en vigencia a partir de la fecha señalada, renovándose automáticamente de acuerdo a los principios de continuidad y de renovación automática exigidos por SUSALUD.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE INFORMACIÓN

EL AFILIADO autoriza el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria para los efectos de verificar la autenticidad y veracidad de su declaración de salud registrados, autorizando expresamente desde ya a cualquier Clínica, Centro Médico, Hospital o Institución de Salud en general, así como a los médicos tratantes, a la exhibición de la historia clínica correspondiente.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: RECLAMOS Y QUEJAS

Se considera reclamo a toda manifestación, verbal o escrita, por la cual el afiliado a PlanSalud se dirige a ésta, declarando algún incumplimiento o deficiencia en el servicio que se brinda, de acuerdo con lo estipulado en el contrato suscrito, así como, deficiencias en la calidad de la atención, a fin de darle solución a través de la adopción de las medidas correctivas que permitan la subsanación.

El afiliado podrá presentar su reclamo, sin costo alguno, en las oficinas de Atención al Cliente, diligenciando el formato establecido para tal fin, de acuerdo con el procedimiento de Quejas y Reclamos establecido en el ANEXO F.

La respuesta a una queja y/o reclamo se hará conforme lo establecido en las normas vigentes sobre la materia. En caso de no estar de acuerdo con la respuesta al mismo, podrá optar por denunciarlo ante la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: CLAUSULA ARBITRAL

Las controversias que pudieran suscitarse en torno al presente contrato, serán sometidas a arbitraje, mediante un Tribunal Arbitral integrado por tres expertos de la materia, uno de ellos designado de común acuerdo por las partes, quien los presidirá, y los otros designados por cada uno de ellos.

Si en el plazo de diez (10) días de producida la controversia, no se acuerda el nombramiento del presidente del Tribunal Arbitral, éste deberá ser designado por el Centro de Arbitraje elegido por el afiliado, dándole las alternativas en el Anexo H (según corresponda), cuyas reglas serán aplicables al arbitraje.

El laudo del Tribunal Arbitral será definitivo e inapelable, así como de obligatorio cumplimiento y ejecución para las partes y, en su caso, para la sociedad.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA: ELECCIÓN DE LOS CENTROS DE CONCILIACIÓN

La Conciliación es un mecanismo alternativo de solución de conflictos, por el cual las partes acuden ante un Centro de Conciliación extrajudicial a fin que se les asista en la búsqueda de una solución consensual al conflicto. La Elección del Centro de Conciliación, es de libre elección del afiliado, dándole las alternativas en el Anexo H (según corresponda).

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: TERMINACIÓN DEL CONTRATO

Este contrato podrá ser resuelto inmediatamente por LA CLÍNICA y EL CONTRATANTE si se realizara en cualquier tiempo declaración falsa o inexacta, omisión de información, reticencia, o disimulación de circunstancias relativas a la salud del (los) afiliado (os) declarados en la solicitud de afiliación, aun cuando haya sido efectuada de buena fe, debiendo asumir la obligación de pago por daños y

perjuicios que la declaración hubiera generado. Esta condición también es aplicable para el caso de apoderados cuando EL AFILIADO sea un menor de edad.

La terminación del contrato por las causales anteriores se dará de manera automática sin expresión de causa ni comunicación alguna y sin perjuicio de que LA CLÍNICA ejerza las acciones legales a que haya lugar por efecto de la información suministrada, dado el carácter de juradas en las declaraciones contenidas en la solicitud de afiliación.

El Incumplimiento de pago de EL AFILIADO por tres cuotas de afiliación consecutivas, se constituye en causal automática de terminación. También deudas impagas a la Clínica, por concepto de copagos, cuotas o deudas de cualquier tipo generadas con ocasión de la prestación de servicios en LA CLÍNICA, mismas para las que corresponde mora automática.

Es causal de rescisión contractual, la declaración falsa realizada por EL AFILIADO al momento de celebración del contrato.

Firmado en la ciudad de Lima, el dedel 201



LA CLÍNICA

EL CONTRATANTE

Definiciones

a) Afiliado.-

Persona que ha suscrito o por quien se ha suscrito un contrato de Servicios de Salud Prepagados, a través del cual tiene derecho a los beneficios del plan o programa de salud contratado, previa aceptación por la entidad que presta Servicios de Salud Prepagados (ESSP).

b) Afiliación individual.-

La que realiza el afiliado o asegurado a título personal, en virtud de un contrato suscrito con una Entidad que presta Servicios de Salud Prepagados (ESSP).

c) Afiliación colectiva o corporativa.-

La que se realiza a través de cualquier organización, colectividad de individuos, empresa o entidad empleadora, en virtud de un contrato suscrito con una Entidad que presta Servicios de Salud Prepagados (ESSP).

d) Anticuerpos Monoclonales.-

Fármacos utilizados para bloquear las células tumorales con la intención de destruirlas de manera selectiva, sin provocar mayor daño de las células sanas.

e) Aporte.-

Pago periódico, establecido en el contrato a que se compromete el afiliado o contratante a abonar en forma adelantada a la Entidad que presta Servicios de Salud Prepagados (ESSP) por los beneficios del plan o programa de salud contratado).

f) Beneficios.-

Derechos del (los) afiliado(s) según las condiciones establecidas en el plan o programa de salud contratado.

g) Beneficios especiales.-

Coberturas específicas señaladas expresamente en la cláusula décima primera del contrato y que tienen cobertura al 50% de los gastos desde el inicio de vigencia.

h) Contrato de afiliación.-

Contrato o modalidad de registro que formaliza la relación de aseguramiento y vincula a un afiliado con la Entidad que presta Servicios de Salud Prepagados (ESSP), para regular los derechos y las obligaciones de las partes, con relación a los beneficios ofrecidos en el plan o programa de salud.

i) Contratante.-

Toda persona natural o jurídica que suscribe un contrato de servicios con una entidad que presta Servicios de Salud Prepagados (ESSP), para su exclusivo beneficio, para beneficio de terceros o ambos. El contratante, salvo en los casos en los que en el contrato se encuentren obligaciones expresas a cargo de los Afiliados, es el único responsable frente a la entidad que presta Servicios de Salud Prepagados (ESSP), por el cumplimiento de las obligaciones contractuales asumidas.

j) Continuidad.-

Reconocimiento del tiempo de permanencia, en los contratos inmediatamente anteriores a la vigencia del nuevo contrato con la misma entidad que presta Servicios de Salud Prepagados (ESSP), con el mismo plan o programa de salud, con el objeto de dar cobertura a una enfermedad cuyo desarrollo y tratamiento médico se hubiera iniciado durante la vigencia del contrato anterior.

k) Coaseguro.-

Importe a pagar por el Afiliado por los servicios médicos o beneficios solicitados, el cual puede estar expresado en un porcentaje del valor de la atención (copago variable) o en una cantidad fija (copago fijo), establecidos en el plan o programa de salud que forma parte del contrato suscrito entre el Afiliado y la entidad que presta Servicios de Salud Prepagados (ESSP).

El coaseguro, es la cantidad que debe pagar como parte de su atención médica. El coaseguro, por lo

Definiciones

general, se expresa como porcentaje (Copago Variable).

El deducible, se determina como una cantidad fija de la atención médica (Copago Fijo). Sirve también para determinar desde dónde un gasto ya se considera gastos médico mayor.

l) Declaración jurada de Salud.-

Es el documento mediante el cual EL AFILIADO declara bajo juramento su estado de salud, el mismo que forma parte del contrato.

m) Dependiente.-

Derechohabiente legal del asegurado principal de acuerdo con la definición contenida en la Ley 26790. Se incluye adicionalmente a las personas del régimen contributivo que sin ser derechohabientes legales del asegurado principal dependan económicamente de éste. (Res.050-2011-SUNASA).

n) Deporte de Riesgo o aventura.-

Se considera como deporte de riesgo, también denominado deportes extremos a todos aquellos deportes o actividades de ocio, que conllevan una exigencia física o mental junto con algún componente deportivo que por las condiciones difíciles o extremas que se practican, suponen una cierta peligrosidad real o aparente para los practicantes. Un deporte extremo supone llevar su práctica a circunstancias, condiciones o límites por encima de los habituales en la práctica del mismo.

o) Emergencia.-

Es toda condición repentina e inesperada que requiera atención y procedimientos quirúrgicos y/o médicos inmediatos al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puedan dejar secuelas invalidantes en el asegurado.

p) Enfermedad congénita.-

Anomalía de la estructura, funcionamiento o metabolismo, presente desde el nacimiento.

q) Exclusiones.-

Son aquellas prestaciones o gastos no cubiertos, detallados en el plan o programa de salud.

r) Factor Estimulante de colonias de células blancas (Filgrastim).-

Fármacos que se administran a los pacientes para estimular las células de la médula ósea a que produzcan más células sanguíneas.

s) Honorarios Médicos.-

Remuneración o contraprestación al personal de salud relacionado a los servicios médicos brindados a los pacientes de PlanSalud, sean ambulatorios y hospitalarios, clínicos o quirúrgicos.

t) Material de Osteosíntesis.-

Material Quirúrgico requerido en algunos casos de fracturas patológicas siempre y cuando estas hayan sucedido a consecuencia de metástasis ósea o cáncer óseo y con indicación de cirugía.

u) Niveles de Evidencia.-

Es una clasificación de la calidad de las publicaciones de estudios científicos que refutan o corroboran una hipótesis clínica.

v) Nota Técnica.-

Es el documento que describe la metodología y las bases aplicadas para el cálculo del aporte de los correspondientes planes o programas de salud, y que incluye la justificación de los gastos. (Res.047-2008-SEPS).

w) Período de carencia:

Período de tiempo establecido en el contrato, durante el cual el afiliado no tiene cobertura de ningún

Definiciones

beneficio, excepto la atención de emergencia accidental según las condiciones establecidas. Los períodos de carencia serán considerados a partir de la fecha de inicio de vigencia del contrato y serán de carácter individual.

x) Período de espera:

Periodo de tiempo establecido en el contrato, durante el cual el afiliado no tiene cobertura de ciertos beneficios específicamente señalados, los cuales solo serán cubiertos cuando haya transcurrido completamente dicho período. Los períodos de espera serán considerados a partir de la fecha de inicio de vigencia del contrato y serán de carácter individual.

y) Plan o Programa de Salud.-

Es el documento que detalla los servicios que otorga la ESSP.

z) Preexistencia.-

Es cualquier condición de alteración del estado de salud con evidencia clínica, diagnosticada por un profesional de salud colegiado, conocida por el titular o dependiente, consignada en una historia clínica u otro documento o registro con validez legal, no resuelta, y declarada o no, en el momento previo a llenar y suscribir la Declaración Jurada de Salud, o el Contrato de Afiliación.

aa) Prevención y Promoción de la Salud.-

Las actividades o intervenciones orientadas a la prevención de enfermedades y a la promoción de estilos de vida saludables.

bb) Queja.-

Es la comunicación verbal o escrita, por la cual un usuario se dirige a la Entidad que presta Servicios de Salud Prepagados (ESSP), poniendo en su conocimiento el incumplimiento de las obligaciones asumidas por su EPS así como el incumplimiento de las obligaciones establecidas en su respectivo Reglamento de Atención de Reclamos.

cc) Quimioterapia.-

Tratamiento farmacológico cuyo objetivo es detener el crecimiento o multiplicación de las células cancerosas. Puede administrarse en forma ambulatoria u hospitalaria de acuerdo al esquema de quimioterapia establecido por el profesional asignado. Se cubre los medicamentos quimioterapicos convencionales, los insumos necesarios para su administración.

dd) Reclamo.-

Es la manifestación verbal o escrita, por la cual un usuario se dirige a la Entidad que presta Servicios de Salud Prepagados (ESSP) a la que se encuentra afiliado, declarando algún incumplimiento en el servicio que esta le brinda de acuerdo a lo estipulado en el Plan de Salud o el contrato suscrito con la misma.

ee) Terapia Biológica.-

Tratamientos y/o fármacos definidos como terapia biológica llamados también modificadores de la respuesta biológica, terapia blanco dirigida, bioterapia o terapia modificadora de respuesta biológica y otros definidos como sustancias elaboradas por organismos vivos para tratar enfermedades: anticuerpos monoclonales, factores estimulantes de colonia, inhibidores de enzimas de la tirosina kinasa y proteosomas e inmunoterapia.

ff) Urgencia.-

Es la aparición fortuita de un problema de etiología diversa y de gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto o de sus allegados (OMS). Podemos definirla también como toda aquella patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que obligatoriamente su atención no debe retrasarse más de seis horas.

Condiciones hasta los 69 años

BENEFICIO ANUAL POR PERSONA HASTA LOS 69 AÑOS

S/ 1'000,000

GASTOS POR ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA	ASUME EL AFILIADO (1)	ASUME LA CLÍNICA
DEDUCIBLE POR CONSULTA MÉDICA (Sede Central)	S/ 60.00 (INCLUYE IGV)	
MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO	10%	90%
SERVICIOS AUXILIARES Y PROCEDIMIENTOS	10%	90%
OTROS SERVICIOS	10%	90%

GASTOS POR HOSPITALIZACIÓN (2)		
DEDUCIBLE POR HOSPITALIZACIÓN	S/ 570.00 (INCLUYE IGV)	
HABITACIÓN DÍAS ADICIONALES	10%	90%
HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS Y NO QUIRÚRGICOS	10%	90%
MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO	10%	90%
SERVICIOS AUXILIARES Y PROCEDIMIENTOS	10%	90%
SALA DE OPERACIONES, CUIDADOS INTENSIVOS Y OTROS SERVICIOS	10%	90%

GASTOS POR ATENCIÓN EN EMERGENCIA (3)		
EMERGENCIA ACCIDENTAL		100%
EMERGENCIA NO ACCIDENTAL DEDUCIBLE	S/ 60.00 (INCLUYE IGV)	
EMERGENCIA NO ACCIDENTAL	10%	90%

GASTOS POR MATERNIDAD (4)		
DEDUCIBLE POR CONSULTA MÉDICA PRE Y POST NATAL	S/ 60.00 (INCLUYE IGV)	
MEDICAMENTOS, SERVICIOS AUXILIARES Y PROCEDIMIENTOS DURANTE EL EMBARAZO	10%	90%
PARTO NORMAL, CESÁREA O PARTO MÚLTIPLE	COMO HOSPITALIZACIÓN	90%
ABORTO NO PROVOCADO, AMENAZA DE ABORTO O COMPLICACIONES	COMO HOSPITALIZACIÓN	90%

GASTOS ODONTOLÓGICOS (5)		
PAGO POR PIEZA TRATADA (Sede Central)	S/ 25.00 (INCLUYE IGV)	
EXTRACCIONES, OBTURACIONES, ENDODONCIAS Y PROFILAXIS	50%	50%

ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS	COMO CONSULTA EXTERNA U HOSPITALIZACIÓN	

CHEQUEOS MÉDICOS	COMO CONSULTA EXTERNA	

BENEFICIOS ESPECIALES		
TODOS LOS BENEFICIOS ESPECIALES	COMO CONSULTA EXTERNA U HOSPITALIZACIÓN	
Medicamentos y material médico, Servicios Auxiliares y Procedimientos.	50%	50%
Honorarios Médicos Quirúrgicos y No Quirúrgicos, Sala de Operaciones, Unidad de Cuidados Intensivos y otros servicios.		
PREEXISTENCIAS	50%	50%
Para atenciones hospitalarias o ambulatorias que requieren carta de garantía.		

(1) El afiliado asumirá su participación según lo estipulado en la CLÁUSULA QUINTA del Contrato.

(2) Toda cirugía está sujeta a un período de espera de 12 meses.

(3) Cirugía ambulatoria de todo tipo tendrá un Deducible único de S/ 570.00 inc. IGV + Coaseguro.

(3) El Servicio de Emergencia sólo se brinda en la Sede Principal. Emergencia accidental por deporte de riesgo o aventura, cobertura al 50%.

(4) Beneficio de Maternidad está sujeto a un período de espera de 12 meses. CLÁUSULA SÉPTIMA.
(5) El Servicio de Odontología, solo cubre extracciones simples, obturaciones simples, endodoncias simples.

Condiciones de 70 años a más
BENEFICIO ANUAL POR PERSONA DE LOS 70 AÑOS A MÁS
S/ 500,000

GASTOS POR ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA	ASUME EL AFILIADO (1)	ASUME LA CLÍNICA
DEDUCIBLE POR CONSULTA MÉDICA (Sede Central)	S/ 60.00 (INCLUYE IGV)	
MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO	20%	80%
SERVICIOS AUXILIARES Y PROCEDIMIENTOS	20%	80%
OTROS SERVICIOS	20%	80%

GASTOS POR HOSPITALIZACIÓN (2)		
DEDUCIBLE POR HOSPITALIZACIÓN	S/ 570.00 (INCLUYE IGV)	
HABITACIÓN DÍAS ADICIONALES	20%	80%
HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS Y NO QUIRÚRGICOS	20%	80%
MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO	20%	80%
SERVICIOS AUXILIARES Y PROCEDIMIENTOS	20%	80%
SALA DE OPERACIONES, CUIDADOS INTENSIVOS Y OTROS SERVICIOS	20%	80%

GASTOS POR ATENCIÓN EN EMERGENCIA (3)		
EMERGENCIA ACCIDENTAL		100%
EMERGENCIA NO ACCIDENTAL DEDUCIBLE	S/ 60.00 (INCLUYE IGV)	
EMERGENCIA NO ACCIDENTAL	20%	80%

GASTOS ODONTOLÓGICOS (4)		
PAGO POR PIEZA TRATADA (Sede Central)	S/ 25.00 (INCLUYE IGV)	
EXTRACCIONES, OBTURACIONES, ENDODONCIAS Y PROFILAXIS	50%	50%

ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS	
	COMO CONSULTA EXTERNA

CHEQUEOS MÉDICOS	
	COMO CONSULTA EXTERNA

BENEFICIOS ESPECIALES		
TODOS LOS BENEFICIOS ESPECIALES	COMO CONSULTA EXTERNA U HOSPITALIZACIÓN	
Medicamentos y material médico, Servicios Auxiliares y Procedimientos.	50%	50%
Honorarios Médicos Quirúrgicos y No Quirúrgicos, Sala de Operaciones, Unidad de Cuidados Intensivos y otros servicios.	50%	50%
PREEXISTENCIAS		
Para atenciones hospitalarias o ambulatorias que requieren carta de garantía.	50%	50%

(1) El afiliado asumirá su participación según lo estipulado en la CLÁUSULA QUINTA del Contrato.

(2) Toda cirugía está sujeta a un período de espera de 12 meses.

Cirugía ambulatoria de todo tipo tendrá un Deducible único de S/ 570.00 inc. IGV + Coaseguro.

(3) El Servicio de Emergencia solo se brinda en la Sede Principal. Emergencia accidental por deporte de riesgo o aventura, cobertura al 50%.

(4) El Servicio de Odontología, solo cubre extracciones simples, obturaciones simples, endodoncias simples, no se brinda en la Sede de Comas.

Períodos de espera

Período de espera. (Ver definición Anexo A)

1.- Toda cirugía está sujeto a tiempo de espera y conformidad de Auditoría Médica, así como los servicios y exámenes auxiliares pre-operatorios que requieren Carta de Garantía, están sujetas a un Período de Espera de 12 meses contados a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia. Entre ellas están:

- Cirugías ginecológicas. Cirugías de mama.
- Cirugías de amígdalas o adenoides, cornetes y septum nasal.
- Cirugías de hernias de cualquier tipo, incluyendo núcleo pulposo de columna vertebral.
- Cirugías traumatológicas, Artroscopías. Cirugías de vesícula y de vía biliar.
- Cirugías de litiasis del sistema urinario, litotricia. Cirugía de próstata y urológicas.
- Cirugía de tiroides y paratiroides. Cirugías oftalmológicas.
- Cirugía vascular, angioplastias.
- Cirugía y tratamiento endoscópico de hemorroides. Cirugía Torácica y Cardiovascular.
- Cirugía oncológica. Cirugía de Cabeza y Cuello
- Cirugías de Sistema Nervioso Central y periférico. Cirugías de columna vertebral.

Como excepción de lo antes descrito, no estarán sujetas a la aplicación de período de espera, pero sí a la aplicación de carencia y de copagos, las emergencias médico-quirúrgicas que se detallan a continuación:

- Apendicitis
- Úlcera perforada
- Colangitis
- Infarto agudo de miocardio
- Embarazo Ectópico roto
- Perforación intestinal
- Hernia incarcerada y/o estrangulada

2.- El tratamiento médico-quirúrgico de cualquier enfermedad oncológica, incluyendo quimioterapia y radioterapia está sujeto a un Período de Espera de 12 meses consecutivos, contados a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia.

3.- La Enfermedad Congénita está sujeto a un Período de Espera de 12 meses consecutivos, contados a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia.

4.- El Beneficio de Maternidad está sujeto a un Período de Espera de 12 meses consecutivos, contados a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia.

5.- El Beneficio Especial de S/ 6,000.00 soles está sujeto a un Período de Espera de 12 meses consecutivos, contados a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia.

6.- Procedimiento de (Diálisis) ,tiempo de espera 6 meses.

Estudios y procedimientos que requieren carta de garantía

ESPECIALIDAD: CARDIOLOGÍA		ESPECIALIDAD: RADIOLOGÍA	
Código	Descripción	Código	Descripción
23	Cardiología	4408	Honorarios por exámenes radiológicos
230105	Vectocardiograma	440801	Aortografía translumbar
230106	Fonocardiograma	440802	Arteriografía periférica
230107	Balístocardiograma	440803	Arteriografía visceral
230109	Cateterismo Cardíaco-Izq. O Der.	440804	Embolizaciones arteriales
230110	Cateterismo Cardíaco Bilateral	440805	Cavografía Superior o Inferior
230111	Aortografía	440806	Flebografía Periférica
230112	Ventriculografía Izq., Der., Bilateral	440807	Esplenografía
230113	Coronariografía incluye Ventriculografía	440808	Colocación de Filtros Venosos
230116	Colocación de Marcapaso-Permanente o Transitorio	440809	Quimioterapia Arterial Selectiva
230117	Punción arterial para inyección medicamentosa	440810	Linfografía
230118	Cateterización Vena Cava Superior	440811	Colangiografía Transhepática
230120	Angioplastia Coronaria Revascularización Miocárdica	440812	Colocación de Endoprótesis
230121	Monitoreo Infracavitaria SWAN-GANZ	440813	Extracción de Cálculos Residuales
230129	Colocación de Catéter PORTH	440814	Nefrostomía y dilatación
2302	Cardiología Intervencionista	440815	Litotricia y por nefrostomía
230201	Angioplastia Coronaria-Revascularización Miocárdica	440816	Tubaje por Estenosis
230202	Angioplastia de Vasos Periféricos	440817	Recambio de Cateter
230203	Colocación de STEN Coronario	440818	Control de Catéter Percutaneo
230204	Ablación de FOCO Arritmico por radiofrecuencia	440819	Dilatación de Conductos con Balón
230205	Dilatación de Válvulas Cardíacas	440820	Drenaje percutaneo
230206	Oclusión de DUCTUS Arterioso con Prótesis	440821	Manejo de Fistulas enterocutaneas
230207	Atrioseptostomía	440822	Shuntografía
230208	Dilatación de Coartación de AORTA	440823	Dilatación Tubaria
230209	Diagnóstico Electrofisiológico de Arritmia	440824	Biopsia dirigida
		440825	Biopsia POR TAC
		440826	Drenaje POR TAC
		440827	Artografía
		440828	Sialografía
		440829	4 Galactografía Unilateral
		440830	4 Localización de lesión de mama no palpable
		440831	Localización de lesión de mama no palpable con arpon
		440832	Localización de lesión de mama no palpable con roll
		440833	Localización de lesión con guía ecográfica
		440834	Biopsia VACUM de mama por lesión
		4409	VARIOS
		440904	2 Mamografía Unilateral
		440905	4 Mamografía Bilateral

ESPECIALIDAD: ULTRASONOLOGÍA	
Código	Descripción
25	Ecografía
2503	Tórax
250304	Transesofágica
2504	Corazón
250402	Ecocardiograma
2505	Abdomen
250505	Sistema PORTA
250506	AORTA Abdominal VENA CAVA
250507	Inferior
2509	Otros
250905	Eco-Dopler Color

Toda atención de hospitalización, médica o quirúrgica debe ser autorizada mediante Carta de Garantía previamente.

Estudios y procedimientos que requieren carta de garantía

ESPECIALIDAD: RADIOLOGÍA		ESPECIALIDAD: RADIOLOGÍA	
Código	Descripción	Código	Descripción
4410	Mamografía	4823	TORAX
441001	Mamografía digital Unilateral	482301	TEM Pulmones
441002	Mamografía digital Bilateral	482302	TEM Mediastino
441003	Mamografía digital Unilateral + Estudio Complementario de mama	482303	TEM Pulmones alta resolución
441004	Mamografía digital Bilateral + Estudio Complementario de mama	482304	TEM Parrilla costal
441005	Pieza Operatoria	4824	Abdomen
441006	Placa Adicional (1)	482401	TEM Abdomen superior
441007	Placa Adicional (2)	482402	TEM Hígado vías biliares
441008	Compresión Focal	482403	TEM Pancreas
441009	Magnificación por mamografía digital	482404	TEM Adrenales
441010	Incidencias Exageradas y otros	482405	TEM Bazo
441011	Localización de Lesión de mama no palpable con Ultrasonografía	482406	TEM Riñones
441012	Localización de Lesión de mama no palpable con ARPON	482407	TEM Abdomen inferior (pelvis)
441013	Localización de Lesión de mama no palpable con ROLL	482408	TEM Abdomen total
441014	Localización de lesión con guía ecográfica	482409	TEM Genitales internos femeninos
441015	Biopsia VACUM de mama por lesión (incluye aguja y material de sistema VACUM/un solo uso)	482410	TEM Prostata
441016	Otros procedimientos	482411	TEM Urotomografía (riñones, ureteres y vejiga)
482	Tomografía espiral multicorte (TEM)	4825	Extremidades
4821	CRANEO	482501	TEM Hombro
482101	TEM CRANEO	482502	TEM Brazo
482102	TEM BASE CRANEO	482503	TEM Codo
482103	TEM ORBITAS	482504	TEM Antebrazo
482104	TEM SILLA TURCA	482505	TEM Muñeca
482105	TEM Senos paranasales	482506	TEM Mano
482106	TEM fosa posterior	482507	TEM Caderas
482107	TEM articulaciones temporo mandibular	482508	TEM Muslo
482108	TEM macizo facial	482509	TEM Rodilla
482109	TEM oído interno medio (hueso temporal)	482510	TEM Pierna
482110	TEM Parotidas	482511	TEM Tobillo
482111	TEM Conductos auditivos	482512	TEM Pie
4822	Cuello	482513	TEM Articulaciones
482201	TEM faringe-laringe	4826	Columna
482202	TEM tiroides	482601	TEM Columna Cervical por Segmento
482203	TEM cuello	482602	TEM Dorsal
		482603	TEM Columna Lumbar por Segmento
		482604	TEM Sacro-Coxis
		482605	TEM Mielografía por Segmento

Toda atención de hospitalización, médica o quirúrgica debe ser autorizada mediante Carta de Garantía previamente.

Estudios y procedimientos que requieren carta de garantía

ESPECIALIDAD: RADIOLOGÍA		ESPECIALIDAD: RADIOLOGÍA	
Código	Descripción	Código	Descripción
4827	OTROS	4835	Extremidades
482701	TEM pelvis	483501	TEM Reconstrucción Hombro
482702	TEM Biopsia	483502	TEM Reconstrucción Brazo
482703	TEM Drenaje Percutaneo	483503	TEM Reconstrucción Codo
482704	TEM Punción Aspirativa	483504	TEM Reconstrucción Antebrazo
482705	TEM Control de Catéter	483505	TEM Reconstrucción Muñeca
482706	TEM Recambio de Catéter	483506	TEM Reconstrucción Mano
483	TEM Reconstrucción	483507	TEM Reconstrucción Caderas
4831	CRANEO	483508	TEM Reconstrucción Muslo
483101	TEM Reconstrucción Cráneo	483509	TEM Reconstrucción Rodilla
483102	TEM Reconstrucción Base Cráneo	483510	TEM Reconstrucción Pierna
483103	TEM Reconstrucción Órbitas	483511	TEM Reconstrucción Tobillo
483104	TEM Reconstrucción Silla Turca	483512	TEM Reconstrucción Pie
483105	TEM Reconstrucción Senos Paranasales	483513	TEM Reconstrucción Articulaciones
483106	TEM Reconstrucción Fosa Posterior	4836	COLUMNA
483107	TEM Reconstrucción Articulaciones Temporo Mandibular	483601	TEM Reconstrucción Columna Cervical por Segmento
483108	TEM Reconstrucción Macizo Facial	483602	TEM Reconstrucción Dorsal
483109	TEM Reconstrucción Oído Interno Medio (hueso temporal)	483603	TEM Reconstrucción Columna Lumbar
483110	TEM Reconstrucción Parotidas	483604	TEM Reconstrucción Sacro-Coxis
483111	TEM Reconstrucción Conductos Auditivos	483605	TEM Reconstrucción Mielografía
4832	CUELLO	4837	OTROS
483201	TEM Reconstrucción Faringe-Laringe	483701	TEM Reconstrucción Pelvis
483202	TEM Reconstrucción Tiroides	483702	Angiotomografía Craneal
483203	TEM Reconstrucción Cuello	483703	Angiotomografía Cervical
4833	TORAX	483704	Angiotomografía Toraco-Cervical
483301	TEM Reconstrucción Pulmones	483705	Angiotomografía Toraco-Aorta
483302	TEM Reconstrucción Mediastino	483706	Angiotomografía Toracica-ART. Pulmonar
483303	TEM Reconstrucción Pulmones Alta Resolución	483707	Angiotomografía Abdominal-AORTA e Iliacas
483304	TEM Reconstrucción Parrilla Costal	483708	Angiotomografía Abdominal-Viceral
4834	ABDOMEN	483709	Angiotomografía Vasos Periféricos
483401	TEM Reconstrucción Abdomen Superior	484101	Evaluación 3D de Fracturas Complejas
483402	TEM Reconstrucción Hígado Vías Biliares	49	Resonancia Magnética
483403	TEM Reconstrucción Páncreas	4901	Craneo
483404	TEM Reconstrucción Adrenales	490101	Difusión
483405	TEM Reconstrucción Bazo	490102	Encéfalo
483406	TEM Reconstrucción Riñones	490103	Región selar y paraselar
483407	TEM Reconstrucción Abdomen Inferior	490104	Órbitas
483408	TEM Reconstrucción Abdomen total	490105	Oído

Toda atención de hospitalización, médica o quirúrgica debe ser autorizada mediante Carta de Garantía previamente.

Estudios y procedimientos que requieren carta de garantía

ESPECIALIDAD: RADIOLOGÍA		ESPECIALIDAD: RADIOLOGÍA	
Código	Descripción	Código	Descripción
483410	TEM Reconstrucción Próstata	4906	Abdomen Superior
4902	Columna Vertebral	490601	Abdomen Superior
490201	Cervical	490602	Pared Abdominal
490202	Dorsal	490603	Colangio Pancreatografía
490203	Lumbar	4907	TORAX
490204	Sacro-Coxigea	490701	Mediastino
490205	Cervico-Dorsal	490702	Pared Toracica
490206	Dorso-Lumbar	4908	PELVIS
4903	Aparato Locomotor	490801	PELVIS
490301	Artic.Temporo Mandibular	490802	Pared
490302	Artic.Del Hombro	490803	Próstata
490303	Artic. Del Codo	4909	Mama o Prótesis mamaria
490304	Artic. De la Muñeca	490901	Unilateral
490305	Artic. De la Mano	490902	Bilateral
490306	Artic. Coxofemoral	4910	Procedimientos Especiales
490307	Artic. De la Rodilla	491001	Angiografía Craneal
490308	Artic. Del Tobillo	491002	Angiografía Cervical
490309	Artic. Del Pie	491003	Angiografía Toraco-Cervical
4904	Extremidades	491004	Angiografía Toracica
490401	Brazo	491005	Angiografía Abdominal
490402	Antebrazo	491006	Angiografía Periférica 1 SEG.
490403	Muslo	491007	Planeamiento Especial
490404	Pierna	491008	Biopsia
4905	Cuello	491009	Punción Aspirativa
490501	Cuello		Densitometría Osea
490502	Macizo Facial		

Toda atención de hospitalización, médica o quirúrgica debe ser autorizada mediante Carta de Garantía previamente.

Procedimientos Quirúrgicos de baja complejidad con deducible diferenciado

PROCEDIMIENTOS SUJETOS A DEDUCIBLE ESPECIAL.	
20201	Blefarotomía absceso, chalazión y orzuelo
20202	Blefarorrafia parcial o total
20208	Biopsia escisional de tumor palpebral
20301	Incisión y drenaje absceso, quiste, hematoma.
40104	Punción biopsia de fíroides
60102	Drenaje de absceso mamario
90401	Biopsia prostática por punción
90501	Biopsia de testículo
090702	Circuncisión -recién nacido
100306	Incisión y drenaje de vulva, gland. Skene, gland. Bartholino
110110	Extirpación de tumor de tej. cel. sub-cutáneo -lipoma- cuerpo extraño profundo, ganglio linfático

Deducible de S/. 60.00 sólo en atenciones ambulatorias (No requiere sala de operaciones, ni anestesiólogo).
Sujetos a coaseguro variable.

Servicios que se brindan en la sede central

SERVICIOS DE LA CLÍNICA		
Hospitalización	Centro Obstétrico	Emergencia de Adultos
Cuidados Intensivos	Sala de Partos	Emergencia Pediátrica
Cuidados Especiales	Sala de Bebés	Emergencia Gineco-Obstétrica
Sala de operaciones y recuperación	Uso de Equipos (insumos)	Tópicos

FARMACIA, MEDICAMENTOS, MATERIAL MÉDICO Y OXÍGENO

ATENCIÓN MÉDICA EN TODAS LAS ESPECIALIDADES EXISTENTES EN LA CLÍNICA TANTO EN CONSULTA EXTERNA COMO EN HOSPITALIZACIÓN:

Alergia e inmunología	Endocrinología	Neurología
Anestesia	Gastroenterología	Odontología
Cardiología	Ginecología	Oftalmología
Cirugía de Cabeza y Cuello	Hematología	Oncología y Radioterapia
Cirugía de Tórax y Cardíaca	Mastología	Otorrinolaringología
Cirugía General	Medicina Interna	Pediatría
Cirugía Plástica	Nefrología	Psiquiatría
Cirugía Vasculat	Neumología	Traumatología
Dermatología	Neurocirugía	Urología

HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS

SERVICIOS AUXILIARES		
Laboratorio Clínico	Medicina Física y Rehabilitación	Medicina Nuclear
Radiología	Banco de Sangre	Resonancia Magnética
Ecografía	Cineangiografía	Tomografía Espiral Multicorte
Patología	Laboratorio de Endocrinología	
Mamografía	Laboratorio de Inmunología	

Cuotas Mensuales según rango de edad

RANGO DE EDAD	CUOTA SOLES*
Menores de 18 años	S/ 95
De 18 a 35 años	S/ 117
De 36 a 40 años	S/ 129
De 41 a 45 años	S/ 164
De 46 a 50 años	S/ 178
De 51 a 55 años	S/ 218
De 56 a 60 años	S/ 303
De 61 a 65 años	S/ 425
De 66 a 69 años	S/ 529
De 70 a más	S/ 635
* Cuotas incluyen IGV.	

Para el cálculo de la prima, si ha cumplido un año más de vida dentro de la vigencia mensual de la póliza, se aplicara el cambio de rango etario.

Cuota de inscripción: S/ 50

Chequeo Médico Anual
PROGRAMA PREVENTIVO

PRUEBA	NIÑOS	MUJERES				HOMBRES			
		18 a 39	40 a 49	50 a 60	60 a +	18 a 39	40 a 49	50 a 65	65 a +
Evaluación Médica									
Anamnesis, Evaluación de Riesgo y Educación para la Salud (Obesidad, Tabaco, alcohol)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Examen de Aparatos y Sistemas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Peso, Talla, IMC	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Presión Arterial	—	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Electrocardiograma	—	—	✓	✓	✓	—	✓	✓	✓
Apoyo al Diagnóstico									
Hemoglobina Hematocrito	—	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Colesterol Total	—	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Triglicéridos	—	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Glicemia	—	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Antígeno Prostático	—	—	—	—	—	—	✓	✓	✓
Electrocardiograma	—	—	✓	✓	✓	—	✓	✓	✓
Evaluación Ginecológica									
Examen de Mama	—	✓	✓	✓	✓	—	—	—	—
Papanicolaou	—	✓	✓	✓	✓	—	—	—	—
Mamografía Bilateral		—	c/2 años	c/año	c/año	—	—	—	—
Evaluación Oftalmológica									
Agudeza Visual	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Fondo de Ojo/s Dilatación	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Descarte de Glaucoma	—	—	✓	✓	✓	—	✓	✓	✓

Procedimiento de reclamos y solución de controversias

¿Qué es una queja o reclamo?

Es la manifestación escrita, por la cual un usuario se dirige a la Entidad que presta Servicios de Salud Prepagados (IAFAS) a la que se encuentra afiliado, declarando algún incumplimiento en el servicio que esta le brinda de acuerdo a lo estipulado en el Plan de Salud o el contrato suscrito con la misma.

¿Cómo presentar un Reclamo?

El reclamo puede presentarse ante la Oficina de Atención al Cliente a través de los siguientes medios: Escrita: Presentación de una carta, llenado de un formato impreso o Libro de Reclamaciones

¿Qué información debe presentar?

Al momento de declarar un reclamo debe presentar la siguiente información:

- Nombre del usuario reclamante (nombres y apellidos completos). Nombre del paciente (nombres y apellidos completos).
- Número de DNI de reclamante y paciente Plan o programa contratado.
- Fecha de la ocurrencia que origina el reclamo. Establecimiento donde se genera el reclamo.
- Nombre del médico tratante y especialidad, o nombre de la persona que brindó la atención. Causa del reclamo e importe (si lo hubiera).
- Dirección y teléfono de contacto. Detalle del reclamo.
- Otros datos que considere relevantes.
- Autorización del paciente para la revisión de su Historia Clínica.

¿En cuánto tiempo PlanSalud solucionará el reclamo?

El proceso de atención para los reclamos será de un plazo máximo de treinta (30) días útiles, de tal forma que sea viable una investigación al respecto y emitir una respuesta fundamentada.

Informe de Resultado del Reclamo: El área de Quejas y Reclamos de PlanSalud comunicará al reclamante los resultados del reclamo por escrito, mediante un informe sustentatorio, el cual establecerá el carácter de fundado o infundado del mismo, dentro de los plazos establecidos.

¿Qué puede hacer si no está conforme con la respuesta a su reclamo?

De no estar de acuerdo el usuario en todo o en parte con lo resuelto en el Informe de Resultado del Reclamo, puede recurrir ante la Superintendencia Nacional de Salud-SUSALUD.

¿Este trámite tiene un costo para el afiliado?

Todos los trámites relacionados con los reclamos de los usuarios ante PlanSalud son gratuitos.

Medicamentos no cubiertos

Anticuerpos monoclonales: Bevacizumab, Omalizumab, Rituximab, Adalimumab, Infliximab, Palivizumab, Ranibizumab, Trastuzumab, Ado-Trastuzumab ó Traztuzumab Emtansina, Denosumab, Ipilimumab, Cetuximab, Tocilizumab, Nivolumab, Pembrolizumab, Nimotuzumab, Panitumumab, Pertuzumab, Abciximab, DARATUMUMAB y otros existentes y/o en investigación.

Inhibidores de la angiogénesis: Pegaptanib, Anecortave, Verteporfin y otros existentes y/o en investigación.

Inhibidores de la Tirosina Kinasa: Imatinib, Gefitinib, Erlotinib, Bortezomib, Sunitinib, Vemurafenib, Pazopanib, Nicotinib, Sorafenib, Afatinib, Ruxolitinib, Dasatinib, Ibrutinib, Nintedanib, Regorafenib, Axitinib, Palbociclib y otros existentes y/o en investigación.

Epotilonas: Ixabepilona

Daunorubicina Liposomal, Doxorubicina Liposomal, y otros existentes y/o en investigación.

Paclitaxel unido a proteínas

Azacitidina, Fulvestrant, Temozolomida, Lenalidomida, Capecitabina, Clofarabina, Bendamustina, Cabazitaxel
Vorinostat

Tegafur + Uracilo, Pemetrexed

Citokinas y/o inmunoterapéuticos y/o inmunomodulares: Interferon alfa, Interferón beta, Peginterferon alfa, Peginterferon beta Interleukinas, Abatacept, Etanercept, Aflibercept, Micofenolato, Vacunas oncológicas, Factores Estimulantes del Crecimiento de Colonias (Pegfilgrastim y otros), Mesalazina en enema

Asociaciones de productos Biotecnológicos y Terapias Oncológicas Convencionales.

Fosaprepitant. Letrozol

Megestrol, Goserelina, Triptorelina, Leuprorelina 30mg

Abiraterona, Enzalutamida, Everolimus, Degarelix,

Sustitutos de Líquido Sinovial (Hilano GF-20 Hialuronato Intraarticular)

Albúmina, Eritropoyetina Beta, Factor IX Antihemofílico, Factor VII Antihemofílico, Hierro carboximaltosado, Inmunoglobulina G, Inmunoglobulina Anti-Hepatitis B, Eltrombopag, Complejo Protrombinico Humano

Inductores de la ovulación a nivel central, Gonadotropina Coriónica, Agonistas de Hormona Gonadotrófica.

Hormona de Crecimiento, Anabólicos, Andrógenos Esteroides, Somatostatina, Octreotide de Liberacion Lenta, tirotropina

Tretinoína

Ibandronato parenteral, Acido Zoledronico de Deposito (Anual), Teriparatide.

Toxina Botulínica.

Ulipristal, Riboflavina+Dextran

Medicamentos no cubiertos

Alprostadil, Ibuprofeno Intravenoso, Surfactante Pulmonar, Alfa Dornasa, Levosimendan (Simdax), Sildenafil (excepto en Hipertensión Pulmonar) y similares, Tadalafilo (excepto en dosis para terapia por Hipertrofia Prostática Benigna), medicamentos para disfunción eréctil en general.

Bosentan (Usenta, Tracleer y otros)

Antidiabéticos solos o asociados a otros antidiabéticos: Empaglifozina, Dapaglifozina, Exenatide

Zidovudina, + Lamivudina, + Abacavir, Ribavirina

Posaconazol, Voriconazol, Andulafungina, Actinomicina-D

Atosiban, Cabetocina, Terlipresina

Vitaminas, minerales y antioxidantes: Las deficiencias específicas de vitaminas si están cubiertas. No están cubiertos cuando se utilizan como suplementos.

No se cubren tónicos, estimulantes del apetito, Anorexígenos y afines, suplementos alimentarios, preparados proteicos y otros similares.

Antiasténicos, Reconstituyentes y Energizantes, Activadores o Tónicos Cerebrales: Targifor, Somazina, Gamalate, Encefabol, otros

Medicamentos experimentales o de efectividad no comprobada: Vasodilatadores cerebrales, coagulantes, Hepatoprotectores, Flebotónicos (Diosmina + Hesperidina, Dobesilato de Calcio y otros), medicamentos y productos naturales, homeopáticos y otros.

Suplemento Nutricional: Condroitina, + Glucosamina

Acidos grasos hiperoxigenados solos o asociados a otros productos

Dispositivos médicos no cubiertos

DEFINICIONES

Prótesis: Reemplazo de una parte anatómica del cuerpo por un objeto artificial similar.

Implante: Dispositivo colocado al interior del organismo que cumple una función determinada, pero no reemplaza una parte anatómica del cuerpo.

CARDIOVASCULAR

1. Filtros Intravasculares (Vena Cava, Yugular, Vasculares).
2. Parches Intracardiacos.
3. Prótesis e Implantes y Accesorios Cardiovasculares:
 - Prótesis para By-Pass Ventricular.
 - Set de colocacion de endoprotesis
 - Prótesis Valvulares.
 - Prótesis Vasculares.
 - Injertos valvados
 - Implante para Embolización Arterial.
 - Stents Coronarios.
 - Stents aorticos
 - Stents Vasculares Periféricos
 - Parche de Dacron, Teflón, Duramadre, Pericardio.
4. Anillo para Anuloplastía.
5. Marcapasos.
6. Desfibriladores Implantables.
7. Set de Cirugía Cardíaca.
8. Set estabilizador coronario (octopus)
9. Cateter balon angioplastia coronaria
10. Cateter balon vascular periferico
11. Balon intraaortico

OTORRINOLARINGOLOGÍA Y MAXILOFACIAL

1. Prótesis e Implantes Otorrinolaringología:
 - Prótesis Laríngea.
 - Prótesis Osicular parcial o total.
 - Implante Mandibular.
 - Implante Coclear.
 - Implantes para Oído Medio, Oreja, Nariz y Garganta.
2. Shunt Endolinfático.
3. Aparatos auditivos.
4. Prótesis de barbilla.

CIRUGÍA GENERAL Y GASTROENTEROLOGIA

1. Banda Gástrica Ajustable.
2. Stents Biliares.
3. Malla Quirúrgica.
4. Máscaras de Piel.
5. Catéteres de Larga Permanencia:
 - Kit Catéter de Larga Permanencia.
 - Set Implantable Port.
6. Prótesis e Implantes:
 - Prótesis esofágica o traqueal.
 - Prótesis mamaria.

Dispositivos médicos no

UROLOGÍA

1. Prótesis e Implantes:

- Testicular.
- Implante de Pene.
- Dispositivo correccion reflujo v-u

NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGIA

1. Estimulador Cerebral Implantable.

2. Prótesis e Implantes:

- Prótesis para Craneoplastía.
- Implante craneal
- Implantes Intracerebral/Subcortical .
- Substituto de Duramadre.
- Válvula y Sistemas de Derivación de LCR.

3. Agujas de Acupuntura.

4. Espirales para Embolización.

5. Stents cerebrales

6. Set de vertebroplastía

7. Sustituto disco intervertebral

8. Espaciadores

GINECOLOGÍA

1. Prótesis para Trompa De Falopio

2. Espéculos descartables

3. Malla quirúrgica

OFTALMOLOGÍA

1. Lentes:

- De Contacto.
- Intraoculares.
- Guía para lente intraocular.

2. Prótesis e Implantes Oftalmológicos:

- Implante Absorbible.
- Implante Orbital Extraocular.
- Implante valvular Intraocular
- Keratoprótesis.
- Ojo Artificial

3. Válvulas para el control de presión intraocular.

CIRUGIA PLASTICA

1. Matriz para regeneracion de piel

2. Injertos de piel

3. Laminas mepilex, suprathel y mepithel

RADIOLOGIA

1. Liquido para embolizacion

SUJETO A BENEFICIO MÁXIMO ANUAL: S/. 6,000.00:

(aplicable a una póliza por afiliado. Sujeto a coaseguro y periodo de espera de 12

Servicios para aplicar el Beneficio Especial:

TRAUMATOLOGIA

PROTESIS, IMPLANTES Y OTROS SUMINISTROS

1. Barras o clavos para fijación intramedular.
2. Sistemas de fijación externa o interna
3. Placas y Tornillo:
 - Placas Angulares.
 - Placas Especiales.
 - Tornillos Especiales: Interferencia, Pediculares.
4. Prótesis e Implantes:
 - Prótesis de Cadera.
 - Prótesis de Codo.
 - Prótesis de Dedo.
 - Prótesis de Hombro.
 - Prótesis de Muñeca.
 - Prótesis de Rodilla.
 - Prótesis de Tobillo.
 - Implante para Fijación Intervertebral.
 - Implante para Fijación Espinal Intralaminar.
 - Sustituto de disco intervertebral
 - Clip costal
5. Injertos de Hueso o Tendón.
6. Espaciadores: Columna, Cadera, Rodilla.
7. Anclas.
8. Mallas de Titanio.
9. Pines para reparacion cartilaginosa

Centros de Conciliación y/o Arbitraje

Centro de Conciliación y Arbitraje

Cámara de Comercio de Lima

Dirección: Jr. Gregorio Escobedo N° 396, tercer piso Jesús María Telefax: (511) 261-5417

Centro de Conciliación y Arbitraje

Colegio de Abogados de Lima

Dirección: Av. Santa Cruz N° 255, Miraflores

Telefax: (511) 421-7437/ 222-0101/441-8367 anexo 275

Centro de Arbitraje

Instituto Nacional de Derecho de Minería y Petróleo

Dirección Jr. Miguel Aljovín N° 530 Miraflores

Telefax: (511) 447-3011

Centro Internacional de Resolución de Conflictos (CIRC)

Dirección: Jr. Sucre N° 198 Miraflores

Telefax: (511) 966-4798/ 442-5398/348-1651

Instituto Peruano de Resolución de Conflictos, Negociación y Mediación (IPRECON)

Dirección: Jr. Lampa N° 879 of. 301 Lima

Telefax: (511) 428-4724/ 428-7568

Centro Peruano de Prevención y Solución de Conflictos (CEPSCON)

Dirección: Jr. Las Camelias N° 141 San Isidro

Telefax: (511) 421-2069/ 242-8525

Centro Internacional de Administración y Comercio (CIAC) *

Dirección: Av. del Ejército N° 749 Miraflores

Telefax: (511) 222-4789/ 476-7906/422-5496/221-4843

Asociación Peruana de Resolución de Conflictos (APREDEC)

Dirección: Jr. Emilio Althaus N° 521 Lince

Telefax: (511) 471-9092/ 265-3084

Instituto para la Conciliación por la Paz (INCOPAZ)

Dirección: Av. Perú N° 2442 San Martín de Porres

Telefax: (511) 567-3763

Consejo de Juventudes Nacionales (CODEJUN)

Dirección: Parque Hernán Velarde N° 260 Santa Beatriz

Telefax: (511) 433-1282

Asociación Promotora de Centros de Conciliación (CONCILIUM)

Dirección: Jr. General Federico Recavarren N° 227 Miraflores

Telefax: (511) 241-6623/ 242-6351

Centros de Conciliación y Arbitraje de SUSALUD (CECONAR)

Dirección: Av. Velasco Astete 1398, Santiago de Surco

Teléfono: 01-3726127 / 01-3726144

Otros