

EXCLUSIONES DEL SEGURO SALUD VITAL EMPRESARIAL

ENFERMEDADES, TRATAMIENTOS Y OTROS GASTOS NO CUBIERTOS
No se cubren causas, consecuencias, ni complicaciones de un tratamiento médico y/o quirúrgico no cubierto por esta póliza así como los gastos relacionados con lo siguiente:

a) Lentes de contacto o intervenciones quirúrgicas para corrección de trastornos de refracción, tales como miopía, hipermetropía, astigmatismo o presbicia. No se cubren monturas ni cristales.

b) Gastos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades psiquiátricas y psicológicas definidas en el capítulo V del CIE-10 de la OMS (a excepción de los diagnósticos F00 al F09. Ver anexo 1 adjunto). No están cubiertas las curas de reposo o del sueño.

c) Trastornos del desarrollo psicomotor y del lenguaje de etiología adquirida a excepción de los causados por traumatismos, neoplasias o accidentes cerebrovasculares, en los que la terapia de rehabilitación se extenderá hasta un periodo máximo de 180 días.

d) Enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 manifestados en cualquier etapa de la vida (salvo que se otorgue como una cobertura específica en el Plan de Beneficios).

e) Enfermedades Preexistentes al inicio de la vigencia y de la cobertura del presente contrato, excepto aquellos casos en los que aplique la ley de preexistencias conforme a lo señalado en la Ley N°28770 y el artículo N°13 de las condiciones generales, así como los riesgos asociados a estas enfermedades y los riesgos asociados a las condiciones declaradas en la Declaración Personal de Salud (obesidad, tabaquismo y antecedentes familiares), los cuales se detallarán en el Certificado De Seguro.

f) Gastos cuyo objeto principal sea el chequeo médico y despistaje de enfermedades en una persona sana, salvo lo estipulado en el Plan de Beneficios. Tampoco los gastos relacionados a evaluaciones para obtención de licencias y empleo.

g) Cirugía o Dermatología estética, cosmética o plástica, a excepción de los casos necesarios de cirugía reconstructiva, como consecuencia de un accidente que haya sido indubitablemente informado y aceptado por LA COMPAÑIA para efectos de la presente excepción (de aplicar la excepción se cubrirá la reconstrucción dental con materiales que no incluyan titanio). No se cubre cirugía reconstructiva en ningún otro caso, incluida la reconstrucción post cirugía oncológica. No se cubre ningún tratamiento médico ni quirúrgico de várices con fines estéticos. No se cubren tratamientos odontológicos de periodoncia y ortodoncia, o cualquier procedimiento con fines estéticos o cosméticos. No se cubren cirugías odontológicas, cirugía bucal ni alteraciones de la articulación temporomandibular.

h) Tratamiento médico o quirúrgico del melasma, alopecia u otros trastornos dermatológicos con fines estéticos. Tampoco colocación o retiro de Tatuajes ni piercing.

i) Sustancias exfoliativas, despigmentantes, jabones, champúes, cremas neutras y bloqueadores solares a excepción de aquellos pacientes con diagnóstico documentado en la Historia Clínica de los

CIE-10 L57, L58 o L59 (ver anexo 1 adjunto). No se cubren lágrimas naturales (salvo casos de síndrome de ojo seco).

j) Mamoplastía reductora ni cirugías por ginecomastia.

k) Enfermedades y tratamientos resultantes del uso o adicción a las drogas, estupefacientes o uso excesivo de alcohol en forma aguda o crónica; así como, las lesiones por accidentes que se produzcan en situación de embriaguez o bajo influencia de drogas registrados en la historia clínica y/o con el dosaje respectivo (caso del alcohol: nivel sérico > 0.5 g/dl). Los límites de alcohol en la sangre establecidos se aplicarán para la totalidad de accidentes que pueda sufrir el asegurado.

l) Lesiones o enfermedades a consecuencia de actos de guerra, revoluciones y de fenómenos catastróficos de la naturaleza, así como los que resulten de la participación activa en motines, huelgas, conmoción civil, terrorismo o actos delictivos.

m) Lesiones autoinfligidas o producidas voluntariamente o estando mentalmente insano, intento de suicidio, peleas, riñas, salvo aquellas en que se demuestre que se ha tratado de legítima defensa, a través de una denuncia policial.

n) Sangre y derivados (plasma, paquetes globulares, plaquetas, factores de coagulación), excepto las pruebas de compatibilidad y los insumos necesarios para la transfusión. Las pruebas de laboratorio realizadas a los donantes estarán cubiertas de acuerdo a las unidades de sangre efectivamente transfundidas.

o) Diagnóstico, estudios y tratamientos o cirugías para esterilización, fertilización (tanto en infertilidad primaria como secundaria), anticoncepción, disfunción eréctil y cambio de sexo.

p) Insuficiencia o sustitución hormonal en casos de trastorno de crecimiento. Tampoco evaluaciones ni tratamientos, tanto médicos como quirúrgicos, de sobrepeso, obesidad, obesidad mórbida, raquitismo, anorexia nerviosa y los derivados de estos diagnósticos. No se cubren la liposucción, lipoescultura e inyecciones reductoras de grasa u otros métodos liporeductores.

q) Cuidado por enfermeras, técnicas o auxiliares de enfermería adicionales a las ofrecidas en la clínica durante la estancia hospitalaria, ni en el domicilio. Para otros servicios paramédicos como Medicina Física y rehabilitación se requiere de la indicación y supervisión del Médico especialista colegiado. Salvo lo indicado en la cobertura de Gastos de Enfermera Acompañante.

r) Comida y cama para acompañantes. Todo tipo de servicios de confort personal durante la hospitalización, como radios, televisores, teléfonos, batas. Todo tipo de transporte o alojamiento no especificado en el Plan de Beneficios. Salvo lo indicado en la cobertura Alimentación Acompañante Hospitalario.

s) Todos los gastos relacionados al incumplimiento de las indicaciones médicas por decisión del propio paciente, así como la automedicación en perjuicio de su curación y/o rehabilitación. No se cubren tratamientos, procedimientos o medicamentos otorgados o expedidos sin indicación o receta médica ni cualquier estudio, tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a un diagnóstico determinado.

t) Todos los gastos efectuados por concepto de vitaminas y minerales, salvo las requeridas para carencias vitamínicas documentadas, control prenatal y postnatal, osteopenia, osteoporosis y vitamina K en hemorragias.

u) Leches maternizadas (excepto en casos de imposibilidad documentable de Lactancia Materna solo durante los días de hospitalización del recién nacido y exclusivamente durante la etapa puerperal).

v) Suplementos alimenticios, suplementos nutricionales, productos naturales (hierbas y sus derivados, levaduras, probióticos), estimulantes del apetito, anabólicos, antioxidantes, productos geriátricos y reconstituyentes. Medicamentos neurotónicos y nootrópicos.

w) Vacunas distintas a las ofrecidas en el Plan de Beneficios de LA COMPAÑIA.

x) No se cubre inmunoterapia ni lisados bacterianos. No se cubren medicamentos inmunoestimulantes.

y) En caso de trastornos alérgicos, no se cubren procedimientos de desensibilización.

z) Acupuntura, quiropraxia, cuidados podiátricos (a excepción de los brindados a través del Programa CUIDATE Diabetes) y tratamientos de rehabilitación en gimnasios. No se cubre homeopatía ni medicina no tradicional de cualquier tipo.

aa) Lesiones como consecuencia directa o indirecta de fusión o fisión nuclear, isótopos radioactivos, así como radioterapia y rayos X sin supervisión médica.

bb) Lesiones sufridas como consecuencia de la práctica de las siguientes actividades y/o deportes: carrera de automóviles y motos terrestres y acuáticas, prácticas hípicas, escalamiento de montañas o rocas, pesca submarina, puenting, bungee, ala delta, parapente, downhill, snowboarding y cacería de fieras.

cc) Trasplante de órganos y tejidos, y su costo. No están cubiertos tampoco los implantes cocleares ni los implantes de células madre en cualquier zona anatómica.

dd) Infección por VIH, Síndrome Inmunológico Deficiencia Adquirida (SIDA) y el Síndrome complejo relativo al SIDA (SCRS), sus consecuencias y complicaciones.

ee) Equipos médicos como glucómetros (equipo y tiras). En el caso de los asegurados pertenecientes al Programa CUIDATE Diabetes, se cubre el examen bioquímico de glucosa sérica. No se cubren termómetros, tensiómetros, equipos de oxigenoterapia, nebulizadores, CPAP o similares, por considerarse de uso personal.

ff) Estudios, pruebas y tratamientos genéticos a excepción de los asegurados que cuentan con cobertura de Enfermedades Congénitas en los que los estudios y pruebas genéticas, si estarán sujetas a cobertura.

gg) Todo equipo, fármaco, insumo o procedimiento médico de reciente implementación o nueva tecnología deberá tener el debido sustento científico que brinde un beneficio clínico relevante frente a los fármacos, insumos o procedimientos médicos ya existentes (Medicina Basada en Evidencias, nivel

de Evidencia Ila de la Agency for Healthcare Reserch and Quality – AHRQ) y deberá ser presentado por el proveedor de salud y contractualmente aprobado por LA COMPAÑÍA para poder ser cubierto. No se cubren productos, servicios, procedimientos, insumos, medicamentos o tratamientos experimentales, o en fase de período de prueba o investigación.

hh) No están cubiertos los servicios, procedimientos o tratamientos considerados médicamente no necesarios (no sustentados en Medicina Basada en Evidencia, Nivel de Evidencia Ila de la Agency for Healthcare Reserch and Quality – AHRQ). No se cubren tampoco, los medicamentos, insumos, implantes o material quirúrgico no aprobado por la FDA para la indicación específica que es solicitada.

ii) Modificadores de la respuesta biológica tales como interferones, interleukinas, factor estimulante de colonias, y anticuerpos monoclonales (salvo que se otorgue como una cobertura específica en el Plan de Beneficios). Tampoco cuentan con cobertura otros tratamientos biológicos como inhibidores de tirosinkinasa, antiangiogénicos, inhibidores del proteosoma (salvo que se otorgue como una cobertura específica en el Plan de Beneficios).

jj) Nimodipidino se cubre solo en casos de hemorragia subaracnoidea.

kk) Ecografías 3D y 4D. Sólo se cubrirán un máximo de 3 ecografías 3D adicionales en el caso de diagnóstico ecográfico de Malformación Congénita en la ecografía bidimensional.

ll) Epidemias declaradas como tales por el Ministerio de Salud o Pandemias declaradas por la OMS.

mm) No están cubiertas las prótesis ortopédicas y las ortesis (sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés). No se cubren audífonos.

nn) Tratamientos realizados en el extranjero o medicamento no comercializados a nivel nacional.

oo) Tratamiento y operaciones derivadas a Halux valgus, pie plano, varo valgo.

pp) Gastos por alquiler de unidades de calefacción, equipo purificador de aire, equipo motorizado de transporte, escaleras mecánicas, ayudas acústicas, piscinas, teléfonos, artefactos eléctricos ni gastos de acompañantes. Salvo lo indicado en la cobertura Alimentación Acompañante Hospitalario.

qq) No se cubren atenciones hospitalarias ni atenciones de emergencia, ni atenciones relacionadas a maternidad ni odontológicas. No se cubren ningún tipo de cirugía ambulatoria, incluyendo cirugías relacionadas a maternidad ni odontológicas. No se cubren gastos que tenga que asumir el ASEGURADO en farmacia ni por otros procedimientos no descritos en el plan de beneficios.

rr) No están cubiertas las atenciones y/o tratamientos –ya sean ambulatorios u hospitalarios– relacionados a diagnósticos oncológicos, salvo que el Plan de Beneficios que forma parte de la presente Póliza, lo contemple expresamente.

MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS NO CUBIERTOS POR RIMAC SEGUROS

El presente listado ha sido elaborado teniendo como base las exclusiones actuales del plan de beneficios. Su contenido está sustentado por Medicina Basada en Evidencias y la regulación de organizaciones internacionales mencionadas como referentes en el plan de beneficios (FDA¹, EMA², CADTH³ y/o NCCN⁴).

Sistema Nervioso	Medicamentos para el tratamiento del déficit de la atención.	Ejemplo: Ritalin (metilfenidato), Strattera (atomoxetina), etc.
	Medicamentos neurotónicos y nootropicos, reactivadores o estimulantes neuronales.	Ejemplo: Somazina, Cebrocal, Coramina, Enefabol, Gamalate, Nootropil, Nucleo CMP, Zarlyn, etc.
	Medicamentos para el tratamiento de la dependencia al alcohol, cigarrillo y drogas ilícitas.	Ejemplo: Busetal, Nalerona, Metadona, Vareniciclina, etc.
	Medicamentos para el tratamiento de la obesidad, sobrepeso, anorexia nervosa, raquitismo.	Ejemplo: Chitin, Diestet, Lipenan, Reductil, Tenuate, Teronac, Mesura, Adisar, etc.
Dermatología, Higiene Personal	Medicamentos para tratamiento o prevención de Alopecia y Melasma.	Ejemplo: Minoxidil, Finasteride, etc.
Sistema Reproductor	Medicamentos para el tratamiento de la infertilidad o insumos para fertilización.	Ejemplo: Clomifeno y otros inductores de la ovulación.
Sistema Endocrino	Tratamiento con hormona de crecimiento.	Ejemplo: Genotropin, Humatrope, Saizen, etc.
	Peptido Atrial Natriuretico Recombinante.	Ejemplo: Nesiritide.
Tracto Alimentario	Suplementos alimenticios, estimulantes del apetito, anabólicos, energizantes, antioxidantes, productos geriátricos, reconstituyentes.	Ejemplo: Energón, Arcalión, Biotone, Ceregen, Protiban, PVM, Ciprovit, etc.

MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS NO CUBIERTOS POR RIMAC SEGUROS		
<p>El presente listado ha sido elaborado teniendo como base las exclusiones actuales del plan de beneficios. Su contenido está sustentado por Medicina Basada en Evidencias y la regulación de organizaciones internacionales mencionadas como referentes en el plan de beneficios (FDA¹, EMA², CADTH³ y/o NCCN⁴).</p>		
Tracto Alimentario	Hepatoprotectores.	Ejemplo: Tioctan, Higanatur, etc.
	Edulcorantes.	Ejemplo: Sucaryl, Sugafor, Splenda, etc.
Sistema Inmunológico	Inmunoestimulantes, lisados bacterianos o inmunoterapia.	Ejemplo: Bronchovaxom, Urovaxom, Isoprinosine, Luivac, Oncotice, Inmucyst, Ribomunyl, Ismigen.
Productos de Origen Natural y Otros	Productos naturales como, pero no limitados a: <ol style="list-style-type: none"> 1. Productos homeopáticos. 2. Expectorantes, probióticos, antiinflamatorios prostáticos, antihemorroidales y antivariicosos de origen natural. 3. Regeneradores del cartilago articulares (glucosamina, condroitina sulfato, artroglobina) 	Ejemplo: Uña de gato, Sangre de grado, Maca, Ginseng, Rowatinex, Rowachol, Biocaliptol, Solcoseryl, Abrilar, Dinaflex duo, Finartrit, Hiperflex, Choliplin, Esahepan, Hepamerz, Cefasabal, Eviprostat, Ergenil, Engystol, Silimarina, Prostacat, Prostaflam, Biolactol, Enterogermina, Lactibiane, Ciruelax, Hadensa, Piascledine, Diacereina, Diosmina, Venarin, Vainease, Pro K, Tropivag, etc.
	Carbazocromo	Ejemplo: Adona
	Etamsilato	Ejemplo: Dicynone

OTROS PRODUCTOS NO CUBIERTOS POR RIMAC SEGUROS

- Medicamentos sin aprobación de la FDA¹, EMA² y/o CADTH³. Medicamentos no aprobados por la FDA¹, EMA² y/o CADTH³ para la indicación específica solicitada.
- Medicamentos que no cuenten con un sustento científico que alcancen un nivel de evidencia IIa o mayor según la escala de la AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality), según los principios de la Medicina Basada en Evidencias.
- En caso de tratamientos oncológicos no se cubre aquello que no este establecido en las guías de la NCCN⁴ con grado de recomendación I ó IIa.
- Para los planes con cobertura nacional no se cubre medicamentos del extranjero no disponibles en el mercado nacional.
- Plantillas y zapatos ortopédicas, excepto si el plan especifica su cobertura.
- No se cubre implante coclear ni audifonos, excepto si el plan especifica su cobertura.
- Prótesis ortopédicas externas, ortesis, corsés, etc.
- Implante de células madre, plasma rico en plaquetas o factor de crecimiento plaquetario en cualquier zona anatómica.
- Kits pruebas rápidas para diagnóstico de embarazo.