

**CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DEL  
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE  
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD PARA AFILIADOS  
CONTRIBUTIVOS INDEPENDIENTES**

**“CONTINUIDAD FAMILIAR EPS”**

Conste en el presente documento las Condiciones Generales y Condiciones Particulares del Contrato de Prestación de Servicios de Seguridad Social en Salud, que celebran de una parte **RÍMAC S.A. Entidad Prestadora de Salud**, con R.U.C. N° 20414955020, con domicilio en Calle Las Begonias N° 475, Segundo piso, San Isidro, Lima, debidamente representada por el señor Vicente Manuel Felipe Checa Boza, identificado con D.N.I. N° 09339157 y el señor Mark Andrés Reyes Ploog, identificado con DNI N° 09540754, según poderes inscritos en la Partida N° 11035192 de la Oficina Registral de Lima y Callao - Oficina Lima, a quien en adelante se le denominará “LA EPS”, y de la otra parte “EL AFILIADO”, en los términos y condiciones que se detallan en el presente documento.

Asimismo, en caso corresponda, el presente contrato también podrá ser suscrito por EL CONTRATANTE, quien con su firma contrata la cobertura a nombre y para beneficio de EL AFILIADO, asumiendo EL CONTRATANTE la responsabilidad por el pago de la retribución a favor de LA EPS.

Las partes suscriben el presente documento que consta de quince (30) páginas, en dos (2) ejemplares idénticos y de igual valor, en señal de aceptación y conformidad del contenido del presente contrato, especialmente, respecto de las cláusulas que conforman las Condiciones Particulares, las mismas que abarcan desde la Cláusula Décimo Sétima a la Cláusula Trigésimo Segunda y que tienen el siguiente detalle:

El detalle de cláusulas es el siguiente

- Cláusula Décimo Sétima.- Sustitución de Planes.
- Cláusula Décimo Octava.- Aviso y Comunicaciones.
- Cláusula Décimo Novena.- Inicio de la Cobertura
- Cláusula Vigésima.- Documentos Válidos
- Cláusula Vigésimo Primera.- Solicitud de Afiliación
- Cláusula Vigésimo Segunda.- Derecho de Reclamo a Terceros
- Cláusula Vigésimo Tercera.- Gastos.
- Cláusula Vigésimo Cuarta.- Dependientes
- Cláusula Vigésimo Quinta.- Periodo de Inscripción e Inicio de Cobertura De Los Dependientes
- Cláusula Vigésimo Sexta.- Beneficio Máximo Anual por Persona.
- Cláusula Vigésimo Sétima.- Beneficios y Gastos Cubiertos
- Cláusula Vigésimo Octava.- Renovación.
- Cláusula Trigésima.- Gastos No Cubiertos y Exclusiones.
- Cláusula Trigésimo Primera.- Procedimiento en Caso de Reembolso.
- Cláusula Trigésimo Segunda.- Continuidad de Enfermedades Preexistentes.
- *Cláusula Trigésimo Tercera.- Procedimiento en Caso de Accidentes de Tránsito.*



Las partes dejan constancia que, conforme al Decreto Supremo N° 008-2010-SA – Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, toda referencia a Afiliado Potestativo (EL AFILIADO), se entenderá como Afiliado Contributivo Independiente.

Firmado en Lima, a los..... días del mes de..... de 20 .....

**VICENTE MANUEL FELIPE CHECA BOZA**  
**RIMAC S.A.**  
**ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD**

**MARK ANDRÉS REYES PLOOG**  
**RIMAC S.A.**  
**ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD**

---

**EL AFILIADO**

**Nombre:** .....  
**Tipo de Documento:** .....  
**Número de Documento:** .....  
**Dirección:** .....

---

**EL CONTRATANTE**

**Nombre:** .....  
**Tipo de Documento:** .....  
**Número de Documento:** .....  
**Dirección:** .....

**CONDICIONES GENERALES DEL  
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE  
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD PARA AFILIADOS CONTRIBUTIVOS  
INDEPENDIENTES**

**“CONTINUIDAD FAMILIAR EPS”**

**CLÁUSULA PRIMERA.- PRINCIPIOS GENERALES**

- 1.1 El presente contrato se rige de acuerdo a las normas vigentes en la Ley N° 26790 - Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud - y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-97-SA.
- 1.2 Se considera Afiliados Potestativos a todas aquellas personas que no reúnen los requisitos para una afiliación regular.
- 1.3 Los avisos y comunicaciones que intercambian las partes contratantes deberán ser formuladas por escrito, con constancia de recepción, bajo sanción de tenerse por no cursadas.

**CLÁUSULA SEGUNDA.- COBERTURAS**

- 2.1 **RÍMAC S.A. Entidad Prestadora de Salud**, en adelante denominada simplemente “**LA EPS**”, otorga a “**EL AFILIADO**” y sus dependientes debidamente inscritos en este Plan de Salud, cobertura en salud que comprende las siguientes prestaciones:
  - 2.1.1 Prestaciones de recuperación de la salud hasta la solución total de la dolencia, respetando los límites de cobertura y la vigencia del Plan de Salud. Éstas incluyen:
    - a) Atención médica, ambulatoria, hospitalaria y de emergencia.
    - b) Medicinas e insumos médicos
    - c) Servicios de rehabilitación.
  - 2.1.2 Prestación de maternidad, que consiste en el cuidado de la salud de la madre gestante y la atención del parto, extendiéndose al período de puerperio y al cuidado de la salud del recién nacido.
  - 2.1.3 Prestaciones de prevención y promoción de la salud que se indican en el Plan Mínimo de Atención a que se refiere el Anexo N° 2 del Decreto Supremo 009-97-SA, las mismas que se describen en documento anexo diferenciadas según edad y sexo y detallándose la periodicidad del beneficio.
- 2.2 La cobertura comprende las prestaciones referidas al Plan Mínimo de Atención detallado en el Anexo N° 2 del Decreto Supremo N° 009-97-SA. Adicionalmente se podrán contratar coberturas complementarias y adicionales, las cuales se regirán por

los límites y condiciones establecidas en las Condiciones Particulares. Las preexistencias podrán ser objeto de cobertura complementaria.

### **CLÁUSULA TERCERA.- EXCLUSIONES Y LIMITACIONES**

3.1 Este Seguro no cubre:

- 3.1.1 Curas de reposo o de sueño.
- 3.1.2 Cirugía plástica que no contribuya a la recuperación o rehabilitación del Paciente por ser de naturaleza cosmética, estética o suntuaria.
- 3.1.3 Cirugía estética para fines de embellecimiento.
- 3.1.4 Todo daño derivado de la autoeliminación o lesiones autoinfligidas.
- 3.1.5 Odontología estética, periodoncia y ortodoncia.
- 3.1.6 Lentes de contacto.

3.2 LA EPS podrá establecer otras exclusiones que serán aplicables únicamente a las coberturas complementarias y adicionales. Para la validez de dichas exclusiones es requisito indispensable que las mismas consten en las Condiciones Particulares y en el Plan de Salud.

3.3 La atención del parto se sujeta a las limitaciones establecidas en el numeral 4.1.

### **CLÁUSULA CUARTA.- INICIO DE LA COBERTURA Y PERIODO DE CARENCIA**

4.1 La fecha de inicio de cobertura constará en el Plan de Salud. En caso de maternidad, es condición para el goce de las prestaciones que la gestante se encuentre afiliada a LA EPS al tiempo de la concepción, dejándose potestad a **LA EPS** de comprobar médicamente esta condición.

Los recién nacidos quedarán cubiertos por el Plan de Salud contratado hasta el décimo quinto día de vida post natal.

4.2 El período de carencia es de tres (3) meses, salvo pacto en contrario que lo reduzca.

4.3 No existe período de carencia en caso de:

- Accidentes.
- Atención de Emergencia según la definición establecida por el Decreto Supremo N° 061-2002-SA;
- Renovación o rehabilitación inmediata de este contrato; o
- Traslado desde ESSALUD, otra EPS o Compañía de Seguros, de haber estado afiliado por lo menos doce (12) meses consecutivos con algún tipo de seguro por prestaciones de salud, cuya vigencia hubiere expirado en no más de treinta (30) días calendario antes del inicio del presente contrato.

4.4 La incorporación de nuevos dependientes al presente contrato constará en una cláusula adicional, quedando sujetos al periodo de carencia, salvo pacto en contrario

que lo reduzca. El incorporado al Plan de Salud dentro de los treinta (30) días de nacido quedará exceptuado del periodo de carencia.

#### **CLÁUSULA QUINTA.- PERIODO DE ESPERA**

LA EPS podrá aplicar un periodo de espera variable, dependiendo de la complejidad de la dolencia, el cual se establecerá como acuerdo de partes y constará en el Plan de Salud. Se computará desde la incorporación de **EL AFILIADO** a **LA EPS**.

#### **CLÁUSULA SEXTA.- MODALIDAD DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

- 6.1 Las prestaciones se otorgarán en los establecimientos que forman parte de la infraestructura propia de **LA EPS**, así como en las entidades vinculadas indicadas en el Plan de Salud.
- 6.2 Se podrán otorgar prestaciones de recuperación de la salud en otros establecimientos de salud no registrados en la SUNASA, con cargo a rembolsar los gastos incurridos, de acuerdo a los límites establecidos en el Plan de Salud y a los parámetros de reembolso existentes, previamente informados a **EL AFILIADO**.
- 6.3 LA EPS informará por escrito a **EL AFILIADO**, con una anticipación no menor a quince (15) días calendario, su decisión de resolver el contrato de prestación de servicios de salud que brinde en alguna de las Entidades Vinculadas mencionadas en el Plan de Salud, en cuyo caso la **EPS** asegurará la continuidad de los servicios de salud en otras Entidades Vinculadas de su red asistencial.
- 6.4 Cuando la resolución de contrato o interrupción de los servicios de salud haya sido decidida por la Entidad Vinculada, **LA EPS** debe informar por escrito a **EL AFILIADO** dentro de los tres (3) días siguientes de ocurrido este hecho. Igualmente, **LA EPS** asegurará la continuidad de los servicios de salud en otras Entidades Vinculadas de la red asistencial.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA.- RESPONSABILIDAD DE LA EPS**

- 7.1 De conformidad con el Artículo 62° del Reglamento de la Ley N° 26790, aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-97-SA, **LA EPS** asume ante **EL AFILIADO** la responsabilidad por los servicios prestados en los establecimientos de salud que forman parte de la infraestructura propia y en las Entidades Vinculadas indicadas en el Plan de Salud.
- 7.2 Son aplicables las reglas de nulidad de estipulaciones sobre exoneración y limitación de responsabilidades establecidas en el artículo 1328° del Código Civil, comprendiendo a los supuestos de culpa leve.

#### **CLÁUSULA OCTAVA.- RETRIBUCIÓN**

- 8.1 Como contraprestación por el otorgamiento de la cobertura contratada, **EL AFILIADO** pagará, de acuerdo a la periodicidad y condiciones pactadas, a **LA EPS**,

la retribución indicada en el Anexo 2, que incluye los tributos de ley y gastos, el cual forma parte integrante del presente contrato.

- 8.2 La falta de pago de una retribución dentro de los plazos establecidos dará lugar a la mora automática, sin necesidad de intimación previa a **EL AFILIADO**, quedando desde ese momento suspendida la cobertura materia del presente contrato.
- 8.3 Si **EL AFILIADO** que ha incurrido en mora cumple con ponerse al día en las retribuciones adeudadas, recobrará el derecho a gozar de los beneficios de este contrato a partir del día hábil siguiente de efectuado el pago, pero sin efecto retroactivo, por lo que en ningún caso responderá **LA EPS** por contingencias ocurridas, iniciadas, derivadas o a consecuencia de diagnósticos realizados durante el período en que **EL AFILIADO** se encontrara en mora en el pago de las retribuciones.

**EL AFILIADO** no recobrará el derecho si **LA EPS** hubiere optado por la resolución del contrato por cualquiera de las causales previstas en la cláusula Décimo Tercera.

#### **CLÁUSULA NOVENA.- COPAGOS**

- 9.1 Las prestaciones materia del presente contrato, están sujetas a copagos a cargo de **EL AFILIADO** los cuales se establecen en el Plan de Salud.
- 9.2 No están sujetas a copago alguno, las atenciones en servicios de emergencia, según la definición establecida por el Decreto Supremo N° 061-2002-SA. Las prestaciones de maternidad y las prestaciones preventivas o promocionales serán otorgadas sin copago por lo menos en una Entidad Vinculada de la red asistencial establecida por **LA EPS**.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA.- REAJUSTE DE RETRIBUCIONES O COPAGOS**

- 10.1 LA EPS únicamente reajustará el monto de la retribución o de los copagos pactados por las causales que constan en el Anexo 2. En tal sentido, en dicho Anexo, al momento de la suscripción, se especificarán los plazos de vigencia de la retribución y de los copagos, así como las causales para proceder al reajuste.
- 10.2 El reajuste de la retribución o de los copagos será producto del resultado final de una evaluación técnica de la siniestralidad de toda la cartera de afiliados; asimismo, si fuera por causales distintas a las establecidas en el Anexo 2, en ambas situaciones, se cursará una comunicación escrita a **EL AFILIADO** informándole la intención de reajustar tales montos. Luego de transcurridos cinco (5) días hábiles de recibida dicha comunicación y no haber **EL AFILIADO** formulado por escrito observación alguna, se dará por consentido el incremento en mención. Las observaciones que no sean resueltas de común acuerdo por las partes serán sometidas a lo estipulado en la cláusula décimo quinta.

## **CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA.- EXÁMENES MÉDICOS Y DECLARACIONES DE SALUD**

- 11.1 Antes de la celebración del presente contrato o durante su vigencia, **LA EPS** podrá disponer que **EL AFILIADO** y sus dependientes se sometan a exámenes médicos o suscriban declaraciones de salud. **LA EPS** no podrá impedir o restringir el derecho de **EL AFILIADO** a continuar asegurado basada en los resultados de los exámenes realizados o declaraciones juradas de salud.
- 11.2 En ningún caso, **EL AFILIADO** pagará el costo del citado examen médico.
- 11.3 **LA EPS** se obliga a mantener la confidencialidad de los resultados de tales exámenes médicos o declaraciones juradas de salud, dentro de los límites de la ley.

## **CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA.- PLAZO**

- 12.1 El presente contrato se celebra por el plazo de un año, y quedará automática y sucesivamente renovado por igual plazo, salvo que **EL AFILIADO** comunique a **LA EPS**, con treinta (30) días calendario de anticipación, su voluntad de no renovarlo.
- 12.2 **EL AFILIADO** adquiere la calidad de tal desde la fecha en que suscribió el contrato y se adhirió al Plan de Salud y mantendrá todos sus derechos en tanto el contrato esté vigente por renovación o rehabilitación inmediata.
- 12.3 **LA EPS** no podrá negar la renovación del contrato ante la aparición de alguna enfermedad sobreviniente contraída por **EL AFILIADO** durante el periodo de vigencia.

## **CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA.- RESOLUCIÓN**

- 13.1 Son causales de resolución del presente contrato las siguientes:
- 13.1.1 El acuerdo de las partes.
  - 13.1.2 Cuando **EL AFILIADO** en un año incurre en mora en dos oportunidades.
  - 13.1.3 Cuando **EL AFILIADO** incumple con el pago de dos retribuciones consecutivas.
  - 13.1.4 La declaración de salud falsa o inexacta y/o por actos dolosos debidamente comprobados o demostrados por **LA EPS**.
  - 13.1.5 El cumplimiento parcial, tardío o defectuoso de cualquiera de las obligaciones de una de las partes, para cuyo efecto la parte que se perjudica con el incumplimiento requerirá notarialmente a la otra para que satisfaga su prestación en el plazo de quince (15) días calendario, bajo pena de resolución del contrato. Si la prestación no se cumple dentro del plazo señalado, el contrato quedará automáticamente resuelto.

Tratándose de las causales 13.1.2, 13.1.3 y 13.1.4, la resolución del contrato se producirá de pleno derecho cuando LA EPS comunique por escrito a **EL AFILIADO** que hace valer la cláusula resolutoria.

13.2 Las partes están obligadas al cumplimiento de las obligaciones contraídas hasta el momento en que se hace efectiva la resolución del contrato.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA.- DOMICILIO**

Las partes señalan como domicilio el que se indica en las Condiciones Particulares, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones vinculadas a este contrato, salvo que se hubiera comunicado a la otra parte el cambio de domicilio mediante documento de fecha cierta y con no menos de treinta (30) días calendario de anticipación.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA.- SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

- 15.1 Todas las desavenencias o controversias que pudieran surgir entre **LA EPS** y **EL AFILIADO**, derivadas del presente contrato, incluidas las de su nulidad o invalidez, serán resueltas a través de una conciliación o de un arbitraje en salud, de conformidad con los respectivos Reglamentos del Centro de Conciliación y Arbitraje de **LA SUNASA**, a cuyas normas se someten las partes.
- 15.2 Si las partes optaran por un procedimiento de conciliación en el cual se arribe sólo a un acuerdo parcial o no se llegue a ningún acuerdo, entonces éstas resolverán la controversia subsistente de forma definitiva, a través de un procedimiento de arbitraje, de conformidad con el respectivo Reglamento del Centro de Conciliación y Arbitraje de **LA SUNASA**.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA.- DEFINICIONES**

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

- a) Accidente.- Toda lesión corporal producida por acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad y que puede ser determinada por los médicos de una manera cierta.
- b) Afiliado.- Asegurado Titular que celebra el presente contrato en su favor y sus dependientes.
- c) Afiliado Potestativo.- Persona que no reúne los requisitos de Afiliación Regular.
- d) Asegurados.- Titular y dependientes amparados por el plan de salud materia del presente contrato.
- e) Copago.- Importe que debe pagar el asegurado por las prestaciones recibidas. Puede expresarse en una cantidad fija expresada en moneda, en un porcentaje del costo de las prestaciones.
- f) Carencia.- Período durante el cual los afiliados potestativos no gozan de las coberturas y prestaciones contenidas en el Plan de Salud contratado, salvo los casos establecidos en las Condiciones Generales.

- g) Dependiente.- Toda aquella persona que depende económicamente de EL AFILIADO titular.
- h) LA EPS.- La Entidad Prestadora de Salud, que suscribe, cuyo único fin es el de prestar servicios de atención para la salud, con infraestructura propia y de terceros, sujetándose a los controles de la Superintendencia Nacional de Salud-SUNASA.
- i) Ley.- Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud;
- j) Plan de Salud.- Es el documento que detalla las coberturas que otorgará LA EPS, así como la forma en que tales prestaciones se otorgarán. Incluye las coberturas, las exclusiones y los establecimientos vinculados al Plan. Asimismo, dicho documento considera detalladamente, y no de manera genérica, los plazos de vigencia de los copagos y de las retribuciones, sus condiciones y causales para proceder a su reajuste.
- k) Plan Mínimo de Atención.- Conjunto de intervenciones de salud que como mínimo deben otorgarse a los afiliados potestativos y que constan en el Anexo 2 del Reglamento de la Ley N° 26790, aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-97-SA.
- l) Reglamento.- Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-97-SA.
- m) Preexistencia.- Es cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a llenar y suscribir la Declaración Jurada de Salud.
- n) Emergencia.- Es toda condición repentina e inesperada que requiere atención y procedimientos quirúrgicos y/o médicos inmediatos al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente. La determinación de la condición de emergencia es realizada por el profesional médico encargado de la atención, bajo responsabilidad.
- o) Periodo de Espera.- Es aquél donde se postergan algunas atenciones. En tal sentido para tener derecho a alguna de estas atenciones debe transcurrir el plazo establecido en el Plan de Salud, contado a partir de la incorporación a la EPS, el cual deberá ser consecutivo y sin periodos de morosidad.
- p) Cobertura Complementaria.- Comprende la atención de contingencias correspondientes a la capa compleja, no comprendidas en el Plan Mínimo de Atención, que permiten dar integridad, oportunidad y continuidad a las prestaciones de salud. Se encuentra sujeta a los límites, prestaciones y condiciones estipulados libremente por las partes.  
De ser otorgados los servicios tales como: médico a domicilio, programas de pacientes crónicos, orientación médica telefónica, y otros similares, deberán estar comprendidos en esta cobertura.
- q) Beneficios Adicionales.- Son servicios distintos a los beneficios comprendidos en el Plan Mínimo de Atención y cobertura complementaria, tales como: Sepelio, segunda opinión, excimer láser, entre otros, y están sujetos a los límites, prestaciones y condiciones estipulados libremente por las partes, se financiarán necesariamente mediante aportes adicionales.
- r) Red.- Conjunto de centros asistenciales de todos los niveles de complejidad y capacidad de resolución suficiente para atender las prestaciones cubiertas por el Plan de Salud; son articulados funcionalmente para asegurar la atención a la salud y enfermedad de EL AFILIADO y sus dependientes con oportunidad, calidad y

calidez, en proporción a la complejidad y magnitud de la demanda en un ámbito geográfico poblacional determinado.

**CONDICIONES PARTICULARES DEL  
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE  
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD PARA AFILIADOS CONTRIBUTIVOS  
INDEPENDIENTES**

**“CONTINUIDAD FAMILIAR EPS”**

**CLÁUSULA DÉCIMO SÉTIMA.- SUSTITUCIÓN DE PLANES**

Para efectos del presente Contrato, las coberturas del Plan de Salud corresponden a las prestaciones descritas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), aprobado mediante Decreto Supremo N° 016-2009-SA, el mismo que conforme al artículo 96° del Reglamento de la Ley de Aseguramiento Universal en Salud, reemplaza al Plan Mínimo de Atención detallado en el Anexo N° 2 del Decreto Supremo N° 009-97-SA.

**CLAUSULA DECIMO OCTAVA.- AVISO Y COMUNICACIONES**

Los avisos y comunicaciones que con relación al Contrato de Prestación de Servicios de Seguridad Social en Salud intercambien las partes, deberán ser formulados por escrito.

**CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA.- INICIO DE LA COBERTURA**

Adicionalmente a lo indicado en la Cláusula Cuarta de las Condiciones Generales, la fecha de inicio de la cobertura del **PEAS** y de los Planes Complementarios estará sujeta a lo siguiente:

- a) Si la suscripción del presente Contrato se realiza durante los siete primeros días del mes en curso, la cobertura se iniciará el primer día del mismo mes.
- b) Si la suscripción del presente Contrato se realiza posterior a los siete primeros días del mes en curso, la cobertura se iniciará el primer día del mes siguiente.

En ambos casos, la cobertura del **PEAS** y de los Planes Complementarios se activará siempre y cuando se haya realizado el pago de la retribución correspondiente.

**CLÁUSULA VIGESIMA.- DOCUMENTOS VÁLIDOS**

Los documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes lo conforman el presente Contrato, sus eventuales adendas suscritas por ambas partes, el Plan de Salud contratado, así como también la Solicitud de Afiliación, la cual contiene la Declaración de Salud.

### **CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA.- SOLICITUD DE AFILIACION**

Las personas que se afilien tienen la obligación de llenar la Solicitud de Afiliación, la cual contiene una Declaración de Salud, que debe ser completamente llenada, en los formularios proporcionados por **LA EPS**. La declaración de enfermedad preexistente es obligatoria por parte de **EL AFILIADO** y sus Dependientes.

**LA EPS** deja constancia que la referida Declaración de Salud no generará exclusiones en las coberturas del **PEAS**, sin embargo, si serán materia de exclusión en la cobertura de los Plan Complementarios, así no hubieran sido declaradas por **LOS AFILIADOS**.

La Solicitud de Afiliación es obligatoria, por cuanto a través de ella se podrá determinar el inicio de cobertura del **AFILIADO** y sus Dependientes. Si el **AFILIADO** no hace entrega de la Solicitud de Afiliación no podrá ser cubierto bajo el presente Contrato y los Planes de Salud que de este deriven.

### **CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA.- DERECHO DE RECLAMO A TERCEROS**

**LA EPS** al indemnizar uno o más beneficios cubiertos por el presente Contrato, podrá reclamar directamente al tercero responsable del daño que ocasionó la(s) lesión(es) o la(s) enfermedad(es), el importe de los beneficios pagados por **LA EPS** a favor de **EL AFILIADO** o sus Dependientes (conforme a la definición que se precisa en la Cláusula Vigésimo Cuarta).

### **CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA.- GASTOS**

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

### **CLÁUSULA VIGÉSIMO CUARTA.- DEPENDIENTES**

Conforme a lo establecido en el artículo 82° del Reglamento de la Ley de Aseguramiento Universal en Salud, para efectos del presente Contrato, se considerarán Dependientes de **EL AFILIADO**:

- a) A sus derechohabientes, entendiéndose éstos como el cónyuge o concubino a que se refiere el Artículo 326° del Código Civil, así como los hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente;
- b) A los hijos solteros mayores de 18 (dieciocho) años y menores de 26 (veintiséis) años de edad al momento de la inscripción;

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

El límite de permanencia para los hijos, referido en el numeral a) precedente, será al cumplir los 26 (veintiséis) años de edad. En los casos que la edad límite se cumpla en el transcurso de la vigencia del presente Contrato, la exclusión se producirá de manera

automática a partir del primer día del mes siguiente de cumplida la edad límite de permanencia.

No existe limitaciones de edad para **EL AFILIADO**, cónyuge o concubino(a).

### **CLÁUSULA VIGÉSIMO QUINTA.- PERIODO DE INSCRIPCIÓN E INICIO DE COBERTURA DE LOS DEPENDIENTES**

La(s) Solicitud(es) de Afiliación de los Dependientes, deberá(n) presentarse al momento de la inscripción de **EL AFILIADO**.

De conformidad con el numeral 4.4 de las Condiciones Generales, la incorporación de nuevos Dependientes se realizará de la siguiente manera:

#### **25.1 Dependientes señalados en el literal a) de la Cláusula Vigésimo Cuarta:**

En el supuesto que **EL AFILIADO**: (i) Hubiera incorporado a alguno de sus derechohabientes con posterioridad al inicio de la vigencia del Contrato, o (ii) Hubiera solicitado la exclusión de alguno de sus dependientes y decida incorporarlo nuevamente, la cobertura del **PEAS** para estos dependientes se iniciará a partir del primer día del mes siguiente a la fecha en que **EL AFILIADO** comunica a **LA EPS** su incorporación o reincorporación, respectivamente. En ambos supuestos en lo que se refiere a la cobertura del Plan Complementario, se aplicará un periodo de carencia de 90 (noventa) días que se computará a partir del primer día de inicio de la cobertura de **PEAS**, salvo para las emergencias accidentales y/o médicas, en cuyo caso la aplicación es inmediata.

Esta condición no aplica si el dependiente a ser inscrito es recién nacido, en cuyo caso la cobertura del **PEAS** y del Plan Complementario, son inmediatos previa presentación de una carta simple indicando los datos básicos del menor para su afiliación; sin embargo, la formalización de su inclusión dentro del plan de salud deberá realizarse dentro de los 30 (treinta) primeros días posteriores al nacimiento a fin de adquirir cobertura de enfermedades congénitas. Para hacer efectiva la inclusión en el Plan de Salud deberá llenarse la Solicitud de Afiliación.

En caso soliciten la exclusión de los dependientes, solo procederá siempre que (i) se acredite el fallecimiento a través de la partida de defunción, el divorcio a través de la partida de matrimonio con la anotación marginal del divorcio, la separación de la unión de hecho a través de declaración jurada de fin de unión de hecho, y otros motivos señalados por el **AFILIADO**.

#### **25.2 Dependientes señalados en el literal b) de la Cláusula Vigésimo Cuarta:**

**EI AFILIADO** deberá presentar la Solicitud de Afiliación (i) al momento de la inscripción del **AFILIADO**; o, (ii) al momento de la renovación del Contrato. En ambos casos, se establece un período de carencia de 90 (noventa) días para la cobertura del Plan Complementario, que se computará a partir del primer día del mes siguiente a la fecha en que **EL CONTRATANTE** comunica a **LA EPS** su inclusión, salvo para las emergencias accidentales y/o médicas, en cuyo caso la aplicación es inmediata.

En el supuesto que el **AFILIADO** hubiera solicitado la exclusión de alguno de los Dependientes del literal b) de la Cláusula Vigésimo Cuarta, no podrá solicitar su reincorporación hasta la renovación del Contrato. En este caso, se volverá a aplicar el período de carencia señalado en el párrafo precedente.

En casos que el **AFILIADO** solicite la exclusión de alguno de sus Dependientes, cualquiera de ellos, ésta se computará a partir del primer día del mes siguiente de solicitada aquella exclusión.

**PERIODO DE CARENCIA:** El periodo de carencia es de noventa (90) días contados a partir de la fecha de inicio de la cobertura de PEAS, sea en la incorporación o reincorporación del AFILIADO al plan de salud.

En este periodo los diagnósticos y/o enfermedades cubiertas en los planes complementarios que se presenten no serán cubiertos por la EPS.

**PERIODO DE ESPERA:** Es el periodo durante el cual, los diagnósticos y/o enfermedades cubiertas por los Planes Complementarios que se presenten no serán objeto de cobertura por **LA EPS**, excepto en el caso de enfermedades que formen parte del PEAS. Culminado este período, **LA EPS** otorgará la cobertura por los diagnósticos y/o enfermedades siempre que la Póliza contemple aquellas coberturas.

El Período de Espera será determinado específicamente para cada cobertura y será contado a partir de la fecha la incorporación o reincorporación del **AFILIADO** o dependiente al Plan de Salud.

#### **EXONERACIÓN DE PERIODOS DE CARENCIA Y ESPERA:**

Cuando los diagnósticos y/o enfermedades cubiertas por el Plan Complementario no sean reconocidos como preexistentes, solo se le exonerará al **AFILIADO** de los Períodos de Carencia y Espera,

a favor del Derechohabiente que haya nacido bajo el amparado del Plan de Salud y siempre y cuando fuera incluido en el Plan de Salud dentro de un periodo máximo de treinta (30) días calendario contados a partir de su nacimiento.

#### **CLAUSULA VIGESIMO SEXTA .- BENEFICIO MAXIMO ANUAL POR PERSONA**

Los gastos pagados por persona por **LA EPS**, en beneficio de **LOS AFILIADOS** y/o sus Dependientes, en razón de los Planes Complementarios, disminuyen la Suma Asegurada como Beneficio Máximo Anual por Persona.

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

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

## **CLÁUSULA VIGÉSIMO SÉTIMA.- BENEFICIOS Y GASTOS CUBIERTOS**

**LA EPS** otorgará a **LOS AFILIADOS** y sus Dependientes, los beneficios descritos a continuación, sean a través del **PEAS** o de Planes Complementarios, según lo descrito en el Plan de Salud.

En caso de beneficios que no sean cubiertos por el **PEAS**, necesariamente deberán constar en el Plan de Salud del **AFILIADO** y/o de sus Dependientes para que sean cubiertos por **LA EPS**, caso contrario no serán aplicables y por lo tanto el **AFILIADO** y/o de sus Dependientes no podrán gozar de ellos.

Los costos de los siguientes beneficios adjuntos, serán asumidos por **LA EPS**, y los gastos por Planes Complementarios serán descontados del Beneficio Máximo Anual por Persona.

Asimismo, **LOS AFILIADOS** y/o sus Dependientes podrán atenderse en la red de Clínicas Afiliadas adscritos a su Plan de Salud mediante el pago de un deducible y copago según lo señalado en dicho Plan de Salud.

Los Beneficios siguientes surtirán efecto para una vez que haya transcurrido el periodo de carencia o espera indicado en el Contrato o Plan de Salud, siempre que dicha cobertura no se encuentre en el **PEAS** y sea parte de Planes Complementarios.

### **27.1. BENEFICIO DE EMERGENCIA**

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

#### **Servicio de Ambulancia:**

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

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

En Arequipa:

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

En Trujillo:

Norte: La Esperanza  
Nor Este: Florencia de Mora  
Nor Oeste: Huanchaco, Huanchaquito  
Sur: Salaverry, Moche  
Este: Laredo  
Sur Oeste: Las Delicias

### **27.1.1 Emergencia accidental:**

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

### **27.1.2 Continuidad de emergencia accidental por 90 días**

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

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

**LA EPS** cubrirá las atenciones derivadas de una emergencia accidental para **LOS AFILIADOS** y sus Dependientes que se encuentren en periodo de carencia, bajo las condiciones de la cobertura correspondiente (ambulatorio, hospitalario, etc).

### **27.1.3 Emergencia Médica:**

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

### **27.1.4 Emergencia Aló Rímac**

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

## **27.2. BENEFICIO AMBULATORIO**

**LOS AFILIADOS** y/o sus Dependientes gozarán de la cobertura ambulatoria para gastos provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria o sin hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante.

## **27.3. BENEFICIO HOSPITALARIO**

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

#### **27.3.1 Hospitalización programada:**

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

#### **27.3.2 Hospitalización no programada:**

En los casos de internamiento por emergencia de **LOS AFILIADOS** y/o sus Dependientes en una Clínica Afiliada al Plan de Salud la Clínica brindará la atención médica requerida y posteriormente solicitará a **LA EPS** la Carta de Garantía correspondiente según las condiciones del Plan de Salud.

#### **27.3.3 Cobertura Post – Hospitalaria:**

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

### **27.4. BENEFICIO MATERNIDAD(\*)**

**LOS AFILIADOS** y/o sus Dependientes que se encuentren embarazadas gozarán del beneficio ambulatorio por **Diagnósticos de Maternidad** cual incluye:

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

**27.4.2 Parto normal y parto múltiple espontáneo sin complicaciones.**

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

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

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

## **27.5. BENEFICIO ODONTOLÓGICO**

El Beneficio Odontológico para **LOS AFILIADOS** y/o sus Dependientes que se realicen en los Consultorios Dentales Afiliados, especificados en el Plan de Salud, contempla lo siguiente:

- 27.5.1 Examen oral inicial.
- 27.5.2 Radiografías.
- 27.5.3 Profilaxis general.
- 27.5.4 Flúor y sellantes.
- 27.5.5 Restauraciones: Amalgamas, Resina y Resina con alógena en piezas delanteras y posteriores.
- 27.5.6 Terapia Radicular.
- 27.5.7 Pulpectomía.
- 27.5.8 Apiceptomía.
- 27.5.9 Extracciones.

## **27.6. CONSULTAS A DOMICILIO**

En caso que **LOS AFILIADOS** y/o sus Dependientes deseen ser atendidos en su domicilio, deberá concertar una cita llamando a nuestras centrales telefónicas:

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

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

## **27.7. BENEFICIO OFTALMOLÓGICO**

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

## **27.8. BENEFICIO ONCOLÓGICO Y OTRAS CLÍNICAS PARA ATENCIÓN ONCOLÓGICA**

**LOS AFILIADOS** y/o sus dependientes gozarán de la cobertura para casos de cáncer, de acuerdo a lo estipulado en el Plan de Salud.

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

### **Inicio de la Cobertura**

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

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

**Esta cobertura cubre lo siguiente:**

- **Oncología Ambulatoria.-** Consultas médicas especializadas, quimioterapia, exámenes, procedimientos médicos especiales, así como la cobertura de las complicaciones causadas por el tratamiento del cáncer.
- **Oncología Hospitalaria y de Emergencia.-** Consultas médicas especializadas, quimioterapia, cirugías y hospitalización, exámenes y procedimientos médicos especiales, así como cobertura de las complicaciones causadas por el tratamiento del cáncer.
- **Radioterapia, Cirugía oncológica, imagenología y PETSCAN.-** Se brindará cobertura de acuerdo a la red de proveedores detallada en el plan de salud.

- **Terapia Biológica en Cáncer.-** Se brindará exclusivamente vía delivery a domicilio y solamente para los tipos de cáncer y estado clínico detallados por la Food and Drugs Administration (FDS) o de acuerdo a las guías de manejo oncológico del NCCN y NCI vigentes al momento de la atención. Incluye: Factores estimulantes de colonias, anticuerpos Monoclonales, inhibidores de la Tirocin Kinasa, inhibidores del proteosoma, antiangiogénicos.

**Esta cobertura no ampara lo siguiente:**

- Cuando el cáncer sea una enfermedad preexistente a la afiliación al Plan de Salud.
- Tratamientos en el extranjero.
- Costo de órganos y tejidos trasplantados ni los gastos relacionados al trasplante de los mismos.
- Tratamientos experimentales ni medicamentos oncológicos no aprobados por la FDA (Food and Drug Administration – [www.fda.gov](http://www.fda.gov)) o de acuerdo a las Guías de Manejo Oncológico del NCCN vigentes al momento de la atención, ni las complicaciones por la utilización de los mismos.
- Medicamentos oncológicos no comercializados a nivel nacional.
- Exámenes, diagnósticos y procedimientos terapéuticos no disponibles a nivel nacional.

## **27.9. BENEFICIO DE PROTESIS QUIRURGICAS**

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

La cobertura se otorgará vía reembolso en caso el Plan de Salud así lo especifique. Se encuentran excluidas las prótesis externas.

## **27.10. BENEFICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

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

## **27.11. BENEFICIO CUIDATE: PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (Solo Lima)**

Programa de control y seguimiento de los diagnósticos crónicos (hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, asma bronquial y dislipidemia) de **LOS AFILIADOS** y/o sus Dependientes, a fin de que tomen conciencia de su enfermedad y riesgos, y contribuyan en su propio control.

El Programa **CUIDATE** incluye lo siguiente:

- Medicamentos según lo prescrito por el médico tratante.
- Charlas y consejería permanente.
- Exámenes auxiliares determinados para cada diagnóstico y serán definidos por el médico tratante.
- Evaluaciones médicas al ingreso al programa **CUIDATE**.
- Controles periódicos a través de consultas médicas.(tanto médicos como de enfermería)

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

## **27.12. BENEFICIO DE ENFERMEDADES CONGÉNITAS**

**LA EPS** otorgará la presente cobertura a **LOS AFILIADOS** y/o sus Dependientes (i) cuyo nacimiento se haya producido dentro de la vigencia del Plan de Salud y (ii) cuya inscripción se haya producido dentro de los 30 (treinta) días calendarios siguientes contados desde el nacimiento.

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

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

## **27.13. BENEFICIO DE PSICOPROFILAXIS DEL PARTO**

La presente cobertura proporciona conocimientos teóricos elementales sobre anatomía y fisiología del embarazo y parto a **LOS AFILIADOS** y/o sus Dependientes, que se encuentren afiliados al Plan de Salud que contenga el presente beneficio.

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

La cobertura se otorgará solo en las clínicas y/o centros médicos afiliados al Plan de Salud. Esta cobertura no aplica para reembolso en Lima, solo en Provincia.

## **27.14. BENEFICIO DE BOTOX (TOXINA BOTULÍNICA) PARA CASOS TERAPÉUTICOS**

Beneficio ambulatorio otorgado a **LOS AFILIADOS** y/o sus Dependientes vía crédito y reembolso solo con fines terapéuticos.

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

#### **27.15. BENEFICIO PREVENTIVO PROMOCIONAL**

Beneficio otorgado a **LOS AFILIADOS** y/o sus Dependientes, de acuerdo al programa preventivo, vía crédito en los centros médicos indicados en el Plan de Salud.

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

#### **27.16. BENEFICIO DE ATENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

El presente beneficio proporciona a **LOS AFILIADOS** y/o sus Dependientes la cobertura de Consejería, Vasectomía y Ligadura de Trompas para atenciones de PLANIFICACIÓN FAMILIAR relativas al **PEAS**, solo vía crédito (No procede vía reembolso), en Lima y Provincias según condiciones detallados en el Plan de Salud. El presente Beneficio tiene un tiempo de espera detallado en el Plan de Salud.

#### **27.17. BENEFICIO DE ATENCIÓN ENFERMEDADES MENTALES**

El presente beneficio proporciona solo a **LOS AFILIADOS** y/o sus Dependientes la cobertura de consultas ambulatorias y hospitalarias para atenciones de **ATENCIÓN ENFERMEDADES MENTALES**, relativas al **PEAS**, solo vía crédito, siendo las siguientes:

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

El presente beneficio aplica vía crédito (No procede vía reembolso), en Lima y Provincias según los topes y condiciones detallados en el Plan de Salud. El presente beneficios tiene un tiempo de espera detallado en el plan de salud.

#### **27.18. BENEFICIO DE ATENCIÓN VIH**

El presente beneficio proporciona solo a **LOS AFILIADOS** y/o sus Dependientes la cobertura de consultas ambulatorias y hospitalarias para atenciones de VIH relativas al **PEAS**, solo vía crédito, en Lima y Provincias según los topes y condiciones detallados en el Plan de Salud.

#### **27.19. BENEFICIO TERAPIA BIOLÓGICA NO ONCOLÓGICA**

En caso el Plan de Salud contratado cuente con el presente beneficios **LOS AFILIADOS** y/o sus Dependientes, podrán -bajo indicación médica- solicitar el beneficio de Terapia Biológica No Oncológica, mediante la cobertura de gastos ambulatorios y hospitalarios en Lima y Provincia.

Se cubrirá el beneficio de Terapia Biológica No Oncológica en los casos que el Plan de Salud lo indique, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas a su

Plan de Salud mediante el pago de un deducible y copago según lo señalado en dicho documento.

La cobertura será otorgada con medicamentos biológicos aprobados por la FDA - Food and Drug Administration, y que cumplan las condiciones de severidad establecido por dicha entidad y serán entregados vía delivery en Lima y Provincia.

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

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

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

Adicionalmente este beneficio aplica para pacientes que padezcan Asma, esclerosis múltiple, lupus eritematoso sistemático o infarto al corazón que puedan ser tratados con medicamentos biológicos aprobados por la FDA - Food and Drug Administration.

**El presente beneficio aplica a partir del plan adicional 2.**

## **27.20. BENEFICIO DE TRATAMIENTO HORMONAL POR MENOPAUSIA**

El presente beneficio ambulatorio proporciona a **LOS AFILIADOS** y/o sus Dependientes, la cobertura de un Tratamiento Hormonal por diagnóstico de menopausia bajo indicación médica.

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

## **27.21. GASTOS DE TRANSPORTE POR EVACUACIÓN**

Cubre los gastos de transporte por evacuación de **LOS AFILIADOS** y/o sus Dependientes a un centro hospitalario en casos de emergencia, siempre que sea determinado y ordenado por un médico auditor de **LA EPS**.

Asimismo, cubre el traslado de un acompañante cuando el **AFILIADO** sea menor de edad. Solo se cubre el traslado en ambulancia o avión (a nivel nacional) de ida al centro hospitalario, más no el retorno, y se encuentra sujeto a disponibilidad del proveedor.

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

#### **27.22 BENEFICIO PLANIFICACIÓN FAMILIAR (INSERCIÓN Y RETIRO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO)**

**LOS AFILIADOS** y/o sus Dependientes, podrán -bajo indicación médica- solicitar, en Lima y Provincia, el beneficio de Planificación Familiar (Inserción y Retiro del Dispositivo Intrauterino).

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

Se cubrirá el beneficio de Planificación Familiar (Inserción y Retiro del Dispositivo Intrauterino) bajo condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas a su Plan de Salud mediante el pago de un deducible y copago según lo señalado en dicho documento.

#### **27.23. BENEFICIO DE SEGUNDA OPINIÓN EN EL EXTRANJERO Y NACIONAL**

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

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

**El presente beneficio aplica a partir de los planes adicional 1.**

No se cubre bajo esta cobertura el viaje de **LOS AFILIADOS** y/o sus Dependientes, ni de sus familiares.

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

#### **27.24. BENEFICIO DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA**

**LOS AFILIADOS** y/o sus Dependientes, podrán -bajo indicación médica- solicitar, solo en Lima, el beneficio de Cirugía de Reconstrucción Mamaria en caso de una mastectomía radical por cáncer.

**El presente beneficio aplica a partir de los planes adicional 1.**

Se cubrirá el beneficio de Cirugía de Reconstrucción Mamaria en los casos que el Plan de Salud lo indique, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas a su

Plan de Salud mediante el pago de un deducible y copago según lo señalado en dicho documento.

#### **27.25. BENEFICIO DE HOMEOPATÍA**

El presente beneficio proporciona a **LOS AFILIADOS** y/o sus Dependientes la cobertura de Homeopatía sólo vía crédito (no procede vía reembolso).

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

**El presente beneficio aplica a partir de los planes adicional 1.**

#### **27.26. BENEFICIO DE ACUPUNTURA**

El presente beneficio ambulatorio proporciona a **LOS AFILIADOS** y/o sus Dependientes la cobertura de Acupuntura solo vía crédito (No procede vía reembolso).

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

Este beneficio será dado de acuerdo a las condiciones que detalla el plan de Salud.

**El presente beneficio aplica a partir de los planes adicional 1.**

#### **27.27. BENEFICIO DE TRATAMIENTO QUIROPRÁCTICO**

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

Este beneficio será dado de acuerdo a las condiciones que detalla el plan de Salud.

**El presente beneficio aplica a partir de los planes adicional 1.**

#### **27.28. GASTOS DE SEPELIO**

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

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



El límite máximo de este beneficio y/o plan funerario es el señalado en el Plan de Salud.

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

### **El presente beneficio aplica a partir de los planes adicional 1.**

El presente beneficio no será aplicable si **LOS AFILIADOS** y/o sus Dependientes, hubieran fallecido a causa de un accidente producido en el territorio nacional como consecuencia de un desastre natural, cuyos gastos de atención médica fueron cubiertos previamente por **LA EPS**.

### **CLAUSULA VIGÉSIMO NOVENA.- RENOVACION**

Por la renovación automática los términos y condiciones serán los que estuvieron vigentes en el período anterior, salvo que La EPS considere incorporar modificaciones en la prima o en cualquier otra condición del seguro, para lo cual, deberá cursar aviso por escrito al CONTRATANTE detallando las modificaciones en caracteres destacados con una anticipación no menor de treinta (30) días al término de la vigencia de la Póliza. El CONTRATANTE tiene un plazo no menor de quince (15) días previos al vencimiento de la vigencia de la Póliza para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por LA EPS.

En caso la propuesta de modificación enviada por LA EPS sea rechazada, la Póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo correspondiente.

En el caso que el CONTRATANTE, no desee la renovación de la Póliza, deberá comunicarlo a LA EPS en un plazo no menor de quince (15) días previos al vencimiento de la vigencia de la Póliza.

La renovación automática solo procederá siempre que, la prima de la presente Póliza haya sido completamente cancelada antes del término de la vigencia y en el caso de fraccionamiento de la prima que no existan cuotas impagas; caso contrario, la Póliza solo se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo correspondiente.

### **CLAUSULA TRIGÉSIMA.- GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES**

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

Ninguna exclusión considerada en la cobertura de Planes Complementarios compromete la cobertura de los diagnósticos contemplados en el **PEAS**.

Las demás Exclusiones y Limitaciones de Planes Complementarios se encuentran especificadas en el Plan de Salud.

### **CLAUSULA TRIGÉSIMO PRIMERA.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE REEMBOLSO**

Dentro de los noventa (90) días calendario de iniciado el tratamiento médico ambulatorio y/u hospitalario, **LOS AFILIADOS** y/o sus Dependientes deberán presentar a **LA EPS** la Solicitud de Beneficios, adjuntando toda la documentación que sustente los gastos, incluyendo facturas y recibos por honorarios originales y de acuerdo a Ley, así como el Informe Médico correspondiente. El formato denominado Solicitud de Beneficios será proporcionado por **LA EPS**.

### **CLAUSULA TRIGÉSIMO SEGUNDA.- CONTINUIDAD DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES**

**LA EPS** se compromete a brindar continuidad a las enfermedades preexistentes a **LOS AFILIADOS** y/o sus Dependientes que cambien de EPS o de Plan de Salud, siempre que se cumpla con lo siguiente:

- a) Al momento del diagnóstico de la enfermedad, el **AFILIADO** debe encontrarse bajo la cobertura de un **PEAS** y de un Plan Complementario, y que haya transcurrido 90 (noventa) días desde su afiliación.
- b) Su inscripción en el nuevo Plan Complementario debe efectuarse dentro de los 60 (sesenta) días de extinta la anterior relación contractual.
- c) La preexistencia debe haberse generado durante la vigencia del Plan Complementario anterior, no esté excluida bajo ese contrato y sea un beneficio cubierto también por el Plan Complementario solicitado. Asimismo, si la preexistencia no está excluido motivo de que no fue declarada oportunamente, declaración falsa o reticente, esta condición no será cubierta en el nuevo Plan Complementario siendo totalmente excluida del Contrato.
- d) **LA EPS** podrá limitar la cobertura de las preexistencias a los límites que tenía esa condición en el Plan donde se evidenció el diagnóstico.
- e) **LA EPS** podrá analizar el impacto económico de las preexistencias y fijar el aporte la prima de manera acorde en cada caso.

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

### **CLÁUSULA TRIGÉSIMO TERCERA.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO.**

En caso de accidente de tránsito, las atenciones de **EL AFILIADO** y sus Dependientes serán cubiertas en primera instancia por el seguro obligatorio de ley (SOAT) y posteriormente, al consumir toda la cobertura del mismo, se procederá con la cobertura del Plan de Salud.

#### **CLÁUSULA TRIGÉSIMO CUARTA.- REVISIÓN DE LOS RECLAMOS**

**LA EPS** tiene el derecho a hacer examinar a **EL AFILIADO** y/o sus Dependientes cubiertos por el **PEAS** y Planes Complementarios, por los médicos designados por ella, las veces que considere necesario para comprobar la procedencia de cualquier reclamo.

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

Cualquier reclamo fraudulento, hará perder a **EL AFILIADO** y/o sus Dependientes según el caso, todo derecho a indemnización, sin perjuicio que se inicien contra los responsables las acciones legales correspondientes.

#### **CLÁUSULA TRIGÉSIMO QUINTA.- RECLAMACIÓN FRAUDULENTO**

**LA EPS** quedará relevada de toda responsabilidad y **EL AFILIADO** y/o sus Dependientes, según sea el caso, perderán todo derecho a los beneficios que les pudiera corresponder de acuerdo al **PEAS** O Planes Complementarios y/o cualesquier otro Beneficio que por el presente Contrato gocen, en los siguientes supuestos:

- a) Si **EL AFILIADO** y/o alguno de sus Dependientes, presentan una reclamación fraudulenta o engañosa o apoyada en declaraciones falsas y/o reticencia de información.
- b) Si **EL AFILIADO** y/o alguno de sus Dependientes, y/o terceras personas que obren por cuenta de éstos o con su conocimiento, emplean medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación u obtener beneficios del **PEAS** o Planes Complementarios.

#### **CLÁUSULA TRIGÉSIMO SEXTA.- FORMA DE PAGO**

El pago de la prima se realizará de manera anual y por adelantado, pero si el **CONTRATANTE** se afilia al cargo en cuenta bancaria y/o tarjeta de crédito tendrá la opción de que el pago sea mensual.

Las demás condiciones contempladas los numerales 8.2 y 8.3 de la Cláusula Octava de las condiciones generales, se hacen extensivas para **EL CONTRATANTE**.

Las partes dejan expresa constancia que cualquier modificación que se produzca en la tasa del I.G.V., determinará el reajuste del importe de la retribución mencionada en las condiciones generales, generando un nuevo monto a ser facturado por **LA EPS** y

cancelado por **EL CONTRATANTE**. Asimismo, convienen que cualquier otro tributo que afecte o pudiera afectar en el futuro el presente Contrato será asumido según establezca la norma correspondiente.

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

### **CLAUSULA TRIGESIMO SÉTIMA.- AUDITORIAS**

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

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

### **CLÁUSULA TRIGÉSIMO OCTAVA.- TERMINACIÓN DE LA COBERTURA**

Las coberturas de los Planes de Salud terminarán para **EL AFILIADO** y/o sus Dependientes bajo el presente Contrato, cuando se produzcan algunas de las siguientes situaciones:

- a) Para el Dependiente señalado en el inciso b) de la cláusula Vigésimo Cuarta, al cumplir la edad límite de permanencia.
- b) Cuando **EL AFILIADO** hubiera solicitado la exclusión de alguno de sus Dependientes, éstos quedarán excluidos de las coberturas a partir del primer día del mes siguiente a la presentación de la solicitud de exclusión.
- c) Al momento de hacerse efectiva la resolución del presente Contrato de acuerdo a lo señalado en las condiciones generales y particulares del mismo.

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

La terminación de la cobertura para **EL AFILIADO**, origina la terminación automática y simultánea del Plan de Salud para todos sus Dependientes.

### **CLÁUSULA TRIGÉSIMO NOVENA.- PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD**

En el caso que **LA EPS** decidiera resolver el Contrato de Prestación de Servicios de Salud que mantiene suscrito con las distintas IPRESS, **LA EPS** informará a **EL CONTRATANTE** el cese del servicio con una anticipación no menor a 5 (cinco) días hábiles, quien a su vez será responsable de comunicar a **LOS AFILIADOS** dentro del mismo plazo de aquellas situaciones.

### **CLÁUSULA CUADRAGÉSIMA.- DEFINICIONES**

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

- a) **AFILIADO** Contributivo Independiente: Trabajadores y profesionales independientes y demás personas que no reúnen los requisitos de afiliación contributiva dependiente o regular. En el marco de la Ley 29344, el término **AFILIADO** Contributivo reemplaza al de **AFILIADO** Potestativo de la Ley 26790.
- b) Aseguramiento Universal en Salud (AUS): El aseguramiento universal en salud es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del **PEAS**.
- c) PEAS.- Plan Esencial de Aseguramiento en Salud: Plan de aseguramiento en salud que contiene la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones.
- d) IAFAS.- Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud: son aquellas instituciones públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, encargadas de administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud u ofrecer coberturas de salud a sus **AFILIADOS**.
- e) Plan de Salud.- Es el documento que contiene el detalle de las prestaciones que debe brindar **LA EPS** a **EL AFILIADO** y sus Dependientes. Comprende, como mínimo, las prestaciones de la cobertura del **PEAS**. Debe incluir la descripción de los beneficiarios, establecimientos en los que se brindará la atención, los requisitos para la atención, la cobertura durante el periodo de latencia, las exclusiones y limitaciones.
- f) Exclusión.- Gasto no cubierto por el Plan de Salud.
- g) Derechohabientes.- Al cónyuge o concubino a que se refiere el Artículo 326° del Código Civil, así como los hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo, de acuerdo a la calificación que efectúa ESSALUD.
- h) IPRESS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.- De acuerdo a la Ley N° 29344, las IPRESS son instituciones o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse como personas naturales o jurídicas que tienen como

objetivo la prestación de servicios de salud. Para poder ejercer esta función dentro del AUS están obligadas a registrarse ante la SUNASA.

- i) Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA).- Se crea sobre la base de la SUNASA como un organismo público adscrito al Ministerio de Salud que se encarga de registrar, autorizar, supervisar y regular a las IAFAS e IPRESS, así como cautelar el uso eficiente y oportuno de los fondos destinados al AUS.
- j) Superintendencia Nacional de Salud (SUNASA).- Ahora denominado SUNASA.
- k) CONTRATANTE.- Persona que contrata la cobertura y se obliga al pago de la retribución pactada.
- l) Carta de Garantía.- Es el documento de autorización de gasto tramitado por la clínica o el proveedor del servicio médico. La Carta de Garantía tiene una vigencia de 15 (quince) días calendario siempre se encuentre vigente el Plan de Salud del **AFILIADO**.
- m) Enfermedades Ambulatorias Agudas de Baja Complejidad.- Son aquellas patologías agudas, de resolución simple, que no ponen en riesgo la vida del paciente y no requieren la hospitalización del mismo. Estas patologías suelen ser frecuentes, se autolimitan y tienen una baja tasa de complicaciones.