

CONDICIONES GENERALES PLAN EPS INDIVIDUAL BASE

Conste en el presente documento las Condiciones Generales que celebran de una parte PACIFICO S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD, con R.U.C. N° 20431115825, con domicilio en Av. Juan de Arona # 830, Lima 27, representada por su Gerente General, Sr. Guillermo Cesar Garrido Lecca del Rio, identificado con DNI. 10319855, según poder inscrito en la Partida Electrónica N° 11114827 del Registro de Personas Jurídicas, a quien en adelante se le denominará "LA EPS" y de la otra parte "EL AFILIADO" en los términos y condiciones siguientes:

PRIMERA.- PRINCIPIOS GENERALES

- 1.1 El presente contrato se rige de acuerdo a las normas vigentes en la Ley N° 29344 – Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud - y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 008-2010-SA así como por el Decreto Supremo N° 016-2009 que aprobó el Plan Esencial de Aseguramiento Universal en Salud (PEAS).
- 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 formulados por escrito, con constancia de recepción, bajo sanción de tenerse por no cursadas.

SEGUNDA.- COBERTURAS

Pacífico 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 por las condiciones, intervenciones y prestaciones comprendidas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), aprobado por Decreto Supremo N° 016-2009-SA. Asimismo, cobertura condiciones complementarias y adicionales, las cuales regirán por los límites y condiciones establecidas en las Condiciones Particulares.

TERCERA.- EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

- 3.1 Este Plan de salud 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. Para la validez de dichas exclusiones es requisito indispensable que las mismas consten en las Condiciones Particulares y en el Plan de Salud.

Devolver contrato firmado en Mesa de Partes en Av. Juan de Arona 830 – San Isidro, en el horario de lunes a viernes de 9:00 am a 5:00 pm, con atención a Buzón EPS Individual.

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

CUARTA.- INICIO DE LA COBERTURA Y PERIODO DE CARENCIA

4.1 La fecha de inicio de cobertura constará en el Contrato 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 que el afiliado provenga de una EPS y su inscripción la realice dentro de los 60 días de extinta la relación contractual o por algún 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 la Ley N° 29414 – Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud;
- 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 sesenta (60) 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 sesenta (30) días de nacido quedará exceptuado del periodo de carencia.

QUINTA.- PERIODO DE ESPERA

5.1 El afiliado tendrá los siguientes periodos de espera:

- Maternidad (si la concepción ocurre antes a la afiliación): 18 meses.
- Enfermedades mentales (Ansiedad, esquizofrenia, alcoholismo, y depresión): 12 meses.
- Trasplante de órganos: 24 meses.
- VIH / SIDA: 36 meses.
- Enfermedades del útero y/o anexos: 10 meses.
- Quistes y prolapsos génito-urinarios que requieran tratamiento quirúrgico: 10 meses.
- Enfermedades de la mama (con excepción del cáncer de mama, luego de terminado el período de carencia).
- Hernias de cualquier clase: 10 meses.
- Enfermedades de columna vertebral: hernia de núcleo pulposo, escoliosis, espondilolistesis: 10 meses.
- Hemorroides: 10 meses
- Litiasis vesicular y/o de la vía biliar; enfermedades de la vesícula biliar: 10 meses.
- Cirrosis hepática: 10 meses.

- Litiasis del sistema urinario: 10 meses.
 - Adenoma de próstata: 10 meses.
 - Catarata, glaucoma: 10 meses.
 - Enfermedades tiroideas: 10 meses.
 - Enfermedad cerebro-vascular aguda isquémica o hemorrágica (con excepción del accidente cerebro vascular): 10 meses
 - Enfermedad cardiovascular incluida la dislipidemia (con excepción de infarto agudo de miocardio y angina inestable): 10 meses.
 - Hipertensión arterial: 10 meses.
 - Asma: 10 meses
 - Diabetes Mellitus Tipo II: 10 meses.
 - Extirpación de amígdalas o adenoides, resección submucosa del septum nasal de los cornetes, sinusitis: 10 meses.
 - Hiperhidrosis: 10 meses.
 - Procedimiento de Artroscopía: 10 meses.
 - Procedimiento de Litotricia: 10 meses.
 - Polisomnografía: 10 meses.
- 5.2 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.
- 5.3 El período de Espera aplica solamente a ENFERMEDADES que no sean excluidas como preexistencia en el Plan de salud.
- 5.4 Se exonera el periodo de espera de todos los diagnósticos señalados en el punto 5.1 con excepción de Enfermedades mentales y VIH/SIDA, si es que el afiliado proviene de una EPS y su inscripción la realice dentro de los sesenta (60) días de extinta la anterior relación contractual o por algún pacto en contrario que lo reduzca.
- 5.5 En caso de Enfermedades mentales (Ansiedad, esquizofrenia, alcoholismo, y depresión) y VIH / SIDA, el periodo de espera se contabilizará considerando el periodo transcurrido en su anterior plan de salud EPS siempre que cumpla las condiciones de continuidad señaladas en el punto 5.4.

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 a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS).
- 6.2 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 IPRESS mencionadas en el Plan de Salud, en cuyo caso la EPS asegurará la continuidad de los servicios de salud en otras IPRESS de su red asistencial.
- 6.3 Cuando la resolución de contrato o interrupción de los servicios de salud haya sido decidida por la IPRESS, 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 IPRESS de la red asistencial.

SÉTIMA.- RESPONSABILIDAD DE LA EPS

- 7.1 De conformidad con el Artículo 11 inciso h) del Reglamento de la Ley N° 29344, aprobado mediante Decreto Supremo N° 008-2010-SA, LA EPS asume ante “EL AFILIADO” la responsabilidad solidaria frente a los usuarios por los planes de salud que oferta a través de infraestructura propia o de terceros.
- 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.

OCTAVA.- APORTES

- 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, los aportes indicados en el Plan de Salud, que incluye los tributos de ley y gastos, el cual forma parte integrante del presente contrato.
- 8.2 La falta de pago de los aportes 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 los aportes. “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.

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.

DÉCIMA.- REAJUSTE DE APORTES O COPAGOS

- 10.1 LA EPS reajustará el monto de los aportes o de los copagos pactados por las causales que constan en el Plan de Salud. En tal sentido, al momento de la suscripción, se especificarán los plazos de vigencia de los aportes y de los copagos, así como las causales para proceder al reajuste.

- 10.2 El reajuste de los aportes 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 Plan de Salud, 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.

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 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.

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.

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 incurra 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 Tratándose de las causales 13.1.2, 13.1.3 y 13.1.4, la resolución del contrato se producirá de manera automática, sin necesidad de aviso previo o declaración judicial a “EL AFILIADO”, perdiendo todo derecho emanado del contrato.
- 13.2 Las partes están obligadas al cumplimiento de las obligaciones contraídas hasta el momento en que se hace efectiva la resolución del contrato.

DÉCIMA 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.

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 SUSALUD, 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 SUSALUD.

DÉCIMO SEXTA.- PREVENCIÓN CONTRA LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO

“EL AFILIADO” declara expresamente que los bienes valorados generados de las operaciones descritas en el presente contrato, no provienen de ninguna actividad ilícita. Asimismo, con el fin de garantizar que las operaciones realizadas no se prestan para que organizaciones ilegales encubran el producto de sus actividades delictivas, ni utilicen recursos para la comisión de ilícitos, pondrán en práctica las medidas exigidas por la ley vigente. De este modo realizarán cada una de las operaciones bajo los más estrictos principios éticos y con la observancia plena de las leyes y normas reglamentarias relacionadas con la prevención del lavado de activos y financiamiento del terrorismo; también suministrarán toda la información que en algún momento llegare a ser requerida por una de las partes para establecer la licitud de las transacciones, así como la que sea requerida para la colaboración con las autoridades competentes.

DÉCIMO SEPTIMA.- POLÍTICA DE CREDICORP

LA EPS es una empresa integrante de CREDICORP y por ende le resulta aplicable toda aquello a que se ha comprometido éste, que comprende entre otros, el cumplimiento de la sección 301(4) de la Ley Sarbanes-Oxley de 2002, por lo que sus proveedores tienen el derecho de acceder al sistema confidencial para el recibo, retención, y tratamiento de quejas relacionadas con empresas integrantes del grupo empresarial relacionados con asuntos de contabilidad, controles contables internos o auditoría, y violaciones de nuestro Código de Conducta y Ética.

“EL AFILIADO” tiene derecho de acceder a la página web www.credicorpnnet.com., sección "Complaint System / Sistema de Denuncias" y formular las denuncias que consideren pertinentes. Las denuncias son anónimas y serán enviadas a los individuos apropiados en LA EPS.

DÉCIMO OCTAVA.- COMPROMISO DE CUMPLIR CON LAS DISPOSICIONES CONTRA LA CORRUPCIÓN Y EL SOBORNO EN CREDICORP:

“EL AFILIADO”, para los alcances del presente contrato se compromete a cumplir también con las siguientes disposiciones:

- “EL AFILIADO” no debe participar en actos de corrupción y/o soborno que puedan involucrar a LA EPS o que puedan ser considerados que brindan un beneficio ilegítimo a éste.
- “EL AFILIADO” debe evitar influir en la decisión de funcionarios públicos a través del otorgamiento de beneficios personales con el propósito de obtener algún beneficio a nombre o a favor de LA EPS.
- “EL AFILIADO” no debe realizar pagos de facilitación por encargo o cuyo beneficio sea a favor de LA EPS.
- “EL AFILIADO” no debe otorgar beneficios personales a funcionarios de otras entidades privadas con quienes sea necesario tratar en representación de “EL AFILIADO” si se tiene evidencia o sospecha que las decisiones de dicho funcionario obedecen a un beneficio personal distinto al beneficio de la entidad que representa.
- “EL AFILIADO” debe informar cualquier conducta desleal o propuesta por parte de algún colaborador de LA EPS que no se encuentre alineado a la presente cláusula.
- “EL AFILIADO” tomará las medidas adecuadas para informar al personal interesado respecto a las condiciones de esta cláusula.

DÉCIMO NOVENA.- DEFINICIONES

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

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.

Accidente de Trabajo: Toda lesión corporal, orgánica o perturbación funcional, producida en el centro de trabajo o con ocasión del trabajo, causadas por acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona del trabajador o debida al esfuerzo del mismo y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta.

Actividades de alto Riesgo: Las que realizan los afiliados contributivos en sus labores, en las que enfrenten una probabilidad que se produzca un resultado adverso para su salud o un factor que aumente esa probabilidad, de acuerdo con las disposiciones de la Ley 26790. Esta terminología deja de tener significación en la medida que se avance al aseguramiento universal del riesgo ocupacional.

Asegurado o afiliado: Toda persona radicada en el país que esté bajo cobertura de algunos de los regímenes del AUS. Para el propósito del presente reglamento se le asume como obligatoriamente afiliado a cualquier plan de aseguramiento en salud.

Afiliación: Adscripción de un asegurado a un plan aseguramiento en salud y a una IAFAS.

Aseguradoras Privadas: Empresas cuya finalidad única es la de brindar servicios de cobertura de riesgos, entre ellos los de salud de acuerdo con la Ley del Sistema Financiero y de Seguros y

Orgánica de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. Constituyen una modalidad de IAFAS y por lo tanto se someten al ámbito de supervisión de SUSALUD, en lo que corresponde a los riesgos de salud.

Asociación Fondo Contra Accidentes de Tránsito (AFOCAT): Conforme lo establece la Ley N° 28839, es la Institución administradora de fondos de aseguramiento contra los accidentes de tránsito que otorgan asistencia médica y mutua a los asociados en la eventualidad de un siniestro de tránsito.

Autoseguros: Seguro de salud de un grupo profesional, de un grupo de trabajo, o de una entidad o sociedad organizada, que se genera con cargo al aporte de sus miembros con eventual participación de la entidad empleadora, asumiendo directamente el riesgo del aseguramiento en salud. Se encuentran comprendidos dentro de las instituciones bajo el alcance de supervisión y regulación de la Superintendencia Nacional en Salud.

Beneficiarios: Personas radicadas en el país bajo la cobertura de un plan de aseguramiento en salud. Aceptación que se utiliza de manera indistinta para referirse a los afiliados o asegurados.

Cobertura: Protección contra pérdidas específicas por problemas de salud, extendida bajo los términos de un convenio de aseguramiento.

Copago y/o deducible: Los costos enfrentados o compartidos por el afiliado (titular o beneficiarios) en la forma de una cantidad fija o proporción a ser pagada por cada atención o procedimiento.

Convenio de aseguramiento: Contrato o modalidad que genera derechos y obligaciones a la IAFAS como al afiliado sea de manera directa o a través de su empleador o representante, en relación a coberturas de salud.

Direcciones o Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces: Órganos de línea u desconcentrados de los Gobiernos Regionales, según sea el caso, encargadas de conducir el proceso de atención de la salud de la población en los ámbitos regionales, administrativamente dependen de los Gobiernos Regionales y técnicamente del MINSA.

Enfermedad con Alto Costo de Atención: Aquella patología que por su naturaleza, manifestación y evolución, requiere de tratamientos o prestaciones de salud que no forman parte del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS. La Enfermedad de Alto Costo de Atención es determinada por un listado aprobado por el MINSA.

Enfermedades Profesionales: Todo estado patológico que ocasione incapacidad temporal, permanente o muerte y que sobrevenga como consecuencia directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador.

Entidad prepagada de servicios de salud: Entidad que administra fondos de aseguramiento en salud, bajo la modalidad de pago regular o anticipado prestando los servicios ofertados en su cobertura a través de infraestructura propia o contratada con terceros. Está sometida al ámbito de supervisión de SUSALUD. Esta determinación dentro del objeto social de la persona jurídica es compatible con la prestación de servicios de salud.

Entidades Prestadoras de Salud: Las empresas e instituciones públicas o privadas distintas de ESSALUD cuyo único fin es el de prestar servicios de atención para la salud con infraestructura

propia o de terceros, dentro del régimen del Seguro Social de Salud, financiando las prestaciones mediante el crédito contra los aportes a que se refiere la Ley N° 26790 y otros con arreglo a ley, sujetándose a los controles de SUSALUD.

Entidades Empleadoras: Las empresas e instituciones públicas o privadas que emplean trabajadores bajo relación de dependencia, las que pagan pensiones, las cooperativas de trabajadores y las empresas de servicios temporales o cualquier otro tipo de intermediación laboral.

Intervenciones de Salud Pública: Intervenciones en salud no individualizables y con alto nivel de externalidades positivas a cargo del MINSA y se financian con presupuesto del tesoro público.

Intervenciones individuales en salud: Intervenciones de salud de carácter preventivo o recuperativo, orientadas a mantener o mejorar el estado de salud de las personas, brindadas a través de la red nacional de IPRESS y financiada por una IAFAS.

Libre Contratación: Capacidad de los distintos agentes intervinientes en el AUS, para la compra y venta de servicios de aseguramiento, reaseguro y prestaciones de salud entre IAFAS, y entre éstas y las IPRESS, dentro de los diferentes regímenes de aseguramiento.

Red Funcional de Atención: Todas las IPRESS debidamente acreditadas para prestar servicios de salud previstos en el PEAS, planes complementarios y específicos, sean públicos, mixtos o privados.

Riesgo Ocupacional: El riesgo a que están expuestos todos los trabajadores como consecuencia de las labores que desempeñan en su centro de trabajo, o a través de actividad laboral desarrollada independientemente. Debe ser materia de aseguramiento progresivo hasta alcanzar la universalidad.

Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud: Organismo Técnico Especializado del Sector Salud que tuvo por objeto autorizar, regular y supervisar el funcionamiento de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) y cautelar el uso correcto de los fondos por éstas administrados. En virtud a la Ley N° 29344 amplía sus facultades incorporando bajo el ámbito de supervisión a las IAFAS, IPRESS y entidades que brindan coberturas de salud bajo pago regular y anticipado, adquiriendo la denominación de Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUSALUD).

CONDICIONES PARTICULARES PLAN EPS INDIVIDUAL BASE

Complementariamente a la cobertura obligatoria otorgada bajo las Condiciones Generales de este contrato, se incluyen las coberturas adicionales, en las condiciones y con las limitaciones que se indican para cada caso.

ARTÍCULO PRIMERO: COBERTURAS ADICIONALES A LA COBERTURA OBLIGATORIA

1.1 COBERTURA COMPLEMENTARIA

El presente contrato incluye la cobertura complementaria hasta el monto máximo contratado, el cual se indica en el Plan de Salud que se anexa a este contrato.

Al término de cada año de vigencia de este contrato, automáticamente se rehabilitará el monto máximo de cobertura anual por persona y por enfermedad, para las personas que en esa fecha no se encuentren hospitalizadas.

1.2 BENEFICIOS DE SALUD MENTAL

Se brinda un programa de atención ambulatoria de los trastornos psicológicos o psiquiátricos en la niñez, la adolescencia, la edad adulta y geriátrica.

El afiliado deberá coordinar su cita en el proveedor indicado en su plan de salud para este beneficio, en la cual le realizarán una evaluación médica especializada con la finalidad de determinar qué tratamiento le corresponde e iniciar el proceso de atención.

No incluye medicamentos, hospitalización ni atención de emergencia.

Además se cubren las condiciones mentales incluidas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), en las clínicas indicadas en el plan de salud y bajo las condiciones establecidas.

1.3 MÉDICOS A DOMICILIO

Práctico e innovador servicio que permite a nuestros afiliados llevar a cabo sus consultas médicas en la comodidad de su hogar.

Incluye la consulta médica, medicinas y exámenes de ayuda diagnóstica, traslado del paciente si el examen lo requiere y entrega de resultados en su domicilio.

Los exámenes se realizarán en Centros Especializados de prestigio.

El radio de acción es: por el Norte hasta Comas e Independencia; por el Sur hasta San Juan de Miraflores, Villa El Salvador y Lurín; por el Oeste hasta La Punta y Callao; por el Este hasta Chaclacayo y Lurigancho - Chosica (hasta Puente Los Ángeles).

Para acceder a este servicio en Lima debe llamar a Pacífico Asiste (01) 415-1515.

1.4 CENTRO SALUD PACÍFICO

Servicio alternativo ambulatorio que brinda atención médica sin tiempo de espera y con la calidad de Ud. merece, mediante citas programadas en las especialidades de: Medicina General, Medicina Interna, Pediatría, Medicina Interna y Gineco-Obstetricia. Incluye medicinas y exámenes de ayuda diagnóstica.

Citas a través de la Central de Información y Consultas en Lima: (01) 513-5000.

1.5 PROGRAMA SIEMPRE SANO

Es la atención ambulatoria de personas con diagnósticos de Asma, Hipertensión Arterial, Dislipidemia y Diabetes Mellitus Tipo 2. Están cubiertas la atención médica, los exámenes auxiliares y las medicinas de acuerdo a guías clínicas de consenso internacional, así como una manera novedosa de educación para la salud.

Para acceder a este servicio en Lima debe llamar a la Central de Información y Consultas (01) 513-5000 donde obtendrá su cita en SANNA Clínica San Borja o en el Centro Salud Pacífico, donde el médico procederá a explicar las características del programa. Luego de su inclusión podrá continuar atendiéndose en Centro Salud Pacífico, SANNA Clínica San Borja, en Médico en Planta (en los locales donde exista el servicio) o a través de Médicos a Domicilio en la comodidad de su hogar.

En provincias, este servicio se brinda en red SANNA Clínica del Sur, Clínica Belén, Clínica Sánchez Ferrer y Centro Clínico Cajamarca.

No incluye atención de emergencia, hospitalización, ni medicinas y exámenes auxiliares fuera de las guías clínicas.

Este servicio está sujeto a las condiciones del programa.

1.6 ONCOLOGÍA

El beneficio de oncología se inicia cuando se ha establecido el diagnóstico definitivo de cáncer (neoplasia maligna), demostrado por los resultados de anatomía patológica, salvo para las condiciones especiales no biopsiables tales como cáncer de ovario, cáncer de testículo, cáncer de riñón, cáncer de encéfalo (tronco cerebral ó cerebelo, otras partes del cerebro si tienen acceso con la biopsia por estereotaxia) y cáncer de páncreas. Bajo este criterio, toda atención oncológica realizada en un Centro Especializado se deberá iniciar a partir de dicha confirmación diagnóstica.

Asimismo, toda atención previa (diagnóstico presuntivo de cáncer) o no relacionada al diagnóstico de neoplasia maligna, estará cubierta bajo las condiciones de los beneficios de atención ambulatoria y hospitalaria establecidas en su Plan de Salud.

Pacífico con la intención de dar garantía a sus afiliados con tratamientos adecuados y que no correspondan a esquemas experimentales que aún no han demostrado su utilidad, tiene la política de sólo aceptar tratamientos oncológicos según las categorías de evidencia y consenso 1 y 2A de la NCCN (National Comprehensive Cancer Network de Estados Unidos de Norteamérica), autorizados en estandarizar los tratamientos oncológicos a nivel mundial.

De ninguna manera Pacifico aceptará tratamientos en experimentación ó inadecuados que no se ajusten a los estándares internacionales, tampoco cubrirá los efectos colaterales que éstos puedan ocasionar.

Adicionalmente nuestra empresa estandarizó el uso de la hoja de Consentimiento Informado, en la cual el médico tratante indicará el tratamiento que va a instaurar.

1.7 TRANSPORTE POR EVACUACIÓN. ATENCIÓN DE EMERGENCIA

Cuando por la gravedad de la enfermedad y siempre que en la localidad donde se encuentre el paciente, no existan las condiciones ni infraestructura médica necesaria para la atención del afiliado y previa autorización y certificación del médico tratante, se cubrirán los gastos de transporte en ambulancia y/o en avión de línea regular nacional o internacional de pasajeros, considerándose un máximo de dos pasajes por evento; solamente si es un menor de edad, se incluye el traslado adicional (un pasaje) para un acompañante. Asimismo, y de ser necesario, se cubrirá el traslado adicional (un pasaje) para un profesional de la salud a cargo de la evacuación del paciente.

Esta prestación no cubre gastos de alojamiento ni alimentación.

1.8 GASTOS DE SEPELIO

En caso de fallecimiento del trabajador afiliado o sus derechohabientes, los gastos del sepelio serán hasta el límite y de acuerdo a lo indicado en el Plan de Salud contratado, siempre que el fallecimiento no haya ocurrido por alguna causa excluida del presente contrato.

1.9 SEGUNDA OPINIÓN NACIONAL

Determinadas intervenciones quirúrgicas que sean programadas (electivas), pueden en razón de su complejidad requerir manejos terapéuticos especiales. Estos casos, adicionalmente, pueden ser tributarios de evaluación ambulatoria por profesionales médicos especialistas de reconocida experiencia.

Hecha la solicitud a Pacifico Salud EPS, se asigna el caso al médico consultor, para que a través de su opinión y sugerencias, la atención médica sea enriquecida en las conductas diagnósticas y terapéuticas a seguir.

No está considerado el viaje del paciente, ni de familiares.

Se brindará el beneficio solo si el afiliado lo tienen detallado en su plan de salud.

1.10 PRÓTESIS QUIRÚRGICAS INTERNAS Y STENTS

Son aquellas prótesis y stents que precisan una implantación interna en el paciente, a través de un determinado acto quirúrgico, con el fin de reemplazar una estructura anatómica o mejorar su función.

Se excluyen: prótesis ortopédicas, prótesis dentales, implante coclear, lentes intraoculares (estos serán cubiertas de acuerdo a las condiciones establecidas para el beneficio oftalmológico) y los materiales utilizados para realizar las técnicas de osteosíntesis y neuroquirúrgicas (estas serán cubiertas de acuerdo a las condiciones establecidas para el beneficio hospitalario).

1.11 ENFERMEDADES CONGÉNITAS

Se debe entender como el trastorno de salud, cuyo origen se remonta al período comprendido entre la concepción y el parto.

Pueden ser diagnosticadas desde el nacimiento, como por ejemplo paladar hendido, síndrome de Down; o bien presentar manifestaciones a través del tiempo, que permiten su diagnóstico en los períodos de la infancia, adolescencia y en menos casos en la adultez. Por ejemplo: Malformaciones de las vías urinarias y hemofilia, entre otras.

La cobertura es para los niños cuya concepción fue dentro de la vigencia del plan de salud de la entidad empleadora actual y cuya inscripción sea dentro del mes de nacimiento y/o para aquellos que hayan tenido cobertura de este beneficio en su anterior EPS y por lo tanto tengan derecho a continuidad de cobertura de acuerdo a la Ley N° 29561 – Ley que establece la Continuidad en la Cobertura de Preexistencias en el Plan de Salud de las Entidades Prestadoras de Salud.

1.12 ACUPUNTURA

La acupuntura es la práctica de insertar agujas finas en puntos específicos del cuerpo para mejorar la salud y el bienestar. Se originó en China hace más de 2.000 años para el tratamiento de diversas dolencias. Las atenciones se brindan solo si el afiliado cuenta con el beneficio detallado en su plan de salud y previa cita en los centros indicados.

1.13 EVALUACIÓN INTEGRAL Y TRATAMIENTO QUIROPRÁCTICO

La quiropráctica es una práctica médica alternativa. Tiene un enfoque distinto al de la medicina tradicional sobre el tratamiento de los problemas de salud. El concepto básico de la quiropráctica es que la estructura del cuerpo (principalmente la columna vertebral) y su función están relacionadas y el objetivo de la terapia quiropráctica es normalizar esa relación. Se brinda solo si el afiliado cuenta con el beneficio detallado en su plan de salud.

1.14 COBERTURA CON TERAPIA BIOLÓGICA PARA CASOS NO ONCOLÓGICOS

Tratamiento de última generación con modificadores de respuesta biológica. "Anticuerpos monoclonales" aprobados por la FDA.

En caso de enfermedades reumatológicas como: artritis reumatoide, artritis por psoriasis, espondilitis anquilosante, lupus eritematoso, artritis juvenil.

Enfermedades neurológicas: esclerosis múltiple.

Enfermedades cardíacas: Infarto al corazón.

Enfermedades gastrointestinales como: enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa.

Enfermedades respiratorias: asma.

Enfermedades oftalmológicas: enfermedades maculares.

El beneficio se brinda en las redes de clínicas afiliadas según plan contratado.

1.15 BOTOX (TOXINA BOTULÍNICA) PARA CASOS TERAPÉUTICOS

Con pertinencia médica para fines terapéuticos. Para casos neurológicos como Espasmo Palpebral, Dystonia Cervical, Espasticidad en Adultos. El beneficio se brinda en las redes de clínicas afiliadas según plan contratado.

1.16 ENFERMEDADES EPIDÉMICAS

El plan de salud cubre los gastos médicos por enfermedades epidémicas, así declaradas por el Ministerio de Salud. El beneficio se brinda en las redes de clínicas afiliadas según plan contratado.

1.17 DESASTRES NATURALES

El plan de salud cubre los gastos médicos por lesiones a consecuencia de desastres naturales tales como terremoto, maremoto, tsunamis, inundaciones y tormentas. El beneficio se brinda en las redes de clínicas afiliadas según plan contratado.

1.18 TERRORISMO

El plan de salud incluye la cobertura de terrorismo, excepto en participación activa, terrorismo biológico, químico y nuclear. El beneficio se brinda en las redes de clínicas afiliadas según plan contratado.

1.19 HOMEOPATIA

La homeopatía es un sistema curativo que se ubica dentro de lo que se denomina medicina alternativa y que se caracteriza especialmente por el uso de remedios carentes de ingredientes químicamente activos. Se cubre sólo consulta (no medicamentos), según condiciones y montos indicados en el plan de salud para este beneficio.

1.20 PREPARACIÓN PARA EL PARTO (PSICOPROFILAXIS)

Este beneficio orienta a la pareja sobre el proceso de maternidad y los prepara para afrontar, en mejores condiciones, el momento del parto y los primeros días del recién nacido. El curso consta de siete sesiones de dos horas cada una.

Atención en los centros y clínicas indicadas en el plan de salud y bajo las condiciones establecidas.

1.21 VIH - SIDA

Se cubre el VIH - SIDA, condiciones incluidas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), de acuerdo a las condiciones establecidas en el plan de salud.

1.22 TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Esta cobertura está sujeta a las condiciones siguientes:

- a) Se otorgará en el Perú a crédito solo en las clínicas afiliadas a su plan de salud que brinden el beneficio y que cuenten con la autorización para realizar estos procedimientos expedidos por la ONDT (Organización Nacional de Donación y Trasplante) del MINSA.
- b) Se cubrirán los gastos ambulatorios u hospitalarios hasta el monto asegurado del plan de salud, una vez que este se exceda, los gastos médicos serán asumidos particularmente por el paciente.
- c) En relación con los gastos del donante, se cubren los relacionados al acto de donación, que abarca los procedimientos quirúrgicos requeridos para el retiro del órgano o tejido del donante, su conservación y la implantación del mismo al receptor. No se cubrirán los gastos de los candidatos que no calificaron para ser donantes. No se cubrirán los gastos de los candidatos que no calificaron para ser donantes.
- d) Los únicos TRASPLANTES de órganos que están cubiertos para este beneficio son: córnea y médula ósea. El número de TRASPLANTE está limitado al monto de la suma asegurada. Un TRASPLANTE de dos órganos o tejidos realizados durante la misma sesión de cirugía será considerado como un solo TRASPLANTE. Los beneficios para la repetición del TRASPLANTE de un mismo órgano o tejido (un TRASPLANTE realizado por segunda vez debido al fracaso de un TRASPLANTE inicial), solo serán pagaderos si la EPS lo aprueba como médicamente necesario, luego que nuestro equipo de auditoría médica lo analice.

1.23 PROGRAMA JUVENIL

Es un programa diseñado para los jóvenes afiliados entre 12 y 17 años, que brinda orientación médica y detección de los problemas de salud más frecuentes en Centro Salud Pacífico, previa cita a través de la Central de Información y Consultas (01) 513-5000. Se brinda solo si el afiliado cuenta con el beneficio detallado en su plan de salud.

1.24 ALIMENTACIÓN PARA ACOMPAÑANTE DE PACIENTE HOSPITALARIO EN LIMA Y PROVINCIAS

Servicio de alimentación gratuita compuesto por 1 desayuno, 1 almuerzo y 1 cena normal por día, que la clínica servirá a un acompañante del paciente hospitalizado, durante el tiempo que dure el internamiento.

Si la hospitalización es oncológica, la alimentación del acompañante aplica sin importar la edad del paciente. Caso contrario (hospitalización no oncológica), procede siempre que el paciente sea menor de 18 años o mayor de 60. Este beneficio no aplica para la cobertura de maternidad. Se brinda solo si el afiliado cuenta con el beneficio detallado en su plan de salud.

Para hacer efectiva dicha prestación deberá tenerse en cuenta lo siguiente: que en el establecimiento de salud en el cual se encuentra el paciente brinden estos servicios de alimentación para

acompañantes y/o que Pacífico tenga un convenio vigente a través del cual haya acordado que ese establecimiento de salud le brinde el referido servicio de alimentación

Este servicio se brinda en las provincias de Trujillo, Piura, Arequipa, Huancayo, Chiclayo, Iquitos, Huaraz, y Cuzco.

1.25 RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

Para casos en que a la afiliada se le haya realizado la mastectomía radical por cáncer de mama y que ésta haya sido cubierta por su plan de salud vigente o por su anterior plan de salud y cuenta con continuidad de coberturas. Dicha reconstrucción es por única vez por mama y en la red de proveedores indicadas para este beneficio. Incluye la prótesis y la cirugía de reconstrucción del complejo areola-pezones.

1.26 SEGURO DE PRIMAS POR MUERTE DE TITULAR

Por muerte natural y/o accidental del Titular, los derechohabientes legales inscritos en el plan de salud gozarán de éste hasta finalizar el año contractual con la entidad empleadora.

1.27 ATENCIÓN HOSPITALARIA EN EXCESO A S/. 30,000

En la red de proveedores médicos afiliados **Los copagos y coaseguros aplican a cada evento hospitalario para los primeros S/ 30,000.** Si los gastos hospitalarios cubiertos superan los S/30,000, éstos serán asumidos por la compañía al 100%. Precio que paga Pacífico, descontando copago y coaseguro.

Este beneficio se aplica por evento hospitalario por asegurado. Se considera un evento hasta un máximo de 30 días; es decir, a partir del día 31 se deberá consumir otros S/ 30,000 aplicando el copago y coaseguro correspondiente a la red elegida.

ARTICULO SEGUNDO: CONTINUIDAD EN LA COBERTURA DE PREEXISTENCIAS EN EL PLAN DE SALUD DE LAS ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD PARA TRABAJADORES Y SUS DERECHOHABIENTES.

De acuerdo a lo establecido por la Ley N° 29561- Ley que establece la continuidad en la cobertura de preexistencias en el plan de salud de las Entidades Prestadoras de Salud – y su Reglamento aprobado por DS N° 008-2012-SA, Pacífico EPS garantiza la continuidad de la cobertura de preexistencias de la capa compleja del plan de salud contratado para los trabajadores que cambien de un plan a otro a consecuencia del cambio de centro laboral o de Entidad Empleadora de Salud.

Para hacer efectiva la continuidad de la cobertura de preexistencias de capa compleja, el trabajador deberá haber dejado su centro laboral o haber cambiado de EPS a partir del 19 de julio de 2010 e inscribirse en el nuevo plan de salud, dentro de los sesenta (60) días calendario, posteriores a la finalización de su anterior vínculo contractual.

Asimismo, el trabajador deberá presentar a Pacífico EPS el historial de sus consumos y constancia de su EPS anterior, indicando el periodo en el que estuvo afiliado el titular y sus dependientes en su EPS anterior.

ARTÍCULO TERCERO: REDUCCIÓN DEL PERIODO DE CARENCIA

El periodo de carencia es de 30 días para las atenciones ambulatorias y de 90 días para las atenciones oncológicas, salvo que el afiliado provenga de una EPS y su inscripción la realice dentro de los sesenta (60) días de extinta la anterior relación contractual o por algún pacto en contrario que lo reduzca. Este periodo de carencia de 30 días para las atenciones ambulatorias y 90 días para las oncológicas no aplica si el afiliado proviene de una EPS con otra aseguradora. No se aplicará en ningún caso el periodo de carencia de tres meses.

ARTICULO TERCERO: INCLUSIÓN DE AFILIADOS EN EL PLAN DE SALUD.

Las inclusiones en el Plan de Salud solo se efectuarán para Recién Nacidos y deberán realizarse según las condiciones de continuidad especificadas en el Artículo Cuarto de las Condiciones Generales, ampliando el plazo que es dentro de los de 30 a dentro de los 60 días de nacido. Asimismo, las inclusiones solo podrán entrar en vigencia el primer día de cada mes, por lo que el afiliado podrá decidir si la inclusión inicia vigencia a partir del primero del mismo mes, o el primero del mes siguiente.

ARTICULO CUARTO: EXCLUSIÓN DE AFILIADOS EN EL PLAN DE SALUD.

Las exclusiones en el Plan de Salud solo se aplicarán los últimos días de cada mes.

ARTICULO QUINTO: CAMBIO DE CORREDOR O CONTRATANTE EN EL PLAN DE SALUD.

En caso el afiliado decida realizar un cambio de corredor o contratante sobre su Plan de Salud, estos podrán realizarse únicamente en la renovación de su contrato.

ARTICULO SEXTO: CAMBIO DE PLAN DE SALUD.

En caso el afiliado decida cambiar su Plan de Salud por otro de Pacífico EPS podrá solicitarlo únicamente en la renovación de su contrato, habiendo aprobado la evaluación respectiva.

ARTICULO SÉPTIMO: AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA DE DATOS PERSONALES DE LOS AFILIADOS AL PLAN DE SALUD.

"Conforme a la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por D.S. N° 003-2013-JUS, se informa a la Entidad Empleadora y a los Afiliados Regulares al Plan de Salud y sus Derechohabientes que los datos personales y sensibles que suministren en el presente documento se incorporarán a una o más bases de datos automatizadas o no automatizadas de las que Pacífico EPS es titular y responsable.

Los datos personales que la Entidad Empleadora y los Afiliados Regulares y sus Derechohabientes hayan proporcionado, autorizan libre, expresa e inequívocamente a Pacífico EPS a tratar por sí o mediante terceros, y a transferir, inclusive para fines comerciales, envío de publicidad y/o promociones de diferentes productos o servicios, flujo transfronterizo de datos personales; así como a transferir dicha información a sus empresas vinculadas, subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o

miembros del Grupo Económico al cual pertenece, supuesto en el cual sus datos serán almacenados y tratados en las bases de datos de cualquiera de ellos."

ARTICULO OCTAVO: MEDICIÓN DE LA SINIESTRALIDAD

La medición de la siniestralidad se realizará en conjunto con los afiliados que cuenten con el Plan EPS Individual.

ARTICULO NOVENO: DECLARACION FALSA Y/O RETICENTE

En caso, el afiliado, formulara, expresara y/o brindara alguna manifestación inexacta, falsa o que no se condice con la realidad respecto a lo declarado en la Solicitud de afiliación EPS Individual, que forma parte integrante del presente contrato, entonces, el presente contrato será nulo.

Asimismo, Pacífico EPS podrá negarse a la emisión y/o renovación del contrato si es que descubriera cualquier acto de mala fe que afecte a la medición de la siniestralidad y por consiguiente al grupo que forma parte de dicha medición. Para tal efecto, Pacífico EPS enviará una comunicación al afiliado informándole respecto de dicho acto de mala fe.

ARTICULO DÉCIMO: CAUSALES DE REAJUSTE

Ambas partes tomando en consideración la importancia que significa la medición integral de la siniestralidad, acuerdan que la siniestralidad objetivo queda establecida en el plan de salud.

Para que dicha siniestralidad se mantenga, ambas partes acuerdan que la EPS podrá reajustar el plan de salud cuando la siniestralidad proyectada se encuentre por encima de la siniestralidad objetivo.

Los cambios en deducibles y coaseguros disminuyen el costo del siniestro asumido por el plan de salud al trasladar dicho gasto al afiliado.

ARTÍCULO DÉCIMO PRIMERO: MODALIDAD DE ENVÍO DEL PLAN DE SALUD

Partiendo de lo estipulado en la cláusula décimo cuarta de las condiciones generales, las partes señalan expresamente y de manera previa estar de acuerdo con que LA EPS envíe únicamente por medio electrónico el plan de salud, contrato, endosos y las renovaciones futuras del plan. Siendo para ello necesario que el afiliado nos brinde su dirección de correo electrónico actual.

**EXCLUSIONES Y LIMITACIONES
PLAN EPS INDIVIDUAL BASE**

Según Ley 26790 y su Reglamento D.S. 009-97-SA modificado por el D.S. 001-98-SA y según Ley 27344 y el D.S. 016-2004-SA del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)

1. Exclusiones y limitaciones de las prestaciones de capa simple:

- a) Todo procedimiento o terapia que no contribuya a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria.
 - Cirugías electivas (no recuperativas ni rehabilitadoras)
 - Cirugía plástica
 - Odontología Estética
 - Tratamiento de periodoncia y ortodoncia
 - Curas de reposo o del sueño
 - Lentes de contacto
- b) Todo daño derivado de la autoeliminación o lesiones autoinfligidas.
- c) Asimismo, se racionalizará el suministro de prótesis, órtesis y otros (sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés, etc.), así como los procedimientos, terapias o intervenciones más complejas de alto costo y con baja posibilidad de recuperación.
- d) Otras exclusiones que sean normadas por Ley.

2. Exclusiones y limitaciones adicionales de las prestaciones de cobertura complementaria:

Adicionalmente a las exclusiones y limitaciones indicadas en el inciso precedente, no se cubrirán los gastos derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de:

- a) Todo procedimiento o terapia que no contribuya a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria.
 - Cirugías electivas (no recuperativas ni rehabilitadoras)
 - Cirugía plástica
 - Odontología Estética
 - Tratamiento de periodoncia y ortodoncia
 - Curas de reposo o del sueño
 - Lentes de contacto
- b) Pre-existencias salvo para el caso de los diagnósticos que se encuentren comprendidos en lo señalado por la Ley N° 29561, que establece la continuidad en la cobertura de preexistencias en el Plan de Salud de las Entidades Prestadoras de Salud. Se cubrirán solo las condiciones indicadas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- c) Enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos y/o adquiridos al nacer, de origen genético (hereditario o no hereditario), a excepción de la cobertura de los niños cuya concepción fue dentro de la vigencia del plan de salud actualmente contratado y cuya inscripción sea dentro del mes de nacimiento y/o para aquellos que hayan tenido cobertura de este beneficio en su anterior EPS y por lo tanto tengan derecho a continuidad de cobertura de acuerdo a la Ley N° 29561 – Ley que establece la

Continuidad en la Cobertura de Preexistencias en el Plan de Salud de las Entidades Prestadoras de Salud. Se cubrirán solo las condiciones indicadas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

- d) Enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos y/o adquiridos al nacer, de origen genético (hereditario o no hereditario) no diagnosticados, a excepción de las Malformaciones Arteriovenosas Cerebrales (MAV), Comunicación Interauricular del Corazón (CIA) y Quiste Tirogloso, sólo si se detalla específicamente en el Plan de Salud.
- e) Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de obesidad (cualquiera sea el grado), así como programas de reducción de peso y sus complicaciones. Se cubrirán solo las condiciones indicadas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- f) Tratamientos médicos relacionados con los diagnósticos relacionados con Trastornos Mentales y del Comportamiento, del Código Internacional de Enfermedades CIE 10, que incluye drogadicción y alcoholismo, entre otros ; excepto lo establecido por el Plan de Beneficios del PEAS. Se cubrirán solo las condiciones indicadas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- g) Tratamientos médicos ni quirúrgicos relacionados a ginecomastia, gigantomastia ni diástasis de músculos rectos del abdomen.
- h) Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos relacionados al cambio de sexo.
- i) Tratamiento para pérdida de cabello.
- j) Tratamientos quirúrgicos y procedimientos para insuficiencia venosa superficial de extremidades como várices y telangiectasias..
- k) Vitaminas, minerales (excepto los cubiertos en el Programa Materno Infantil), productos nutracéuticos ni preparados de nutrición oral o enteral con fines suplementarios (excepto los utilizados como parte del manejo hospitalario).
- l) Medicamentos o productos de propiedades antiasténicas, reconstituyentes y energizantes, estimulantes del apetito, anorexígenos, estimulantes de funciones intelectuales cerebrales (nootrópicos) y recursos terapéuticos naturales.
- m) Terapia inmune (desensibilización) para alergias, inmunoestimulantes, terapias biológicas preventivas y vacunas que no correspondan a las indicadas en el Plan de Salud.
- n) Enfermedades y/o accidentes y/o complicaciones y/o consecuencias medico quirúrgicas ocasionadas por el consumo de alcohol, psicofármacos, drogas ilícitas y estupefacientes, salvo lo señalado en el Plan de Beneficios del PEAS.
- o) Accidentes sufridos como consecuencia directa de consumo de alcohol, psicofármacos, consumo de estupefacientes o drogas ilícitas. En caso de accidente vehicular sólo se aplica al conductor.
- p) Medicamentos, equipos, dispositivos, implantes o insumos médicos utilizados o de reciente implementación que no hayan sido aprobados por la FDA (Food and Drug Administration) para el diagnóstico solicitado, los cuales deben contar además con beneficio clínico y de significancia estadística demostrados a través de la evaluación sustentada en Medicina Basada en la Evidencia. Se consideran para beneficio de cobertura únicamente los niveles de evidencia 1++, 1+ o 2++ y por ende los grados de

- recomendación A o B según los parámetros del SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network). Para más información puede consultar a: www.sign.ac.uk.
- q) Medicamentos aprobados por la FDA pero prescritos para enfermedades diferentes para los que fueron aprobados.
 - r) Medicamentos que aún cuando hayan sido aprobados por la FDA, se encuentren señalados expresamente en este Anexo como excluido.
 - s) Medicamentos o tratamientos prescritos con fines de prevención primaria o secundaria a excepción de los siguientes medicamentos: aspirina, warfarina, clopidogrel, heparinas, metformin, profilácticos para migraña y antibióticos preoperatorios.
 - t) Medicamentos y/o tratamientos utilizados con fines placebo o de utilidad no demostrada.
 - u) Dispositivos para la columna: separadores interespinosos e invertebrales (Coflex, Diam, DCI, entre otros). Tampoco se cubren las cirugías híbridas de columna ni los procedimientos mínimamente invasivos: nucleoplastia, radiofrecuencia, discectomía láser, infiltración o neurolisis facetarias, proloterapia, ozonoterapia, biacuplastia.
 - v) Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) se cubrirán solo las condiciones indicadas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
 - w) Cuidado podiátrico efectuado por personal no médico, así como cuidados de los pies relacionados con callos, pies planos, arcos débiles, pies débiles y soportes de zapatos de cualquier tipo, así como de zapatos y plantillas ortopédicas, salvo que se detalle específicamente en el Plan de Salud.
 - x) Cuidados particulares de enfermería o técnicas de enfermería, sean durante la hospitalización o en el domicilio, salvo que se detalle específicamente en el Plan de Salud.
 - y) Atenciones a domicilio, a excepción de lo detallado específicamente en el Plan de Salud.
 - z) Gastos por concepto de compra de sangre, plasma, hemoderivados, tejidos, órganos. Tampoco se cubre la albúmina humana, plasma rico en plaquetas ni tratamientos que impliquen el uso de células madre (Stem Cell).
 - aa) Los gastos por concepto de exámenes de donantes de sangre serán limitados a las unidades transfundidas al paciente.
 - bb) Tratamiento con Hormona de Crecimiento.
 - cc) Medicina complementaria, alternativa y/o tradicional como acupuntura, homeopatía, quiropraxis, entre otros, salvo que se detalle específicamente en el Plan de Salud.
 - dd) Suministro de órtesis (como silla de ruedas, anteojos, corsés, entre otros) ni prótesis externas (oculares, de extremidades, implante coclear, audífonos, implante mamario, prótesis dentales, entre otros), a excepción de los lentes intraoculares monofocales en caso de cataratas.
 - ee) Atenciones, tratamientos o procedimientos realizados por personas que no sean médicos profesionales colegiados.
 - ff) Estudios, diagnósticos ni tratamiento para disfunción eréctil y trastornos de la libido.

- gg) Cirugía odontológica. Tampoco se cubren los implantes dentales, los gastos relacionados con la higiene bucal ni las prótesis dentales. Las prótesis dentales sólo se cubren en caso de accidentes.
- hh) Gastos por el tratamiento de problemas en la mandíbula, así como 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.
- ii) Prácticas y/o carreras de automovilismo, motos terrestres y acuáticas, ala delta, paracaidismo, escalamiento de montaña, parapente, vuelo libre, práctica hípica, cacería mayor, pesca submarina, sandboard, surfing, puenting ni otras prácticas deportivas de similar peligrosidad.
- jj) Atenciones médicas o de salud (tratamientos, medicamentos, procedimientos), realizadas o procedentes del extranjero, sea por enfermedad o accidente, salvo que se detalle específicamente en el Plan de Salud.
- kk) Lesiones o enfermedades adquiridas como consecuencia de actos de guerra, revoluciones, energía atómica o durante la prestación del servicio militar en cualquier fuerza, así como las que resulten de la participación activa en alteraciones del orden público, huelgas, motines, conmociones civiles, terrorismo, actos delictivos o criminales.
- ll) Gastos por chequeos médicos y despistaje de enfermedades, a excepción de lo comprendido en el beneficio Preventivo Promocional del Plan de Salud.
- mm) Estudios, procedimientos y tratamientos médicos o quirúrgicos oncológicos que no hayan sido considerados en las categorías de evidencia y consenso nivel 1 o 2A por la NCCN (National Comprehensive Cancer Network de Estados Unidos de Norteamérica). Para más información puede consultar a: www.nccn.org.
- nn) Para tratamiento oncológico, sólo se cubrirá un (1) Pet Scan al año.
- oo) Compra o alquiler de equipos médicos tales como: glucómetros, termómetros, tensiómetros, respirador o ventilador mecánico, pulsoxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP, estimulador cerebral, equipos ambulatorios para rehabilitación, entre otros.
- pp) Estudios, pruebas o screening genéticos, a excepción de cariotipo para niños nacidos en el plan de salud de la empresa empleadora actual y dentro de la pertinencia médica. También se cubren los estudios genéticos para cáncer recomendados por la NCCN para fines terapéuticos.
- qq) Kits de pruebas rápidas para diagnóstico de embarazo en orina.
- rr) Tratamientos para trastornos de déficit o hiperactividad de atención.
- ss) Bloqueadores solares para fines preventivos y estéticos, así como productos dermatocósméticos, despigmentantes, pigmentantes y productos para higiene personal.
- tt) Sepelio para los casos en el que el diagnóstico no sea o no haya sido materia de cobertura de este Plan de salud.

- uu) Viscosuplementación para condromalacia patelar y para patologías articulares, excepto en osteoartritis de rodilla.

- vv) Referente al Trasplante de órganos, las exclusiones por las que no se pagarán los beneficios por cualquier tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o suministro son:
 - Condiciones que provengan como resultado de o tengan relación a un trasplante que no sea de los órganos cubiertos o que no haya sido previamente aprobado por la EPS.
 - Trasplantes experimentales.
 - Equipos artificiales o mecánicos, así como artefactos diseñados para reemplazar órganos humanos.
 - Exámenes, evaluaciones, estudios de histocompatibilidad y pruebas de selección de posibles donantes.
 - No se cubre el reembolso en el Perú ni en el extranjero.

- ww) Gastos por complicaciones o consecuencias relacionadas a diagnósticos o tratamientos no cubiertos por el Plan de Salud contratado.

Si un siniestro que debió ser rechazado por encontrarse excluido de cobertura hubiese sido cubierto por error, la EPS no estará obligada a continuar asumiendo el gasto por atenciones relacionadas a dicho siniestro a partir de la fecha de identificación del error.