



Salud



pacifico

Manual del afiliado EPS

Para que vivas tranquilo todo el año.

Índice

▶ ¿Qué es un Plan de Salud de Pacífico EPS?	3
▶ ¿Quiénes pueden afiliarse a Pacífico EPS?	5
▶ Atención Ambulatoria	13
▶ Atención de Emergencias	19
▶ Atención Hospitalaria	24
▶ Beneficio Oncológico	28
▶ Salud y Bienestar	32
▶ Sepelio	53
▶ Definiciones Importantes en la Cobertura del Plan	55
▶ Preguntas Frecuentes	57



¿Qué es un Plan de Salud de Pacífico EPS?

Es un Plan de Salud para los trabajadores de una empresa y sus derechohabientes legales, complementario a EsSalud, que cubre atención ambulatoria, hospitalaria, de emergencia, maternidad, odontológica, oftalmológica y oncológica, con una libre elección de médicos y clínicas privadas en las redes afiliadas.

El Plan de Salud de Pacífico EPS brinda **acceso a más de 500 clínicas y centros médicos privados en Lima y provincias** incluyendo SANNA y la Clínica San Felipe, nuestra red de salud propia: La más importante del país.

Al afiliarte a una EPS tu empresa hace un uso eficiente del aporte al Seguro Social (9%) que mensualmente entrega a EsSalud, pues destina el 25% de dicho aporte a la EPS para que financie parcialmente tu Plan de Salud.

El afiliado no pierde la cobertura de EsSalud. Por el contrario, las atenciones no cubiertas por los Planes de Salud de las EPS son brindadas obligatoriamente por EsSalud.



¿Quiénes pueden afiliarse a Pacífico EPS?

Pueden afiliarse los trabajadores que estén en planilla, así como sus derechohabientes legales: cónyuge o conviviente, hijos hasta los 18 años o hijos mayores de 18 años incapacitados en forma total y permanente para el trabajo.

No hay un número mínimo de trabajadores para que una empresa pueda contratar el Plan de Salud de Pacífico EPS.

Además, podrán afiliarse en calidad de potestativos los hijos entre 18 y 28 años.

¿Cuáles son las modalidades de atención?

Dependiendo de las coberturas de tu Plan de Salud, te podrás atender bajo dos modalidades: Crédito o Reembolso. Estas dos modalidades son excluyentes, de manera que debes elegir una para cada atención.

Crédito: cada vez que solicites una atención médica en clínicas o centros médicos afiliados, debes realizar dos pagos en el lugar elegido (el deducible y el coaseguro); la EPS cubre la diferencia del costo de la atención.

- ▶ **Copago Fijo (deducible):** es un pago fijo inicial por el derecho de acceder a la atención vía crédito. El pago se efectúa por cada consulta, inclusive por aquellas consultas derivadas del diagnóstico original.
- ▶ **Copago Variable (coaseguro):** es el porcentaje no cubierto por tu Plan que deberás asumir al finalizar tu atención. Aplica para gastos de farmacia, insumos, procedimientos y exámenes auxiliares (laboratorios e imágenes). El coaseguro no aplica sobre el honorario médico de la consulta.

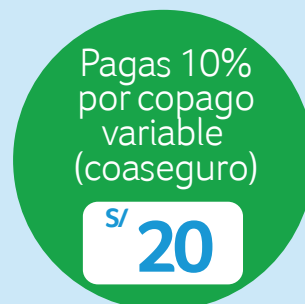
Ejemplo práctico para atenciones a crédito:

Si tu Plan dice:
**Copago Fijo
(deducible) de
S/ 35**



Si el médico te receta medicamentos
o te indica realizar exámenes por un
total de S/ 200

y tu Plan dice:
**Cubierto al
90%**



Es decir,
pagas solo S/ 55
por el total de la atención.
**La EPS cubre la diferencia
del costo total.**

El copago fijo (deducible) y el copago variable (coaseguro) están especificados en tu Plan de Salud.

- ▶ **Procedimiento de atención a Crédito:** programa tu cita vía telefónica, web o app (de ser el caso), o en establecimientos de salud de tu elección o en la clínica, centro médico, centro odontológico o centro oftalmológico de tu elección que esté dentro de la red de tu Plan.



Acércate al establecimiento de salud en la fecha programada con tu documento de identidad (DNI o carné de extranjería).



Recibe la orden de atención que el establecimiento de salud generará y acude a caja a cancelar el copago fijo (deducible).



Asiste a tu cita y sigue las indicaciones de tu médico.



En caso de que el médico solicite exámenes adicionales o medicinas, deberás asumir el copago variable (coaseguro) correspondiente. Asimismo, cierto tipo de exámenes y/o tratamientos pueden requerir Carta de Garantía para evaluar la cobertura, es decir, un documento de precertificación que solicita la clínica o centro médico a Pacífico EPS.

Reembolso: esta modalidad se acepta en caso te atiendas en una clínica o con un médico no afiliado a la red del Plan de Salud de la EPS. Si tu Plan de Salud incluye la modalidad de reembolso, pagarás el 100% del costo de la atención y luego solicitarás a Pacífico EPS que te reintegre el monto cubierto por tu Plan de Salud, previa aplicación del copago fijo (deducible) y copago variable (coaseguro) respectivo.

Los reembolsos se efectúan en base a auditoría médica y montos definidos en el Tarifario Pacífico, el cual puedes consultar en www.pacifico.com.pe. El reembolso puede no reconocer la totalidad de lo gastado.

Documentos para tramitar el reembolso: para tramitar el reembolso de los gastos realizados deberás presentar, dentro de los 90 días posteriores a la primera atención, la siguiente documentación en nuestras oficinas:

- ▶ Hoja de Solicitud de Reembolso por la atención médica con información completa, suscrita y firmada por el médico tratante.
- ▶ Receta original prescrita por el médico tratante.
- ▶ Orden original de exámenes auxiliares (laboratorio, imágenes, patología, entre otros) solicitados por el médico tratante, si es que aplica.
- ▶ Comprobante de Pago (boleta o factura electrónica) original a nombre del paciente, correspondiente a:
 - Honorarios médicos a nombre del paciente.

- Farmacia (medicamentos e insumos).
- Exámenes auxiliares (laboratorio, imágenes, patología), si es que aplica.

Nota: las facturas deben ser emitidas a nombre de Pacífico S.A. Entidad Prestadora de Salud, RUC: 20431115825.

- ▶ Copia de los resultados de todos los exámenes realizados (análisis, radiografías, exámenes especializados, entre otros), si es que aplica.
- ▶ Fotocopia del reporte operatorio en caso de intervención quirúrgica.
- ▶ Copia del resultado de anatomía patológica, si hubo patología.
- ▶ Copia de epicrisis en caso de internamiento.
- ▶ Copia de la receta firmada y sellada por el médico tratante.

Pacífico EPS podrá solicitar informes adicionales al afiliado por procedimientos realizados, en caso sea pertinente.

Los beneficios contenidos en este documento aplican en tanto se encuentren precisados en el Plan de Salud contratado y además no se encuentren excluidos en el anexo “Exclusiones y Limitaciones” adjunto al Plan de Salud.

En caso sea un reembolso por una atención odontológica, el afiliado deberá presentar además:

- 1) Odontograma original legible con el debido registro según norma técnica vigente (rojo y azul, no copias).

- 2) En caso de obturaciones (curaciones), registrar en el odontograma piezas dentarias y superficies tratadas, desglosando los costos por cada procedimiento realizado y especificando el tipo de obturación (ejemplo: anterior o posterior, simple, compuesta o compleja).
- 3) En caso de más de un procedimiento realizado que no requiera detalle de pieza dentaria, indicar el desglose de costos de cada uno de ellos (ejemplo: profilaxis, radiografía periapical, oclusal o bitewing).
- 4) En caso de endodoncias, enviar la radiografía de diagnóstico (inicio) y la radiografía de obturación (final) de cada una de las endodoncias realizadas. En caso las piezas dentarias con endodoncia sean vecinas o contiguas, podrá enviarse una sola radiografía de inicio y una sola radiografía final para las piezas comprometidas, siempre y cuando las radiografías sean legibles.
- 5) En caso de exodoncias (extracciones) y solo exodoncias simples (no las complejas), enviar la radiografía del diagnóstico inicial y la radiografía tomada después de la realización del tratamiento.
- 6) Para pulpotomías y pulpectomías enviar radiografía del diagnóstico inicial y radiografía de obturación final de cada una de las piezas dentarias comprometidas.
- 7) Toda radiografía periapical, oclusal o bitewing presentada como gasto, debe ser enviada en físico. En caso de radiología digital, enviar impresión original. En ningún caso fotocopias.

Pacífico EPS podrá solicitar informes adicionales al afiliado por procedimientos odontológicos realizados, si así lo cree conveniente.

Consulta y descarga la Hoja de Solicitud de Reembolso en www.pacifico.com.pe

Los beneficios contenidos en este documento aplican en tanto, se encuentren precisados en el Plan de Salud contratado y además no figuren excluidos en el anexo “Exclusiones y Limitaciones” adjunto al Plan de Salud.

Reembolsos Online: Contamos con un nuevo canal digital de atención donde podrás gestionar tus reembolsos de salud* de forma ágil y sencilla.

*Reembolsos Odontológicos se tramitan a través de la Hoja de Solicitud de Reembolso.

Ingresa a web.reembolsos.pacifico.com.pe, regístrate y disfruta de todos los beneficios que te brinda esta nueva plataforma.

¿Cómo solicito un reembolso online?

Paso 1- Ingresa la información sobre tu atención médica.

Paso 2- Indica los gastos que realizaste.

Paso 3- Toma fotos a los documentos de sustento.

Para más información ingresa a www.pacifico.com.pe



Atención Ambulatoria

¿Qué es una Atención Ambulatoria?

Es toda atención médica, procedimiento o examen auxiliar que no requiere hospitalización, es decir, en la cual no es necesario internarte en la clínica. Por ejemplo, una consulta médica o una ecografía recomendada por tu médico.

¿Qué cubre mi plan?

Cubre las atenciones médicas, medicamentos, exámenes y cirugías menores, siempre y cuando no estén excluidos en el anexo “Exclusiones y Limitaciones” adjunto a tu Plan de Salud.

Atención oftalmológica

Atención y cirugía de problemas visuales en centros oftalmológicos con la más avanzada tecnología.

Atención odontológica

Cuidado de tu salud bucal en centros odontológicos afiliados. Incluye las atenciones preventivas (odontograma, profilaxis y topicación con flúor en gel) y recuperativas con copagos fijos (deducibles) por cada pieza dentaria tratada y terminada (consultas, extracciones simples, curaciones o restauraciones directas, endodoncias, radiografías, bitewings, periapicales, oclusales).

Los sellantes para niños de 2 a 13 años únicamente en la modalidad vía crédito.

El flúor gel solo vía crédito hasta los 12 años y según las condiciones de tu Plan de Salud.

Atención a través de Médicos a Domicilio

Médicos que te atenderán en la comodidad de tu casa, te entregarán las medicinas y coordinarán los exámenes de laboratorio que necesites. La consulta de Médicos a Domicilio es una consulta médica programada para enfermedades agudas. No es para atender emergencias ni tratar enfermedades crónicas.

En Lima podrás solicitar la atención en las siguientes especialidades: Medicina General, Medicina Interna, Pediatría, Cardiología, Geriatria, Dermatología y Gastroenterología.

En provincia, en las ciudades donde se brinde el servicio, podrás solicitar la atención en Medicina General.

Médicos a Domicilio te ofrece atenciones con un copago fijo (deducible) que incluye la consulta, medicinas y exámenes. El monto a pagar depende de la especialidad del médico, de la ciudad donde te atiendes y de tu Plan de Salud.

Las medicinas y los exámenes se basan en el petitorio que tiene el servicio de Médicos a Domicilio.

Procedimiento de atención

Llama a nuestra Central de Emergencias y Asistencias (01) 415-1515 y programa tu cita. El médico irá a tu domicilio, te evaluará, te informará sobre el diagnóstico que presentas y te indicará los medicamentos que debes tomar o, de ser necesario, los exámenes que te debes realizar.

a. **Medicamentos:** el médico te entregará los medicamentos o coordinará para que estos lleguen a tu casa.

b. **Exámenes básicos de laboratorio:** el laboratorio se pondrá en contacto contigo y coordinará los detalles. Los resultados serán enviados al paciente.

Si alguno de los resultados estuviera fuera de los niveles normales, un profesional se comunicará contigo para informarte acerca de las medidas que debes tomar y de ser necesario, te enviará los medicamentos.

Horario de atención

- ▶ En Lima, 24 horas.
- ▶ En provincias de **8:00 a.m. a 8:00 p.m.**, solo para las especialidades de Medicina General.

Este servicio se brinda en Lima y en las zonas urbanas de las ciudades de Arequipa, Piura, Trujillo, Cajamarca, Cuzco y Talara.

Para conocer la cobertura geográfica del servicio de Médicos a Domicilio ingresa a www.pacifico.com.pe

Centros Médicos de la Red Pacífico con Pago Único

Atención en SANNA \ Centro Clínico La Molina, SANNA \ Centro Clínico Chacarilla y SANNA \ Centro Clínico Miraflores

Aquí los afiliados de Pacífico tienen acceso a tarifas preferenciales.

Te ofrecemos atenciones en Medicina General y Medicina Interna, además de las especialidades de Geriátrica, Dermatología y Gastroenterología, entre muchas más con un costo fijo.

Además, en estos establecimientos de salud puedes realizar los controles del Programa Siempre Sano y Chequeos Preventivos.

Procedimiento de atención

Para programar una cita llama a la Central de Información y Consultas de SANNA al (01) 635-5000.

Ubícanos en las instalaciones de SANNA \ Centro Clínico La Molina en Av. Raúl Ferrero 1256 - La Molina (frente al Centro Comercial Molina Plaza) y SANNA \ Centro Clínico Chacarilla en Av. Primavera N°336. Urb. Chacarilla del Estanque - Surco y SANNA \ Centro Clínico Miraflores en Av. Benavides 1936 - Miraflores.

Horario de atención

- ▶ SANNA \ Centro Clínico La Molina: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Sábados de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.
- ▶ SANNA \ Centro Clínico Chacarilla: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 9:00 p.m.
Sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.
- ▶ SANNA \ Centro Clínico Miraflores: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

¿Dónde y cómo me atiendo?

En establecimientos afiliados - a Crédito

- Presenta tu documento de identidad (DNI o carné de extranjería) para ser atendido.
- Consulta tu Plan de Salud y la Guía de Establecimientos adjunta.

Para saber más sobre la modalidad a Crédito puedes consultar la sección “Modalidades de atención” presente en este manual.

En centros de salud no afiliados - por Reembolso

Para la modalidad de Reembolso deberás presentar los documentos detallados en la sección “Modalidades de Atención” presente en este manual.



Atención de Emergencias

¿Qué es una emergencia?

Una emergencia es una situación repentina e inesperada que podría poner en peligro inminente tu vida o en grave riesgo tu salud. Una emergencia requiere atención y procedimientos médicos inmediatos. No confundas emergencia con urgencia. Urgencia es cuando requieres atención médica, pero ni tu vida ni tu salud están en riesgo grave.

Es el médico tratante quien determina si el caso es una emergencia o una urgencia.

El Plan de Salud contempla dos beneficios de emergencia:

Emergencia Médica

Es aquella que no es consecuencia de un accidente.

Emergencia Accidental

Es aquella producida por un accidente. Es decir, una acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad.

Si el médico tratante determina que el caso es una emergencia, se activará inmediatamente el beneficio de emergencia. Si determina que tu caso no es una emergencia sino una urgencia, deberás asumir el copago fijo (deducible) y copago variable (coaseguro) correspondiente según lo establecido en tu Plan de Salud. Para activar el beneficio de emergencia las atenciones deberán realizarse dentro de las 24 horas de producido el evento.

¿Qué cubre mi Plan?

En caso de emergencia te cubrimos lo siguiente:

Emergencia Médica y Emergencia Accidental en establecimientos de salud afiliados a tu Plan de Salud.

Atención en la sala de emergencia **cubierta al 100%** durante la permanencia en el ambiente de la sala de emergencia

Si requieres sala de operaciones y/u hospitalización

Emergencia Médica y Emergencia Accidental: copagos de acuerdo al beneficio hospitalario de tu Plan.

Si requieres atenciones ambulatorias posteriores

Emergencia Médica: copagos de acuerdo al beneficio ambulatorio de tu Plan.

Emergencia Accidental: atenciones cubiertas al 100% hasta por 90 días calendario. Luego, copagos de acuerdo al beneficio ambulatorio de tu Plan.

Ambulancia 24 horas

Ambulancias las 24 horas, los 365 días del año.

Para conocer la cobertura geográfica del servicio de ambulancias ingresa a www.pacifico.com.pe

Transporte por evacuación de emergencia

Para casos de emergencia y solo cuando en la localidad donde te encuentres no exista la capacidad ni la infraestructura médica necesarias para tu atención, se cubrirán los gastos de transporte. El transporte será en ambulancia terrestre y/o en avión de línea comercial nacional de pasajeros hacia el establecimiento de salud, con capacidad resolutive, más cercano (previa autorización y certificación del médico tratante). Se considera a un máximo de 2 pasajeros (paciente y profesional de salud) por evento. Solamente si es un menor de edad se incluye el traslado adicional (1 pasaje) para un acompañante.

Este beneficio solo considera el transporte de ida (para la atención inmediata de la emergencia).

No aplica para situaciones que no sean de emergencia, aun cuando haya la capacidad resolutive dentro de la localidad.

El establecimiento de salud que presta la atención inicial de emergencia se comunica con la Central de Emergencias y Asistencias al (01) 415-1515; ellos solicitarán la información requerida para la evaluación del caso.

De cumplir los criterios se procede a la autorización de la evacuación, medio de transporte y lugar de destino. Este beneficio no cubre los gastos de alojamiento ni alimentación.

¿Cómo me atiendo?

Llamando a una ambulancia

Llama a nuestra Central de Emergencias y Asistencias al (01) 415-1515 y coordinaremos el envío de una ambulancia al lugar en el que te encuentres.

En establecimientos afiliados - a Crédito

Presenta tu documento de identidad (DNI o carné de extranjería) en la sala de emergencia del centro de salud para ser atendido.

Si el afiliado no cuenta con su documento de identidad (DNI o carné de extranjería) al momento de una emergencia, recuerda que la clínica igual procederá con la atención médica inicial de acuerdo a lo indicado en la Ley de Emergencia. En caso el afiliado requiera atenciones hospitalarias o ambulatorias posteriores a la emergencia, deberá presentar su documento de identidad original.

Procedimiento de atención por Reembolso

El reembolso por emergencia, solo es aplicable en los casos en que la atención se realice en zonas alejadas de provincia o zonas donde no existan establecimientos de salud afiliados a Pacífico EPS.

* Para la modalidad de reembolso, deberás presentar los documentos detallados en la sección “Modalidades de Atención” presente en este manual.



Atención Hospitalaria

¿Qué es una atención hospitalaria?

Una atención hospitalaria es todo tratamiento que requiere pasar al menos una noche internado en la clínica.

¿Qué me cubre?

Cubre las atenciones médicas hospitalarias, siempre y cuando no estén excluidas en el Anexo "Exclusiones y Limitaciones" adjunto a tu Plan de Salud, y que no sean condiciones de salud preexistentes de acuerdo a las normas vigentes.

Servicio de Asesoría de Ejecutivas en Clínicas

Pacífico EPS pone a tu disposición Ejecutivas de Servicio en las principales clínicas a nivel nacional para ayudarte con los trámites hospitalarios o para resolver cualquier consulta sobre la cobertura o el uso de tu Plan de Salud.

¿Cómo me atiendo?

Procedimiento de Atención Hospitalaria programada

- Coordina con el médico la fecha en la cual se efectuará la hospitalización.
- El médico te dará la orden para el procedimiento y deberás acudir al área de presupuestos del establecimiento de salud para realizar el trámite de la Carta de Garantía.
- El establecimiento de salud solicitará la Carta de Garantía a Pacífico EPS (en caso lo requiera).
- Pacífico EPS validará que las coberturas y procedimientos solicitados sean los adecuados según el diagnóstico presentado, y enviará respuesta por escrito al establecimiento de salud. Esta respuesta se dará siempre y cuando el establecimiento de salud haya enviado la información debida.
- Una vez emitida la Carta de Garantía, en un promedio de 1 día, la clínica te comunicará el resultado telefónicamente.
- Al momento de internarte solo debes presentar tu documento de identidad (DNI o carné de extranjería).

Procedimiento de hospitalización no programada (emergencia)

En caso de ser internado por emergencia, el establecimiento de salud te brindará la atención médica requerida y posteriormente regularizará la Carta de Garantía con Pacífico dentro de las 24 horas hábiles.

La cobertura se brindará según tu Plan de Salud contratado.

Es importante la presentación de tu documento de identidad (DNI o carné de extranjería). En caso no cuentes con este o estés incapacitado, el establecimiento de salud deberá proceder con la atención de acuerdo a lo indicado en la Ley de Emergencia.

¿Dónde me atiendo?

Establecimientos afiliados

- Consulta tu Plan de Salud y la Guía de Establecimientos adjunta.



Beneficio Oncológico

¿Qué es el beneficio Oncológico?

Es el beneficio de tu Plan de Salud que te brinda atención y control en caso de padecer cáncer.

Se activa cuando esté establecido el diagnóstico definitivo de cáncer (neoplasia maligna), demostrado por los resultados de la anatomía patológica, es decir, con el informe de las pruebas que muestran células neoplásicas malignas o cancerosas, salvo para las condiciones especiales no biopsiables tales como cáncer de ovario, cáncer de testículo, cáncer de riñón, cáncer de encéfalo (solo tronco cerebral o cerebelo, otras partes del cerebro si tienen acceso con la biopsia por estereotaxia) y cáncer de páncreas. Luego de que el afiliado o el establecimiento de salud entregue a Pacífico EPS la copia del informe positivo, se activará la cobertura oncológica.

Todas las atenciones previas al diagnóstico definitivo o las atenciones no relacionadas directamente al diagnóstico de neoplasia maligna, estarán cubiertas bajo las condiciones de los beneficios de atención ambulatoria, de emergencia y hospitalaria establecidos en tu Plan de Salud, según corresponda.

Asimismo, ponemos a disposición de los pacientes con cáncer y sus familiares la **UCO (Unidad de Consejería Oncológica)**, donde ofrecemos el servicio de información y asesoría sobre el uso del Plan de Salud y las condiciones de la cobertura. Este servicio se realiza en **Centro Oncológico ALIADA**: Av. José Gálvez Barrenechea 1044, San Isidro.

¿Qué cubre mi Plan?

El Plan de Salud Pacífico EPS cubre atención oncológica ambulatoria y hospitalaria, estudios, procedimientos y tratamientos médicos o quirúrgicos oncológicos (cirugía, radioterapia y quimioterapia) que hayan concluido exitosamente la Fase III de su ensayo clínico y se encuentren calificados como beneficios por las categorías de evidencia y consenso 1 o 2A de la NCCN (National Cancer Comprehensive Network), incluyendo Terapias Biológicas salvo que se encuentren específicamente excluidas en tu Plan de Salud.

Para la aprobación de la cobertura de cada caso oncológico específico a tratar, resulta indispensable que los tratamientos y procedimientos señalados cumplan, para el tipo de cáncer diagnosticado, simultáneamente las dos condiciones que se mencionan a continuación.

(i) Hayan concluido exitosamente la Fase III de su ensayo clínico (es decir, que demuestre su eficacia en el tratamiento oncológico).

(ii) Se encuentren calificadas como beneficiosas por las categorías de evidencia y consenso 1 o 2A en la [Clinical Practice Guidelines in Oncology de los protocolos de la National Comprehensive Cancer Network \(NCCN\)](#) de Estados Unidos de América.

Adicionalmente, los procedimientos oncológicos (Cirugía Oncológica y Radioterapia) deberán contar con la recomendación de la NCCN, según las categorías de evidencia y consenso 1 o 2A.

¿Cómo me atiendo?

Ante una sospecha de cáncer, visita a tu médico tratante en alguno de los establecimientos de salud afiliados a tu Plan. Tu médico te indicará si requieres exámenes y según los resultados, determinará si es necesaria una biopsia o una cirugía exploratoria. Recuerda que en esa etapa aún no está activado el beneficio oncológico y deberás pagar los copagos, fijo y variable, de acuerdo al beneficio ambulatorio u hospitalario de tu Plan.

Cuando tengas los resultados positivos deberás comunicarte a la Unidad de Consejería Oncológica (UCO) al correo uco@pacifico.com.pe o al teléfono 518-4000 anexo 5881 a través de quien se activará tu cobertura oncológica. Una vez que el médico tratante te indique la terapia oncológica, deberás acercarte al área de admisión clínica con la orden correspondiente.

Pacífico activará la cobertura Oncológica, en un plazo de un día útil, para pacientes que inician su tratamiento y para pacientes que ya cuentan con tratamiento oncológico con nosotros.

Al momento de internarte o seguir tu tratamiento, deberás presentar tu documento de identidad (DNI o carné de extranjería).



Salud y Bienestar

Programas especializados para el cuidado de tu salud, creados a partir de las necesidades particulares que tú y tu familia puedan tener en relación a la prevención o el control constante de tu bienestar.

Chequeo Preventivo

¿Qué es un Chequeo Preventivo?

Es una evaluación médica preventiva y un control de riesgos según edad y sexo.

¿Qué cubre mi Plan?

Cubre evaluaciones preventivas médicas, ginecológicas, oftalmológicas y odontológicas al 100% **una vez durante la vigencia anual de tu Plan de Salud.**

Para descubrir las evaluaciones médicas preventivas y control de riesgos, a los que tienes acceso según tu edad y sexo visita www.pacifico.com.pe

¿Cómo me atiendo?

1. Programa tu cita vía telefónica, web o app (de ser el caso), en el establecimiento de salud de tu elección, siempre que esté dentro de la red de tu Plan de Salud.
2. Revisa las recomendaciones médicas al coordinar tu chequeo.
3. Acércate al centro de salud en la fecha programada, 10 a 15 minutos antes de la consulta con tu documento de identidad (DNI o carné de extranjería).
4. Asiste a tu cita.

Plazo de entrega de resultados al afiliado:

- ▶ 7 días útiles de finalizado el chequeo (chequeo individual).
- ▶ 10 días útiles (para chequeos grupales).

Este beneficio se brinda solo bajo la modalidad de Atención a Crédito.

Control del Niño Sano

¿Qué es el Control del Niño Sano?

El Control del Niño Sano consiste en una evaluación pediátrica mensual durante el primer año de vida del recién nacido*. Posterior al primer año, la consulta deberá ser coincidente con la aplicación de las vacunas de refuerzo.

* En todo recién nacido cuyo peso sea inferior a los 2500 g, se requiere de cuatro consultas de Niño Sano durante los dos primeros meses de vida.

¿Qué cubre mi Plan?

El programa incluye la toma de hemoglobina/hematocrito una vez al año, hasta los 2 años inclusive.

El programa contempla la prescripción de suplemento de hierro en gotas y 1 frasco por mes desde el 6° hasta el 10° mes de edad.

El Control del Niño Sano consta de las siguientes etapas:

- Evaluación médica por el especialista.
- Registro de crecimiento y desarrollo en la cartilla de Control de Niño Sano entregada por la clínica.
- Aplicación de vacunas cubiertas al 100% según el Esquema de Pacífico EPS.
- Orientación a la madre sobre temas relacionados al desarrollo psicomotriz, cuidados, signos de alarma y nutrición, entre otros.

Programa de Vacunación

Pacífico EPS te ofrece tres esquemas de vacunación:

Esquema de Pacífico EPS

- ▶ Cubre el 100% del Esquema de Vacunación de Pacífico EPS.
- ▶ Atención solo a crédito en las clínicas de la red donde se brinda el beneficio de Control del Niño Sano (consulta la Guía de Establecimientos adjunta). De no existir este servicio, en algunas provincias se reembolsará al 100%.
- ▶ ¿Cómo atenderte?
 - Programa tu cita vía telefónica, web o app (de ser el caso).
 - Acércate en la fecha programada con tu DNI, el DNI de tu niño y el carné de Control del Niño Sano y Cartilla de Vacunación entregado por el establecimiento de salud.
 - Sigue las indicaciones de tu médico.

Nota: Durante los primeros 28 días del recién nacido, el bebé podrá ser atendido con el DNI de la madre

Esquema del MINSA

- ▶ Cubre el 100% del Esquema de Vacunación Nacional recomendado por el Ministerio de Salud.
- ▶ Atención solo a crédito en el **Centro de Vacunación de la Clínica Javier Prado**.
Dirección: Los Geranios 158 - 160 (a la espalda de la Clínica Javier Prado).
Horario de Atención: lunes a sábado de **8:00 a.m. a 8:00 p.m.**
- ▶ Teléfono: (01) 211-4141 anexos 436 - 458.

¿Cómo atenderte?

- Previa cita, acércate al Centro de Vacunación de la Clínica Javier Prado.
- Presenta tu DNI, el de tu niño y tu Cartilla de Vacunación (la cual será entregada por primera vez por el Centro de Vacunación).
- La enfermera realizará el registro correspondiente para indicar cuál es la vacuna que se debe aplicar.
- Finalmente, la enfermera aplicará la vacuna.

Tarifas preferenciales

- ▶ Asumidas íntegramente por el afiliado. Aplica para otros esquemas de vacunación no contemplados en el plan de salud. Te brindamos 2 opciones de atención:

1.1 Campañas de Vacunación el Último viernes de cada mes, atención en:

SANNA \ Centro Clínico La Molina

Av. Raúl Ferrero 1256 - La Molina (frente al Centro Comercial Molina Plaza).

Para citas llama al teléfono 01 683-1394.

SANNA \ Centro Clínico Cajamarca

Los Cedros 214, Urb. El Ingenio - Cajamarca.

Para citas llama al teléfono: (076) 340-470.

Los afiliados pueden acudir directamente a las instalaciones del proveedor Centro de Vacunación Internacional Biovac, Maternidad y Niño Sano.

Dirección: Av. Ayacucho 1340 - Surco, teléfono de cita : 01 360-7717 y también al Centro de Vacunación Internacional Best Service, cuenta con sedes en San Isidro, Surco, Los Olivos, Arequipa y Trujillo, llamar al 01 683-1394 para reservar atención.

No olvides identificarte como afiliado a Pacífico EPS para que aplica el descuento respectivo.

Tamizaje neonatal

Dirigido a los asegurados EPS regulares y potestativos, según tu Plan de Salud*.

Se brinda dentro de los 28 días de nacido el bebé, de acuerdo con la Ley N°29885 que declara de interés nacional la creación del Programa de Tamizaje Neonatal Universal.

En el siguiente cuadro se detallan los exámenes y las enfermedades a descartar:

Exámenes	Enfermedad a detectar
TSH	Hipotiroidismo congénito
De 2 a 4 años	Hiperplasia suprarrenal
PKU	Fenilcetonuria
IRT	Fibrosis quística
Evaluación por oftalmología	Evaluación por oftalmología
Evaluación por otorrino	Hipoacusia

* De acuerdo a disponibilidad.

Laboratorio ROE: Solo en las siguientes sedes: San Isidro (Dos de Mayo 1741), Surco (Av. Primavera 410 Chacarilla y Av. Encalada 435 Monterroso) y Arequipa (Av. Emmel 119 Yanahuara - Arequipa).

Red sujeta a modificación y disponibilidad del servicio.

Estimulación temprana

- ▶ Sesiones de hasta 45 minutos (cobertura de máximo 13 sesiones en total).
- ▶ Costo de cada sesión: S/ 35 cubierta al 100%.

Condiciones de cobertura

- ▶ El programa se brindará exclusivamente en la Red de Niño Sano establecida en tu Plan de Salud.
- ▶ Las coberturas están sujetas a variación, según la renovación de tu Plan de Salud.
- ▶ Una amplia cobertura en la Red Niño Sano, de acuerdo a tu Plan de Salud.
- ▶ Si no encuentras stock de las vacunas del Esquema de Vacunación Pacífico EPS en el centro médico al que asistes, puedes acudir a otro centro de la Red de Niño Sano con la orden que te brinde el pediatra.
- ▶ De requerir exámenes, consultas, procedimientos u otros servicios adicionales, estos se atenderán bajo cobertura ambulatoria, con el pago respectivo del deducible o coaseguro indicados en tu Plan de Salud.

Programa Siempre Sano

¿Qué es el Programa Siempre Sano?

Es un beneficio ambulatorio cubierto al 100% para la atención de las siguientes enfermedades: asma bronquial** dislipidemia, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, todas sin complicaciones. Este programa pone a tu disposición un excelente equipo de médicos especialistas que te orientarán para tratar y minimizar el daño que producen estas enfermedades.

¿Qué cubre el beneficio?

- Cobertura al 100% de las consultas médicas.
- Cobertura al 100% de medicamentos de acuerdo a petitorio de medicamentos.
- Cobertura al 100% de análisis de laboratorio y pruebas de acuerdo al protocolo del programa.
- Cobertura al 100% de los servicios complementarios como:
 - 2 controles psicológicos al año*.
 - 3 controles nutricionales al año*.
 - 3 controles de podología al año para pacientes diabéticos del programa*.

Receta de Plazo Extendido:

Consiste en visitas médicas bimensuales/trimestrales, seguimiento mensual telefónico a través de un staff de enfermeras que te brindarán asesoría, envío de medicamentos y coordinación de exámenes de ayuda al diagnóstico. Previa indicación de tu médico tratante.

* Previa derivación del médico del programa.

** La cobertura para el diagnóstico de asma es a partir de los 5 años de edad.

¿Cómo me atiendo?

Si deseas recibir la primera consulta del programa:

Comunícate con la Central de Información y Consultas al (01) 513-5000. Un asesor de servicio te tomará los datos y podrás elegir dónde atenderte. De acuerdo a tu elección, el proveedor del programa se comunicará posteriormente contigo para reservar tu cita en 48 horas.

En la primera consulta el médico del programa realizará un informe de tu situación de salud actual y determinará el ingreso. Si estás de acuerdo con las condiciones y beneficios del programa, firmarás un documento de incorporación que indica que ya eres parte del programa Siempre Sano.

Si ya eres paciente del programa:

Terminada tu consulta se agendará inmediatamente la fecha de la próxima cita. En caso no tengas la fecha de tu próximo control, podrás comunicarte a la central del proveedor del programa donde recibes la consulta. Si te atiendes en Atención a Domicilio se comunicarán para agendar tus próximas citas.

¿Qué necesito para acceder?

- Estar vigente y al día en los pagos de tu Plan de Salud.
- Tener el beneficio del Programa Siempre Sano activo en tu Plan de Salud.
- Tener el diagnóstico confirmado de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia o asma bronquial, todas sin complicaciones.
- No tener preexistencias en tu Plan de Salud relacionadas a los diagnósticos que cubre el programa.
- Recibir la primera consulta médica del programa.
- Firmar la Hoja de Incorporación al programa que significa haber sido informado y haber aceptado cumplir con las normas.

- Cumplir con las condiciones de ingreso al programa.
- Aceptar los términos y condiciones del programa.

Para cualquier consulta del Programa Siempre Sano puedes escribir a:
pacificoteayuda@pacifico.com.pe

¿Dónde puedo atenderme?

Lima:

SANNA \ Centro Clínico La Molina

Av. Raúl Ferrero 1256 - La Molina (frente al Centro Comercial Molina Plaza).

SANNA \ Centro Clínico Chacarilla

Av. Primavera 336, Urb. Chacarilla del Estanque - Surco.

SANNA \ Centro Clínico Miraflores

Av. Benavides 1936, Miraflores.

SANNA Atención a Domicilio*,

*aplica solo para Lima y de acuerdo a la cobertura de dicho servicio.

- ▶ Por el Norte hasta Comas e Independencia.
- ▶ Por el Sur hasta el Km 20 de Panamericana Sur (primer peaje), Villa El Salvador y Chorrillos.
- ▶ Por el Oeste hasta La Punta, Callao.
- ▶ Por el Este Ate, Chaclacayo y Lurigancho - Chosica (hasta Puente Los Ángeles).

Provincia:

Trujillo: SANNA \ Clínica Sánchez Ferrer.

Piura: SANNA \ Clínica Belén.

Arequipa: SANNA \ Clínica del Sur.

Cajamarca: SANNA \ Centro Clínico Cajamarca.

Programa de Nutrición

¿Qué es el Programa de Nutrición?

Consiste en una consulta con un nutricionista que te ayudará a elaborar un plan de alimentación personalizado para mejorar tu peso y estado de salud. Las consultas nutricionales se dan a domicilio u oficina.

¿Cómo me atiendo?

Solicita una cita a domicilio a través de nuestra Central de Emergencias y Asistencias al (01) 415-1515. Al momento de tu cita deberás pagar el copago fijo (deducible) indicado en tu Plan de Salud.

Salud Mental *parte del programa PEAS

¿Qué ofrece tu Plan de Salud para las condiciones PEAS de Salud Mental?

Tu Plan de Salud te ofrece un programa de atención ambulatoria para las condiciones PEAS de Salud Mental: Esquizofrenia, Ansiedad, Depresión y Alcoholismo en base a las coberturas por evento descritas en el Plan de Beneficios del PEAS.

Las atenciones son exclusivamente a Crédito y previa cita. Programa tu cita vía telefónica, web o app (de ser el caso), en el establecimiento indicado en tu Plan de Salud.

- Consulta el procedimiento de atención a Crédito en la sección “Modalidades de Atención” presente en este manual.

Programa de Maternidad

¿Qué es el Programa de Maternidad?

El embarazo es una etapa maravillosa en la vida de una mujer, pero también una de las más dedicadas. Conscientes de las dificultades que se presentan durante la concepción, en Pacífico hemos creado el Programa de Maternidad que te ofrece una gran variedad de beneficios para que disfrutes de esta hermosa etapa.

¿Qué cubre mi Plan?

Beneficios ambulatorios

Accederás a los siguientes beneficios:

- ▶ **Consultas periódicas**, dependiendo de tu periodo de gestación, podrás acceder a las siguientes consultas:
 - 1 consulta mensual (primeros 7 meses) = 1 - 32 semanas
 - 1 consulta quincenal (durante el 8° mes) = 33 - 36 semanas
 - 1 consulta semanal (durante el 9° mes) = 37 semanas hasta el parto

- ▶ **Esquema profiláctico aceptado***
 - Ácido fólico durante el 1er. trimestre
 - Multivitamínicos: en tabletas, cápsulas o comprimidos: a partir del 2° trimestre.

* Aplican copagos según el Plan de Salud.

▶ **Esquema terapéutico ***

- Hierro solo en caso de Anemia.
- Calcio más Vitamina D en casos de antecedentes de alto riesgo de Hipertensión Gestacional o Preclampsia.

* Aplican copagos según el Plan de Salud.

▶ **Tratamientos de enfermedades intercurrentes**

Hay enfermedades que pueden producirse durante el embarazo. Pacífico te ofrece exámenes y tratamientos para las siguientes:

- Infección urinaria
- Estreñimiento
- Vulvovaginitis
- Vómitos del embarazo

▶ **Atenciones para complicaciones del embarazo, parto y puerperio;** se brindarán de acuerdo a criterio médico y estarán sujetas a auditoría médica.

▶ **Psicoprofilaxis** en la gestante, conjunto de actividades para brindar preparación integral prenatal a la gestante para un embarazo, parto y posparto en las mejores condiciones; consta de 7 sesiones, 2 horas cada sesión. Se cuenta con una red de proveedores para el servicio según su Plan de Salud.

▶ **Vacunación,** se cubre la vacuna contra el tétano (hasta 3 dosis por embarazo) en la red de proveedores del Programa de Maternidad o cubrimos bajo Esquema de Vacunación del PEAS recomendado por el Ministerio de Salud las siguientes vacunas* :

Vacuna	Primera dosis	Segunda dosis	Tercera dosis
Hepatitis B* (3 dosis)	A partir de la semana 20 de gestación.	4 semanas después de recibir la primera dosis.	4 semanas después de la segunda dosis.
Influenza (1 dosis)	A partir de la semana 20 de gestación.		
DT (2 dosis)	A partir de la semana 20 de gestación.	8 semanas después de la primera dosis.	
Tda*** (1 dosis)	A partir de la semana 27 a la semana 36 de gestación.		

*Atención en el Centro de Vacunación de la APEPS. Atención previa cita al (01) 211-4141 anexo 1117-1118. Dirección: Calle Los Geranios 158 – 160, Lince (a la espalda de la Clínica Javier Prado).

Exámenes auxiliares del Control Prenatal

Examen	1ra. consulta	19 a 22 semanas	27 a 29 semanas	32 a 35 semanas
Hemograma completo (incluye como mínimo Numeración y Fórmula Leucocitaria, Hemoglobina, Hematocrito, Recuento de plaquetas)	✓			✓
Grupo Sanguíneo y Factor Rh	✓			
Glicemia Basal	✓		✓	
Creatinina	✓			
VDRL o RPR	✓			✓
ELISA VIH1 - VIH2	✓			✓
Papanicolaou (1)	✓			
Ecografía Bidimensional (tres ecografías) (2)	✓			
Examen Odontológico (3)	✓			
Inmunización Antitetánica		Tres dosis hasta los 45 días posparto		
Examen de Orina (4)	✓		Solo como intercurencia	
Urocultivo			Solo como intercurencia	
HBsAg (Antígeno Australiano)			Según criterio médico	
Coombs Indirecta (5)			Según criterio médico	
Isoinmunización Factor RH (-)			Según criterio médico	

1. Solo para gestantes que no se hayan realizado un PAP en el último año.
2. Fecha de 2da. y 3ra. ecografía de acuerdo a criterio médico.
3. En prestadores de la Red Odontológica preventiva, según su Plan de Salud.
4. Examen de orina adicional solo en caso de intercurencia.
5. Solo para gestantes con riesgo de incompatibilidad sanguínea.

Beneficios hospitalarios

- Aborto o amenaza de aborto hospitalario.
- Complicaciones del embarazo, parto y puerperio hospitalario.
- Parto natural.
- Parto por cesárea.
- Parto múltiple (natural o cesárea).
- La circuncisión del recién nacido está cubierta como cirugía ambulatoria.

Enfermedades congénitas

Una enfermedad congénita o defecto de nacimiento es cualquier condición potencialmente patológica (anomalías en la estructura, función o metabolismo) originada antes del nacimiento del niño. Incluye las enfermedades causadas por factores ambientales, genéticos o desconocidos que pueden ser evidentes al nacimiento o manifestarse más tarde en la vida.

Estas condiciones patológicas pueden ser diagnosticadas desde el nacimiento, como por ejemplo: paladar hendido, síndrome de Down, entre otras; o bien presentar manifestaciones a través del tiempo que permiten su diagnóstico en los periodos de la infancia, adolescencia o adultez, como por ejemplo: malformaciones de vías urinarias, hemofilia, inmunodeficiencia común variable, escoliosis congénita, entre otras.

La cobertura es para los niños cuya concepción fue dentro de la vigencia del Plan de Salud de la empresa empleadora actual y cuya inscripción sea hasta los 60 días de nacido, 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.

Consideraciones generales

Este beneficio aplica para afiliados al Plan de Salud, de acuerdo a la normativa vigente. Si la concepción del bebé se produjo dentro de la vigencia del Plan de Salud, se brindará la misma conforme al Plan; no obstante, si la concepción se dio fuera de la vigencia del Plan de Salud, la cobertura se brindará de acuerdo a las condiciones del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS, salvo las excepciones de ley.

¿Cómo me atiendo?

Este beneficio se inicia con la evidencia clínica y/o de laboratorio y/o estudio de imágenes de embarazo confirmado.

La atención puede ser a Crédito o por Reembolso, a excepción de psicoprofilaxis que solo es a Crédito.

- Consulta el procedimiento de atención a Crédito y por Reembolso en la sección de “Modalidades de Atención” presente en este manual.

¿Dónde me atiendo?

Establecimientos afiliados

- Consulta tu Plan de Salud y la Guía de Establecimientos adjunta de acuerdo a tu Plan de Salud.

Para conocer más sobre el Programa de Maternidad ingresa a www.pacifico.com.pe



Sepelio

Sepelio plus: sepultura o cremación

¿Qué cubre mi Plan?

Cubrimos el sepelio en los cementerios a elección de la familia, según las condiciones y/o topes del Plan de Salud.

No incluye: cuota de aporte al fondo de conservación y mantenimiento, en caso de cremación no incluye ni cinerario correspondiente al espacio en el **suelo** para colocar las urnas, ni columbario correspondiente al espacio en la **pared** para colocar las urnas.

Servicio funerario

¿Qué cubre mi Plan?

Asistencia de director funerario, carroza de lujo, carro para ofrendas florales, capilla ardiente, candelabros de bronce iluminados o con velas naturales, tarjetero, manto especial, alfombra, Cristo resucitado posterior, soportes de ataúd, ataúd modelo natural Roma o duco Amadeus, adornos propios, acolchado en poliseda.

Salón velatorio, preparación tanatológica del fallecido, trámite de inscripción de la partida de defunción según exigencia municipal, así como la tramitación, traslado e instalación del servicio.

En caso de cremación el servicio incluye también urna para cenizas de bronce, mármol travertino o madera con adornos de bronce, horno crematorio, derecho de salubridad y necropsia de ley. La urna es correspondiente a una caja que se utiliza para guardar las cenizas.

Servicios Adicionales:

Incluye 6 cargadores, obituario de 2x1 de lunes a sábado, vehículo de acompañamiento de 24 pasajeros y lágrima floral.



Definiciones Importantes en la Cobertura del Plan

El Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, establece cuáles son los planes de aseguramiento en salud (Plan Esencial de Aseguramiento en Salud y Plan Complementario), en base a los cuales EsSalud y las EPS como Pacífico deben brindar cobertura.

¿Qué es una IAFAS?

Las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), son las encargadas de captar y gestionar los fondos para el aseguramiento de prestaciones de salud y las coberturas de riesgo de los asegurados. En este sentido, Pacífico Salud EPS legalmente es una IAFAS.

Del mismo modo, te informamos que la prestación de servicios en el ámbito del Aseguramiento Universal de la Salud (AUS) se desarrolla a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), las cuales 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.

¿Qué es el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)?

Es el plan de aseguramiento en salud que contiene la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones y prestaciones de salud que, como mínimo, son financiadas a todos los afiliados a este Plan en el país.

En base a dicha lista priorizada, sus acotaciones y límites, Pacífico procederá a brindar cobertura a sus afiliados actuando en cumplimiento de la normativa vigente en nuestro país.

¿Qué es un Plan Complementario?

Es un plan que otorga prestaciones no comprendidas en el PEAS. La cobertura de dichas prestaciones se encuentra de manera obligatoria a cargo de EsSalud, no obstante puede ser ofrecida de manera facultativa por la EPS; de brindarla, la forma y alcance de esta cobertura complementaria queda a libre discreción de Pacífico, conforme lo indica el artículo 100° del Reglamento de la Ley 29344.



Preguntas Frecuentes

Reclamos

¿Qué es un reclamo?

Es la manifestación verbal o escrita efectuada ante la IAFAS por la cual un usuario manifiesta su insatisfacción ante algún incumplimiento, irregularidad o deficiencia en la prestación del servicio que se le brinda, según lo estipulado en el Plan de Salud o el contrato suscrito, relacionada a su atención en salud.

¿Qué debo hacer si deseo presentar un reclamo?

Si no te encuentras conforme con cualquier aspecto relacionado al servicio que estás recibiendo, puedes presentar tu reclamo comunicándote a la Central de Información y Consultas al número (01) 513-5000 desde Lima y provincias.

Asimismo, puedes ingresar tu reclamo virtualmente a través de la web: **www.pacifico.com.pe/libro-de-reclamaciones** o acercarte a nuestras Plataformas de Atención al Usuario ubicadas en la Oficina Principal (Av. Juan de Arona 830, San Isidro) a nivel regional, y provincial en: Arequipa, Chiclayo, Cuzco, Huancayo, Ica, Iquitos, Piura, Tacna y Trujillo. Una vez recibido tu reclamo, nos comprometemos a analizarlo con detenimiento y en forma objetiva.

Generalmente, puedes esperar una respuesta de parte nuestra en un plazo de diez días útiles. Sin embargo, en casos complejos—cuyo análisis requiere que realicemos coordinaciones con uno o más prestadores de salud—la emisión de la respuesta tiene un plazo máximo de 30 días útiles, el mismo que ha sido establecido de acuerdo a la normativa legal vigente.

En esta etapa Pacífico EPS realizará una investigación sumaria, es decir, efectuará las diligencias correspondientes para la dilucidación de los hechos que generaron la insatisfacción del usuario. El grado de complejidad del reclamo será el que determine la duración de la investigación sumaria.

¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con la manera en que Pacífico ha resuelto un reclamo?

Si después de haber agotado todas las instancias con Pacífico EPS no te encuentras conforme con la decisión en la atención de un siniestro, puedes acudir en denuncia ante la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD o hacer uso de los mecanismos alternativos de resolución de controversias en el Centro de Conciliación y Arbitraje - CECONAR de SUSALUD.

Afiliación

¿Existe algún límite de edad para la afiliación de trabajadores a una EPS?

No. Para los titulares regulares no habrá límites de edad para la afiliación mientras mantengan el vínculo laboral con su entidad empleadora.

¿Puedo afiliar a mis padres dentro de mi Plan?

No todas las empresas tienen ese plan contemplado dentro del contrato; se sugiere consultar al área de RR.HH. de tu empresa para confirmar y canalizar la afiliación.

¿Si no afilio a mis derechohabientes a mi EPS, pueden atenderse en EsSalud con normalidad?

No. Si el titular de EsSalud tiene una EPS vigente, sus derechohabientes también tienen que ser afiliados a su Plan, no pueden tener atenciones ambulatorias en EsSalud.

¿Puedo afiliar a mi EPS al hijo(a) de mi cónyuge?

Se puede solicitar la afiliación siempre que tengas en regla los papeles de adopción, ya que solo pueden estar los dependientes legales.

¿Cómo se renuncia a una EPS?

Dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha de la publicación de los resultados de la elección de afiliación, los trabajadores que así lo deseen pueden manifestar al empleador su voluntad de no participar en el plan elegido y de mantener su cobertura de salud íntegramente a cargo de EsSalud. Iniciado el Plan de Salud, los trabajadores pueden renunciar individualmente a la EPS y solicitar que EsSalud les brinde atención integral. Este derecho puede ser ejercido una vez durante la vigencia anual contractual.

¿Si dejo de laborar en mi empresa puedo seguir pagando mi EPS para continuar con mi cobertura?

No es posible ya que es un Plan de Salud contratado a través de tu empresa para trabajadores incluidos dentro de su planilla y conforme a los aportes realizados a EsSalud. Sin embargo, tienes la opción de afiliarte a una EPS Individual dentro de los 60 días de generada la exclusión de la EPS, contando con un mínimo de 3 meses en el Plan de Salud anterior.

Para solicitar tu afiliación visítanos en nuestra oficina principal: Av. Juan de Arona 830, San Isidro.

¿Puedo tramitar mi latencia por adelantado un mes antes del término de cobertura?

No es posible ya que EsSalud no emitirá la constancia de cobertura de desempleo que es requisito para el trámite en nuestras oficinas.

¿Cuál es el aporte y cuáles son los copagos en un Plan regular o potestativo de una EPS?*

Están señalados en el Plan de Salud elegido por el afiliado para que desde el inicio del contrato conozca sus obligaciones económicas.

* Información tomada de: www.susalud.gob.pe

De la cobertura en general

¿Existe periodo de carencia o tiempo de espera en el Plan de Salud?

La cobertura para diagnósticos de capa complementaria pasará primero por un periodo de carencia de 90 días. Estos días comenzarán a partir de la fecha de ingreso como afiliado. El periodo de carencia no aplica en el caso de emergencias accidentales y/o médicas.

Existe periodo de espera para las siguientes coberturas:

- Maternidad de capa complementaria - 10 meses
- Atenciones referentes al VIH - 36 meses
- Atenciones de Salud Mental - 18 meses
- Trasplante de Médula - 24 meses

¿Si tuve una hospitalización o una cirugía ambulatoria y la Carta de Garantía fue aprobada al 90%, puedo pasar mi siguiente consulta con el copago variable (coaseguro)?

La continuación de atención será por 30 días con el copago variable (coaseguro) de la carta aprobada para esa operación u hospitalización.

¿Si pasé mi chequeo el 20 de noviembre, tengo que esperar hasta el 20 de noviembre del próximo año para volver a pasarlo?

El chequeo preventivo de la EPS es cubierto al 100% una vez dentro del año de contrato de la empresa. No se mide por año calendario, sino por año contractual de vigencia del contrato suscrito con la entidad empleadora.

De la cobertura en EsSalud

¿El afiliado a una EPS pierde el derecho de atención en EsSalud?

No. Los trabajadores que se afilien a una EPS seguirán manteniendo su derecho de atención por EsSalud para los diagnósticos correspondientes al Plan Complementario (Ex Capa Compleja).

¿Qué sucede con las prestaciones económicas brindadas por EsSalud si un trabajador se afilia a una EPS?

Las prestaciones económicas otorgadas por EsSalud, como los subsidios por maternidad, lactancia e incapacidad temporal, seguirán siendo otorgadas por EsSalud, aunque el trabajador se afilie a una EPS.

De la cobertura en periodo de latencia

En caso de desempleo y de suspensión perfecta de labores, gozarás de cobertura de condiciones PEAS (ex Capa Simple) a través de Pacífico EPS y de cobertura del Plan Complementario (ex Capa Compleja) a través de EsSalud.

Importante: Las atenciones de PEAS a cargo de Pacífico EPS se efectuarán solo a Crédito en los establecimientos de salud especificados en tu Plan de Salud.

¿Cuál es el procedimiento de atención?

- Obtén la Carta de “Cobertura de Desempleo” en el centro de EsSalud indicado por tu Centro de Trabajo (solicita esta información en el área de Recursos Humanos, Personal o Servicio Social, donde además te informarán sobre lo que necesitas presentar en EsSalud).
- EsSalud nos enviará la información necesaria vía correo electrónico a Pacífico EPS para tramitar tu latencia. La información enviada por EsSalud se ejecutará en 48 horas hábiles.
- En caso desees copia del Plan de Latencia, podrás acercarte a la plataforma de Pacífico o comunicarte con nuestra Central de Información y Consultas al (01) 513-5000.

¿Cuál es el periodo de cobertura de latencia?

El periodo de cobertura de latencia varía de acuerdo al número de aportaciones que hayas hecho en EsSalud.

Para gozar de este beneficio debes haber aportado como mínimo cinco meses durante los últimos tres años previos al cese.

Por cada cinco meses de aportación, tendrás un mes de cobertura de latencia.

Los periodos de latencia que se generen no podrán exceder de doce meses consecutivos.

El periodo de latencia se aplicará a partir de la fecha en la que ya no se tenga cobertura en el Plan de Salud EPS regular.



pacifico