

ANEXO A

TABLAS DE BENEFICIOS DEL SERVICIO DE POLIZAS DE SEGURO MEDICO FAMILIAR DE LOS GRUPOS ASEGURADOS

ASEGURADO : MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
DIRECCION PRINCIPAL : JR. LAMPA 545 - LIMA
VIGENCIA : ANUAL - DESDE 00:00 / HASTA LAS 23:59 HORAS

EN BASE A DECLARACIONES MENSUALES

GRUPO ASEGURADO:

Funcionarios administrativos nombrados y sus dependientes, alumnos de la Academia Diplomática, así como padres de los funcionarios administrativos residentes en el Perú.

Beneficio Máximo Anual por persona para titulares y dependientes	S/. 1,155,000.00	
Beneficio Máximo Anual por padre	S/. 77,000.00	
Límite de edad de ingreso para padres hasta los 68 años inclusive y de permanencia hasta que el titular funcionario administrativo nombrado permanezca prestando funciones en la entidad que como máximo será hasta los 70 años.		
ATENCION HOSPITALARIA		
Crédito	Deducible	Cubierto al
Clínicas Red 1		
Los primeros S/. 19,250.00	S/. 0.00	95%
Clínicas Red 2		
Los primeros S/. 19,250.00	1 día de habitación	90%
Clínicas Red 3		
Los primeros S/. 19,250.00	1 día de habitación	85%
Clínicas Red 4		
Los primeros S/. 19,250.00	1 día de habitación	80%
Reembolso Lima y Provincias (Tarifa A + 100%)	1 día de habitación	80%
ATENCION HOSPITALARIA EN EXCESO A S/. 19,250.00 CUBIERTA AL 100%		
Por cada evento hospitalario y hasta el beneficio máximo anual contratado		

** Los Copagos incluyen IGV

ATENCION AMBULATORIA		
Crédito	Deducible	Cubierto al
Clínicas Red 1		
Los primeros S/. 19,250.00	S/. 38.50	95%
Clínicas Red 2		
Los primeros S/. 19,250.00	S/. 57.75	90%
Clínicas Red 3		
Los primeros S/. 19,250.00	S/. 77.00	85%
Clínicas Red 4		
Los primeros S/. 19,250.00	S/. 77.00	80%
Reembolso Lima y Provincias (Tarifa A + 100%)	S/. 77.00	80%
Máximo S/. 385.00 por consulta		
ATENCION AMBULATORIA EN EXCESO A S/. 19,250.00 CUBIERTA AL 100% EN CUALQUIERA DE LAS 4 REDES		



****Atención ambulatoria: Vigencia hasta 15 días de la orden médica para procedimientos y exámenes auxiliares**

MEDICO A DOMICILIO Consulta 72		
Al Crédito	Deducible	Cubierto al
Incluye medicinas y exámenes de ayuda diagnóstica	S/. 38.50	100%
Por reembolso		
Incluye medicinas y exámenes de ayuda diagnóstica Máximo S/. 577.50 por consulta	S/. 77.00	80%
Radio de acción mínimo: Por el norte hasta Comas – Independencia; por el Sur hasta el peaje de Villa Chorrillos, San Juan de Miraflores y Villa el Salvador; por el Este hasta Chaclacayo – SJ de Lurigancho; por el Oeste hasta la Punta Callao		
Observaciones: Se cubre atenciones ambulatorias agudas de baja complejidad, no emergencias. De acuerdo a programación y disponibilidad de los médicos especialistas. Incluye medicinas y exámenes de ayuda diagnóstica y apoyo especiales. El deducible incluye la consulta de control por el mismo diagnóstico (en caso sea medicamento necesario). El control médico sin deducible se refiere a una consulta si la evolución del paciente es inadecuada o el tratamiento prescrito no está siendo efectivo y/o para evaluación de exámenes auxiliares. En los supuestos de estados de emergencia decretado por el Gobierno del Perú, el servicio de atención debe seguir brindándose de forma presencial y/o virtual.		
Respuesta a Consulta 72 Rimac Seguros: (...) Se procede a aclarar que, para obtener el reembolso por la atención de MEDICO A DOMICILIO, se deberá adjuntar los mismos documentos que se requieren para el reembolso por las ATENCIONES AMBULATORIAS, del ANEXO A de los Términos de Referencia.		

MEDICO EN PLANTA – En las instalaciones del Ministerio Consulta 73		
Medicina Interna y Especialidades – incluye consulta, medicinas, análisis de laboratorio y exámenes especiales	Deducible	Cubierto al
Consulta médica	S/. 0.00	100%
Medicinas, exámenes auxiliares	S/. 0.00	90%
Fisioterapias	S/. 0.00	100%
Medicamentos oncológicos (previa presentación de receta u orden médica)	S/. 0.00	100%
Observaciones: En los supuestos de estados de emergencia decretado por el Gobierno del Perú, el servicio de atención debe seguir brindándose de forma presencial y/o virtual.		
Respuesta a Consulta 73 Rimac Seguros: (...) Se aclara que, se procederá a determinar el horario para la atención de la especialidad de Fisioterapia con el postor ganador de la Buena Pro, siempre sujeto a la demanda de los asegurados que requieran de dicha cobertura. - En MEDICO EN PLANTA. Se precisa que todos los beneficios y coberturas consignadas en el ANEXO A de los Términos de Referencia aplica para los asegurados, entendiéndose como asegurados a los TITULARES Y DEPENDIENTES. -En MEDICO EN PLANTA: Se precisa que el Beneficio de MEDICO EN PLANTA es aplicable a ambos grupos asegurados (administrativos y diplomáticos). -En MEDICO EN PLANATA: Se precisa que el Tópico Médico cuenta con los requisitos indispensables para su funcionamiento, de acuerdo a lo regulado por las entidades correspondientes. Asimismo, las horas de atención se encuentran establecidas en el numeral 3 del Anexo A de las condiciones especiales de los Términos de Referencia, el horario de atención será coordinado con el postor ganador de la Buena Pro.		



PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRONICAS - EN EL PERU		
Crédito	Deducible	Cubierto al
<p>Enfermedades cubiertas: Hipertensión Arterial, Asma, Diabetes tipo II, Dislipidemia y combinaciones (Diabetes II+HTA, diabetes II+Dislipidemia)</p> <p>Consulta mensual por especialista a domicilio (cardiólogo/endocrinólogo/neumólogo dependiendo del diagnóstico), Entrega de medicinas de forma mensual. Las medicinas también podrán ser entregadas en el consultorio del médico en planta. Consulta por psicología y nutrición* (Todos los diagnósticos), Consulta por oftalmología* (Hipertensión y diabetes), Atención podológica a domicilio (Diabetes), Pruebas de laboratorio* (Según diagnóstico), Exámenes de imágenes* (Ecocardiografía, rayos x, mapa, holter, espirometría, etc. según diagnóstico)</p>	S/. 0.00	100%
<p>Para acceder al servicio se debe llamar a la central de información y consultas del Contratista. El asegurado podrá recibir las atenciones en su domicilio o en el médico en planta.</p> <p>(*) La cobertura se brindará bajo los protocolos y condiciones señalados por el Contratista Como mínimo deben ser las indicadas en el detalle de esta cobertura.</p>		
<p>El Programa de Pacientes Crónicos incluye los siguientes medicamentos con cobertura al 100%</p> <p>Hipertensión Arterial: Micardis o Cordiax, Blox o Blopess, Aprovel, Exforge</p> <p>Diabetes Tipo II: Forxiga, Jardiance, Glucophage, Galvus, Insulinas</p> <p>Asma: Relvar, Symbicort, Ventolin, Singulair</p> <p>Dislipidemia: Crestor, Lipitor, Cresadex, Vytorin</p>		
<p>Observaciones: En los supuestos de estados de emergencia decretado por el Gobierno del Perú, el servicio de atención debe seguir brindándose de forma presencial y/o virtual.</p>		



MATERNIDAD		
Período de carencia para asegurados nuevos: 10 meses		
*Se entiende por carencia al período de espera para poder utilizar la cobertura		
Crédito	Deducible	Cubierto al
Parto normal	S/. 0.00	100% hasta S/. 7,700.00
Cesárea y/ o parto múltiple	S/. 0.00	100% hasta S/. 11,550.00
Amenaza de aborto y/o aborto no provocado	S/. 0.00	100% hasta S/. 5,775.00
Complicaciones orgánicas del embarazo	S/. 0.00	100% hasta S/. 5,775.00
Reembolso (Tarifa A + 100%)		
Parto normal	S/. 0.00	100% hasta S/. 5,775.00
Cesárea y/ o parto múltiple	S/. 0.00	100% hasta S/. 9,625.00
Amenaza de aborto y/o aborto no provocado	S/. 0.00	100% hasta S/. 3,850.00
Complicaciones orgánicas del embarazo	S/. 0.00	100% hasta S/. 3,850.00
Controles de Maternidad en el Perú (sólo en clínicas afiliadas)		
9 consultas prenatales, 03 ecografías durante la gestación, 02 consultas post natales	S/. 0.00	100%
Análisis de laboratorio	S/. 0.00	100% hasta S/. 1,155.00
Psicoprofilaxis - Preparación para el parto		
A partir del séptimo mes en red de clínicas afiliadas propuestas por el contratista. Consta de 7 sesiones de dos horas cada una.	S/. 0.00	100%
Control del niño sano (sólo al crédito)		
Una consulta mensual por el primer año de vida (incluye vacunas según esquema del MINSA para niños y adolescentes)	S/. 0.00	100%
Cubre las consultas durante el primer año y las inmunizaciones según esquema del MINSA para niños y adolescentes		
ATENCION DE EMERGENCIA – ACCIDENTALES AMBULATORIAS (CREDITO Y REEMBOLSO)		
Consulta 74		
Cubre todos los gastos incurridos durante las primeras 72 horas, incluye cobertura de continuidad de emergencia accidental ambulatoria hasta por 90 días en el mismo establecimiento donde se atendió inicialmente la emergencia accidental.		
En caso el asegurado viajará dentro de los 90 días a otra ciudad e-país , no se limitará la atención de continuidad al establecimiento donde se atendió inicialmente.		
La cobertura dentro de este periodo será cubierta al 100% para lo siguiente: Controles ambulatorios, tomografía, resonancia magnética, ecografías, exámenes de laboratorio de control, exámenes radiológicos de control, sesiones de terapia física, retiro de puntos, retiro de yeso.		
No incluye hospitalizaciones derivadas del accidente. No se cubren aparatos ortopédicos ni ortésicos, tales como cabestrillo, collarines, muletas, sillas de ruedas, plantillas ortopédicas, corsets, chalecos, tirantes, audífonos, prótesis externas, calzado ortopédico.		
Respuesta a Consulta 74 Rímac Seguros: (...) para dar continuidad a la atención de EMERGENCIA ACCIDENTAL en otra ciudad, se requerirá coordinación previa con la ejecutiva o implant de la aseguradora ubicada en la Oficina de la Entidad.		
	Deducible	Cubierto al
Consulta médica	S/. 0.00	100%
Medicinas y exámenes auxiliares	S/. 0.00	100%
EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS A TRAVÉS DE LA CENTRAL DE ATENCION DEL CONTRATISTA		
Gastos ambulatorios (atención por ambulancia y consultas a través de la central telefónica del contratista)	S/. 0.00	100%



EMERGENCIAS MEDICAS NO ACCIDENTALES (CREDITO Y REEMBOLSO)		
Para gastos que se deriven de un mal funcionamiento o trastorno de un órgano del cuerpo o parte de un órgano, o de algunas de las funciones vitales de una persona, que es causado por el repentino e imprevisto agravamiento del síntoma o una enfermedad de naturaleza tan severa o crítica que requiere la inmediata administración de un tratamiento médico en un hospital a una persona asegurada, aún sin que se haya obtenido la orden o prescripción de un médico autorizando dicha hospitalización	S/. 0.00	100%

TRANSPORTE POR EVACUACION DE EMERGENCIA <i>Consulta 74</i>		
	Deducible	Cubierto al
<ul style="list-style-type: none"> Ambulancia aérea / terrestre Ambulancia de la clínica a la casa (medicamento justificada) Avión comercial, vuelo regular nacional e internacional (incluye acompañante cuando el estado de salud del paciente así lo requiera y sea determinado por el médico tratante) 	S/. 0.00	100%
Reembolso de ambulancia en provincias por evacuación de emergencias (incluye servicios médicos y de apoyo para el traslado)	S/. 0.00	100%
Respuesta a Consulta 74 Rímac Seguros: (...) Se precisa que el beneficio se otorga vía crédito y reembolso. Para el beneficio vía crédito efectivamente se requiere la coordinación con la unidad médica de la aseguradora, con la finalidad de agilizar y garantizar la prontitud en la atención.		

ATENCIÓN OFTALMOLOGICA		
Prevención	Deducible	Cubierto al
Una medida de vista al año, fondo de ojo (sin dilatación pupilar), tonometría, campo visual por confrontación y examen de musculatura ocular (sólo en clínicas afiliadas)	S/. 0.00	100%
Crédito		
Enfermedades Oculares (crédito y reembolso)	Como ambulatorio / hospitalario	
Según red de clínicas y centros oftalmológicos afiliados	S/. 57.75	90%
Uso de lente intraocular (sólo en el Perú)		
Por ojo y en centros afiliados (crédito y reembolso)	Hasta S/. 1,925.00	
Monturas y cristales (beneficio una vez al año)		
Sólo para titulares (vía reembolso y presentando receta del oftalmólogo)	Hasta S/. 192.50 al 100%	



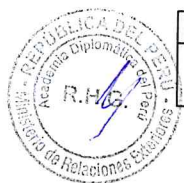
ATENCION ODONTOLÓGICA		
Odontograma y profilaxis al 100%		
Sólo al Crédito – deducible por pieza tratada y terminada	Deducible	Cubierto al
Examen y diagnóstico, rayos x, curaciones con resina (piezas delanteras y posteriores), extracciones, endodoncias, periodontitis, gingivitis, apicectomía, alveolotomía, cirugía oral.	S/. 19.25	90%
Medicinas vía crédito y reembolso	90%	
No se cubren: Prótesis, ortodoncias, tratamientos cosméticos y operatoria dental.		

ENFERMEDADES Y DEFECTOS CONGENITOS		
La cobertura es para los niños cuya concepción fue dentro de la vigencia del Plan de Salud de la entidad empleadora y también para asegurados que pasen con continuidad de cobertura de la póliza del AFDA, sin período de carencia ni límite de edad. Se podrá incluir a sola declaración del titular de la póliza.		
Crédito y reembolso	Deducible	Cubierto al
Por vigencia y sin límite de tiempo de cobertura	S/. 0.00	100% hasta S/. 57,750.00
ENFERMEDADES CONGENITAS NO CONOCIDAS Y NO DIAGNOSTICADAS		
Aplica también para asegurados que pasen con continuidad de cobertura de la póliza del AFDA, sin período de carencia ni límite de edad.		
Crédito y reembolso	Deducible	Cubierto al
Por vigencia y sin límite de tiempo de cobertura	S/. 0.00	100% hasta S/. 11,550.00

PROTESIS QUIRURGICAS INTERNAS		
Excluye prótesis dentales y estéticas		
Crédito y reembolso	Deducible	Cubierto al
Cobertura para prótesis quirúrgicas que el médico tratante indique para tratar una patología cubierta por la póliza	S/. 0.00	100% hasta S/. 26,950.00

ONCOLOGIA (CRÉDITO Y REEMBOLSO)		
60 días de período de carencia para nuevos asegurados. Cobertura en todas las clínicas afiliadas de la póliza en Lima y Provincias		
Atención y tratamientos oncológicos ambulatorios u hospitalarios, patologías a consecuencia del tratamiento oncológico, cirugía de hallazgo, segunda opinión nacional, Terapia Biológica en Cáncer: Anticuerpos monoclonales, anti angiogénicos, inhibidores del proteasoma, inhibidores de la tirosina quinasa, factores estimulantes de colonia, y todo tratamiento de última generación que sea aprobado por entidades pertinentes (FDA; NCCN, NCCI y OMS)		
Consultas especializadas, quimioterapias, exámenes especiales, cirugía oncológica, radioterapia, pet scan, etc.	Deducible	Cubierto al
Beneficio máximo anual para titulares y dependientes	S/. 0.00	100% hasta S/. 1,155,000.00
Beneficio máximo anual por padre	S/. 0.00	100% hasta S/. 77,000.00

VIH / SIDA (CRÉDITO Y REEMBOLSO)	
Un año de período de carencia para nuevos asegurados. Cobertura en todas las clínicas afiliadas de la póliza	



	Deducible	Cubierto al
Cubre exclusivamente la atención médica de esta enfermedad que incluye las consultas médicas, medicación, exámenes complementarios, hospitalizaciones, así como la de las enfermedades causadas directamente por el virus de VIH, hasta la suma indicada en la tabla de beneficios. Las enfermedades que no puedan ser demostradas que tienen una vinculación directa con el VIH serán consideradas dentro de la cobertura general de la póliza.	S/. 0.00	100% hasta S/. 57,750.00

SEGUNDA OPINION NACIONAL Y EN EL EXTRANJERO (CRÉDITO Y REEMBOLSO)		
Segunda evaluación médica en casos quirúrgicos o de enfermedades graves o de difícil diagnóstico. No incluye viaje del asegurado ni sus familiares y acompañantes.		
	Deducible	Cubierto al
Segunda Opinión Nacional , el asegurado deberá coordinar con el contratista una cita médica para obtener otra opinión médica, que también podrá ser vía reembolso y deberá incluir también el costo de exámenes médicos adicionales y/o auxiliares que se requiera.	S/. 0.00	100%
Segunda Opinión en el extranjero , el asegurado deberá coordinar con el contratista el envío de la historia clínica para que la misma sea evaluada ante una junta médica en el extranjero, vía crédito o reembolso. También se debe considerar dentro de la cobertura, el costo de exámenes médicos adicionales y/o auxiliares que se requiera.	S/. 0.00	100%

COBERTURA PARA EPIDEMIAS Y PANDEMIAS		
Crédito y reembolso	Deducible	Cubierto al
No se aplicará exclusiones para enfermedades epidémicas contagiosas que requieran aislamiento o cuarentena y las que sean declaradas por el Ministerio de Salud como epidémicas o pandémicas en general. Con cobertura sólo a nivel nacional.	Ambulatorio/Hospitalario	
Beneficio máximo anual para titulares y dependientes		hasta S/. 1,155,000.00
Beneficio máximo anual por padre		hasta S/. 77,000.00

COBERTURA DE HEMOTERAPIA (crédito y reembolso)		
	Deducible	Cubierto al
Honorarios médicos por los procedimientos vinculados a la transfusión de sangre Calificación o compatibilidad de donantes	S/. 0.00	100% hasta S/. 11,550.00

COBERTURA DE ALBUMINA (crédito y reembolso)		
	Deducible	Cubierto al
Cuando lo indique el médico tratante. Máximo 3 eventos durante la vigencia	S/. 0.00	100% hasta S/. 7,700.00



COBERTURA DE OXIGENOTERAPIA (crédito y reembolso)		
	Deducible	Cubierto al
En domicilio y en la red afiliada	S/. 0.00	100% hasta S/. 11,550.00

TRASPLANTE DE ORGANOS (CRÉDITO Y REEMBOLSO)		
Un año de período de carencia para nuevos asegurados. Se otorgará en el proveedor debidamente acreditado para tal fin, indicado en la tabla de beneficios. El trasplante de órganos es un procedimiento terapéutico que consiste en sustituir un órgano o tejido enfermo por otro órgano, segmento de órgano o tejido sano, procedente de un donante vivo o un donante cadavérico.		
	Deducible	Cubierto al
Cubre uno o más de los órganos: corazón, riñón, hígado, pulmón, páncreas, médula ósea y cornea Incluye los gastos médicos por servicios prestados al donante	S/. 0.00	100% hasta S/. 231,000.00
REEMBOLSO		
<ul style="list-style-type: none"> En caso de no existir la posibilidad de brindar dicha cobertura en algún proveedor acreditado, el asegurado podrá solicitar el reembolso correspondiente con una factura o comprobante a favor de la compañía contratista, luego de haberse realizado el procedimiento, hasta el límite de la suma asegurada indicada en la tabla de beneficios. Incluye los gastos médicos por servicios prestados al donante. El reembolso se realizará posterior a la cirugía siempre y cuando la institución cuente con la acreditación para el procedimiento. Se cubrirá sólo a nivel nacional (Lima, provincias y zonas alejadas de provincias). El reembolso se realizará posterior al procedimiento terapéutico del trasplante, siempre y cuando la institución cuente con una autorización de la ONDT (Organización Nacional de Donación y Trasplante del Ministerio de Salud) y sólo aplica para órganos autorizados por esta entidad <p>El beneficio aplica sólo para el receptor del órgano, así como los gastos médicos por servicios prestados al donante.</p>		

SEPELIO (Lima-Provincia)		
Crédito / Reembolso	Deducible	Cubierto al
Sepultura en camposanto o cremación (columbario) Servicio funerario: Ataúd natural, capilla ardiente, preparación tanatológica, trámites y asesoría, Instalación de servicio, carroza de lujo, coche de flores, velatorio, cargadores, aviso de defunción 2 x 1 en El Comercio, coaster tipo turismo, aparato floral – lágrima.	S/. 0.00	100% Hasta S/. 19,250.00
La cobertura se habilita siempre y cuando el fallecimiento se haya producido por enfermedad o accidente cubierto por la póliza		

SEGURO DE PRIMAS POR MUERTE DEL TITULAR
Por muerte natural y/o accidental del titular, los derechohabientes inscritos en el plan de salud gozarán del beneficio hasta el vencimiento contractual de la póliza o por un período mínimo de tres meses en caso el fallecimiento se produzca cerca al vencimiento de la póliza (ejemplo: si el fallecimiento se da 2 meses antes), bajo las mismas coberturas y sin pago de primas.



SEGURO DE VIDA - INDEMNIZACION POR FALLECIMIENTO DEL TITULAR	
Esta cobertura se habilita, a favor de los beneficiarios designados por el titular, solamente si la muerte del titular ocurre por una enfermedad o accidente cubiertos por la póliza.	Indemnización de S/. 38,500.00
ACCIDENTES PERSONALES - INDEMNIZACION POR ACCIDENTES PERSONALES	
Solo cubre en caso de muerte accidental, a favor de los beneficiarios designados por el titular. Para el titular y/o cónyuge, conviviente o pareja del mismo sexo, aplicará en caso de fallecimiento de uno o ambos asegurados. Cubre terrorismo.	Indemnización de S/. 7,700.00
Nota importante: En caso no se haya designado a los beneficiarios se deberá presentar la sucesión intestada.	

PSIQUIATRÍA / PSICOLOGÍA EN EL PERU <i>Consulta 76</i>		
Crédito / Reembolso		
Cubre consultas, medicación y exámenes complementarios, el tratamiento psicológico / psiquiátrico, incluyendo, pero no limitado a: autismo y trastorno generalizado del desarrollo Comprende todos los tratamientos, medicación y hospitalizaciones para los diagnósticos tales como: curas de reposo, surmenage, enfermedades emocionales (ansiedad, depresión, stress, etc), trastornos funcionales de órganos, distonías neurovegetativas, desórdenes de la mente (psicosis, neurosis, fobias, etc.), trastornos de la personalidad, trastorno obsesivo compulsivo, enuresis nocturna, retardo mental o del desarrollo psicomotor, déficit de atención, bajo rendimiento escolar, disfunciones cerebrales, síndrome orgánico cerebral, autismo, trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia, entre otros. Hasta el límite de la suma asegurada contratada. No aplican exclusiones para esta cobertura. Respuesta a Consulta 76 Rímac Seguros: Se accede a retirar de los Términos de Referencia el párrafo que indica "No se aplican exclusiones para esta cobertura" en el beneficio de PSIQUIATRIA/PSICOLOGÍA EN EL PERÚ señalado en el Anexo A de los Términos de Referencia. Sin embargo, se precisa que para este beneficio aplicaría las exclusiones pertinentes señaladas en el ANEXO A de los Términos de Referencia, sección GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES. Se confirma que la cobertura de autismo y trastorno generalizado del desarrollo se otorga vía crédito y reembolso, bajo las condiciones detalladas en el Anexo A de los Términos de Referencia.		
	Deducible	Cubierto al
Crédito En proveedores ofertados por el postor	S/. 96.25	90% Hasta el límite del beneficio máximo anual
Reembolso Máximo S/. 385.00 por consulta	S/. 0.00	90% hasta S/. 46,200.00 por vigencia
La cobertura no incluye gastos en casas de reposo, pero si incluye hospitalizaciones hasta la suma asegurada contratada para esta cobertura.		

COBERTURA PARA HIJOS CON DISCAPACIDAD	
Requisitos: para el ingreso de los hijos que adolezcan de algún tipo de discapacidad, se requiere del certificado de discapacidad otorgado por los hospitales del Ministerio de Salud (MINSA) o Ministerio de Defensa o Ministerio del Interior o del Seguro Social (Essalud)	
Beneficio máximo anual por persona	S/. 1,155,000.00
Según deducibles y coaseguros del centro de atención – a partir de los 28 años	S/. 96,250.00

CHEQUEOS MEDICOS INTEGRALES – Cobertura al 100%	
La compañía de seguros indicará la red preventiva y la de inmunizaciones	
Detalle de chequeo médico integral – Anual	100%

Consulta médica y examen clínico (mayores de 18 años)
Despistaje de TBC
VIH (para asegurados que voluntariamente lo soliciten, los resultados serán entregados al mismo asegurado)
Hemograma / Hemoglobina / Hematocrito (mayores de 18 años)
Examen de orina (mayores de 18 años)
Colesterol y triglicéridos (mayores de 18 años)
Glicemia (mayores de 40 años)
Radiografía de tórax (mayores de 18 años)
Electrocardiograma (mayores de 40 años)
Antígeno prostático (mayores de 40 años)
Papanicolau (mayores de 18 años)
Mamografía (mayores de 40 años)
Consultas: ginecológica, oftalmológica, odontológica
Prueba de esfuerzo

Nota importante: El chequeo preventivo también se podrá realizar en las instalaciones del contratante y sin costo para este o en clínicas afiliadas.

Se excluyen las edades sólo para casos de antecedentes familiares o presencia de factores de riesgo determinado por el médico tratante.

DETALLE DE INMUNIZACIONES:

La compañía de Seguros indicará la Red Preventiva para Inmunizaciones y la relación de proveedores para los Controles de Niño Sano (se cubre únicamente consultas durante el primer año de vida) al 100%.

En lo que se refiere a Inmunizaciones la cobertura es según esquema MINSA vigente

CONDICIONES DE SOSTENIBILIDAD DEL PLAN MÉDICO

- El Contratista deberá demostrar la efectividad del cálculo técnico de las primas propuestas. Evaluándose durante la vigencia la sostenibilidad de la prima frente al objetivo de siniestralidad propuesto.
- El postor ganador de la buena pro deberá presentar el plan de trabajo como requisito para el perfeccionamiento del contrato. Para ello, es necesario evaluar estas variables bimensualmente:

- Desviación por mayor frecuencia de atenciones.

- Desviación por un mayor gasto médico por los casos severos y/o catastróficos.

- Desviación por un aumento en pacientes oncológicos y/o en consumo médico de casos existentes.

- Seguimiento a los resultados del chequeo preventivo para un diagnóstico oportuno y elaboración del perfil epidemiológico de la población con planes de acción según los hallazgos.

- Cualquier variación demostrable y sustentable frente a la data de siniestralidad analizada en el presente concurso.

(*) El cálculo de la prima deberá considerar la proyección de siniestros, los gastos administrativos, inversión y de gestión incurridos en la administración del plan médico por parte de El Contratista y del corredor de seguros.

(**) Debiendo cumplirse a cabalidad la oferta de bienestar + programas de seguridad y salud en el trabajo establecidos.



CONDICIONES ESPECIALES *Consulta 77*

1. **Continuidad de preexistencias:** ~~El contratista La aseguradora~~ se compromete a que se produzca la continuidad de cobertura en el caso de enfermedades preexistentes cubiertas a los asegurados que migren entre las pólizas administradas por el Ministerio de Relaciones Exteriores y las que son administradas por la Asociación de Funcionarios Diplomáticos del Perú en Actividad (AFDA), ~~para lo cual se proveerá la información necesaria solicitada por el contratista sobre el total de la población asegurada.~~ Asimismo, ~~el contratista~~ la aseguradora no aplicará período de carencia, salvo se trate de asegurados que se incorporen por primera vez a alguna de las pólizas mencionadas, distinta a la migración entre las pólizas antes referidas. ~~Además, de ser el caso, continuará con la cobertura otorgada por la póliza administrada por la AFDA aun cuando el Condicionado General de la Póliza señale limitaciones o restricciones aplicando deducibles, coaseguros y límites señalados en la póliza donde se inició el siniestro, salvo en lo que refiere a la suma asegurada la cual no podrá excederse en ninguna circunstancia.~~ La continuidad de cobertura para afiliados que migren de la póliza del AFDA a la del Ministerio de Relaciones Exteriores sí se otorgará, aplicando deducibles, coaseguros y límites señalados en la póliza del Ministerio de Relaciones Exteriores. Además, la continuidad aplica sólo si la póliza del Ministerio de Relaciones Exteriores tiene la cobertura o especialidad respectiva dentro de la póliza.

Respuesta a Consulta 77 Rímac Seguros: Se procede a modificar los Términos de Referencia, quedando el siguiente texto: " La aseguradora se compromete a que se produzca la continuidad de cobertura en el caso de enfermedades pre-existentes cubiertas a los asegurados que migren entre las pólizas administradas por el Ministerio de Relaciones Exteriores y las que son administradas por la Asociación de Funcionarios Diplomáticos del Perú en Actividad (AFDA). Asimismo, la aseguradora no aplicará período de carencia, salvo se trate de asegurados que se incorporen por primera vez a alguna de las pólizas mencionadas, distinta a la migración entre las pólizas antes referidas. La continuidad de cobertura para afiliados que migren de la póliza del AFDA a la del Ministerio de Relaciones Exteriores sí se otorgará, aplicando deducibles, coaseguros y límites señalados en la póliza del Ministerio de Relaciones Exteriores. Además, la continuidad aplica sólo si la póliza del Ministerio de Relaciones Exteriores tiene la cobertura o especialidad respectiva dentro de la póliza".

2. **Fondo de pagos especiales aplicable a ambas pólizas:** El contratista pondrá a disposición del Contratante este fondo por un monto de S/. 15,400.00 (quince mil cuatrocientos y 00/100 soles) mensuales, para condiciones no cubiertas por las pólizas, u otras que el Contratante señale. Dicho fondo será acumulable mensualmente. Culminado el período anual, el saldo no utilizado será a favor del contratista, salvo lo indicado en el numeral "5.- Manuales", de los presentes Términos de Referencia.

Este fondo está destinado a cubrir las atenciones médicas de los asegurados que pudieran estar comprendidas dentro de condiciones o diagnóstico no cubiertos por la póliza, sin que esto afecte la siniestralidad de las pólizas.

Respuesta a Consulta 77 Rímac Seguros: (...) se precisa que, esta condición se encuentra señalada en las Condiciones Especiales del Anexo A de los Términos de Referencia "FONDO DE PAGOS ESPECIALES APLICABLE A AMBAS PÓLIZAS" (administrativos y diplomáticos), sin embargo, se precisa que el FONDO es un monto único para ambos grupos asegurables. En relación a la segunda aclaración, al tratarse de atenciones médicas no cubiertas por las pólizas, sí deben ser registradas como siniestros, sin embargo, para efectos de presentación de resultados técnicos y/o análisis de estadísticas de siniestralidad estos deberán ser retirados para no impactar en dichos resultados.



3. **Ubicación y financiación de Médicos en planta:** De especialidad internista o emergencista, con amplia experiencia, el mismo que atenderá por un lapso de 12 horas semanales, previa coordinación con el contratista, debiendo contar con la asistencia de una enfermera titulada en el mismo horario. Se programará 08 horas semanales periódicamente en forma rotativa la atención ambulatoria a cargo de un cardiólogo (incluye toma de electrocardiograma), un dermatólogo, un endocrinólogo y otras especialidades según requerimiento del Contratante. La programación deberá comunicarse con un plazo máximo de quince (15) días calendario de anticipación antes del inicio del mes programado a fin de hacer la difusión pertinente entre los asegurados. De ser el caso y a requerimiento del Contratante, los horarios y lugares de atención podrán ser ampliados, incluso para cubrir las atenciones del Tópico Médico de Cancillería cuando así se requiera, informándose con la debida anticipación, el requerimiento podrá ser hasta con 30 días de anticipación. Por otra parte, la designación del médico en planta y de los especialistas deberá contar con la aprobación de la Oficina de Servicios y Bienestar del Personal de la Oficina General de Recursos Humanos del Contratante.

Se precisa que las atenciones por consulta médica que se realicen en el médico en planta instalado por el contratista en la sede del Ministerio de Relaciones Exteriores serán cubiertos al 100% por el contratista y la medicación y /o exámenes complementarios tendrán cobertura por la póliza al 90%, en el caso que prescriba tanto el médico en planta como el médico del Contratante. Otorgándose cobertura a los medicamentos genéricos y no genéricos.

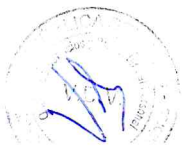
Asimismo, dentro del servicio de médico en planta y médico del Contratante, aplicará el Reparto de Medicinas Oncológicas y de Procedimientos Oncológicos con cobertura al 100%, previa presentación de la receta u orden respectiva.

En los supuestos de estados de emergencia decretado por el Gobierno del Perú, el servicio de atención debe seguir brindándose de forma presencial y/o virtual.

4. **Implementación de Infraestructura:** El Contratista implementará en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles (siempre y cuando no se encuentre vigente un estado de emergencia sanitario declarado por el estado peruano) el tópico asignado para la tarea del Médico en Planta con adecuado equipamiento (PC e impresora a fin de facilitar el cumplimiento de sus funciones). Asimismo, proporcionará una línea fija, con acceso a llamadas nacionales e internacionales para uso de la Unidad de Seguro Médico Diplomático del Ministerio de Relaciones Exteriores, encargada de atender los reclamos de los asegurados. Sobre este particular para la implementación de toda esta infraestructura el contratista se ceñirá a todas las políticas de seguridad y lineamientos para la interconexión de su sistema a la del Ministerio de Relaciones Exteriores, según lo establece la Oficina de Tecnología de la Información. Asimismo, el contratista proporcionará un Teléfono Móvil nuevo de acuerdo con los modelos que maneje el contratista, con un plan de llamadas e internet ilimitados y sujeto a recargas según solicitud del Contratante y conexión a la red interna de comunicación entre el Ministerio y el contratista (el mismo que será devuelto al contratista al finalizar la vigencia de la póliza).

Cabe precisar que en caso de que se produzca la pérdida o robo de los equipos dentro de la vigencia de la póliza y previa presentación de la denuncia policial, el contratista proporcionará al Contratante otro equipo nuevo de similares características.

5. **Manuales:** La emisión de los Manuales de Procedimientos para los usuarios estará a cargo del contratista. Su contenido, diseño y entrega deberá ser coordinado con el Contratante y deberá ser entregado en un plazo máximo de 45 días calendarios luego de la firma del contrato. Dichos manuales deberán ser impresos y/o virtuales, en formato establecido por el contratista y también se proporcionarán vía electrónica a la Unidad de Seguro Médico del Ministerio de Relaciones Exteriores. En ningún caso se podrá exceder los 45 días calendarios luego de la firma del contrato, para la entrega física de los Manuales a la oficina administrativa



del contratante. Si se excediera dicho plazo, el contratista deberá reintegrar al contratante el saldo a favor, al vencimiento de la póliza, según lo señalado en el punto 2, sin que esto afecte la siniestralidad de las pólizas.

Se brindará en armonía con el principio de sostenibilidad ambiental, la implementación de entrega e intercambio de documentos electrónicos para facilitar y simplificar los procesos de trámite documentario.

6. **Implementos Médicos:** El Contratista garantiza que durante el tiempo de vigencia de la póliza estarán cubiertos los siguientes implementos médicos, cuando sean indicados por el médico tratante, más no limitados a:
- o Punta de Artrocare
 - o Hoja Shaver
 - o Malla para Cirugía Abdominal, Urológica o Ginecológica (Malla Nazca)
 - o Arco en C
 - o Sensor BIS
 - o Equipo y Fibra Láser para cualquier procedimiento quirúrgico
 - o Bisturí armónico
 - o Ligasure

Respuesta a Consulta 79 Rímac Seguros: Se aclara que, en el numeral 6 de las Condiciones Especiales contenidas en el Anexo A de los Términos de Referencia - Implementos Médicos, además de ser ordenado por el médico tratante, deberá de contar con la pertinencia medica respectiva.

7. Además, se dará cobertura al tratamiento para el diagnóstico de Osteoporosis sin restricciones, cuando éste se realice mediante el examen de Densitometría Ósea y se determine su existencia en cualquiera de las partes óseas que se examine.
8. Para todos aquellos asegurados que se encuentren desempeñando funciones en las oficinas descentralizadas del Ministerio de Relaciones Exteriores a nivel nacional, se autoriza el suministro de medicinas por un período de tres meses consecutivos renovables previa consulta médica ambulatoria, de ser el caso.
9. El Contratista hará entrega del reporte de siniestralidad de las pólizas tres veces al año, el mismo que será solicitado por el área usuaria o por el bróker de seguros en su representación indicando el periodo de la información requerida, este requerimiento deberá ser atendido en un plazo máximo de quince (15) día hábiles contados a partir de la fecha de la solicitud, y deberá ser entregado en físico y por vía electrónica en formato Excel, el cual incluirá como mínimo la siguiente información: Primas, número de asegurados por mes y siniestros por póliza, proveedor médico, número de póliza, ramo, fecha de ocurrencia, número de siniestro y diagnóstico, causa, Montos en reserva y/o beneficio pagados, estado de siniestro, lugar de atención, CIE 10, paciente, N° de titular, parentesco, sexo, edad, moneda y cartas de garantías aprobadas hasta la fecha de la solicitud.

Se brindará en armonía con el principio de sostenibilidad ambiental, la implementación de entrega e intercambio de documentos electrónicos para facilitar y simplificar los procesos de trámite documentario.

10. Los hijos discapacitados podrán ingresar a las pólizas como nuevos asegurados y permanecer con cobertura por tiempo indefinido, siempre que el titular esté asegurado, para lo que aplicará la cobertura correspondiente.
11. Los Proveedores para las hospitalizaciones y tratamientos ambulatorios en el Perú para todas las pólizas, deberán tomar como referencia los siguientes, mas no limitados a:



RED 1: Clínica San Gabriel, Montefiori, Sanna El Golf, Vesalio, Good Hope, Limatambo (San Isidro y San Juan de Lurigancho), Centro Médico Ricardo Palma (sede norte), Santa María del Sur, Jesús del Norte, Tezza, Maison de Sante (Lima y Chorrillos), Centro Médico Medex, Clínica San Judas Tadeo, Centenario Peruano Japonesa, San Juan Baustista, Clínica San José Reaño Ríos, Sanna San Borja, Clínica Médica Cayetano Heredia, Clínica Higuiereta, Medavan, Clínicas y Centro médicos afiliados en provincias.

RED 2: Clínica Internacional (Lima y San Borja), Ricardo Palma (San Isidro), San Pablo (Surco), Javier Prado, Stella Maris, Providencia, Centro Médico Jockey Salud, Clínica Especialidades Médicas Universal, Maison de Santé (Surco), EMETAC.

RED 3: Clínica y Centro Médico San Felipe, Montesur, Clínica y Centro Médico British American Hospital, Clínica Santa Isabel, Clínica Internacional (Medicentros), Sanna La Molina Clínica Miraflores e Instituto de Ginecología y Reproducción.

RED 4: Clínica Delgado.

Centros Oftalmológicos: TG Laser, Oftalmoláser, Oftalmosalud, Futuro Visión, Oculaser, Optima Visión, Macula D&T, Norvisión, Confía Instituto Oftalmológico, Arbrayss Laser, Visual Center, Oftalmic Service, Opeluca, Instituto Peruano de la Visión, Instituto Oftalmológico Wong, Oftálmica, otros y centros oftalmológicos en provincias.

Otras Clínicas: *Consulta 80*

- Aliada
- Clínica Oncológica Miraflores
- Clínica Virgen del Rosario
- Clínica Porvenir
- Clínica Los Andes
- Clínica San Vicente
- Oncomedical
- Centro Médico Las Palmeras
- Centro Odontológico Cornejo's Dental
- Consultorios Odontológicos Descentralizados
- Centro Dental San José
- Centro Odontológico de la Clínica San Pablo
- Centro Odontológico Americano (todas las sedes)
- Cerdent (todas las sedes)
- Radiooncología - Centro Integral de Radioterapia
- INEN
- Oncocenter
- Funeraria Merino
- Unilabs
- Med Lab
- Suiza Lab
- Integramédica Perú
- Millenium Salud – Daleth Lab

Las clínicas y centros médicos deberán estar agrupadas en 4 redes, siendo la Red 1 la de los deducibles y coaseguros más bajos, y la Red 4 la de los deducibles y coaseguros más altos (ver Tabla de Beneficios).

Las clínicas de provincia serán todas las que estén afiliadas a el Contratista, las mismas que deberán contar con una infraestructura adecuada.



Además, la Clínica Oncológica Miraflores está habilitada para recibir Cartas de Garantía, cuando el cáncer esté en proceso de diagnóstico. Luego de ello, del resultado positivo del examen Anátomo Patológico, la cobertura continuará al 100%.

La compañía de Seguros presentará al Contratante, opciones de proveedores con las que realicen nuevos convenios y a su vez el Contratante también tendrá la opción de sugerirlas y solicitarlas formalmente, teniendo en cuenta que los proveedores tengan autorización de funcionamiento de SUSALUD. La relación de proveedores debe ser aprobada por el Contratante antes del inicio de la vigencia de la póliza y el Contratante se reservará el derecho de solicitar alguna de las clínicas en determinada red de acuerdo con el consumo de los asegurados.

Respuesta a Consulta 80 Rímac Seguros: Se confirma que de acuerdo con el numeral 11 de las Condiciones Especiales del Anexo A de los Términos de Referencia, la relación de proveedores distribuidas en 4 redes es referencial. Las clínicas y centros médicos deberán estar agrupadas en 4 redes, siendo la Red 1 de los deducibles y coaseguros más bajos y la Red 4 la de los deducibles y coaseguros más altos. Asimismo, conforme a dicho numeral la relación de proveedores debe ser aprobada por el Contratante antes del inicio de la vigencia de la póliza.

Los nuevos requerimientos de proveedores del contratante serán coordinados con el Contratista, para su incorporación en las redes de clínicas establecidas, previa evaluación del Contratista.

12. El contratista se obliga a designar a un grupo de funcionarios ad hoc para manejar administrativamente la póliza a entera satisfacción del Contratante. Estos funcionarios deben ser: Un funcionario con rango de gerente, un funcionario administrativo, un ejecutivo liquidador implant y un médico auditor (que deberá asistir a las oficinas del Contratante dos veces por semana), quienes serán los responsables ante el Contratante de la correcta aplicación de las tarifas pactadas del Condicionado General de la Póliza, de las Tablas de Beneficios y de la solución amistosa de las controversias que pudieran surgir.

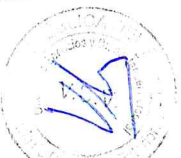
Respuesta a Consulta 81 Rímac Seguros: (...) se precisa que el grupo de funcionarios ad hoc para manejar administrativamente la póliza aplican para la atención de ambos grupos de afiliados (administrativos y diplomáticos). (...).

13. Los servicios de Ambulancia y de Atención Domiciliaria deberán ser otorgados por empresas proveedoras líderes del mercado, de reconocida calidad en sus servicios, las cuales deberán aceptar regirse por las pautas administrativas que señale el contratista, y que además cuenten con médicos especialistas de experiencia adecuada.
14. Los gastos administrativos (de los conceptos no relacionados a siniestralidad) de las pólizas de salud no podrán exceder el 20%.
15. Los criterios para establecer las reservas de las pólizas serán establecidos por la aseguradora y previamente aprobados por el ente regulador. La metodología que será aplicada deberá ser sustentada y comunicada al contratante previamente. Estos reportes se deberán incluir en los envíos de siniestralidad establecidos en los Términos de Referencia y en las Condiciones especiales.
16. El contratista, podrá ofrecer condiciones adicionales que mejoren las que se detallan en el Condicionado General de Póliza y las Tablas de Beneficios.
17. Para los casos de cirugía ocular, se cubre vía crédito y/o reembolso, el uso de Lente Intraocular máximo hasta S/. 1,925.00 (Mil novecientos veinticinco y 00/100 soles) por cada ojo.
18. Para los casos de cirugía oncológica mamaria, con indicación del médico tratante, y por resultados positivos de examen preventivo BRCA1 y BRCA2 se cubrirán vía crédito y/o



reembolso las prótesis mamarias, hasta el Beneficio Máximo Anual.

19. El plazo máximo para la emisión de Cartas de Garantía será de 24 horas contadas a partir del momento en que se formalice el pedido y/o la documentación esté completa.
20. El contratista se compromete a proporcionar en su red de clínicas afiliadas, medicamentos no genéricos (salvo cuando el asegurado así lo solicite). Si la farmacia de la clínica no dispone de ellos, estos deberán ser entregados a través del reparto de medicinas a domicilio implementado por el contratista, debiendo respetarse los deducibles y coaseguros que correspondan al proveedor que brindó la atención.
21. Se otorga cobertura para el tratamiento integral terapéutico, contra toda secuela a consecuencia de un infarto cerebral, adicional a la rehabilitación física, rehabilitación de lenguaje y terapia ocupacional y orofacial.
22. Se otorga cobertura para el tratamiento de Osteopenia hasta la suma de S/. 1,925.00 (Mil novecientos veinticinco y 00/100 soles) por vigencia.
23. Se otorga cobertura a los hijos solteros reconocidos o legalmente adoptados, desde el primer día de nacido, debiendo tramitar su inscripción dentro de los 30 días posteriores a la fecha de su nacimiento permaneciendo hasta los 27 años, 11 meses y 29 días. Se exceptúa a los hijos dependientes con discapacidad en cuanto al límite de edad y/o permanencia.
24. Límites de edad de ingreso: Titulares, cónyuges, parejas del mismo sexo y/o conviviente: Hasta los 65 años.
25. Se cubre maternidad para la cónyuge o conviviente del titular asegurado como dependiente, así como a la Titular sola. Las hijas aseguradas como dependientes y los padres no cuentan con esta cobertura. Se considera aborto a la pérdida ocurrida hasta cumplir el 6to mes de embarazo, siendo considerado después como parto prematuro, dentro de la cobertura de Parto Normal.
Los abortos provocados, salvo el terapéutico sustentado con informe médico, no se encuentran cubiertos.
26. Periodos de Carencia para Nuevos Asegurados:
 - Oncología: 60 días
 - Trasplante de Órganos: 1 año
 - Sida: 1 año
 - Maternidad: 10 meses
27. El reembolso de gastos ambulatorios y hospitalarios se otorgará de acuerdo con la Tarifa A + 100%.
28. En el caso que el asegurado acuda a una clínica afiliada para atención médica ambulatoria y/u hospitalaria y el médico tratante no trabaje con la Cía. De Seguros, el asegurado podrá presentar para reembolso los honorarios profesionales y se aplicarán los deducibles y coaseguros correspondientes. No se reembolsarán honorarios adicionales. Esta condición aplica a cualquier beneficio del plan de salud (ambulatorio, hospitalario, maternidad, entre otros).
29. El contratista deberá procesar las solicitudes de inclusión (nuevos asegurados) en un plazo máximo de 24 horas, desde que el contratista cuente con la información.



30. El contratista suministrará al Asegurado, los formularios necesarios para solicitar el reembolso de los beneficios a que tenga derecho una vez finalizado el tratamiento por una enfermedad o accidente. La presentación del reembolso y su documentación sustentatoria deberá hacerse en un plazo máximo de 150 días calendario contados a partir de la fecha de emisión del comprobante de pago. Vencido este plazo el reembolso será considerado extemporáneo y por ende no cubierto.

Documentos que se deben adjuntar para la presentación de cada tipo de reembolso

Atención Ambulatoria:

- Solicitud de beneficios.
- Orden médica indicando el procedimiento u exámenes auxiliares a realizar.
- Informe médico en caso de un procedimiento o examen especial, que justifique la atención.
- Copia de todos los resultados de exámenes auxiliares.
- Recetas médicas para farmacia con un máximo de antigüedad de 3 meses.
- Comprobantes de pago electrónico: Facturas a nombre del contratista o boletas a nombre del paciente y/o recibo por honorarios.

Atención Hospitalaria:

- Solicitud de beneficios
- Orden médica indicando el procedimiento a realizar.
- Reporte operatorio.
- Informes médicos.
- En caso de exámenes auxiliares, orden médica y copia de los resultados.
- Liquidación de gasto final.
- Comprobantes de pago electrónico: Facturas a nombre del contratista o boletas a nombre del paciente y/o recibo por honorarios.

Atención de terapia física y rehabilitación:

Adicional a los documentos que se deben presentar según lo indicado en el procedimiento de atenciones ambulatorias, se debe adjuntar:

- Cartilla de sesiones realizadas y la firma de conformidad del asegurado.
- Las consultas e Informe del médico, debe ser emitido por el médico especialista.
- Comprobantes de pago electrónico: Facturas a nombre del contratista o boletas a nombre del paciente y/o recibo por honorarios

Psicoterapias:

- Solicitud de beneficios.
- Detallar la cantidad de sesiones realizadas.
- Comprobantes de pago electrónico: Facturas a nombre del contratista o boletas a nombre del paciente y/o recibo por honorarios.

Monturas y cristales:

- Adjuntar medición de vista realizada y receta, indicada por un médico oftalmólogo.
- Comprobantes de pago electrónico: Facturas a nombre del contratista o boletas a nombre del paciente y/o recibo por honorarios.

Gastos por Sepelio:

- Certificado de defunción original o copia legalizada.
- Copia del DNI del fallecido.
- DNI del solicitante y número de cuenta.
- Comprobantes de pago electrónico: Facturas a nombre del contratista o boletas a nombre del paciente y/o recibo por honorarios.

31. En aquellas provincias donde no haya resolución adecuada para la atención de los asegurados de las oficinas descentralizadas del Ministerio de Relaciones Exteriores, el



asegurado podrá hacer uso de un proveedor particular solicitando posteriormente el reembolso, el cual será pagado según la red 2 de la tabla de beneficios.

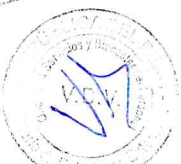
32. La prima comercial propuesta en el contrato debe ajustarse a lo indicado en el artículo 12° de la Resolución S.B.S. N° 4143-2019 y sus modificatorias, así como de los artículos 17° a 24° de la vigente Ley del Contrato de Seguro, Ley N° 29946.

33. Para la cobertura de Indemnización por SEGURO DE VIDA y ACCIDENTES PERSONALES, el siniestro será comunicado dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia, según Resolución S.B.S. N° 3202-2013 de la Ley 29946. Asimismo, los beneficiarios deben presentar los siguientes documentos de ser el caso:

- Declaración de beneficiarios legalizada, a falta de este la sucesión intestada.
- DNI del fallecido, de los beneficiarios y número de cuenta.
- Copia de la historia clínica o Certificado de defunción donde figure la causa del fallecimiento.
- Carta dirigida al contratista solicitando el beneficio, donde figuren los datos de los beneficiarios con las firmas y se consignen sus datos bancarios

GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES (Las exclusiones no prevalecen sobre las condiciones particulares)

- a) Curas de reposo, surmenaje, enfermedades emocionales (ansiedad, depresión, stress, etc.), trastornos funcionales de órganos, distonías neurovegetativas, desórdenes de la mente (psicosis, neurosis, fobias, etc.), tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, enuresis nocturna, retardo mental o del desarrollo psicomotor, déficit de atención, bajo rendimiento escolar, disfunciones cerebrales, síndrome orgánico cerebral. **Salvo lo indicado en las condiciones especiales de la Tabla de Beneficios.**
- b) Tratamientos y operaciones de carácter odontológico, tales como ortodoncia, operatoria dental, cosmética dental, incrustaciones, prótesis, **salvo aquellos que se indica en la cobertura odontológica y los casos necesarios como consecuencia de un accidente.**
- c) Gastos por adquisición, alquiler o uso de prótesis externas, aparatos ortopédicos y en general todo aparato, permanente o eventual, que supla una función natural del organismo humano, así como muletas, bastones, collarines, fajas ortopédicas, salvo que sean indicadas por el médico tratante, como consecuencia de un accidente. En ningún caso se cubren sillas de ruedas, camas especiales, **salvo lo indicado en la cobertura de Prótesis Quirúrgicas.**
- d) Cuidados especiales de enfermería, intra y extrahospitalaria, salvo los casos que requieran aislamiento y tratamiento especial por indicación médica y por no más de quince (15) días.
- e) Gastos cuyo objeto sea el chequeo médico y despistaje de enfermedades de una persona sana, así como el tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a una enfermedad determinada, **a excepción de lo señalado en la Tabla de Beneficios. Asimismo, se cubre las vacunas señaladas en la Tabla de Beneficios y por indicación del médico tratante.**
- f) Tratamientos por desórdenes de la articulación temporomandibular o maloclusión, salvo los ocasionados por accidente cubierto por la póliza.
- g) Productos farmacéuticos tales como: Vitaminas, minerales, aminoácidos, estimulantes del apetito, suplementos proteicos, tónicos, edulcorantes, alimentos y sustitutos de alimentos **salvo que sean médicamente necesarios para tratamientos relacionados a una enfermedad cubierta por la póliza.**



- h) Productos farmacéuticos tales como: Sedantes, ansiolíticos, antidepresivos, medicinas psiquiátricas administrados como coadyuvantes o tratamiento de fondo, **salvo que sean medicamento necesarios para tratamientos relacionados a una condición cubierta por la póliza.**
- i) Cirugía estética, dermatología estética, cosmética o plástica para fines de embellecimiento. Ginecomastia, mastoplastia, gigantomastia y cirugía del septum nasal; a excepción de los casos necesarios como consecuencia de un accidente cuyos gastos fueron cubiertos por esta Póliza.
- j) Sustancias exfoliativas, preparados, jabones, cremas neutras y bloqueadores solares, salvo justificación médica aceptada por LA COMPAÑÍA.
- k) Los procedimientos, medicamentos, equipos, insumos o tratamientos que carezcan de un beneficio clínico relevante frente a alternativas vigentes o sustentados en Medicina Basada en Evidencia con nivel de evidencia IIA. No se cubren productos, servicios, procedimientos, insumos, medicamentos o tratamientos experimental, o en fase de periodo de prueba o investigación.
- l) Enfermedades resultantes del uso o afición a las drogas, estupefacientes y alcoholismo, así como las lesiones que se produzcan en situaciones de embriaguez o bajo influencia de drogas, o a consecuencia de la conducción de vehículos motorizados sin tener el ASEGURADO licencia vigente para hacerlo. En el caso específico de bebidas alcohólicas se considerará que el ASEGURADO se encuentra en estado etílico o situación de embriaguez, y por lo tanto sujeto a esta exclusión, cuando el examen de alcoholemia tomado inmediatamente después del accidente arroje un resultado mayor a 0.5gr./lt. En caso de que la muestra para el examen de alcoholemia no sea tomada inmediatamente después del accidente, se considerará una disminución de 0.15 gr./lt. por hora desde el momento del accidente hasta la toma de la muestra. En el caso de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos se considerará cualquier grado positivo de un examen toxicológico.
- m) Compra de Sangre y derivados de plasma, plaquetas y paquetes globulares, **salvo lo señalado en la cobertura para albumina indicada en la tabla de beneficios.**
- n) Procedimientos de crio-preservación o criogenéticos. Tratamientos que utilicen células madre (stem cell).
- o) Ningún gasto vinculado a la donación y/o transfusión de sangre, **salvo lo señalado en la Cobertura de Trasplante de Órganos y Hemoterapia.**
- p) Lesiones o enfermedades a consecuencia de actos de guerra, revoluciones, energía atómica, fenómenos catastróficos de la naturaleza y/o meteorológicos, así como los que resulten de la participación en huelgas, motines y conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y/o terrorismo, **salvo lo indicado en la cobertura de Accidentes Personales.**
- q) Lesiones producidas a sí mismo por EL ASEGURADO TITULAR o ASEGURADO DEPENDIENTE en forma voluntaria o estando mentalmente insano; así como los gastos que se generen por suicidio, intento de suicidio, peleas o riñas, excepto los casos de legítima defensa comprobada con documento policial.
- r) Termómetros, papel higiénico, esponja, jabón, artículos de uso personal, cremas hidratantes, pañales, teléfono, acompañante, televisión.
- s) Accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales.
- t) Cuidado podiátrico, incluyendo el cuidado de los pies relacionados con callos, juanetes (hallux valgus), pies planos, arcos y pies débiles.
- u) Tratamientos por anorexia nerviosa, bulimia, para adelgazamiento o desnutrición, raquitismo, sobrepeso, hipovitaminosis, talla anormal, ginecomastia, obesidad mórbida o alteraciones hormonales que no sean debidos a enfermedad y terapia de reemplazo hormonal (TRH), todo tipo de trastorno de crecimiento y desarrollo, así como tratamientos médicos o quirúrgicos para aumentar o disminuir de peso.



- v) Los accidentes que se produzcan durante la práctica activa de las siguientes actividades y/o deportes: participación en carreras de automóviles, motos acuáticas; participación en corridas de toros, novilladas, espectáculos taurinos, carrera de toros, rodeo, incluyendo montar a pelo potros salvajes o reses vacunas bravas; combate en artes marciales, boxeo, lucha libre, 'vale todo', esgrima o.; rugby, fútbol americano, lacrosse, hockey o hurling; caminata de montaña ('trekking' o senderismo), escalamiento o descensos, alpinismo o andinismo o montañismo, o rápel; canotaje o piragüismo o 'rafting', a partir de nivel de dificultad III; cacería de fieras; pesca en rocas, o caza submarina o subacuática, buceo o inmersión en mares, ríos, lagos o lagunas o pozos o pozas o cuevas o cavernas o aguas subterráneas; salto desde trampolines o clavados desde cualquier lugar; surf; equitación de salto o carrera de caballos; patinaje, o uso de patineta o 'skateboard'; ciclismo de montaña o a campo traviesa o en carreteras o en autopistas; paracaidismo, parapente, alas delta; vuelos en avionetas o aviones ultraligeros; trapezio, equilibrista; salto desde puentes 'puenting'; halterofilia; o esquí acuático o sobre nieve, 'snowboard' o 'sandboard'.
- w) Todos los gastos efectuados en fechas posteriores al inicio del tratamiento originados por negligencia del propio ASEGURADO en perjuicio de su rehabilitación, incluyendo los casos en que el ASEGURADO se auto medique, así como las causas y/o consecuencias de un tratamiento y/o cirugía no cubiertos por esta póliza.
- x) Tratamientos o estudios u operaciones relacionadas con la infertilidad de cualquier tipo, impotencia o tratamientos con fines de esterilización o concepción, cambio de sexo, frigidez, inseminación artificial o implantación de embriones.
- y) Gastos directos e indirectos por infecciones de transmisión sexual, venéreas, VIH, SIDA en cualquiera de sus formas y/o complicaciones, lesiones producidas durante prácticas sexuales de cualquier tipo, condiloma acuminado. **Salvo lo indicado en condiciones particulares.**
- z) No se cubre sepelio de los no-natos.
- aa) Lentes de contacto o intervenciones quirúrgicas para corrección de trastornos de refracción, tales como miopía, hipermetropía, astigmatismo o presbicia.
- bb) Mamoplastia reductora ni cirugías por ginecomastia.
- cc) Comida y cama para acompañantes. Todo tipo de servicios de confort personal durante la hospitalización, como radios, televisores, teléfonos, batas. Todo tipo de transporte o alojamiento no especificado en el Plan de Beneficios.
- dd) Todos los gastos relacionados al incumplimiento de las indicaciones médicas por decisión del propio paciente, así como la automedicación en perjuicio de su curación y/o rehabilitación. No se cubren tratamientos, procedimientos o medicamentos otorgados o expedidos sin indicación o receta médica ni cualquier estudio, tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a un diagnóstico determinado.
- ee) Leches maternizadas (excepto en casos de imposibilidad documentable de Lactancia Materna solo durante los días de hospitalización del recién nacido y exclusivamente durante la etapa puerperal).
- ff) No se cubre homeopatía ni medicina no tradicional de cualquier tipo.
- gg) Estudios, pruebas y tratamientos genéticos **a excepción de los asegurados que cuentan con cobertura de Enfermedades Congénitas en los que los estudios y pruebas genéticas, si estarán sujetas a cobertura.**
- hh) No se cubren enfermedades, lesiones, imperfecciones, deformaciones, y/o malformaciones congénitas o genéticas y la corrección de las mismas, evidenciados a cualquier edad o enfermedades pre-existentes, declaradas o no al inicio de la vigencia del presente plan de salud, salvo los señalados en la tabla de beneficios y/o condiciones especiales.

Para aquellos afiliados que provengan de otra EPS o aseguradora, se aplicará lo dispuesto en la ley que establece la continuidad en la cobertura de pre existencias.



**TABLAS DE BENEFICIOS DEL SERVICIO DE POLIZAS DE SEGURO MEDICO FAMILIAR
DE LOS GRUPOS ASEGURADOS**

ASEGURADO : MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
DIRECCION PRINCIPAL : JR. LAMPA 545 - LIMA
VIGENCIA : ANUAL DESDE LAS 00:00 HASTA LAS 23:59 HORAS

EN BASE A DECLARACIONES MENSUALES

GRUPO ASEGURADO:

Funcionarios del servicio Diplomático de la República y sus dependientes residentes en el Perú

Beneficio Máximo Anual por persona para titulares y dependientes		S/. 3,850,000.00	
ATENCION HOSPITALARIA			
Crédito	Deducible	Cubierto al	
Clínicas Red 1			
Los primeros S/. 19,250.00	1 día de habitación	95%	
Clínicas Red 2			
Los primeros S/. 19,250.00	1 día de habitación	90%	
Clínicas Red 3			
Los primeros S/. 19,250.00	1 día de habitación	85%	
Clínicas Red 4			
Los primeros S/. 19,250.00	1 día de habitación	80%	
Reembolso Lima y Provincias (Tarifa A + 100%)	1 día de habitación	80%	
ATENCION HOSPITALARIA EN EXCESO A S/. 19,250.00 CUBIERTA AL 100%			
Por cada evento hospitalario y hasta el beneficio máximo anual contratado			
ATENCION HOSPITALARIA EN EL EXTRANJERO			
CON RESOLUCION DEL MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES			
En caso el asegurado viaje al extranjero con resolución y se hospitalice			
Crédito	Deducible	Cubierto al	
Deducible anual individual	S/.1,155.00	90% hasta S/. 19,250.00	
Deducible anual por grupo familiar	S/.2,502.50	90% hasta S/. 19,250.00	
Hospitalización en exceso de S/. 19,250.00		100%	
Límite de cuarto diario S/. 2,887.50			
Límite de cuidados intensivos diario S/. 5,775.00			
REEMBOLSO DE GASTOS EN EL EXTRANJERO			
Deducible anual individual	S/. 1,925.00	80% hasta S/. 38,500.00	
Deducible anual por grupo familiar	S/. 3,850.00	100% hasta S/. 38,500.00	
Límite de cuarto diario S/. 2,887.50			
Límite de cuidados intensivos diario S/. 5,775.00			
SIN RESOLUCION DEL MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES			
Crédito	Deducible	Cubierto al	
Deducible anual individual	S/. 7,700.00	85% hasta S/. 19,250.00	
Hospitalización en exceso de S/. 19,250.00		100%	
Límite de cuarto diario S/. 2,887.50			
Límite de cuidados intensivos diario S/. 5,775.00			
REEMBOLSO DE GASTOS EN EL EXTRANJERO			
Por persona hasta S/. 38,500.00	S/. 9,625.00	80%	
Exceso de S/. 38,500.00 al		100%	
Límite de cuarto diario S/. 2,887.50 (máximo 180 días)			
Límite de cuidados intensivos diario S/. 5.775.00 (máximo 180 días)			

****** Los copagos incluyen IGV



ATENCION AMBULATORIA		
Crédito	Deducible	Cubierto al
Clínicas Red 1	S/. 38.50	95%
Clínicas Red 2	S/. 57.75	90%
Clínicas Red 3	S/. 77.00	85%
Clínicas Red 4	S/. 77.00	80%
Reembolso Lima y Provincias (Tarifa A + 100%)	S/. 115.50	80%
Máximo S/. 385.00 por consulta		
ATENCION AMBULATORIA EN EXCESO A S/. 19,250.00 CUBIERTA AL 100%EN CUALQUIERA DE LAS 4 REDES		

*** Atención ambulatoria: Vigencia hasta 15 días de la orden médica para procedimientos y exámenes auxiliares

ATENCION AMBULATORIA EN EL EXTRANJERO		
CON RESOLUCION DEL MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES		
Crédito	Deducible	Cubierto al
Deducible anual individual (por todas las atenciones)	S/. 1,155.00	90% hasta S/. 19,250.00
Deducible anual familiar (por todas las atenciones)	S/. 2,502.50	90% hasta S/. 19,250.00
Exceso de S/. 19,250.00 al		100%
SIN RESOLUCION DEL MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES		
Crédito	Deducible	Cubierto al
Deducible anual individual (por todas las atenciones)	S/. 7,700.00	85% hasta S/. 19,250.00
Exceso de S/. 19,250.00		100%
REEMBOLSO DE GASTOS EN EL EXTRANJERO		
Deducible anual individual	S/. 9,625.00	80% hasta S/. 38,500.00
Exceso de S/. 38,500.00		100%

MEDICO A DOMICILIO Consulta 56		
Al Crédito	Deducible	Cubierto al
Incluye medicinas y exámenes de ayuda diagnóstica	S/. 38.50	100%
Por reembolso		
Incluye medicinas y exámenes de ayuda diagnóstica	S/. 77.00	80%
Máximo S/.577.50 por consulta		
Radio de acción mínimo: Por el norte hasta Comas – Independencia; por el Sur hasta el peaje de Villa Chorrillos, San Juan de Miraflores y Villa el Salvador; por el Este hasta Chaclacayo – SJ de Lurigancho; por el Oeste hasta la Punta Callao		
Observaciones: El deducible incluye la consulta de control por el mismo diagnóstico (en caso sea medicamente necesario). El control médico sin deducible se refiere a una consulta si la evolución del paciente es inadecuada o el tratamiento prescrito no está siendo efectivo y/o para evaluación de exámenes auxiliares. En los supuestos de estados de emergencia decretado por el Gobierno del Perú, el servicio de atención debe seguir brindándose de forma presencial y/o virtual.		
Respuesta a Consulta 56 Rimac Seguros: (...) Se procede a aclarar que, para obtener el reembolso por la atención de MEDICO A DOMICILIO, se deberá adjuntar los mismos documentos que se requieren para el reembolso por las ATENCIONES AMBULATORIAS, del ANEXO A de los Términos de Referencia.		

MEDICO EN PLANTA – En las instalaciones del Ministerio <i>Consulta 58</i>		
Medicina Interna y Especialidades – incluye consulta, medicinas, análisis de laboratorio y exámenes especiales	Deducible	Cubierto al
Consulta médica	S/.0.00	100%
Medicinas, exámenes auxiliares	S/.0.00	90%
Fisioterapias	S/.0.00	100%
Medicamentos oncológicos (previa presentación de receta u orden médica)	S/.0.00	100%
<p>Observaciones: En los supuestos de estados de emergencia decretado por el Gobierno del Perú, el servicio de atención debe seguir brindándose de forma presencial y/o virtual.</p> <p>Respuesta a Consulta 58 Rímac Seguros: (...) Se aclara que, se procederá a determinar el horario para la atención de la especialidad de Fisioterapia con el postor ganador de la Buena Pro, siempre sujeto a la demanda de los asegurados que requieran de dicha cobertura.</p> <p>- En MEDICO EN PLANTA. Se precisa que todos los beneficios y coberturas consignadas en el ANEXO A de los Términos de Referencia aplica para los asegurados, entendiéndose como asegurados a los TITULARES Y DEPENDIENTES.</p> <p>-En MEDICO EN PLANTA: Se precisa que el Beneficio de MEDICO EN PLANTA es aplicable a ambos grupos asegurados (administrativos y diplomáticos).</p> <p>-En MEDICO EN PLANATA: Se precisa que el Tópico Médico cuenta con los requisitos indispensables para su funcionamiento, de acuerdo a lo regulado por las entidades correspondientes. Asimismo, las horas de atención se encuentran establecidas en el numeral 3 del Anexo A de las condiciones especiales de los Términos de Referencia, el horario de atención será coordinado con el postor ganador de la Buena Pro.</p>		

PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRONICAS - EN EL PERU		
Crédito	Deducible	Cubierto al
Enfermedades cubiertas: Hipertensión Arterial, Asma, Diabetes tipo II, Dislipidemia y combinaciones (Diabetes II+HTA, diabetes II+Dislipidemia)	S/.0.00	100%
Consulta mensual por especialista a domicilio (cardiólogo/endocrinólogo/neumólogo dependiendo del diagnóstico), Entrega de medicinas de forma mensual. Las medicinas también podrán ser entregadas en el consultorio del médico en planta. Consulta por psicología y nutrición* (Todos los diagnósticos), Consulta por oftalmología* (Hipertensión y diabetes), Atención podológica a domicilio (Diabetes), Pruebas de laboratorio* (Según diagnóstico), Exámenes de imágenes* (Ecocardiografía, rayos x, mapa, holter, espirometría, etc. según diagnóstico)		
Para acceder al servicio se debe llamar a la central de información y consultas del contratista. El asegurado podrá recibir las atenciones en su domicilio o en el médico en planta. (*) La cobertura se brindará bajo los protocolos y condiciones señalados por el contratista. Como mínimo deben ser las indicadas en el detalle de esta cobertura.		
El Programa de Pacientes Crónicos incluye los siguientes medicamentos con cobertura al 100% Hipertensión Arterial: Micardis o Cordiax, Blox o Blopess, Aprovel, Exforge Diabetes Tipo II: Forxiga, Jardiance, Glucophage, Galvus, Insulinas Asma: Relvar, Symbicort, Ventolin, Singulair Dislipidemia: Crestor, Lipitor, Cresadex, Vytorin		
En los supuestos de estados de emergencia decretado por el Gobierno del Perú, el servicio de atención debe seguir brindándose de forma presencial y/o virtual.		



MATERNIDAD		
Período de carencia para asegurados nuevos: 10 meses		
*Se entiende por carencia al período de espera para poder utilizar la cobertura		
Crédito	Deducible	Cubierto al
Parto normal	S/.0.00	100% hasta S/.13,475.00
Cesárea y/o parto múltiple	S/.0.00	100% hasta S/.19,250.00
Amenaza de aborto y/o aborto no provocado	S/.0.00	100% hasta S/.9,625.00
Complicaciones orgánicas del embarazo	S/.0.00	100% hasta S/.19,250.00
Reembolso (Tarifa A + 100%)		
Parto normal	S/.0.00	100% hasta S/.11,550.00
Cesárea y/o parto múltiple	S/.0.00	100% hasta S/.17,325.00
Amenaza de aborto y/o aborto no provocado	S/.0.00	100% hasta S/.7,700.00
Complicaciones orgánicas del embarazo	S/.0.00	100% hasta S/.17,325.00
Controles de Maternidad en el Perú (sólo en clínicas afiliadas) y en el extranjero		
9 consultas prenatales, 03 ecografías durante la gestación, 02 consultas post natales	S/.0.00	100%
Análisis de laboratorio	S/.0.00	100% hasta S/.1,540.00

Psicoprofilaxis - Preparación para el parto		
A partir del séptimo mes en red de clínicas afiliadas propuestas por el contratista. Consta de 7 sesiones de dos horas cada una.	S/.0.00	100%
Control del niño sano		
Una consulta mensual por el primer año de vida (incluye vacunas según esquema del MINSA para niños y adolescentes) Cubre las consultas durante el primer año y las inmunizaciones según esquema del MINSA para niños y adolescentes	S/.0.00	100%
MATERNIDAD EN EL EXTRANJERO (SOLO A CREDITO)		
Período de carencia para asegurados nuevos: 10 meses		
Crédito	Deducible	Cubierto al
Parto normal	S/.0.00	100% hasta S/.19,250.00
Parto múltiple	S/.0.00	100% hasta S/.19,250.00
Cesárea	S/.0.00	100% hasta S/.28,875.00
Amenaza de aborto y/o aborto no provocado	S/.0.00	100% hasta S/.11,550.00
Complicaciones orgánicas del embarazo	S/.0.00	100% hasta S/.19,250.00



ATENCION DE EMERGENCIA – ACCIDENTALES AMBULATORIAS (CREDITO Y REEMBOLSO)**Consulta 60**

Cubre todos los gastos incurridos durante las primeras 72 horas, incluye cobertura de continuidad de emergencia accidental ambulatoria hasta por 90 días en el mismo establecimiento donde se atendió inicialmente la emergencia accidental.

En caso el asegurado viajara dentro de los 90 días a otra ciudad o País, no se limitará la atención de continuidad al establecimiento donde se atendió inicialmente.

La cobertura dentro de este periodo será cubierta al 100% para lo siguiente: Controles ambulatorios, tomografía, resonancia magnética, ecografías, exámenes de laboratorio de control, exámenes radiológicos de control, sesiones de terapia física, retiro de puntos, retiro de yeso.

No incluye hospitalizaciones derivadas del accidente. No se cubren aparatos ortopédicos ni ortésicos, tales como cabestrillo, collarines, muletas, sillas de ruedas, plantillas ortopédicas, corsets, chalecos, tirantes, audífonos, prótesis externas, calzado ortopédico.

Respuesta a Consulta 60 Rímac Seguros: Se aclara que, para dar continuidad a la atención de EMERGENCIA ACCIDENTAL vía crédito, se requerirá coordinación previa con la ejecutiva o inplant de la aseguradora ubicada en la Oficina de la Entidad.

	Deducible	Cubierto al
Consulta médica	S/.0.00	100%
Medicinas y exámenes auxiliares	S/.0.00	100%
EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS A TRAVES DE LA CENTRAL DE ATENCION DE EL CONTRATISTA		
Gastos ambulatorios (atención por ambulancia y consultas a través de la central telefónica del contratista)	S/.0.00	100%
EMERGENCIAS MEDICAS NO ACCIDENTALES (CREDITO Y REEMBOLSO)		
Para gastos que se deriven de un mal funcionamiento o trastorno de un órgano del cuerpo o parte de un órgano, o de algunas de las funciones vitales de una persona, que es causado por el repentino e imprevisto agravamiento del síntoma o una enfermedad, de naturaleza tan severa o crítica que requiere la inmediata administración de un tratamiento médico en un hospital a una persona asegurada, aún sin que se haya obtenido la orden o prescripción de un médico autorizando dicha hospitalización	S/.0.00	100%

TRANSPORTE POR EVACUACION DE EMERGENCIA Consulta 61

	Deducible	Cubierto al
<ul style="list-style-type: none"> Ambulancia aérea / terrestre Ambulancia de la clínica a la casa (medicamente justificada) Avión comercial, vuelo regular nacional e internacional, incluye acompañante (hasta 7 asientos) cuando el estado de salud del paciente así lo requiera y sea determinado por el médico tratante 	S/.0.00	100%
Reembolso de ambulancia en provincias por evacuación de emergencias (Incluye servicios médicos y de apoyo para el traslado)	S/.0.00	100%
Respuesta a Consulta 61 Rímac Seguros: Se precisa que el beneficio se otorga vía crédito y reembolso. Para el beneficio vía crédito efectivamente se requiere la coordinación con la unidad médica de la aseguradora, con la finalidad de agilizar y garantizar la prontitud en la atención. (...).		



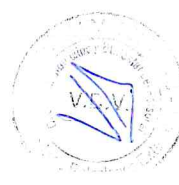
ATENCIÓN OFTALMOLOGICA (SOLO EN PERU)		
Prevención	Deducible	Cubierto al
Una medida de vista al año, fondo de ojo (sin dilatación pupilar), tonometría, campo visual por confrontación y examen de musculatura ocular (sólo en clínicas afiliadas y red oftalmológica)	S/.0.00	100%
Crédito		
Enfermedades Oculares (crédito y reembolso)	Como ambulatorio / hospitalario	
Centros Oftalmológicos Afiliados	S/. 57.75	90%
Uso de lente intraocular (sólo en el Perú)		
Por ojo y en centros afiliados (crédito y reembolso)	Hasta S/.,1,925.00	
Monturas y cristales (1 vez al año)		
Solo para titulares (vía reembolso y presentando receta del oftalmólogo)	Hasta S/.,192.50 al 100%	

ATENCION ODONTOLOGICA		
Odontograma y profilaxis al 100%		
Sólo al Crédito – deducible por pieza tratada y terminada	Deducible	Cubierto al
Examen y diagnóstico, rayos x, curaciones con resina (piezas delanteras y posteriores), extracciones, endodoncias, periodontitis, gingivitis, apicectomía, alveolotomía, cirugía oral.	S/19.25	100%
Medicinas vía crédito y reembolso		100%
No se cubren: Prótesis, ortodoncias, tratamientos cosméticos y operatoria dental.		

ENFERMEDADES Y DEFECTOS CONGENITOS		
La cobertura es para los niños cuya concepción fue dentro de la vigencia del Plan de Salud de la entidad empleadora y también para asegurados que pasen con continuidad de cobertura de la póliza del AFDA, sin período de carencia ni límite de edad. Se podrá incluir a sola declaración del titular de la póliza.		
Crédito y reembolso	Deducible	Cubierto al
Por vigencia y sin límite de tiempo de cobertura	S/.0.00	100% hasta S/.115,500.00
ENFERMEDADES CONGENITAS NO CONOCIDAS Y NO DIAGNOSTICADAS		
Aplica también para asegurados que pasen con continuidad de cobertura de la póliza del AFDA, sin período de carencia ni límite de edad		
Crédito y reembolso	Deducible	Cubierto al
Por vigencia y sin límite de tiempo de cobertura	S/.0.00	100% hasta S/.19,250.00

PROTESIS QUIRURGICAS INTERNAS		
Excluye prótesis dentales y estéticas		
Crédito y reembolso	Deducible	Cubierto al
Cobertura para prótesis quirúrgicas que el médico tratante indique para tratar una patología cubierta por la póliza	S/.0.00	100% hasta S/.192,500.00

ONCOLOGIA (CREDITO Y REEMBOLSO) EN EL PERU Y EL EXTRANJERO		
60 días de período de carencia para nuevos asegurados. Cobertura en todas las clínicas afiliadas de la póliza en Lima y Provincias		
Atención y tratamientos oncológicos ambulatorios u hospitalarios, patologías a consecuencia del tratamiento oncológico, cirugía de hallazgo, segunda opinión nacional, etc.		



Consultas especializadas, quimioterapias, exámenes especiales, cirugía oncológica, radioterapia, pet scan, etc.	Deducible	Cubierto al
Beneficio máximo anual para titulares y dependientes	S/.0.00	100% hasta S/. 3,850,000.00

VIH / SIDA (CREDITO Y REEMBOLSO)		
Un año de período de carencia para nuevos asegurados. Cobertura en todas las clínicas afiliadas de la póliza		
	Deducible	Cubierto al
Cubre exclusivamente la atención médica de esta enfermedad que incluye las consultas médicas, medicación, exámenes complementarios, hospitalizaciones, así como la de las enfermedades causadas directamente por el virus de VIH, hasta la suma indicada en la tabla de beneficios. Las enfermedades que no puedan ser demostradas que tienen una vinculación directa con el VIH serán consideradas dentro de la cobertura general de la póliza.	S/.0.00	100% hasta S/. 134,750.00

COBERTURA PARA EPIDEMIAS Y PANDEMIAS		
Crédito y reembolso	Deducible	Cubierto hasta
No se aplicará exclusiones para enfermedades epidémicas contagiosas que requieran aislamiento o cuarentena y las que sean declaradas por el Ministerio de Salud como epidémicas o pandémicas en general.	Ambulatorio/Hospitalario	La suma asegurada anual

SEGUNDA OPINION NACIONAL Y EN EL EXTRANJERO		
Segunda evaluación médica en casos quirúrgicos o de enfermedades graves o de difícil diagnóstico. No incluye viaje del asegurado ni sus familiares y acompañantes.		
	Deducible	Cubierto al
Segunda Opinión Nacional , el asegurado deberá coordinar con el contratista una cita médica para obtener otra opinión médica, que también podrá ser vía reembolso y deberá incluir también el costo de exámenes médicos adicionales y/o auxiliares que se requiera.	S/.0.00	100%
Segunda Opinión en el extranjero , el asegurado deberá coordinar con el contratista el envío de la historia clínica para que la misma sea evaluada ante una junta médica en el extranjero, vía crédito o reembolso. También se debe considerar dentro de la cobertura, el costo de exámenes médicos adicionales y/o auxiliares que se requiera.	S/.0.00	100%

COBERTURA DE HEMOTERAPIA (crédito y reembolso)		
	Deducible	Cubierto al
Honorarios médicos por los procedimientos vinculados a la transfusión de sangre Calificación o compatibilidad de donantes	S/. 0.00	100% hasta S/. 11,550.00



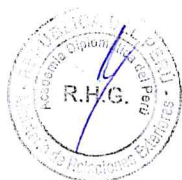
COBERTURA DE ALBUMINA (crédito y reembolso)		
	Deducible	Cubierto al
Cuando lo indique el médico tratante. Máximo 3 eventos durante la vigencia	S/. 0.00	100% hasta S/. 7,700.00

COBERTURA DE OXIGENOTERAPIA (crédito y reembolso)		
	Deducible	Cubierto al
En domicilio y en la red afiliada	S/. 0.00	100% hasta S/. 11,550.00

TRASPLANTE DE ORGANOS (CREDITO Y REEMBOLSO)		
<p>Un año de período de carencia para nuevos asegurados. Se otorgará en el proveedor debidamente acreditado para tal fin, indicado en la tabla de beneficios.</p> <p>El trasplante de órganos es un procedimiento terapéutico que consiste en sustituir un órgano o tejido enfermo por otro órgano, segmento de órgano o tejido sano, procedente de un donante vivo o un donante cadavérico</p>		
	Deducible	Cubierto al
Cubre uno o más de los órganos: corazón, riñón, hígado, pulmón, páncreas o médula ósea, cornea Incluye los gastos médicos por servicios prestados al donante	S/.0.00	100% hasta S/. 1,347,500.00
REEMBOLSO		
<ul style="list-style-type: none"> En caso de no existir la posibilidad de brindar dicha cobertura en algún proveedor acreditado, el asegurado podrá solicitar el reembolso correspondiente con una factura o comprobante a favor del contratista, luego de haberse realizado el procedimiento, hasta el límite de la suma asegurada indicada en la tabla de beneficios. Incluye los gastos médicos por servicios prestados al donante. El reembolso se realizará posterior a la cirugía siempre y cuando la institución cuente con la acreditación para el procedimiento. El reembolso se realizará posterior al procedimiento terapéutico del trasplante, siempre y cuando la institución cuente con una autorización de la ONDT (Organización Nacional de Donación y Trasplante del Ministerio de Salud) y/o acreditación de organismos internacionales <p>El beneficio aplica sólo para el receptor del órgano, así como los gastos médicos por servicios prestados al donante.</p>		

SEPELIO (Lima- Provincias- Extranjero)		
Crédito / Reembolso	Deducible	Cubierto al
Sepultura en camposanto o cremación (columbario) Servicio funerario: ataúd natural capilla ardiente, preparación tanatológica, trámites y asesoría, instalación de servicio, carroza de lujo, coche de flores, velatorio, cargadores, aviso de defunción 2 x 1 El Comercio, coaster tipo turismo, aparato floral – lágrima.	\$0.00	100% Hasta S/. 26,950.00
La cobertura se habilita siempre y cuando el fallecimiento se haya producido por enfermedad o accidente cubierto por la póliza		

SEGURO DE PRIMAS POR MUERTE DEL TITULAR
Por muerte natural y/o accidental del titular, los derechohabientes inscritos en el plan de salud gozarán del beneficio hasta el vencimiento contractual de la póliza o por un período mínimo de tres meses en caso el fallecimiento se produzca cerca al vencimiento de la póliza (ejemplo: si el fallecimiento se da 2 meses antes), bajo las mismas coberturas y sin pago de primas.



SEGURO DE VIDA - INDEMNIZACION POR FALLECIMIENTO DEL TITULAR	
Esta cobertura se habilita, a favor de los beneficiarios designados por el titular, solamente si la muerte del titular ocurre por una enfermedad o accidente cubiertos por la póliza.	Indemnización de S/. 38,500.00
ACCIDENTES PERSONALES - INDEMNIZACION POR ACCIDENTES PERSONALES	
Solo cubre en caso de muerte accidental, a favor de los beneficiarios designados por el titular. Para el titular y/o cónyuge, aplicará en caso de fallecimiento de uno o ambos asegurados. Cubre terrorismo.	Indemnización de S/. 7,700.00
Nota importante: En caso no se haya designado a los beneficiarios se deberá presentar la sucesión intestada.	

PSIQUIATRIA / PSICOLOGIA EN EL PERU <i>Consulta 63</i>		
Crédito / Reembolso		
Cubre consultas, medicación y exámenes complementarios, el tratamiento psicológico / psiquiátrico, incluyendo, pero no limitado: autismo y trastorno generalizado del desarrollo. Comprende todos los tratamientos medicación y hospitalizaciones para los diagnósticos tales como: curas de reposo, surmenage, enfermedades emocionales (ansiedad, depresión, stress, etc), trastornos funcionales de órganos, distonías neurovegetativas, desordenes de la mente (psicosis, neurosis, fobias, etc.), trastornos de la personalidad, trastorno obsesivo compulsivo, enuresis nocturna, retardo mental o del desarrollo psicomotor, déficit de atención, bajo rendimiento escolar, disfunciones cerebrales, síndrome orgánico cerebral, autismo, trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia, entre otros. Hasta el límite de la suma asegurada contratada. No aplican exclusiones para esta cobertura.		
Respuesta a Consulta 63 Rímac Seguros: Se accede a retirar de los Términos de Referencia el párrafo que indica "No se aplican exclusiones para esta cobertura" en el beneficio de PSIQUIATRIA/PSICOLOGÍA EN EL PERÚ señalado en el Anexo A de los Términos de Referencia. Sin embargo, se precisa que para este beneficio aplicaría las exclusiones pertinentes señaladas en el ANEXO A de los Términos de Referencia, sección GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES. Se confirma que la cobertura de autismo y trastorno generalizado del desarrollo se otorga vía crédito y reembolso, bajo las condiciones detalladas en el Anexo A de los Términos de Referencia.		
	Deducible	Cubierto al
Crédito	S/. 96.25	90%
En proveedores ofertados por el postor		Hasta el límite del beneficio máximo anual
Reembolso	S/. 0.00	90% hasta
Máximo S/. 385.00 por consulta		S/. 46,200.00 por vigencia
La cobertura no incluye gastos en casas de reposo, pero si incluye hospitalizaciones hasta la suma asegurada contratada para esta cobertura.		

COBERTURA DE ESCOLTA MEDICA	
Para los asegurados que requieran escolta médica para continuar con el tratamiento en el extranjero o regresar al país, máximo 2 eventos por año al 100%	
Honorarios médicos de la escolta	Hasta S/. 13,475.00
Costos de pasajes para médico de escolta paciente y familiar	Hasta S/. 28,875.00
Viáticos por día máximo 7 días y máx. 2 eventos	Hasta S/. 1,347.50

COBERTURA PARA HIJOS CON DISCAPACIDAD	
Requisitos: para el ingreso de los hijos que adolezcan de algún tipo de discapacidad, se requiere del certificado de discapacidad otorgado por los hospitales del Ministerio de Salud (MINSA) o Ministerio de Defensa o Ministerio del Interior o del Seguro Social (Essalud)	
Beneficio máximo anual por persona	S/. 3,850,000.00

Según deducibles y coaseguros del centro de atención – a partir de los 28 años	S/. 962,500.00
--	----------------

REPATRIACION DE RESTOS MORTALES		
	Deducible	Cubierto al
Repatriación	S/. 0.00	100% Hasta S/. 38,500.00

CHEQUEOS MEDICOS INTEGRALES – Cobertura al 100%	
La compañía de seguros indicará la red preventiva y la de inmunizaciones.	
Detalle de chequeo médico integral - Anual	100%
Consulta médica y examen clínico (mayores de 18 años)	
Despistaje de TBC	
VIH (para asegurados que voluntariamente lo soliciten, los resultados serán entregados al mismo asegurado)	
Hemograma / Hemoglobina / Hematocrito (mayores de 18 años)	
Examen de orina (mayores de 18 años)	
Colesterol y triglicéridos (mayores de 18 años)	
Glicemia (mayores de 40 años)	
Radiografía de tórax (mayores de 18 años)	
Electrocardiograma (mayores de 40 años)	
Antígeno prostático (mayores de 40 años)	
Papanicolau (mayores de 18 años)	
Mamografía (mayores de 40 años)	
Consultas: ginecológica, oftalmológica, odontológica	
Prueba de esfuerzo	

Nota importante: El chequeo preventivo también se podrá realizar en las instalaciones del contratante y sin costo para este o en clínicas afiliadas.

Se excluyen las edades sólo para casos de antecedentes familiares o presencia de factores de riesgo determinado por el médico tratante

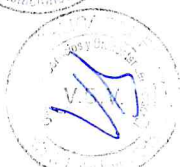
DETALLE DE INMUNIZACIONES:

La compañía de Seguros indicará la Red Preventiva para Inmunizaciones y la relación de proveedores para los Controles de Niño Sano (se cubre únicamente consultas durante el primer año de vida) al 100%.

En lo que se refiere a Inmunizaciones la cobertura es según esquema MINSA vigente

CONDICIONES DE SOSTENIBILIDAD DEL PLAN MÉDICO

- El Contratista deberá demostrar la efectividad del cálculo técnico de las primas propuestas. Evaluándose durante la vigencia la sostenibilidad de la prima frente al objetivo de siniestralidad propuesto.
- El postor ganador de la buena pro deberá presentar el plan de trabajo como requisito para el perfeccionamiento del contrato. Para ello, es necesario evaluar estas variables bimensualmente:
 - Desviación por mayor frecuencia de atenciones.
 - Desviación por un mayor gasto médico por los casos severos y/o catastróficos.
 - Desviación por un aumento en pacientes oncológicos y/o en consumo médico de casos existentes.
 - Seguimiento a los resultados del chequeo preventivo para un diagnóstico oportuno y elaboración del perfil epidemiológico de la población con planes de acción según los hallazgos.
 - Cualquier variación demostrable y sustentable frente a la data de siniestralidad



analizada en el presente concurso.

(*) El cálculo de la prima deberá considerar la proyección de siniestros, los gastos administrativos, inversión y de gestión incurridos en la administración del plan médico por parte de El Contratista y del corredor de seguros.

(**) Debiendo cumplirse a cabalidad la oferta de bienestar + programas de seguridad y salud en el trabajo establecidos

CONDICIONES ESPECIALES *Consulta 65*

1. **Continuidad de preexistencias:** ~~El contratista~~ La aseguradora se compromete a que se produzca la continuidad de cobertura en el caso de enfermedades preexistentes cubiertas a los asegurados que migren entre las pólizas administradas por el Ministerio de Relaciones Exteriores y las que son administradas por la Asociación de Funcionarios Diplomáticos del Perú en Actividad (AFDA), ~~para lo cual se proveerá la información necesaria solicitada por el contratista sobre el total de la población asegurada.~~ Asimismo, ~~el contratista~~ la aseguradora no aplicará período de carencia, salvo se trate de asegurados que se incorporen por primera vez a alguna de las pólizas mencionadas, distinta a la migración entre las pólizas antes referidas. ~~Además, de ser el caso, continuará con la cobertura otorgada por la póliza administrada por la AFDA aun cuando el Condicionado General de la Póliza señale limitaciones o restricciones aplicando deducibles, coaseguros y límites señalados en la póliza donde se inició el siniestro, salvo en lo que refiere a la suma asegurada la cual no podrá excederse en ninguna circunstancia.~~ La continuidad de cobertura para afiliados que migren de la póliza del AFDA a la del Ministerio de Relaciones Exteriores sí se otorgará, aplicando deducibles, coaseguros y límites señalados en la póliza del Ministerio de Relaciones Exteriores. Además, la continuidad aplica sólo si la póliza del Ministerio de Relaciones Exteriores tiene la cobertura o especialidad respectiva dentro de la póliza.

Respuesta a Consulta 65 Rímac Seguros: Se procede a modificar los Términos de Referencia, quedando el siguiente texto: " La aseguradora se compromete a que se produzca la continuidad de cobertura en el caso de enfermedades pre-existentes cubiertas a los asegurados que migren entre las pólizas administradas por el Ministerio de Relaciones Exteriores y las que son administradas por la Asociación de Funcionarios Diplomáticos del Perú en Actividad (AFDA). Asimismo, la aseguradora no aplicará período de carencia, salvo se trate de asegurados que se incorporen por primera vez a alguna de las pólizas mencionadas, distinta a la migración entre las pólizas antes referidas. La continuidad de cobertura para afiliados que migren de la póliza del AFDA a la del Ministerio de Relaciones Exteriores sí se otorgará, aplicando deducibles, coaseguros y límites señalados en la póliza del Ministerio de Relaciones Exteriores. Además, la continuidad aplica sólo si la póliza del Ministerio de Relaciones Exteriores tiene la cobertura o especialidad respectiva dentro de la póliza".

2. **Fondo de pagos especiales aplicable a ambas pólizas:** El contratista pondrá a disposición del Contratante este fondo por un monto de S/. 15,400.00(Quince mil cuatrocientos y 00/100 soles) mensuales, para condiciones no cubiertas por las pólizas, u otras que el Contratante señale. Dicho fondo será acumulable mensualmente. Culminado el período anual, el saldo no utilizado será a favor del contratista, salvo lo indicado en el numeral "5.- Manuales", de los presentes Términos de Referencia.

Este fondo está destinado a cubrir las atenciones médicas de los asegurados que pudieran estar comprendidas dentro de condiciones o diagnóstico no cubiertos por la póliza, sin que esto afecte la siniestralidad de las pólizas.

Respuesta a Consulta 65 Rímac Seguros: (...) se precisa que, esta condición se encuentra señalada en las Condiciones Especiales del Anexo A de los Términos de Referencia "FONDO DE PAGOS ESPECIALES APLICABLE A AMBAS PÓLIZAS" (administrativos y diplomáticos), sin embargo, se



precisa que el FONDO es un monto único para ambos grupos asegurables. En relación a la segunda aclaración, al tratarse de atenciones médicas no cubiertas por las pólizas, sí deben ser registradas como siniestros, sin embargo, para efectos de presentación de resultados técnicos y/o análisis de estadísticas de siniestralidad estos deberán ser retirados para no impactar en dichos resultados.

3. **Ubicación y financiación de Médicos en planta:** De especialidad internista o emergencista, con amplia experiencia, el mismo que atenderá por un lapso de 12 horas semanales, previa coordinación con el contratista, debiendo contar con la asistencia de una enfermera titulada en el mismo horario. Se programará 08 horas semanales periódicamente en forma rotativa la atención ambulatoria a cargo de un cardiólogo (incluye toma de electrocardiograma), un dermatólogo, un endocrinólogo y otras especialidades según requerimiento del Contratante. La programación deberá comunicarse con el plazo máximo de quince (15) días calendario de anticipación antes del inicio del mes programado a fin de hacer la difusión pertinente entre los asegurados. De ser el caso y a requerimiento del Contratante, los horarios y lugares de atención podrán ser ampliados, incluso para cubrir las atenciones del Tópico Médico de Cancillería cuando así se requiera, informándose con la debida anticipación, el requerimiento podrá ser hasta con 30 días de anticipación. Por otra parte, la designación del médico en planta y de los especialistas deberá contar con la aprobación de la Oficina de Servicios y Bienestar del Personal de la Oficina General de Recursos Humanos del Contratante.

Se precisa que las atenciones por consulta médica que se realicen en el médico en planta instalado por el contratista en la sede del Ministerio de Relaciones Exteriores serán cubiertos al 100% por el contratista, y la medicación y /o exámenes complementarios tendrán cobertura por la póliza al 90%, en el caso que prescriba tanto el médico en planta como el médico del Contratante. Otorgándose cobertura a los medicamentos genéricos y no genéricos.

Asimismo, dentro del servicio de médico en planta y médico del Contratante, aplicará el Reparto de Medicinas Oncológicas y de Procedimientos Oncológicos con cobertura al 100%, previa presentación de la receta u orden respectiva.

En los supuestos de estados de emergencia decretado por el Gobierno del Perú, el servicio de atención debe seguir brindándose de forma presencial y/o virtual.

4. **Implementación de Infraestructura:** El contratista implementará en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles (siempre y cuando no se encuentre vigente un estado de emergencia sanitario declarado por el estado peruano) el tópico asignado para la tarea del Médico en Planta con adecuado equipamiento (PC e impresora a fin de facilitar el cumplimiento de sus funciones). Asimismo, proporcionará *una línea fija, con acceso a llamadas nacionales e internacionales para uso de la Unidad de Seguro Médico Diplomático del Ministerio de Relaciones Exteriores*, encargada de atender los reclamos de los asegurados. Sobre este particular para la implementación de toda esta infraestructura el Contratista se ceñirá a todas las políticas de seguridad y lineamientos para la interconexión de su sistema a la del Ministerio de Relaciones Exteriores, según lo establece la Oficina de Tecnología de la Información.

Asimismo, el contratista proporcionará un Teléfono Móvil *nuevo* de acuerdo con los modelos que maneje el Contratista, con un plan de llamadas e internet ilimitados y sujeto a recargas según solicitud del Contratante y conexión a la red interna de comunicación entre el Ministerio y el contratista (el mismo que será devuelto al contratista al finalizar la vigencia de la póliza).

Cabe precisar que en caso de que se produzca la pérdida o robo de los equipos dentro de la vigencia de la póliza y previa presentación de la denuncia policial, el contratista proporcionará al Contratante otro equipo *nuevo* de similares características.



5. **Manuales:** La emisión de los Manuales de Procedimientos para los usuarios estará a cargo del contratista. Su contenido, diseño y entrega deberá ser coordinado con el Contratante y deberá ser entregado en un plazo máximo de 45 días calendarios luego de la firma del contrato. Dichos manuales deberán ser impresos y/o virtuales en formato establecido por el Contratista y también se proporcionará vía electrónica a la Unidad de Seguro Médico del Ministerio de Relaciones Exteriores. En ningún caso se podrá exceder los 45 días calendarios luego de la firma del contrato, para la entrega física de los Manuales a la oficina administrativa del contratante. Si se excediera dicho plazo, el contratista deberá reintegrar al contratante el saldo a favor, al vencimiento de la póliza, según lo señalado en el punto 2, sin que esto afecte la siniestralidad de las pólizas.

Se brindará en armonía con el principio de sostenibilidad ambiental, la implementación de entrega e intercambio de documentos electrónicos para facilitar y simplificar los procesos de trámite documentario.

6. **Implementos Médicos:** El contratista garantiza que durante el tiempo de vigencia de la póliza estarán cubiertos los siguientes implementos médicos, cuando sean indicados por el médico tratante, más no limitados a:

- Punta de Artrocare
- Hoja Shaver
- Malla para Cirugía Abdominal, Urológica o Ginecológica (Malla Nazca)
- Arco en C
- Sensor BIS
- Equipo y Fibra Láser para cualquier procedimiento quirúrgico
- Bisturí armónico
- Ligasure

Respuesta a Consulta 67 Rímac Seguros: Se aclara que, en el numeral 6 de las Condiciones Especiales contenidas en el Anexo A de los Términos de Referencia - Implementos Médicos, además de ser ordenado por el médico tratante, deberá de contar con la pertinencia medica respectiva.

7. **El operador internacional:** Deberá ser de reconocido prestigio y solvencia, con corresponsalías en todas las regiones geográficas del mundo para atender los 365 días del año, en un horario de 24 horas ininterrumpidas.

Para la acreditación del operador internacional, el postor ganador de la buena pro, deberá anexar una declaración jurada de cumplimiento de servicio.

8. Además, se dará cobertura al tratamiento para el diagnóstico de Osteoporosis sin restricciones, cuando éste se realice mediante el examen de Densitometría Ósea y se determine su existencia en cualquiera de las partes óseas que se examine.

9. Para todos aquellos asegurados que se encuentren desempeñando funciones en las oficinas descentralizadas del Ministerio de Relaciones Exteriores a nivel nacional, se autoriza el suministro de medicinas por un período de tres meses consecutivos renovables previa consulta médica ambulatoria, de ser el caso.

10. El Contratista hará entrega del reporte de siniestralidad de las pólizas tres veces al año, el mismo que será solicitado por el área usuaria o por el bróker de seguros en su representación indicando el periodo de la información requerida, este requerimiento deberá ser atendido en un plazo máximo de quince (15) día hábiles contados a partir de la fecha de la solicitud, y deberá ser entregado en físico y por vía electrónica en formato Excel, el cual incluirá como mínimo la siguiente información: Primas, número de asegurados por mes y siniestros por póliza, proveedor médico, número de póliza, ramo, fecha de ocurrencia, número de siniestro



y diagnóstico, causa, Montos en reserva y/o beneficio pagados, estado de siniestro, lugar de atención, CIE 10, N° de paciente, N° de titular, parentesco, sexo, edad, moneda y cartas de garantías aprobadas hasta la fecha de la solicitud.

Se brindará en armonía con el principio de sostenibilidad ambiental, la implementación de entrega e intercambio de documentos electrónicos para facilitar y simplificar los procesos de trámite documentario.

11. Los hijos discapacitados podrán ingresar a las pólizas como nuevos asegurados y permanecer con cobertura por tiempo indefinido, siempre que el titular esté asegurado, para lo que aplicará la cobertura correspondiente.
12. Los Proveedores para las hospitalizaciones y tratamientos ambulatorios en el Perú para todas las pólizas, deberán tomar como referencia los siguientes, más no limitados a:

RED 1: Clínica San Gabriel, Montefiori, Sanna El Golf, Vesalio, Good Hope, Limatambo (San Isidro y San Juan de Lurigancho), Centro Médico Ricardo Palma (sede norte), Santa María del Sur, Jesús del Norte, Tezza, Maison de Sante (Lima y Chorrillos), Centro Médico Medex, Clínica San Judas Tadeo, Centenario Peruano Japonesa, San Juan Bautista, Clínica San José Reaño Ríos, Sanna San Borja, Clínica Médica Cayetano Heredia, Clínica Higuiereta, Medavan, Clínicas y Centro médicos afiliados en provincias.

RED 2: Clínica Internacional (Lima y San Borja), Ricardo Palma (San Isidro), San Pablo (Surco), Javier Prado, Stella Maris, Providencia, Centro Médico Jockey Salud, Clínica Especialidades Médicas Universal, Maison de Santé (Surco), EMETAC.

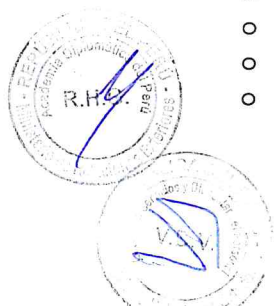
RED 3: Clínica y Centro Médico San Felipe, Montesur, Clínica y Centro Médico British American Hospital, Clínica Santa Isabel, Clínica Internacional (Medicentros), Sanna La Molina Clínica Miraflores e Instituto de Ginecología y Reproducción.

RED 4: Clínica Delgado.

Centros Oftalmológicos: TG Laser, Oftalmoláser, Oftalmosalud, Futuro Visión, Oculaser, Optima Visión, Macula D&T, Norvisión, Confía Instituto Oftalmológico, Arbrayss Laser, Visual Center, Oftalmic Service, Opeluca, Instituto Peruano de la Visión, Instituto Oftalmológico Wong, Oftálmica, otros y centros oftalmológicos en provincias.

Otras Clínicas:

- Aliada
- Clínica Oncológica Miraflores
- Clínica Virgen del Rosario
- Clínica Porvenir
- Clínica Los Andes
- Clínica San Vicente
- Oncomedical
- Centro Médico Las Palmeras
- Centro Odontológico Cornejo's Dental
- Consultorios Odontológicos Descentralizados
- Centro Dental San José
- Centro Odontológico de la Clínica San Pablo
- Centro Odontológico Americano (todas las sedes)
- Cerdent (todas las sedes)
- Radiooncología - Centro Integral de Radioterapia
- INEN



- Oncocenter
- Funeraria Merino
- Unilabs
- Med Lab
- Suiza Lab
- Integramédica Perú
- Millenium Salud – Daleth Lab

Las clínicas y centros médicos deberán estar agrupadas en 4 redes, siendo la Red 1 la de los deducibles y coaseguros más bajos, y la Red 4 la de los deducibles y coaseguros más altos (ver Tabla de Beneficios).

Las clínicas de provincia serán todas las que estén afiliadas a el contratista, las mismas que deberán contar con una infraestructura adecuada.

Además, la Clínica Oncológica Miraflores está habilitada para recibir Cartas de Garantía, cuando el cáncer esté en proceso de diagnóstico. Luego de ello, del resultado positivo del examen Anátomo Patológico, la cobertura continuará al 100%.

La compañía de Seguros presentará al Contratante, opciones de proveedores con las que realicen nuevos convenios y a su vez el Contratante también tendrá la opción de sugerirlas y solicitarlas formalmente, teniendo en cuenta que los proveedores tengan autorización de funcionamiento de SUSALUD. La relación de proveedores debe ser aprobada por el Contratante antes del inicio de la vigencia de la póliza y el Contratante se reservará el derecho de solicitar alguna de las clínicas en determinada red de acuerdo con el consumo de los asegurados.

Respuesta a Consulta 68 Rímac Seguros: Se confirma que de acuerdo con el numeral 11 de las Condiciones Especiales del Anexo A de los Términos de Referencia, la relación de proveedores distribuidas en 4 redes es referencial. Las clínicas y centros médicos deberán estar agrupadas en 4 redes, siendo la Red 1 de los deducibles y coaseguros más bajos y la Red 4 la de los deducibles y coaseguros más altos. Asimismo, conforme a dicho numeral la relación de proveedores debe ser aprobada por el Contratante antes del inicio de la vigencia de la póliza.

Los nuevos requerimientos de proveedores del contratante serán coordinados con el Contratista, para su incorporación en las redes de clínicas establecidas, previa evaluación del Contratista.

13. El contratista se obliga a designar a un grupo de funcionarios ad hoc para manejar administrativamente la póliza a entera satisfacción del Contratante. Estos funcionarios deben ser: Un funcionario con rango de gerente, un funcionario administrativo, un ejecutivo liquidador implant y un médico auditor (que deberá asistir a las oficinas del Contratante dos veces por semana), quienes serán los responsables ante el Contratante de la correcta aplicación de las tarifas pactadas, del Condicionado General de la Póliza, de las Tablas de Beneficios y de la solución amistosa de las controversias que pudieran surgir.

Respuesta a Consulta 69 Rímac Seguros: (...) se precisa que el grupo de funcionarios ad hoc para manejar administrativamente la póliza aplican para la atención de ambos grupos de afiliados (administrativos y diplomáticos).

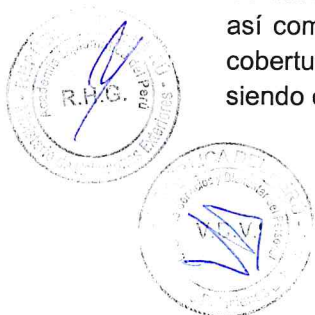
14. Los servicios de Ambulancia y de Atención Domiciliaria deberán ser otorgados por empresas proveedoras líderes del mercado, de reconocida calidad en sus servicios, las cuales deberán aceptar regirse por las pautas administrativas que señale el contratista, y que además cuenten con médicos especialistas de experiencia adecuada.
15. Los gastos administrativos (de los conceptos no relacionados a siniestralidad) de las pólizas de salud no podrán exceder el 20%.



16. Los criterios para establecer las reservas de las pólizas serán establecidos por la aseguradora y previamente aprobados por el ente regulador. La metodología que será aplicada deberá ser sustentada y comunicada al contratante previamente. Estos reportes se deberán incluir en los envíos de siniestralidad establecidos en los Términos de Referencia y en las Condiciones especiales.
17. El Contratista que se adjudique el Concurso Público, podrá ofrecer condiciones adicionales que mejoren las que se detallan en el Condicionado General de Póliza y las Tablas de Beneficios.
18. El Operador Internacional se obliga a informar a los asegurados que vayan a ser internados en algún hospital o clínica del extranjero, los costos de habitación, honorarios y otros, con la debida anticipación, debiendo sugerir, si es el caso, otras alternativas que ofrezcan el mismo servicio a costos cubiertos por la póliza.

Respuesta a Consulta 69 Rímac Seguros: (...) se aclara que este punto sólo aplica para atenciones programadas, ya que en ésta se cuenta con un período prudente para que el Operador pueda realizar las recomendaciones respectivas.

19. Para los casos de cirugía ocular, se cubre vía crédito y/o reembolso, el uso de Lente Intraocular hasta máximo de S/. 1,925.00 (Mil novecientos veinticinco y 00/100 soles) por cada ojo.
20. Para los casos de cirugía oncológica mamaria, con indicación del médico tratante, y por resultados positivos de examen preventivo BRCA1 y BRCA2 se cubrirán vía crédito y/o reembolso las prótesis mamarias, hasta el Beneficio Máximo Anua.
21. El plazo máximo para la emisión de Cartas de Garantía será de 24 horas contadas a partir del momento en que se formalice el pedido y/o la documentación esté completa.
22. El contratista se compromete a proporcionar en su red de clínicas afiliadas, medicamentos no genéricos (salvo cuando el asegurado así lo solicite). Si la farmacia de la clínica no dispone de ellos, estos deberán ser entregados a través del reparto de medicinas a domicilio implementado por el contratista, debiendo respetarse los deducibles y coaseguros que correspondan al proveedor que brindó la atención.
23. Se otorga cobertura para el tratamiento integral terapéutico, contra toda la secuela a consecuencia de un infarto cerebral, adicional a la rehabilitación física, rehabilitación de lenguaje y terapia ocupacional y orofacial.
24. Se otorga cobertura para el tratamiento de Osteopenia hasta la suma de S/. 1,925.00 (Mil novecientos veinticinco y 00/100 soles) por vigencia.
25. Se otorga cobertura a los hijos solteros reconocidos o legalmente adoptados, desde el primer día de nacido, debiendo tramitar su inscripción dentro de los 30 días posteriores a la fecha de su nacimiento permaneciendo hasta los 27 años, 11 meses y 29 días. Se exceptúa a los hijos dependientes con discapacidad en cuanto al límite de edad y/o permanencia.
26. Límites de edad de ingreso: Titulares, cónyuges, parejas del mismo sexo y/o conviviente: Hasta los 65 años.
27. Se cubre maternidad para la cónyuge o conviviente del titular asegurado como dependiente, así como a la Titular sola. Las hijas aseguradas como dependientes no cuentan con esta cobertura. Se considera aborto a la pérdida ocurrida hasta cumplir el 6to mes de embarazo, siendo considerado después como parto prematuro, dentro de la cobertura de Parto Normal.



Los abortos provocados, salvo el terapéutico sustentado con informe médico, no se encuentran cubiertos.

28. Periodos de Carencia para Nuevos Asegurados:

- Oncología: 60 días
- Trasplante de Órganos: 1 año
- Sida: 1 año
- Maternidad: 10 meses

29. El reembolso de gastos ambulatorios y hospitalarios se otorgará de acuerdo con la Tarifa A + 100%.

30. En el caso que el asegurado acuda a una clínica afiliada para atención médica ambulatoria y/u hospitalaria y el médico tratante no trabaje con la Cía. De Seguros, el asegurado podrá presentar para reembolso los honorarios profesionales y se aplicarían los deducibles y coaseguros correspondientes. No se reembolsarán honorarios adicionales. Esta condición aplica a cualquier beneficio del plan de salud (ambulatorio, hospitalario, maternidad, entre otros).

31. El contratista deberá procesar las solicitudes de inclusión (nuevos asegurados) en un plazo máximo de 24 horas, desde que el contratista cuente con la información.

32. El contratista suministrará al Asegurado, los formularios necesarios para solicitar el reembolso de los beneficios a que tenga derecho una vez finalizado el tratamiento por una enfermedad o accidente.

La presentación del reembolso y su documentación sustentatoria deberá hacerse en un plazo máximo de 150 días calendario contados a partir de la fecha de emisión del comprobante de pago. Vencido este plazo el reembolso será considerado extemporáneo y por ende no cubierto.

Documentos que se deben adjuntar para la presentación de cada tipo de reembolso

Atención Ambulatoria:

- Solicitud de beneficios.
- Orden médica indicando el procedimiento u exámenes auxiliares a realizar.
- Informe médico en caso de un procedimiento o examen especial, que justifique la atención.
- Copia de todos los resultados de exámenes auxiliares.
- Recetas médicas para farmacia con un máximo de antigüedad de 3 meses.
- Comprobantes de pago electrónico: Facturas a nombre del contratista o boletas a nombre del paciente y/o recibo por honorarios.

Atención Hospitalaria:

- Solicitud de beneficios
- Orden médica indicando el procedimiento a realizar.
- Reporte operatorio.
- Informes médicos.
- En caso de exámenes auxiliares, orden médica y copia de los resultados.
- Liquidación de gasto final.
- Comprobantes de pago electrónico: Facturas a nombre del contratista o boletas a nombre del paciente y/o recibo por honorarios.

Atención de terapia física y rehabilitación:

Adicional a los documentos que se deben presentar según lo indicado en el procedimiento de atenciones ambulatorias, se debe adjuntar:

- Cartilla de sesiones realizadas y la firma de conformidad del asegurado.



- Las consultas e Informe del médico, debe ser emitido por el médico especialista.
- Comprobantes de pago electrónico: Facturas a nombre del contratista o boletas a nombre del paciente y/o recibo por honorarios

Psicoterapias:

- Solicitud de beneficios.
- Detallar la cantidad de sesiones realizadas.
- Comprobantes de pago electrónico: Facturas a nombre del contratista o boletas a nombre del paciente y/o recibo por honorarios.

Monturas y cristales:

- Adjuntar medición de vista realizada y receta, indicada por un médico oftalmólogo.
- Comprobantes de pago electrónico: Facturas a nombre del contratista o boletas a nombre del paciente y/o recibo por honorarios.

Gastos por Sepelio:

- Certificado de defunción original o copia legalizada.
- Copia del DNI del fallecido.
- DNI del solicitante y número de cuenta.
- Comprobantes de pago electrónico: Facturas a nombre del contratista o boletas a nombre del paciente y/o recibo por honorarios.

33. En aquellas provincias donde no haya resolución adecuada para la atención de los asegurados de las oficinas descentralizadas del Ministerio de Relaciones Exteriores, el asegurado podrá hacer uso de un proveedor particular solicitando posteriormente el reembolso, el cual será pagado según la red 2 de la tabla de beneficios.

34. Sólo se proporcionará cobertura a las hospitalizaciones en el extranjero "Sin Resolución", siempre y cuando no hayan sido programadas con antelación y siempre que la misma no pueda realizarse en el Perú.

Respuesta a Consulta 70 Rímac Seguros: (...) precisamos que la Oficina de Servicios y Bienestar del Personal informará a la aseguradora el cumplimiento de las condiciones señaladas en dicho numeral al momento que el asegurado solicite la activación del beneficio.

35. La prima comercial propuesta en el contrato debe ajustarse a lo indicado en el artículo 12° de la Resolución S.B.S. N° 4143-2019 y sus modificatorias, así como de los artículos 17° a 24° de la vigente Ley del Contrato de Seguro, Ley N° 29946.

36. Para la cobertura de Indemnización por SEGURO DE VIDA y ACCIDENTES PERSONALES, el siniestro será comunicado dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia, según Resolución S.B.S. N° 3202-2013 de la Ley 29946. Asimismo los beneficiarios deben presentar los siguientes documentos de ser el caso:

- Declaración de beneficiarios legalizada notarialmente, a falta de este la sucesión intestada o testada.
- Copia de la historia clínica o Certificado de defunción donde figure la causa del fallecimiento.
- Carta dirigida a Mapfre solicitando el beneficio, donde figuren los datos de los beneficiarios con las firmas y se consignen sus datos bancarios

GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES (Las exclusiones no prevalecen sobre las condiciones particulares)

- ii) Curas de reposo, surmenaje, enfermedades emocionales (ansiedad, depresión, stress, etc.), trastornos funcionales de órganos, distonías neurovegetativas, desórdenes de la



mente (psicosis, neurosis, fobias, etc.), tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, enuresis nocturna, retardo mental o del desarrollo psicomotor, déficit de atención, bajo rendimiento escolar, disfunciones cerebrales, síndrome orgánico cerebral. **Salvo lo indicado en las condiciones especiales de la Tabla de Beneficios.**

- jj) Tratamientos y operaciones de carácter odontológico, tales como ortodoncia, operatoria dental, cosmética dental, incrustaciones, prótesis, **salvo aquellos que se indica en la cobertura odontológica y los casos necesarios como consecuencia de un accidente.**
- kk) Gastos por adquisición, alquiler o uso de prótesis externas, aparatos ortopédicos y en general todo aparato, permanente o eventual, que supla una función natural del organismo humano, así como muletas, bastones, collarines, fajas ortopédicas, salvo que sean indicadas por el médico tratante, como consecuencia de un accidente. En ningún caso se cubren sillas de ruedas, camas especiales, **salvo lo indicado en la cobertura de Prótesis Quirúrgicas.**
- ll) Cuidados especiales de enfermería, intra y extrahospitalaria, salvo los casos que requieran aislamiento y tratamiento especial por indicación médica y por no más de quince (15) días.
- mm) Gastos cuyo objeto sea el chequeo médico y despistaje de enfermedades de una persona sana, así como el tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a una enfermedad determinada, **a excepción de lo señalado en la Tabla de Beneficios. Asimismo, se cubre las vacunas señaladas en la Tabla de Beneficios y por indicación del médico tratante.**
- nn) Tratamientos por desórdenes de la articulación temporomandibular o maloclusión, salvo los ocasionados por accidente cubierto por la póliza.
- oo) Productos farmacéuticos tales como: Vitaminas, minerales, aminoácidos, estimulantes del apetito, suplementos proteicos, tónicos, edulcorantes, alimentos y sustitutos de alimentos **salvo que sean médicamente necesarios para tratamientos relacionados a una enfermedad cubierta por la póliza.**
- pp) Productos farmacéuticos tales como: Sedantes, ansiolíticos, antidepresivos, medicinas psiquiátricas administrados como coadyuvantes o tratamiento de fondo, **salvo que sean médicamente necesarios para tratamientos relacionados a una condición cubierta por la póliza.**
- qq) Cirugía estética, dermatología estética, cosmética o plástica para fines de embellecimiento. Ginecomastia, mastoplastia, gigantomastia y cirugía del septum nasal; a excepción de los casos necesarios como consecuencia de un accidente cuyos gastos fueron cubiertos por esta Póliza.
- rr) Sustancias exfoliativas, preparados, jabones, cremas neutras y bloqueadores solares, salvo justificación médica aceptada por LA COMPAÑÍA.
- ss) Los procedimientos, medicamentos, equipos, insumos o tratamientos que carezcan de un beneficio clínico relevante frente a alternativas vigentes o sustentados en Medicina Basada en Evidencia con nivel de evidencia IIA. No se cubren productos, servicios, procedimientos, insumos, medicamentos o tratamientos experimental, o en fase de periodo de prueba o investigación.
- tt) Enfermedades resultantes del uso o afición a las drogas, estupefacientes y alcoholismo, así como las lesiones que se produzcan en situaciones de embriaguez o bajo influencia de drogas, o a consecuencia de la conducción de vehículos motorizados sin tener el ASEGURADO licencia vigente para hacerlo. En el caso específico de bebidas alcohólicas se considerará que el ASEGURADO se encuentra en estado etílico o situación de embriaguez, y por lo tanto sujeto a esta exclusión, cuando el examen de alcoholemia tomado inmediatamente después del accidente arroje un resultado mayor a 0.5gr./lt. En caso de que la muestra para el examen de alcoholemia no sea tomada inmediatamente después del accidente, se considerará una disminución de 0.15 gr./lt. por hora desde el momento del accidente hasta la toma de la muestra. En el caso de



- drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos se considerará cualquier grado positivo de un examen toxicológico.
- uu) Compra de Sangre y derivados de plasma, plaquetas y paquetes globulares. **Salvo lo señalado en la cobertura para albumina indicada en la tabla de beneficios.**
 - vv) Procedimientos de crio-preservación o criogenéticos. Tratamientos que utilicen células madre (stem cell).
 - ww) Ningún gasto vinculado a la donación y/o transfusión de sangre, **salvo lo señalado en la Cobertura de Trasplante de Órganos y Hemoterapia.**
 - xx) Lesiones o enfermedades a consecuencia de actos de guerra, revoluciones, energía atómica, fenómenos catastróficos de la naturaleza y/o meteorológicos, así como los que resulten de la participación activa en huelgas, motines y conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y/o terrorismo, **salvo lo indicado en la cobertura de Accidentes Personales.**
 - yy) Lesiones producidas a sí mismo por EL ASEGURADO TITULAR o ASEGURADO DEPENDIENTE en forma voluntaria o estando mentalmente insano; así como los gastos que se generen por suicidio, intento de suicidio, peleas o riñas, excepto los casos de legítima defensa comprobada con documento policial.
 - zz) Termómetros, papel higiénico, esponja, jabón, artículos de uso personal, cremas hidratantes, pañales, teléfono, acompañante, televisión.
 - aaa) Accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales.
 - bbb) Cuidado podiátrico, incluyendo el cuidado de los pies relacionados con callos, juanetes (hallux valgus), pies planos, arcos y pies débiles.
 - ccc) Tratamientos por anorexia nerviosa, bulimia, para adelgazamiento o desnutrición, raquitismo, sobrepeso, hipovitaminosis, talla anormal, ginecomastia, obesidad mórbida o alteraciones hormonales que no sean debidos a enfermedad y terapia de reemplazo hormonal (TRH), todo tipo de trastorno de crecimiento y desarrollo, así como tratamientos médicos o quirúrgicos para aumentar o disminuir de peso.
 - ddd) Los accidentes que se produzcan durante la práctica activa de las siguientes actividades y/o deportes: participación en carreras de automóviles, motos acuáticas; participación en corridas de toros, novilladas, espectáculos taurinos, carrera de toros, rodeo, incluyendo montar a pelo potros salvajes o reses vacunas bravas; combate en artes marciales, boxeo, lucha libre, 'vale todo', esgrima o,; rugby, fútbol americano, lacrosse, hockey o hurling; caminata de montaña ('trekking' o senderismo), escalamiento o descensos, alpinismo o andinismo o montañismo, o rápel; canotaje o piragüismo o 'rafting', a partir de nivel de dificultad III; cacería de fieras; pesca en rocas, o caza submarina o subacuática, buceo o inmersión en mares, ríos, lagos o lagunas o pozos o pozas o cuevas o cavernas o aguas subterráneas; salto desde trampolines o clavados desde cualquier lugar; surf; equitación de salto o carrera de caballos; patinaje, o uso de patineta o 'skateboard'; ciclismo de montaña o a campo traviesa o en carreteras o en autopistas; paracaidismo, parapente, alas delta; vuelos en avionetas o aviones ultraligeros; trapezio, equilibrista; salto desde puentes 'puenting'; halterofilia; o esquí acuático o sobre nieve, 'snowboard' o 'sandboard'.
 - eee) Todos los gastos efectuados en fechas posteriores al inicio del tratamiento originados por negligencia del propio ASEGURADO en perjuicio de su rehabilitación, incluyendo los casos en que el ASEGURADO se auto medique, así como las causas y/o consecuencias de un tratamiento y/o cirugía no cubiertos por esta póliza.
 - fff) Tratamientos o estudios u operaciones relacionadas con la infertilidad de cualquier tipo, impotencia o tratamientos con fines de esterilización o concepción, cambio de sexo, frigidez, inseminación artificial o implantación de embriones.
 - ggg) Gastos directos e indirectos por infecciones de transmisión sexual, venéreas, VIH, SIDA en cualquiera de sus formas y/o complicaciones, lesiones producidas durante prácticas sexuales de cualquier tipo, condiloma acuminado. **Salvo lo indicado en condiciones particulares.**



- hhh) No se cubre sepelio de los no-natos.
- iii) Lentes de contacto o intervenciones quirúrgicas para corrección de trastornos de refracción, tales como miopía, hipermetropía, astigmatismo o presbicia.
- jjj) Mamoplastía reductora ni cirugías por ginecomastia.
- kkk) Comida y cama para acompañantes. Todo tipo de servicios de confort personal durante la hospitalización, como radios, televisores, teléfonos, batas. Todo tipo de transporte o alojamiento no especificado en el Plan de Beneficios.
- lll) Todos los gastos relacionados al incumplimiento de las indicaciones médicas por decisión del propio paciente, así como la automedicación en perjuicio de su curación y/o rehabilitación. No se cubren tratamientos, procedimientos o medicamentos otorgados o expedidos sin indicación o receta médica ni cualquier estudio, tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a un diagnóstico determinado.
- mmm) Leches maternizadas (excepto en casos de imposibilidad documentable de Lactancia Materna solo durante los días de hospitalización del recién nacido y exclusivamente durante la etapa puerperal).
- nnn) No se cubre homeopatía ni medicina no tradicional de cualquier tipo.
- ooo) Estudios, pruebas y tratamientos genéticos **a excepción de los asegurados que cuentan con cobertura de Enfermedades Congénitas en los que los estudios y pruebas genéticas, si estarán sujetas a cobertura.**
- ppp) No se cubren enfermedades, lesiones, imperfecciones, deformaciones, y/o malformaciones congénitas o genéticas y la corrección de las mismas, evidenciados a cualquier edad o enfermedades pre-existentes, declaradas o no al inicio de la vigencia del presente plan de salud , salvo los señalados en la tabla de beneficios y/o condiciones especiales.

Para aquellos afiliados que provengan de otra EPS o aseguradora, se aplicará lo dispuesto en la ley que establece la continuidad en la cobertura de pre existencias.



