

## CONDICIONES ESPECIALES

1. Todos los beneficios detallados por esta póliza serán bajo crédito y/o reembolso.
2. Deducibles.- Todos los deducibles incluyen IGV.
3. Cobertura de Preexistencias.- Se cubre enfermedades preexistentes para aquellas personas que haya sido reinsertadas laboralmente y que hayan tenido un seguro con la entidad anteriormente y que este seguro haya cubierto dichas preexistencias.
  - Se cubrirán vitaminas en caso de anemia según indicación médica.
  - Se cubrirán hormonas y óvulos vaginales solo para casos de menopausia.
  - Se cubrirán mamografías **4D** determinadas por el médico tratante (última generación).
4. 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.
  - Para todos aquellos/as asegurados/as que se encuentren desempeñando funciones en las oficinas descentralizadas del Ministerio de la Mujer a nivel nacional, se autoriza la entrega de medicinas por un período de tres meses consecutivos renovables previa consulta médica ambulatoria. En caso de cuarentena por pandemia, se deberá extender el periodo a 6 meses la aceptación de la receta médica.

Siniestralidad.- La aseguradora deberá hacer entrega de la ficha técnica y reporte de siniestros en formato excel (sin indicar nombres de asegurados/as) de manera semestral. Una vez iniciada la cobertura, caso contrario se aplicará la penalidad correspondiente. La data a enviar será sin nombres pero si deben detallar Paciente 1, Paciente 2, Paciente 3, etc.
5. Para los casos de cirugía oncológica mamaria, con indicación del médico tratante, se cubrirán vía crédito y/o reembolso las prótesis mamarias y/o el tratamiento que demande, hasta el Beneficio Máximo Anual.
6. Los hijos con discapacidad total o permanente, son derecho habientes legales por lo que permanecerán en la póliza junto con la/el titular; se les aplicará la cobertura correspondiente.
7. Los Proveedores para las hospitalizaciones y tratamientos ambulatorios deberán ser como referencia los siguientes, más no limitados a:
  - a. El postor ganador incluirá a este detalle la lista de proveedores a nivel nacional en adición a los detallados por Red:

### **RED 1:**

Clínicas Javier Prado, Internacional (Lima, San Borja, San Isidro, Surco), Medicentro Clínica Internacional Santa Anita, ), Montefiori, Golf, Good Hope, Limatambo (San Isidro y San Juan de Lurigancho), Centro Médico Ricardo Palma (Lima Sur), Ricardo Palma (sede norte), Santa María del Sur, Jesús del Norte, Tezza, Maison (Lima y Chorrillos), Centro Médico Medex, Centro Médico San Judas Tadeo, San Juan Bautista, San Jose Reaño Rios, Sanna San Borja, Clínicas y centro médicos afiliados en provincias, Clínica La Luz,

- En Provincia: Todas las clínicas afiliadas

**RED 2:**

Stella Maris, Providencia, Centro Médico Jockey Salud, Clínica Vesalio, San Gabriel, Providencia, Centenario Peruano Japonesa, San Felipe.

- En Provincia: Todas las clínicas afiliadas

**RED 3:**

Hospital Montesur, Santa Isabel, Miraflores e Instituto de Ginecología y Reproducción, Clínica Delgado, Ricardo Palma (sede San Borja), San Pablo (Surco).

- En Provincia: Todas las clínicas afiliadas

**Centros Oftalmológicos:** (conforme a redes)

TG Laser, Oftalmosalud, Futuro Visión, Oculaser, Optima visión, Macula D&T, Norvisión, Confía Inst. Oftalmológico, Oftalmic Service, Arbrayss Laser, Visual Center, Oftalmic Service, Opelupe, Inst. Peruano de la Visión, Inst. Oftalmológico Wong, Oftálmica y otros:

- Clínica Internacional (todas las sedes) incluido Medicentros.
- Clínica San Pablo (todas las sedes que forman parte del Complejo San Pablo)
- Clínica San Felipe (todas las sedes)
- Confía Instituto Oftalmológico
- Clínica Angloamericana (todas las sedes)
- Grupo Sanna (Clínica San Borja, El Golf, Aliada, Centros Médicos)
- Clínica Oncológica Miraflores
- Clínica Maison Sante (todas las sedes)
- Clínica Virgen del Rosario
- Clínica Porvenir
- Clínica Los Andes
- Clínica San Vicente
- Centro Médico Las Palmeras

**Centros Oftalmológicos:** (conforme a redes)

- 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)

**Centros Oncológicos:**

- Clínica Oncológica Miraflores
- Hospital Neopásicas
- Radiooncología - Centro Integral de Radioterapia
- Confía Instituto Oftalmológico
- Talent Consulting
- Oncocenter

**Centros Funerarios:**

- Funerario Merino
  - Blufstein
  - Med Lab
  - En Provincia: Las clínicas de provincia serán todas con las cuales cuenta los planes médicos a nivel nacional las que estén afiliadas a la aseguradora, las mismas que deberán contar con una infraestructura adecuada.
- b. La Aseguradora 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 y un médico auditor 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.
8. 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 la aseguradora, y que además cuenten con médicos especialistas de experiencia adecuada.
9. La Compañía de Seguros que se adjudique el Concurso Público, podrá ofrecer condiciones adicionales *que mejoren las coberturas de atención, las mismas que se detallan en el Condicionado General de Póliza y las Tablas de Beneficios.*
10. En casos de accidente y/o emergencia médica donde el/la trabajador/a o dependientes requieran ser evacuados por autorización médica, deberá brindarse el servicio de evacuación vía aérea o terrestre, según el caso requiera. Dicho servicio se otorgará vía reembolso o al crédito a través de los proveedores con los cuales maneje la empresa que sea otorgada la buena pro.
11. 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.
12. La aseguradora se compromete a proporcionar en su red de clínicas afiliadas, medicamentos genéricos. Si la farmacia de la clínica no dispone de ellos, estos deberán ser entregados a través del reparto de medicinas a domicilio implementado por la aseguradora, debiendo respetarse los deducibles y coaseguros que correspondan al proveedor que brindó la atención.
13. Se otorga cobertura para el tratamiento integral terapéutico y/o rehabilitación, contra toda la secuela a consecuencia de un infarto cerebral, adicional a la rehabilitación física, rehabilitación de lenguaje y terapia ocupacional y orofacial, así como consecuencia de alguna pandemia generada a nivel nacional.
14. Límites de edad de ingreso: Titulares, cónyuges y/o conviviente: sin límite de edad. Para los hijos: desde su nacimiento.

15. Permanencia en el Seguro: Titulares, cónyuges y/o conviviente: sin límite de edad. Para los hijos: en el caso de hijos dependientes del personal sujetos al régimen laboral 276, hasta los 25 años y en el caso de los hijos sujetos al régimen 728, hasta los 25 años inclusive; Ley 30057 y 29806, sus hijas/os hasta los 25 años de edad.
- 16.
17. Periodos de Carencia para Nuevos Asegurados:
  - Oncología: 60 días
  - Trasplante de Órganos: 1 año
20. La aseguradora deberá procesar las solicitudes de inclusión (nuevos asegurados) en un plazo en dos días hábiles con datos y documentos de sustento.
21. La Aseguradora 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. El Asegurado deberá adjuntar la siguiente documentación:
  - a. Recibo por Honorarios Profesionales emitidos a nombre del Asegurado.
  - b. Factura (a nombre de la aseguradora) o Boleta de venta (a nombre del asegurado) por medicamentos, análisis o exámenes auxiliares emitidas a nombre de la aseguradora y acompañados de la receta u orden médica y de los resultados.
22. La presentación del reembolso y su documentación sustentatoria deberá hacerse en un plazo máximo de 90 días calendario contados a partir de la fecha de atención. Vencido este plazo el reembolso será considerado extemporáneo y por ende no cubierto.
23. En aquellas provincias donde no haya resolución adecuada para la atención de los asegurados de las oficinas del Ministerio de la Mujer, el asegurado podrá hacer uso de un proveedor particular solicitando posteriormente el reembolso, el cual será pagado según la red de la tabla de beneficios.
- 24.- Para aquellas/os servidoras/es que se reincorporen dentro de los 3 meses posteriores a su licencia, no aplicará el período de carencia.
- 25.- Modalidad de pago de primas.- según declaraciones mensuales. La fecha de cierre para remitir a la compañía aseguradora los movimientos por inclusiones y/o exclusiones será hasta el 27avo día del mes anterior, para los movimientos que figuren en la facturación del mes siguiente.
26. Se aceptarán Inclusiones dentro del mes de los asegurados que provienen de algún Programa o Unidad Ejecutora que pertenezca a MIMP y se aceptarán endosos por dichos movimientos.
27. Para el caso de altos funcionarios (Ministra, Vice ministros y Secretaria General) su inclusión en la póliza será desde su designación y se aceptarán endosos; igualmente para el caso de exclusiones y se aceptará Notas de débito.

28. Los movimientos reportados luego de la fecha de cierre, serán trabajados vía endoso. La prima de cobro por inclusiones y exclusiones de asegurados/as será por los 30 días de cobertura mensual.
29. La emisión del aviso de cobranza deberá ser remitida a MIMP como máximo hasta el tercer día hábil de iniciado el siguiente mes; supeditado a que el MIMP entregue toda la información necesaria para el cumplimiento del aviso de cobranza solicitada.
30. El pago por la contraprestación a El Contratista es en Soles, previa presentación de la nómina de beneficiarios que corresponda, a la presentación de la facturación mensual.
31. La empresa que obtenga la buena pro incluirá el detalle de las Clínicas a nivel nacional en adición a las principales señaladas como RED DE CLINICAS que requiere la entidad, este detalle será para todos los servicios.
32. Todas las coberturas que comprende el presente plan deberán ser atendidas a nivel nacional.
32. Los reembolsos se efectuarán como máximo en 8 días hábiles a la presentación; supeditado a que el MIMP entregue toda la información necesaria para el cumplimiento del aviso de reembolso solicitada.
33. Todos los actuales asegurados, titulares, cónyuges, convivientes o concubinas, hijos mayores o menores de edad de dichos titulares, cubiertos por la póliza AMF vigente, contarán con cobertura sin periodo de carencia, y con continuidad de sus enfermedades y atenciones médicas en curso o tratadas anteriormente; serán cubiertas en el caso se cambien de compañía aseguradora. Para el caso de nuevas inscripciones a solicitud de la entidad la cobertura se otorgará bajo las mismas condiciones del primer grupo, siempre y cuando estos nuevos afiliados cuenten con póliza Particular de salud o Plan de AMF de otra entidad pública o Plan de Salud EPS que haya cubierto esas dolencias pre existentes durante la vigencia de la póliza de dicho nuevo afiliado.
34. Cubre gastos médicos de curación y/o tratamientos médicos por lesiones sufridas a consecuencia de accidentes por desastres naturales incluidos, caída de rocas y/o piedras pero no limitados a terremotos, tsunamis, lluvias, tormentas e inundaciones, hasta un plazo máximo de 12 meses contados desde la fecha del evento o hasta la recuperación total del mismo, el que ocurra primero. Este beneficio se dará mientras se mantenga la calidad del afiliado en el plan de beneficio. La cobertura aplica para atenciones dentro del territorio nacional. No podrán hacer uso de los siguientes beneficios a consecuencias de un desastre natural: Gasto de sepelio, Cobertura de asistencia en viajes, Liberación del pago de primas por muerte del titular y Transporte por evacuación. Hasta S/. 80,000 por persona.
35. De presentarse aislamiento social generado por alguna pandemia, las clínicas del proveedor brindarán atenciones virtuales a las/os asegurados así como a sus dependientes en todas las coberturas que contempla el plan. En el caso de atenciones hospitalarias, odontológicas, etc, no es posible que se puedan brindar atenciones virtuales, si para el caso de las demás especialidades.
36. Igualmente para estos casos comprenderá la aplicación de pruebas preventivas, frente a la existencia de un diagnóstico de por medio, así como del tratamiento por el contagio que pudiera producir a la asegurado y sus dependientes.

37. También deberá considerar en estas situaciones la entrega a domicilio de los medicamentos que generen el tratamiento de casos que vienen recibiendo tratamientos por dolencias presentadas.
38. Para el caso de cirugía cardiovascular el procedimiento de bypass y la prótesis de marcapasos, se encuentra cubierta.
39. La atención en los servicios de emergencia ambulatoria es en todas las clínicas afiliadas: emergencia médica y accidental.
40. La compañía que obtenga la buena pro, incluirá el beneficio del procedimiento de tratamiento y/o filtración para los casos de osteoporosis, vía crédito ambulatorio y/o reembolso, según red a utilizar.
41. Se brindará la atención de emergencias graves a domicilio, según protocolo de la compañía de seguros, en provincias (reembolso).
42. La compañía que obtenga la buena pro, incluirá la lista de proveedores que contemplen el servicio de fototerapia y/o cualquier tipo de tratamientos similares.