

PLAN SALUD

Condiciones Generales

Bienvenido!

Has contratado la Póliza de Salud "Plan Salud" que otorga al Asegurado, las coberturas descritas en las Condiciones Particulares o en tu Solicitud - Certificado de Seguro (En adelante, indistintamente denominadas como la Póliza).

Los beneficios, límites, exclusiones, períodos de espera y periodos de carencia se encuentran indicados en el Plan de Beneficios y en los Anexos que describen las coberturas, según corresponda, los cuales forman parte integrante de la Póliza.

TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES

La presente Póliza de Seguro cubre las Enfermedades Preexistentes del Asegurado. Se considera preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el Asegurado y no resuelta en el momento previo a la suscripción de la Solicitud de Seguro o Solicitud - Certificado de Seguro, según corresponda. Se considera una enfermedad resuelta a aquella que luego de haber recibido un tratamiento médico, sea higiénico – dietético, farmacológico, intervencionista o quirúrgico, no presenta ninguna evidencia médica de la enfermedad (remisión completa del cuadro clínico, entendiéndose como tal la no presencia de signos, síntomas, ni de resultados positivos de exámenes complementarios o de imágenes).

No obstante lo antes indicado, las enfermedades consideradas como crónicas que se hayan presentado antes del inicio de vigencia de la Póliza de Seguro o de la Solicitud - Certificado de Seguro, según corresponda, no serán materia de cobertura.

1.- ¿QUÉ REQUISITOS DEBO CUMPLIR PARA SER ASEGURADO BAJO LA PRESENTE PÓLIZA?

- Para contratar esta Póliza debes tener como mínimo 18 años de edad (para el Asegurado Titular y Cónyuge). El Asegurado Titular sólo podrá incluir a su cónyuge e hijos al Plan Familiar.
- La edad máxima de ingreso tanto para Titulares como sus cónyuges es de 65 años, 11 meses, 29 días con permanencia hasta 69 años 11 meses 29 días.
- Las coberturas para los hijos miembros del Grupo Familiar de la Póliza, es hasta los 22 años 11 meses y 29 días siempre y cuando sean solteros y dependan económicamente de los padres.

2. ¿CUÁL ES LA VIGENCIA DE MI PÓLIZA?

La vigencia de esta Póliza inicia desde la hora y fecha de su contratación y por el plazo que se establezca en las Condiciones Particulares de la Póliza. **La cobertura se activará transcurridas 48 horas contados desde la fecha de contratación de esta Póliza.**

La vigencia de la Póliza de Seguro podrá ser bajo la condición “Con Renovación Automática” o “Sin Renovación Automática”, lo cual estará descrito en las Condiciones Particulares de tu Póliza o en la Solicitud - Certificado de Seguro, según corresponda.

Solo para el caso que tu Póliza de Seguro sea “Con Renovación Automática”, podríamos proponerte modificaciones para la próxima vigencia, las cuales te las comunicaremos por correo electrónico con una anticipación mínima de 45 días calendarios a la fecha de culminación de la vigencia en curso. Dentro de los 30 días siguientes de la comunicación, deberás indicarnos si rechazas las modificaciones. En caso que no contemos con tu pronunciamiento, entenderemos que has aceptado las modificaciones para la próxima vigencia.

3.- ¿CUÁLES SON COBERTURAS?

El detalle de las coberturas las encontrarás en los Anexos que forman parte de tu Póliza.

4.- ¿CUÁLES SON LAS EXCLUSIONES?:

Esta Póliza no cubre los gastos relacionados con lo siguiente:

- **Tratamientos de acupuntura, quiroprácticos, podiátricos y nutricionistas, tratamientos de rehabilitación o cualquier otro servicio de Salud realizado en gimnasios y/o centros médicos.**
- **Enfermedades crónicas.**
- **Medicamentos, vitaminas, minerales, psicofármacos (tranquilizantes, benzodiazepínicos, sedantes, ansiolíticos y antidepresivos); leches maternizadas, productos naturales (derivados o extractos de origen animal y/o vegetal); tónicos cerebrales, vasodilatadores cerebrales, hepatoprotectores, psicotrópicos, nootrópicos, estimulantes cerebrales, suplementos proteicos, hemostáticos, venoactivos, energizantes o las llamadas “Fórmulas Magistrales” o suplementos nutricionales, medicina china, medicina homeopática y en general todo tipo de medicina no tradicional y/o popular.**
- **Sustancias exfoliativas, preparados, jabones, cremas neutras y bloqueadores solares.**
- **No se cubren estudios o pruebas genéticas.**
- **Curas de reposo, surmenaje, enfermedades emocionales y desórdenes funcionales de la mente, desarrollo psicomotor, déficit de atención, trastornos o problemas de aprendizaje, trastornos o problemas del lenguaje, tratamientos de origen psiquiátrico y/o psicológico, incluyendo tratamiento psiquiátrico de apoyo a otras enfermedades no mentales (desorden emocional, desorden de ansiedad, depresión exógena, trastorno psicossomático).**
- **Todo tipo de trastorno de crecimiento y desarrollo, obesidad y raquitismo, así como los tratamientos médicos o quirúrgicos para aumentar o disminuir de peso, y los derivados o consecuencia de los anteriormente descritos, así como las órdenes de laboratorio, imágenes, medicamentos y procedimientos relacionados a las mismas.**
- **Evaluaciones ni tratamientos por insuficiencia o sustitución hormonal, anorexia nerviosa, bulimia, menopausia, climaterio y los derivados de los anteriormente descritos, así como las órdenes de laboratorio, imágenes, medicamentos y procedimientos relacionados a las mismas.**
- **Vacunas, productos derivados de bacterias, toxinas, lisados bacterianos, reconstituyentes (flora intestinal, vaginal). No se cubrirá la inmunoglobulina e inmunoterapia.**
- **No están cubiertos los procedimientos, medicamentos, equipos, insumos o tratamientos que carezcan de un beneficio clínico relevante frente a las alternativas vigentes o no sustentados en Medicina Basada en Evidencia con nivel de evidencia “II A”. No se cubren productos, servicios, procedimientos, insumos, medicamentos o tratamientos experimentales, o en fase de período de prueba o investigación.**
- **Exámenes ni tratamiento odontológicos en general, así como afecciones dentales, alveolares, gingivales.**
- **Enfermedades y/o accidentes causados o provenientes del uso o consumo de estupefacientes, alcohol y/o drogas, así como aquellos sufridos como producto de la participación directa en actos calificados como faltas a la ley, así como las órdenes de laboratorio, imágenes, medicamentos y procedimientos relacionados a las mismas.**
- **Lesiones o enfermedades como consecuencia de la aplicación de rayos x, radioterapia, radium e isótopos.**
- **Enfermedades declaradas como epidemias o pandemias por la autoridad sanitaria nacional competente, así como las órdenes de laboratorio, imágenes, medicamentos y procedimientos relacionados a las mismas.**
- **Lesiones o afecciones causadas u originadas directa o indirectamente por terremotos, erupción volcánica, inundación, energía atómica, y en general por desastres naturales, o cualquier acción catastrófica de la naturaleza, así**

también guerra declarada o no declarada, conmoción civil, revolución, asonada, secuestro y participación activa en huelgas, motines, sublevaciones, conmoción civil, guerra civil, actos terroristas, rebelión, conspiración e insurrección, así como las órdenes de laboratorio, imágenes, medicamentos y procedimientos relacionados a las mismas.

- Los accidentes que se produzcan en la práctica de actividades y deportes que no guarden relación con la actividad u ocupación declarada por el ASEGURADO, siendo aquellos los siguientes: conducción de automóviles o vehículos de competencia así como la participación en carreras de automóviles, motos, motonetas, bicicletas, motocross, downhill, y similares, la participación en concursos o prácticas hípicas, alpinismo o andinismo, cacería, pesca submarina o en alta mar, ala delta, parapente, puenting, paracaidismo, buceo, escalada, esquí, kayak, montañismo, rafting, rappel, snowboard, trekking, sky-surf, skateboard, mountainbike o ciclismo de montaña y deportes de riesgo.
- Utilización de establecimientos de salud, médicos, farmacias, fuera o que no pertenecen o dejaron de pertenecer a la Red de Establecimientos que forman parte del Plan de Beneficios. Asimismo, están excluidas las causas, consecuencias, y complicaciones de un tratamiento médico y/o quirúrgico relacionado a cualquiera de los eventos excluidos descritos precedentemente.

5.- ¿CÓMO TE BRINDAREMOS TUS COBERTURAS?

La modalidad de otorgamiento de cobertura es a “Crédito”. Se denomina “Cobertura a Crédito” cuando Rimac asume los gastos en los que se deba incurrir con motivo de la atención de salud, y hasta por los límites establecidos en el Plan de Beneficios de tu Póliza Rimac pagará los Gastos Médicos—en forma directa- al Establecimiento de Salud (por ejemplo: clínica o cualquier otro establecimiento de salud descrito en tu Plan de Beneficios).

Es requisito que, previamente a cualquier atención cubierta bajo la presente Póliza, el asegurado se comunique con RIMAC llamando al teléfono establecido en su Plan de Beneficios, a fin que la atención sea autorizada, salvo en caso de accidente y el asegurado haya perdido la conciencia, o que la cobertura contemple un procedimiento distinto. Recuerda que, para solicitar la atención ambulatoria respecto de cualquier especialidad cubierta por esta Póliza, es requisito indispensable que recibas atención ambulatoria, en primera instancia, por la especialidad de Medicina General, el mismo que, en caso lo considere conveniente, te derivará con el médico especialista.

Para las “coberturas indemnizatorias”, en caso formen parte de esta Póliza, deberás dar aviso del siniestro dentro de los 7 días calendarios siguientes a la fecha en que se produjo el siniestro o desde que se tenga conocimiento del beneficio.

Recuerda que algunas coberturas podrían tener un procedimiento distinto al antes descrito, a fin de poder acceder a ella, el cual estará descrita en cada uno de los anexos que detallen dichas coberturas.

6.- SI ACCEDÍ AL PAGO DE MI SEGURO EN CUOTAS ¿QUÉ SUCEDE SI NO REALIZO EL PAGO?

En caso no te encuentres al día en el pago de tu seguro, te lo informaremos a través de los medios y en la dirección o correo electrónico que declaraste. Asimismo, te enviaremos alertas al correo electrónico que nos declaraste, para comunicarte acerca de la suspensión de la cobertura por incumplimiento de pago.

Recuerda que, en la comunicación que te enviaremos, estableceremos el monto y el plazo que dispones para pagar la prima antes de que se suspenda tu cobertura. La suspensión de cobertura se originará una vez transcurridos 30 días contados desde la fecha del incumplimiento del pago de la prima.

Asimismo, ten en cuenta que este seguro se extinguirá en caso transcurran 90 días calendarios contados desde la fecha en que incumpliste con el pago de tu seguro.

Es importante que sepas que RIMAC no será responsable por los siniestros que se produzcan durante el período en que la cobertura se mantenga suspendida.

7.- ¿QUÉ SUCEDE SI REALIZO FRAUDE PARA SOLICITAR LAS COBERTURAS DE ESTA PÓLIZA?

Es muy importante que sepas que, en caso de presentación de solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas, el Asegurado perderá el derecho a recibir las coberturas de tu Póliza.

En este caso, Rimac tendrá derecho a resolver la Póliza, para lo cual te remitiremos una comunicación escrita con una anticipación no menor a 15 días a la fecha en que se efectúe la resolución. Una vez resuelta (anulada) la Póliza, Rimac quedará liberada de toda responsabilidad a su cargo.

Rimac conservará las primas correspondientes al período cubierto, y te devolveremos la prima correspondiente al período no corrido de vigencia dentro de los 30 días siguientes a la fecha de resolución.

8. ¿PUEDO DAR POR FINALIZADA ANTICIPADAMENTE ESTA PÓLIZA DE SEGURO O LA SOLICITUD - CERTIFICADO DE SEGURO? (RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA):

En cualquier momento de la vigencia, podrás finalizar (resolver) tu Póliza o la Solicitud - Certificado de Seguro, sin más requisito que una comunicación por escrito a RIMAC. La finalización se hace efectiva transcurridos 30 días calendarios desde la fecha de presentación de la comunicación. Una vez finalizada anticipadamente (resuelta), RIMAC no será responsable de brindar las coberturas descritas en la presente Póliza o en la Solicitud - Certificado de Seguro, según corresponda. De producirse la finalización, RIMAC devolverá la prima correspondiente al período no cubierto dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que haya finalizado.

9.- ¿DÓNDE PRESENTO MIS CONSULTAS Y/O RECLAMOS?

Podrás presentarlas por **vía telefónica**: A través de la Central de Consultas descrita en tu Póliza; o **Por escrito**: Por carta dirigida a Rimac la cual deberás presentarla en cualquiera de nuestras Plataformas de Atención; o mediante un correo electrónico, ambos señalados en tu Póliza. Las consultas y reclamos serán atendidos en un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la fecha de su recepción.

10.- ¿EN QUÉ CASOS ACUDO A LA DEFENSORÍA DEL ASEGURADO?:

En caso no te encuentres de acuerdo con nuestra respuesta a la queja o reclamo, tienes el derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado, ubicado en Calle Amador Merino Reyna N° 307 Piso 9, distrito de San Isidro, Lima, Teléfono 01-421-0614, y página web www.defaseg.com.pe, para resolver las controversias que surjan sobre la procedencia de una solicitud de cobertura, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del Asegurado, cuyo fallo final es de carácter vinculante, definitivo e inapelable para Rimac.

11.- ¿CÓMO SE REALIZARÁN LAS COMUNICACIONES REFERENTES A ESTA PÓLIZA?:

Los avisos y comunicaciones relacionados a esta Póliza se remitirán por medios virtuales y/o electrónicos y/o telefónicos, a las direcciones electrónicas y/o teléfonos declarados por el Asegurado en las Condiciones Particulares o en la Solicitud - Certificado, según corresponda. Las comunicaciones surten efecto desde el momento en que son notificadas a través de dichos mecanismos de comunicación, y en caso de que existan plazos surten efecto una vez vencidos estos. En caso varíe su domicilio o el del Asegurado (en caso de ser persona distinta), deberán informárnoslo para actualizar sus datos. En caso

contrario, se tendrá como válido los últimos datos de contacto señalados en la Póliza y el cambio solo surtirá efectos para comunicaciones posteriores a dicha fecha.

12.- ¿CUALES SON LOS MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS?

Toda controversia, desavenencia o reclamación relacionada o derivada del Contrato de Seguro, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, será resuelta por los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia o donde domicilian los Asegurados (Beneficiarios), según corresponda de acuerdo a Ley.

Sin perjuicio de lo antes indicado, tú o el Asegurado podrán presentar su reclamo ante la Defensoría del Asegurado; su denuncia, consulta o reclamo según corresponda, ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual-INDECOPI, la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), entre otros.

13.- ¿PUEDO ARREPENTIRME DE LA CONTRATACIÓN DE ESTA PÓLIZA?

Podrás arrepentirte de la contratación de este seguro sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los 15 días siguientes a la fecha en que recibiste tu Póliza, y siempre que no hayas hecho uso de las coberturas o beneficios de tu Póliza, para lo cual deberás presentar una comunicación a Rimac o al Comercializador. De ser así, te devolveremos la totalidad de la prima pagada dentro de los 30 días siguientes.

No obstante lo antes indicado, podrás utilizar el mismo mecanismo que utilizaste para la contratación de esta Póliza, para informar acerca de tu arrepentimiento en la contratación de la misma.

Lo dispuesto en el párrafo precedente corresponderá al Asegurado, sobre su correspondiente Solicitud - Certificado de Seguro, en caso se trate de un seguro grupal.

14.- ¿CUÁL ES EL PLAZO DE PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA?

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben en el plazo de 10 años desde que ocurre el siniestro conforme lo establecido en la normatividad vigente.

ANEXOS – PLAN SALUD

ANEXO COBERTURA DE CONSULTAS AMBULATORIAS NO QUIRÚRGICAS EN MEDICINA GENERAL

(Modalidad: Cobertura a Crédito)

1.- Descripción de la cobertura:

Esta cobertura otorga atenciones ambulatorias en Medicina General, y se otorgan conforme lo establecido las Condiciones Generales y el Plan de Beneficios.

Para efectos de esta cobertura, se considera como **Atención Ambulatoria No Quirúrgicas** a la consulta médica realizada, dentro de su consultorio, la misma que contribuye a determinar un diagnóstico, o a realizar el control de un tratamiento que sigue el Asegurado como consecuencia de una afección, enfermedad o problema de salud.

Esta cobertura NO incluye medicinas, procedimientos médicos, exámenes de laboratorio e imágenes.

2.- Exclusiones Particulares:

Adicionalmente a las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales, esta cláusula no cubre:

- a) Atenciones en servicios de emergencias y/o en salas de reanimación.
- b) Consultas realizadas por un médico, fuera de la Red de Clínicas descritas en el Plan de Beneficios.

3.- Procedimiento de Solicitud de Cobertura:

Para acceder a esta cobertura deberás reservar una cita, llamando a RIMAC al teléfono indicado en tu Plan de Beneficios.

Recuerda que deberás acudir a tu cita con la anticipación señalada, al lugar, fecha y hora indicada por RIMAC, presentando el documento de identidad del Asegurado que será atendido.

ANEXO COBERTURA DE CONSULTAS AMBULATORIAS NO QUIRÚRGICAS EN PEDIATRIA (Modalidad: Cobertura a Crédito)

1.- Descripción de la cobertura:

Esta cobertura otorga atenciones ambulatorias en Pediatría, y se otorgan conforme lo establecido las Condiciones Generales y el Plan de Beneficios.

Para efectos de esta cobertura, se considera como **Atención Ambulatoria No Quirúrgicas** a la consulta médica realizada, dentro de su consultorio, la misma que contribuye a determinar un diagnóstico, o a realizar el control de un tratamiento que sigue el Asegurado como consecuencia de una afección, enfermedad o problema de salud.

Esta cobertura NO incluye medicinas, procedimientos médicos, exámenes de laboratorio e imágenes.

2.- Exclusiones Particulares:

Adicionalmente a las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales, esta cláusula no cubre atenciones en servicios de emergencias y/o en salas de reanimación.

Asimismo, la cobertura de Consultas Ambulatorias No Quirúrgicas en Pediatría no cubre:

- a) Atenciones por las siguientes subespecialidades pediátricas: (i) Endocrinología Pediátrica, (ii) Gastroenterología Pediátrica, (iii) Nefrología Pediátrica, (iv) Cuidados

Intensivos Pediátricos, (v) Cardiología Pediátrica, (vi) Neurocirugía Pediátrica, (vii) Oftalmología Pediátrica, (viii) Urología Pediátrica, y (ix) cualquier otra considerada como sub especialidad pediátrica.

- b) Atenciones en servicios de emergencias.
- c) Consultas realizadas por un médico, fuera de la Red de Clínicas descritas en el Plan de Beneficios.

3.- Procedimiento de Solicitud de Cobertura:

Para acceder a esta cobertura deberás reservar una cita, llamando a RIMAC al teléfono indicado en tu Plan de Beneficios.

Recuerda que deberás acudir a tu cita con la anticipación señalada, al lugar, fecha y hora indicada por RIMAC, presentando el documento de identidad del Asegurado que será atendido.

ANEXO COBERTURA DE CONSULTAS AMBULATORIAS NO QUIRÚRGICAS EN GINECOLOGÍA (Modalidad: Cobertura a Crédito)

1.- Descripción de la cobertura:

Esta cobertura otorga atenciones ambulatorias en Ginecología, y se otorgan conforme lo establecido las Condiciones Generales y el Plan de Beneficios.

Para efectos de esta cobertura, se considera como **Atención Ambulatoria No Quirúrgicas** a la consulta médica realizada, dentro de su consultorio, la misma que contribuye a determinar un diagnóstico, o a realizar el control de un tratamiento que sigue el Asegurado como consecuencia de una afección, enfermedad o problema de salud.

Esta cobertura NO incluye medicinas, procedimientos médicos, exámenes de laboratorio e imágenes.

2.- Exclusiones Particulares:

Adicionalmente a las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales, esta cláusula no cubre:

- a) Atenciones en servicios de emergencias y/o en salas de reanimación.
- b) Consultas realizadas por un médico, fuera de la Red de Clínicas descritas en el Plan de Beneficios.

3.- Procedimiento de Solicitud de Cobertura:

Para acceder a esta cobertura deberás reservar una cita, llamando a RIMAC al teléfono indicado en tu Plan de Beneficios.

Recuerda que deberás acudir a tu cita con la anticipación señalada, al lugar, fecha y hora indicada por RIMAC, presentando el documento de identidad del Asegurado que será atendido.

ANEXO COBERTURA DE CONSULTAS AMBULATORIAS NO QUIRURGICAS EN LA ESPECIALIDAD DE UROLOGÍA (Modalidad: Cobertura a Crédito)

1.- Descripción de la cobertura:

Esta cobertura otorga atenciones ambulatorias en la especialidad de urología, conforme lo establecido las Condiciones Generales y el Plan de Beneficios.

Para efectos de esta cobertura, se considera como **Atención Ambulatoria No Quirúrgicas** a la consulta médica realizada dentro de su consultorio, la misma que contribuye a determinar un diagnóstico, o a realizar el control de un tratamiento que sigue el Asegurado como consecuencia de una afección, enfermedad o problema de salud.

Esta cobertura NO incluye medicinas, procedimientos médicos, exámenes de laboratorio e imágenes.

2.- Exclusiones Particulares:

Aplican a esta cobertura, las exclusiones descritas en las Condiciones Generales de tu Póliza. Adicionalmente a las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales, esta cláusula no cubre atenciones en servicios de emergencias.

3.- Procedimiento de Solicitud de Cobertura:

Para acceder a esta cobertura deberás reservar una cita, llamando a RIMAC al teléfono indicado en tu Plan de Beneficios.

Recuerda que deberás acudir a tu cita con la anticipación señalada, al lugar, fecha y hora indicada por RIMAC, presentando el documento de identidad del Asegurado que será atendido.

ANEXO- COBERTURA DE CONSULTAS AMBULATORIAS NO QUIRÚRGICAS EN LA ESPECIALIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA (Modalidad: Cobertura a Crédito)

1.- Descripción de la cobertura:

Esta cobertura otorga atenciones ambulatorias en la especialidad de Gastroenterología, conforme lo establecido las Condiciones Generales y el Plan de Beneficios.

Para efectos de esta cobertura, se considera como **Atención Ambulatoria No Quirúrgicas** a la consulta médica realizada, dentro de su consultorio, la misma que contribuye a determinar un diagnóstico, o a realizar el control de un tratamiento que sigue el Asegurado como consecuencia de una afección, enfermedad o problema de salud.

Esta cobertura NO incluye medicinas, procedimientos médicos, exámenes de laboratorio o imágenes.

2.- Exclusiones Particulares:

Aplican a esta cobertura, las exclusiones descritas en las Condiciones Generales de tu Póliza.

Adicionalmente a las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales, esta cláusula no cubre:

- a) Atenciones en servicios de emergencias.**
- b) Consultas realizadas por un médico, fuera de la Red de Clínicas descritas en el Plan de Beneficios.**

3.- Procedimiento de Solicitud de Cobertura:

Para acceder a esta cobertura deberás reservar una cita, llamando a RIMAC al teléfono indicado en tu Plan de Beneficios.

Recuerda que deberás acudir a tu cita con la anticipación señalada, al lugar, fecha y hora indicada por RIMAC, presentando el documento de identidad del Asegurado que será atendido.

ANEXO COBERTURA DE MEDICAMENTOS PARA ATENCIONES AMBULATORIAS DE MEDICINA GENERAL
(Modalidad: Cobertura a Crédito)

1.- Descripción de la cobertura:

Esta cobertura consiste en entregarte los medicamentos que hayan sido prescritos o recetados por el médico que te brindó Atenciones Ambulatorias No Quirúrgicas en Medicina General. Los medicamentos podrás recogerlos en la farmacia del Establecimiento de Salud donde has recibido la atención ambulatoria, o en cualquiera de las farmacias descritas en tu Plan de Beneficios.

Esta cobertura se activa solo si previamente, se ha activado la cobertura de Consultas Ambulatorias No Quirúrgicas en Medicina General.

2.- Exclusiones Particulares

Adicionalmente a las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales, esta cláusula no cubre:

- **Medicamentos recetados por el Médico que no guarden relación o consistencia con el diagnóstico del Asegurado, o con la atención médica ambulatoria recibida.**
- **Medicamentos que no sean entregadas en la red de prestadores farmacéuticos indicados en la Póliza.**
- **Medicamentos que no formen parte del petitorio farmacológico aplicable a la Póliza. Podrás consultar el Petitorio Farmacológico en www.rimac.com.pe.**
- **Medicamentos que sean recetados por médicos que no pertenezcan a la Red de Clínicas descritas en el Plan de Beneficios.**

3.- Procedimiento de Solicitud de Cobertura:

Para acceder a esta cobertura deberás acercarte a la farmacia del Establecimiento de Salud donde has recibido la atención ambulatoria, o en cualquiera de las farmacias descritas en tu Plan de Beneficios, portando la receta médica y el documento de identidad del asegurado que ha recibido la atención médica.

ANEXO COBERTURA DE MEDICAMENTOS PARA ATENCIONES AMBULATORIAS DE PEDIATRIA
(Modalidad: Cobertura a Crédito)

1.- Descripción de la cobertura:

Esta cobertura consiste en entregarte los medicamentos que hayan sido prescritos o recetados por el médico que te brindó las atenciones ambulatorias no quirúrgicas en Pediatría. Los medicamentos podrás recogerlos en la farmacia del Establecimiento de Salud donde has recibido la atención ambulatoria, o en cualquiera de las farmacias descritas en tu Plan de Beneficios.

Esta cobertura se activa solo si previamente, se ha activado la cobertura de Consultas Ambulatorias No Quirúrgica en Pediatría.

2.- Exclusiones Particulares

Adicionalmente a las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales, esta cláusula no cubre:

- **Medicamentos recetados por el Médico que no guarden relación o consistencia con el diagnóstico del Asegurado, o con la atención médica ambulatoria recibida.**

- **Medicamentos que no sean entregadas en la red de prestadores farmacéuticos indicados en la Póliza.**
- **Medicamentos que no formen parte del petitorio farmacológico aplicable a la Póliza. Podrás consultar el Petitorio Farmacológico en www.rimac.com.pe.**
- **Medicamentos que sean recetados por médicos que no pertenezcan a la Red de Clínicas descritas en el Plan de Beneficios.**

3.- Procedimiento de Solicitud de Cobertura:

Para acceder a esta cobertura deberás acercarte a la farmacia del Establecimiento de Salud donde has recibido la atención ambulatoria, o en cualquiera de las farmacias descritas en tu Plan de Beneficios, portando la receta médica y el documento de identidad del asegurado que ha recibido la atención médica.

ANEXO COBERTURA DE MEDICAMENTOS PARA ATENCIONES AMBULATORIAS DE GINECOLOGÍA (Modalidad: Cobertura a Crédito)

1.- Descripción de la cobertura:

Esta cobertura consiste en entregarte los medicamentos que hayan sido prescritos o recetados por el médico que te brindó atenciones ambulatorias no quirúrgicas en Ginecología. Los medicamentos podrás recogerlos en la farmacia del Establecimiento de Salud donde has recibido la atención ambulatoria, o en cualquiera de las farmacias descritas en tu Plan de Beneficios.

Esta cobertura se activa solo si previamente, se ha activado la cobertura de Consultas Ambulatorias No Quirúrgicas en Ginecología.

2.- Exclusiones Particulares

Adicionalmente a las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales, esta cláusula no cubre:

- **Medicamentos recetados por el Médico que no guarden relación o consistencia con el diagnóstico del Asegurado, o con la atención médica ambulatoria recibida.**
- **Medicamentos que no sean entregadas en la red de prestadores farmacéuticos indicados en la Póliza.**
- **Medicamentos que no formen parte del petitorio farmacológico aplicable a la Póliza. Podrás consultar el Petitorio Farmacológico en www.rimac.com.pe.**
- **Medicamentos que sean recetados por médicos que no pertenezcan a la Red de Clínicas descritas en el Plan de Beneficios.**

3.- Procedimiento de Solicitud de Cobertura:

Para acceder a esta cobertura deberás acercarte a la farmacia del Establecimiento de Salud donde has recibido la atención ambulatoria, o en cualquiera de las farmacias descritas en tu Plan de Beneficios, portando la receta médica y el documento de identidad del asegurado que ha recibido la atención médica.

**ANEXO- COBERTURA DE MEDICAMENTOS PARA ATENCIONES AMBULATORIAS EN
UROLOGIA
(Modalidad: Cobertura a Crédito)**

1.- Descripción de la cobertura:

Esta cobertura consiste en entregarte los medicamentos que hayan sido prescritos o recetados por el médico que te brindó atenciones ambulatorias en la especialidad de Urología.

Los medicamentos podrás recogerlos en la farmacia del Establecimiento de Salud donde has recibido la atención ambulatoria, o en cualquiera de las farmacias descritas en tu Plan de Beneficios.

2.- Exclusiones Particulares

Adicionalmente a las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales, esta cláusula no cubre:

- **Medicamentos recetados por el Médico que no guarden relación o consistencia con el diagnóstico del Asegurado, o con la atención médica ambulatoria recibida.**
- **Medicamentos que no sean entregadas en la red de prestadores farmacéuticos indicados en la Póliza.**
- **Medicamentos que no formen parte del petitorio farmacológico aplicable a la Póliza. Podrás consultar el Petitorio Farmacológico en www.rimac.com.pe.**
- **Medicamentos que sean recetados por médicos que no pertenezcan a la Red de Clínicas descritas en el Plan de Beneficios.**

3.- Procedimiento de Solicitud de Cobertura:

Para acceder a esta cobertura deberás acercarte a la farmacia del Establecimiento de Salud donde has recibido la atención ambulatoria, o en cualquiera de las farmacias descritas en tu Plan de Beneficios, portando la receta médica y el documento de identidad del asegurado que ha recibido la atención médica.

**ANEXO-COBERTURA DE MEDICAMENTOS PARA ATENCIONES AMBULATORIAS EN
GASTROENTEROLOGÍA (Modalidad: Cobertura a Crédito)**

1.- Descripción de la cobertura:

Esta cobertura consiste en entregarte los medicamentos que hayan sido prescritos o recetados por el médico que te brindó atenciones ambulatorias en la especialidad de Gastroenterología.

Los medicamentos podrás recogerlos en la farmacia del Establecimiento de Salud donde has recibido la atención ambulatoria, o en cualquiera de las farmacias descritas en tu Plan de Beneficios.

2.- Exclusiones Particulares

Adicionalmente a las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales, esta cláusula no cubre:

- **Medicamentos recetados por el Médico que no guarden relación o consistencia con el diagnóstico del Asegurado, o con la atención médica ambulatoria recibida.**
- **Medicamentos que no sean entregadas en la red de prestadores farmacéuticos indicados en la Póliza.**
- **Medicamentos que no formen parte del petitorio farmacológico aplicable a la Póliza. Podrás consultar el Petitorio Farmacológico en www.rimac.com.pe.**
- **Medicamentos que sean recetados por médicos que no pertenezcan a la Red de Clínicas descritas en el Plan de Beneficios.**

3.- Procedimiento de Solicitud de Cobertura:

Para acceder a esta cobertura deberás acercarte a la farmacia del Establecimiento de Salud donde has recibido la atención ambulatoria, o en cualquiera de las farmacias descritas en tu Plan de Beneficios, portando la receta médica y el documento de identidad del asegurado que ha recibido la atención médica.

ANEXO COBERTURA DE HOSPITALIZACIÓN (Modalidad: Cobertura a Crédito)

1.- Descripción de la cobertura:

Esta cobertura otorga Atenciones Hospitalarias e Intervenciones Quirúrgicas, que se presten en los Establecimientos de Salud indicados en tu Plan de Beneficios.

Para la activación de esta cobertura, es requisito previo e indispensable, que el diagnóstico del médico que atiende al Asegurado, requiera:

- **Un tratamiento clínico que supere las 24 horas, o;**
- **Una intervención quirúrgica, que requiera de una estancia superior a las 24 horas.**

Esta cobertura incluye:

- Habitación estándar unipersonal o bipersonal (no suite), y alimentación sólo para el paciente (incluyendo dietas especiales).
- Sala de operaciones, sala de recuperación, medicinas, radiografías, electrocardiogramas, encefalogramas, exámenes y análisis de laboratorio, oxígeno, anestesia, isótopo, radio fisioterapia, enyesado, entablillado, vendas y otros gastos similares.
- Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento hospitalario, por ayudantía y por anestesista.

Los puntos antes indicados se entienden aplicables durante la hospitalización del Asegurado, y hasta el límite establecido en la Póliza, por lo que, todo gasto proveniente del tratamiento hospitalario que supere dicho límite deberá ser asumido por el Asegurado.

Para efectos de esta Póliza, se considera como Atención Hospitalaria a: aquellas prestaciones de salud que necesaria y medicamente requiere hospitalización del asegurado a consecuencia de un accidente o enfermedad cubiertos. Asimismo, se denominada Intervención Quirúrgica al procedimiento que hace el médico especialista en cirugía a través de una operación, con el fin de curar un trastorno o una enfermedad.

2.- Período de Carencia:

Se entiende por período de carencia al período inicial durante el cual, las enfermedades que le ocurran o que le sean diagnosticadas al asegurado no serán cubiertas durante todo el periodo de vigencia de la Póliza, ni en sus renovaciones, considerándose éstas como excluidas de cobertura. Para la presente cobertura aplica el período de carencia establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza o en la Solicitud - Certificado de Seguro, según corresponda, la misma que se cuenta desde la fecha de incorporación del asegurado en la póliza.

3.- Exclusiones Particulares:

Adicionalmente a las exclusiones indicadas en las Condiciones Generales, esta cobertura no cubre:

- Las atenciones denominadas “hospital de día”, en las cuales el paciente permanece en el Establecimiento de Salud, menos de 24 horas.
- Hospitalización cuyo objeto principal sea el diagnóstico o chequeo médico.
- Medicamentos o productos suministrados intrahospitalariamente cuyo uso no se encuentre debidamente autorizado y no tenga evidencia médica.
- Exámenes de imagen no relacionados con el diagnóstico motivo de la hospitalización.
- Cirugía estética o plástica o reconstructiva y/o sus complicaciones, a excepción de los casos necesarios como consecuencia de un accidente, cuyos gastos fueran cubiertos por esta cláusula. No están cubiertas las cirugías por mamoplastía reductora ni por ginecomastia, así sea con fines terapéuticos. No se cubre el tratamiento de melasma, alopecia, várices con fines estéticos, escleroterapia en várices, lipoescultura, tratamientos y medicamentos reductores de peso, cirugías estéticas de septum nasal.
- Compra de Sangre y derivados dado que son sujetos a donación según la regulación existente. Sin embargo, sí están cubiertas las pruebas de donantes para su utilización de acuerdo a las unidades efectivamente transfundidas por su necesidad médica.
- Están excluidos los gastos por el concepto de compra de órganos.
- Estudios, tratamientos o cirugías para esterilización, fertilización, anticoncepción, disfunción eréctil de cualquier etiología y cambio de sexo.
- Se excluyen todos los procedimientos realizados durante una cirugía incluso aquellos que se encuentren cubiertos por la presente cobertura, cuando en el mismo acto médico quirúrgico se realice un procedimiento con fines estéticos.
- Prótesis y dispositivos de corrección que no sean quirúrgicamente necesarios.
- Exámenes de laboratorio clínico o imagen no inherentes a, o no necesarios para el diagnóstico de una enfermedad o lesión corporal accidental, así como exámenes generales de Salud (chequeos médicos).
- Tratamiento de rehabilitación por alcoholismo y/o drogadicción.
- Aparatos y equipos ortopédicos, zapatos ortopédicos, ortésicos, prótesis externas, equipos mecánicos o electrónicos, medias para varices, instrumental médico para medición de la presión arterial, medición de glucosa (equipo y tiras reactivas), equipos de oxigenoterapia (ventilador mecánico o portátil y CPAP), audífonos e implante coclear a excepción de prótesis quirúrgicas internas. No se cubre el estudio de Polisomnografía, salvo en casos de diagnósticos de Apnea obstructiva del sueño, Narcolepsia o Insuficiencia Cardíaca, que no responden al tratamiento farmacológico.
- Accidentes producidos a consecuencia de la práctica de los siguientes deportes o actividades notoriamente peligrosos, realizados de manera profesional, y no profesional cuando haya sido practicada o desarrollada en competencias deportivas y que haya recibido remuneración o compensación alguna por el desarrollo o práctica de estos: conducción de automóviles o vehículos de competencia así como la participación en carreras de automóviles, motos, motonetas, bicicletas, motocross, downhill, la participación en concursos o prácticas hípicas, alpinismo o andinismo, cacería, pesca submarina o en alta mar, ala delta, parapente, puenting, paracaidismo, buceo, escalada, esquí, kayak, montañismo, rafting, rappel, snowboard, trekking, surf, windsurf, sky-surf, skateboard, mountain bike o ciclismo de montaña.
- Las atenciones que se originen por causa del parto o la maternidad, ni por motivo de ninguna de sus complicaciones.

4.- Procedimiento de Solicitud de Cobertura:

Para acceder a esta cobertura deberás llamar a RIMAC al teléfono indicado en tu Plan de Beneficios, a fin de obtener la autorización que deberá emitirla el Departamento de Auditoría y Liquidación, mediante la correspondiente emisión de una Orden de Atención.