



# Condiciones, exclusiones y limitaciones

## Asistencia Médica Colectiva



### Exclusiones AMC

Existen diagnósticos, tratamientos, enfermedades y complicaciones que no se encuentran cubiertos por la póliza de Asistencia Médica Colectiva.

#### Exclusión 1

Por vía de crédito y/o por vía de reembolso, los costos de prestaciones de salud realizadas o programadas en centros de salud, clínicas, hospitales, y cualquier otra institución médica o que preste servicios de salud, que no cuente con registro en el Registro Nacional de IPRESS de la Superintendencia Nacional de Salud, o que el mismo haya sido suspendido o cancelado, o que no cuenten con categorización, o ésta no se encuentre vigente, debidamente otorgada por la Dirección de Salud Regional o entidad que corresponda. Excepción: las atenciones por Ley de Emergencia en provincias donde no haya prestadores registrados.

#### Exclusión 2

Medicamentos, insumos y/o materiales médicos, y/o en general productos farmacéuticos, sanitarios, dispositivos médicos que no cuenten con registro sanitario otorgado por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas para su comercialización en el Perú. No se financian los medicamentos importados bajo autorización excepcional individual. Tampoco se financian los medicamentos detallados en la sección Medicamentos y Productos no financiados por Rímac EPS que figura como anexo.

#### Exclusión 3

Las Intervenciones quirúrgicas o procedimientos para corrección de errores de refracción, como miopía, hipermetropía, astigmatismo o presbicia. Tampoco se encuentran financiados gastos relacionados con lentes intraoculares multifocales y/o lentes de contacto, lentes tóricos ni lentes Asféricos.

#### Exclusión 4

Trastornos del desarrollo psicomotor y/o del lenguaje que no sean consecuencia de enfermedades o condiciones congénitas o traumatismos, neoplasias o accidentes cerebrovasculares y no estén considerados dentro del PEAS. La indicación y supervisión del tratamiento corresponde al médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación, así como que dicho procedimiento sea realizado por tecnólogos colegiados. No procede la cobertura vía crédito o reembolso en caso el tratamiento no sea prescrito y/o realizado por los especialistas señalados.

#### Exclusión 5

Enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos, sea que estén o no asociados a defectos genéticos, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE10, manifestados en cualquier etapa de la vida. Salvo que el Plan de Salud incluya el beneficio, sujeto a que el nacimiento del afiliado se haya producido durante la vigencia del Plan de Salud y su afiliación se haya efectuado en el plazo establecido en este Plan de Salud. Los siguientes diagnósticos con código CIE 10 se encuentran financiados a favor de la población pediátrica: Q03, Q27.3, Q28.0, Q28.1, Q28.2, Q28.3, Q35, Q36, Q37 y Q65, conforme a lo definido por el PEAS.

**Exclusión 6**

Enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de vigencia y/o afiliación al presente Plan de Salud, excepto los diagnósticos considerados dentro del PEAS, así como los riesgos asociados a dichas preexistencias.

**Exclusión 7**

Procedimientos cuyo objeto sea el chequeo médico, chequeo preventivo, screening, exámenes de descarte y/o despistaje en personas sanas o respecto de enfermedades sin sustento clínico, salvo que el Plan de Salud incluya expresamente el beneficio. Tampoco se financian gastos relacionados con evaluaciones para la obtención de licencias, registros, empleos, u otros similares que no tengan por finalidad tratamiento médico.

**Exclusión 8**

Cirugía y/o Dermatología estética y/o plástica y/o reconstructiva, incluso para reconstrucción post cirugía oncológica, excepto para el diagnóstico de cáncer de mama y/o sus complicaciones, salvo que, previa autorización de Rimac EPS, dichos procedimientos sean necesarios para o como parte del tratamiento de lesiones derivadas de un accidente cuya atención o tratamiento haya sido financiado por el Plan de Salud. En caso esta excepción aplique a reconstrucción dental, solo se financiarán materiales que no incluyan titanio como parte de sus componentes, accesorios, utensilios y/o insumos complementarios.

**Exclusión 9**

Evaluación, estudio y/o tratamiento médico o quirúrgico de melasma o cloasma, alopecia, acrocordones, queloides, lipoescultura, ni tratamientos y/o medicamentos reductores o para la reducción de peso. Tampoco se financia la colocación y/o retiro de tatuajes, piercing u otros similares.

**Exclusión 10**

Medicamentos, procedimientos o cirugías para lesiones vasculares superficiales (telangiectasias, angiomas, manchas) con fines estéticos, incluyendo esclerosis por venas varicosas.

**Exclusión 11**

Intervenciones quirúrgicas dirigidas a la estructura dentaria (pieza dentaria, alveolo, hueso alveolar, encía y tejido periodontal), independiente del profesional de la salud que la practique. Implantes y prótesis dentales. Ortodoncia. Cirugías ortognáticas. Odontología estética. Tratamientos o dispositivos para condiciones de salud o patologías relacionadas a la articulación temporomandibular, salvo que su plan de salud lo indique.

En caso de accidente, no se financian las prótesis o implantes dentales, ni la restitución de prótesis o implantes dentales con los que contaba el asegurado antes del accidente.

**Exclusión 12**

Sustancias de uso cosmético, jabones, champús, cremas y/o aceites neutros o esenciales, cosméticos, humectantes, exfoliantes, antienvjecimiento, despigmentantes, pigmentantes y/o similares, o bloqueadores solares, a excepción de aquellos pacientes con radiodermatitis y otros trastornos de la piel y del tejido subcutáneo relacionados con la radiación.

**Exclusión 13**

Lágrima artificiales excepto para el diagnóstico documentado de ojo seco.

**Exclusión 14**

Procedimientos para el tratamiento de la ginecomastia, mamoplastia reductora, a excepción de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de gigantomastia natural sintomática caracterizada por síntomas de dolor y excoriación que afecten su actividad diaria durante al menos 1 año y que no respondan a fisioterapia postural de al menos 3 meses de duración.

**Exclusión 15**

Lesiones o enfermedades producidas durante, o a consecuencia de, la participación del asegurado en actos de guerra, revolución, sedición, motín, huelga, conmoción civil, terrorismo, actos delictivos o similares.

**Exclusión 16**

Lesiones producto de peleas, riñas y/o agresiones en las que haya participado el afiliado; según se detalle en la documentación policial o reporte de autoridad respectiva. Tampoco se financian las lesiones derivadas de actos de violencia o agresión doméstica cometidas por el afiliado contra uno o alguno de los derechohabientes asegurados en el mismo Plan de Salud. En caso de emergencia a consecuencia de alguno de estos eventos, el Plan de Salud otorgará cobertura para la atención inmediata y estabilización del paciente.

**Exclusión 17**

Compra de sangre y/o derivados, como plasma, paquetes globulares, plaquetas y factores de coagulación sujetos a donación según regulación vigente. Para las unidades de sangre efectivamente transfundidas al paciente, sí están financiados los costos de pruebas de laboratorio para la calificación de donantes de sangre de acuerdo con el número de unidades necesarias según sustento médico, así como de pruebas de compatibilidad, insumos y equipo necesario para la transfusión de esas unidades. Se financian los costos de adquisición de albúmina para los siguientes diagnósticos: para paracentesis de gran volumen (mayor a 5 litros), peritonitis bacteriana espontánea, síndrome hepatorenal, plasmaféresis y grandes quemados.

**Exclusión 18**

Diagnósticos, estudios y/o tratamientos y/o cirugías de fertilización (tanto en infertilidad primaria como secundaria), disfunción eréctil (incluyendo Peyronie), trastornos de la libido y cambio de sexo con o sin prótesis.

**Exclusión 19**

Tratamientos con hormona del crecimiento o testosterona para cualquier condición de salud.

**Exclusión 20**

Tratamientos farmacológicos (incluyendo análogos de GLP-1/GIP) ni quirúrgicos para sobrepeso, obesidad, o esteatosis hepática asociada a disfunción metabólica. Edulcorantes.

**Exclusión 21**

Procedimientos de liposucción, lipoescultura, lipotransferencia, inyecciones reductoras de grasa, tratamientos y/o medicamentos reductores de peso u otros procedimientos o métodos liporeductores.

**Exclusión 22**

Cuidado por enfermeras, técnicas o auxiliares de enfermería adicionales a los que correspondan como parte de los servicios médicos otorgados por la IPRESS durante la estancia hospitalaria del paciente; tampoco se financian en domicilio, excepto en los planes de salud que incluyen la cobertura.

**Exclusión 23**

Comida y cama para acompañantes, salvo que el Plan de Salud incluya expresamente el beneficio. Tampoco se financian gastos vinculados a servicios de confort personal durante la hospitalización, como habitación tipo suite, radios, televisores, teléfonos, batas, internet, cable, streaming, etc.

**Exclusión 24**

Transporte y/o alojamiento, salvo que el Plan de Salud incluya expresamente el beneficio.

**Exclusión 25**

Gastos administrativos que no tengan naturaleza de prestación médica, como por ejemplo costos de apertura de historia clínica, copia de historia clínica, de informes médicos, u otros documentos médicos o similares. Tampoco se financia el costo de fotocopias, certificación o legalización de documentos.

**Exclusión 26**

Gastos relacionados a agravamiento del estado de salud, consecuencia, y similares producto del incumplimiento voluntario del paciente de las indicaciones y/o prescripciones médicas, o de automedicación, sea con medicamentos o insumos médicos iguales, similares o distintos a los prescritos por el médico tratante. Tampoco se financian tratamientos, procedimientos y/o medicamentos adquiridos o efectuados sin indicación y/o receta médica; ni estudios, tratamientos, análisis y/o procedimientos no relacionados directamente al diagnóstico médico.

**Exclusión 27**

Vitaminas y/o minerales excepto para las coberturas establecidas por el PEAS y en el caso que resulten indispensables para el tratamiento de carencias (calcio y vitamina D en osteopenia, osteoporosis, insuficiencia renal crónica y operados de tiroides/paratiroides; ácido fólico y vitamina B12 en anemia megaloblástica; tiamina en hiperemesis gravídica; vitamina K en hemorragias; folato en consumidores de metotrexato; y hierro oral o parenteral en anemia ferropénica) (según diagnóstico y prescripción médica específica, además de lo ofertado en control prenatal y postnatal).

**Exclusión 28**

Leches maternizadas, salvo en el caso de gestante cuya imposibilidad de dar lactancia materna esté documentada según informe médico. Esta cobertura, en ese caso, procederá solo durante el primer año de vida del asegurado.

**Exclusión 29**

Suplementos alimenticios, nutricionales, productos naturales (hierbas y sus derivados, levaduras, probióticos, prebióticos, hepatoprotectores, nutraceuticos) y/o medicamentos que contengan aquellos. Tampoco se financian estimulantes del apetito, anabólicos, antioxidantes, energizantes, medicamentos neurotónicos y/o nootrópicos, preparados industriales o artesanales de nutrición oral, enteral o parenteral para uso ambulatorio.

**Exclusión 30**

Vacunas distintas a las detalladas en el esquema nacional de vacunación MINSA.

**Exclusión 31**

Medicamentos inmunoestimulantes, productos derivados de bacterias, toxinas, lisados bacterianos. Excepción: *Bacillus clausii* y *Saccharomyces boulardii* en diarrea aguda.

**Exclusión 32**

En caso de trastornos alérgicos, no se financia inmunoterapia, procedimientos de desensibilización, pruebas in vitro o in vivo ni extracto alérgico en caso de pruebas de o para la identificación o tratamiento de alergias. Excepción: se financia prick test para urticaria.

**Exclusión 33**

Acupuntura, quiropraxia y tracción. Cuidados podiátricos (salvo los incluidos en el Plan de Salud como parte del PROGRAMA CUIDATE para el tratamiento y/o cuidado de pacientes diabéticos). Rehabilitación funcional en gimnasios. Tampoco se financian actividades y/o tratamientos homeopáticos, ozonoterapia, medicina tradicional, natural, alternativa, complementaria, integrativa o funcional.

**Exclusión 34**

Intervenciones quirúrgicas, cirugías y/o tratamientos de callos o juanetes. Tampoco se financia el tratamiento de pie plano, pie varo, pie valgo, salvo que sea consecuencia de un accidente que haya sido financiado por el presente Plan de Salud.

**Exclusión 35**

Lesiones o enfermedades como consecuencia directa o indirecta de o por exposición a fusión o fisión nuclear, isótopos radioactivos, radioterapia o rayos X; salvo que su uso y por ende la exposición sea parte de un tratamiento médico efectuado por profesionales de la salud debidamente acreditados para su uso y/o administración.

**Exclusión 36**

Accidentes producidos a consecuencia de la realización o la participación del afiliado en actividades o deportes de alto riesgo, como por ejemplo conducción de automóviles o vehículos de competencia, carreras de automóviles, motos, motonetas, bicicletas, motocross, lanchas, botes, jetski, práctica de downhill, concursos o prácticas hípicas, alpinismo, andinismo, montañismo, rappel, escalada, trekking, paracaidismo, ala delta, parapente, paramotor, sky-surf, puenting, cacería, buceo, pesca submarina o en alta mar, kayak, rafting, surf, paddle surf, sandboard o similares. Tampoco se financian accidentes producidos durante vuelos en aviones o aeronaves no comerciales (se excluyen las lesiones del piloto y/o acompañantes) o en globos aerostáticos.

**Exclusión 37**

Trasplante de órganos y/o tejidos, sí como las pruebas de compatibilidad en el paciente y/o en el donante o potencial donante. Tampoco se financia el trasplante de médula ósea del tipo singénico, autólogo, alogénico de donante emparentado o alogénico de donante no emparentado, haploidéntico, y/o de cordón umbilical. No se encuentran financiadas las consecuencias, complicaciones y/o secuelas de un trasplante. En el caso de trasplante de médula ósea, tampoco se financian los costos del procedimiento, insumos y/o fármacos requeridos para la movilización, colecta y/o crio preservación de células madre, así como del tratamiento de o para acondicionamiento previo al trasplante de médula ósea.

**Exclusión 38**

Dispositivos implantables de infusión parenteral. Dispositivos de estimulación (cerebral, medular, de nervio vago, de crecimiento óseo), salvo que se detallen específicamente como beneficio en el Plan de Salud.

**Exclusión 39**

Tratamientos con células madre, ni tratamiento con plasma rico en plaquetas o en factores de crecimiento, para cualquier condición de salud. Tampoco se financia la toma y/o preservación de células de cordón umbilical.

**Exclusión 40**

Equipos médicos de uso personal ambulatorio como termómetros, tensiómetros, equipos de administración de oxígeno, nebulizadores, equipos CPAP, BiPAP o similares, pulsioxímetro, balones de oxígeno, y/o su recarga, salvo que se detalle de manera específica en el plan de salud.

**Exclusión 41**

Estudios o pruebas genéticas. Excepciones: disponen de cobertura las pruebas Oncotype y los tests para tipificación de neoplasias hematológicas y de pulmón, en los casos que cumplan los criterios de necesidad médica para decisión terapéutica. La cobertura de estudios o pruebas genéticas procede para pacientes cuyo Plan de Salud financia enfermedades congénitas, siempre y cuando dichos exámenes sean médicamente necesarios.

**Exclusión 42**

Productos, servicios, procedimientos, dispositivos, insumos, medicamentos y/o tratamientos experimentales, y/o en fase o período de prueba y/o investigación, y/o de eficacia no probada. Placebos.

**Exclusión 43**

Servicios, Procedimientos diagnósticos o terapéuticos, cirugías o tratamientos, medicamentos, equipos, dispositivos, insumos, implantes o material quirúrgico considerados médicamente no necesarios o cuyo beneficio no esté sustentado en Medicina Basada en Evidencia y farmacoeconomía. Adicionalmente no disponen de cobertura si no cuentan con la aprobación de la Food and Drug Administration (FDA), o la European Medicines Agency (EMA, esta última solo aplica para medicamentos) para su uso en el caso específico del diagnóstico del paciente. Todo material o medicamento que no cuenten con registro sanitario y licencia vigente para su comercialización en el Perú, otorgado por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. Pruebas diagnósticas o tratamientos, que aun cuando hayan sido aprobados por la FDA o EMA, se encuentren señalados expresamente en este documento como exclusión.

En el caso de enfermedades oncológicas, procede la cobertura para el tratamiento con quimioterapia y/o terapia modificadora de la respuesta biológica y/o terapia blanco u otra específica solo si, además de cumplir con los sustentos y aprobaciones anteriores, cuente con registro sanitario otorgado por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas para su comercialización en el Perú (no aplican las autorizaciones de importación individual por excepción). Asimismo, que su indicación esté presente en las guías de práctica clínica internacionales y cuente con categoría de consenso I o IIA de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) con evidencia sustentada en estudios científicos de beneficio clínico significativo (para mayor detalle ver tabla de beneficio oncológico).

**Exclusión 44**

Terapia biológica: Terapia genética, epigenética o génica (estimulante, inhibidora, modificada o basada en ADN o ARN), Inmunoterapia (citoquinas, vacunas contra el cáncer, anticuerpos monoclonales, inhibidores de puntos de control inmunitario), Terapia dirigida (Target) y Terapia celular T (como CAR-T), salvo que se encuentren expresa y específicamente financiados por el Plan de Salud.

**Exclusión 45**

Ecografías 3D u otras no convencionales dentro del beneficio de maternidad. En caso de diagnóstico ecográfico presuntivo de malformación congénita, se financian los estudios posteriores siempre que, previo a su realización, la EPS lo haya autorizado.

**Exclusión 46**

Tarifas de honorarios médicos, costos de medicamentos, exámenes auxiliares o de imágenes, insumos, material médico o procedimientos diagnósticos o terapéuticos por encima de la tarifa pactada con la IPRESS para mecanismo de pago a crédito, de acuerdo con lo establecido por Resolución de Superintendencia N° 004-2020-SUSALUD/S o, para mecanismo de pago a reembolso, de acuerdo con el tarifario de reembolso publicado en <https://www.rimac.com.pe> según corresponda. No se financian costos de atenciones mixtas (atenciones vía crédito y reembolsos a la vez) ni doble facturación (facturación de honorarios vía crédito y también por reembolso).

**Exclusión 47**

Epidemias y/o pandemias no incluidas dentro del PEAS, bajo la directiva del MINSAs.

**Exclusión 48**

Dispositivos para hipoacusia o sordera: audífonos, implantes cocleares, dispositivos de asistencia auditiva. Productos ortopédicos: ayudas de movilidad, órtesis, soportes y productos para el pie y calzado. Prótesis externas (extremidades, ocular, auricular, testicular).

**Exclusión 49**

Pruebas diagnósticas o tratamientos realizados en el extranjero, salvo que expresamente se incluya el beneficio en el Plan de Salud.

**Exclusión 50**

Accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales, y/o sus consecuencias o secuelas, en el caso de afiliados que por el tipo de actividad se encuentren asegurados, o sean considerados asegurables, dentro del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR).

**Exclusión 51**

Gastos de sepelio de nonatos o no nacidos.

**Exclusión 52**

Kits de prueba rápida para el diagnóstico de embarazo.

**Exclusión 53**

Visco suplementación (inyección de ácido hialurónico, derivados y similares) para ninguna condición de salud osteoarticular, salvo que su plan de salud contempla el beneficio. Micro resonancia magnética.

**Exclusión 54**

Paneles de diagnóstico molecular rápido para detección de múltiples infecciones (Filmarray, Verigene, Maldi-Tof). Kits de inmunofluorescencia de virus respiratorios (Influenza A-B, para influenza 1-2-3 y Virus sincitial respiratorio) con fines de screening o en cuadros de resfrío común o respiratorios altos. Excepciones financiadas: Filmarray Respiratorio en pacientes pediátricos con Infección respiratoria aguda grave con criterios de hospitalización, por única vez. Filmarray en líquido cefalorraquídeo en cuadro clínico de meningitis/encefalitis de causa infecciosa.

**Exclusión 55**

Marcadores tumorales solicitados como screening o chequeo, sin sustento clínico que lo asocie a un órgano específico.

**Exclusión 56**

Accidentes/Intoxicaciones sufridos por el asegurado a consecuencia del uso/abuso personal de alcohol o drogas ilícitas.

**Exclusión 57**

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

**Exclusión 58**

Medicamentos o procedimientos con fines preventivos. Excepciones médicamente necesarias: antiagregantes, anticoagulantes, metformin, montelukast, estatinas en lesión coronaria y cerebrovascular, gastroprotectores por tiempo limitado, profilácticos para migraña (menos monoclonales y gepantes), quimioprofilaxis para tuberculosis, y profilaxis antibiótica en cirugía en dosis única.

**Exclusión 59**

Los siguientes dispositivos no disponen de cobertura para ninguna condición de salud: Espaciadores de columna para estenosis espinal (Coflex, Diam, entre otros), implantes cardiacos Watchman y Mitraclip, sistema cerebral Sentinel.

**Exclusión 60**

Secuelas, complicaciones o consecuencias relacionadas a diagnósticos o tratamientos que no disponen de cobertura por el Plan de Salud contratado.

**Exclusión 61**

Enfermedades huérfanas y raras. Excepciones que sí disponen de cobertura (en base a RM N° 230-2020-MINSA): Policitemia vera, Anemia falciforme, Trombocitosis esencial, Hipoglicemia, Hipo/hiperparatiroidismo, Acromegalia, Diabetes insípida, Porfirias, Alzheimer temprano, Paraplejia espástica tropical, Esclerosis múltiple, Neuromielitis óptica, Epilepsia, Apnea del sueño (no incluye CPAP), Guillain Barre, Miastenia gravis, Pénfigo, Artritis reumatoide juvenil, Poliarteritis nodosa, Churg Strauss, Granulomatosis de Wegener, Arteritis de Takayasu, Lupus eritematoso sistémico, Dermatomiositis, Polimiositis, Esclerosis Sistémica Progresiva, Espondilitis anquilosante, Naegleriasis, . Para los concebidos/nacidos en el Plan de Salud sí disponen de cobertura: Malformaciones arteriovenosas, Enfermedad de Von Willebrand, Hemofilia, Talasemia, Diabetes tipo MODY; esta excepción no anula el alcance de las otras exclusiones previamente señaladas.

## Medicamentos y productos no cubiertos

No se cubren los medicamentos y/o insumos médicos para el tratamiento y/o asociados al tratamiento y/o a algunas de las atenciones médicas y/o diagnósticos excluidos de cobertura. Tampoco se cubren medicamentos o insumos médicos que no cuenten con sustento en Medicina Basada en Evidencias y/o que no cuenten con registro sanitario o autorización o licencia vigente para su comercialización en el Perú, otorgado por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas y/o que no se encuentre aprobados o autorizados o reconocidos o recomendados por la FDA EMA, CADTH y/o NCCN para el diagnóstico específico del afiliado. Sin perjuicio de ello, y en cualquier caso, a continuación se detallan los medicamentos que no cuentan con cobertura bajo el Plan de Salud contratado.

Sistema Nervioso	Medicamentos neurotónicos y nootropicos, reactivadores o estimulantes neuronales.	Ejemplo: Somazina, Cebrocal, Coramina, Encefabol, Gamalate, Nootropil, Nucleo CMP, Zarlyn, etc.
Dermatología, Higiene personal	Medicamentos para tratamiento o prevención de Alopecia y Melasma.	Ejemplo: Minoxidil, Finasteride, etc.
Sistema Reproductor	Medicamentos para el tratamiento de la infertilidad o insumos para fertilización.	Ejemplo: Clomifeno y otros inductores de la ovulación.
Sistema Endocrino	Tratamiento con hormona de crecimiento.	Ejemplo: Genotropin, Humatrope, Saizen, etc.
	Peptido Atrial Natriuretico Recombinante.	Ejemplo: Nesiritide
Tracto Alimentario	Hepatoprotectores.	Ejemplo: Tioctan, Higanatur, etc.
	Suplementos alimenticios, estimulantes del apetito, anabólicos, energizantes, antioxidantes, productos geriátricos, reconstituyentes.	Ejemplo: Energón, Arcalión, Biotone, Ceregen, Protiban, PVM, Ciprovit, etc.
	Edulcorantes.	Ejemplo: Sucaryl, Sugafor, Splenda, etc.
Sistema Inmunológico	Inmunoestimulantes, lisados bacterianos o inmunoterapia.	Ejemplo: Bronchovaxom, Urovaxom, Isoprinosine, Luivac, Oncotice, Inmucyst, Ribomunyl, Ismigen.
Productos de origen natural y otros	Productos naturales como, pero no limitados a: 1. Productos homeopáticos. 2. Expectorantes, probióticos, antiinflamatorios prostáticos, antihemorroidales y antivaricosos de origen natural. 3. Regeneradores del cartilago articulares (glucosamina, condroitina sulfato, artroglobina)	Ejemplo: Uña de gato, Sangre de grado, Maca, Ginseng, Rowatinex, Rowachol, Biocaliptol, Solcoseryl, Abrilar, Dinaflex duo, Finartrit, Hiperflex, Cholipin, Esahepan, Hepamerz, I Cefasabal, Eviprostat, Ergenil, Engystol, Silimarina, Prostacat, Prostaflam, Biolactol, Enterogermina, Lactibiane, Ciruelax, Hadensa, Piascledine, Diacereina, Diosmina, Venarin, Vainease, Pro K, Tropivag, etc.
	Carbazocromo	Ejemplo: Adona
	Etamsilato	Ejemplo: Dicynone

## Otros productos no cubiertos

- Medicamentos sin aprobación de la FDA1, EMA2 y/o CADTH3. Medicamentos no aprobados por la FDA1 , EMA2 y/o CADTH3 para la indicación específica solicitada.
- Medicamentos que no cuenten con un sustento científico que alcancen un nivel de evidencia IIa o mayor según la escala de la AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality), según los principios de la Medicina Basada en Evidencias.
- En caso de tratamientos oncológicos no se cubre aquello que no este establecido en las guías de la NCCN4 con grado de recomendación I ó IIa.
- Para los planes con cobertura nacional no se cubre medicamentos del extranjero no disponibles en el mercado nacional.
- Plantillas y zapatos ortopédicas, excepto si el plan especifica su cobertura.
- No se cubre implante coclear ni audifonos, excepto si el plan especifica su cobertura.
- Prótesis ortopédicas externas, ortesis, corsés, etc.
- Implante de células madre, plasma rico en plaquetas o factor de crecimiento plaquetario en cualquier zona anatómica.
- Kits pruebas rápidas para diagnóstico de embarazo.