



Información 2026

Manual del afiliado EPS

¡Queremos darte la Bienvenida!

Agradecemos tu decisión de confiar en nosotros el cuidado de tu salud y la de tu familia.

Este manual ha sido elaborado para brindarte información clara y sencilla, que te permita conocer y utilizar correctamente las coberturas y beneficios de tu **Plan de Salud EPS**, así como resolver tus principales dudas sobre su funcionamiento.

Aprende a utilizar tu EPS en 3 simples pasos:

(Haciendo click en la numeración, podrás acceder directamente a la página.)



¿Cómo funciona la EPS?

¿Qué es una EPS?	03
¿Qué cubre tu Plan de Salud?	03
¿Quiénes pueden afiliarse a RIMAC EPS?	04
¿Qué ventajas tienes con tu EPS?	04



¿Cómo utilizar tu Plan de Salud?

Modalidades de atención	05
-------------------------------	----



Coberturas y Beneficios de tu Plan de Salud

Cuando estás sano	08
Cuando te enfermas	09
Programas de Salud y Bienestar	11
Cuando vas a ser mamá	13
Cuando tienes una emergencia	16
Cuando luchas contra el cáncer	18
Calidad de vida	20



Preguntas frecuentes

Preguntas generales	24
Atención de consultas y reclamos	25



¿Cómo funciona la EPS?

¿Qué es una EPS?

EPS significa Entidad Prestadora de Salud. Es una empresa privada que brinda servicios de seguridad social en salud a los trabajadores que están afiliados a ella, complementando la cobertura de EsSalud. La EPS cuenta con infraestructura propia o de terceros y está bajo la supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).



¿Qué cubre tu plan de salud?

Tu Plan de Salud RIMAC EPS te acompaña en todo momento. Cubre atenciones ambulatorias, hospitalarias, de emergencia, maternidad, oncológicas, odontológicas, oftalmológicas y más; así como tratamientos médicos, exámenes auxiliares, medicamentos y otros en una amplia red de clínicas y centros médicos a nivel nacional, incluyendo la Clínica Internacional como parte de nuestra red de salud propia, considerada dentro de las 10 mejores de Latinoamérica.



Al estar afiliado a RIMAC EPS, **tu empresa utiliza parte (2.25%) del aporte mensual al Seguro Social (9%) en el financiamiento de tu Plan de Salud.** Recuerda que al estar afiliado a RIMAC EPS, no pierdes tu cobertura de EsSalud, dado que conservas tu derecho de atención para los diagnósticos NO PEAS y subsidios de ley, tal y como se muestra en el siguiente cuadro:

El 9% del aporte se distribuye en:

EsSalud 6.75%

- NO PEAS* (antes Capa compleja) Listado de diagnósticos que no forman parte del PEAS.
- Subsidios de ley lactancia, maternidad, descanso médico posteriores a 21 días, otros.

EPS 2.25%

- PEAS* (antes Capa simple) Listado de diagnósticos cuya cobertura es de carácter obligatorio.
- NO PEAS* (antes Capa compleja) Listado de diagnósticos que no forman parte del PEAS.



¿Quiénes pueden afiliarse a RIMAC EPS?

Pueden afiliarse los trabajadores que se encuentren en planilla, así como sus derechohabientes legales, debidamente declarados y registrados en EsSalud, tales como el cónyuge o conviviente, los hijos menores de 18 años y los hijos mayores de 18 años con incapacidad total y permanente*.

Además, si tu empresa ofrece planes adicionales, también podrán afiliarse los hijos entre los 18 y 28 años, así como los padres del trabajador.

(*) Hijos menores o mayores de edad con **incapacidad total y permanente para trabajar**, según la calificación que efectúe EsSalud



¿Qué ventajas tienes con tu Plan de Salud RIMAC EPS?

- ✔ **Amplia red de clínicas** y centros médicos a nivel nacional.
- ✔ Si el empleador lo ofrece, permite asegurar a **padres e hijos mayores de edad**.
- ✔ **Atención personalizada** en clínicas privadas.
- ✔ Mantienes tu derecho de atención en EsSalud.





¿Cómo utilizar tu Plan de Salud?

Modalidades de atención

Dependiendo de las coberturas de tu plan, podrás atenderte bajo dos modalidades: **crédito o reembolso**.

1. Modalidad Crédito

Modalidad en la cual te atiendes en una clínica o centro médico afiliado a tu Plan de Salud. Donde solo pagarás por dos conceptos: el deducible y el coaseguro. RIMAC EPS cubre el resto del costo de la atención:

Deducible (copago fijo): monto fijo que debes pagar directamente en la clínica o centro médico elegido, cada vez que realices una consulta médica, inclusive por aquellas consultas derivadas del diagnóstico original.

Coaseguro (copago variable): porcentaje del gasto médico por Procedimientos, insumos, medicamentos y/o exámenes auxiliares (imágenes y laboratorio), que deberás pagar.

¡Recuerda!



Para conocer las clínicas o centros médicos donde tienes acceso, así como sus respectivos deducibles y coaseguros, consulta tu Plan de Salud.

Ejemplo Práctico

Si tu plan dice:

deducible de **S/35** → pagas **S/35**
Para atenderte

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

Si tu plan dice:

deducible de **90%** → pagas 10% **S/20**
por coaseguro

Tanto el deducible como el coaseguro están especificados en tu Plan de Salud

Es decir, pagas solo

S/55

por el total de tu atención

La EPS cubre la diferencia del costo total

Procedimiento de atención **modalidad Crédito**

- 1 **Acércate en la fecha programada** con tu DNI (Documento Nacional de Identidad, carné de extranjería o pasaporte).
- 2 Recibe la orden de atención que generará y acude a caja a **cancelar el deducible**.
- 3 **Asiste a tu cita** y sigue las indicaciones de tu médico.
- 4 Cada vez que el médico solicite exámenes adicionales o medicinas, deberás asumir el coaseguro correspondiente. Asimismo, ciertos tipos de exámenes pueden requerir una carta de garantía, es decir, un documento de precertificación que solicita la clínica o centro médico a RIMAC EPS.

¡Recuerda!



Solamente podrás financiar tu atención de salud por uno de los dos Mecanismos de financiamiento: (i) crédito o (ii) reembolso.

2. Modalidad Reembolso

Modalidad en la cual te atiendes en una clínica o centro médico no afiliado a tu Plan de Salud, donde pagarás el 100% del gasto médico para luego solicitar a RIMAC EPS el reembolso de acuerdo a las condiciones de tu plan de salud EPS (consulta médica, procedimientos, insumos, medicamentos y exámenes auxiliares). Para conocer las condiciones y requisitos, tabla de limitaciones y exclusiones de los reembolsos, revisa tu Plan de Salud.

- 1 Atiéndete con tu médico tratante y solicítale que selle y complete tu solicitud.
- 2 **Inicia sesión en MUNDO RIMAC**. Crea una cuenta ingresando a personas.rimac.com
- 3 **Registra** en la plataforma de Mundo Rimac **la solicitud de reembolsos**, las facturas y/o recibo por honorarios y otros documentos de tu atención (ver detalles en tu Plan de Salud o manual de reembolsos).
- 4 Recibe tu liquidación con el monto a reembolsar más el abono en tu cuenta bancaria.



Podrás solicitar el reembolso correspondiente, siempre y cuando, tu Plan de Salud incluya este beneficio.

Se devuelve una parte de los gastos correspondientes a tus atenciones médicas. Tienes 90 días calendarios desde tu atención para presentar tu solicitud.

Todas las facturas deben ser emitidas a nombre de RIMAC EPS (RUC 20414955020). Existen condiciones especiales de acuerdo a tu Plan de Salud EPS.



Coberturas y Beneficios de tu Plan de Salud

Coberturas del Plan de Salud EPS



Atenciones Médicas Esenciales

- Chequeo preventivo
- Centro Médico Virtual
- Médico a domicilio
- Atención ambulatoria
- Atención por emergencia
- Hospitalización en casa



Salud Materna y Familiar

- Atención de maternidad
- Tamizaje neonatal
- Enfermedades congénitas
- Estimulación temprana
- Terapia de lenguaje
- Planificación familiar
- Tratamiento de esterilización



Atenciones Especializadas

- Atención oncológica
- Terapia biológica en cáncer
- Oftalmología y odontología
- Nutrición
- Salud mental
- Enfermedades epidémicas
- Medicina física y rehabilitación



Diagnóstico y Procedimientos Avanzados

- Red de tomografías y resonancias
- Prótesis quirúrgica
- Cirugía para colocación de implantables
- Reconstrucción mamaria
- Monturas y cristales PEAS
- Excimer láser
- Atenciones para VIH/SIDA



Gestión y Continuidad Médica

- Extensión de receta para diagnóstico crónico
- Monitoreo de pacientes diabéticos
- Derivación de farmacia



Coberturas Especiales y de Riesgo

- Medicamentos para diagnósticos no oncológicos
- Transporte terrestre
- Desastres naturales
- Terrorismo



Chequeo Preventivo EPS - PEAS

¿Qué es y qué cubre?

Son exámenes que permiten identificar factores de riesgo y detectar enfermedades a tiempo. Incluyen laboratorio, evaluación médica, despistajes oncológicos, evaluaciones oftalmológicas, odontológicas y psicológicas.

Tú y tus derechohabientes pueden solicitar un chequeo preventivo una vez al año y utilizarlo desde el primer día de afiliación.



¿Dónde y cómo me atiendo?

Puedes atenderte en las clínicas o centros médicos afiliados a tu Plan de Salud, siguiendo estos pasos:

1 Programa tu cita en la clínica o centro médico afiliado de tu preferencia.

2 Acude en la fecha indicada con tu DNI, carné de extranjería o pasaporte, 30 minutos antes de tu consulta.

¡Recuerda!



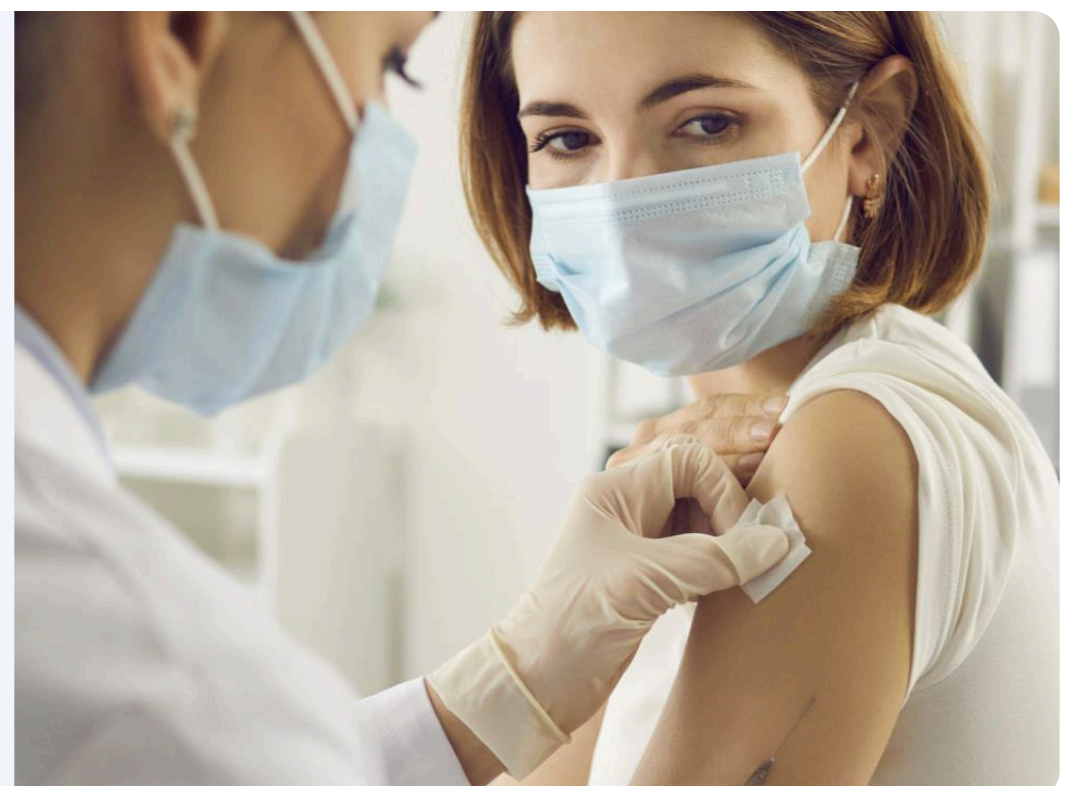
- Para análisis de laboratorio, asiste en ayunas.
- La consulta médica y exámenes auxiliares se realizan en un solo momento.
- Recoge tus resultados en un máximo de 10 días útiles en el mismo centro donde te atendiste.

Programa de Vacunación

¿Qué es y qué cubre?

Incluye las vacunas del esquema del MINSA y el esquema de RIMAC EPS, según corresponda a tu Plan.

La vacunación protege contra enfermedades prevenibles, fortaleciendo tu inmunidad y contribuyendo al cuidado de toda la población, especialmente en zonas vulnerables.



Podrás atenderte siguiendo estos pasos:

- ✔ Programa tu cita en la red de clínicas de tu Plan de Salud.
- ✔ Acude en la fecha programada con tu DNI y, si corresponde, el carné de vacunación.
- ✔ La enfermera registrará la vacuna indicada según tu esquema.
- ✔ Finalmente, aplicará la vacuna y actualizará tu registro.

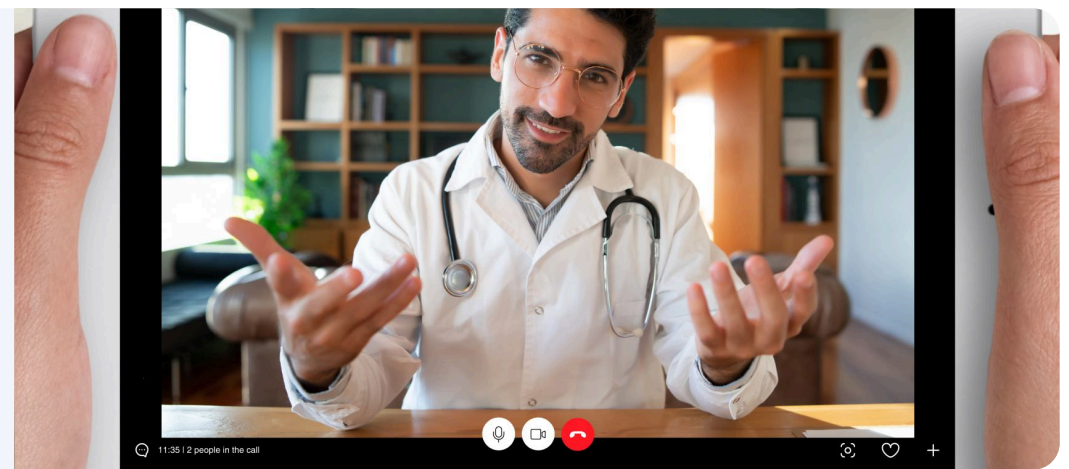


Cuando te enfermas

Centro Médico virtual

¿Qué es y qué cubre?

Videoconsultas de baja complejidad en Medicina General y Pediatría, para cuadros leves y orientación médica rápida.



¿Dónde y cómo me atiendo?

- ✔ Llama al (01) 4111111, opción 2, subopción 1.
- ✔ Coordina tu cita y conéctate en el horario indicado.

Médico a Domicilio

¿Qué es y qué cubre?

Atenciones médicas en tu hogar para cuadros agudos y leves, según evaluación previa. Disponible en Medicina General y Pediatría, sujeto a zona de cobertura.



¿Dónde y cómo me atiendo?

Un médico te visitará en tu hogar para realizar la atención médica siguiendo estos pasos:

- ✔ Solicítalo a través del Centro Médico Virtual llamando al (01) 4111111, opción 2, subopción 1.
- ✔ El equipo médico evaluará si corresponde la visita domiciliaria.

En los casos que los análisis clínicos impliquen equipos médicos no móviles, estos se efectuarán en el proveedor indicado por el médico a domicilio.

- La atención está sujeta a disponibilidad del proveedor.
- Solo se cubren atenciones ambulatorias agudas de baja complejidad (no emergencias).
- Atención mediante citas programadas.
- En provincias, el servicio RIMAC Médico a Domicilio está limitado a ciertas localidades.

Centros de Atención Integral (CAIs)

¿Qué es y qué cubre?

Son espacios diseñados para brindar atención integral, preventiva y de diagnóstico en un solo lugar. Ofrecen Medicina General, Medicina Familiar, Medicina Interna, Ginecología, Nutrición y Psicología, además de laboratorio e imágenes básicas.



¿Dónde y cómo me atiendo?

Pueden atenderte en las clínicas o centros médicos afiliados a tu Plan de Salud siguiendo estos pasos:

- ✓ Acude al CAI de tu Plan contratado
- ✓ Programa tu cita según la especialidad que necesites.
- ✓ Presenta tu documento de identidad y cancela el deducible según tu plan.

Atención Ambulatoria

¿Qué es y qué cubre?

Es la atención médica que recibes en clínicas o centros médicos sin necesidad de hospitalización. Incluye consultas médicas, exámenes auxiliares y medicamentos según tu Plan de Salud.



¿Dónde y cómo me atiendo?

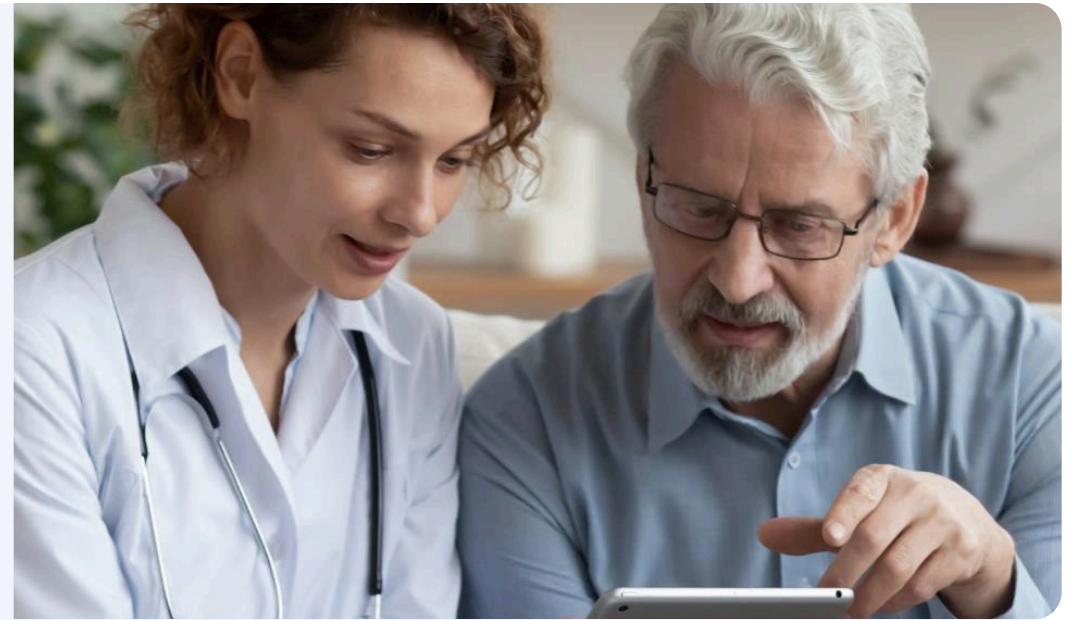
Pueden atenderte en las clínicas o centros médicos afiliados a tu Plan de Salud siguiendo estos pasos:

- ✓ Revisa las clínicas afiliadas a tu plan.
- ✓ Programa una cita en la especialidad que necesitas.
- ✓ Acude con tu DNI, CE o pasaporte y cancela el deducible según corresponda.

Atención Hospitalaria

¿Qué es y qué cubre?

Cubre el internamiento por indicación médica, incluyendo enfermería, medicamentos, exámenes auxiliares, honorarios médicos y habitación simple. La cobertura depende del centro médico y de tu Plan.



¿Dónde y cómo me atiendo?

Puedes atenderte en las clínicas o centros médicos afiliados a tu plan de salud siguiendo estos pasos:

- ✔ Hospitalización programada: tu médico emite la orden y la clínica gestiona la carta de garantía con RIMAC EPS.
- ✔ Emergencia: si ingresas por urgencia, la clínica coordina con RIMAC EPS dentro de las 24 horas.
- ✔ Presenta tu DNI, CE o pasaporte para el registro.



Programas de salud y bienestar

Programa Siempre Fuertes

¿Qué es y qué cubre?

Es un programa orientado a reducir la anemia ferropénica en niños y adolescentes desde los 6 meses hasta los 17 años. Brinda atención integral durante 6 meses, con consultas médicas, apoyo nutricional, acompañamiento psicológico para la madre, telemonitoreo y medicación según el protocolo.

El ingreso requiere diagnóstico confirmado de anemia y evaluación médica previa.

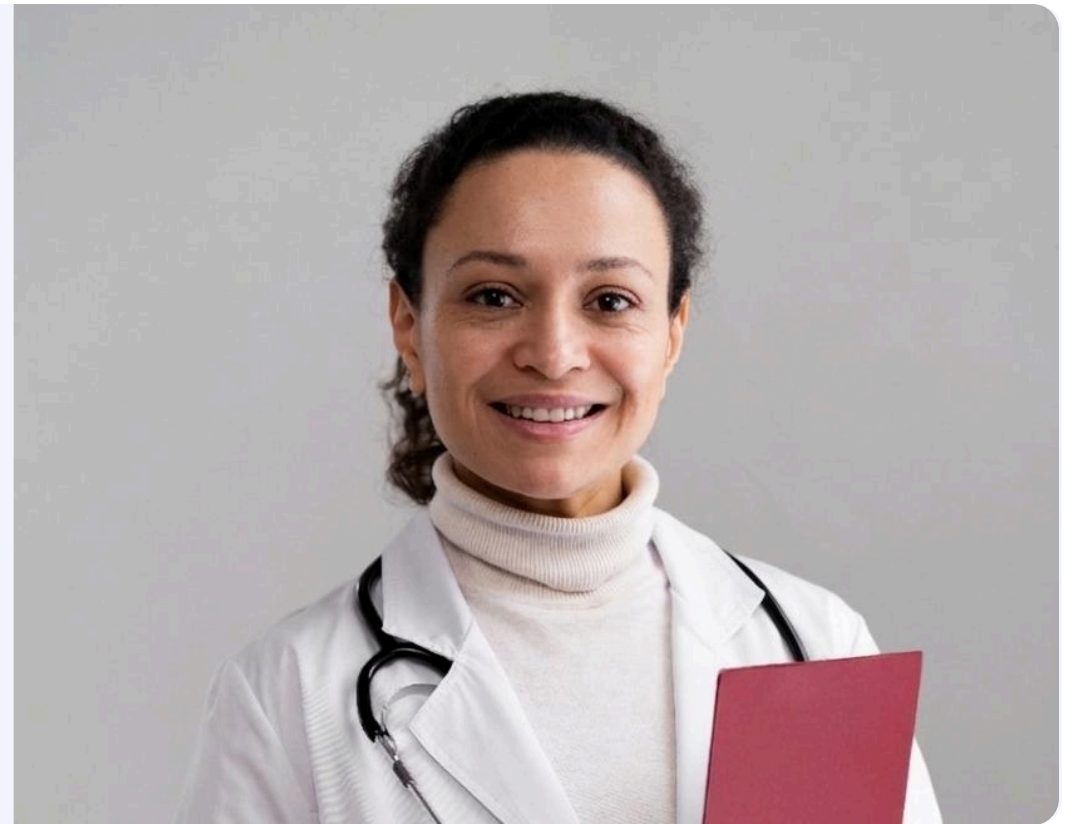


Programa Cuídate

¿Qué es y qué cubre?

Es un programa para afiliados con diabetes tipo 2, dislipidemia, hipertensión o asma, enfocado en controlar la enfermedad y mejorar la calidad de vida. Incluye consultas médicas y no médicas, entrega de medicamentos del petitorio, seguimiento de enfermería, exámenes de control y talleres educativos.

El ingreso está sujeto a una evaluación inicial.



Programa de Otras Enfermedades Crónicas

¿Qué es y qué cubre?

Está dirigido a afiliados con diagnóstico confirmado de diabetes tipo 1, artritis reumatoide, enfermedad de Parkinson y Parkinson plus. Ofrece consultas médicas de control, educación en cuidados y seguimiento por enfermería de acuerdo con la condición del paciente.

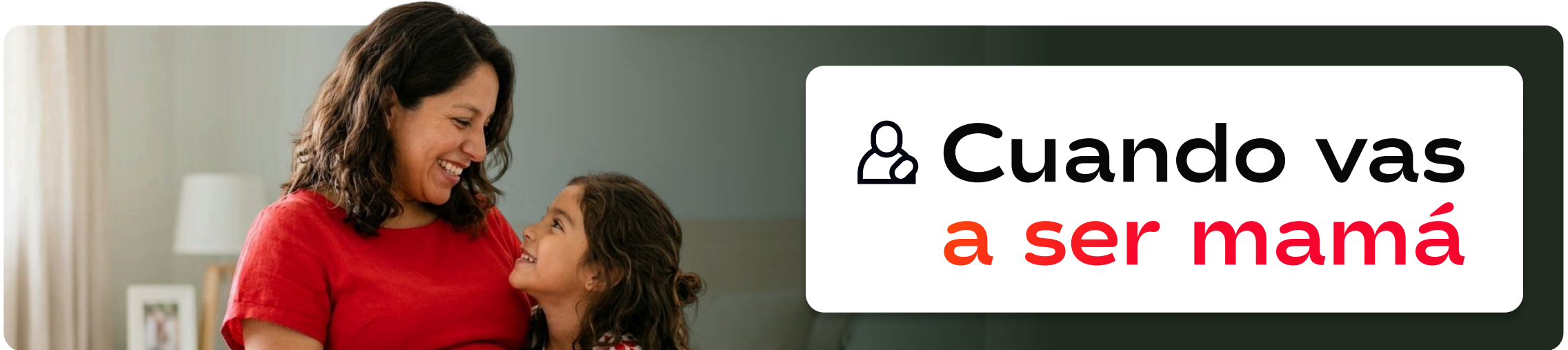


Programa de Monitoreo de Pacientes Diabéticos

¿Qué es y qué cubre?

Cobertura de Monitoreo de pacientes diabéticos a través de dispositivos móviles y de autodetección. Aplica solo para pacientes con indicación de uso de insulina, incluye pacientes dentro y fuera del programa CUIDATE. El beneficio incluye la entrega de un glucómetro, tira reactiva y lancetas de acuerdo a la receta médica.





Atención por Maternidad

¿En qué consiste?

Es la atención diseñada para cuidar la salud de la madre gestante y la del bebé durante el embarazo, en el momento del parto y después del parto.

El costo asumido por el asegurado dependerá de la clínica o centro médico donde se brinde la atención. Las especificaciones, alcances y condiciones de esta cobertura se rigen según lo establecido en el Plan de Salud contratado.



Atenciones financiadas

Rimac financia las siguientes atenciones en maternidad:

- ✔ Control prenatal
- ✔ Complicaciones durante el embarazo
- ✔ Aborto no provocado
- ✔ Aborto terapéutico
- ✔ Parto natural, múltiple o cesárea
- ✔ Control postnatal
- ✔ Puerperio

¿Qué incluye?



Durante el embarazo:

Atenciones como controles prenatales, vacunas recomendadas, exámenes auxiliares, sesiones de psicoprofilaxis y ecografías.



En el momento del parto:

Atención del parto natural, múltiple o cesárea, así como los exámenes auxiliares y medicamentos derivados del parto.



Después del embarazo:

Atenciones para la madre y el recién nacido, que incluyen controles postnatales, puerperio y tamizaje neonatal para el descarte de enfermedades congénitas.

Control niño sano

El Control del Niño Sano evalúa el crecimiento y desarrollo de niños desde la primera semana de vida hasta los 11 años (inclusive), con evaluaciones pediátricas y exámenes básicos en las clínicas de la red de maternidad del plan.

¿Qué es y qué cubre?

- Evaluaciones pediátricas periódicas.
- Exámenes básicos según el esquema de prevención.
- Prestaciones adicionales para niños expuestos a VIH.
- Acceso al Programa Ampliado de Vacunas para menores de 12 años.



¿Dónde y cómo me atiendo?

- ✓ En clínicas o centros médicos afiliados a tu plan.
- ✓ El menor debe estar inscrito en RIMAC EPS.
- ✓ No incluye farmacia ni exámenes auxiliares.
- ✓ Si se requieren medicinas o exámenes, se atiende como consulta ambulatoria.
- ✓ Revisa el anexo de prevención para conocer exámenes e inmunizaciones.

Enfermedades congénitas

¿Qué es y qué cubre?

RIMAC EPS otorgará la cobertura de enfermedades congénitas a todos aquellos recién nacidos cuyo nacimiento se haya producido dentro de la vigencia del Plan de Salud y que hayan sido inscritos dentro de los 60 días calendarios siguientes al nacimiento.

Se considera una enfermedad congénita a un defecto físico, desorden orgánico, malformación, embriopatía, persistencia de tejido o estructura embrionaria o fetal, que haya sido adquirida como consecuencia de un defecto hereditario o que estaba presente en el momento del nacimiento.



Planificación familiar

El beneficio de Planificación Familiar ofrece orientación y métodos anticonceptivos para apoyar una decisión informada y segura sobre la salud reproductiva.

¿Qué es y qué cubre?

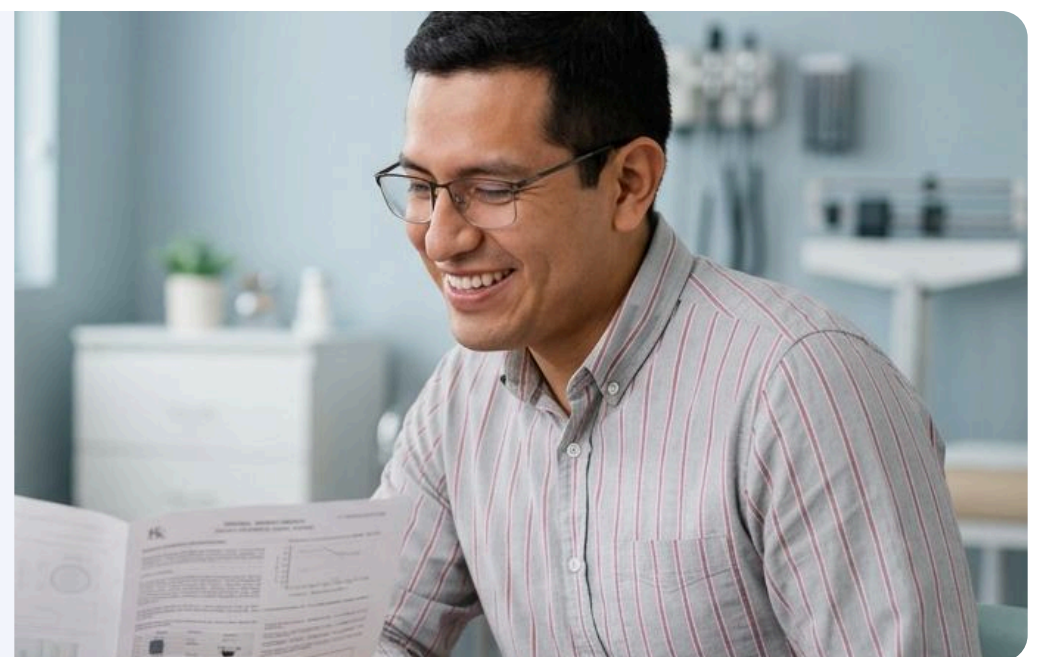
- Consejería en planificación familiar para personas desde los 12 años, según el grupo etario.
- Hasta 4 consultas ambulatorias al año para evaluación y orientación.
- Métodos anticonceptivos hormonales y no hormonales incluidos según el plan.
- Inserción y retiro del DIU, así como la cobertura del dispositivo.



Tratamiento de Esterilización

¿Qué es y qué cubre?

- Incluye la vasectomía y ligadura de trompas.
- Aplica para mayores de 30 años salvo la persona presente factores de riesgo.
- Se cubre tratamiento de esterilización en ambos sexos.





Atención Emergencia

¿Qué es y qué cubre?

Una emergencia es una situación repentina que pone en riesgo inminente tu vida o tu salud y requiere atención médica inmediata. El médico tratante es quien determina si se trata de una emergencia o una urgencia.

Recuerda: una urgencia requiere atención médica, pero no pone en peligro la vida.



¿Qué es una urgencia?

- Las atenciones de urgencia son aquellas en las que no existe riesgo inmediato para la vida del paciente y están sujetas a deducibles y coaseguros, según tu plan. La clasificación se realiza de acuerdo con la evaluación del médico tratante del Servicio de Emergencia, considerando los síntomas y la condición clínica al momento de la atención.

Ejemplos: fiebre, diarrea, dolor de oído, enfermedad respiratoria leve, quemaduras menores, entre otros.

¡Recuerda!

Esta cobertura no incluye hospitalizaciones ni cirugías ambulatorias derivadas del accidente, ni dispositivos ortopédicos u ortésicos como cabestrillos, collarines, muletas, entre otros.

Podrás atenderte siguiendo estos pasos:

- ✔ Acércate al área de emergencia de cualquiera de las clínicas afiliadas a tu plan o solicita el servicio de ambulancia disponible las 24 horas, los 7 días de la semana.
- ✔ El médico evaluará tu caso para determinar si corresponde a una emergencia.
 - Si es una urgencia, deberás abonar el deducible y coaseguro correspondiente.
 - Si se trata de una emergencia médica o accidental, los gastos estarán cubiertos al 100% hasta la estabilización.

Coberturas disponibles:

Ambulancias 24/7

Acceso permanente al servicio de ambulancias a través de la Central de Emergencias y Asistencias, **llamando al (01) 411-1111, opción 0**, disponible en Lima y provincias, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



Emergencia Accidental

Es la atención de emergencia originada por un accidente causado por fuerza externa, repentina y violenta, que pone en peligro inminente la vida o integridad de la persona. La condición de emergencia es determinada por el profesional médico a cargo de la atención. Se considera emergencia accidental **todo evento ocurrido hasta 48 horas después del accidente**, y la atención se brinda hasta lo señalado en el Plan de Salud.



Emergencia Médica

Es la atención de condiciones súbitas e inesperadas de origen interno que ponen en riesgo inmediato la vida o la salud del afiliado, como infarto, crisis hipertensiva o insuficiencia respiratoria, entre otros. La clasificación entre emergencia o urgencia es definida por el médico tratante del Servicio de Emergencia, considerando los síntomas y la condición clínica al momento de la atención. Las atenciones posteriores se rigen por las condiciones del Plan de Salud.



Continuidad de emergencia accidental

¿Qué es y qué cubre?

Es la atención ambulatoria posterior a una emergencia accidental, que se brinda en el mismo establecimiento donde se realizó la atención inicial. Incluye controles ambulatorios, exámenes de control, sesiones de terapia física y retiro de puntos y yeso, dentro de un período máximo de 90 días, conforme a las condiciones establecidas en el Plan de Salud.





Atención oncológica

¿Qué es y qué cubre?

Es el beneficio de tu Plan de Salud que te brinda atención y control en caso de padecer cáncer. Se inicia cuando se ha establecido el diagnóstico definitivo de cáncer (neoplasia maligna) demostrado por un resultado anátomo – patológico, el cual incluye todos los diagnósticos (incluido cáncer al ovario), a excepción de los siguientes puntos



- 1 **Cuando existe alta probabilidad de neoplasia maligna del Sistema nervioso central**, según informe de estudio por imágenes, siempre y cuando la lesión no sea accesible técnicamente a una biopsia para confirmación patológica.
- 2 **Cuando haya en la cirugía una alta sospecha de cáncer (previo a la biopsia)**. Excepto en los siguientes casos:
 - ✓ Páncreas: cuando hay sospecha de neoplasia maligna por estudios de imágenes, sin evidencia de enfermedad metastásica.
 - ✓ Testículos: cuando hay sospecha de neoplasia maligna por estudios de imágenes.
 - ✓ Riñón: cuando hay sospecha de neoplasia maligna por estudios de imágenes.
 - ✓ Próstata: sospecha de cáncer clínico por elevación del marcador tumoral (PSA) en pacientes mayores de 75 años.
 - ✓ Hígado: sospecha por elevación sostenida del marcador tumoral y estudios de imágenes que muestran masa tumoral hepática.
- 3 **En caso de cáncer de ovarios, cuando técnicamente no es posible la biopsia**: La cobertura oncológica se da de manera retroactiva, desde el acto quirúrgico que motiva el diagnóstico luego de la confirmación anátomo – patológica.

¿Qué cubre este beneficio?

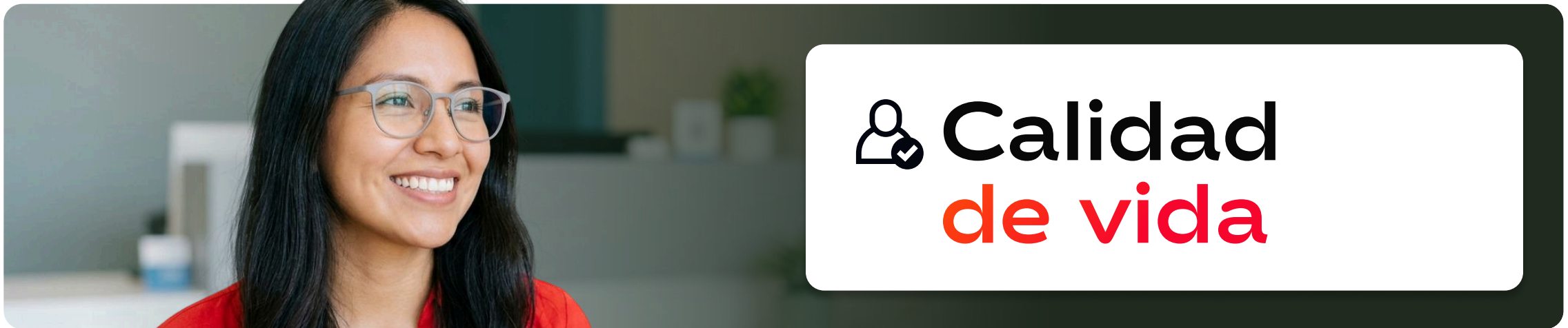
- ✓ Consultas médicas especializadas, quimioterapia, exámenes, procedimientos médicos especiales, así como la cobertura de las complicaciones causadas por el tratamiento del cáncer.
- ✓ **Oncología hospitalaria y de emergencia**
Consultas médicas especializadas, quimioterapia y hospitalización, exámenes y procedimientos médicos especiales, así como la cobertura de las complicaciones causadas por el tratamiento del cáncer.
- ✓ **Radioterapia, cirugía oncológica, imagenología y PETSCAN**
Se brindará cobertura de acuerdo a la red de proveedores detallada en el plan de salud.
- ✓ **Terapia biológica con cáncer**
Se brindará solamente para los tipos de cáncer y estadios clínicos aprobados por la Food and Drug Administration (FDA), European Medicines Agency (EMA) o Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH) o de acuerdo a las guías de manejo oncológico de NCCN hasta la categoría de evidencia y consenso 2ª vigentes al momento de la atención. Incluye factores estimulantes de colonias, anticuerpos monoclonales, inhibidores de la tirosina quinasa, inhibidores del proteosoma y antiangiogénicos.

Este beneficio no cubre lo siguiente

- ⊗ Cuando el cáncer sea una enfermedad preexistente a la afiliación al Plan de Salud.
- ⊗ Tratamientos en el extranjero.
- ⊗ Costo de órganos y tejidos trasplantados ni los gastos relacionados al trasplante de los mismos.
- ⊗ Tratamientos experimentales ni medicamentos oncológicos no aprobados por la FDA (Food And Drug Administration – www.fda.gov), European Medicine Agency (EMA – www.ema.european.eu) o Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH – www.cadth.ca), o que tengan categorías de evidencia y consenso mayor a 2A de acuerdo a las Guías de Manejo Oncológico de NCCN – www.nccn.org. Vigentes al momento de la atención, ni las complicaciones por la utilización de los mismos.
- ⊗ Medicamentos oncológicos no comercializados a nivel nacional.
- ⊗ Exámenes, diagnósticos y procedimientos terapéuticos no disponibles a nivel nacional.

**Podrás atenderte en las clínicas o centros médicos afiliados a tu plan de salud siguiendo estos pasos:**

- 1 Ante una sospecha de cáncer, visita a tu médico tratante para que te indique si requieres exámenes, una biopsia o una cirugía exploratoria (recuerda que en esa etapa aún no está activado el beneficio oncológico y deberás pagar el deducible y coaseguro de acuerdo al beneficio ambulatorio u hospitalario de tu plan).
- 2 Si los resultados son positivos, deberás solicitar la activación de la cobertura en los módulos de RIMAC o solicitar a la clínica que derive los mismos a nuestras plataformas de atención (recuerda que en las principales clínicas cuentas con coordinadoras RIMAC a tu disposición).
- 3 Una vez que el médico tratante te indique la terapia oncológica, deberás acercarte al área de admisión de la clínica con la orden correspondiente.
- 4 La clínica solicitará la carta de garantía a RIMAC para que autorice la atención, siempre y cuando se haya enviado la información completa.
- 4 Al momento de internarte o seguir tu tratamiento, deberás presentar tu Documento Nacional de Identidad (DNI, carné de extranjería o pasaporte).



Atención odontológica

¿Qué es y qué cubre?

Cubre diagnósticos y tratamientos odontológicos según el plan contratado. Incluye examen dentario inicial, profilaxis general, restauraciones, endodoncias, exodoncias simples y complejas, apicectomías, pulpectomías, pulpotomías, fluorización y colocación de sellantes en niños menores de 12 años, radiografías, curetaje subgingival, gingivectomía y gingivoplastia.

El costo asumido por el afiliado dependerá de la clínica o centro médico de atención



¿Dónde y cómo me atiendo?

Podrás atenderte en las clínicas o centros médicos afiliados a tu Plan de Salud siguiendo los mismos pasos de la atención ambulatoria:

- ✔ Revisa tu Plan de Salud para ver qué clínicas están a tu disposición.
- ✔ Separa una cita en la clínica de tu elección y en la especialidad que necesitas.
- ✔ Acércate a caja presentando tu DNI y cancela el deducible
- ✔ En caso tu médico tratante, determine que necesitas exámenes médicos o medicamentos, deberás cancelar el copago correspondiente

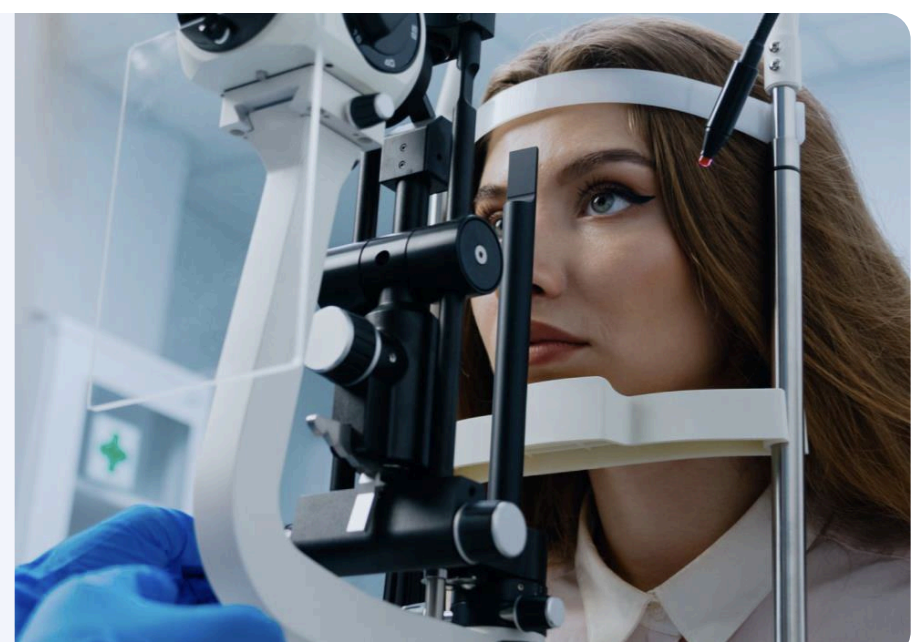
¡Recuerda!

El alcance de las coberturas y beneficios odontológicos dependerá del Plan de Salud EPS contratado.

Atención oftalmológica

¿Qué es y qué cubre?

Cubre diagnósticos y tratamientos oftalmológicos según el plan de salud contratado, el cual incluye consultas oftalmológicas, medición de vista, medicamentos y exámenes auxiliares. El costo asumido por el afiliado dependerá de la clínica o centro médico de atención.



¿Dónde y cómo me atiendo?

Podrás atenderte en las clínicas o centro médicos afiliados a tu plan de salud siguiendo los mismos pasos de la atención ambulatoria:

- ✔ Revisa tu Plan de Salud para ver qué clínicas están a tu disposición.
- ✔ Separa una cita en la clínica de tu elección y en la especialidad que necesitas.
- ✔ Acércate a caja presentando tu DNI y cancela el deducible
- ✔ En caso tu médico tratante, determine que necesitas exámenes médicos o medicamentos, deberás cancelar el copago correspondiente

¡Recuerda!

El alcance de las coberturas y beneficios odontológicos dependerá del Plan de Salud EPS contratado.

Salud mental

¿En qué consiste?

Este beneficio, además de facilitarte una evaluación para identificar síntomas de riesgo de alguna condición mental, cubre atenciones médicas en psicología y psiquiatría.

Luego de que una valoración médica determine que necesitas asistencia psicológica, elige la modalidad de atención que prefieras (presencial o virtual).



Cubre las siguientes atenciones, sujetas a deducibles y coaseguros según tu plan:

- ✔ Atención Ambulatoria (Psicología).
- ✔ Atención Ambulatoria (Psiquiatría).
- ✔ Atención Hospitalaria.

Monturas y Cristales

¿Qué es y qué cubre?

Este beneficio brinda la cobertura de monturas y cristales una vez al año y requiere una indicación médica emitida por un oftalmólogo de una clínica afiliada al Plan de Salud. La cobertura aplica únicamente para lentes de medida y no considera lentes de contacto, lentes de sol, lentes estéticos, fotocromáticos, de descanso, de trabajo, ocupacionales ni con filtro azul. El beneficio no es acumulable por afiliado.



Cubre las siguientes patologías

- ✔ Miopía
- ✔ Hipermetropía.
- ✔ Astigmatismo.
- ✔ Presbicia.
- ✔ Trastorno de la refracción no especificado.

Hospitalización en casa

Dirigido a

- ✔ Pacientes de larga estancia hospitalaria en tratamiento recuperativo.
- ✔ Con patologías agudas de baja complejidad como: diagnóstico de infección urinaria, neumonía, celulitis, viruela símica que puedan recibir tratamiento en casa de acuerdo a la evaluación del proveedor.
- ✔ Pacientes con Covid-19. Se aplican las condiciones de acuerdo a la cobertura establecida para COVID hospitalario.



Cubre la siguientes atenciones

- ✔ Evaluación médica, medicamentos, técnicos, enfermeras, cama clínica y equipos según evaluación del proveedor del cuidado domiciliario.

Revisa las condiciones del servicio en tu Plan de Salud.

Cuidados Paliativos Oncológicos y No Oncológicos

Dirigido a

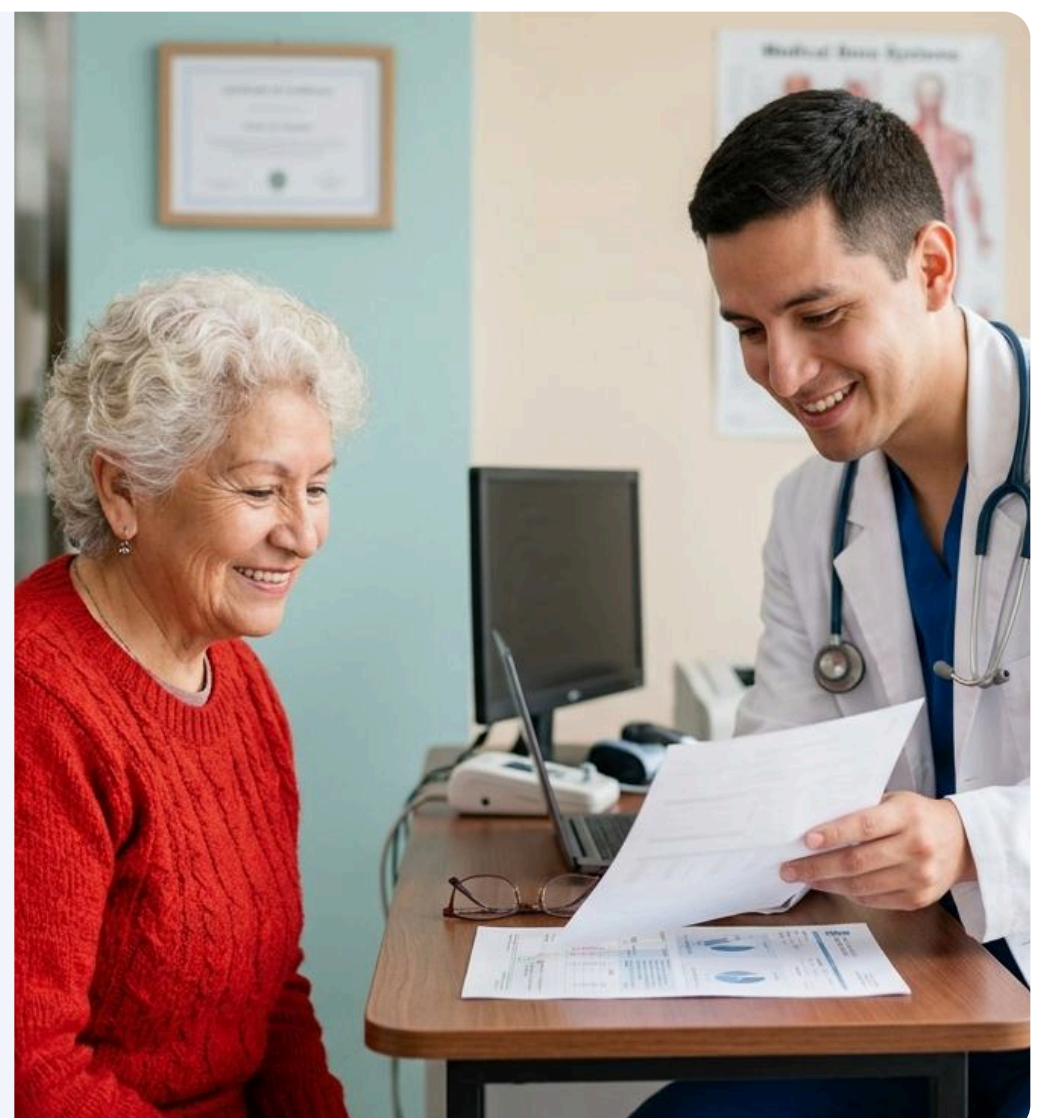
- ✔ Pacientes que por progresión de enfermedad y complejidad de su condición de salud requieren soporte para la última etapa de vida, brindando cuidado integral y buscando atender las descompensaciones propias de esta etapa.

¿Qué incluye?

- ✔ Evaluación médica, medicamentos, técnicos, enfermeras, cama clínica y equipos según evaluación del proveedor del cuidado domiciliario.

Condiciones

- ✔ Revisa las condiciones del servicio en tu Plan de Salud.



Periodo de Latencia

¿Qué es y qué cubre?

Es el periodo durante el cual, en caso de desempleo o suspensión perfecta de labores, que genere la pérdida del derecho de cobertura, los afiliados regulares a RIMAC EPS tendrán derecho a prestaciones de prevención, promoción y atención de la salud por diagnósticos médicos incluidos dentro del listado del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS (antes Capa Simple) durante la primera mitad del periodo total que les corresponda, de acuerdo al número de aportes efectuados por su empleador.

Durante la segunda mitad de este periodo es su derecho atenderse por diagnósticos que no estén incluidos en el PEAS (antes Capa Completa) y por maternidad en EsSalud.



¡Recuerda!

No estarán cubiertos los procedimientos, diagnósticos, ni medicamentos excluidos o cuando se trate de una enfermedad preexistente.

El tiempo máximo de permanencia en la latencia será de 12 meses de acuerdo a los aportes realizados a EsSalud, teniendo en cuenta que se considerará un mínimo de 5 meses de aportes (consecutivos o no consecutivos) tal y como se muestra en la siguiente tabla:

Periodo de cobertura	
Periodos aportados en los 3 años precedentes al cese	Total del periodo de latencia
De 5 a 9 meses	2 meses
De 10 a 14 meses	4 meses
De 15 a 19 meses	6 meses
De 20 a 24 meses	8 meses
De 25 a 29 meses	10 meses
30 a más meses	12 meses

¿Dónde puedo atenderme?	
Cobertura de PEAS (por RIMAC EPS) y cobertura NO PEAS (por EsSalud)	Cobertura NO PEAS y maternidad (EsSalud)
1er mes	2do mes
2 primeros meses	2 siguientes meses
3 primeros meses	3 siguientes meses
4 primeros meses	4 siguientes meses
5 primeros meses	5 siguientes meses
6 primeros meses	6 siguientes meses

¡Recuerda!

- Queda entendido que cualquier información fraudulenta estará sujeta a las medidas que RIMAC EPS estime convenientes.
- Es importante que, de necesitarlo, cumplas con el trámite establecido ya que este beneficio solo se activará cuando lo solicites teniendo como fecha de inicio el día siguiente a tu cese y como fecha de término la establecida en la constancia de acuerdo al número de aportaciones a EsSalud.
- El trámite descrito para la solicitud de cobertura por beneficios de latencia es totalmente independiente a que, como trabajador cesado, debes cumplir en EsSalud para acceder a la cobertura de las enfermedades de capa compleja.
- El trámite es personal. La cobertura por latencia se extingue cuando te reubiques laboralmente.

¿A través de qué medios puedes realizar tus reclamos y/o consultas?

Centro de atención Lima y provincias



Página web

www.rimac.com (opción RIMAC EPS)



E-mail reclamos

reclamos@rimac.com.pe.



E-mail consultas

atencionalcliente@rimac.com.pe.



Central Telefónica RIMAC

(01) 411 1111.

¿Cómo es el proceso de atención de reclamos?

- 1 **Recepción**
A través del libro de reclamaciones
- 2 **Asignación de un número correlativo.**
- 3 **Atención y/o derivación por competencia:** De no ser competencia de la IAFAS, se derivará a la IPRESS en un plazo no mayor a 2 días útiles.
- 4 **Investigación, resultado y notificación.**

¿Cómo es el proceso de consultas?

- 1 **Recepción**
- 2 **Resultado y respuesta**

¿En cuánto tiempo daremos respuesta?

- ✓ Reclamos: 30 días útiles
- ✓ Consultas: 05 días útiles

La atención de las consultas y reclamos es gratuita.

¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con la respuesta?

De conformidad con lo dispuesto en el artículo número 22 del Reglamento para la atención de los reclamos y denuncias de los usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud – IAFAS, de no encontrarse de acuerdo, en todo o en parte, con el resultado de su reclamo, puede denunciar ante la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD.

[Web: portales.susalud.gob.pe/web/portal](http://portales.susalud.gob.pe/web/portal)

- 9 ¿Qué es el beneficio máximo anual?**
Este beneficio se define como el límite máximo disponible para la suma de todos los gastos de NO PEAS (antes capa compleja) durante la vigencia del plan. Dicho límite no podrá exceder en ningún caso el límite contratado.
- 10 ¿Qué es una clínica y/o centro médico afiliado?**
Clínica y/o centro médico que se encuentra adscrito a la red de atención de RIMAC EPS.
- 11 ¿Qué es una cobertura?**
Beneficio que ampara al afiliado.
- 12 ¿Qué son enfermedades preexistentes?**
Es cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta al momento previo a la presentación de la declaración de salud.
- 13 ¿Qué es la declaración de salud?**
Declaración formulada por los afiliados de su estado de salud y el de sus beneficiarios.
- 14 ¿Qué es crédito EsSalud?**
Se refiere al 2.25% de la planilla del aporte a EsSalud que aporta la entidad empleadora al contratar una EPS.
- 15 ¿Qué son las entidades empleadoras?**
Es la persona jurídica que contrata los servicios de salud para sus trabajadores y su familia, la cual aporta a EsSalud y tiene derecho a las prestaciones que esta ofrece.
- 16 ¿Qué son las IAFAS?**
Las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud son las encargadas de captar y gestionar los fondos para el aseguramiento de prestaciones.
- 17 ¿Qué son las IPRESS?**
Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. De acuerdo a la Ley N° 29344, las IPRESS son instituciones o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse como personas naturales o jurídicas que tiene como objetivo la prestación de servicios de salud. Para poder ejercer esta función dentro del AUS están obligadas a registrarse ante SUSALUD.
- 18 ¿Qué son los límites?**
Son las condiciones y límites de aplicación de los beneficios de una cobertura, los cuales permiten especificar hasta dónde podemos llegar en la concesión de beneficios.
- 19 ¿Qué son los tipos de usuario?**
Es una clasificación de la población afiliada, por ejemplo: titular, cónyuges, hijos y padres.
- 20 ¿Qué son los tiempos de espera?**
Periodo en el cual los diagnósticos NO PEAS (antes capa compleja) no serán cubiertos.

2. Atención de consultas y reclamos



¿Qué es una consulta?

Solicitud de información presentada por una persona natural o jurídica a las IAFAS, IPRESS, UGIPRESS o ante SUSALUD, a través de los canales puestos a disposición por éstas, a fin de que sea atendida.



¿Qué es un reclamo?

Manifestación verbal o escrita, efectuada ante las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS por un usuario o tercera legitimado ante la insatisfacción respecto de los servicios, prestaciones o coberturas solicitadas o recibidas de estas, relacionadas a su atención en salud. La interposición del reclamo no constituye vía previa para acudir en Denuncia ante SUSALUD.

Canales de comunicación

Verbal: presencial o comunicación telefónica.

Medio electrónico: página web.



Preguntas frecuentes

1. Preguntas Generales

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

Es el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud que contiene la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones. Aprobado mediante Decreto Supremo N° 023-2021-SA.

2 ¿Qué es el Plan Complementario o NO PEAS?

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

3 ¿Las EPS cubren enfermedades preexistentes?

Las EPS cubren la atención de todas las dolencias preexistentes de aquellas enfermedades que corresponden a la cobertura obligatoria según ley, es decir, cobertura PEAS. Para dar continuidad de cobertura de preexistencias de los diagnósticos NO PEAS del Plan de Salud contratado, se deberá cumplir con:

- ✓ Al momento del diagnóstico, contar con cobertura adicional de capa compleja.
- ✓ La preexistencia no debe estar excluida de la póliza.
- ✓ La preexistencia no debe estar excluida de la póliza por declaración inoportuna, falsa o reticente.

Para tener derecho a la continuidad se debe cumplir:

- ✓ El periodo entre la fecha de cese del último vínculo laboral y el de inicio no podrá exceder de los plazos máximos del periodo de Latencia correspondiente
- ✓ Inscribirse al Plan de Salud, dentro de los 90 días calendarios posteriores al inicio de su nueva relación laboral.

Si se aplica el beneficio de continuidad de cobertura de preexistencias de los diagnósticos NO PEAS, no se aplican periodos de carencia ni espera para dichos diagnósticos.

4 ¿Qué es una carta de garantía?

Es el documento de autorización de gasto tramitador por la clínica o el proveedor del servicio médico. La carta de garantía tiene una vigencia de 15 días, siempre y cuando el afiliado se encuentre para el plan de salud.

5 Si estoy afiliado a una EPS, ¿pierdo las prestaciones económicas brindadas por EsSalud?

Para afiliados regulares las prestaciones económicas brindadas por EsSalud, como los subsidios de maternidad, incapacidad temporal y lactancia, seguirán siendo otorgadas por EsSalud al trabajador a pesar que esté afiliado a una EPS.

6 ¿Todos los trabajadores están obligados a incluir a sus derechohabientes en el Plan de Salud EPS?

Sí, es una obligación impuesta por ley. Esta obligación proviene del espíritu de la seguridad social en salud, el cual está direccionado a que todos los trabajadores y sus derechohabientes tengan una cobertura de salud, ya sea a través de EsSalud o en una EPS. Por tanto, si un trabajador se afilia al plan de salud de una EPS, tanto él como sus derechohabientes, tendrán los mismos beneficios. No obstante, si dichos derechohabientes gozan de una cobertura de salud sea como afiliado obligatorio o se encuentren afiliados a EsSalud o complementariamente a otra EPS o mantengan un régimen especial de seguridad social, no es obligatoria su inclusión, y de encontrarse ya inscritos en el Plan de Salud, se les podría excluir.

7 ¿Qué es un afiliado?

Persona inscrita en el Plan de Salud.

8 ¿Qué es un afiliado regular?

Los trabajadores activos de una empresa que laboren en relación de dependencia y sus derechohabientes.

