RIMAC

Información - 2025

Manual del afiliado EPS

Aprende todo lo que tenemos para ti

¡Queremos darte la Bienvenida!

Agradecemos tu decisión de compartir con nosotros el cuidado de tu salud y la de tu familia.

Este manual tiene como objetivo brindarte información para que utilices de manera sencilla las coberturas y beneficios de tu Plan de Salud EPS así como, resolver tus principales dudas respecto a su funcionamiento.

Indice

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

¿Cómo funciona la EPS?

01. ¿Qué es una EPS? 03

02. ¿Qué cubre tu plan de salud? 03

03. ¿Quiénes pueden afiliarse a RIMAC EPS? 04

04. ¿Qué ventajas tienes con tu EPS? 04

¿Cómo utilizar tu plan de salud?

05. Modalidades de atención 05

Cobertura y beneficios de tu plan de salud

06. Cuando estás sano 07

07. Cuando te enfermas 08

08. Programas de salud y bienestar 11

09. Cuando vas a ser mamá 12

10. Cuando tienes una emergencia 15

11. Cuando luchas contra el cáncer 16

12. Calidad de vida 18

Periodo de latencia

12. Cobertura de latencia 21

Preguntas frecuentes

13. Preguntas generales 22

14. Procedimientos de reclamos 23

¿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 Super Intendencia 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 medico 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.

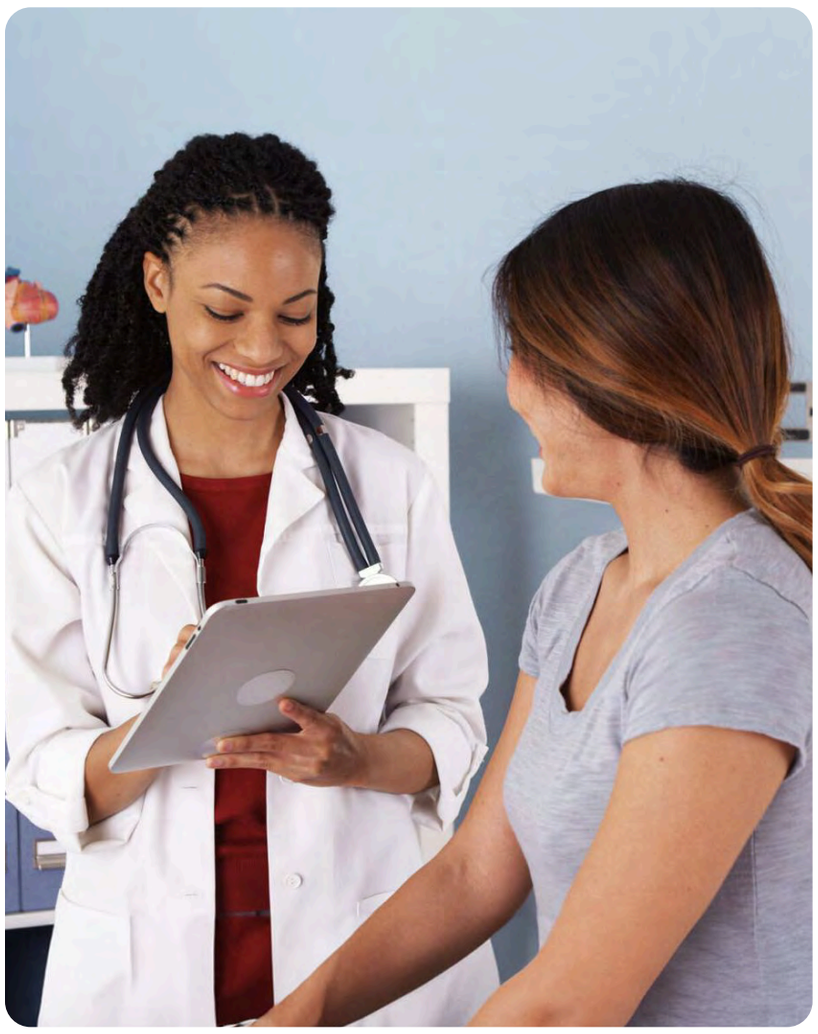
¿Quiénes pueden afiliarse a RIMAC EPS?

Pueden afiliarse **los trabajadores que estén en planilla**, así como sus derechohabientes legales*, tales como **cónyuge o conviviente, hijos** hasta los 18 años o hijos mayores de 18 años con incapacidad total y permanente. Además, si tu empresa ofrece planes adicionales, podrán afiliarse los hijos entre los 18 y 28 años, así como los padres del trabajador.

(*) Los derechohabientes son el cónyuge o concubino(a), de corresponder; hijos menores o mayores incapacitados en forma total y permanente para trabajar (según calificación que efectúe EsSalud). Todos debidamente declarados y registrados en EsSalud

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

- **Amplia red de clínicas** y centros médicos a nivel nacional.
- En caso el empleador lo ofrezca **permite asegurar padres e hijos** mayores de edad.
- Alta disponibilidad.
- **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

Esta modalidad de atención te permite recibir servicios médicos en clínicas o centros afiliados a tu Plan de Salud. Solo deberás cubrir dos conceptos: el deducible y el coaseguro. El resto del costo será asumido por RIMAC EPS.

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

Coaseguro (copago variable): Porcentaje del gasto medico por Procedimientos, insumos, medicamentos y/o exámenes auxiliaries (imágenes y laboratorio), que deberás pagar.

¡Recuerda!

Para conocer las clínicas o centros médicos a los que puedes acceder, así como los deducibles y coaseguros aplicables, revisa los detalles de 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 Documento Nacional de Identidad (DNI, carné de extranjería o pasaporte).
2. Recibe la orden de atención que generará y acude a caja **cancelar el deducible.**
3. **Asiste a tu cita** y sigue las indicaciones de tu médico.
4. En caso de 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 pre certificación 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).

Pasos para gestionar tu reembolso

1. Atiéndete con tu médico tratante y solicítale que selle y complete tu solicitud.
2. Ingresa a Reembolsos salud en tu **App RIMAC.**
3. Entra a **Iniciar reembolso.**
4. Completa los datos y envía tu solicitud.
5. ¡Listo! Recibirás los detalles de tu solicitud por correo

⚠ **Para conocer las condiciones y requisitos, tabla de limitaciones y exclusiones de los reembolsos, revisa tu Plan de Salud.**

¡Recuerda!

- 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).

Cobertura y beneficios de tu plan de salud

Con tu plan de salud RIMAC EPS tienes la mejor opción en salud

Cuando estás sano
Cuentas con un programa integral de prevención.

Cuando te enfermas
Cuentas con atenciones en las principales clínicas de Lima y provincias.

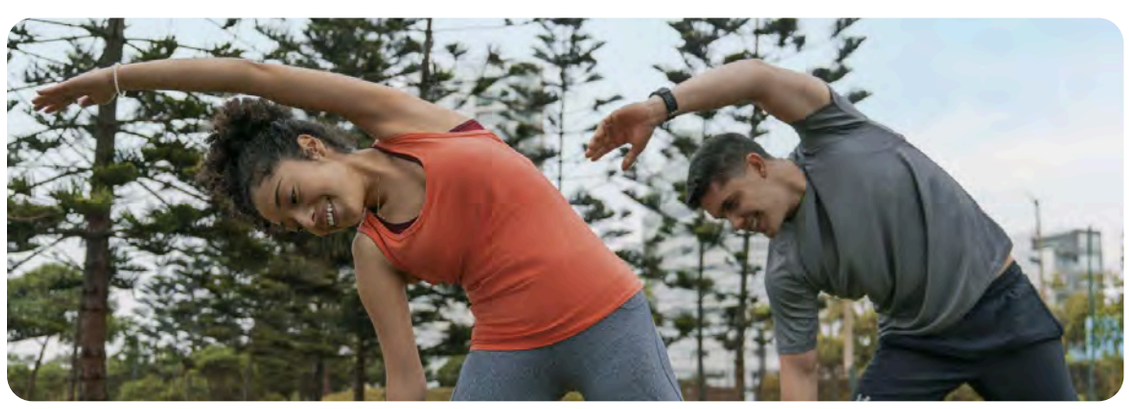
Cuando vas a ser mamá
Cuentas con un programa integral de maternidad durante y después del embarazo.

Cuando tienes una emergencia
Cuentas con asistencia integral para el asegurado.

Cuando luchas contra el cáncer
Cuentas con un programa integral oncológico.

Calidad de Vida
Tienes un programa dental y oftalmológico.

El alcance de las coberturas y beneficios que se muestran, dependerán del plan de salud EPS contratado



Cuando estás sano

Chequeos preventivos

¿Qué es y qué cubre?

Son exámenes médicos que permiten identificar los factores de riesgo de una persona sana para prevenir enfermedades.
Te brindamos los siguientes exámenes: laboratorio, evaluación médica, despistajes oncológicos, evaluaciones oftalmológicas, odontológicas y psicológicas. Tú y tus derechohabientes afiliados a la EPS pueden solicitar su chequeo preventivo de manera gratuita una vez al año y lo puedes utilizar desde el primer día de afiliado.

¿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 vía telefónica, llamando directamente a la clínica o centro médico de tu elección que esté dentro de la red de tu plan de salud.
2. Acércate al centro de salud en la fecha programada, 30 minutos antes de la consulta, con tu Documento Nacional de Identidad (DNI, carné de extranjería o pasaporte).

¡Recuerda!

- Si vas a realizarte un análisis de laboratorio, acude en ayunas.
- La consulta con el médico y los exámenes auxiliares, debes realizarlos en un solo momento.
- Recoge tus resultados en 10 días útiles y/o revísalos vía web en caso el proveedor lo brinde.

Programa de vacunación

¿Qué es y qué cubre?

Cubre las vacunas del esquema de vacunación del MINSA, así como el esquema de RIMAC EPS.

¿En qué te beneficia?

La vacunación ofrece como beneficio inmediato la inmunidad individual, brindando protección a largo plazo e incluso, en algunos casos, de por vida contra enfermedades específicas. Su objetivo principal es contribuir a la protección de toda la población, especialmente en zonas vulnerables. Consulta el esquema de vacunación del MINSA y de tu EPS en tu Plan de Salud.

¿Dónde y cómo me atiendo?

- Programa tu cita telefónica en la red de clínicas según tu plan de salud.
- Acude en la fecha programada con tu DNI, carné de extranjería o pasaporte, junto con el de tu niño y su cartilla de vacunación. Esta cartilla será entregada por primera vez en el centro de vacunación.
- La enfermera realizará el registro correspondiente para indicar cual es la vacuna que se debe aplicar.
- Finalmente, la enfermera aplicará la vacuna.

Cuando te enfermas

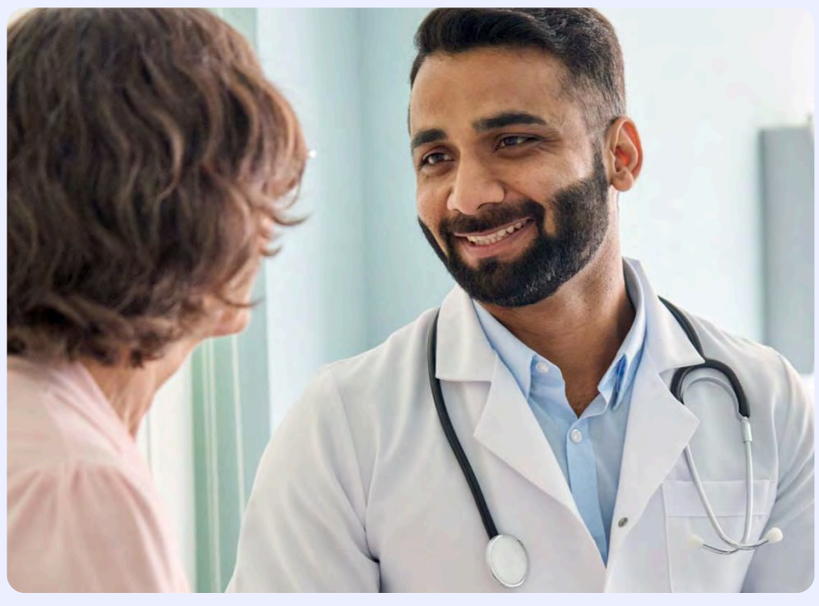
Atención ambulatoria

¿Qué es y qué cubre?

Es toda atención médica que se realiza en una clínica o centro médico, el cual tiene como objetivo el cuidado de la salud y no requiere una estadía hospitalaria.

Incluye consultas médicas, exámenes auxiliares y medicamentos.

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



¿Dónde y cómo me atiendo?

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

- 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 necesites.
- Acércate a una caja presentando tu DNI y cancela el deductible.
- En caso tu médico tratante determine que necesitas exámenes médicos o medicamentos, deberás cancelar el copago correspondiente

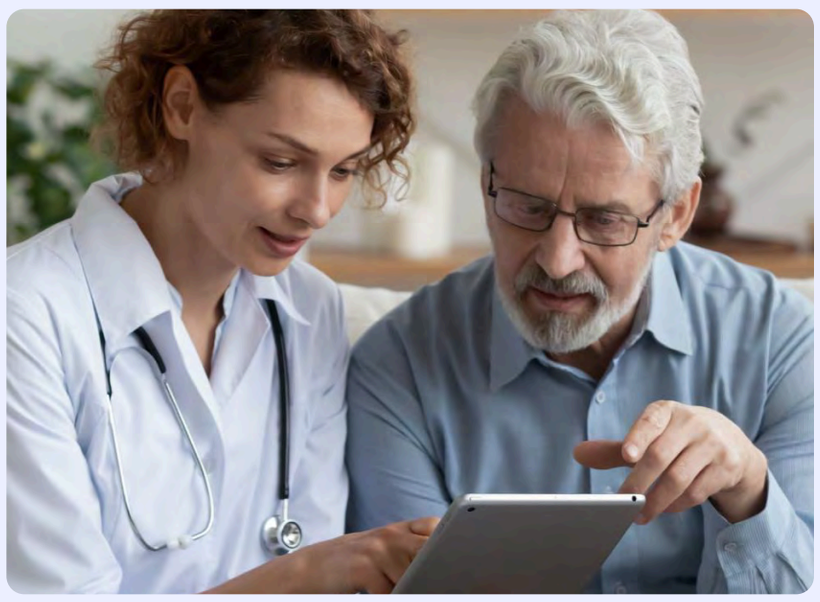
¡Recuerda!

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

Atención hospitalaria

¿Qué es y qué cubre?

La atención hospitalaria se refiere al internamiento del asegurado en una clínica o centro médico por indicación médica. Este servicio incluye el uso general de enfermería, alimentación, honorarios de los médicos tratantes, habitación simple, exámenes auxiliares y medicamentos. El monto que deberá asumir el asegurado dependerá de la clínica o centro médico donde se brinde la atención.



¿Dónde y cómo me atiendo?

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

Procedimiento de atención hospitalaria programada:

- El médico tratante determinará si necesitas hospitalizarte. De ser el caso, te dará una orden para la hospitalización.
- Acércate a admisión con la orden. La clínica se encargará de tramitar con RIMAC EPS la carta de garantía necesaria.
- Luego aprobada la carta, tu hospitalización será programada y deberás acércarte a la clínica.
- Finalizando tu hospitalización, deberás pagar el deducible, copago y los gastos no cubiertos de acuerdo a tu plan.

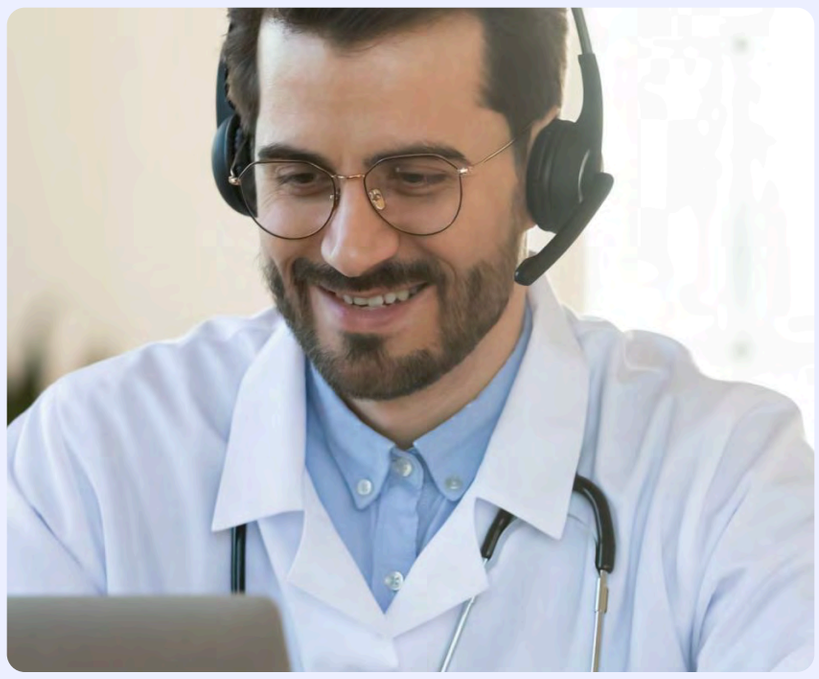
Procedimiento de atención hospitalaria no programada (emergencia):

- En caso de ser internado por emergencia, la clínica te brindará la atención médica requerida y posteriormente, regularizarás la carta de garantía con RIMAC dentro de las 24 horas.
- Es importante la presentación de tu Documento Nacional de Identidad (DNI, carné de extranjería o pasaporte). En caso no cuentes con este o estés incapacitado, la clínica deberá proceder con la atención de acuerdo a lo indicado en la ley de emergencia.

Médico virtual

¿Qué es y qué cubre?

Son atenciones médicas de baja complejidad (una duración de menos de 7 días) a través de videollamadas en las especialidades de Medicina General y Pediatría. Conoce las condiciones de los servicios descritos anteriormente **ingresando aquí.**

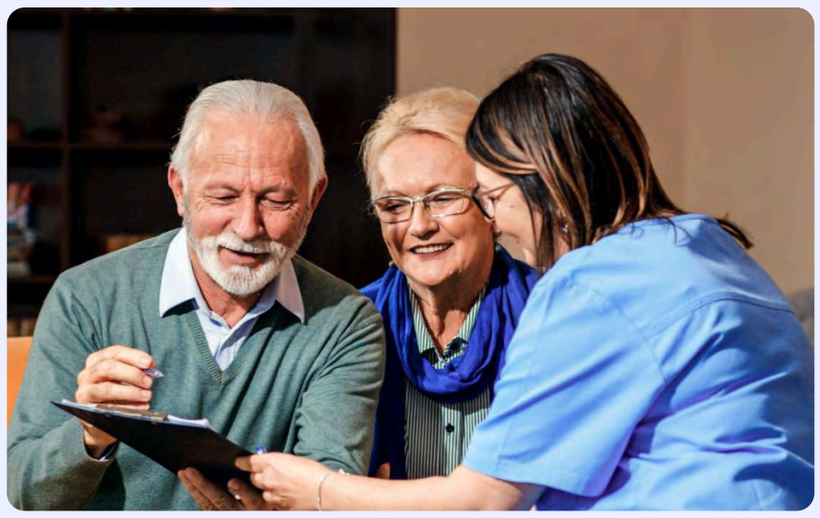


¿Dónde y cómo me atiendo?

Accede al beneficio llamando a la Central Telefónica RIMAC al (01) **411 1111, opción 2, subopción 1.**

Médico a domicílio

Son atenciones médicas en el domicilio del asegurado, para enfermedades agudas y leves como resfríos, dolor de cabeza, malestar estomacal y otros diagnósticos definidos por el triaje telefónico. Consultas disponibles en Medicina General y Pediatría (según disponibilidad y zona de cobertura).



¿Dónde y cómo me atiendo?

- Accede al beneficio a través del **Centro Médico Virtual** en donde, bajo criterio médico, podrás programar una atención domiciliaria en las especialidades de Medicina General y Pediatría.
- Cobertura y condiciones según tu Plan de Salud vigente.

Importante

- No aplica para emergencias ni enfermedades crónicas
- Se requiere un ambiente privado y bien iluminado para la consulta.

Programas de Salud y Bienestar

Programa Cuídate

¿Qué es y qué cubre?

Es un programa de control de personas con hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia y/o asma. El objetivo del programa es que las personas tomen conciencia de su enfermedad y riesgos, reciban tratamiento y realicen autocuidado.

Incluye talleres educativos y consejería permanente, medicamentos y exámenes auxiliares*, consultas con médicos especialistas del programa y otros servicios adicionales.

(*) Según lo prescrito por el médico tratante del programa, el petitorio de medicamentos del programa Medicamentos. Exámenes auxiliares, según protocolo del programa.

Otras enfermedades crónicas

¿Qué es y qué cubre?

Es un programa de acompañamiento y control para otras enfermedades crónicas, el cual aplica para los siguientes diagnósticos: hipotiroidismo, artritis reumatoide, enfermedad cardiovascular e hipertiroidismo. El acompañamiento consiste en la teleorientación y consulta virtual con médicos y enfermeras que lo guiarán en el manejo de su enfermedad y seguimiento a los indicadores del cuidado de la misma.

Monitoreo de pacientes diabéticos

¿Qué es y qué cubre?

Este beneficio permite el seguimiento de pacientes diabéticos mediante dispositivos móviles y herramientas de autodetección. Aplica exclusivamente a personas con indicación médica para el uso de insulina, tanto si forman parte del programa Cuídate como si no.

Incluye la entrega de un glucómetro, tiras reactivas y lancetas, de acuerdo con la receta médica correspondiente.

Cuando vas a ser mamá

Atención por maternidad

¿En qué consiste?

Beneficio diseñado para cuidar la salud de la madre gestante y la del bebé durante el embarazo, en el momento del parto y después del parto.

¿En qué te beneficia?

Durante el embarazo:
Brinda atenciones médicas tales como: controles prenatales, vacunas*, exámenes auxiliares, psicoprofilaxis y ecografías.

En el momento del parto:
Brinda cobertura para el parto natural, múltiple o cesárea, incluyendo también exámenes auxiliares y medicamentos provenientes del parto.

Después del embarazo:
Entrega atenciones médicas para la mamá y el recién nacido, tales como controles postnatales y tamizaje neonatal para el descarte de enfermedades congénitas**.

- Debes tener en cuenta que el costo asumido por el asegurado dependerá de la clínica o centro médico de atención.
- (*) Las vacunas recomendadas en la gestante están cubiertas al 100% en nuestra Red de Clínicas. Revisa nuestro Programa de Vacunación y centros de atención aquí.
- (**) El tamizaje neonatal aplica para recién nacidos hasta los 28 días de nacidos de acuerdo a las condiciones del plan de salud.

Consulta y exámenes

Las consultas y exámenes auxiliares están cubiertos en el control prenatal y post-natal son los siguientes***

1. **Consultas prenatales:**
   - 7 primeros meses: 7 citas (1 al mes).
   - 8º mes: 2 citas (1 x quincena).
   - 9º mes: 4 citas (1 x semana).

Exámenes auxiliares

Hemograma, Glucosa, Creatinina, Grupo Sanguíneo, Factor Rh, VDRL, Elisa VIH, Examen de Úrea y Examen completo de orina. (Exámenes cubiertos dentro del control prenatal).

(***) La cobertura de estos dependerá de la clínica o centro médico y de tu plan de salud.

2 Durante el embarazo

- Ecografías: 3 ecografías obstétricas bidimensionales (1 por trimestre).
- Psicoprofilaxis: 7 sesiones (a partir de las 24 semanas de gestión).

3 Después del embarazo:

- Consultas postnatales: 2 citas médicas.

¿Dónde y cómo me atiendo?

Puedes atenderte en las clínicas o centros médicos afiliados a tu plan de salud de la Red de Maternidad.

Control niño sano

¿Qué es y qué cubre?

- Consta de evaluaciones pediátricas y exámenes auxiliares desde la primera semana de nacido hasta niños y niñas de 11 años (inclusive).
- Es un control gratuito que se brinda en las clínicas de la red de maternidad, estipuladas en tu plan de salud.
- Para acceder a este servicio, el niño debe haber sido inscrito en RIMAC EPS.
- También se incluyen prestaciones adicionales para niños expuestos a VIH en Control de Niño Sano.
- Adicionalmente, RIMAC EPS te ofrece el Programa Ampliado de Vacunas, para niños menores de 12 años afiliados al plan de salud.

¿Dónde y cómo me atiendo?

Puedes atender a tus hijos en las clínicas o centros médicos de tu preferencia, afiliados a tu plan de salud.

- Es requisito para poder acceder a la cobertura de Control del Niño Sano, que el recién nacido se encuentre afiliado al plan de salud.
- El programa de Control del Niño Sano no incluye farmacia ni exámenes auxiliares. Si derivase en la descripción de medicinas o exámenes auxiliares, se considerará como una consulta ambulatoria, por lo cual, será necesario coordinar previamente una cita.
- Revida tu plan de salud en el anexo de prevención para que conozcas los tipos de exámenes e inmunizaciones disponibles.

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.

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. La presente cobertura se otorgará de acuerdo a lo especificado en tu plan de salud.

¿Dónde y cómo me atiendo?

Puedes atenderte en las clínicas o centros médicos afiliados a nivel nacional según el plan de salud contratado, consultando el procedimiento de atención a crédito y por reembolso en las páginas 5 y 6.

Planificación Familiar

¿Qué es y qué cubre?

- Incluye la consejería en Planificación Familiar, Inserción y Retiro deñ DIU.
- La consejería en Planificación Familiar se da a aquellos que tienen 12 años en adelante (de acuerdo a la definición del grupo de edad).
- Cubre hasta 4 consultas ambulatorias por año e incluye métodos anticonceptivos hormonales y no hormonales.
- Se cubre la inserción y retiro del dispositivo intrauterino (DIU), así como el mismo dispositivo. Tener prssente que el consejo y asesoramiento sobre la anticoncepción será brindado por el médico tratante bajo las condiciones ambulatorias del presente plan de salud.

Cuando tienes una emergencia

Atención emergencia

¿Qué es y qué cubre?

Una emergencia es una situación repentina e inesperada que podría poner en peligro inminente tu vida o en grave riesgo tu salud. La misma requiere atención y procedimientos médicos inmediatos, teniendo en cuenta que es el médico tratante quien determina si es caso se trata de emergencia o una urgencia.
Asimismo, no se debe confundir emergencia con urgencia, dado que una urgencia es cuando requieres atención médica, pero ni tu vida ni tu salud están en riesgo.

Existen dos tipos de emergencia:

Accidental

Hecho producido por un accidente que es una situación imprevista, fortuita y ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad. Por ejemplo, la fractura de un brazo.

Médica

Es aquella que no es consecuencia de un accidente. Por ejemplo, un infarto al corazón

Sin costo para el asegurado, incluye el traslado en ambulancias, procedimientos médicos, exámenes auxiliares y medicamentos hasta la estabilización del paciente.

¿Donde y cómo me atiendo?

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

- Acércate a Emergencia de alguna de las clínicas afiliadas.
- El médico te atenderá y determinará si es una emergencia. Su no, deberás abonar el deducible y consulta.
- En caso se tratase de una emergencia accidental o médica, los gastos serán cubiertos al 100%.

¡Recuerda!

Una vez estabilizada la emergencia se aplicarán los deducibles y coaseguros respectivos, ya sea que se derive a una atención ambulatoria u hospitalización. Los gastos por una emergencia previos a la hospitalización o atención ambulatoria, son asumidos por RIMAC EPS al 100%. Si el médico tratante determina que tu caso no es una emergencia, sino una urgencia, deberás asumir el deducible y coaseguro correspondientes según lo establecido en tu plan de salud.

Continuidad de emergencia accidental

¿Qué es y qué cubre?

Brinda controles médicos por continuidad de una emergencia accidental a costo cero para el asegurado, teniendo en cuenta que los controles se brindan en la clínica donde se produjo la atención inicial con un plazo máxima de 90 días transcurridos después del accidente. Esta cobertura incluye: controles ambulatorios, exámenes radiológicos de control, sesión de terapia física, retiro de puntos y retiro de yesa.

¡Recuerda!

No incluye hospitalizaciones o cirugía ambulatoria derivada del accidente. No se cubren aparatos ortopédicos ni ortésicos, tales como: cabestrillos, collarines, muletas, entre otros

Cuando luchas contra el cáncer

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 metástica.
- 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 Foodand Drug Administration (FDA), Euripean Medicine Agency (EMA) o Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH) o de acuerdo a las guías de manejo oncológico de INCCN 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 afilación al plan de salud.
- Tratamientos en el extranjero.
- Costo de órganos y tejidos trasplantados ni los gastos relacionados al transplante 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).

Calidad de vida

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 sibgingival, gingivectomía y gingivoplastía. El costo asumido por el asegurado 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.
- Acércarte 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

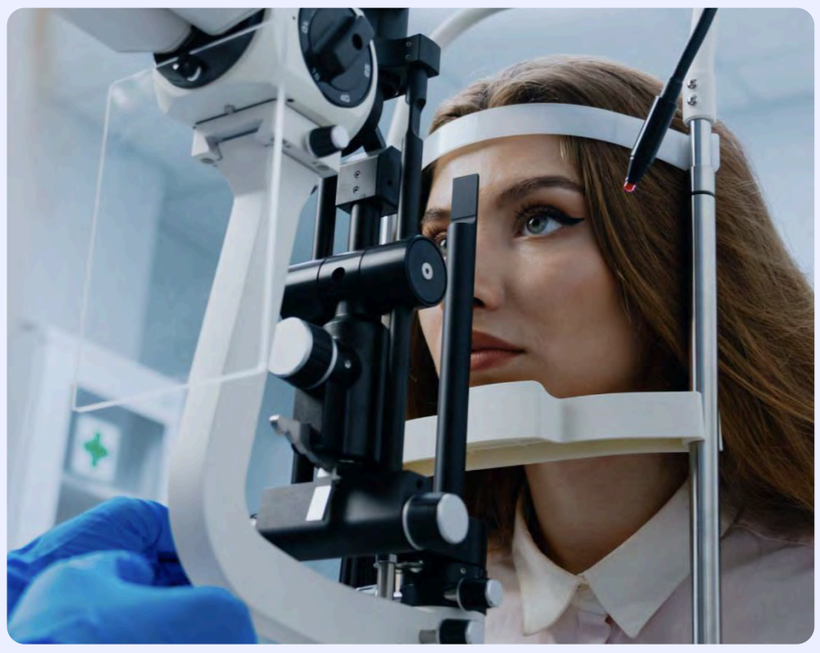
¡Recuerda!

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 asegurado 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.
- Acércarte 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 oftalmológicos dependerá del plan de salud EPS contratado.

Salud mental

¿En qué consiste?

Este beneficio, dirigido a nuestros afiliados y sus beneficiarios, incluye una evaluación para detectar posibles síntomas de riesgo en salud mental y, si se determina la necesidad, cubre atenciones médicas en psicología y psiquiatría, permitiéndote elegir entre atención presencial o virtual según tu preferencia.

Cubre la siguientes atenciones

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

Cada una de ella está sujeta a deducibles y coaseguros según tu plan.

Monturas y Cristales

¿Qué es y qué cubre?

Aplica para niños y adolescentes de 3 a 17 años y de acuerdo a las condiciones del Plan de Salud.
Solo aplica para las siguientes patologías: miopía , astigmatismo e hipermetropía.
Condiciones según le plan de salud contratado

Hospitalización en casa

Dirigido a

- Pacientes de larga estancia hospitalaria en tratamiento recuperativo.
- Con patologías agudas de baja complejidad como por ejemplo: diagnóstico de infección urinaria, neumonía, celulitis, viruela símica que puedan recibir tratamiento en casa de acuerdo a la evaluación del proveedor.

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 de listado del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS (antes Capa Simple) durante la primera mitad del período 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.

Para conocer las condiciones del servicio, **haz clic aquí.**

¡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

¿Donde 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 etendido 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.

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 Nº 023-2021-SA.

2 **¿Qué es el Plan Complementarios 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 manerafacultativa 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 planes 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 presentaciones 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 asegurado 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.

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 aparta 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 IA FAS?**
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?**
Institución Prestaciones de Servicios de Salud. De acuerdo a la Ley Nº 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 permite especificar hasta dónde podemos llegar en la concesión de beneficios.

19 **¿Qué son los tipos de usuario?**
Es una clasificación de la población asegurada, 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. Procedimientos de 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.

¿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.

Aló 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 cuanto 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 artículo 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: https://www.gob.pe/susalud