



Salud Empresarial

Manual del afiliado

RIMAC

¡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 puedas usar de manera sencilla los beneficios del plan base del seguro Salud Empresarial.


**Aprende a
usar tu seguro en
3 simples pasos:**

1

An icon of a smiling face with a heart above it, representing understanding or learning.

**¿Cómo funciona
la EPS?**

2

An icon of a medicine bottle and a pill, representing health or medical care.

**¿Cómo utilizar tu
plan de salud?**

3

An icon of a question mark and a speech bubble, representing questions or frequently asked questions.

**Preguntas
frecuentes**

¿Cómo funciona el seguro?

Salud empresarial



¿Cómo funciona el seguro salud empresarial?

En este seguro tienes un plan base con lo más esencial y también tienes la posibilidad de contratar planes adicionales.

Plan base



Médico empresarial digital



Emergencias accidentales y médicas



Consultas médicas en clínica



Chequeo preventivo



Médico a domicilio



Derivación de farmacia

Planes adicionales

Plan adicional 1:

Plan base + Hospitalización (Hospitalización en clínica y en casa)



Plan adicional 2:

Plan base + Hospitalización (Hospitalización en clínica y en casa) + Maternidad.



*Recuerda que podrás cambiar de plan de salud solo en el mes de la renovación de la póliza.

Lo que debes saber desde el primer día

Periodo de carencia

Es el periodo inicial durante el cual las enfermedades que tengan o se diagnostiquen al afiliado, no serán cubiertas durante todo el periodo de vigencia del seguro, ni en sus renovaciones, considerándose estas como excluidas de cobertura. El seguro salud empresarial tiene un periodo de carencia de 30 días para todas las coberturas a excepción de los siguientes beneficios que podrás usar desde el día 1:

- ✔ Emergencia accidental
- ✔ Médico a domicilio
- ✔ Orientación médica telefónica
- ✔ Médico virtual

Periodo de espera

Es el periodo inicial durante el cual las coberturas no están activas. Culminado este periodo, se otorgarán dichas coberturas con normalidad. En este seguro solo hay un periodo de espera para la cobertura de maternidad, es decir, te podrás atender por maternidad después de haber pasado 10 meses desde la afiliación al plan adicional 2.

Lo que debes saber desde el primer día

¿Quiénes se pueden afiliar al seguro?

El titular puede elegir afiliarse solo o con sus dependientes bajo las siguientes condiciones:

- ✔ Cónyuge o conviviente hasta los 59 años con 364 días
- ✔ Hijos menores de edad

Si durante la vigencia de la póliza, el hijo cumple la mayoría de edad o el titular/cónyuge/conviviente cumple los 60 años se procede a culminar la vigencia de la póliza (en caso del titular) o desvincular al dependiente de la póliza.

¿Cuándo puedo realizar cambios en mi seguro?

Podrá cambiar de plan de salud al base o algún adicional solo en el período de renovación de la póliza. Para ello, deberá coordinar dicho cambio con el área de recursos humanos de su empresa.

Si me afilio, ¿pierdo Essalud?

No, el afiliado no perderá el acceso a Essalud pues el seguro de salud empresarial es un complemento.

Canales digitales 24h

Portal RIMAC

Regístrate para empezar a usar tu seguro de forma rápida y fácil

- 1 Ingresa a Portal RIMAC [Aquí](#)
- 2 Regístrate colocando tus datos, mail y teléfono.
- 3 Valida tus datos.
- 4 Crea tu contraseña y ¡Listo!

RIMAC: tu asistente virtual

Disponible 24/7 vía whatsapp

Escribe al whatsapp, 937 071 164 y podrás consultarle

- 1 El resumen de tu póliza.
- 2 Consultar trámites.
- 3 Consultar las clínicas de tu seguro y más.



¿Cómo utilizar tu plan de salud?

Plan de salud RIMAC

¿Cómo utilizar tu plan de salud?

Modalidades de atención

Podrás atenderte en este plan de salud bajo la **modalidad de crédito.**



¿Cómo utilizar tu plan de salud?

Modalidad de crédito

Modalidad en la cual al atenderte en una clínica o centro médico afiliado a tu plan de salud, pagarás por dos conceptos: el deducible y el coaseguro.

Deducible (copago fijo)

Monto fijo que debes pagar en la clínica o centro médico elegido, cada vez que asistes para obtener un servicio de salud, como consultas médicas.

Coaseguro (copago variable)

Porcentaje que debes pagar del costo total de los servicios de salud en la clínica o centro médico, como procedimientos, insumos, medicamentos y/o exámenes auxiliares (imágenes y laboratorio).

Recuerda que RIMAC cubre el resto del costo de la atención.

Plan base

1

**Médico
empresarial
digital**

2

**Consultas
médicas
en clínica**

3

**Médico
a
domicilio**

4

**Emergencias
accidentales
y médicas**

5

**Chequeo
preventivo**

6

**Derivación
de
farmacia**

1. Médico empresarial digital

¿Qué es?



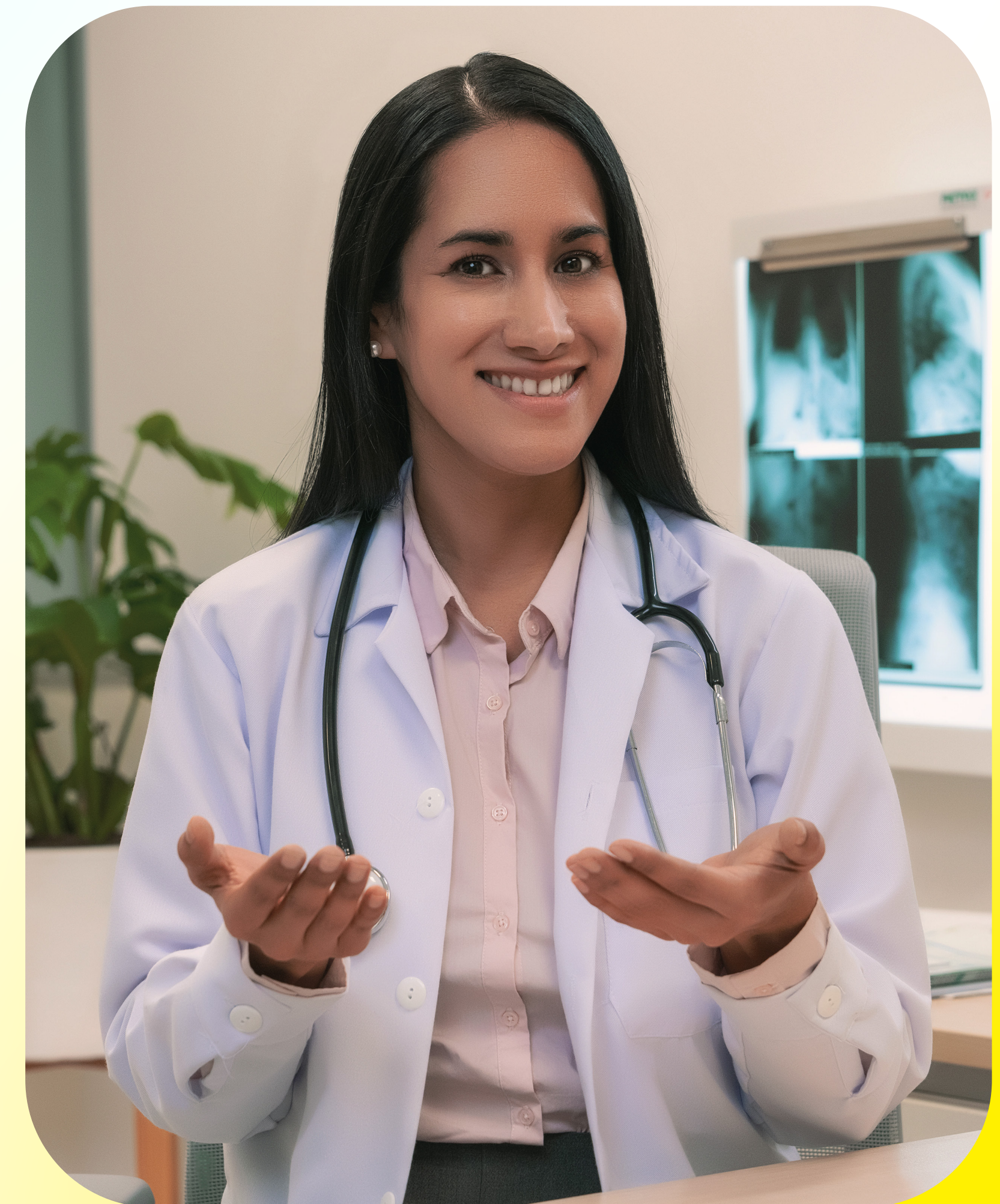
Es un servicio que concentra una atención integral a través de nuestros canales de teleconsulta y atención presencial tanto en casa como en clínica.

¿Qué cubre?



Accedes a una teleconsulta médica con envío de medicinas, exámenes de laboratorio, imágenes (rayos x, ecografía y tomografía) e interconsulta virtual con especialistas. De ser necesario, el médico puede enviarte una atención domiciliaria sin costo alguno.

Si tu médico considera que requieres una consulta médica presencial en clínica, serás derivado a una clínica afiliada a tu plan de salud que incluye exámenes auxiliares y medicinas que serán entregadas en las cadenas de farmacia derivadas por la clínica.



2. Consultas médicas en clínica



¿Qué es?

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.



¿Qué cubre?

Incluye consultas médicas, exámenes auxiliares y medicamentos. Recuerda revisar el costo por la atención en tu plan de salud.



2. Consultas médicas en clínica

Procedimiento de atención



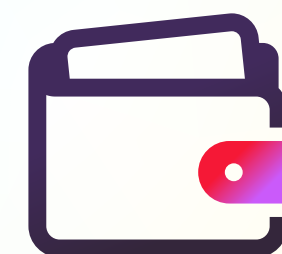
Revisa tu plan de salud para ver qué clínicas están a tu disposición.



Acércate a caja presentando tu DNI y cancela el deducible.



Separa una cita en la clínica de tu elección y en la especialidad que necesitas.



En caso tu médico tratante determine que necesitas exámenes médicos o medicamentos, deberás cancelar el copago correspondiente.

Recuerda que:

- ✓ No estarán cubiertos los procedimientos, diagnósticos, ni medicamentos excluidos o cuando se trate de una enfermedad preexistente.
- ✓ El beneficio no incluye: atención en maternidad, oncología, terapia biológica en cáncer, atención odontológica, medicina física y rehabilitación, psicología y psiquiatría, atención preventivo promocional (chequeo preventivo y vacunas), planificación familiar, tratamiento de esterilización, bótox para casos terapéuticos y enfermedades congénitas.

3. Médico a domicilio

¿Qué es?



Son atenciones médicas por enfermedades agudas de baja complejidad en el domicilio del asegurado.

¿Qué cubre?



- ✓ Atención médica ambulatoria
- ✓ Envío de medicinas
- ✓ Exámenes de laboratorio (de ser necesarios)

- ✓ En los casos que los análisis clínicos impliquen equipos médicos no móviles, estos se efectuarán en el proveedor indicado por el médico a domicilio.
- ✓ Las medicinas recetadas por el médico serán enviadas vía delivery.



3. Médico a domicilio

Procedimiento de atención

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

- 1 Ingresa a tu cuenta o regístrate en Portal RIMAC.
- 2 Dirígete a la sección servicios y selecciona servicios de salud.
- 3 Selecciona el servicio médico a domicilio y separa tu cita.
- 4 El único pago que debes realizar es por la consulta. El medio de pago deberás confirmarlo al programar la cita.

También puedes solicitarlo llamando a la central (01)411-1111 opción 2 y luego opción 3.

Recuerda que:

- ✔ La atención es sujeto 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.

4. Emergencias accidentales y médicas

¿Qué es?



Toda condición repentina e inesperada que requiere atención y procedimientos médicos y/o quirúrgicos inmediatos al poner en peligro inminente la vida, la salud, o que pueden dejar secuelas invalidantes en el asegurado. La determinación de la condición de emergencia es realizada por el profesional médico encargado de la atención bajo responsabilidad.

- **Emergencia accidental:** Es aquella causada por un accidente, es decir, por una fuerza externa, repentina y violenta. Por ejemplo, una fractura.
- **Emergencia médica:** Es aquella que no es causada por un accidente. Por ejemplo, un infarto al corazón.




Recuerda que:

- ✓ Una vez concluida la atención en el servicio de emergencia y si el paciente requiere continuar el tratamiento, ya sea en hospitalización o es referido a un servicio de atención ambulatoria, aplicarán los deducibles y coaseguros respectivos.
- ✓ Las atenciones de urgencia, que son situaciones donde no peligra la vida del paciente y la atención no requiere ser inmediata, están sujetas al pago de deducibles y coaseguros respectivos.
- ✓ Ejemplos de urgencia: fiebre, diarrea, dolor de garganta, dolor de oído, enfermedad respiratoria, tos, asma leve, infección urinaria, quemaduras menores, torceduras, esguinces, entre otros.
- ✓ Se brindará atenciones en las redes de proveedores, las cuales se detallan en el plan de beneficios.



4. Emergencias accidentales y médicas

Procedimiento de atención

-  Acércate al área de emergencia de las clínicas afiliadas a tu plan o llama al (01) 411 - 1111 para solicitar una ambulancia.
-  El médico te atenderá y determinará si es una emergencia accidental. Si no, deberás abonar el costo total por la atención.
-  En caso se tratase de una emergencia accidental, los gastos serán cubiertos al 100%.

Recuerda que:

- ✓ 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.
- ✓ En caso el paciente necesite ser hospitalizado deberá haber contratado previamente el plan de salud adicional 1 que incluye la cobertura de hospitalización, para poder ser atendido.

5. Chequeo preventivo



¿Qué es?

Son exámenes médicos que permiten identificar los factores de riesgo de una persona sana para prevenir enfermedades en el futuro.



¿Qué cubre?

Te brindamos los siguientes exámenes: laboratorio, evaluación médica, despistajes oncológicos, evaluaciones oftalmológicas, odontológicas y psicológicas.

Puedes solicitar tu chequeo preventivo de manera gratuita una vez al año y desde el primer día de afiliado.



6. Derivación de farmacia

¿Qué es?



Beneficio que te permite obtener las medicinas de tus atenciones ambulatorias a los mejores precios en tu domicilio a través de nuestros proveedores: Cuida Farmacia, Inkafarma o MiFarma en todo el país.

¿Qué cubre?



En Lima, si te atiendes en las clínicas afiliadas a tu plan de salud "Salud Empresarial", puedes pedir tus medicinas a domicilio al mejor precio y con un copago único. En provincia, aplica para la medicación que resulte de una atención ambulatoria en cualquier clínica. Recuerda que solo pagarás el 20% del precio de tus medicamentos.

Aplica solo para atenciones ambulatorias en Lima y/o provincia.



6. Derivación de farmacia

Consideraciones



Te entregarán tus medicinas de acuerdo con tu receta médica. Se considerará las exclusiones y limitaciones de tu producto de salud. No aplica para atenciones realizadas por reembolso o atenciones con médico particular.

El pago se realiza cuando te entreguen tus medicinas. La disponibilidad y condiciones de este beneficio dependen de tu producto de salud contratado.



Preguntas frecuentes

Plan de salud RIMAC

Preguntas frecuentes

- 1 Si adquiero el plan base, ¿es posible después cambiar de plan?**
Sí, puedes cambiar al plan que desees al momento de afiliarte al seguro o en la renovación de la póliza. Sobre este último punto, deberás coordinar con el área de recursos humanos de tu empleador.
- 2 Si ceso mis labores, ¿puedo continuar con el beneficio?**
No, al ser un producto colectivo, el colaborador no puede mantenerlo por su cuenta. Lo que puedes hacer es adquirir un seguro individual con asesoría del Call Center RIMAC.
- 3 ¿Cuál es el límite de edad?**
El límite de edad es de 59 años con 364 días de edad. Esto aplica tanto para el titular como para los dependientes. Pasada esta edad, se procede a desvincular/retirar a la persona.
- 4 Si decido afiliarme, ¿pierdo Essalud?**
No, el seguro Salud Empresarial te permite seguir atendiéndote en Essalud.
- 5 ¿Cubre atenciones por COVID19?**
Sí, se cubre el covid bajo las condiciones del plan. Sin embargo, se debe considerar que en el periodo de carencia esta enfermedad no está cubierta.

Procedimientos de reclamos

¿Qué es una consulta?

La comunicación por lo que se busca que la empresa aseguradora proporcione determinada información ante una situación de incertidumbre, desconocimiento o duda relacionada a la operación, producto o servicio ofrecido.

¿Qué es un reclamo?

La comunicación presentada por los usuarios o por terceros en nombre de los usuarios, expresando su insatisfacción con la operación, producto o servicio recibido o por el incumplimiento de las obligaciones contempladas en los contratos o marco normativo vigente, o manifestando la presunta afectación de su legítimo interés. Adicionalmente, se considera reclamo a toda reiteración que se origina como consecuencia de la disconformidad del usuario respecto de la respuesta emitida por la empresa, o por la demora o falta de atención de un reclamo o de un requerimiento.

Canales de comunicación



Verbal: presencial o comunicación telefónica.



Medio electrónico: página web o correo electrónico.





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

- Página web: www.rimac.com
- E-mail reclamos: reclamos@rimac.com.pe .
- E-mail consultas: atencionalcliente@rimac.com.pe.
- Aló RIMAC: (01) 411-1111.

Procedimientos de reclamos

¿Cómo es el proceso de atención de reclamos?

Procedimiento de atención:

-  **1** **Recepción:** a través del Libro de Reclamaciones.
-  **2** **Asignación de un número correlativo.**
-  **3** **Atención**
-  **4** **Investigación, resultado y notificación.**

¿Cómo es el proceso de atención de consultas?

Procedimiento de atención:

-  **Recepción**  **Resultado y respuesta**

¿En cuánto tiempo daremos respuesta

El **plazo es de 30 días** útiles calendario tanto para reclamos como consultas.

¿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: portales.susalud.gob.pe/web/portal



Juntos todo es posible

(01) 411 1111

rimac.com

