

CONDICIONES, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Las presentes Condiciones, Exclusiones y Limitaciones que forman parte del Plan de Salud están sujetas, en lo que corresponda, a lo dispuesto en la Ley N° 26790 y su Reglamento D.S. N° 009-97-SA, Ley N° 29344 y su Reglamento D.S. N° 008-2010-SA, del D.S. N° 016-2004-SA (Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS), y demás normas complementarias, modificatorias, rectificatoria y/o sustitutorias que resulten aplicables.

Las coberturas y beneficios serán otorgados de conformidad con dichas normas y de acuerdo con las condiciones establecidas en el Plan de Salud contratado y en sus Condiciones Generales, Particulares y Especiales.

Las Exclusiones Aplicables a Diagnósticos No PEAS, detalladas más adelante no condiciona la cobertura de las condiciones, intervenciones y prestaciones incluidas en el Plan de Beneficios del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) vigente.

EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A DIAGNOSTICOS PEAS Y NO PEAS:

Se excluyen de la cobertura del presente Plan de Salud:

- A. Las prestaciones económicas de cualquier índole, salvo que el beneficio haya sido expresamente incluido en el presente Plan de Salud.
- B. Los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales cubiertos por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, aunque no fueran amparadas por el asegurador.
- C. Sea que se trate de un diagnóstico contemplado en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (diagnóstico PEAS) o no incluido (diagnóstico No PEAS), se excluye de cobertura todo procedimiento o terapia que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente, de naturaleza cosmética, estética o suntuaria:
 - Cirugías no recuperativas ni rehabilitadora.
 - Cirugía Plástica.
 - Odontología Estética.
 - Tratamiento de periodoncia y ortodoncia
 - Curas de Reposo o de sueño.
 - Lentes de Contacto.
- D. Todo daño derivado de la autoeliminación o lesiones autoinfligidas; salvo en pacientes con esquizofrenia o períodos depresivos diagnosticados conforme al PEAS.
- E. Otras exclusiones que establezca ESSALUD.

En caso el presente Plan de Salud incluya expresamente cobertura para las exclusiones detalladas, la EPS podrá racionalizar el suministro de prótesis, ortesis, corsés, u otros (como sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés, etc.), así como la cobertura de terapias o intervenciones más complejas de alto costo y con baja posibilidad de recuperación.

EXCLUSIONES APLICABLES A DIAGNÓSTICOS NO PEAS:

En adición a las Exclusiones Generales, para el caso de diagnósticos No PEAS, se excluye de la cobertura del presente Plan de Salud las causas, consecuencias, secuelas, ni complicaciones de un tratamiento médico y/o quirúrgico al que, de acuerdo con las condiciones del presente Plan, no le corresponda cobertura, o que habiéndose otorgado no correspondía dicha cobertura, o no haya sido cubierto por este plan.

Tampoco están cubiertos los gastos relacionados con:

Exclusión 1: Por vía de crédito y/o por vía de reembolso, los costos de prestaciones de salud realizadas o programadas en centro de salud, clínicas, hospitales, y cualquier otra institución médica o que preste de servicios de salud, que no cuente con registro en el Registro Nacional de IPRESS de la Superintendencia Nacional de Salud, o que el mismo haya sido suspendido o cancelado, o que no cuenten con categorización, o ésta no se encuentre vigente, debidamente otorgada por la Dirección de Salud Regional o entidad que corresponda. Tampoco se cubren los costos de prestaciones de salud realizadas, por realizarse o programadas en centros o instituciones que realizan actividades educativas o de investigación, salvo que el afiliado cuente con autorización previa expresa de Rímac para dicha atención.

Exclusión 2: Medicamentos, insumos y/o materiales médicos, y/o en general productos farmacéuticos, sanitarios, dispositivos médicos que no cuenten con registro sanitario otorgado por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas para su comercialización en el Perú. Tampoco se cubren los medicamentos detallados en la sección Medicamentos y Productos no cubiertos por Rímac EPS que figura como anexo.

Exclusión 3: Las intervenciones quirúrgicas y/o cirugías cuyo objeto sea la corrección de errores de refracción, como miopía, hipermetropía, astigmatismo o presbicia. Tampoco se encuentran cubiertos gastos relacionados con lentes intraoculares multifocales y/o lentes de contacto y/o otros medicamento no necesarios. Salvo que el Plan de Salud incluya expresamente el beneficio o se haya sustentado medicamento como única opción de tratamiento de acuerdo con las características y condición de salud del paciente.

Exclusión 4: Curas de reposo y/o de sueño. Tampoco se encuentran cubiertos los gastos relacionados con salud mental, diagnóstico y/o tratamiento de enfermedades psiquiátricas y/o psicológicas, salvo que el Plan de Salud incluya expresamente el beneficio; en cuyo caso solo se cubrirán los diagnósticos incluidos en el PEAS para la población adulta (mayores de 18 años) y de acuerdo al esquema de estudio, diagnóstico y tratamiento establecidos en el PEAS, conforme al anexo adjunto (Anexo relacionados las Condiciones, Exclusiones y Limitaciones).

Exclusión 5: Trastornos del desarrollo psicomotor y/o del lenguaje que no sean consecuencia de enfermedades o condiciones congénitas o traumatismos, neoplasias o accidentes cerebrovasculares. En caso corresponda la cobertura la terapia de rehabilitación se otorgará por un máximo de 180 días calendarios, sujeto a supervisión del médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación, así como que dicho procedimiento sea realizado por tecnólogos colegiados. No procede la cobertura vía crédito o reembolso en caso el tratamiento no sea prescrito y/o realizado por los especialistas señalados.

Exclusión 6: Enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos, sea que estén o no asociados a defectos genéticos, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE10, manifestados en cualquier etapa de la vida. Salvo que el Plan de Salud incluya el beneficio, sujeto a que el nacimiento del afiliado se haya producido durante la vigencia del Plan de Salud y su afiliación se haya efectuado en el plazo establecido en este Plan de Salud. Los siguientes diagnósticos con código CIE 10 se encuentran cubiertos a favor de la población pediátrica: Q03, Q35, Q36, Q37 y Q65, conforme a lo definido por el PEAS.

Exclusión 7: Enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de vigencia y/o afiliación al presente Plan de Salud, así como los riesgos asociados a dichas preexistencias. Se entiende como riesgos asociados no cubiertos a las condiciones médicas y/o diagnósticos que conforme al conocimiento médico están relacionados y/o asociados al diagnóstico principal o diagnóstico de origen (diagnóstico madre), dichos riesgos asociados si se materializan se debe necesariamente a la preexistencia diagnosticada.

Exclusión 8: Procedimientos cuyo objeto sea el chequeo médico, chequeo preventivo, screening, exámenes de descarte y/o despistaje en personas sanas o respecto de enfermedades sin sustento clínico; salvo que el Plan de Salud incluya expresamente el beneficio. Tampoco se cubren gastos relacionados con evaluaciones para la obtención de licencias, registros, empleos, u otros similares que no tenga por finalidad tratamiento médico.

Exclusión 9: Cirugía y/o Dermatología estética y/o plástica y/o reconstructiva (incluida la reconstrucción post cirugía oncológica) y/o sus complicaciones; salvo que, previa autorización de Rimac EPS, dichos procedimientos sean necesarios para o como parte del tratamiento de lesiones derivadas de un accidente cuya atención o tratamiento haya sido cubierto por el Plan de Salud. En caso esta excepción aplique a reconstrucción dental, solo se cubrirán materiales que no incluyan titanio como parte de sus componentes, accesorios, utensilios y/o insumos complementarios.

Exclusión 10: Evaluación, estudio y/o tratamiento médico o quirúrgico de melasma o cloasma, alopecia, lipoescultura, ni tratamientos y/o medicamentos reductores o para la reducción de peso. Tampoco se cubre la colocación y/o retiro de tatuajes, piercing u otros similares

Exclusión 11: Tratamiento médico y/o quirúrgico de várices con fines estéticos, incluyendo esclerosis por venas varicosas.

Exclusión 12: Tratamiento y/u operación o cirugía odontológica bucal de origen dentario u odontogénico (como quiste apical, granuloma apical, quiste dentígero, osteomielitis de origen dentario, o similares) que afecten el componente estomatognático, como por ejemplo cirugías periodontales, ortodónticas, tumorales o quísticas o gingivales; salvo que las lesiones que requieren este tipo de operaciones o cirugías hayan sido causadas por accidentes o deriven de neoplasia cuya atención o tratamiento haya sido cubierto por el Plan de Salud. En caso de accidente no se cubren las prótesis o implantes dentales, ni la restitución de prótesis o implantes dentales con los que contaba el asegurado antes del accidente.

Exclusión 13: Tratamientos odontológicos de periodoncia y/u ortodoncia (salvo que el Plan de Salud incluya expresamente el beneficio), o cualquier otro con fines preventivos, interceptivos o estéticos, o cosméticos como carrillas, coronas de zirconio, litio, oro, o similares.

Exclusión 14: El estudio y/o tratamiento de alteraciones de la articulación temporomandibular (ATM), abfracción, desgaste dental, atrición dental, cirugía ortognática (prognatismo, retrognatia), problemas en la mandíbula, síndrome temporomandibular y/o cráneo mandibular, desórdenes u otras alteraciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos y nervios, así como los relacionados o derivados de ellos; salvo que estos sean consecuencia directa de accidentes y/o tumores cuya atención o tratamiento haya sido cubierto por el Plan de Salud.

Exclusión 15: Sustancias de uso cosmético, jabones, champues, cremas y/o aceites neutros o esenciales, cosméticos, humectantes, exfoliantes, antienvjecimiento, despigmentantes, pigmentantes y/o similares, o bloqueadores solares, a excepción de aquellos pacientes con diagnóstico documentado de alteraciones de la piel por exposición crónica a radiación

no ionizante, radiodermatitis y otros trastornos de la piel y del tejido subcutáneo relacionados con la radiación. Se cubren los diagnósticos de L57 Cambios de la piel debidos a exposición crónica a radiación no ionizante, L73 Poiquilotermia de civatte y L58 Radiodermatitis.

Exclusión 16: Lágrimas naturales; salvo en los casos en que cuenten con sustento de acuerdo a Medicina Basada en Evidencia, Nivel de Evidencia IIa de la Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ), y que cuenten con la aprobación de la Food and Drug Administration (FDA), European Medicine Agency (EMA) o Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH), para su uso en el caso específico del diagnóstico del paciente.

Exclusión 17: Cirugía para el tratamiento de la ginecomastia, aun con fines terapéuticos, salvo en aquellos casos en los que las pruebas realizadas evidencian la posibilidad de tumoración maligna. Tampoco se cubre la mamoplastía reductora, a excepción de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de gigantomastia sintomática caracterizada por síntomas de dolor y excoriación que afecten su actividad diaria durante al menos 1 año y que no respondan a fisioterapia postural de al menos 3 meses de duración.

Exclusión 18: No se cubren las consecuencias del uso o consumo de drogas o sustancias psicoactivas psicotrópicas psicodélicas o similares, naturales o sintéticas, o de eventos accidentales producto de dicho consumo, aun cuando el consumo se haya dado en único episodio o en un episodio aislado. Tampoco se cubren las lesiones por accidentes sucedidos durante o inmediatamente después, o producidos, propiciados, o a consecuencia directa o indirecta, del consumo de alguna de las sustancias señaladas y/o del consumo de alcohol, sea que la persona se encuentre o no en estado de embriaguez, estado etílico o bajo la influencia de alguna de las sustancias señaladas, en tanto la historia clínica registre evidencia, sospecha o indicios de su consumo o de la presencia de dicho estado.

Exclusión 19: Lesiones o enfermedades producidas durante, o a consecuencia de la participación del asegurado en actos de guerra, revolución, sedición, motín, huelga, conmoción civil, terrorismo, actos delictivos o similares. Tampoco se cubren si son producidas durante o a consecuencia de fenómenos naturales y/o climáticos, y/o convulsiones de la naturaleza, sean o no catastróficos.

Exclusión 20: Lesiones producto de peleas, y/o riñas, y/o agresiones en las que haya participado el afiliado; excepto si aquellas se producen en ejercicio de legítima defensa y/o durante la comisión de delitos como asalto, robo, secuestro o intento de ello, contra el asegurado, según se detalle en la documentación policial o reporte de autoridad respectiva. Tampoco se cubren las lesiones derivadas de actos de violencia o agresión doméstica cometidas por el afiliado contra uno o alguno de los derechohabientes asegurados en el mismo Plan de Salud en tanto dichos eventos no califican con accidentales. En caso de emergencia a consecuencia de alguno de estos eventos el Plan de Salud otorgará cobertura para la atención primaria y estabilización del paciente.

Exclusión 21: Compra de sangre y/o derivados, como plasma, paquetes globulares, plaquetas y factores de coagulación sujetos a donación según regulación vigente. Sí se cubren los costos de adquisición de albúmina, inmunoglobulinas y otros no excluidos en el párrafo previo. Para las unidades efectivamente transfundidas al paciente sí están cubiertos los costos de pruebas de laboratorio para la calificación de donantes de sangre de acuerdo con el número de unidades necesarias según sustento médico, así como de pruebas de compatibilidad, insumos y equipo necesario para la transfusión de esas unidades.

Exclusión 22: Diagnósticos, estudios y/o tratamientos y/o cirugías de fertilización (tanto en infertilidad primaria como secundaria), disfunción eréctil, trastornos de la libido y cambio de sexo.

Exclusión 23: Evaluaciones y/o tratamientos por insuficiencia o sustitución hormonal (incluyendo los casos de trastornos del crecimiento); salvo que se requieran como parte del tratamiento de la menopausia según prescripción médica, y de lesiones o males ocasionados por diagnósticos o eventos cuya atención o tratamiento haya sido cubierto por el Plan de Salud.

Exclusión 24: Tratamiento quirúrgico para o por sobrepeso, obesidad, obesidad mórbida y/o condiciones derivadas de estos diagnósticos.

Exclusión 25: Procedimientos de liposucción, lipoescultura, inyecciones reductoras de grasa, tratamientos y/o medicamentos reductores de peso u otros procedimientos o métodos liporeductores.

Exclusión 26: Cuidado por enfermeras, técnicas o auxiliares de enfermería adicionales a los que correspondan como parte de los servicios médicos otorgados por la IPRESS durante la estancia hospitalaria del paciente; tampoco se cubren en domicilio.

Exclusión 27: Comida y cama para acompañantes, salvo que el Plan de Salud incluya expresamente el beneficio. Tampoco se cubre gastos vinculados a servicios de confort personal durante la hospitalización, como habitación tipo suite, radios, televisores, teléfonos, batas, internet, cable, etc.

Exclusión 28: Transporte y/o alojamiento, salvo que el Plan de Salud incluya expresamente el beneficio.

Exclusión 29: Gastos administrativos que no tengan naturaleza de prestación médica, como por ejemplo costos de apertura de historia clínica, copia de historia clínica, de informes médicos, u otros documentos médicos o similares, tampoco se cubre el costo de fotocopias o certificación de documentos.

Exclusión 30: Gastos relacionados a agravamiento del estado de salud, consecuencia, y similares producto del incumplimiento voluntario del paciente de las indicaciones y/o prescripciones médicas, o de automedicación, sea con medicamentos o insumos médicos iguales, similares o distintos a los prescritos por el médico tratante. Tampoco se cubren, tratamientos, procedimientos y/o medicamentos adquiridos o efectuados sin indicación y/o receta médica; ni estudios, tratamientos, análisis y/o procedimientos no relacionados directamente al diagnóstico médico.

Exclusión 31: Salvo que el Plan de Salud otorgue el beneficio, no se cubren vía reembolso los costos de atenciones médicas realizadas en IPRESS no afiliadas al plan de salud, ni el costo de atenciones en IPRESS afiliadas realizadas o derivadas de órdenes médicas emitidas por médicos particulares o por o en IPRESS distintas a aquella donde se efectúa la atención médica.

Exclusión 32: Vitaminas y/o minerales, salvo en el caso de que resulten indispensables para el tratamiento de carencias vitamínicas según diagnóstico y prescripción médica específica, control prenatal y postnatal, osteopenia, osteoporosis y vitamina K en hemorragias.

Exclusión 33: Leches maternizadas, salvo en el caso de gestante cuya imposibilidad de dar lactancia materna esté documentada según informe médico. Esta cobertura, en ese caso, procederá solo durante los días de hospitalización del recién nacido.

Exclusión 34: Suplementos alimenticios, nutricionales, productos naturales (hierbas y sus derivados, levaduras, probióticos) y/o medicamentos que contengan aquellos, Tampoco se cubren estimulantes del apetito, anabólicos, antioxidantes, productos geriátricos y reconstituyentes, medicamentos neurotónicos y/o nootrópicos, preparados industriales o artesanales de nutrición oral o enteral con fines suplementarios o complementarios.

Exclusión 35: Vacunas distintas a las ofrecidas en el Plan de Salud de la EPS.

Exclusión 36: Medicamentos inmunoestimulantes, productos derivados de bacterias, toxinas, lisados bacterianos, reconstituyentes (como por ejemplo reconstituyentes de flora intestinal, vaginal, y/o similares).

Exclusión 37: En caso de trastornos alérgicos, no se cubre inmunoterapia, procedimientos de desensibilización, ni extracto alérgico en caso de pruebas de o para la identificación o tratamiento de alergias.

Exclusión 38: Acupuntura, quiropraxia, cuidados podiátricos, salvo los incluidos en el Plan de Salud como parte del PROGRAMA CUIDATE para el tratamiento y/o cuidado de pacientes diabéticos), nutrición y/o tratamientos de rehabilitación en gimnasios. Tampoco se cubre actividades y/o tratamientos homeopáticos, o de medicina no tradicional, natural o alternativa, de cualquier tipo. En el caso de pacientes incluidos en el PROGRAMA CUIDATE para el tratamiento de la diabetes, se cubre el examen bioquímico de glucosa sérica.

Exclusión 39: Intervenciones quirúrgicas, cirugías y/o tratamientos de callos. Tampoco se cubre el tratamiento de pie plano, pie varo, pie valgo, salvo que sea consecuencia de una enfermedad o accidente que haya sido cubierto por el presente Plan de Salud.

Exclusión 40: Lesiones o enfermedades como consecuencia directa o indirecta de o por exposición a fusión o fisión nuclear, isótopos radioactivos, radioterapia o rayos X; salvo que su uso y por ende la exposición sea parte de un tratamiento médico efectuado por profesionales de la salud debidamente acreditados para su uso y/o administración.

Exclusión 41: Accidentes producidos a consecuencia de la realización o la participación del afiliado en actividades o deportes de alto riesgo, como por ejemplo conducción de automóviles o vehículos de competencia, carreras de automóviles, motos, motonetas, bicicletas, motocross, lanchas, botes, jetski, práctica de downhill, concursos o prácticas hípcas, alpinismo, andinismo, montañismo, rappel, escalada, trekking, paracaidismo, ala delta, parapente, paramotor, sky-surf, puenting, cacería, buceo, pesca submarina o en alta mar, kayak, rafting, surf, sundborad o similares. Tampoco se cubren accidentes producidos durante vuelos en aviones o aeronaves no comerciales (se excluye las lesiones del piloto y/o acompañantes) o en globos aerostáticos.

Exclusión 42: Trasplante de órganos y/o tejidos y/o su costo, así como las pruebas de compatibilidad en el paciente y/o en el donante o potencial donante. Tampoco se cubre el trasplante de médula ósea del tipo singénico, autólogo, alogénico de donante emparentado o alogénico de donante no emparentado, haploidentico, y/o de cordón umbilical. No se encuentran cubiertas las consecuencias, complicaciones y/o secuelas de un trasplante. En el caso de trasplante de médula ósea

tampoco se cubren los costos del procedimiento, insumos y/o fármacos requeridos para la movilización, colecta y/o criopreservación de células madre, así como del tratamiento de o para acondicionamiento previo al trasplante de médula ósea.

Exclusión 43: Dispositivos implantables como implantes cocleares, de estimulación cerebral profunda, estimulador de crecimiento óseo, estimulador espinal, estimulador de nervio vago, bomba implantable de infusión, bomba intratecal, audífonos u otros similares.

Exclusión 44: Implantes de células madre en cualquier zona anatómica, nitratamiento con plasma rico en plaquetas. Tampoco se cubre la toma y/o preservación de células de cordón umbilical.

Exclusión 45: Equipos médicos de uso personal como termómetros, tensiómetros, equipos de oxígeno terapia, nebulizadores, CPAP o similares, balones de oxígeno, y/o su recarga.

Exclusión 46: Estudios o pruebas genéticas. Salvo en el caso de pruebas genéticas relacionadas al diagnóstico y tratamiento del paciente con leucemia o linfoma. Se cubre Oncotype en pacientes con cáncer de mama que no tengan compromiso ganglionar (ganglios negativos). La cobertura de estudios o pruebas genéticas procede para pacientes cuyo Plan de Salud cubre enfermedades congénitas, siempre y cuando dichos exámenes sean médicamente necesarios.

Exclusión 47: Equipos, fármacos, insumos o procedimientos médicos nuevos o de reciente implementación o nueva tecnología o que no hayan concluido las fases de investigación necesarias de acuerdo a las guías médicas respectivas. Salvo que la IPRESS y/o proveedor médico haya sustentado médica y científicamente el beneficio clínico relevante (de acuerdo con Medicina Basada en Evidencias, nivel de Evidencia IIa de la Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ) en comparación o frente a fármacos, insumos o procedimientos médicos ya existentes, y que la EPS haya aprobado, expresamente y de modo previo a su uso, la cobertura. No procede la cobertura vía reembolso de gastos realizados con anterioridad a dicha aprobación.

Exclusión 48: Productos, servicios, procedimientos, insumos, medicamentos y/o tratamientos experimentales, y/o en fase o período de prueba y/o investigación.

Exclusión 49: Servicios, procedimientos, cirugías o tratamientos, medicamentos, insumos, implantes o material quirúrgico, considerados médicamente no necesarios o cuyo beneficio no esté sustentado en Medicina Basada en Evidencia, con un nivel de evidencia mínimo Nivel de Evidencia IIa de la Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ) y/o que no cuenten con la aprobación de la Food and Drug Administration (FDA), European Medicine Agency (EMA) o Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH)* para su uso en el caso específico del diagnóstico del paciente, y/o que no cuenten con registro sanitario y licencia vigente para su comercialización en el Perú, otorgado por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. Si no se sustenta en Medicina Basada en Evidencia la cobertura no procede aun cuando cuente con la aprobación por la FDA y/o EMA y/o CADTH. En el caso de enfermedades oncológicas procede la cobertura para el tratamiento con quimioterapia y/o terapia modificadora de la respuesta biológica y/o terapiablancos u otra específica solo si, además de cumplir con los sustentos y aprobaciones anteriores, se cumple simultáneamente también con todos los requisitos siguientes:

- Que el medicamento y la indicación específica del paciente haya estudiado en ensayos clínicos y su conclusión final haya demostrado ser superior a la alternativa existente o a no brindar tratamiento según corresponda. El ensayo clínico debe estar registrado en el portal www.clinicaltrials.gov.
- Que cuenten con registro sanitario otorgado por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas para su comercialización en el Perú.
- Que su indicación este presente en las guías de práctica clínica internacionales, cuente con categoría de consenso I o IIa de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) The European Society for Medical Oncology (ESMO).
- Que el paciente al cual se le ha indicado el tratamiento con quimioterapia y/o terapia modificadora de la respuesta biológica y/o terapiablancos u otra específica para el cáncer, y/o el uso de medicamentos, insumos o alguno de los señalados en la presente exclusión, cumpla con los criterios de inclusión y criterios de exclusión aplicados a los pacientes que formaron parte de los ensayos clínicos con los que fueron aprobados los medicamentos, registrada en el portal www.clinicaltrials.gov.
- En el caso de procedimientos oncológicos, como por ejemplo cirugía oncológica, radioterapia, exámenes auxiliares, deben estar comprendidos como procedimientos aprobados conforme a las Guías de Manejo Oncológico de la NCCN, con categoría de evidencia y consenso I o IIa, vigente al momento en que sea prescrito por el médico.

Ninguno de estos requisitos se extiende o se considerará cumplido en caso de servicios, procedimientos, cirugías o tratamientos, medicamentos, insumos, implantes o material quirúrgico cuya aprobación, utilidad, eficacia, categorización o similar esté pendiente de publicación, registro o reconocimiento.

Exclusión 50: Los siguientes grupos farmacológicos para diagnósticos no oncológicos: modificadores de la respuesta

biológica, interferones, interleukinas, factor estimulante de colonias, anticuerpos monoclonales, inhibidores de tirosinkinasa, antiangiogénicos, inhibidores del proteosoma, inmunoterapia oncológica, terapia de precisión, terapia genética u otros similares, salvo que se encuentren expresa y específicamente cubiertos por el Plan de Salud.

Exclusión 51: Ecografías 3D y 4D u otras no convencionales dentro del beneficio de maternidad. Tampoco se cubren ecografías morfológicas ni genéticas. Si cuentan con cobertura las ecografías obstétricas bidimensionales (una por trimestre). En caso de diagnóstico ecográfico de Malformación Congénita se cubren los estudios imagenológicos posteriores siempre que previo a su realización la EPS lo haya autorizado.

Exclusión 52: Por vía de reembolso ni crédito honorarios médicos, costos de medicamentos, insumos, material médico o procedimientos de diagnóstico o terapéuticos por encima de la tarifa pactada con la IPRESS de acuerdo con lo establecido por Resolución de Superintendencia N° 004-2020-SUSALUD/S o de acuerdo al tarifario de reembolso publicado en https://www.rimac.com.pe/uploads/Calculo_Reembolso.pdf según corresponda. No se cubren costos de atenciones mixtas (atenciones vía crédito y reembolsos a la vez) ni doble facturación (facturación de honorarios vía crédito y también por reembolso).

Exclusión 53: Epidemias y/o pandemias y/o enfermedades virulantes, no incluidas dentro del PEAS.

Exclusión 54: Implante coclear, audífonos y/o equipos de audio en caso de sordera o déficit auditivo a cualquier nivel; materiales ortopédicos, prótesis ortopédicas, ortesis u otros similares (por ejemplo, sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés, etc).

Exclusión 55: Tratamientos realizados en el extranjero. Salvo que expresamente se incluya el beneficio en el Plan de Salud.

Exclusión 56: Accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales, y/o sus consecuencias o secuelas, en el caso de afiliados que por el tipo de actividad se encuentren asegurados, o sean considerados asegurables, dentro del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR).

Exclusión 57: Gastos de sepelio de nonatos o no nacidos.

Exclusión 58: Kits de prueba rápida para el diagnóstico de embarazo.

CONTINUIDAD DE COBERTURA DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES

LA EPS se compromete a brindar continuidad a las enfermedades preexistentes, incluyendo a titulares y derecho habientes, que cambien de EPS o de plan de salud, siempre que se cumpla con lo siguiente:

- Que la inscripción de los Otros Beneficiarios en el nuevo Plan de Salud Complementario se efectúe dentro de los sesenta (60) días de extinta la anterior relación contractual. O que la inscripción en el nuevo plan de salud se efectúe dentro de los noventa (90) días posterior al inicio de la nueva relación laboral del asegurado titular.
- Que la preexistencia de los Otros Beneficiarios (i) se haya diagnosticado durante la vigencia del plan de salud anterior, (ii) no se encuentre excluida bajo el presente contrato y (iii) se trate de un beneficio cubierto también por el plan complementario solicitado. O que la(s) enfermedad(es) preexistente(s) (i) se haya(n) generado o diagnosticado durante la vigencia del plan de salud anterior, (ii) No se encuentre(n) excluida(s) en el nuevo plan de salud, (iii) Sea(n) considerada(s) como un beneficio cubierto en el nuevo plan de salud.

Asimismo, si la preexistencia no está excluida debido a que no fue declarada oportunamente, o se prestó declaración falsa o reticente, dicha condición preexistente no será cubierta en el nuevo plan de salud complementario, siendo totalmente excluida del contrato.

La EPS solicitará a la Entidad Prestadora de Salud que haya cubierto el período inmediatamente anterior, inclusive a las clínicas, hospitales, centros médicos, laboratorios y médicos tratantes la información referida a las condiciones, limitaciones, exclusiones, reporte de prestaciones en salud y documentos médicos relacionados, con la finalidad de hacer efectiva la continuidad de cobertura de preexistencias de capa complementaria, sin perjuicio que LOS ASEGURADOS puedan sustentar directamente ante LA EPS los diagnósticos de capa complementaria cubiertos por la Entidad Prestadora de Salud anterior.

LA EPS podrá limitar la cobertura de las preexistencias a los límites que tenía esa condición en el plan donde se evidenció el diagnóstico.

LA EPS podrá analizar el impacto económico de las preexistencias y fijar la prima de manera acorde en cada caso.

MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS NO CUBIERTOS POR RIMAC EPS

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

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

OTROS PRODUCTOS NO CUBIERTOS POR RIMAC EPS

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

¹www.fda.gov, ²www.ema.europa.eu, ³www.cadth.ca, ⁴www.nccn.org