

ANEXO A

TABLA DE BENEFICIOS POLIZAS DE SEGURO MEDICO FAMILIAR PERSONAL DE LOS GRUPOS ASEGURADOS

ASEGURADO : MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
DIRECCION PRINCIPAL : JR. LAMPA 545 - LIMA
VIGENCIA : ANUAL - DESDE / HASTA LAS 00 HORAS
EN BASE A DECLARACIONES MENSUALES

GRUPO ASEGURADO:

Funcionarios administrativos nombrados, alumnos de la Academia Diplomática y sus dependientes, así como padres de los funcionarios administrativos residentes en el Perú.

Beneficio Máximo Anual por persona para titulares y dependientes	US\$ 300,000.00	
Beneficio Máximo Anual para padres	US\$ 20,000.00	
Límite de edad de ingreso para padres hasta los 68 años inclusive y de permanencia hasta que el titular funcionario administrativo nombrado permanezca prestando funciones en la entidad que como máximo será hasta los 70 años.		
ATENCION HOSPITALARIA		
Crédito	Deducible	Cubierto al
Clínicas Red 1		
Los primeros US\$ 5,000.00	\$0.00	95%
Clínicas Red 2		
Los primeros US\$ 5,000.00	1 día de habitación	90%
Clínicas Red 3		
Los primeros US\$ 5,000.00	1 día de habitación	85%
Clínicas Red 4		
Los primeros US\$ 5,000.00	1 día de habitación	80%
Reembolso Lima y Provincias (Tarifa A + 100%)	1 día de habitación	80%
ATENCION HOSPITALARIA EN EXCESO A US\$ 5,000 CUBIERTA AL 100%		
Por cada evento hospitalario y hasta el beneficio máximo anual contratado		

ATENCION AMBULATORIA		
Crédito	Deducible	Cubierto al
Clínicas Red 1		
Los primeros US\$ 5,000.00	\$10.00	95%
Clínicas Red 2		
Los primeros US\$ 5,000.00	\$15.00	90%
Clínicas Red 3		
Los primeros US\$ 5,000.00	\$20.00	85%
Clínicas Red 4		
Los primeros US\$ 5,000.00	\$20.00	80%
Reembolso Lima y Provincias (Tarifa A + 100%)	\$20.00	80%
Máximo US\$ 100 x consulta o su equivalente en soles		



MEDICO A DOMICILIO		
Al Crédito	Deducible	Cubierto al
Incluye medicinas y exámenes de ayuda diagnóstica	\$10.00	100%
Por reembolso		
Incluye medicinas y exámenes de ayuda diagnóstica Máximo US\$ 150 x consulta o su equivalente en soles	\$20.00	80%
Radio de acción: Por el norte hasta Comas – Independencia; por el Sur hasta el peaje de Villa Chorrillos, San Juan de Miraflores y Villa el Salvador; por el Este hasta Chaclacayo – SJ de Lurigancho; por el Oeste hasta la Punta Callao		
Observaciones: El deducible incluye la consulta de control por el mismo diagnóstico (en caso sea medicamente necesario). El control médico sin deducible se refiere a una consulta si la evolución del paciente es inadecuada o el tratamiento prescrito no está siendo efectivo y/o para evaluación de exámenes auxiliares. En los supuestos de estados de emergencia decretado por el Gobierno del Perú, el servicio de atención debe seguir brindándose de forma presencial y/o virtual.		

MEDICO EN PLANTA – En las instalaciones del Ministerio		
Medicina Interna y Especialidades – incluye consulta, medicinas, análisis de laboratorio y exámenes especiales	Deducible	Cubierto al
Consulta médica	\$0.00	100%
Medicinas, exámenes auxiliares	\$0.00	90%
Fisioterapia	\$0.00	100%
Medicamentos oncológicos (previa presentación de receta u orden médica)	\$0.00	100%
Observaciones: En los supuestos de estados de emergencia decretado por el Gobierno del Perú, el servicio de atención debe seguir brindándose de forma presencial y/o virtual.		

PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRONICAS - EN EL PERU		
Crédito	Deducible	Cubierto al
Enfermedades cubiertas: Hipertensión Arterial, Asma, Diabetes tipo II, Dislipidemia y combinaciones (Diabetes II+HTA, diabetes II+Dislipidemia)	\$0.00	100%
Consultas médicas especializadas, controles de enfermería, evaluación nutricional, evaluación psicológica, consulta por oftalmología, atención podológica en diabéticos (a domicilio), integración grupal y educación en salud, exámenes de laboratorio, procedimientos, diagnósticos y medicinas.		
Para acceder al servicio se debe llamar a la central de información y consultas de la aseguradora. El asegurado podrá recibir las atenciones en su domicilio o en el médico en planta. La cobertura se brindará bajo los protocolos y condiciones señalados por la aseguradora. Como mínimo deben ser las indicadas en el detalle de esta cobertura.		
El Programa de Pacientes Crónicos incluye los siguientes medicamentos con cobertura al 100% Hipertensión Arterial: Micardis o Cordiax, Blox o Blopess, Aprovel, Exforge Diabetes Tipo II: Forxiga, Jardiance, Glucophage, Galvus, Insulinas Asma: Relvar, Symbicort, Ventolin, Singulair Dislipidemia: Crestor, Lipitor, Cresadex, Vytorin		
Observaciones: En los supuestos de estados de emergencia decretado por el Gobierno del Perú, el servicio de atención debe seguir brindándose de forma presencial y/o virtual.		



MATERNIDAD		
Período de carencia para asegurados nuevos: 10 meses		
Crédito	Deducible	Cubierto al
Parto normal	\$0.00	100% hasta US\$ 2,000
Cesárea y/ o parto múltiple	\$0.00	100% hasta US\$ 3,000
Amenaza de aborto y/o aborto no provocado	\$0.00	100% hasta US\$ 1,500
Complicaciones orgánicas del embarazo	\$0.00	100% hasta US\$ 1,500
Reembolso (Tarifa A + 100%)		
Parto normal	\$0.00	100% hasta US\$ 1,500
Cesárea y/ o parto múltiple	\$0.00	100% hasta US\$ 2,500
Amenaza de aborto y/o aborto no provocado	\$0.00	100% hasta US\$ 1,000
Complicaciones orgánicas del embarazo	\$0.00	100% hasta US\$ 1,000
Controles de Maternidad en el Perú (solo en clínicas afiliadas)		
9 consultas prenatales, 03 ecografías durante la gestación, 02 consultas post natales	\$0.00	100%
Análisis de laboratorio	\$0.00	100% hasta US\$ 300
Psicoprofilaxis - Preparación para el parto		
A partir del séptimo mes en red de clínicas afiliadas propuestas por la aseguradora. Consta de 7 sesiones de dos horas cada una.	\$0.00	100%
Control del niño sano		
Una consulta mensual por el primer año de vida (incluye vacunas según esquema indicado en detalle de inmunizaciones)	\$0.00	100%
Cubre las consultas durante el primer año y las inmunizaciones hasta los 4 años de vida.		

ATENCION DE EMERGENCIA – ACCIDENTALES AMBULATORIAS (CREDITO Y REEMBOLSO)		
Cubre todos los gastos incurridos durante las primeras 72 horas, incluye cobertura de continuidad de emergencia accidental ambulatoria hasta por 90 días en el mismo establecimiento donde se atendió inicialmente la emergencia accidental.		
En caso el asegurado viajará dentro de los 90 días a otra ciudad o País, no se limitará la atención de continuidad al establecimiento donde se atendió inicialmente.		
La cobertura dentro de este periodo será cubierta al 100% para lo siguiente: Controles ambulatorios, tomografía, resonancia magnética, ecografías, exámenes de laboratorio de control, exámenes radiológicos de control, sesiones de terapia física, retiro de puntos, retiro de yeso.		
No incluye hospitalizaciones derivadas del accidente. No se cubren aparatos ortopédicos ni ortésicos, tales como cabestrillo, collarines, muletas, sillas de ruedas, plantillas ortopédicas, corsets, chalecos, tirantes, audífonos, prótesis externas, calzado ortopédico.		
	Deducible	Cubierto al
Consulta médica	\$0.00	100%
Medicinas y exámenes auxiliares	\$0.00	100%
EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS A TRAVÉS DE LA CENTRAL DE ATENCION DE LA ASEGURADORA		
Gastos ambulatorios (atención por ambulancia y consultas a través de la central telefónica de la aseguradora)	\$0.00	100%
EMERGENCIAS MEDICAS NO ACCIDENTALES (CREDITO Y REEMBOLSO)		
	\$0.00	100%



TRANSPORTE POR EVACUACION DE EMERGENCIA		
	Deducible	Cubierto al
<ul style="list-style-type: none"> Ambulancia aérea / terrestre Ambulancia de la clínica a la casa (medicamento justificada) Avión comercial, vuelo regular nacional e internacional (incluye acompañante cuando el estado de salud del paciente así lo requiera y sea determinado por el médico tratante) 	\$0.00	100%
Reembolso de ambulancia en provincias por evacuación de emergencias (incluye servicios médicos y de apoyo para el traslado)	\$0.00	100%

ATENCIÓN OFTALMOLOGICA		
Prevención	Deducible	Cubierto al
Una medida de vista al año, fondo de ojo (sin dilatación pupilar), tonometría, campo visual por confrontación y examen de musculatura ocular (solo en clínicas afiliadas)	\$0.00	100%
Crédito		
Enfermedades Oculares (crédito y reembolso)	Como ambulatorio / hospitalario	
Centros Oftalmológicos Afiliados	\$15.00	90%
Uso de lente intraocular (solo en el Perú)		
Por ojo y en centros afiliados (crédito y reembolso)	Hasta US\$ 500	
Monturas y cristales		
Solo para titulares (vía reembolso y presentando receta del oftalmólogo)	Hasta US\$ 50 al 100%	

ATENCION ODONTOLOGICA		
Odontograma y profilaxis al 100%		
Sólo al Crédito – deducible por pieza tratada y terminada	Deducible	Cubierto al
Rayos x, curaciones con resina (piezas delanteras y posteriores), extracciones, endodoncias, periodontitis, gingivitis, apicectomía, alveolotomía, cirugía oral.	\$5.00	90%
Medicinas vía crédito y reembolso al	90%	
No se cubren: Prótesis, ortodoncias, tratamientos cosméticos y operatoria dental.		

ENFERMEDADES Y DEFECTOS CONGENITOS		
La cobertura es para los niños cuya concepción fue dentro de la vigencia del Plan de Salud de la entidad empleadora y también para asegurados que pasen con continuidad de cobertura de la póliza del AFDA, sin periodo de carencia ni límite de edad. Se podrá incluir a sola declaración del titular de la póliza.		
Crédito y reembolso	Deducible	Cubierto al
Por vigencia y sin límite de tiempo de cobertura	\$0.00	100% hasta US\$ 15,000
ENFERMEDADES CONGENITAS NO CONOCIDAS Y NO DIAGNOSTICADAS		
Aplica también para asegurados que pasen con continuidad de cobertura de la póliza del AFDA, sin periodo de carencia ni límite de edad.		
Crédito y reembolso	Deducible	Cubierto al
Por vigencia y sin límite de tiempo de cobertura	\$0.00	100% hasta US\$ 3,000

PROTESIS QUIRURGICAS INTERNAS
Excluye prótesis dentales y estéticas



Crédito y reembolso	Deducible	Cubierto al
Cobertura para prótesis quirúrgicas que el médico tratante indique para tratar una patología cubierta por la póliza	\$0.00	100% hasta US\$ 7,000

ONCOLOGIA (CRÉDITO Y REEMBOLSO)		
60 días de período de carencia para nuevos asegurados. Cobertura en todas las clínicas afiliadas de la póliza en Lima y Provincias		
Atención y tratamientos oncológicos ambulatorios u hospitalarios, patologías a consecuencia del tratamiento oncológico, cirugía de hallazgo, segunda opinión nacional, etc.		
Consultas especializadas, quimioterapias, exámenes especiales, cirugía oncológica, radioterapia, pet scan, etc.	Deducible	Cubierto al
Beneficio máximo anual para titulares y dependientes	\$0.00	100% hasta US\$ 300,000.00
Beneficio máximo anual para padres	\$0.00	100% hasta US\$ 20,000.00

VIH / SIDA (CRÉDITO Y REEMBOLSO)		
1 año de período de carencia para nuevos asegurados. Cobertura en todas las clínicas afiliadas de la póliza		
	Deducible	Cubierto al
Cubre exclusivamente la atención médica de esta enfermedad que incluye las consultas médicas, medicación, exámenes complementarios, hospitalizaciones, así como la de las enfermedades causadas directamente por el virus de VIH, hasta la suma indicada en la tabla de beneficios. Las enfermedades que no puedan ser demostradas que tienen una vinculación directa con el VIH serán consideradas dentro de la cobertura general de la póliza.	\$0.00	100% hasta US\$ 15,000

SEGUNDA OPINION NACIONAL Y EN EL EXTRANJERO (CRÉDITO Y REEMBOLSO)		
Segunda evaluación médica en casos quirúrgicos o de enfermedades graves o de difícil diagnóstico. No incluye viaje del asegurado ni sus familiares y acompañantes.		
	Deducible	Cubierto al
Segunda Opinión Nacional , el asegurado deberá coordinar con la aseguradora una cita médica para obtener otra opinión médica, que también podrá ser vía reembolso y deberá incluir también el costo de exámenes médicos adicionales y/o auxiliares que se requiera.	\$0.00	100%
Segunda Opinión en el extranjero , el asegurado deberá coordinar con la aseguradora el envío de la historia clínica para que la misma sea evaluada ante una junta médica en el extranjero, vía crédito o reembolso. También se debe considerar dentro de la cobertura, el costo de exámenes médicos adicionales y/o auxiliares que se requiera.	\$0.00	100%



TRASPLANTE DE ORGANOS (CRÉDITO Y REEMBOLSO)		
<p>1 año de periodo de carencia para nuevos asegurados</p> <p>Se otorgará en el proveedor debidamente acreditado para tal fin, indicado en la tabla de beneficios.</p> <p>El trasplante de órganos es un procedimiento terapéutico que consiste en sustituir un órgano o tejido enfermo por otro órgano, segmento de órgano o tejido sano, procedente de un donante vivo o un donante cadavérico.</p>		
	Deducible	Cubierto al
<p>Cubre uno o más de los órganos: corazón, riñón, hígado, pulmón, páncreas o médula ósea.</p> <p>Incluye los gastos médicos por servicios prestados al donante</p>	\$0.00	100% hasta US\$ 60,000.00
REEMBOLSO		
<ul style="list-style-type: none"> En caso de no existir la posibilidad de brindar dicha cobertura en algún proveedor acreditado, el asegurado podrá solicitar el reembolso correspondiente con una factura o comprobante a favor de la compañía aseguradora, luego de haberse realizado el procedimiento, hasta el límite de la suma asegurada indicada en la tabla de beneficios. Incluye los gastos médicos por servicios prestados al donante. El reembolso se realizará posterior a la cirugía siempre y cuando la institución cuente con la acreditación para el procedimiento. Se cubrirá sólo a nivel nacional (Lima, provincias y zonas alejadas de provincias). El reembolso se realizará posterior al procedimiento terapéutico del trasplante, siempre y cuando la institución cuente con una autorización de la ONDT (Organización Nacional de Donación y Trasplante del Ministerio de Salud) y solo aplica para órganos autorizados por esta entidad <p>El beneficio aplica sólo para el receptor del órgano, así como los gastos médicos por servicios prestados al donante.</p>		

SEPELIO (Incluye cremación)		
Crédito / Reembolso	Deducible	Cubierto al
Servicio funerario, servicio de sepultura o cremación y servicios adicionales.	\$0.00	100% Hasta US\$ 5,000
La cobertura se habilita siempre y cuando el fallecimiento se haya producido por enfermedad o accidente cubierto por la póliza		

SEGURO DE PRIMAS POR MUERTE DEL TITULAR
<p>Por muerte natural y/o accidental del titular, los derechohabientes inscritos en el plan de salud gozarán del beneficio hasta el vencimiento contractual de la póliza o por un período mínimo de tres meses en caso el fallecimiento se produzca cerca al vencimiento de la póliza (ejemplo: si el fallecimiento se da 2 meses antes), bajo las mismas coberturas y sin pago de primas.</p>

SEGURO DE VIDA	
Esta cobertura se habilita, a favor de los beneficiarios designados por el titular, solamente si la muerte del titular ocurre por una enfermedad o accidente cubiertos por la póliza.	Indemnización de US\$ 10,000.00
ACCIDENTES PERSONALES	
<p>Solo cubre en caso de muerte accidental, a favor de los beneficiarios designados por el titular.</p> <p>Para el titular y/o cónyuge, aplicará en caso de fallecimiento de uno o ambos asegurados.</p> <p>Cubre terrorismo.</p>	Indemnización de US\$ 2,000.00
Nota importante: En caso no se haya designado a los beneficiarios se deberá presentar la sucesión intestada.	



HEMOTERAPIA		
Crédito / Reembolso	Deducible	Cubierto al
Honorarios médicos por procedimientos vinculados a la transfusión de sangre	\$0.00	100%
Calificación o compatibilidad de donantes	Al 100% hasta US\$ 3,000	

ALBUMINA HUMANA		
Crédito / Reembolso	Deducible	Cubierto al
Hasta 03 casos por vigencia	\$0.00	100% hasta US\$ 2,000

OXIGENOTERAPIA		
Crédito / Reembolso	Deducible	Cubierto al
En domicilio y clínicas afiliadas	\$0.00	100% hasta US\$ 3,000

PSIQUIATRÍA / PSICOLOGÍA EN EL PERU		
Crédito / Reembolso		
Cubre consultas, medicación y exámenes complementario, el tratamiento psicológico / psiquiátrico, incluyendo, pero no limitado: autismo y trastorno generalizado del desarrollo Comprende todos los tratamientos medicación y hospitalizaciones para los diagnósticos tales como: curas de reposo, surménage, enfermedades emocionales (ansiedad, depresión, stress, etc), trastornos funcionales de órganos, distonías neurovegetativas, desórdenes de la mente (psicosis, neurosis, fobias, etc.), trastornos de la personalidad, trastorno obsesivo compulsivo, enuresis nocturna, retardo mental o del desarrollo psicomotor, déficit de atención, bajo rendimiento escolar, disfunciones cerebrales, síndrome orgánico cerebral, autismo, trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia, entre otros. Hasta el límite de la suma asegurada contratada. No aplican exclusiones para esta cobertura.		
	Deducible	Cubierto al
Crédito En proveedores ofertados por el postor	\$25.00	90% Hasta el límite del beneficio máximo anual
Reembolso Máximo US\$ 100 x consulta o su equivalente en soles	\$0.00	90% hasta US\$ 12,000 por vigencia
La cobertura no incluye gastos en casas de reposo, pero si incluye hospitalizaciones hasta la suma asegurada contratada para esta cobertura.		

COBERTURA PARA HIJOS CON DISCAPACIDAD	
Requisitos: para el ingreso de los hijos que adolezcan de algún tipo de discapacidad, se requiere del certificado de discapacidad otorgado por los hospitales del Ministerio de Salud (MINSA) o Ministerio de Defensa o Ministerio del Interior o del Seguro Social (Essalud)	
Beneficio máximo anual por persona	US\$ 300,000.00
Según deducibles y coaseguros del centro de atención – a partir de los 28 años	US\$ 25,000.00



CHEQUEOS MEDICOS INTEGRALES – Cobertura al 100%	
La compañía de seguros indicará la red preventiva y la de inmunizaciones, es importante señalar que el chequeo preventivo también se podrá realizar en las instalaciones del contratante y sin costo para este o en clínicas afiliadas.	
Detalle de chequeo médico integral – Anual	100%

Consulta médica y examen clínico (mayores de 18 años)
Despistaje de TBC
VIH (para asegurados que voluntariamente lo soliciten, los resultados serán entregados al mismo asegurado)
Hemograma / Hemoglobina / Hematocritos (mayores de 18 años)
Examen de orina (mayores de 18 años)
Colesterol y triglicéridos (mayores de 18 años)
Glicemia (mayores de 40 años)
Radiografía de tórax (mayores de 18 años)
Electrocardiograma (mayores de 40 años)
Antígeno prostático (mayores de 40 años)
Papanicolau (mayores de 18 años)
Mamografía (mayores de 40 años)
Consultas: ginecológica, oftalmológica, odontológica
Prueba de esfuerzo

Nota importante: se excluyen las edades solo para casos de antecedentes familiares o presencia de factores de riesgo determinado por el médico tratante.

DETALLE DE INMUNIZACIONES:

La compañía de Seguros indicará la Red Preventiva para Inmunizaciones y la relación de proveedores para los Controles de Niño Sano (se cubre únicamente consultas durante el primer año de vida) al 100%.

En lo que se refiere a Inmunizaciones la cobertura es hasta los 4 años de vida según cronograma.

EDAD	TIPO DE VACUNA
Recién nacido (0 a 28 días)	BCG y Hepatitis B
2do, 4to y 6to mes	Polio, rotavirus, difteria, pertussis, tétanos, hepatitis B, e infecciones causadas por hemophilus influenza tipo B
3ro, 5to, y 12vo mes	Neumococo
7mo y 8vo mes	Influenza
12vo mes	Sarampión, rubeola, paperas
15vo mes	Fiebre amarilla
18vo mes	Difteria, pertussis, tétanos
4 años	Difteria, pertussis, tétanos + sarampión, rubeola, paperas

CONDICIONES DE SOSTENIBILIDAD DEL PLAN MÉDICO

- La Aseguradora participante deberá demostrar la efectividad del cálculo técnico de las primas propuestas. Evaluándose durante la vigencia la sostenibilidad de la prima frente al objetivo de siniestralidad propuesto.
- En caso de que la prima no sea sostenible frente al objetivo del contrato, no se considerará para el análisis de la siniestralidad y por ende del incremento las variaciones por tal efecto. Solo se aceptarán las afectaciones en la siniestralidad demostrables, como las siguientes variables:
 - Desviación por mayor frecuencia de atenciones.
 - Desviación por un mayor gasto médico por los casos severos y/o catastróficos.
 - Desviación por un aumento en pacientes oncológicos y/o en consumo médico de casos existentes.
 - Cualquier variación demostrable y sustentable frente a la data de siniestralidad análisis en el presente concurso.

(*) El cálculo de la prima y el objetivo de siniestralidad deberá considerar los gastos administrativos, inversión y de gestión incurridos en la administración del plan médico por parte de la aseguradora y del corredor de seguros.



(**) Debiendo cumplirse a cabalidad la oferta de bienestar + programas de seguridad y salud en el trabajo establecidos.

CONDICIONES ESPECIALES

1. **Continuidad de preexistencia:** La aseguradora se compromete a que se produzca la continuidad de cobertura en el caso de enfermedades pre-existentes cubiertas a los asegurados que migren entre las pólizas administradas por el Ministerio de Relaciones Exteriores y las que son administradas por la Asociación de Funcionarios Diplomáticos del Perú en Actividad (AFDA), para lo cual se proveerá la información necesaria solicitada por la aseguradora sobre el total de la población asegurada. Asimismo, la aseguradora no aplicará período de carencia, salvo se trate de asegurados que se incorporen por primera vez a alguna de las pólizas mencionadas, distinta a la migración entre las pólizas antes referidas. Además, de ser el caso, continuará con la cobertura otorgada por la póliza administrada por la AFDA aun cuando el Condicionado General de la Póliza señale limitaciones o restricciones aplicando deducibles, coaseguros y límites señalados en la póliza donde se inició el siniestro, salvo en lo que refiere a la suma asegurada la cual no podrá excederse en ninguna circunstancia.
2. **Fondo de pagos especiales aplicable a ambas pólizas:** La Aseguradora pondrá a disposición del Contratante este fondo por un monto de US\$ 4,000 (cuatro mil 00/100 dólares americanos) mensuales, para condiciones no cubiertas por las pólizas, u otras que el Contratante señale. Dicho fondo será acumulable anualmente. Culminado el período anual, el saldo no utilizado será a favor de la Aseguradora, salvo lo indicado en el numeral "5.- Manuales", de los presentes Términos de Referencia.

Este fondo está destinado a cubrir las atenciones médicas de los asegurados que pudieran estar comprendidas dentro de condiciones o diagnóstico no cubiertos por la póliza, sin que esto afecte la siniestralidad de las pólizas.

3. **Ubicación y financiación de Médicos en planta:** De especialidad internista o emergencista, con amplia experiencia, el mismo que atenderá en horas de 1:30 a 6:30 pm por un lapso de 12 horas semanales, previa coordinación con la Aseguradora, debiendo contar con la asistencia de una enfermera titulada en el mismo horario. Se programará 08 horas semanales periódicamente en forma rotativa la atención ambulatoria a cargo de un cardiólogo (incluye toma de ECG), un dermatólogo, un endocrinólogo y otras especialistas según requerimiento del Contratante. La programación deberá comunicarse con el plazo máximo de 2 semanas de anticipación antes del inicio del mes programado a fin de hacer la difusión pertinente entre los asegurados. De ser el caso y a requerimiento del Contratante, los horarios y lugares de atención podrán ser ampliados, incluso para cubrir las atenciones del Tópico Médico de Cancillería cuando así se requiera, informándose con la debida anticipación, el requerimiento podrá ser hasta con 30 días de anticipación. Por otra parte, la designación del médico en planta y de los especialistas deberá contar con la aprobación de la Oficina de Servicios y Bienestar del Personal de la Oficina General de Recursos Humanos del Contratante.

Se precisa que las atenciones por consulta médica que se realicen en el médico en planta instalado por la aseguradora en la sede del Ministerio de Relaciones Exteriores serán cubiertos al 100% por la aseguradora, y la medicación y /o exámenes complementarios tendrán cobertura por la póliza al 90%, en el caso que prescriba tanto el médico en planta como el médico del Contratante. Otorgándose cobertura a los medicamentos genéricos y no genéricos.

Asimismo, dentro del servicio de médico en planta y médico del Contratante, aplicará el Reparto de Medicinas Oncológicas y de Procedimientos Oncológicos con cobertura al 100%, previa presentación de la receta u orden respectiva.



En los supuestos de estados de emergencia decretado por el Gobierno del Perú, el servicio de atención debe seguir brindándose de forma presencial y/o virtual.

4. **Implementación de Infraestructura:** la Aseguradora implementará en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles (siempre y cuando no se encuentre vigente un estado de emergencia sanitario declarado por el estado peruano) el tópico asignado para la tarea del Médico en Planta con adecuado equipamiento (PC e impresora a fin de facilitar el cumplimiento de sus funciones). Asimismo, proporcionará *una línea fija, con acceso a llamadas nacionales e internacionales para uso de la Unidad de Seguro Médico Diplomático del Ministerio de Relaciones Exteriores*, encargada de atender los reclamos de los asegurados. Sobre este particular para la implementación de toda esta infraestructura la Compañía Aseguradora ganadora de la buena pro se ceñirá a todas las políticas de seguridad y lineamientos para la interconexión de su sistema a la del Ministerio de Relaciones Exteriores, según lo establece la Oficina de Tecnología de la Información.

Asimismo, la Aseguradora proporcionará un Teléfono Móvil *nuevo* de acuerdo con los modelos que maneje el postor ganador de la Buena Pro, con un plan de llamadas e internet ilimitados y sujeto a recargas según solicitud del Contratante y conexión a la red interna de comunicación entre el Ministerio y la aseguradora (el mismo que será devuelto a la compañía aseguradora al finalizar la vigencia de la póliza).

Cabe precisar que en caso de que se produzca la pérdida o robo de los equipos dentro de la vigencia de la póliza y previa presentación de la denuncia policial, la Aseguradora proporcionará al Contratante otro equipo *nuevo* de similares características.

5. **Manuales:** La emisión de los Manuales de Procedimientos para los usuarios estará a cargo de la Aseguradora. Su contenido, diseño y entrega deberá ser coordinado con el Contratante y deberá ser entregado en un plazo máximo de 45 días calendarios luego de la firma del contrato. Dichos manuales deberán ser impresos y/o virtuales, en formato establecido por el ganador de la Buena Pro y también se proporcionarán vía electrónica a la Unidad de Seguro Médico del Ministerio de Relaciones Exteriores. En ningún caso se podrá exceder los 45 días calendarios luego de la firma del contrato, para la entrega física de los Manuales a la oficina administrativa del contratante. Si se excediera dicho plazo, la aseguradora deberá reintegrar al contratante el saldo a favor, al vencimiento de la póliza, según lo señalado en el punto 2, sin que esto afecte la siniestralidad de las pólizas.

Se brindará en armonía con el principio de sostenibilidad ambiental, la implementación de entrega e intercambio de documentos electrónicos para facilitar y simplificar los procesos de trámite documentario.

6. **Implementos Médicos:** la Aseguradora garantiza que durante el tiempo de vigencia de la póliza estarán cubiertos los siguientes implementos médicos, cuando sean indicados por el médico tratante, más no limitados a:

- Punta de Artrocare
- Hoja Shaver
- Malla para Cirugía Abdominal, Urológica o Ginecológica (Malla Nazca)
- Arco en C
- Sensor BIS
- Equipo y Fibra Láser para cualquier procedimiento quirúrgico
- Bisturí armónico
- Ligasure

7. Además, se dará cobertura al tratamiento para el diagnóstico de Osteoporosis sin restricciones, cuando éste se realice mediante el examen de Densitometría Ósea y se determine su existencia en cualquiera de las partes óseas que se examine.



8. COBERTURA COVID-19 A NIVEL NACIONAL PARA ASEGURADOS VACUNADOS DE ACUERDO CON EL AL RANGO DE EDAD SUMINISTRADOS POR EL GOBIERNO PERUANO

COBERTURA COVID		
Sin periodo de carencia o espera Se brindará cobertura por diagnóstico COVID-19 a nivel nacional, en las clínicas afiliadas en Lima y Provincias, a través de los beneficios ambulatorios, emergencias, ambulancia, hospitalización, sepelio y medico a domicilio.		
ATENCION AMBULATORIA	Deducible	Cubierto al
Crédito En todas las clínicas debidamente acreditadas para tal fin (incluye medicina y exámenes complementarios)	Como ambulatorio	Como ambulatorio
Reembolso Lima y Provincias (Tarifa A + 100%)	\$20.00	80%
Máximo US\$ 100 x consulta o su equivalente en soles		
ATENCION HOSPITALARIA	Deducible	Cubierto al
Cobertura de hospitalización y UCI*	\$0.00	100%
ATENCION DE EMERGENCIA	Deducible	Cubierto al
Consulta médica	\$0.00	100%
Medicinas y exámenes auxiliares	\$0.00	100%
EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS A TRAVÉS DE LA CENTRAL DE ATENCION DE LA ASEGURADORA	Deducible	Cubierto al
Gastos ambulatorios (atención por ambulancia y consultas a través de la central telefónica de la aseguradora)	\$0.00	100%
COBERTURAS		
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de descarte (en 48 horas como máximo, contadas a partir de la emisión de la orden médica) al 100% • Vacunas al 100% 		
SEPELIO (Incluye cremación)		
Crédito / Reembolso	Deducible	Cubierto al
Servicio funerario, servicio de sepultura o cremación y servicios adicionales.	\$0.00	100% Hasta US\$ 5,000
MEDICO A DOMICILIO		
Al Crédito	Deducible	Cubierto al
Incluye medicinas y exámenes de ayuda diagnóstica	\$10.00	100%
Por reembolso		
Incluye medicinas y exámenes de ayuda diagnóstica Máximo US\$ 150 x consulta o su equivalente en soles	\$20.00	80%
Radio de acción: Por el norte hasta Comas – Independencia; por el Sur hasta el peaje de Villa Chorrillos, San Juan de Miraflores y Villa el Salvador; por el Este hasta Chaclacayo – SJ de Lurigancho; por el Oeste hasta la Punta Callao		
Observaciones: El deducible incluye la consulta de control por el mismo diagnóstico (en caso sea medicamente necesario). El control médico sin deducible se refiere a una consulta si la evolución del paciente es inadecuada o el tratamiento prescrito no está siendo efectivo y/o para evaluación de exámenes auxiliares. En los supuestos de estados de emergencia decretado por el Gobierno del Perú, el servicio de atención debe seguir brindándose de forma presencial y/o virtual.		

* La cobertura hospitalaria será al 100% mientras el Gobierno declare el Estado de Emergencia, caso contrario se cobrará el deducible y coaseguro de acuerdo con lo señalado por el plan de salud. Hospitalizaciones por diagnósticos diferentes a COVID 19 (cirugías electivas o de emergencia, maternidad u otros) cuando el paciente cuente con el diagnóstico COVID 19 serán cubiertas de acuerdo con el beneficio de cada Plan de Salud.

Las consultas post hospitalización, por secuelas o complicaciones deben contar con cobertura a través del beneficio ambulatorio.



Los pacientes con diagnóstico Covid 19 tendrán seguimiento de su evolución por 14 días a través de la aseguradora.

No incluye gastos no cubiertos de acuerdo con las exclusiones señaladas en los planes de salud.

* Se establece un sub límite de cobertura para casos de Covid 19, de US\$ 50,000 sólo para aquellos asegurados que no cuenten con las dosis de las vacunas correspondientes.

9. Para todos aquellos asegurados que se encuentren desempeñando funciones en las oficinas descentralizadas del Ministerio de Relaciones Exteriores a nivel nacional, se autoriza el suministro de medicinas por un período de tres meses consecutivos renovables previa consulta médica ambulatoria, de ser el caso.
10. El Contratista hará entrega del reporte de siniestralidad de las pólizas tres veces al año, el mismo que será solicitado por el área usuaria o por el bróker de seguros en su representación indicando el periodo de la información requerida, este requerimiento deberá ser atendido en un plazo máximo de quince (15) día hábiles contados a partir de la fecha de la solicitud, y deberá ser entregado en físico y por vía electrónica en formato Excel, el cual incluirá como mínimo la siguiente información: Primas, número de asegurados por mes y siniestros por póliza, proveedor médico, número de póliza, ramo, fecha de ocurrencia, número de siniestro y diagnóstico, causa, Montos en reserva y/o beneficio pagados, estado de siniestro, lugar de atención, CIE 10, N° de paciente, N° de titular, parentesco, sexo, edad, moneda, carta de garantía aprobadas.

Se brindará en armonía con el principio de sostenibilidad ambiental, la implementación de entrega e intercambio de documentos electrónicos para facilitar y simplificar los procesos de trámite documentario.
11. Los hijos discapacitados podrán ingresar a las pólizas como nuevos asegurados y permanecer con cobertura por tiempo indefinido, siempre que el titular esté asegurado, para la que aplicará la cobertura correspondiente.
12. Los Proveedores para las hospitalizaciones y tratamientos ambulatorios en el Perú para todas las pólizas, deberán ser como referencia los siguientes, mas no limitados a:

RED 1: Clínica San Gabriel, Montefiori, El Golf, Vesalio, Good Hope, Limatambo (San Isidro y San Juan de Lurigancho), Centro Médico Ricardo Palma, (Lima Sur), Ricardo Palma (sede norte), Santa María del Sur, Jesús del Norte, Tezza, Maison de Sante (Lima y Chorrillos), Centro Médico Medex, Centro Médico San Judas Tadeo, Centenario Peruano Japonesa, San Juan Baustista, San José Reaño Ríos, Sanna San Borja, Clínica Médica Cayetano Heredia, Clínica Higuiereta, Clínicas y Centro médicos afiliados en provincias.

RED 2: Clínica Internacional (Lima y San Borja), Ricardo Palma, San Pablo (central), Javier Prado, Stella Maris, Providencia, Centro Médico Jockey Salud, Clínica Especialidades Médicas Universal

RED 3: Clínica San Felipe, British American Hospital, Montesur, Santa Isabel, Miraflores e Inst. de Ginecología y Reproducción.

RED 4: Clínica Delgado

Centros Oftalmológicos: TG Laser, Oftalmosalud, Futuro Visión, Oculaser, Optima visión, Macula D&T, Norvisión, Confía Inst. Oftalmológico, Arbrayss Laser, Visual Center, Oftalmic Service, Opeluca, Inst. Peruano de la Visión, Inst. Oftalmológico Wong, Oftálmica y otros

Otras Clínicas:



- Clínica Internacional (todas las sedes) incluido Medicentros
- Clínica San Pablo (todas las sedes que forman parte del Complejo San Pablo)
- Clínica San Felipe (todas las sedes)
- Clínica Angloamericana (todas las sedes)
- Grupo Sanna (Clínica San Borja, El Golf, Aliada, Centros Médicos)
- Clínica Oncológica Miraflores
- Clínica Maison Sante (todas las sedes)
- Clínica Virgen del Rosario
- Clínica Porvenir
- Clínica Los Andes
- Clínica San Vicente
- Instituto de Ginecología y Reproducción
- Oncomedical
- Centro Médico Las Palmeras
- Centro Odontológico Cornejo's Dental
- Consultorios Odontológicos Descentralizados
- Centro Dental San José
- Centro Odontológico de la Clínica San Pablo
- Centro Odontológico Americano (todas las sedes)
- Cerdent (todas las sedes)
- Radiooncología - Centro Integral de Radioterapia
- Confía Instituto Oftalmológico
- Talent Consulting
- INEN
- Oncocenter
- Funerario Merino
- Blufstein
- Med Lab
- Integramédica Perú
- Millenium Salud – Daleth Lab
- MEDAVAN

Las clínicas y centros médicos deberán estar agrupadas en 4 redes, siendo la Red 1 la de los deducibles y coaseguros más bajos, y la Red 4 la de los deducibles y coaseguros más altos (ver Tabla de Beneficios).

Las clínicas de provincia serán todas las que estén afiliadas a la aseguradora, las mismas que deberán contar con una infraestructura adecuada.

Además, la Clínica Oncológica Miraflores está habilitada para recibir Cartas de Garantía, cuando el cáncer esté en proceso de diagnóstico. Luego de ello, del resultado positivo del examen Anatómo Patológico, la cobertura continuará al 100%.

La compañía de Seguros presentará al Contratante, opciones de proveedores con las que realicen nuevos convenios y a su vez el Contratante también tendrá la opción de sugerirlas y solicitarlas formalmente, teniendo en cuenta que los proveedores tengan autorización de funcionamiento de SUSALUD. La relación de proveedores debe ser aprobada por el Contratante antes del inicio de la vigencia de la póliza y el Contratante se reservará el derecho de solicitar alguna de las clínicas en determinada red de acuerdo con el consumo de los asegurados.



13. La Aseguradora se obliga a designar a un grupo de funcionarios ad hoc para manejar administrativamente la póliza a entera satisfacción del Contratante. Estos funcionarios deben ser: Un funcionario con rango de gerente, un funcionario administrativo, un ejecutivo liquidador implant y un médico auditor (que deberá asistir a las oficinas del Contratante dos veces por semana), quienes serán los responsables ante el Contratante de la correcta

aplicación de las tarifas pactadas del Condicionado General de la Póliza, de las Tablas de Beneficios y de la solución amistosa de las controversias que pudieran surgir.

14. Los servicios de Ambulancia y de Atención Domiciliaria deberán ser otorgados por empresas proveedoras líderes del mercado, de reconocida calidad en sus servicios, las cuales deberán aceptar regirse por las pautas administrativas que señale la aseguradora, y que además cuenten con médicos especialistas de experiencia adecuada.
15. En la siniestralidad los gastos operativos de las pólizas de salud no podrán exceder del 25% (incluyendo gastos de Reaseguro, entre otros).
16. Los criterios para establecer las Reservas de las pólizas de salud serán las siguientes:
Aplicación de fórmula de la siguiente manera:
 - La reserva será el promedio de los últimos tres meses cerrados de siniestros incurridos.
 - La aseguradora deberá entregar con la siniestralidad, la relación de siniestros incurridos y reportados (no liquidados) que forman parte de la reserva.
17. La Compañía de Seguros que se adjudique el Concurso Público, podrá ofrecer condiciones adicionales que mejoren las que se detallan en el Condicionado General de Póliza y las Tablas de Beneficios.
18. Para los casos de cirugía ocular, se cubre vía crédito y/o reembolso, el uso de Lente Intraocular hasta máximo de US\$ 500 (Quinientos y 00/100 dólares americanos) por cada ojo.
19. Para los casos de cirugía oncológica mamaria, con indicación del médico tratante, se cubrirán vía crédito y/o reembolso las prótesis mamarias, hasta el Beneficio Máximo Anual.
20. El plazo máximo para la emisión de Cartas de Garantía será de 24 horas contadas a partir del momento en que se formalice el pedido y/o la documentación esté completa.
21. La aseguradora se compromete a proporcionar en su red de clínicas afiliadas, medicamentos no genéricos (salvo cuando el asegurado así lo solicite). Si la farmacia de la clínica no dispone de ellos, estos deberán ser entregados a través del reparto de medicinas a domicilio implementado por la aseguradora, debiendo respetarse los deducibles y coaseguros que correspondan al proveedor que brindó la atención.
22. Se otorga cobertura para el tratamiento integral terapéutico, contra toda la secuela a consecuencia de un infarto cerebral, adicional a la rehabilitación física, rehabilitación de lenguaje y terapia ocupacional y orofacial.
23. Se otorga cobertura de repatriación de restos mortales en la póliza de Funcionarios Administrativos, padres y Alumnos de la Academia Diplomática, para un solo caso, siempre que las causas del fallecimiento hayan sido cubiertas por la presente póliza, hasta la suma indicada en la tabla de beneficios.
24. Se otorga cobertura para el tratamiento de Osteopenia hasta la suma de US\$ 500 por vigencia.
25. Se otorga cobertura a los hijos solteros reconocidos o legalmente adoptados, desde el primer día de nacido, debiendo tramitar su inscripción dentro de los 30 días posteriores a la fecha de su nacimiento permaneciendo hasta los 28 años. Se exceptúa a los hijos dependientes con discapacidad en cuanto al límite de edad y/o permanencia.



26. Límites de edad de ingreso: Titulares, cónyuges, parejas del mismo sexo y/o conviviente: Hasta los 65 años.
27. Se cubre maternidad para la cónyuge o conviviente del titular asegurado como dependiente, así como a la Titular sola. Las hijas aseguradas como dependientes y los padres no cuentan con esta cobertura. Se considera aborto a la pérdida ocurrida hasta cumplir el 6to mes de embarazo, siendo considerado después como parto prematuro, dentro de la cobertura de Parto Normal.
Los abortos provocados, salvo el terapéutico sustentado con informe médico, no se encuentran cubiertos.
28. Periodos de Carencia para Nuevos Asegurados:
- Oncología: 60 días
 - Trasplante de Órganos: 1 año
 - Sida: 1 año
 - Maternidad: 10 meses
29. El reembolso de gastos ambulatorios y hospitalarios se otorgará de acuerdo con la Tarifa A + 100%.
30. En el caso que el asegurado acuda a una clínica afiliada para atención médica ambulatoria y/u hospitalaria y el médico tratante no trabaje con la Cía. De Seguros, el asegurado podrá presentar para reembolso los honorarios profesionales y se aplicarían los deducibles y coaseguros correspondientes. No se reembolsarán honorarios adicionales. Esta condición aplica a cualquier beneficio del plan de salud (ambulatorio, hospitalario, maternidad, entre otros).
31. La aseguradora deberá procesar las solicitudes de inclusión (nuevos asegurados) en un plazo máximo de 24 horas, desde que la aseguradora cuente con la información.
32. La Aseguradora suministrará al Asegurado, los formularios necesarios para solicitar el reembolso de los beneficios a que tenga derecho una vez finalizado el tratamiento por una enfermedad o accidente. El Asegurado deberá adjuntar la siguiente documentación:
- Recibo por Honorarios Profesionales emitidos a nombre del Asegurado
 - Factura (a nombre de la aseguradora) o Boleta de venta (a nombre del asegurado) por medicamentos, análisis o exámenes auxiliares emitidas a nombre de la aseguradora y acompañados de la receta u orden médica y de los resultados.
- La presentación del reembolso y su documentación sustentatoria deberá hacerse en un plazo máximo de 150 días calendario contados a partir de la fecha de emisión del comprobante de pago. Vencido este plazo el reembolso será considerado extemporáneo y por ende no cubierto.
33. En aquellas provincias donde no haya resolución adecuada para la atención de los asegurados de las oficinas descentralizadas del Ministerio de Relaciones Exteriores, el asegurado podrá hacer uso de un proveedor particular solicitando posteriormente el reembolso, el cual será pagado según la red 2 de la tabla de beneficios.
34. La prima comercial propuesta en el contrato debe ajustarse a lo indicado en la Resolución S.B.S. N° 3199 -2013 – Título I – Inciso u) - de la vigente Ley de Contrato de Seguros N° 29946.

GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES (Las exclusiones no prevalecen sobre las condiciones particulares)



- a) Curas de reposo, surmenaje, enfermedades emocionales (ansiedad, depresión, stress, etc.), trastornos funcionales de órganos, distonías neurovegetativas, desórdenes de la mente (psicosis, neurosis, fobias, etc.), tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, enuresis nocturna, retardo mental o del desarrollo psicomotor, déficit de atención, bajo rendimiento escolar, disfunciones cerebrales, síndrome orgánico cerebral. Salvo lo indicado en las condiciones especiales de la Tabla de Beneficios.
- b) Tratamientos y operaciones de carácter odontológico, tales como ortodoncia, operatoria dental, cosmética dental, incrustaciones, prótesis, salvo aquellos que se indica en la cobertura odontológica y los casos necesarios como consecuencia de un accidente.
- c) Gastos por adquisición, alquiler o uso de prótesis externas, aparatos ortopédicos y en general todo aparato, permanente o eventual, que supla una función natural del organismo humano, así como muletas, bastones, collarines, fajas ortopédicas, salvo que sean indicadas por el médico tratante, como consecuencia de un accidente. En ningún caso se cubren sillas de ruedas, camas especiales, salvo lo indicado en la cobertura de Prótesis Quirúrgicas.
- d) Cuidados especiales de enfermería, intra y extrahospitalaria, salvo los casos que requieran aislamiento y tratamiento especial por indicación médica y por no más de quince (15) días.
- e) Gastos cuyo objeto sea el chequeo médico y despistaje de enfermedades de una persona sana, así como el tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a una enfermedad determinada, a excepción de lo señalado en la Tabla de Beneficios. Asimismo, se cubre las vacunas señaladas en la Tabla de Beneficios y por indicación del médico tratante.
- f) Tratamientos por desórdenes de la articulación temporomandibular o maloclusión, salvo los ocasionados por accidente cubierto por la póliza.
- g) Productos farmacéuticos tales como: Vitaminas, minerales, aminoácidos, estimulantes del apetito, suplementos proteicos, tónicos, edulcorantes, alimentos y sustitutos de alimentos salvo que sean médicamente necesarios para tratamientos relacionados a una enfermedad cubierta por la póliza.
- h) Productos farmacéuticos tales como: Sedantes, ansiolíticos, antidepresivos, medicinas psiquiátricas administrados como coadyuvantes o tratamiento de fondo, salvo que sean médicamente necesarios para tratamientos relacionados a una condición cubierta por la póliza.
- i) Cirugía estética, dermatología estética, cosmética o plástica para fines de embellecimiento. Ginecomastia, mastoplastia, gigantomastia y cirugía del septum nasal; a excepción de los casos necesarios como consecuencia de un accidente cuyos gastos fueron cubiertos por esta Póliza.
- j) Sustancias exfoliativas, preparados, jabones, cremas neutras y bloqueadores solares, salvo justificación médica aceptada por LA COMPAÑÍA.
- k) Los procedimientos, medicamentos, equipos, insumos o tratamientos que carezcan de un beneficio clínico relevante frente a alternativas vigentes o sustentados en Medicina Basada en Evidencia con nivel de evidencia IIA. No se cubren productos, servicios, procedimientos, insumos, medicamentos o tratamientos experimental, o en fase de periodo de prueba o investigación.
- l) Enfermedades resultantes del uso o afición a las drogas, estupefacientes y alcoholismo, así como las lesiones que se produzcan en situaciones de embriaguez o bajo influencia de drogas, o a consecuencia de la conducción de vehículos motorizados sin tener el ASEGURADO licencia vigente para hacerlo. En el caso específico de bebidas alcohólicas se considerará que el ASEGURADO se encuentra en estado étílico o situación de embriaguez, y por lo tanto sujeto a esta exclusión, cuando el examen de alcoholemia tomado inmediatamente después del accidente arroje un resultado mayor a 0.5gr./lt. En caso de que la muestra para el examen de alcoholemia no sea tomada inmediatamente después del accidente, se considerará una disminución de 0.15 gr./lt. por hora desde el momento del accidente hasta la toma de la muestra. En el caso de



drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos se considerará cualquier grado positivo de un examen toxicológico.

- m) Compra de Sangre y derivados de plasma, plaquetas y paquetes globulares. salvo lo señalado en la cobertura para albumina indicada en la tabla de beneficios.
- n) Procedimientos de crio-preservación o criogénéticos. Tratamientos que utilicen células madre (stem cell).
- o) Ningún gasto vinculado a la donación y/o transfusión de sangre, salvo lo señalado en la Cobertura de Trasplante de Órganos y Hemoterapia.
- p) Lesiones o enfermedades a consecuencia de actos de guerra, revoluciones, energía atómica, fenómenos catastróficos de la naturaleza y/o meteorológicos, así como los que resulten de la participación activa en huelgas, motines y conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y/o terrorismo, salvo lo indicado en la cobertura de Accidentes Personales.
- q) Lesiones producidas a sí mismo por EL ASEGURADO TITULAR o ASEGURADO DEPENDIENTE en forma voluntaria o estando mentalmente insano; así como los gastos que se generen por suicidio, intento de suicidio, peleas o riñas, excepto los casos de legítima defensa comprobada con documento policial.
- r) Termómetros, papel higiénico, esponja, jabón, artículos de uso personal, cremas hidratantes, pañales, teléfono, acompañante, televisión.
- s) Accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales.
- t) Cuidado podiátrico, incluyendo el cuidado de los pies relacionados con callos, juanetes (hallux valgus), pies planos, arcos y pies débiles.
- u) Tratamientos por anorexia nerviosa, bulimia, para adelgazamiento o desnutrición, raquitismo, sobrepeso, hipovitaminosis, talla anormal, ginecomastia, obesidad mórbida o alteraciones hormonales que no sean debidos a enfermedad y terapia de reemplazo hormonal (TRH), todo tipo de trastorno de crecimiento y desarrollo, así como tratamientos médicos o quirúrgicos para aumentar o disminuir de peso.
- v) Los accidentes que se produzcan durante la práctica activa de las siguientes actividades y/o deportes: participación en carreras de automóviles, motos acuáticas; participación en corridas de toros, novilladas, espectáculos taurinos, carrera de toros, rodeo, incluyendo montar a pelo potros salvajes o reses vacunas bravas; combate en artes marciales, boxeo, lucha libre, 'vale todo', esgrima o,; rugby, fútbol americano, lacrosse, hockey o hurling; caminata de montaña ('trekking' o senderismo), escalamiento o descensos, alpinismo o andinismo o montañismo, o rápel; canotaje o piragüismo o 'rafting', a partir de nivel de dificultad III; cacería de fieras; pesca en rocas, o caza submarina o subacuática, buceo o inmersión en mares, ríos, lagos o lagunas o pozos o pozas o cuevas o cavernas o aguas subterráneas; salto desde trampolines o clavados desde cualquier lugar; surf; equitación de salto o carrera de caballos; patinaje, o uso de patineta o 'skateboard'; ciclismo de montaña o a campo traviesa o en carreteras o en autopistas; paracaidismo, parapente, alas delta; vuelos en avionetas o aviones ultraligeros; trapezio, equilibrismo; salto desde puentes 'puenting'; halterofilia; o esquí acuático o sobre nieve, 'snowboard' o 'sandboard'.
- w) Todos los gastos efectuados en fechas posteriores al inicio del tratamiento originados por negligencia del propio ASEGURADO en perjuicio de su rehabilitación, incluyendo los casos en que el ASEGURADO se auto medique, así como las causas y/o consecuencias de un tratamiento y/o cirugía no cubiertos por esta póliza.
- x) Tratamientos o estudios u operaciones relacionadas con la infertilidad de cualquier tipo, impotencia o tratamientos con fines de esterilización o concepción, cambio de sexo, frigidez, inseminación artificial o implantación de embriones.
- y) Gastos directos e indirectos por infecciones de transmisión sexual, venéreas, VIH, SIDA en cualquiera de sus formas y/o complicaciones, lesiones producidas durante prácticas sexuales de cualquier tipo, condiloma acuminado. Salvo lo indicado en condiciones particulares.
- z) No se cubre sepelio de los no-natos.



- aa) Lentes de contacto o intervenciones quirúrgicas para corrección de trastornos de refracción, tales como miopía, hipermetropía, astigmatismo o presbicia.
- bb) Mamoplastia reductora ni cirugías por ginecomastia.
- cc) Comida y cama para acompañantes. Todo tipo de servicios de confort personal durante la hospitalización, como radios, televisores, teléfonos, batas. Todo tipo de transporte o alojamiento no especificado en el Plan de Beneficios.
- dd) Todos los gastos relacionados al incumplimiento de las indicaciones médicas por decisión del propio paciente, así como la automedicación en perjuicio de su curación y/o rehabilitación. No se cubren tratamientos, procedimientos o medicamentos otorgados o expedidos sin indicación o receta médica ni cualquier estudio, tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a un diagnóstico determinado.
- ee) Leches maternizadas (excepto en casos de imposibilidad documentable de Lactancia Materna solo durante los días de hospitalización del recién nacido y exclusivamente durante la etapa puerperal).
- ff) No se cubre homeopatía ni medicina no tradicional de cualquier tipo.
- gg) Estudios, pruebas y tratamientos genéticos a excepción de los asegurados que cuentan con cobertura de Enfermedades Congénitas en los que los estudios y pruebas genéticas, si estarán sujetas a cobertura.
- hh) No se brinda cobertura en el extranjero para enfermedades contagiosas que requieran aislamiento o cuarentena y las que sean declaradas por el Ministerio de Salud, incluyendo el diagnóstico Covid 19,



**TABLA DE BENEFICIOS
POLIZAS DE SEGURO MEDICO FAMILIAR PERSONAL
DE LOS GRUPOS ASEGURADOS**

ASEGURADO : MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
DIRECCION PRINCIPAL : JR. LAMPA 545 - LIMA
VIGENCIA : ANUAL - DESDE / HASTA LAS 00 HORAS
 EN BASE A DECLARACIONES MENSUALES

GRUPO ASEGURADO:

Funcionarios del servicio Diplomático de la República y sus dependientes residentes en el Perú

Beneficio Máximo Anual por persona para titulares y dependientes		US\$ 1,000,000.00	
ATENCION HOSPITALARIA			
Crédito	Deducible	Cubierto al	
Clínicas Red 1			
Los primeros US\$ 5,000.00	1 día de habitación	95%	
Clínicas Red 2	1 día de habitación	90%	
Los primeros US\$ 5,000.00			
Clínicas Red 3	1 día de habitación	85%	
Los primeros US\$ 5,000.00			
Clínicas Red 4	1 día de habitación	80%	
Los primeros US\$ 5,000.00			
Reembolso Lima y Provincias (Tarifa A + 100%)	1 día de habitación	80%	
ATENCION HOSPITALARIA EN EXCESO A US\$ 5,000 CUBIERTA AL 100%			
Por cada evento hospitalario y hasta el beneficio máximo anual contratado			
ATENCION HOSPITALARIA EN EL EXTRANJERO			
CON RESOLUCION DEL MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES			
En caso el asegurado viaje al extranjero con resolución y se hospitalice			
Crédito	Deducible	Cubierto al	
Deducible anual individual	US\$ 300	90% hasta US\$ 5,000	
Deducible anual por grupo familiar	US\$ 650	90% hasta US\$ 5,000	
Hospitalización en exceso de US\$ 5,000		100%	
Límite de cuarto diario US\$ 750			
Límite de cuidados intensivos diario US\$ 1,500			
REEMBOLSO DE GASTOS EN EL EXTRANJERO			
Deducible anual individual	US\$ 500	80% hasta US\$ 10,000.00	
Deducible anual por grupo familiar	US\$ 1,000	100% hasta US\$ 10,000.00	
Límite de cuarto diario US\$ 750			
Límite de cuidados intensivos diario US\$ 1,500			
SIN RESOLUCION DEL MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES			
Crédito	Deducible	Cubierto al	
Deducible anual individual	US\$ 2,000	85% hasta US\$ 5,000	
Hospitalización en exceso de US\$ 5,000		100%	
Límite de cuarto diario US\$ 750			
Límite de cuidados intensivos diario US\$ 1,500			
REEMBOLSO DE GASTOS EN EL EXTRANJERO			
Por persona hasta US\$ 10,000.00	US\$ 2,500	80%	
Exceso de US\$ 10,000 al		100%	
Límite de cuarto diario US\$ 750 (máximo 180 días)			
Límite de cuidados intensivos diario US\$ 1,500 (máximo 180 días)			



ATENCION AMBULATORIA		
Crédito	Deducible	Cubierto al
Clínicas Red 1	\$10.00	95%
Clínicas Red 2	\$15.00	90%
Clínicas Red 3	\$20.00	85%
Clínicas Red 4	\$30.00	80%
Reembolso Lima y Provincias (Tarifa A + 100%)	\$30.00	80%
Máximo US\$ 100 x consulta o su equivalente en soles		

ATENCION AMBULATORIA EN EL EXTRANJERO		
CON RESOLUCION DEL MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES		
Crédito	Deducible	Cubierto al
Deducible anual individual (por todas las atenciones)	US\$ 300	90% hasta US\$ 5,000
Deducible anual familiar (por todas las atenciones)	US\$ 650	90% hasta US\$ 5,000
Exceso de US\$ 5,000 al		100%
SIN RESOLUCION DEL MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES		
Crédito	Deducible	Cubierto al
Deducible anual individual (por todas las atenciones)	US\$ 2,000	85% hasta US\$ 5,000
Exceso de US\$ 5,000		100%
REEMBOLSO DE GASTOS EN EL EXTRANJERO		
Deducible anual individual	US\$ 2,500	80% hasta US\$ 10,000
Exceso de US\$ 10,000 al		100%

MEDICO A DOMICILIO		
Al Crédito	Deducible	Cubierto al
Incluye medicinas y exámenes de ayuda diagnóstica	\$10.00	100%
Por reembolso		
Incluye medicinas y exámenes de ayuda diagnóstica Máximo US\$ 150 x consulta o su equivalente en soles	\$20.00	80%
Radio de acción: Por el norte hasta Comas – Independencia; por el Sur hasta el peaje de Villa Chorrillos, San Juan de Miraflores y Villa el Salvador; por el Este hasta Chaclacayo – SJ de Lurigancho; por el Oeste hasta la Punta Callao		
Observaciones: El deducible incluye la consulta de control por el mismo diagnóstico (en caso sea medicamente necesario). El control médico sin deducible se refiere a una consulta si la evolución del paciente es inadecuada o el tratamiento prescrito no está siendo efectivo y/o para evaluación de exámenes auxiliares.		
En los supuestos de estados de emergencia decretado por el Gobierno del Perú, el servicio de atención debe seguir brindándose de forma presencial y/o virtual.		
MEDICO EN PLANTA – En las instalaciones del Ministerio		
Medicina Interna y Especialidades – incluye consulta, medicinas, análisis de laboratorio y exámenes especiales	Deducible	Cubierto al
Consulta médica	\$0.00	100%
Medicinas, exámenes auxiliares	\$0.00	90%
Fisioterapia	\$0.00	100%
Medicamentos oncológicos (previa presentación de receta u orden médica)	\$0.00	100%
Observaciones: En los supuestos de estados de emergencia decretado por el Gobierno del Perú, el servicio de atención debe seguir brindándose de forma presencial y/o virtual.		



PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRONICAS - EN EL PERU		
Crédito	Deducible	Cubierto al
Enfermedades cubiertas: Hipertensión Arterial, Asma, Diabetes tipo II, Dislipidemia y combinaciones (Diabetes II+HTA, diabetes II+Dislipidemia)	\$0.00	100%
Consultas médicas especializadas, controles de enfermería, evaluación nutricional, evaluación psicológica, consulta por oftalmología, atención podológica en diabéticos (a domicilio), integración grupal y educación en salud, exámenes de laboratorio, procedimientos diagnósticos y medicinas.		
Para acceder al servicio se debe llamar a la central de información y consultas de la aseguradora. El asegurado podrá recibir las atenciones en su domicilio o en el médico en planta. La cobertura se brindará bajo los protocolos y condiciones señalados por la aseguradora. Como mínimo deben ser las indicadas en el detalle de esta cobertura.		
El Programa de Pacientes Crónicos incluye los siguientes medicamentos con cobertura al 100%		
Hipertensión Arterial: Micardis o Cordiax, Blox o Blopess, Aprovel, Exforge		
Diabetes Tipo II: Forxiga, Jardiance, Glucophage, Galvus, Insulinas		
Asma: Relvar, Symbicort, Ventolin, Singulair		
Dislipidemia: Crestor, Lipitor, Cresadex, Vytorin		
En los supuestos de estados de emergencia decretado por el Gobierno del Perú, el servicio de atención debe seguir brindándose de forma presencial y/o virtual.		
MATERNIDAD		
Período de carencia para asegurados nuevos: 10 meses		
Crédito	Deducible	Cubierto al
Parto normal	\$0.00	100% hasta US\$ 3,500
Cesárea y/ o parto múltiple	\$0.00	100% hasta US\$ 5,000
Amenaza de aborto y/o aborto no provocado	\$0.00	100% hasta US\$ 2,500
Complicaciones orgánicas del embarazo	\$0.00	100% hasta US\$ 5,000
Reembolso (Tarifa A + 100%)		
Parto normal	\$0.00	100% hasta US\$ 3,000
Cesárea y/ o parto múltiple	\$0.00	100% hasta US\$ 4,500
Amenaza de aborto y/o aborto no provocado	\$0.00	100% hasta US\$ 2,000
Complicaciones orgánicas del embarazo	\$0.00	100% hasta US\$ 4,500
Controles de Maternidad en el Perú (solo en clínicas afiliadas)		
9 consultas prenatales, 03 ecografías durante la gestación, 02 consultas post natales	\$0.00	100%
Análisis de laboratorio	\$0.00	100% hasta US\$ 400
Psicoprofilaxis - Preparación para el parto		
A partir del séptimo mes en red de clínicas afiliadas propuestas por la aseguradora. Consta de 7 sesiones de dos horas cada una.	\$0.00	100%
Control del niño sano		
Una consulta mensual por el primer año de vida (incluye vacunas según esquema indicado en detalle de inmunizaciones) Cubre las consultas durante el primer año y las inmunizaciones hasta los 4 años de vida	\$0.00	100%
MATERNIDAD EN EL EXTRANJERO (SOLO A CREDITO)		
Período de carencia para asegurados nuevos: 10 meses		
Crédito	Deducible	Cubierto al
Parto normal	\$0.00	100% hasta US\$ 5,000
Parto múltiple	\$0.00	100% hasta US\$ 5,000
Cesárea	\$0.00	100% hasta US\$ 7,500
Amenaza de aborto y/o aborto no provocado	\$0.00	100% hasta US\$ 3,000
Complicaciones orgánicas del embarazo	\$0.00	100% hasta US\$ 5,000



ATENCION DE EMERGENCIA – ACCIDENTALES AMBULATORIAS (CREDITO Y REEMBOLSO)		
Cubre todos los gastos incurridos durante las primeras 72 horas, incluye cobertura de continuidad de emergencia accidental ambulatoria hasta por 90 días en el mismo establecimiento donde se atendió inicialmente la emergencia accidental.		
En caso el asegurado viajará dentro de los 90 días a otra ciudad o País, no se limitará la atención de continuidad al establecimiento donde se atendió inicialmente.		
La cobertura dentro de este periodo será cubierta al 100% para lo siguiente: Controles ambulatorios, tomografía, resonancia magnética, ecografías, exámenes de laboratorio de control, exámenes radiológicos de control, sesiones de terapia física, retiro de puntos, retiro de yeso.		
No incluye hospitalizaciones derivadas del accidente. No se cubren aparatos ortopédicos ni ortésicos, tales como cabestrillo, collarines, muletas, sillas de ruedas, plantillas ortopédicas, corsets, chalecos, tirantes, audífonos, prótesis externas, calzado ortopédico.		
	Deducible	Cubierto al
Consulta médica	\$0.00	100%
Medicinas y exámenes auxiliares	\$0.00	100%
EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS A TRAVES DE LA CENTRAL DE ATENCION DE LA ASEGURADORA		
Gastos ambulatorios (atención por ambulancia y consultas a través de la central telefónica de la aseguradora)	\$0.00	100%
EMERGENCIAS MEDICAS NO ACCIDENTALES (CREDITO Y REEMBOLSO)		
	\$0.00	100%

TRANSPORTE POR EVACUACION DE EMERGENCIA		
	Deducible	Cubierto al
<ul style="list-style-type: none"> Ambulancia aérea / terrestre Ambulancia de la clínica a la casa (medicamento justificada) Avión comercial, vuelo regular nacional e internacional (incluye acompañante (hasta 7 asientos) cuando el estado de salud del paciente así lo requiera y sea determinado por el médico tratante 	\$0.00	100%
Reembolso de ambulancia en provincias por evacuación de emergencias (Incluye servicios médicos y de apoyo para el traslado)	\$0.00	100%

ATENCIÓN OFTALMOLOGICA (SOLO EN PERU)		
Prevención	Deducible	Cubierto al
Una medida de vista al año, fondo de ojo (sin dilatación pupilar), tonometría, campo visual por confrontación y examen de musculatura ocular (solo en clínicas afiliadas)	\$0.00	100%
Crédito		
Enfermedades Oculares (crédito y reembolso)	Como ambulatorio / hospitalario	
Centros Oftalmológicos Afiliados	\$15.00	90%
Uso de lente intraocular (solo en el Perú)		
Por ojo y en centros afiliados (crédito y reembolso)	Hasta US\$ 500	
Monturas y cristales		
Solo para titulares (vía reembolso y presentando receta del oftalmólogo)	Hasta US\$ 50 al 100%	



ATENCION ODONTOLOGICA		
Odontograma y profilaxis al 100%		
Sólo al Crédito – deducible por pieza tratada y terminada	Deducible	Cubierto al
Rayos x, curaciones con resina (piezas delanteras y posteriores), extracciones, endodoncias, periodontitis, gingivitis, apicectomía, alveolotomía, cirugía oral.	\$5.00	100%
Medicinas vía crédito y reembolso		100%
No se cubren: Prótesis, ortodoncias, tratamientos cosméticos y operatoria dental.		

ENFERMEDADES Y DEFECTOS CONGENITOS		
La cobertura es para los niños cuya concepción fue dentro de la vigencia del Plan de Salud de la entidad empleadora y también para asegurados que pasen con continuidad de cobertura de la póliza del AFDA, sin período de carencia ni límite de edad. Se podrá incluir a sola declaración del titular de la póliza.		
Crédito y reembolso	Deducible	Cubierto al
Por vigencia y sin límite de tiempo de cobertura	\$0.00	100% hasta US\$ 30,000
ENFERMEDADES CONGENITAS NO CONOCIDAS Y NO DIAGNOSTICADAS		
Aplica también para asegurados que pasen con continuidad de cobertura de la póliza del AFDA, sin período de carencia ni límite de edad		
Crédito y reembolso	Deducible	Cubierto al
Por vigencia y sin límite de tiempo de cobertura	\$0.00	100% hasta US\$ 5,000

PROTESIS QUIRURGICAS INTERNAS		
Excluye prótesis dentales y estéticas		
Crédito y reembolso	Deducible	Cubierto al
Cobertura para prótesis quirúrgicas que el médico tratante indique para tratar una patología cubierta por la póliza	\$0.00	100% hasta US\$ 50,000

ONCOLOGIA (CREDITO Y REEMBOLSO) EN EL PERU Y EL EXTRANJERO		
60 días de período de carencia para nuevos asegurados. Cobertura en todas las clínicas afiliadas de la póliza en Lima y Provincias		
Atención y tratamientos oncológicos ambulatorios u hospitalarios, patologías a consecuencia del tratamiento oncológico, cirugía de hallazgo, segunda opinión nacional, etc.		
Consultas especializadas, quimioterapias, exámenes especiales, cirugía oncológica, radioterapia, pet scan, etc.	Deducible	Cubierto al
Beneficio máximo anual para titulares y dependientes	\$0.00	100% hasta US\$ 1,000,000.00

VIH / SIDA (CREDITO Y REEMBOLSO)		
1 año de período de carencia para nuevos asegurados. Cobertura en todas las clínicas afiliadas de la póliza		



	Deducible	Cubierto al
Cubre exclusivamente la atención médica de esta enfermedad que incluye las consultas médicas, medicación, exámenes complementarios, hospitalizaciones, así como la de las enfermedades causadas directamente por el virus de VIH, hasta la suma indicada en la tabla de beneficios. Las enfermedades que no puedan ser demostradas que tienen una vinculación directa con el VIH serán consideradas dentro de la cobertura general de la póliza.	\$0.00	100% hasta US\$ 35,000

SEGUNDA OPINION NACIONAL Y EN EL EXTRANJERO		
segunda evaluación médica en casos quirúrgicos o de enfermedades graves o de difícil diagnóstico. No incluye viaje del asegurado ni sus familiares y acompañantes.		
	Deducible	Cubierto al
Segunda Opinión Nacional , el asegurado deberá coordinar con la aseguradora una cita médica para obtener otra opinión médica, que también podrá ser vía reembolso y deberá incluir también el costo de exámenes médicos adicionales y/o auxiliares que se requiera.	\$0.00	100%
Segunda Opinión en el extranjero , el asegurado deberá coordinar con la aseguradora el envío de la historia clínica para que la misma sea evaluada ante una junta médica en el extranjero, vía crédito o reembolso. También se debe considerar dentro de la cobertura, el costo de exámenes médicos adicionales y/o auxiliares que se requiera.	\$0.00	100%
TRASPLANTE DE ORGANOS (CREDITO Y REEMBOLSO)		
1 año de período de carencia para nuevos asegurados Se otorgará en el proveedor debidamente acreditado para tal fin, indicado en la tabla de beneficios. El trasplante de órganos es un procedimiento terapéutico que consiste en sustituir un órgano o tejido enfermo por otro órgano, segmento de órgano o tejido sano, procedente de un donante vivo o un donante cadavérico		
	Deducible	Cubierto al
Cubre uno o más de los órganos: corazón, riñón, hígado, pulmón, páncreas o médula ósea. Incluye los gastos médicos por servicios prestados al donante	\$0.00	100% hasta US\$ 350,000.00
REEMBOLSO		
<ul style="list-style-type: none"> En caso de no existir la posibilidad de brindar dicha cobertura en algún proveedor acreditado, el asegurado podrá solicitar el reembolso correspondiente con una factura o comprobante a favor de la compañía aseguradora, luego de haberse realizado el procedimiento, hasta el límite de la suma asegurada indicada en la tabla de beneficios. Incluye los gastos médicos por servicios prestados al donante. El reembolso se realizará posterior a la cirugía siempre y cuando la institución cuente con la acreditación para el procedimiento. Se cubrirá sólo a nivel nacional (Lima, provincias y zonas alejadas de provincias). El reembolso se realizará posterior al procedimiento terapéutico del trasplante, siempre y cuando la institución cuente con una autorización de la ONDT (Organización Nacional de Donación y Trasplante del Ministerio de Salud) y solo aplica para órganos autorizados por esta entidad <p>El beneficio aplica sólo para el receptor del órgano así como los gastos médicos por servicios prestados al donante.</p>		

SEPELIO (Incluye cremación)		
Crédito / Reembolso	Deducible	Cubierto al
Servicio funerario, servicio de sepultura o cremación y servicios adicionales.	\$0.00	100% Hasta US\$ 7,000
La cobertura se habilita siempre y cuando el fallecimiento se haya producido por enfermedad o accidente cubierto por la póliza		



SEGURO DE PRIMAS POR MUERTE DEL TITULAR

Por muerte natural y/o accidental del titular, los derechohabientes inscritos en el plan de salud gozarán del beneficio hasta el vencimiento contractual de la póliza o por un período mínimo de tres meses en caso el fallecimiento se produzca cerca al vencimiento de la póliza (ejemplo: si el fallecimiento se da 2 meses antes), bajo las mismas coberturas y sin pago de primas.

SEGURO DE VIDA

Esta cobertura se habilita, a favor de los beneficiarios designados por el titular, solamente si la muerte del titular ocurre por una enfermedad o accidente cubiertos por la póliza.

Indemnización de US\$ 10,000.00

ACCIDENTES PERSONALES

Solo cubre en caso de muerte accidental, a favor de los beneficiarios designados por el titular.

Indemnización de US\$ 2,000.00

Para el titular y/o cónyuge, aplicará en caso de fallecimiento de uno o ambos asegurados.

Cubre terrorismo.

Nota importante: En caso no se haya designado a los beneficiarios se deberá presentar la sucesión intestada.

HEMOTERAPIA

Crédito / Reembolso	Deducible	Cubierto al
Honorarios médicos por procedimientos vinculados a la transfusión de sangre	\$0.00	100%
Calificación o compatibilidad de donantes	Al 100% hasta US\$ 3,000	

ALBUMINA HUMANA

Crédito / Reembolso	Deducible	Cubierto al
	\$0.00	100%
Hasta 03 casos por vigencia	Al 100% hasta US\$ 2,000	

OXIGENOTERAPIA

Crédito / Reembolso	Deducible	Cubierto al
En domicilio y clínicas afiliadas	\$0.00	100% hasta US\$ 3,000

PSIQUIATRIA / PSICOLOGIA EN EL PERU

Crédito / Reembolso		
Cubre consultas, medicación y exámenes complementarios, el tratamiento psicológico / psiquiátrico, incluyendo, pero no limitado: autismo y trastorno generalizado del desarrollo. Comprende todos los tratamientos medicación y hospitalizaciones para los diagnósticos tales como: curas de reposo, surmenage, enfermedades emocionales (ansiedad, depresión, stress, etc), trastornos funcionales de órganos, distonías neurovegetativas, desordenes de la mente (psicosis, neurosis, fobias, etc.), trastornos de la personalidad, trastorno obsesivo compulsivo, enuresis nocturna, retardo mental o del desarrollo psicomotor, déficit de atención, bajo rendimiento escolar, disfunciones cerebrales, síndrome orgánico cerebral, autismo, trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia, entre otros. Hasta el límite de la suma asegurada contratada. No aplican exclusiones para esta cobertura.		
	Deducible	Cubierto al
Crédito En proveedores ofertados por el postor	\$25.00	90% Hasta el límite del beneficio máximo anual
Reembolso	\$0.00	90% hasta US\$ 12,000 por vigencia



Máximo US\$ 100 x consulta o su equivalente en soles		
La cobertura no incluye gastos en casas de reposo pero si incluye hospitalizaciones hasta la suma asegurada contratada para esta cobertura.		

COBERTURA DE ESCOLTA MEDICA		
Para los asegurados que requieran escolta médica para continuar con el tratamiento en el extranjero o regresar al país, máximo 2 eventos por año		
Honorarios médicos de la escolta		Hasta US\$ 3,500
Costos de pasajes para médico de escolta paciente y familiar		Hasta US\$ 7,500
Viáticos por día máximo 7 días y máx. 2 eventos		Hasta US\$ 350

COBERTURA PARA HIJOS CON DISCAPACIDAD		
Requisitos: para el ingreso de los hijos que adolezcan de algún tipo de discapacidad, se requiere del certificado de discapacidad otorgado por los hospitales del Ministerio de Salud (MINSA) o Ministerio de Defensa o Ministerio del Interior o del Seguro Social (Essalud)		
Beneficio máximo anual por persona		US\$ 1,000,000.00
Según deducibles y coaseguros del centro de atención – a partir de los 28 años		US\$ 250,000.00

REPATRIACION DE RESTOS MORTALES		
	Deducible	Cubierto al
Repatriación	\$0.00	100% Hasta US\$10,000

CHEQUEOS MEDICOS INTEGRALES – Cobertura al 100%		
La compañía de seguros indicará la red preventiva y la de inmunizaciones, es importante señalar que el chequeo preventivo también se podrá realizar en las instalaciones del contratante y sin costo para este o en clínicas afiliadas.		
Detalle de chequeo médico integral - Anual		100%
Consulta médica y examen clínico (mayores de 18 años)		
Despistaje de TBC		
VIH (para asegurados que voluntariamente lo soliciten, los resultados serán entregados al mismo asegurado)		
Hemograma / Hemoglobina / Hematocritos (mayores de 18 años)		
Examen de orina (mayores de 18 años)		
Colesterol y triglicéridos (mayores de 18 años)		
Glicemia (mayores de 40 años)		
Radiografía de tórax (mayores de 18 años)		
Electrocardiograma (mayores de 40 años)		
Antígeno prostático (mayores de 40 años)		
Papanicolau (mayores de 18 años)		
Mamografía (mayores de 40 años)		
Consultas: ginecológica, oftalmológica, odontológica		
Prueba de esfuerzo		

Nota importante: se excluyen las edades solo para casos de antecedentes familiares o presencia de factores de riesgo determinado por el médico tratante.

DETALLE DE INMUNIZACIONES:

La compañía de Seguros indicará la Red Preventiva para Inmunizaciones y la relación de proveedores para los Controles de Niño Sano (se cubre únicamente consultas durante el primer año de vida) al 100%.

En lo que se refiere a Inmunizaciones la cobertura es hasta los 4 años de vida según cronograma.



EDAD	TIPO DE VACUNA
Recién nacido (0 a 28 días)	BCG y Hepatitis B
2do, 4to y 6to mes	Polio, rotavirus, difteria, pertussis, tétanos, hepatitis B, e infecciones causadas por hemophilus influenza tipo B
3ro, 5to, y 12vo mes	Neumococo
7mo y 8vo mes	Influenza
12vo mes	Sarampión, rubeola, paperas
15vo mes	Fiebre amarilla
18vo mes	Difteria, pertussis, tétanos
4 años	Difteria, pertussis, tétanos + sarampión, rubeola, paperas

CONDICIONES DE SOSTENIBILIDAD DEL PLAN MÉDICO

- La Aseguradora participante deberá demostrar la efectividad del cálculo técnico de las primas propuestas. Evaluándose durante la vigencia la sostenibilidad de la prima frente al objetivo de siniestralidad propuesto.
- En caso de que la prima no sea sostenible frente al objetivo del contrato, no se considerará para el análisis de la siniestralidad y por ende del incremento las variaciones por tal efecto. Solo se aceptarán las afectaciones en la siniestralidad demostrables, como las siguientes variables:
 - Desviación por mayor frecuencia de atenciones.
 - Desviación por un mayor gasto médico por los casos severos y/o catastróficos.
 - Desviación por un aumento en pacientes oncológicos y/o en consumo médico de casos existentes.
 - Cualquier variación demostrable y sustentable frente a la data de siniestralidad análisis en el presente concurso.

(*) El cálculo de la prima y el objetivo de siniestralidad deberá considerar los gastos administrativos, inversión y de gestión incurridos en la administración del plan médico por parte de la aseguradora y del corredor de seguros.

(**) Debiendo cumplirse a cabalidad la oferta de bienestar + programas de seguridad y salud en el trabajo establecidos.

CONDICIONES ESPECIALES

1. **Continuidad de preexistencia:** La aseguradora se compromete a que se produzca la continuidad de cobertura en el caso de enfermedades pre-existentes cubiertas a los asegurados que migren entre las pólizas administradas por el Ministerio de Relaciones Exteriores y las que son administradas por la Asociación de Funcionarios Diplomáticos del Perú en Actividad (AFDA), para lo cual se proveerá la información necesaria solicitada por la aseguradora sobre el total de la población asegurada. Asimismo, la aseguradora no aplicará período de carencia, salvo se trate de asegurados que se incorporen por primera vez a alguna de las pólizas mencionadas, distinta a la migración entre las pólizas antes referidas. Además, de ser el caso, continuará con la cobertura otorgada por la póliza administrada por la AFDA aun cuando el Condicionado General de la Póliza señale limitaciones o restricciones aplicando deducibles, coaseguros y límites señalados en la póliza donde se inició el siniestro, salvo en lo que refiere a la suma asegurada la cual no podrá excederse en ninguna circunstancia.



2. **Fondo de pagos especiales aplicable a ambas pólizas:** La Aseguradora pondrá a disposición del Contratante este fondo por un monto de US\$ 4,000 (cuatro mil 00/100 dólares americanos) mensuales, para condiciones no cubiertas por las pólizas, u otras que el Contratante señale. Dicho fondo será acumulable anualmente. Culminado el período anual, el saldo no utilizado será a favor de la Aseguradora, salvo lo indicado en el numeral "5.- Manuales", de los presentes Términos de Referencia.

Este fondo está destinado a cubrir las atenciones médicas de los asegurados que pudieran estar comprendidas dentro de condiciones o diagnóstico no cubiertos por la póliza, sin que esto afecte la siniestralidad de las pólizas.

3. **Ubicación y financiación de Médicos en planta:** De especialidad internista o emergencista, con amplia experiencia, el mismo que atenderá en horas de 1:30 a 6:30 pm por un lapso de 12 horas semanales, previa coordinación con la Aseguradora, debiendo contar con la asistencia de una enfermera titulada en el mismo horario. Se programará 08 horas semanales periódicamente en forma rotativa la atención ambulatoria a cargo de un cardiólogo (incluye toma de ECG), un dermatólogo, un endocrinólogo y otros especialistas según requerimiento del Contratante. La programación deberá comunicarse con el plazo máximo de 2 semanas de anticipación antes del inicio del mes programado a fin de hacer la difusión pertinente entre los asegurados. De ser el caso y a requerimiento del Contratante, los horarios y lugares de atención podrán ser ampliados, incluso para cubrir las atenciones del Tópico Médico de Cancillería cuando así se requiera, informándose con la debida anticipación, el requerimiento podrá ser hasta con 30 días de anticipación. Por otra parte, la designación del médico en planta y de los especialistas deberá contar con la aprobación de la Oficina de Servicios y Bienestar del Personal de la la Oficina General de Recursos Humanos del Contratante.

Se precisa que las atenciones por consulta médica que se realicen en el médico en planta instalado por la aseguradora en la sede del Ministerio de Relaciones Exteriores serán cubiertos al 100% por la aseguradora, y la medicación y /o exámenes complementarios tendrán cobertura por la póliza al 90%, en el caso que prescriba tanto el médico en planta como el médico del Contratante. Otorgándose cobertura a los medicamentos genéricos y no genéricos.

Asimismo, dentro del servicio de médico en planta y médico del Contratante, aplicará el Reparto de Medicinas Oncológicas y de Procedimientos Oncológicos con cobertura al 100%, previa presentación de la receta u orden respectiva.

En los supuestos de estados de emergencia decretado por el Gobierno del Perú, el servicio de atención debe seguir brindándose forma presencial y/o virtual.



4. **Implementación de Infraestructura:** la Aseguradora implementará en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles (siempre y cuando no se encuentre vigente un estado de emergencia sanitario declarado por el estado peruano) el tópico asignado para la tarea del Médico en Planta con adecuado equipamiento (PC e impresora a fin de facilitar el cumplimiento de sus funciones). Asimismo, proporcionará *una línea fija, con acceso a llamadas nacionales e internacionales para uso de la Unidad de Seguro Médico Diplomático del Ministerio de Relaciones Exteriores*, encargada de atender los reclamos de los asegurados. Sobre este particular para la implementación de toda esta infraestructura la Compañía Aseguradora ganadora de la buena pro se ceñirá a todas las políticas de seguridad y lineamientos para la interconexión de su sistema a la del Ministerio de Relaciones Exteriores, según lo establece la Oficina de Tecnología de la Información.

Asimismo, la Aseguradora proporcionará un Teléfono Móvil *nuevo* de acuerdo con los modelos que maneje el postor ganador de la Buena Pro, con un plan de llamadas e internet

ilimitados y sujeto a recargas según solicitud del Contratante y conexión a la red interna de comunicación entre el Ministerio y la aseguradora (el mismo que será devuelto a la compañía aseguradora al finalizar la vigencia de la póliza).

Cabe precisar que en caso de que se produzca la pérdida o robo de los equipos dentro de la vigencia de la póliza y previa presentación de la denuncia policial, la Aseguradora proporcionará al Contratante otro equipo *nuevo* de similares características.

5. **Manuales:** La emisión de los Manuales de Procedimientos para los usuarios estará a cargo de la Aseguradora. Su contenido, diseño y entrega deberá ser coordinado con el Contratante y deberá ser entregado en un plazo máximo de 45 días calendarios luego de la firma del contrato. Dichos manuales deberán ser impresos y/o virtuales en formato establecido por el ganador de la Buena Pro y también se proporcionarán vía electrónica a la Unidad de Seguro Médico del Ministerio de Relaciones Exteriores. En ningún caso se podrá exceder los 45 días calendarios luego de la firma del contrato, para la entrega física de los Manuales a la oficina administrativa del contratante. Si se excediera dicho plazo, la aseguradora deberá reintegrar al contratante el saldo a favor, al vencimiento de la póliza, según lo señalado en el punto 2, sin que esto afecte la siniestralidad de las pólizas.

Se brindará en armonía con el principio de sostenibilidad ambiental, la implementación de entrega e intercambio de documentos electrónicos para facilitar y simplificar los procesos de trámite documentario.

6. La Aseguradora garantiza que durante el tiempo de vigencia de la póliza estarán cubiertos los siguientes implementos médicos, cuando sean indicados por el médico tratante, más no limitados a:
 - Punta de Artrocare
 - Hoja Shaver
 - Malla para Cirugía Abdominal, Urológica o Ginecológica (Malla Nazca)
 - Arco en C
 - Sensor BIS
 - Equipo y Fibra Láser para cualquier procedimiento quirúrgico
 - Bisturí armónico
 - Ligasure
7. Además, se dará cobertura al tratamiento para el diagnóstico de Osteoporosis sin restricciones, cuando éste se realice mediante el examen de Densitometría Ósea y se determine su existencia en cualquiera de las partes óseas que se examine.
8. **COBERTURA COVID-19 A NIVEL NACIONAL PARA ASEGURADOS VACUNADOS DE ACUERDO CON EL AL RANGO DE EDAD SUMINISTRADOS POR EL GOBIERNO PERUANO**



COBERTURA COVID		
Sin periodo de carencia o espera Se brindará cobertura por diagnóstico COVID-19 a nivel nacional, en las clínicas afiliadas en Lima y Provincias, a través de los beneficios ambulatorios, emergencias, ambulancia, hospitalización, sepelio y medico a domicilio.		
ATENCION AMBULATORIA	Deducible	Cubierto al
Crédito En todas las clínicas debidamente acreditadas para tal fin (incluye medicina y exámenes complementarios)	Como ambulatorio	Como ambulatorio
Reembolso Lima y Provincias (Tarifa A + 100%)	\$20.00	80%
Máximo US\$ 100 x consulta o su equivalente en soles		
ATENCION HOSPITALARIA	Deducible	Cubierto al
Cobertura de hospitalización y UCI*	\$0.00	100%
ATENCION DE EMERGENCIA	Deducible	Cubierto al
Consulta médica	\$0.00	100%
Medicinas y exámenes auxiliares	\$0.00	100%
EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS A TRAVÉS DE LA CENTRAL DE ATENCION DE LA ASEGURADORA	Deducible	Cubierto al
Gastos ambulatorios (atención por ambulancia y consultas a través de la central telefónica de la aseguradora)	\$0.00	100%
COBERTURAS		
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de descarte (en 48 horas como máximo, contadas a partir de la emisión de la orden médica) al 100% • Vacunas al 100% 		
SEPELIO (Incluye cremación)		
Crédito / Reembolso	Deducible	Cubierto al
Servicio funerario, servicio de sepultura o cremación y servicios adicionales.	\$0.00	100% Hasta US\$ 7,000
MEDICO A DOMICILIO		
Al Crédito	Deducible	Cubierto al
Incluye medicinas y exámenes de ayuda diagnóstica	\$10.00	100%
Por reembolso		
Incluye medicinas y exámenes de ayuda diagnóstica Máximo US\$ 150 x consulta o su equivalente en soles	\$20.00	80%
Radio de acción: Por el norte hasta Comas – Independencia; por el Sur hasta el peaje de Villa Chorrillos, San Juan de Miraflores y Villa el Salvador; por el Este hasta Chaclacayo – SJ de Lurigancho; por el Oeste hasta la Punta Callao		
Observaciones: El deducible incluye la consulta de control por el mismo diagnóstico (en caso sea medicamente necesario). El control médico sin deducible se refiere a una consulta si la evolución del paciente es inadecuada o el tratamiento prescrito no está siendo efectivo y/o para evaluación de exámenes auxiliares. En los supuestos de estados de emergencia decretado por el Gobierno del Perú, el servicio de atención debe seguir brindándose de forma presencial y/o virtual.		

* La cobertura hospitalaria será al 100% mientras el Gobierno declare el Estado de Emergencia, caso contrario se cobrará el deducible y coaseguro de acuerdo con lo señalado por el plan de salud. Hospitalizaciones por diagnósticos diferentes a COVID (cirugías electivas o de emergencia, maternidad u otros) cuando el paciente cuente con el diagnóstico COVID serán cubiertas de acuerdo con el beneficio de cada Plan de Salud.

Las consultas post hospitalización, por secuelas o complicaciones deben contar con cobertura a través del beneficio ambulatorias.

Los pacientes con diagnóstico Covid tendrán seguimiento de su evolución por 14 días a través de la aseguradora.

No incluye gastos no cubiertos de acuerdo con las exclusiones señaladas en los planes de salud.



* Se establece un sub límite de cobertura para casos de Covid 19, de US\$ 50,000 sólo para aquellos asegurados que no cuenten con las dosis de las vacunas correspondientes.

9. Para todos aquellos asegurados que se encuentren desempeñando funciones en las oficinas descentralizadas del Ministerio de Relaciones Exteriores a nivel nacional, se autoriza el suministro de medicinas por un período de tres meses consecutivos renovables previa consulta médica ambulatoria, de ser el caso.
10. El Contratista hará entrega del reporte de siniestralidad de las pólizas tres veces al año, el mismo que será solicitado por el área usuaria o por el bróker de seguros en su representación indicando el periodo de la información requerida, este requerimiento deberá ser atendido en un plazo máximo de quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de la solicitud, y deberá ser entregado en físico y por vía electrónica en formato Excel, el cual incluirá como mínimo la siguiente información: Primas, número de asegurados por mes y siniestros por póliza, proveedor médico, número de póliza, ramo, fecha de ocurrencia, número de siniestro y diagnóstico, causa, Montos en reserva y/o beneficio pagados, estado de siniestro, lugar de atención, CIE 10, N° de paciente, N° de titular, parentesco, sexo, edad, moneda, carta de garantía aprobadas.

Se brindará en armonía con el principio de sostenibilidad ambiental, la implementación de entrega e intercambio de documentos electrónicos para facilitar y simplificar los procesos de trámite documentario.

11. Los hijos discapacitados podrán ingresar a las pólizas como nuevos asegurados y permanecer con cobertura por tiempo indefinido, siempre que el titular esté asegurado, para la que aplicará la cobertura correspondiente.
12. Los Proveedores para las hospitalizaciones y tratamientos ambulatorios en el Perú para todas las pólizas, deberán ser como referencia los siguientes, más no limitados a:

RED 1: Clínica San Gabriel, Montefiori, El Golf, Vesalio, Good Hope, Limatambo (San Isidro y San Juan de Lurigancho), Centro Médico Ricardo Palma, (Lima Sur), Ricardo Palma (sede norte), Santa María del Sur, Jesús del Norte, Tezza, Maison de Sante (Lima y Chorrillos), Centro Médico Medex, Centro Médico San Judas Tadeo, Centenario Peruano Japonesa, San Juan Baustista, San José Reaño Ríos, Sanna San Borja, Clínica Médica Cayetano Heredia, Clínica Higuiereta, Clínicas y Centro médicos afiliados en provincias.

RED 2: Clínica Internacional (Lima y San Borja), Ricardo Palma, San Pablo (central), Javier Prado, Stella Maris, Providencia, Centro Médico Jockey Salud, Clínica Especialidades Médicas Universal

RED 3: Clínica San Felipe, British American Hospital, Montesur, Santa Isabel, Miraflores e Inst. de Ginecología y Reproducción.

RED 4: Clínica Delgado

Centros Oftalmológicos: TG Laser, Oftalmosalud, Futuro Visión, Oculaser, Optima visión, Macula D&T, Norvisión, Confía Inst. Oftalmológico, Arbrayss Laser, Visual Center, Oftalmic Service, Opeluze, Inst. Peruano de la Visión, Inst. Oftalmológico Wong, Oftálmica y otros.

Otras Clínicas:

- Clínica Internacional (todas las sedes) incluido Medicentros
- Clínica San Pablo (todas las sedes que forman parte del Complejo San Pablo)
- Clínica San Felipe (todas las sedes)
- Clínica Angloamericana (todas las sedes)
- Grupo Sanna (Clínica San Borja, El Golf, Aliada, Centros Médicos)
- Clínica Oncológica Miraflores



- Clínica Maison Sante (todas las sedes)
- Clínica Virgen del Rosario
- Clínica Porvenir
- Clínica Los Andes
- Clínica San Vicente
- Instituto de Ginecología y Reproducción
- Oncomedical
- Centro Médico Las Palmeras
- Centro Odontológico Cornejo's Dental
- Consultorios Odontológicos Descentralizados
- Centro Dental San José
- Centro Odontológico de la Clínica San Pablo
- Centro Odontológico Americano (todas las sedes)
- Cerdent (todas las sedes)
- Radiooncología - Centro Integral de Radioterapia
- Confía Instituto Oftalmológico
- Talent Consulting
- INEN
- Oncocenter
- Funerario Merino
- Blufstein
- Med Lab
- Integramédica Perú
- Millenium Salud – Daleth Lab
- MEDAVAN

Las clínicas y centros médicos deberán estar agrupadas en 4 redes, siendo la Red 1 la de los deducibles y coaseguros más bajos, y la Red 4 la de los deducibles y coaseguros más altos (ver Tabla de Beneficios).

Las clínicas de provincia serán todas las que estén afiliadas a la aseguradora, las mismas que deberán contar con una infraestructura adecuada.

Además, la Clínica Oncológica Miraflores está habilitada para recibir Cartas de Garantía, cuando el cáncer esté en proceso de diagnóstico. Luego de ello, del resultado positivo del examen Anátomo Patológico, la cobertura continuará al 100%.

La compañía de Seguros presentará al Contratante, opciones de proveedores con las que realicen nuevos convenios y a su vez el Contratante también tendrá la opción de sugerirlas y solicitarlas formalmente, teniendo en cuenta que los proveedores tengan autorización de funcionamiento de SUSALUD. La relación de proveedores debe ser aprobada por el Contratante antes del inicio de la vigencia de la póliza y el Contratante se reservará el derecho de solicitar alguna de las clínicas en determinada red de acuerdo con el consumo de los asegurados.

13. La Aseguradora se obliga a designar a un grupo de funcionarios ad hoc para manejar administrativamente la póliza a entera satisfacción del Contratante. Estos funcionarios deben ser: Un funcionario con rango de gerente, un funcionario administrativo, un ejecutivo liquidador implant y un médico auditor (que deberá asistir a las oficinas del Contratante dos veces por semana), quienes serán los responsables ante el Contratante de la correcta aplicación de las tarifas pactadas, del Condicionado General de la Póliza, de las Tablas de Beneficios y de la solución amistosa de las controversias que pudieran surgir.
14. Los servicios de Ambulancia y de Atención Domiciliaria deberán ser otorgados por empresas proveedoras líderes del mercado, de reconocida calidad en sus servicios, las cuales deberán



aceptar registrarse por las pautas administrativas que señale la aseguradora, y que además cuenten con médicos especialistas de experiencia adecuada.

15. En la siniestralidad los gastos operativos de las pólizas de salud no podrán exceder del 25% (incluyendo gastos de Reaseguro, Operador Internacional, entre otros).
16. Los criterios para establecer las Reservas de las pólizas de salud serán las siguientes:
Aplicación de fórmula de la siguiente manera:
 - La reserva será el promedio de los últimos tres meses cerrados de siniestros incurridos.
 - La aseguradora deberá entregar con la siniestralidad, la relación de siniestros incurridos y reportados (no liquidados) que forman parte de la reserva.
17. La Compañía de Seguros que se adjudique el Concurso Público, podrá ofrecer condiciones adicionales que mejoren las que se detallan en el Condicionado General de Póliza y las Tablas de Beneficios.
18. El Operador Internacional se obliga a informar a los asegurados que vayan a ser internados en algún hospital o clínica del extranjero, los costos de habitación, honorarios y otros, con la debida anticipación, debiendo sugerir, si es el caso, otras alternativas que ofrezcan el mismo servicio a costos cubiertos por la póliza.
19. Para los casos de cirugía ocular, se cubre vía crédito y/o reembolso, el uso de Lente Intraocular hasta máximo de US\$ 500 (Quinientos y 00/100 dólares americanos) por cada ojo.
20. Para los casos de cirugía oncológica mamaria, con indicación del médico tratante, se cubrirán vía crédito y/o reembolso las prótesis mamarias, hasta el Beneficio Máximo Anual.
21. El plazo máximo para la emisión de Cartas de Garantía será de 24 horas contadas a partir del momento en que se formalice el pedido y/o la documentación esté completa.
22. La aseguradora se compromete a proporcionar en su red de clínicas afiliadas, medicamentos no genéricos (salvo cuando el asegurado así lo solicite). Si la farmacia de la clínica no dispone de ellos, estos deberán ser entregados a través del reparto de medicinas a domicilio implementado por la aseguradora, debiendo respetarse los deducibles y coaseguros que correspondan al proveedor que brindó la atención.
23. Se otorga cobertura para el tratamiento integral terapéutico, contra toda la secuela a consecuencia de un infarto cerebral, adicional a la rehabilitación física, rehabilitación de lenguaje y terapia ocupacional y orofacial.
24. Se otorga cobertura para el tratamiento de Osteopenia hasta la suma de US\$ 500 por vigencia.
25. Se otorga cobertura a los hijos solteros reconocidos o legalmente adoptados, desde el primer día de nacido, debiendo tramitar su inscripción dentro de los 30 días posteriores a la fecha de su nacimiento permaneciendo hasta los 28 años. Se exceptúa a los hijos dependientes con discapacidad en cuanto al límite de edad y/o permanencia.
26. Límites de edad de ingreso: Titulares, cónyuges, parejas del mismo sexo y/o conviviente: Hasta los 65 años.
27. Se cubre maternidad para la cónyuge o conviviente del titular asegurado como dependiente, así como a la Titular sola. Las hijas aseguradas como dependientes y los padres no cuentan con esta cobertura. Se considera aborto a la pérdida ocurrida hasta cumplir el 6to mes de embarazo, siendo considerado después como parto prematuro, dentro de la cobertura de Parto Normal.



Los abortos provocados, salvo el terapéutico sustentado con informe médico, no se encuentran cubiertos.

28. Periodos de Carencia para Nuevos Asegurados:

- Oncología: 60 días
- Trasplante de Órganos: 1 año
- Sida: 1 año
- Maternidad: 10 meses

29. El reembolso de gastos ambulatorios y hospitalarios se otorgará de acuerdo a la Tarifa A + 100%.

30. En el caso que el asegurado acuda a una clínica afiliada para atención médica ambulatoria y/u hospitalaria y el médico tratante no trabaje con la Cía. De Seguros, el asegurado podrá presentar para reembolso los honorarios profesionales y se aplicarían los deducibles y coaseguros correspondientes. No se reembolsarán honorarios adicionales. Esta condición aplica a cualquier beneficio del plan de salud (ambulatorio, hospitalario, maternidad, entre otros).

31. La aseguradora deberá procesar las solicitudes de inclusión (nuevos asegurados) en un plazo máximo de 24 horas, desde que la aseguradora cuente con la información.

32. La Aseguradora suministrará al Asegurado, los formularios necesarios para solicitar el reembolso de los beneficios a que tenga derecho una vez finalizado el tratamiento por una enfermedad o accidente. El Asegurado deberá adjuntar la siguiente documentación:

- A) Recibo por Honorarios Profesionales emitidos a nombre del Asegurado
- B) Factura (a nombre de la aseguradora) o Boleta de venta (a nombre del asegurado) por medicamentos, análisis o exámenes auxiliares emitidas a nombre de la aseguradora y acompañados de la receta u orden médica y de los resultados.

La presentación del reembolso y su documentación sustentatoria deberá hacerse en un plazo máximo de 150 días calendario contados a partir de la fecha de emisión del comprobante de pago. Vencido este plazo el reembolso será considerado extemporáneo y por ende no cubierto.

33. En aquellas provincias donde no haya resolución adecuada para la atención de los asegurados de las oficinas descentralizadas del Ministerio de Relaciones Exteriores, el asegurado podrá hacer uso de un proveedor particular solicitando posteriormente el reembolso, el cual será pagado según la red 2 de la tabla de beneficios.

34. Sólo se proporcionará cobertura a las hospitalizaciones en el extranjero "Sin Resolución", siempre y cuando no hayan sido programadas con antelación y siempre que la misma no pueda realizarse en el Perú.

35. La prima comercial propuesta en el contrato debe ajustarse a lo indicado en la Resolución S.B.S. N° 3199 -2013 – Título I – Inciso u) - de la vigente Ley de Contrato de Seguros N° 29946.



GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES (Las exclusiones no prevalecen sobre las condiciones particulares)

- ii) Curas de reposo, surmenaje, enfermedades emocionales (ansiedad, depresión, stress, etc.), trastornos funcionales de órganos, distonías neurovegetativas, desórdenes de la

mente (psicosis, neurosis, fobias, etc.), tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, enuresis nocturna, retardo mental o del desarrollo psicomotor, déficit de atención, bajo rendimiento escolar, disfunciones cerebrales, síndrome orgánico cerebral. Salvo lo indicado en las condiciones especiales de la Tabla de Beneficios.

- jj) Tratamientos y operaciones de carácter odontológico, tales como ortodoncia, operatoria dental, cosmética dental, incrustaciones, prótesis, salvo aquellos que se indica en la cobertura odontológica y los casos necesarios como consecuencia de un accidente.
- kk) Gastos por adquisición, alquiler o uso de prótesis externas, aparatos ortopédicos y en general todo aparato, permanente o eventual, que supla una función natural del organismo humano, así como muletas, bastones, collarines, fajas ortopédicas, salvo que sean indicadas por el médico tratante, como consecuencia de un accidente. En ningún caso se cubren sillas de ruedas, camas especiales, salvo lo indicado en la cobertura de Prótesis Quirúrgicas.
- ll) Cuidados especiales de enfermería, intra y extrahospitalaria, salvo los casos que requieran aislamiento y tratamiento especial por indicación médica y por no más de quince (15) días.
- mm) Gastos cuyo objeto sea el chequeo médico y despistaje de enfermedades de una persona sana, así como el tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a una enfermedad determinada, a excepción de lo señalado en la Tabla de Beneficios. Asimismo, se cubre las vacunas señaladas en la Tabla de Beneficios y por indicación del médico tratante.
- nn) Tratamientos por desórdenes de la articulación temporomandibular o maloclusión, salvo los ocasionados por accidente cubierto por la póliza.
- oo) Productos farmacéuticos tales como: Vitaminas, minerales, aminoácidos, estimulantes del apetito, suplementos proteicos, tónicos, edulcorantes, alimentos y sustitutos de alimentos salvo que sean médicamente necesarios para tratamientos relacionados a una enfermedad cubierta por la póliza.
- pp) Productos farmacéuticos tales como: Sedantes, ansiolíticos, antidepresivos, medicinas psiquiátricas administrados como coadyuvantes o tratamiento de fondo, salvo que sean médicamente necesarios para tratamientos relacionados a una condición cubierta por la póliza.
- qq) Cirugía estética, dermatología estética, cosmética o plástica para fines de embellecimiento. Ginecomastia, mastoplastia, gigantomastia y cirugía del septum nasal; a excepción de los casos necesarios como consecuencia de un accidente cuyos gastos fueron cubiertos por esta Póliza.
- rr) Sustancias exfoliativas, preparados, jabones, cremas neutras y bloqueadores solares, salvo justificación médica aceptada por LA COMPAÑÍA.
- ss) Los procedimientos, medicamentos, equipos, insumos o tratamientos que carezcan de un beneficio clínico relevante frente a alternativas vigentes o sustentados en Medicina Basada en Evidencia con nivel de evidencia IIA. No se cubren productos, servicios, procedimientos, insumos, medicamentos o tratamientos experimental, o en fase de periodo de prueba o investigación.
- tt) Enfermedades resultantes del uso o afición a las drogas, estupefacientes y alcoholismo, así como las lesiones que se produzcan en situaciones de embriaguez o bajo influencia de drogas, o a consecuencia de la conducción de vehículos motorizados sin tener el ASEGURADO licencia vigente para hacerlo. En el caso específico de bebidas alcohólicas se considerará que el ASEGURADO se encuentra en estado etílico o situación de embriaguez, y por lo tanto sujeto a esta exclusión, cuando el examen de alcoholemia tomado inmediatamente después del accidente arroje un resultado mayor a 0.5gr./lt. En caso de que la muestra para el examen de alcoholemia no sea tomada inmediatamente después del accidente, se considerará una disminución de 0.15 gr./lt. por hora desde el momento del accidente hasta la toma de la muestra. En el caso de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos se considerará cualquier grado positivo de un examen toxicológico.



- uu) Compra de Sangre y derivados de plasma, plaquetas y paquetes globulares. Salvo lo señalado en la cobertura para albumina indicada en la tabla de beneficios.
- vv) Procedimientos de crio-preservación o criogénéticos. Tratamientos que utilicen células madre (stem cell).
- ww) Ningún gasto vinculado a la donación y/o transfusión de sangre, salvo lo señalado en la Cobertura de Trasplante de Órganos y Hemoterapia.
- xx) Lesiones o enfermedades a consecuencia de actos de guerra, revoluciones, energía atómica, fenómenos catastróficos de la naturaleza y/o meteorológicos, así como los que resulten de la participación activa en huelgas, motines y conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y/o terrorismo, salvo lo indicado en la cobertura de Accidentes Personales.
- yy) Lesiones producidas a sí mismo por EL ASEGURADO TITULAR o ASEGURADO DEPENDIENTE en forma voluntaria o estando mentalmente insano; así como los gastos que se generen por suicidio, intento de suicidio, peleas o riñas, excepto los casos de legítima defensa comprobada con documento policial.
- zz) Termómetros, papel higiénico, esponja, jabón, artículos de uso personal, cremas hidratantes, pañales, teléfono, acompañante, televisión.
- aaa) Accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales.
- bbb) Cuidado podiátrico, incluyendo el cuidado de los pies relacionados con callos, juanetes (hallux valgus), pies planos, arcos y pies débiles.
- ccc) Tratamientos por anorexia nerviosa, bulimia, para adelgazamiento o desnutrición, raquitismo, sobrepeso, hipovitaminosis, talla anormal, ginecomastia, obesidad mórbida o alteraciones hormonales que no sean debidos a enfermedad y terapia de reemplazo hormonal (TRH), todo tipo de trastorno de crecimiento y desarrollo, así como tratamientos médicos o quirúrgicos para aumentar o disminuir de peso.
- ddd) Los accidentes que se produzcan durante la práctica activa de las siguientes actividades y/o deportes: participación en carreras de automóviles, motos acuáticas; participación en corridas de toros, novilladas, espectáculos taurinos, carrera de toros, rodeo, incluyendo montar a pelo potros salvajes o reses vacunas bravas; combate en artes marciales, boxeo, lucha libre, 'vale todo', esgrima o,; rugby, fútbol americano, lacrosse, hockey o hurling; caminata de montaña ('trekking' o senderismo), escalamiento o descensos, alpinismo o andinismo o montañismo, o rápel; canotaje o piragüismo o 'rafting', a partir de nivel de dificultad III; cacería de fieras; pesca en rocas, o caza submarina o subacuática, buceo o inmersión en mares, ríos, lagos o lagunas o pozos o pozas o cuevas o cavernas o aguas subterráneas; salto desde trampolines o clavados desde cualquier lugar; surf; equitación de salto o carrera de caballos; patinaje, o uso de patineta o 'skateboard'; ciclismo de montaña o a campo traviesa o en carreteras o en autopistas; paracaidismo, parapente, alas delta; vuelos en avionetas o aviones ultraligeros; trapezio, equilibismo; salto desde puentes 'puenting'; halterofilia; o esquí acuático o sobre nieve, 'snowboard' o 'sandboard'.
- eee) Todos los gastos efectuados en fechas posteriores al inicio del tratamiento originados por negligencia del propio ASEGURADO en perjuicio de su rehabilitación, incluyendo los casos en que el ASEGURADO se auto medique, así como las causas y/o consecuencias de un tratamiento y/o cirugía no cubiertos por esta póliza.
- fff) Tratamientos o estudios u operaciones relacionadas con la infertilidad de cualquier tipo, impotencia o tratamientos con fines de esterilización o concepción, cambio de sexo, frigidez, inseminación artificial o implantación de embriones.
- ggg) Gastos directos e indirectos por infecciones de transmisión sexual, venéreas, VIH, SIDA en cualquiera de sus formas y/o complicaciones, lesiones producidas durante prácticas sexuales de cualquier tipo, condiloma acuminado. Salvo lo indicado en condiciones particulares.
- hhh) No se cubre sepelio de los no-natos.
- iii) Lentes de contacto o intervenciones quirúrgicas para corrección de trastornos de refracción, tales como miopía, hipermetropía, astigmatismo o presbicia.
- jjj) Mamoplastía reductora ni cirugías por ginecomastia.



- kkk) Comida y cama para acompañantes. Todo tipo de servicios de confort personal durante la hospitalización, como radios, televisores, teléfonos, batas. Todo tipo de transporte o alojamiento no especificado en el Plan de Beneficios.
- lll) Todos los gastos relacionados al incumplimiento de las indicaciones médicas por decisión del propio paciente, así como la automedicación en perjuicio de su curación y/o rehabilitación. No se cubren tratamientos, procedimientos o medicamentos otorgados o expedidos sin indicación o receta médica ni cualquier estudio, tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a un diagnóstico determinado.
- mmm) Leches maternizadas (excepto en casos de imposibilidad documentable de Lactancia Materna solo durante los días de hospitalización del recién nacido y exclusivamente durante la etapa puerperal).
- nnn) No se cubre homeopatía ni medicina no tradicional de cualquier tipo.
- ppp) Estudios, pruebas y tratamientos genéticos a excepción de los asegurados que cuentan con cobertura de Enfermedades Congénitas en los que los estudios y pruebas genéticas, si estarán sujetas a cobertura.
- qqq) No se brinda cobertura en el extranjero para enfermedades contagiosas que requieran aislamiento o cuarentena y las que sean declaradas por el Ministerio de Salud, incluyendo el diagnóstico Covid 19,

