

Tu salud y la de tu familia está asegurada.



Manual del Afiliado
Plan de Salud EPS



¡Bienvenido a RIMAC EPS!

Deseamos agradecerte la confianza depositada en nosotros al habernos elegido como la EPS que cuidará tu salud y la de tu familia.

El plan de salud que tu empresa ha contratado para ti y tu familia cuenta con diversos servicios y beneficios los cuales puedes encontrar detallados en el documento adjunto. Este manual ha recopilado preguntas frecuentes de nuestros clientes, definiciones y términos que te ayudarán a interpretar las coberturas contratadas y los procedimientos que estamos seguros serán de tu interés.

Nuestra central de consultas y ventas se encuentra a tu disposición para absolver dudas o inquietudes respecto a tus coberturas, puedes comunicarte al 411 - 3000.

En caso tuvieras alguna emergencia, contáctate con nosotros a través de nuestra Central de Emergencias y asistencias al 411-1111.

Aceptamos la responsabilidad y compromiso de trabajar día a día para brindarte la tranquilidad que necesitas.



Vicente Checa Boza
Gerente General

Índice

1.	RIMAC EPS.....	4
2.	El sistema EPS.....	6
3.	El Plan de Salud.....	7
3.1.	Plan de Salud base	
3.2.	Plan de Salud PEAS	
4.	Beneficios RIMAC EPS.....	9
4.1.	Atención ambulatoria	
4.1.1	Nivel de clínicas afiliadas	
4.1.2	Médico a domicilio	
4.2.	Atención hospitalaria	
4.2.1	Hospitalización por emergencia	
4.2.2	Hospitalización programada	
4.2.3	Consultas post hospitalización quirúrgica	
4.3.	Atención por emergencia	
4.3.1.	Atención por emergencia en clínicas afiliadas en Lima y provincias	
4.3.2	Atención por emergencia a través de Emergencias y asistencias	
4.3.3	Atención por emergencia en caso de evacuación aérea o terrestre	
4.3.4	Accidentes de tránsito	
4.3.5	Cobertura de continuidad ambulatoria de emergencia accidental	
4.4.	Atención por maternidad	
4.4.1	Atención ambulatoria por maternidad	
4.4.2	Atención hospitalaria por maternidad	
4.5.	Atención odontológica/Atención oftalmológica	
4.6.	Cobertura de enfermedades congénitas	
4.7.	Atención oncológica	
4.8.	Planes de prevención	
4.8.1	Exámenes preventivos	
4.8.2	Control del niño sano	
5.	Tipos de atención.....	18
5.1.	Sistema de crédito	
5.2.	Sistema de reembolso	

Índice

6. Procedimientos.....	19
6.1. Reembolso de gastos	
6.2. Duplicado de carné	
6.3. Condiciones y coberturas de latencia (desempleo)	
7. Beneficios adicionales.....	24
7.1. Sepelio	
7.2. Segunda opinión nacional e internacional	
7.3. Programa CÚDATE	
8. Orientación al cliente.....	26
8.1. Plataforma en clínicas: atención personalizada	
8.2. Central de consultas y ventas	
8.3. Atención por Internet	
8.4. Central de asistencias: Emergencias y asistencias	
8.5. Centros de atención personal	
9. Preguntas frecuentes.....	28
10. Glosario de términos.....	31
11. Listado de diagnóstico de capa simple.....	32

1. RIMAC EPS

RIMAC S.A. Entidad Prestadora de Salud en adelante RIMAC EPS, cuenta con el respaldo del Grupo Breca, uno de los grupos económicos más sólidos e importante gestor de la economía nacional, con participaciones en empresas líderes como: BBVA Banco Continental, Minsur, Clínica Internacional, entre otras. Asimismo, cuenta con el respaldo de RIMAC Seguros, empresa aseguradora con más de 115 años en el mercado, que tiene el compromiso de asegurar la tranquilidad de miles de empresas y familias en el Perú.

1 Ref. Art. 6 inciso a) Ley 26790 – Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.



Finanzas

Banco Continental



Turismo

Hoteles Libertador

Westin Hotel



Bienes Raíces

AESA

Urbanizadora Jardín

Inversiones Breca

Inversiones San Borja

Cubica



Salud



Clínica Internacional



Manufactura

EXSA

CPPQ

Nitratos del Perú

Soldexa

Melón



Agricultura

Hoja Redonda

Viñas de Oro



Minería

MINSUR

RAURA

FUNSUR



Pesca

TASA

RIMAC EPS se creó con el objetivo de prestar servicios integrales de atención en salud. Nuestra autorización de funcionamiento fue emitida el 24 de agosto de 1998, a raíz de la promulgación de la Ley de Modernización de la Seguridad Social 26790, convirtiéndonos en la primera empresa en confiar en el sistema.

RIMAC EPS te ofrece a ti y a tus familiares la más completa red propia de clínicas y centros médicos afiliados con los mejores profesionales de la medicina a nivel nacional.

Nuestra Red propia está conformada por:

Clínicas:

Clínica Internacional – Lima Av. Garcilaso de la Vega (antes Wilson) N° 1420 – Lima

Clínica Internacional – San Borja Av. Guardia Civil N° 385 – San Borja

Centros médicos:

Clínica Internacional – Mediocentro El Polo Av. La Encantada N° 960 – Surco

Clínica Internacional – Mediocentro San Isidro Av. Paseo de la República N° 3058 – San Isidro

Clínica Internacional – Mediocentro Huaraz Jr. Juan de la Matta Arnao – Huaraz

Clínica Internacional – Mediocentro Bellavista Av. Oscar R. Benavides N° 3866, Edificio 3 - Piso 2

Clínica Internacional – Mediocentro Colmena Av. Nicolás de Piérola (Ex Av. Colmena) N° 727-733

Próximas sedes:

Centros médicos ubicados en el Mall Aventura Plaza

Mediocentro Talara y Mediocentro Comandante Espinar

Central telefónica: 619-6161, programa tu cita con la opción 1.

Nota: no es posible atender farmacia o exámenes auxiliares por médicos que no pertenecen al medicentro y/o a la Clínica Internacional Lima o San Borja. La prescripción de medicación por el médico tratante no excederá de 30 días. Los procedimientos, medicamentos y exámenes auxiliares se realizan y recogen en los medicentros o en la Clínica Internacional según la modalidad de atención elegida.

2. El Sistema EPS

¿Qué es una EPS?

Las entidades prestadoras de salud (EPS) se crearon bajo el amparo de la Ley 26790, que permite a las mismas complementar los servicios de atención para la salud que viene prestando EsSalud al régimen contributivo.

Las EPS son empresas privadas que brindan servicios de atención para la salud, con infraestructura propia y de terceros, sujetándose a la regulación de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).

¿Cómo funciona el sistema EPS?

Se llama afiliado regular a todos aquellos trabajadores activos de una empresa que laboren en relación de dependencia, sus derechohabientes legales, cónyuge, conviviente, hijos menores de edad o hijos mayores de edad incapacitados total y permanentemente para trabajar.

Para el caso de los afiliados regulares, las empresas por ley aportan el 9% de la planilla a EsSalud para que sus trabajadores estén cubiertos ante la eventualidad de cualquier enfermedad que puedan presentar sin hacer distinción para todos los diagnósticos de capa simple (atenciones más frecuentes y menos complicadas, principalmente ambulatorias) y los de capa compleja (casos de mayor severidad).

Al elegir una EPS el 9% que la empresa aportaba a EsSalud se divide en un 2.25% para la EPS elegida y 6.75% que se sigue aportando a EsSalud.

Al afiliarse a una EPS el trabajador conserva su derecho de atenderse en EsSalud en capa compleja y los subsidios de ley, quedando a cargo de la EPS la cobertura obligatoria de todos los diagnósticos de capa simple, pudiendo la EPS otorgar mayores coberturas.

RIMAC EPS ofrece un plan integral que incluye atenciones de capa simple, capa compleja y algunos beneficios adicionales. El trabajador y sus dependientes legales tienen dos opciones de atención en capa compleja, a través de la red de clínicas afiliadas de RIMAC EPS o en EsSalud.

Se considera afiliados independientes del régimen Contributivo de Aseguramiento Universal en Salud en adelante afiliados potestativos a todas aquellas personas que no reúnan las condiciones para ser consideradas como afiliados regulares. Por lo tanto, son afiliados que no laboran bajo relación de dependencia o en calidad de socios en cualquier régimen laboral como por ejemplo los trabajadores independientes y que tampoco sean considerados derechohabientes legales como por ejemplo los hijos mayores de edad y los padres.

De acuerdo a la Ley del Aseguramiento Universal en Salud los afiliados potestativos gozan del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

Tu empresa aporta a Essalud: 9% de la planilla	
EsSalud 6.75%	EPS 2.25%
Capa compleja: Enfermedades más graves y menos frecuentes	Capa simple: Enfermedades menos graves y más frecuentes
Subsidios, lactancia, incapacidad	Capa compleja: Enfermedades más graves y menos frecuentes

3. El Plan de Salud

Es el documento que describe las prestaciones que debe otorgar RIMAC EPS que incluye coberturas, exclusiones, copagos, establecimientos vinculados al plan, entre otros.

El plan de salud describe la forma en que las prestaciones se otorgan. Incluye las coberturas, las exclusiones, los copagos y los establecimientos vinculados al plan.

El plan de salud está conformado por:

3.1. Plan de Salud Base

El plan de salud base comprende coberturas obligatorias y complementarias las cuales cubren atenciones de capa simple y capa compleja respectivamente.



Modelo de Plan Salud

EMPRESA XXX

Plan de Salud Base

Trabajador, cónyuge e hijos (hasta 18 años)

Cobertura obligatoria: capa simple
 Comprende la atención de contingencias correspondientes a la capa simple, mediante las prestaciones preventivas, promocionales, de recuperación de la salud y emergencias incluidas en el anexo 1 del Decreto Supremo 0009-97-SA, así como los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales no cubiertos por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.

Dicha cobertura no excluye el tratamiento de dolencias preexistentes y se otorga sin límite de suma asegurada. El listado de capa simple está disponible en el anexo 1.

Cobertura complementaria: capa compleja
 Comprende la atención de contingencias correspondientes a la capa compleja, es decir, todas aquellas prestaciones no comprendidas en la cobertura obligatoria que permiten dar integridad, oportunidad y continuidad a las prestaciones de salud. Se encuentra sujeta a los límites, prestaciones y condiciones estipulados libremente por las partes, sin que ello implique la pérdida del derecho del trabajador, de mantener las mismas en EsSalud.

Sumas aseguradas

Descripción de beneficios	1 Cobertura obligatoria	
	2 Cobertura complementaria por persona al año	Ilimitada
	3 Copago	Cubierto al 4
Atenciones ambulatorias relativas a prestaciones de capa simple y/o de capa compleja		
Red 1	Medicentro San Borja Medicentro Huaraz	Medicentro El Polo Clínica Internacional
Red 2	Montefiori Santa Teresa Good Hope Limatambo San Pablo (Cono Sur)	Cayetano Heredia Ricardo Palma Cono Norte Maison de Santé (Chorrillos)
Red de provincias	Arequipa (Arequipa) Tataje Barriga (Ica) Del Pacífico (Chiclayo)	San Miguel (Piura) Peruano Americana (Trujillo)
	Medicentro San Isidro Clínica Internacional sede San Borja	San José Reaño Clínica Internacional sede San Borja San Judas Tadeo
	S/. XX	95%
	S/. XX	90%
	S/. XX	85%

RIMAC EPS otorga a todos sus afiliados regulares la cobertura compuesta por prestaciones de recuperación de la salud y prestaciones preventivas y promocionales. La cobertura obligatoria incluye la atención de las contingencias de la capa simple y la atención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales no cubiertos por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo. La cobertura obligatoria es otorgada por igual para todos los asegurados regulares.

1. Cobertura obligatoria: capa simple

Es el conjunto de atenciones médicas de mayor frecuencia y menor complejidad, comprende atenciones de prestaciones preventivas, promocionales, de recuperación y emergencias. Dicha cobertura incluye el tratamiento de dolencias preexistentes que se otorga sin límites de suma asegurada.

2. Cobertura complementaria: capa compleja

Es el conjunto de atenciones médicas de menor frecuencia pero de mayor complejidad no contenidas en la capa simple. Se encuentra sujeta a los límites y prestaciones y condiciones estipulados libremente por la EPS y la Entidad Empleadora, sin que aquello implique la pérdida del derecho del trabajador de mantener las mismas en EsSalud. En la cobertura de capa compleja se excluyen las enfermedades preexistentes.

3. Copagos

Las prestaciones pueden estar sujetas a copagos a cargo del afiliado, los cuales se indican en el plan de salud. El copago es el importe que debes pagar por las prestaciones recibidas. Se aplica cada vez que vas a una clínica por una consulta o atención médica, así como cada vez que presentas un expediente para ser reembolsado.

Deducible (copago fijo): Monto fijo que el Afiliado debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor médico afiliado de la red detallada en el Plan de Salud, en el momento en que se le brindan los servicios cubiertos, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. No se aplica para los procedimientos derivados de la consulta (exámenes auxiliares, procedimientos médicos o quirúrgicos, etc.), aunque estos sean programados para una fecha posterior.

Coaseguro (copago variable): Porcentaje del gasto que el afiliado debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor médico afiliado a la red detallada en el plan de salud, en el momento en que se le brinda los servicios cubiertos, ya sea en una atención ambulatoria o tratamiento hospitalario. El copago se aplica al saldo del gasto presentado, menos el deducible.

4. Planes adicionales

Los planes adicionales ofrecen mayores coberturas, sumas aseguradas, beneficios, redes y aportes diferenciados que se agregan al plan base, si el afiliado lo decide. Por ejemplo el plan adicional 1 o el plan adicional 2.

3.2 Plan de salud PEAS

Comprende las coberturas del plan esencial de aseguramiento en salud (aprobado por Decreto Supremo N° 016 – 2009 – S.A.) para afiliados potestativos.

4. Beneficios RIMAC EPS

Al elegir RIMAC EPS cuentas con la mejor gama de beneficios del mercado. Tu plan de salud contempla los siguientes beneficios:

4.1. Atención ambulatoria

Llamamos atención ambulatoria a toda consulta médica que se realiza en una clínica o centro médico y que se tiene como objetivo el cuidado de la salud y no requiere una estadía hospitalaria.

Procedimiento de atención

1. Solicita una cita en el establecimiento de tu preferencia dentro de la red de proveedores de tu plan de salud.
2. Presenta tu DNI o tu carné del afiliado.
3. Cancela en caja el copago fijo (deducible) correspondiente a tu plan de salud.
4. Luego de la atención y en caso requieras medicinas, procedimientos y exámenes auxiliares debes dirigirte a caja con la orden que te entregue tu médico y cancelar el coaseguro según tu plan de salud.

Nota: Importante indicar que las ordenes derivadas de la consulta tienen validez de 7 días.

4.1.1. Nivel de clínicas afiliadas

Consulta médica en clínicas afiliadas o centros médicos afiliados:

Mediante este beneficio de atención, puedes atenderte en forma ambulatoria en nuestra amplia red de clínicas y centros médicos afiliados de acuerdo a tu plan de salud contratado.

Nota: no es posible atender farmacia o exámenes auxiliares por médicos que no pertenecen a la clínica o centro médico afiliado. La prescripción de medicación por el médico tratante no excederá de 30 días.

4.1.2. Médico a domicilio

En caso requieras atención médica en tu domicilio, podrás comunicarte con Emergencias y asistencias al 411-1111 en Lima y al 0-800-411-11 en provincias, para que te asista un médico. Solo debes cancelar el copago respectivo de acuerdo a tu plan de salud y en provincias detalladas en tu plan de salud.

- Este servicio incluye la visita de un médico (en Lima y en provincias detalladas en tu plan de salud), el envío de medicinas a domicilio y la realización de análisis clínicos básicos (solo Lima).
- En los casos que los análisis clínicos impliquen equipos médicos no móviles, estos se efectuarán en el proveedor indicado por el médico a domicilio.
- Revisa tu plan de salud para que conozcas el radio de acción y las especialidades médicas que te ofrecemos.
- Enfermedades ambulatorias agudas de baja complejidad (no emergencia).
- Atención mediante citas programadas.
- Sujeto a disponibilidad de nuestro proveedor.

4.2. Atención hospitalaria

Llamamos atención hospitalaria al internamiento por indicación médica en una clínica o centro médico que incluye la utilización del servicio de habitación, atención general de enfermería y el servicio de alimentación, este último de ser el caso.

4.2.1 Hospitalización por emergencia

En caso de internamiento por emergencia en una clínica afiliada a tu plan de salud, la clínica te brindará la atención médica requerida por la emergencia de manera gratuita.

Una vez concluida la atención en el servicio de emergencia, si el médico tratante indica que el paciente requiere continuar el tratamiento hospitalizado en la clínica, se aplicará los deducibles y coaseguros correspondientes al beneficio de atenciones hospitalarias.

4.2.2. Hospitalización programada

Llamamos hospitalización programada a toda hospitalización que no sea una emergencia y que sea debidamente coordinada con el médico tratante.

Procedimiento de atención

1. Presenta en admisión hospitalaria de la clínica tu documento de identidad y la orden de hospitalización expedida por tu médico tratante indicando el motivo. Adicionalmente, debes solicitar el presupuesto.
2. La clínica o centro médico afiliado solicitará a RIMAC EPS una carta de garantía, su aprobación autoriza la cobertura del internamiento por tanto debe tramitarse con anticipación. Para la aprobación de una carta de garantía, RIMAC EPS toma en cuenta el presupuesto de la hospitalización, la cobertura del plan de salud, sus exclusiones y la necesidad de hospitalización fundamentada médicamente.
3. El día de la hospitalización deberás presentarte en la admisión de la clínica a la hora establecida, portando tu documento de identidad y la orden de internamiento expedida por el médico tratante.
4. Al término de tu hospitalización deberás firmar las facturas y demás documentos, abonar los pagos correspondientes a los copagos y gastos no cubiertos, de acuerdo a tu plan de salud.

Nota: se excluyen tratamientos experimentales.

4.2.3 Consultas post hospitalización quirúrgica

Se cubre las consultas ambulatorias relacionadas a las hospitalizaciones dentro de los 30 días posteriores al alta del paciente solo pagando el coaseguro hospitalario del proveedor donde se atendió.

- Se considera solo los diagnósticos relacionados a la hospitalización quirúrgica o cirugía ambulatoria.
- Las consultas posteriores a los 30 días de sucedida la hospitalización quirúrgica serán cubiertas de acuerdo al beneficio ambulatorio.

4.3. Atención por emergencia

Nuestros afiliados mediante este beneficio pueden atenderse tanto en casos de emergencias médicas como accidentales.

¿Qué es una emergencia?

Es toda condición repentina e inesperada que requiere atención y procedimientos quirúrgicos y/o médicos inmediatos al poner en peligro inminente la vida, la salud, o que pueden dejar secuelas invalidantes en el asegurado. La determinación de la condición de emergencia es realizada por el profesional médico encargado de la atención, bajo responsabilidad (Resolución de Intendencia General N° 037-2008-SEPS/CD).

La cobertura ampara al 100% todos aquellos diagnósticos considerados como emergencias por el médico tratante sean de capa simple o capa compleja (siempre y cuando no estén excluidos en tu plan de salud contratado), cuya atención guarde relación con el diagnóstico proporcionado por el mismo.

Las emergencias pueden ser de naturaleza médica o accidental. La razón para considerar si se trata de una emergencia médica se basa fundamentalmente en la apreciación del médico tratante.

Una vez estabilizada la emergencia se aplicarán los deducibles y coaseguros respectivos ya sea que se derive a una atención ambulatoria u hospitalización. Los gastos por una emergencia previos a la hospitalización o atención ambulatoria son asumidos por RIMAC EPS al 100%.

4.3.1 Atención por emergencia en clínicas afiliadas en Lima y provincias

Procedimiento de atención

1. Para la atención de emergencias en cualquiera de las clínicas indicadas en tu plan de salud, debes presentar únicamente tu documento de identidad.
2. El médico decidirá si tu situación es o no una emergencia, o si merece que proceda una atención hospitalaria o a través de un tratamiento ambulatorio.

4.3.2 Atención por emergencias a través de Emergencias y asistencias

Procedimiento de atención

1. En caso se te presente una emergencia en Lima, llama a Emergencias y asistencias al 411-1111 y en provincias al 0-800-411-11 durante las 24 horas, los 365 días del año.
2. Proporcióname a la operadora tu nombre completo y DNI si lo tienes a mano y ella derivará tu llamada al médico operador.
3. Un médico operador te atenderá, evaluará la situación y coordinará la solución más eficiente y segura.
4. En caso el médico operador estime conveniente el traslado a una clínica, el establecimiento procederá a cargar los deducibles y coaseguros respectivos según los niveles de atención brindada (ambulatoria u hospitalaria) y lo establecido en tu plan de salud.

4.3.3 Atención por emergencia en caso de evacuación aérea o terrestre

RIMAC EPS cubre al 100% los gastos por evacuación en vuelo comercial de ruta nacional, previa coordinación y evaluación del caso. Incluye los servicios de apoyo médico que el paciente necesite durante su traslado.

4.3.4 Accidentes de tránsito

Por mandato normativo se ha previsto que el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) sea el primero en cubrir indemnizaciones y prestaciones de los accidentes de tránsito bajo su cobertura, excluyendo, inclusive, a las coberturas del sistema de seguridad social, dentro de las cuales se encuentran las EPS. En este sentido, el afiliado debe iniciar su tratamiento con el SOAT y en caso este excediera sus límites de cobertura, podrá hacer uso de su EPS de acuerdo a las condiciones y limitaciones que se establecen en el plan de salud. El reembolso aplicará, siempre y cuando, las atenciones se realicen en las redes de clínicas contempladas en el plan de salud.

“Las indemnizaciones y prestaciones previstas por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) se pagarán con preferencia a cualquier otra que favorezca a la víctima o a sus beneficiarios en virtud de seguros particulares y/o coberturas propias del sistema de seguridad social, incluyendo la que provenga de la legislación sobre accidentes de trabajo, las que se pagarán en la parte no cubierta por el seguro...”

Art. 36o DS 024-2002 MTC, TUO del Reglamento Nacional de Responsabilidad Civil y Seguro Obligatorio por Accidentes de Tránsito.

Importante: RIMAC EPS no cubrirá enfermedades y/o tratamientos resultantes del uso o adicción a las drogas, estupefacientes o uso excesivo de alcohol en forma aguda o crónica; así como, las lesiones por accidentes que se produzcan en situación de embriaguez o bajo la influencia de drogas registradas en la historia clínica y/o con el dosaje respectivo.

4.3.5 Cobertura de continuidad de emergencia accidental

Se dará cobertura de continuidad de emergencia accidental hasta por 90 días en el mismo establecimiento donde se atendió inicialmente la emergencia accidental.

La cobertura mencionada, dentro de este periodo, será cubierta al 100% para las siguientes intervenciones:

- Controles ambulatorios
- Exámenes de laboratorio de control
- Exámenes radiológicos de control
- Sesiones de terapia física
- Retiro de puntos
- Retiro de yeso

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

4.4. Atención por maternidad

El programa de maternidad de RIMAC EPS promueve el cuidado de la salud materna y del recién nacido, mediante la atención médica y la educación.

Nuestro programa incluye los siguientes beneficios en la red de maternidad indicada en tu plan de salud:

- Diagnóstico de maternidad en capa simple: consultas de pre y postnatal, parto normal y parto múltiple espontáneo sin complicaciones.
- Diagnóstico de maternidad en capa compleja: cesárea, aborto no provocado y/o amenaza de aborto, complicaciones orgánicas del embarazo.

En caso de afiliadas potestativas, se cubre los diagnósticos de maternidad del PEAS.

4.4.1 Atención ambulatoria por maternidad

El programa incluye:

- Una consulta prenatal mensual durante los primeros siete meses, una quincenal durante el octavo mes y una semanal durante el noveno mes.
- Dos consultas postnatales (consulta médica y vitaminas).
- Tres ecografías obstétricas convencionales (bidimensionales) a razón de una por trimestre gestacional.
- Un curso de preparación del parto de 7 sesiones (si tu plan de salud lo contempla).

Observaciones:

- Solo se consideran consultas pre y postnatales a todas aquellas consultas que verifiquen el estado de salud de la madre gestante y del bebé en gestación, no por otra enfermedad que se presente o sospeche en la paciente. Excepto los diagnósticos de infecciones urinarias, vulvovaginitis, estreñimiento, vómitos del embarazo no especificados, estas atenciones se deben diagnosticar en la consulta pre-natal.

- En caso que se sospeche o presente una enfermedad, se cubrirá como complicación si está relacionada a la gestación, en caso contrario se cubrirá según las condiciones de tu plan para otras enfermedades. (Ej.: tifoidea).

- Los exámenes auxiliares cubiertos en el control pre-natal son: hemograma, glucosa, creatinina, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, Elisa VIH, examen de úrea y examen completo de orina. Otros análisis como descarte de infecciones (salvo urinarias) o análisis genético son considerados despistajes o chequeos, por lo que no están cubiertos.

- Medicinas: se cubre ácido fólico, fierro y calcio (no se cubren suplementos vitamínicos).

4.4.2 Atención hospitalaria por maternidad

Los procedimientos y documentos para el internamiento por maternidad son los mismos que en el caso de una hospitalización programada (ver hospitalización programada).

Consideraciones importantes

La cobertura de maternidad se dará a las titulares, cónyuges (o convivientes) e hijas hasta los 25 años, 11 meses y 30 días, que cumplan los siguientes requisitos:

- Si al momento de la concepción no estuviste afiliada a la EPS tendrás solamente cobertura de capa simple (consultas pre y postnatales, parto natural y/o múltiple espontáneo). El tiempo de espera de capa compleja es de 10 meses.

- Si al momento de la concepción sí estuviste afiliada a la EPS, tendrás cobertura de capa simple y capa compleja. Tendrás que demostrar que la concepción se realizó dentro de la cobertura de la EPS.

4.5. Atención odontológica/Atención oftalmológica*

Mediante este beneficio podrás recibir el mejor cuidado de tu salud bucal y la mejor atención oftalmológica en nuestra red de clínicas y centros médicos.

Procedimiento de atención

1. Solicita una cita en la clínica o centro médico de tu preferencia afiliado a tu plan de salud.
2. Al momento de la cita deberás presentar tu documento de identidad.
3. Deberás abonar en caja los deducibles y copagos de acuerdo a tu plan de salud. El pago del deducible es por pieza tratada y el copago es por todos los procedimientos ejecutados.
4. Si el tratamiento no ha concluido, deberás coordinar tu próxima cita en admisión de la clínica o centro médico afiliado.

* Cobertura brindada siempre que se contemple en tu plan de salud y bajo las condiciones estipuladas en él.

4.6 Cobertura de enfermedades congénitas

RIMAC EPS otorgará la cobertura de enfermedades congénitas a todos aquellos recién nacidos cuyo nacimiento se haya producido dentro de la vigencia del plan de salud y que hayan sido inscritos dentro de los 30 días calendarios siguientes al nacimiento.

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

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

4.7. Atención oncológica

LOS ASEGURADOS y/o los Otros Beneficiarios gozarán de la cobertura para casos de cáncer, de acuerdo a lo estipulado en el Plan de Salud.

La cobertura será brindada siempre que se contemple en tu Plan de Salud y bajo las condiciones estipuladas en él. Para los planes de salud que tengan la cobertura oncológica, la terapia biológica será cubierta de acuerdo a las condiciones y topes de tu plan de salud.

Inicio de la Cobertura

Se inicia cuando se ha establecido el diagnóstico definitivo de cáncer (neoplasia maligna), demostrado por:

- A través de un resultado Anatómo – Patológico, esto incluye todos los diagnósticos (incluido cáncer al ovario) a excepción de los siguientes puntos.
 - Cuando existe alta probabilidad de neoplasia maligna del sistema nervioso central según informe de estudio por imágenes, siempre y cuando la lesión no sea accesible técnicamente a una biopsia para confirmación patológica.
 - En casos en los que no está recomendado realizar un diagnóstico mediante biopsia y en los que el tratamiento quirúrgico primario es diagnóstico y en casos potencialmente curativos. Se incluyen únicamente las siguientes regiones anatómicas:
 - Testículo: Cuando hay sospecha de neoplasia maligna por estudios de imágenes.
 - Riñón: Cuando hay sospecha de neoplasia maligna por estudios de imágenes.
 - Páncreas: Cuando hay sospecha de neoplasia maligna por estudios de imágenes, sin evidencia de enfermedad metastásica.
 - En casos en que existe una alta probabilidad de neoplasia maligna y que por consenso médico no es un requerimiento necesario realizar la biopsia confirmatoria, para lo cual se incluyen únicamente las siguientes regiones.
 - Próstata: Sospecha de cáncer clínico por elevación del marcador tumoral (PSA) en pacientes mayores de 75 años.
 - Hígado: Sospecha por elevación sostenida del marcador tumoral y estudios de imágenes que muestran masa tumoral hepática.
 - En caso de Cáncer de Ovario cuando técnicamente no es posible la biopsia, la cobertura oncológica se da de manera retroactiva desde el acto quirúrgico que motiva el diagnóstico luego de la confirmación anátomo patológica. A fin de garantizar la cobertura plena de este beneficio.

Esta cobertura cubre lo siguiente:

- **Oncología Ambulatoria:** Consultas médicas especializadas, quimioterapia, exámenes, procedimientos médicos especiales, así como la cobertura de las complicaciones causadas por el tratamiento del cáncer.
- **Oncología Hospitalaria y de Emergencia:** Consultas médicas especializadas, quimioterapia, cirugías y hospitalización, exámenes y procedimientos médicos especiales, así como cobertura de las complicaciones causadas por el tratamiento del cáncer.
- **Radioterapia, Cirugía oncológica, imagenología y PETSCAN:** Se brindará cobertura de acuerdo a la red de proveedores detallada en el plan de salud.
- **Terapia Biológica en Cáncer:** Se brindará exclusivamente vía delivery a domicilio y solamente para los tipos de cáncer y estado clínico detallados por la Food and Drugs Administration (FDS) o de acuerdo a las guías de manejo oncológico del NCCN y NCI vigentes al momento de la atención. Incluye: Factores estimulantes de colonias, anticuerpos Monoclonales, inhibidores de la Tirosin Kinasa, inhibidores del proteosoma, antiangiogénicos.

Esta cobertura no ampara lo siguiente:

- Cuando el cáncer sea una enfermedad preexistente a la afiliación al Plan de Salud.
- Tratamientos en el extranjero.
- Costo de órganos y tejidos trasplantados ni los gastos relacionados al trasplante de los mismos.
- Tratamientos experimentales ni medicamentos oncológicos no aprobados por la FDA (Food and Drug Administration – www.fda.gov) o de acuerdo a las Guías de Manejo Oncológico del NCCN vigentes al momento de la atención, ni las complicaciones por la utilización de los mismos.
- Medicamentos oncológicos no comercializados a nivel nacional.
- Exámenes, diagnósticos y procedimientos terapéuticos no disponibles a nivel nacional.

4.8. Planes de Prevención

4.8.1. Exámenes preventivos

Tú y tus familiares inscritos tienen derecho a un examen de prevención gratuito anual.

- Debes presentar tu documento de identidad en los centros autorizados de acuerdo a tu plan de salud.

El examen preventivo está orientado a pacientes que se encuentran sanos, si refiere de alguna molestia, se deberá diferir el examen. Revisa el anexo de prevención de tu plan de salud para que conozcas todos los tipos de exámenes que tienes disponible.

Cubrimos:

- Chequeo preventivo anual
- Programa amplio de vacunas

4.8.2. Control del niño sano

Todo niño nacido inscrito en el plan de salud tiene derecho, durante su primer año de vida, al programa de control del niño sano.

Características del servicio

- Consta de una evaluación pediátrica mensual durante el primer año de vida del niño.
- Es un control gratuito que se brinda en las clínicas de la red de maternidad estipuladas en tu plan de salud.
- Para acceder a este servicio el niño debe haber sido inscrito en RIMAC EPS.

Adicionalmente, RIMAC EPS te ofrece el Programa Ampliado de Vacunas para niños menores de 12 años afiliados al plan de salud.

- Aparte de los centros médicos de vacunación de salud, podrás acudir al Centro de Vacunación de la Clínica Javier Prado.

Nota: el programa de control del niño sano no incluye farmacia ni exámenes auxiliares, si derivase en la prescripción de medicinas o exámenes auxiliares, se considerará como una consulta ambulatoria, es necesario coordinar previamente una cita. Revisa tu plan de salud en el anexo de prevención para que conozcas los tipos de exámenes e inmunizaciones disponibles.

5. Tipos de atención

Para hacer efectivos los beneficios descritos anteriormente, puedes elegir entre las dos modalidades de atención: crédito o reembolso (si tu plan de salud lo contempla).

5.1. Sistema de crédito

Serás atendido en las clínicas o centros médicos afiliados según el plan de salud contratado. Cada vez que solicites una atención médica en las clínicas o centros médicos afiliados, deberás realizar los pagos respectivos en el lugar elegido. Esos pagos se denominan: deducible o copago fijo y coaseguro o copago variable. Ambos están especificados en tu plan de salud contratado.

- **Copago fijo (deducible).**

- **Copagos variables (coaseguro).**

Ejemplo práctico:

Deducible	Cubierto al
S/. 35	90%

- Tu plan dice: deducible de S/. 35
Deberás pagar esa cantidad para recibir esta consulta médica.
- Tu plan dice: cubierto al 90%
Deberás pagar adicionalmente como coaseguro el 10% de los gastos cubiertos descontando el deducible.

Gastos cubiertos (Farmacia, Laboratorio, etc.)	S/. 200
Coaseguro (10% de gastos cubiertos - deducibles)	$(S/. 200 - S/. 35) \times 10\% =$ $(S/. 165 \times 10\%) = \mathbf{S/. 16.50}$
Pago Total	$S/. 35 + S/. 16.50 = \mathbf{S/. 51.50}$

Importante: consulta tu plan de salud para conocer los centros médicos donde tienes acceso y sus respectivos deducibles. En una misma atención (ambulatoria, emergencia, hospitalaria, maternidad, etc.) los consumos por el sistema de crédito son excluyentes con el sistema de reembolso, es decir, si se escoge una de estas dos modalidades, el íntegro de la atención irá por uno de los dos sistemas; no es posible utilizar una mezcla de ambos.

5.2. Sistema de reembolso

Utilizas el sistema de reembolso cuando eres atendido en consultorios particulares o clínicas no afiliadas a RIMAC EPS y cancelas íntegramente el gasto. Esto significa que RIMAC EPS te pagará un porcentaje de los gastos incurridos por tu atención (honorarios médicos, medicinas, análisis, etc.) según tabla de limitaciones y exclusiones que encontrarás en tu plan de salud.

Nota: podrás solicitar el reembolso correspondiente, siempre y cuando, tu plan de salud incluya este beneficio.

6. Procedimientos para reembolso

6.1. Reembolso de gastos

En caso decidas atenderte con un médico particular, clínica o centro médico no afiliado a RIMAC EPS, tienes la posibilidad de recibir el reembolso correspondiente, siempre y cuando, tu plan de salud incluya este beneficio. Para poder recuperar los gastos efectuados debes seguir los siguientes procedimientos:

Procedimiento

1. Obtén una solicitud de reembolso en el departamento de Recursos Humanos de tu empresa o en las oficinas de RIMAC EPS de Lima o provincias o en nuestra página web: www.rimac.com
2. Debes detallar claramente tus datos en la solicitud de reembolso al momento de la entrega:
 - Datos completos del titular y del paciente
 - Tipo de atención
 - Especialidad

Además, el médico tratante debe incluir los siguientes datos en la solicitud de reembolso:

- Diagnóstico(s) y cualquier condición especial del paciente que explique las indicaciones médicas (exámenes auxiliares, procedimientos realizados, tratamientos especiales y terapéutica).
 - Fecha(s) de consulta(s)
 - Tiempo de enfermedad
 - Exámenes y/o tratamientos especiales
 - Firma y sello del médico tratante
3. Solicita la factura a nombre de RIMAC S.A. Entidad Prestadora de Salud con número de RUC 20414955020. Presenta la factura original cancelada a RIMAC EPS.
 4. Sustenta los servicios recibidos adjuntando los siguientes documentos por concepto de:

Consultas y procedimientos médicos realizados

- El o los recibos deben detallar los procedimientos realizados y sus costos individuales.

Para consultas y procedimientos médicos realizados:

- Recibo por honorarios profesionales original, expedidos a nombre del paciente o factura a nombre de RIMAC S.A. Entidad Prestadora de Salud con RUC 20414955020, con el sello de "cancelado".
- Los recibos por honorarios deben detallar los procedimientos realizados y sus costos individuales.

Para exámenes auxiliares o procedimientos:

- Factura original expedida a nombre de RIMAC S.A. Entidad Prestadora de Salud con RUC 20414955020, con el sello de "cancelado".
- Solicitud original de los exámenes auxiliares con fecha, firma y sello del médico tratante.
- En el caso de medicina física y rehabilitación deberá presentarse el tipo de terapias a realizar indicadas por el médico de esta especialidad y la fecha de realización de las mismas.
- Resultado de los exámenes auxiliares.

Para hospitalización:

- En caso de reembolso de gastos hospitalarios por procedimiento quirúrgico se deberá adjuntar:
 - Recibo por honorarios detallado por cada médico, emitido a nombre del paciente.
 - El reporte operatorio.
 - Informe de anatomía patológica.
 - Relación de medicamentos, insumos y equipos usados con costos detallados.
 - Pre liquidación de la clínica, que debe constar que no se está facturando el cobro de los honorarios médicos salvo que el reembolso sea por la totalidad de los servicios recibidos (incluyendo honorarios).
 - En caso de reembolso hospitalario por tratamiento no quirúrgico se deberá adjuntar un informe médico detallando el tratamiento recibido, número de días de internamiento y consultas realizadas, cada una con sus respectivas fechas.

Para medicamentos:

- Factura original expedida a nombre de RIMAC S.A. Entidad Prestadora de Salud con RUC 20414955020, con el sello de "cancelado".
- Recetas originales de los medicamentos adquiridos. La receta debe incluir: nombre del medicamento y cantidad prescritos, fecha y firma del médico tratante.

Para tratamientos odontológicos:

- La solicitud de reembolso firmada y sellada por el odontólogo tratante.
- Odontograma, donde debe estar indicado el tratamiento por cada pieza y el costo correspondiente a cada una.
- Si se facturó una radiografía es necesario adjuntar la factura.
- La profilaxis se cubre solamente una vez al año.
- Sellantes, por cada pieza tratada se debe pagar el deducible correspondiente al plan. Este tratamiento incluye profilaxis y/o flúor, por lo cual no se puede presentar un reembolso por profilaxis separado a este tratamiento.
- Si se presentan atenciones por obturaciones proximales (entre diente y diente), adjuntar la radiografía antes de tratamiento y la factura correspondiente.
- En los casos de tratamientos de ortodoncia o prótesis (si tu plan lo contempla) deben ser aprobados previamente por RIMAC EPS a través de una auditoría clínica, lo debe aplicar y tratar un ortodoncista colegiado.
- Si se presentara una endodoncia dentro de los tratamientos es necesario adjuntar al expediente tres placas: radiografía de diagnóstico, radiografía de conductometría y radiografía de control.
- En caso presentar gastos por pulpectomía es necesario adjuntar dos placas: una diagnóstica y otra de control.
- El deducible y coaseguro es por cada pieza tratada y terminada.

En caso de reembolso por sepelio, además de las facturas también se deberá presentar el acta de defunción.

Observaciones importantes:

- Las condiciones de reembolso aplican únicamente para los planes que lo contemplan y de acuerdo a las condiciones previstas en tu plan de salud.
- Los expedientes estarán sujetos a auditoría médica.
- Los reembolsos se procesan de acuerdo a la tarifa máxima establecida en tu plan de salud.
- Las tarifas están disponibles en www.rimac.com (Link Personas – EPS para trabajadores en planilla).

- El tiempo máximo para la presentación de un reembolso es de 90 días calendario a partir de la fecha de consulta.
- La liquidación de gastos por reembolsos será emitida únicamente a nombre del titular del plan de salud.
- El trámite solo se efectuará través de tu oficina de Recursos Humanos o en las oficinas de RIMAC EPS.
- No se aceptan reembolsos de medicinas cobradas en centros médicos.
- No se aceptan reembolsos originados bajo automedicación.
- Para el reembolso de los gastos no se aceptan tickets ni boletas de venta.
- El deducible y el copago se aplican en todos los casos de reembolso.

Importante: en caso que el afiliado no cuente con los documentos originales por extravío, pérdida o asalto, puede presentar la copia de los mismos, siempre y cuando, cuente con los siguientes requisitos:

- En la copia fotostática debe figurar el nombre, apellidos, DNI y firma del representante legal del proveedor, así como la fecha de entrega de la copia y sello de la empresa.
- Denuncia policial al área de tributos para proceder a declarar a la SUNAT sobre lo sucedido. Esto se debe realizar dentro de los 7 días útiles siguientes de producido el hecho (base legal: numeral 11 del Art. 12 del Reglamento de Comprobantes de Pago).

Adicionalmente contamos con abono en cuenta. Solo deberás llenar la solicitud que se encuentra en www.rimac.com y presentarlo al momento de la entrega de un reembolso.

- * El pago del reembolso del cheque o efectivo siempre se realizará al titular de la póliza identificado con su DNI vigente.
- ** En caso el titular esté imposibilitado de acercarse por enfermedad y un tercero quiera recoger el cheque de reembolso, entonces deberá de traer lo siguiente:
 - Original y copia del DNI del beneficiario del reembolso.
 - Original y copia del DNI del tercero autorizado a recoger el cheque.
 - Carta poder simple, sin firmas legalizadas y constancia médica de la condición del beneficiario.

6.2. Duplicado de carné

Existen dos maneras de solicitar un duplicado de carné por pérdida o robo:

Trámite personal

- Acércate a nuestras plataformas de Atención al Cliente en Miraflores o San Isidro.
- Abona en caja la suma de S/. 10 o efectúa el depósito correspondiente por concepto de duplicado de carné en cualquier agencia del BBVA Banco Continental, se te entregará tu comprobante de pago. (N° 0011-0586-0100018974-54 – RIMAC EPS).
- Solicita el duplicado de carné en cualquier ventanilla de Atención al Cliente y entrega al representante de atención tu comprobante de pago o voucher de depósito del BBVA Banco Continental.
- El carné se te entregará a la empresa, bróker o afiliado en un tiempo aproximado de 10 días útiles.

A través del ejecutivo de servicio

La empresa deberá adjuntar los siguientes documentos:

- Carta solicitando duplicado del carné, indicando el nombre del afiliado y empresa.
- Adjuntar a la carta el comprobante original del depósito de S/.10 por concepto de duplicado de carné, realizado en cualquier agencia del BBVA Banco Continental (N° 0011-0586-0100018974-54 – RIMAC EPS).
- El carné se te entregará a la empresa, bróker o afiliado en un tiempo aproximado de 10 días útiles.

6.3. Condiciones y cobertura de latencia (desempleo)

En caso de desempleo o suspensión perfecta de labores, como afiliado regular de RIMAC EPS, tú y tus derechohabientes tendrán derecho a las prestaciones de prevención, promoción y atención de la salud según lo especificado en tu plan de salud.

Beneficiarios

En caso de desempleo, son beneficiarios del periodo de latencia hasta un máximo de doce meses el trabajador cesado, el cónyuge o concubino y los hijos menores de 18 años o hijos incapacitados en forma total y permanente para el trabajo (aunque en tu plan de salud hayan tenido cobertura hasta edades mayores a la señalada). La cobertura de latencia no incluye a los otros beneficiarios (hijos mayores de 18 años y padres).

Características

Los beneficiarios deberán contar con un mínimo de cinco meses de aportación consecutivos o no consecutivos, a EsSalud en los últimos tres años precedentes al cese, acogiéndose a dos meses de periodo de latencia por cada cinco meses de aportación de acuerdo al cuadro que a continuación detallamos y con coberturas a cargo de EsSalud y de la EPS según corresponda:

Periodos aportados en los 3 años precedentes al cese	Total del periodo de latencia	Cobertura de capa simple (por RIMAC EPS) y capa compleja (por ESSALUD)	Cobertura de capa compleja y maternidad (por ESSALUD)
De 5 a 9 meses	2 meses	Primer mes	Segundo mes
De 10 a 14 meses	4 meses	2 primeros	2 siguientes
De 15 a 19 meses	6 meses	3 primeros	3 siguientes
De 20 a 24 meses	8 meses	4 primeros	4 siguientes
De 25 a 29 meses	10 meses	5 primeros	5 siguientes
30 o más meses	12 meses	6 primeros	6 siguientes

Debe tenerse en cuenta que los padres e hijos mayores de 18 años no tienen cobertura en el periodo de latencia, excepto los hijos discapacitados (solo deben presentar la declaración de EsSalud).

Procedimientos para tramitar la cobertura por latencia

Deberás seguir los pasos que se detallan a continuación para acogerte a los beneficios del periodo de latencia:

- Deberás recabar el “Certificado por latencia (desempleo)” emitido por EsSalud.
- Deberás presentar en las oficinas de Atención al Cliente de RIMAC EPS el original y copia de los siguientes documentos:
 - Solicitud de inscripción para el beneficio de latencia (proporcionada en la Plataforma de RIMAC)
 - Certificado de latencia (desempleo) otorgado por EsSalud
 - Documento de identidad
 - Certificados de trabajo y/o liquidación de beneficios
- Deberás entregar tu carné y los de tus derechohabientes en las oficinas de RIMAC EPS.
- Una vez realizado el trámite, RIMAC EPS procederá a entregarte la constancia de latencia.
- En caso de una atención solo deberás presentar tu DNI.
- Solo podrás atenderte en la relación de clínicas entregada al momento de solicitar el periodo de latencia.

Observaciones importantes

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

7. Beneficios adicionales

Estos beneficios están disponibles de acuerdo al plan de salud que hayas contratado.

7.1. Sepelio

En caso de fallecimiento, los gastos de sepelio serán asumidos por RIMAC EPS según las precisiones del plan de salud contratado, para ello se deberá llamar a la central de Emergencias y Asistencias, en Lima al 411 - 1111 y en provincias al 0800 - 41111 e informar sobre el deceso.

Existen dos modalidades:

Crédito

1. Contáctate con una agencia funeraria perteneciente a la red de RIMAC EPS.
2. Presenta el acta de defunción a la funeraria. Ellos se encargarán de solicitar la carta de garantía.

Nota: para saber cuáles son las funerarias de la red de RIMAC EPS deberás llamar a Consultas y ventas (411-3000) o revisar tu plan de salud.

Reembolso*

1. Solicita facturas con especificación de gastos a nombre de RIMAC S.A. Entidad Prestadora de Salud: RUC 20414955020

* Si tu plan de salud lo contempla.

7.2. Segunda opinión nacional e internacional

Cobertura para casos de cirugías ambulatorias u hospitalarias, las cuales de acuerdo a su complejidad pueden requerir manejos terapéuticos especiales. Estos casos pueden ser considerados para una segunda opinión.

Procedimiento

1. Asegurado/Contratante solicita a RIMAC EPS a través de su Asistencia Social.
2. El área médica evalúa el caso, en caso proceda se coordinará con el asegurado/contratante acerca de la terna de médicos especialistas.
3. Asegurado escoge el médico de su preferencia.
4. Para Segunda Opinión Nacional se coordinara cita a través de su Asistencia Social, en caso de Segunda Opinión Internacional se deberá entregar copia de la historia clínica del exterior.

7.3. Programa CUÍDATE **Cuídate** RIMAC

El programa de enfermedades crónicas es un beneficio adicional voluntario que RIMAC EPS ofrece a sus afiliados. Es un programa ambulatorio de atención y control de pacientes regulares con las siguientes enfermedades crónicas: hipertensión arterial, dislipidemia, asma bronquial y diabetes mellitus (no insulino dependientes). Tiene como misión la atención de este tipo de pacientes mediante un conjunto de actividades y procedimientos para el control y seguimiento de la enfermedad, con el fin de evitar complicaciones y lograr una mejor calidad de vida del paciente.

¿Qué es una enfermedad crónica?

Las enfermedades crónicas son aquellas que una vez diagnosticadas se padecen durante muchos años; necesitan un control médico periódico y tratamiento durante toda la vida.

Características del programa

- Libre de copagos o deducibles, cubierto al 100% (salvo condiciones particulares de tu plan de salud).
- Asignación de un médico de cabecera experto en la patología de cada programa.
- Evaluación cada 30-90 días según necesidad clínica.
- Consultas por médico internista o pediatra según la edad del paciente.
- Medicamentos cubiertos al 100%, de acuerdo a protocolos de enfermedades.
- Exámenes auxiliares cubiertos al 100%, de acuerdo a protocolos de enfermedades.
- Los centros médicos de atención son:
 - C. Internacional - Medicentro El Polo
 - C. Internacional - Medicentro San Isidro
 - C. Internacional – Lima
 - Policlínico de la UDEP – Piura
 - Asoc. Civil Selva Amazónica - Iquitos
 - Clínica Santa María – Chimbote
 - Clínica García Bragagnini - Arequipa
- Este programa cuenta con el beneficio de consultas médicas a domicilio buscando tu comodidad incluso fuera del horario laboral. Si prefieres podrás recibir las consultas con alguno de los proveedores descritos en el beneficio del Programa Cúidate que se encuentra en tu plan de salud.

Procedimiento de atención

- El ingreso al programa es por invitación de RIMAC EPS ya sea de forma escrita o telefónica.
- En forma preferencial se captan aquellos pacientes con cualquiera de los cuatro diagnósticos (asma, diabetes, dislipidemia e hipertensión arterial) que tengan un historial de tratamiento en diferentes clínicas en promedio por 6 meses.
- El ingreso al programa se activa cuando el afiliado firma la carta de compromiso donde expresa su voluntad de renunciar a otro tipo de atención para la misma enfermedad.

¿Qué se excluye?

No cubre complicaciones por estas enfermedades, no cubre medicamentos ni exámenes auxiliares fuera del protocolo, ni insulina.

8. Orientación al cliente

Siendo nuestra intención estar comunicados en todo momento contigo, te proporcionamos a continuación nuestro modelo de servicio:

8.1. Plataforma en clínicas: atención personalizada

Tendrás la mejor atención en nuestra red de centros de salud donde un equipo humano te estará esperando para orientarte e informarte ante cualquier duda o consulta que pudieses tener; además, te facilitamos el proceso de atención en las clínicas.

Coordinadoras de Servicio

Son representantes que se encuentran capacitadas para orientarte en todo momento, tienen entre sus principales funciones:

- Brindarte orientación sobre coberturas y procedimientos.
- Seguimiento de cartas de garantía.
- Atender tus quejas y reclamos.
- Coordinar tu atención médica con el centro de atención.

Nuestras coordinadoras se encontrarán a tu servicio inicialmente en los siguientes centros:

Clínicas	
Clínica Internacional Sede Lima	Clínica San Felipe
Clínica Internacional Sede San Borja	Clínica Ricardo Palma
Clínica Javier Prado	Clínica San Pablo
Clínica El Golf	Clínica Jesús del Norte
Clínica Stella Maris	Clínica San Gabriel
Clínica Anglo Americana	Clínica Good Hope

Horario de atención:

Nuestras coordinadoras clínicas te atenderán de lunes a viernes de 10:00 a.m. a 7:00 p.m. y los sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m.

8.2. Central de consultas y ventas

Central de consultas y ventas: 411-3000

Nuestra central telefónica está orientada a absolver cualquier duda que puedas tener. La constante capacitación de nuestro personal asegura la calidad de nuestro servicio.

8.3. Atención por Internet

Correo electrónico: atencionalcliente@rimac.com.pe

Web site: www.rimac.com

Utiliza nuestro servicio de atención por correo y en menos de 24 horas útiles recibirás respuesta a tus inquietudes. Además, ponemos a tu disposición nuestro portal web, donde encontrarás información sobre productos y servicios.

8.4. Central de asistencia: Emergencias y asistencias

En Lima: 411-1111

En provincias: 0800-411-111 (solo desde teléfono fijo)

01-411-111 (desde cualquier tipo de teléfono)

Ponemos a tu disposición nuestra central de asistencia, orientada a ayudar a nuestros asegurados en caso de emergencias que puedan presentarse durante las 24 horas, los 365 días del año. Emergencias y asistencias coordinará evacuaciones de emergencia, envío de ambulancia en Lima Metropolitana (según límites establecidos en tu plan de salud) y te orientará en casos de emergencias médicas.

8.5. Centros de atención personal

Nuestras plataformas de atención cuentan con personal altamente calificado y preparado para ayudar a nuestros asegurados a resolver dudas e inquietudes. Las puedes encontrar en:

Lima

Oficina San Isidro

Paseo de la República 3082, San Isidro. T: 411-1000, F: 421-0555

Oficina Paseo del Parque

Paseo de la República 3505, San Isidro. T: 411-1000, F: 421-0555

Oficina Miraflores

Av. Comandante Espinar 689, Miraflores. T: 411-1000, F: 421-0555

Provincias

Arequipa

Pasaje Belén 103, Vallecito. T: (054) 38-1700, F: (054) 38-1701

Cajamarca

Jr. Belén 676-678. T: (076) 36-7299, F: (076) 34-4414

Chiclayo

Av. Salaverry 560, Urb. Patazca. T: (074) 48-1400, F: (074) 48-1401

Cusco

Av. Humberto Vidal Unda G-5 Urbanización Magisterial 2da. Etapa. T: (084) 22-9990, F: (084) 22-9999

Huancayo

Jr. Ancash 125. T: (064) 23-1801, F: (064) 21-6415

Iquitos

Jr. Putumayo 501. T (065) 24-2107 F (065) 22-4398

Piura

Calle Libertad 450-454. T: (073) 28-4900, F: (073) 28-4901

Trujillo

Av. América Oeste N°. 750, Urb. El Ingenio. T (044) 48-5200

9. Preguntas frecuentes

¿Qué es la capa simple?

Es el conjunto de intervenciones de salud de mayor frecuencia y menor complejidad, detalladas en el anexo de capa simple (anexo del reglamento de la Ley 26790 aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-97-SA). El listado de diagnósticos de capa simple lo puedes encontrar al final de este manual.

¿Qué es la capa compleja?

Es el conjunto de intervenciones de salud de menor frecuencia y mayor complejidad, y que no están considerados en la capa simple.

¿Quiénes pueden afiliarse?

Se pueden afiliar a RIMAC EPS:

- Trabajadores activos y derechohabientes.
- Hijos menores de 26 años y los padres de los trabajadores activos si el plan de salud contempla plan de padres.

¿Quiénes son derechohabientes?

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

¿Puedo seguir atendiéndome en EsSalud?

Sí. Los afiliados regulares (los trabajadores y sus derechohabientes) al plan de la EPS siguen cubiertos por EsSalud para todas las prestaciones de capa compleja y los subsidios de acuerdo a ley.

¿Qué coberturas ofrece la EPS?

La EPS puede brindar a sus afiliados regulares las coberturas según el plan que la empresa contrate. Se pueden adicionar mayores coberturas a las del plan mínimo de ley. Todas las atenciones no incluidas en el plan de salud son prestadas obligatoriamente por EsSalud.

¿Las EPS cubren enfermedades preexistentes?

Las EPS cubren la atención de todas las dolencias preexistentes de aquellas enfermedades que corresponden a la cobertura obligatoria según ley, es decir, coberturas de capa simple.

Para dar continuidad de cobertura de preexistencias de la capa compleja del Plan de Salud contratado, se deberá cumplir con:

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

Para tener derecho a la continuidad se debe cumplir:

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

Si se aplica el beneficio de continuidad de cobertura de preexistencias de la capa compleja no se aplican periodos de carencia ni espera para dichos diagnósticos.

¿Se considera a una enfermedad como congénita a pesar de no haber presentado síntomas anteriormente?

Sí, se le considera una enfermedad congénita aunque no se haya manifestado clínicamente inmediatamente después del nacimiento y se haga evidente en etapas posteriores de la vida, independientemente del tiempo transcurrido, ya sea que hayas tenido conocimiento previo de esta enfermedad o no.

¿RiMAC EPS cubre el tratamiento de enfermedades congénitas?

No. Por la naturaleza de estas enfermedades RIMAC EPS no ofrece cobertura.

¿Qué es una carta de garantía?

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

Requieren carta de garantía todas las hospitalizaciones y los siguientes exámenes y procedimientos:

- TAC convencional (solo en provincias), helicoidal, por emisión de positrones, T. espiral multicorte y OCT.
- Resonancia magnética nuclear.
- Angiografía arterial y venosa.
- Procedimientos de medicina nuclear (gammagrafías).
- Eco Doppler arterial, venoso y cardíaco (solo en provincias).
- Densitometría ósea (solo en provincias).
- Mamografías (solo en provincias).
- Cateterismo cardíaco y procedimientos de cardiología invasiva. Además, los siguientes procedimientos no invasivos: MAPA, Holter.
- Procedimientos endoscópicos, diagnósticos (solo en provincias) y terapéuticos programados (de los aparatos digestivo, respiratorio y urinario).
- Electroencefalograma digital y mapeo cerebral.
- Potenciales evocados auditivos y visuales.
- Polisomnografías.
- Spect cerebral.
- Cámara hiperbárica.
- Pruebas cutáneas para alergia (solo en provincias).
- Exámenes y procedimientos no tarifados.
- Cirugías ambulatorias con costo mayor a S/. 500 (incluido IGV).

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

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

¿Si mi empresa contrata un Plan de Salud con la EPS puedo mantener mi cobertura total en EsSalud?

Sí, después que se proclama a la EPS ganadora, el trabajador que no quiera ser incluido en el plan de salud elegido tiene 5 días hábiles para manifestarlo a su empleador.

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

Sí, es un obligación impuesta por ley. Esta obligación proviene del espíritu de la seguridad social en salud, el cual está direccionado a que todos los trabajadores y sus derechohabientes tengan una cobertura de salud, ya sea a través de EsSalud o en una EPS. Por tanto, si un trabajador se afilia al Plan de Salud de una EPS, tanto él como sus derechohabientes tendrán los mismos beneficios.

No obstante, si dichos derechohabientes gozan de una cobertura de salud sea como asegurado obligatorio o se encuentren afiliados a EsSalud o complementariamente a otra EPS o mantengan un régimen especial de seguridad social, no es obligatoria su inclusión y de encontrarse ya inscritos en el Plan de Salud, se les podría excluir.

10. Glosario de términos

Afiliado

Persona inscrita en el plan de salud.

Afiliado regular:

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

Atención ambulatoria

Es la atención médica que recibe el afiliado en un consultorio médico que le permite regresar a su domicilio. Incluye los gastos originados por cirugía ambulatoria.

Atención hospitalaria

Internamiento por indicación médica en una clínica o centro médico que incluye la utilización del servicio de habitación, atención general de enfermería y el servicio de alimentación, este último de ser el caso.

Beneficio máximo anual

Este beneficio se define como el límite máximo disponible para la suma de todos los gastos de capa compleja durante la vigencia del plan. Dicho límite no podrá exceder en ningún caso el límite contratado.

Carencia

Periodo fijado durante el cual el asegurado paga primas, pero no recibe la cobertura prevista en el plan de salud.

Clínica y/o centro médico afiliado

Clínica y/o centro médico que se encuentra adscrito a la red de atención de RIMAC EPS.

Cobertura

Beneficio que ampara al afiliado.

Crédito EsSalud

Se refiere al 2.25% de la planilla del aporte a EsSalud que aparta la entidad empleadora al contratar una EPS.

Declaración de salud

Declaración formulada por los afiliados de su estado de salud y el de sus beneficiarios.

Enfermedades preexistentes

Es cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta al momento previo a la presentación de la declaración de salud.

Entidad empleadora

Es la persona jurídica que contrata los servicios de salud para sus trabajadores y su familia, la cual aporta a EsSalud y tiene derecho a las prestaciones que esta ofrece.

Entidad Prestadora de Salud - EPS

Empresa o institución pública o privada, distinta a EsSalud, cuyo único fin es el de prestar servicios de atención para la salud, con infraestructura propia y de terceros sujetándose a los controles indicados por la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).

Gasto presentado

Es la suma de los gastos incurridos por el asegurado en una institución de salud sin la aplicación de ningún tipo de descuento (gastos no cubiertos y copagos).

Gastos no cubiertos

Son los gastos no reconocidos por el plan de salud, pueden estar clasificados a nivel general del plan de salud o por cobertura.

Gastos cubiertos

Es la diferencia entre los gastos presentados menos los gastos no cubiertos.

Latencia

Prestación en salud en caso de desempleo o suspensión perfecta de labores.

Límites

Son las condiciones y límites de aplicación de los beneficios de una cobertura, permite especificar hasta dónde podemos llegar en la concesión de beneficios.

Preexistencia

Enfermedad o dolencia conocida y diagnosticada al asegurado con anterioridad a la fecha de contratación del seguro.

Servicio de ambulancias

Este servicio se otorga a través de unidades médicas tripuladas por médicos de emergencias y personal paramédico, quienes acudirán al lugar que requieras en caso de una emergencia médica o accidental.

Sistema de crédito

Se conoce como una forma de atención que elige el afiliado. En esta el afiliado acude a cualquiera de las instituciones que cuenten con un convenio de atención vigente, sujetándose a las tarifas y condiciones pactadas con RIMAC EPS.

Sistema de reembolso

Permite que el afiliado acuda al médico, clínica o centro de diagnóstico de su preferencia que no figuren en su plan de salud, cancelando la totalidad de los costos directamente en el sitio donde fue prestado el servicio, para posteriormente presentar a RIMAC EPS los gastos incurridos para su reembolso, de acuerdo a las condiciones de su plan. Este sistema solo es válido, siempre y cuando, esté indicado en tu plan de salud.

Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD):

Organismo público descentralizado del sector salud que tiene por objeto autorizar, regular y supervisar el funcionamiento de las EPS y cautelar el uso correcto de los fondos administrados por estas.

Tipo de usuario

Es una clasificación de la población asegurada, por ejemplo: titular, cónyuges, hijos y padres.

Tiempo de espera:

Periodo en el cual los diagnósticos de capa compleja no serán cubiertos.

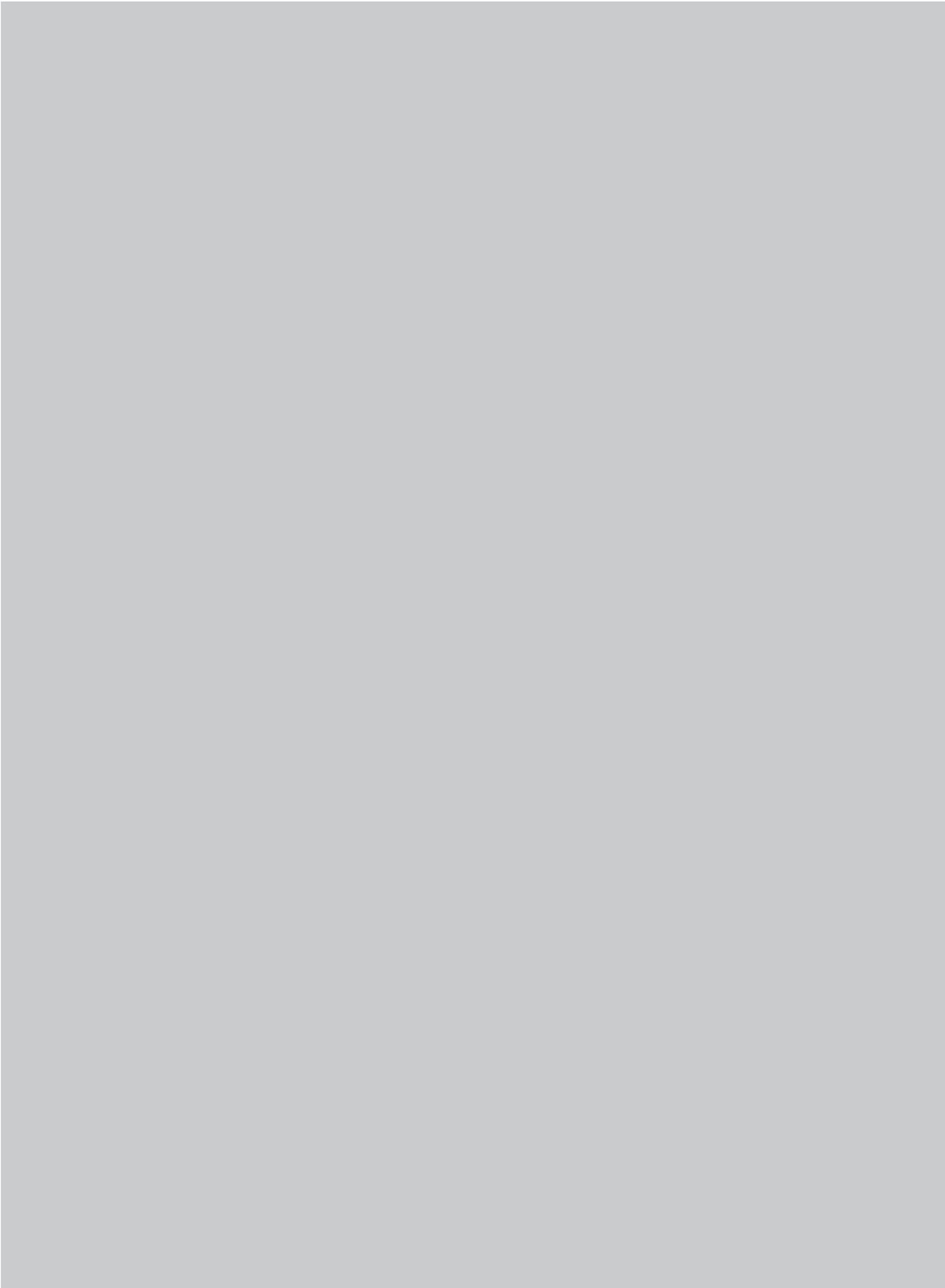
Transporte por evacuación

Cubre el gasto de transporte que requiera el afiliado en caso de emergencia médica o accidental en provincia, siempre y cuando, no exista en el lugar de la emergencia un centro médico que pueda prestar la atención.

11. Listado de diagnóstico de capa simple

En nuestra página web www.rimac.com podrás encontrar el listado de capa simple.

Todo lo que no se encuentra considerado en este listado, por exclusión, pertenece a la "capa compleja", así se trate de casos de baja complejidad no muy frecuentes o prácticamente inexistentes en nuestro medio.



Para mayor información sobre las condiciones, coberturas y exclusiones que aplican al presente producto ingresa a www.rimac.com, llámanos a la central de Aló RIMAC o visítanos en nuestras siguientes oficinas:

Centros de Atención al Cliente

Av. Paseo de la República 3082
San Isidro
T 411-1000 F 421-0555

Av. Paseo de la República 3505
San Isidro
T 411-1000 F 421-0555

Av. Comandante Espinar 689
Miraflores
T 411-1000 F 421-0555

Arequipa

Pasaje Belén 103, Urb. Vallecito
T (054) 38-1700 F (054) 38-1701

Cajamarca

Jr. Belén 676 - 678
T (076) 36-7299 F (076) 34-4414

Chiclayo

Av. Salaverry 560, Urb. Patazca
T (074) 48-1400 F (074) 48-1401

Cusco

Calle Humberto Vidal Unda G-5,
Urb. Magisterio 2da. Etapa
T (084) 22-9990 F (084) 22-9999

Huancayo

Jr. Ancash 125
T (064) 23-1801 F (064) 21-6415

Iquitos

Jr. Putumayo 501
T (065) 24-2107 F (065) 22-4398

Piura

Calle Libertad 450 -454
T (073) 28-4900 F (073) 28-4901

Trujillo

C.C Mall Aventura Plaza-Local 1004
Av. América Oeste No. 750,
Urb. El Ingenio.
T (044) 48-5200

Consultas, sugerencias y reclamos

(Lima y Provincias)
atencionalcliente@rimac.com.pe

Aló RIMAC
411-1111

En provincia:
0800-41111

www.rimac.com