

MANUAL DEL AFILIADO FESALUD

El presente Manual tiene la finalidad de servir para despejar tus dudas básicas y frecuentes como afiliado respecto de las características elementales, coberturas y uso de los planes de salud.

Es importante que tengas en cuenta que el presente documento es un resumen del Contrato de Aseguramiento en Salud suscrito (en adelante, el Contrato), por lo tanto, **no lo reemplaza ni modifica en ningún extremo.**

Se deja aclarado que, al ser un resumen del Contrato se han simplificado algunos términos.

Asimismo, queda aclarado que en el presente Manual no se han incluido la totalidad de requisitos, términos, exclusiones y/o demás condiciones relacionadas al plan de salud, por lo que es responsabilidad del afiliado revisar el Contrato para conocer la totalidad de términos y condiciones del plan de salud.

En caso de discrepancia o inconsistencia de cualquier naturaleza entre el presente Manual y el Contrato primará este último siempre.

1. ¿Dónde puedes encontrar el detalle de las características de tu plan de salud, así como su forma de uso?

El detalle del plan contratado se encuentra en el contrato de aseguramiento en salud suscrito por el contratante y que **es indispensable que todo afiliado lea y revise ya que en el mismo se encuentran la totalidad de requisitos, características, términos, exclusiones y condiciones aplicables al plan de salud.**

Además, el aseguramiento universal en salud se encuentra regulado en la Ley 29344 y el Decreto Supremo N°008-2010-SA.

2. ¿A qué tipo de plan te encuentras afiliado?

Te encuentras afiliado a un plan de salud complementario.

3. ¿Qué es un plan de salud complementario?

Es un plan que complementa al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). En tal sentido, es importante precisar qué es un PEAS.

El PEAS es una lista que contiene condiciones asegurables y prestaciones de salud a las que de forma mínima debes tener acceso a través de entidades de aseguramiento públicas o privadas. De acuerdo con la Ley N°29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, tú tienes derecho y la obligación de contar con cobertura al PEAS, a la cual puedes acceder, entre otras, a través de las siguientes modalidades:

- Si trabajas de forma dependiente y te encuentras en planilla, tu cobertura al PEAS te la brindará ESSALUD. Esto quiere decir que si presentas alguna condición o requieres de cualquiera de las prestaciones de salud incluidas en el PEAS podrás atenderte en los establecimientos de salud de dicha institución;
- Si no trabajas o eres independiente, tu cobertura al PEAS te la brindará el SIS. Esto quiere decir que podrás atenderte en los establecimientos del MINSA. También existe la posibilidad que decidas contratar un seguro privado que te cubra el PEAS, en cuyo caso podrás atenderte de acuerdo con la cobertura de dicho seguro.

Insistimos en aclarar que tu plan es complementario, por lo que no cubre el PEAS en su totalidad.

4. ¿En qué complementa tu plan de salud Fesalud al PEAS?

Fesalud complementa tu PEAS ofreciéndote la posibilidad de contar con más opciones para elegir donde atenderte de manera privada. En Fesalud contamos con una red amplia de clínicas y centros médicos, con lo cual tendrás la oportunidad de atenderte: (i) más cerca de donde vives o trabajas; (ii) a precios acorde a tu economía; y, (iii) con especialistas que te brinden confianza; generándose así más comodidad y mayor oportunidad para tus atenciones médicas.

5. ¿Durante qué tiempo has contratado tu plan de salud?

Tu contrato tiene un periodo de vigencia de 1 año, el cual a su vencimiento se renueva de forma automática por el mismo periodo de tiempo. En caso alguna de las partes no quiera que se renueve, bastará con que lo comunique a la otra con un plazo no menor a noventa (90) días calendario.

6. ¿Qué cubre tu plan de salud?

Según el plan de salud que hayas adquirido, los afiliados pueden contar con las siguientes coberturas:

- **Programa Preventivo.** - esta cobertura está incluida en todos los planes y corresponde a las consultas y/o exámenes para detectar cambios y riesgos en tu salud. Es importante señalar que el contenido del programa se encuentra definido de acuerdo con tu edad y lo puedes realizar una vez al año por cada año que renuevas.
Esta cobertura también incluye inmunizaciones, por el momento solo disponible en Lima y abarca la aplicación de vacunas bajo el esquema del Ministerio de Salud.
- **Atención Ambulatoria.** - esta cobertura sólo la tienen los planes Integral e Integral Plus y corresponde a consultas que pueden realizarse de manera presencial, a domicilio o a través de telemedicina. Como resultado de dichas consultas el Médico tratante puede recetar medicamentos y/o generar órdenes para exámenes auxiliares (imágenes y laboratorio). La atención ambulatoria también incluye la atención odontológica que cubre únicamente extracciones simples, curaciones, profilaxis y fluorizaciones; y de especialidades no médicas en nutrición y terapias físicas de rehabilitación.
- **Emergencias.** - son situaciones que se presentan de manera repentina e inesperada y requieren atención médica inmediata pues el retraso en la atención pondría en riesgo inminente tu vida o dejaría secuelas invalidantes. La condición de Emergencia únicamente la determina el Médico Tratante al momento de prestar la atención, tomando como guía la NT N°042- MINS/DGSP-V.01 “Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia”.
Como parte de esta cobertura también se encuentra el uso de ambulancia. Esta cobertura la tienen todos los planes. Incluyen todas las atenciones que se realicen en el tópico de las clínicas.
- **Hospitalización a Consecuencia de Emergencias.** - se refiere a las intervenciones quirúrgicas o no quirúrgicas en sala de operaciones y/o el internamiento a

consecuencia de una emergencia. Por ejemplo: Una apendicitis. Esta cobertura la tienen todos los planes.

- **Hospitalización Programada.** - se refiere a las intervenciones quirúrgicas o no quirúrgicas en sala de operaciones y/o el internamiento cuando no es consecuencia de una emergencia y se puede programar su realización. Por ejemplo: Una extracción de vesícula. Esta cobertura únicamente la tiene el plan Integral Plus.
- **Reembolso por Hospitalización.** - consiste en la devolución de hasta S/ 250 por cada día de hospitalización en una hospitalización programada. Esta cobertura únicamente la tiene el plan Integral.
- **Reembolso Oncológico.** - Otorgamos hasta S/ 10,000 como devolución a los gastos incurridos para el tratamiento de esta enfermedad y únicamente por el primer diagnóstico. Todos los planes lo incluyen.
- **Beneficio de Sepelio.** - es un beneficio que, de forma adicional al plan de salud, se ofrece en todos los planes. El beneficio es prestado por la empresa Campo fe y consiste en una de las 3 siguientes opciones: a) Servicio funerario, cremación y cinerario perpetuo; b) Servicio funerario, sepultura individual compartida por 10 años, cremación y cinerario perpetuo; o, c) Servicio funerario para quienes ya cuentan con una sepultura en Campo fe.
- **Condonación de Deuda por Fallecimiento del Contratante.** - es un beneficio que Fesalud otorga y consiste en que, en caso de fallecimiento del contratante, los afiliados podrán seguir contando con el plan de salud de manera gratuita hasta que culmine el año contractual. Todos los planes lo incluyen.

A continuación, te mostramos un resumen de las coberturas según el plan de salud adquirido:

Plan/ Cobertura	Programa Preventivo	Atención Ambulatoria	Atención Odontológica	Emergencia (En tópico)	Atención Médica Hospitalaria a Consecuencia de una Emergencia	Atención Médica Hospitalaria Programada	Atención de Maternidad	Reembolso Oncológico	Reembolso Hospitalario	Beneficio de Sepelio	Condonación de Deuda
Emergencia	✓	✗	✗	✓	✓	✗	✗	✓	✗	✓	✓
Integral	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✓	✓
Integral Plus	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✓

Por favor ten en cuenta que ningún plan cubre maternidad.

7. ¿Hasta cuánto te cubre tu plan de salud?

Los planes de salud tienen una Cobertura Máxima Anual que corresponde al monto máximo que cubre Fesalud por todas tus prestaciones de salud cubiertas durante todo el año de vigencia de tu plan. La cobertura es individual por cada afiliado.

Para algunas atenciones médicas existen Coberturas Particulares, esto quiere decir que dichas atenciones médicas cuentan con una cobertura limitada e inferior al máximo anual.

Cabe aclarar que las Coberturas Particulares no son coberturas adicionales, sino que se restan de la Cobertura Máxima Anual.

A continuación, se listan las coberturas máximas anuales y coberturas particulares por tipo de plan:

Plan/ Cobertura	Cobertura Máxima Anual	Cobertura Particular: Emergencia y Hospitalización por Emergencia	Cobertura Particular: Emergencia y Hospitalización por Emergencia. Preexistencias Tipo A y Tipo B	Cobertura Particular: Insumos Quirúrgicos de Alto Costo en la Hospitalización Programada	Cobertura Particular: Hospitalización Programada
Emergencia	S/. 20,000	S/. 20,000	S/. 5,000	No cubre	No cubre
Integral	S/. 150,000	S/. 20,000	S/. 5,000	No cubre	No cubre
Integral Plus	S/. 170,000	S/. 20,000	S/. 5,000	S/. 10,000	S/. 20,000

8. ¿Tu plan de salud cubre COVID?

Como plan complementario, Fesalud **no cubre COVID** pues se encuentra dentro de sus exclusiones.

Sin embargo, debido a la coyuntura y mientras dure la emergencia sanitaria cubrimos la parte ambulatoria para casos leves a través de teleconsultas con un costo por consulta de S/10 y una cobertura del 70%. No cubrimos ni emergencias, ni hospitalizaciones como resultado del COVID, así como complicaciones y sus consecuencias.

En caso de requerir ser hospitalizado por COVID se han gestionado descuentos especiales para nuestros afiliados, sujetos a la disponibilidad de las clínicas.

De igual manera, se te ofrecen tratamientos de terapia psicológica y respiratoria a precios preferenciales.

Finalmente, el beneficio de sepelio se ha ampliado a fallecimiento por COVID (recojo de fallecido, ataúd, cremación y urna).

9. ¿Qué medicamentos cubre tu plan de salud?

Solo cubrimos el uso de medicamentos en su presentación genérica. En caso la clínica o centro no cuente con estos, tenemos 2 opciones para ti: a) Reembolso por medicamentos, aquí adquieres el medicamento genérico en la farmacia de tu conveniencia y luego solicitas el reembolso con la misma cobertura de la clínica o centro al que acudiste; o, b) solicitas el envío de medicamentos genéricos a domicilio.

Para cualquiera de las dos opciones debes comunicarte vía WhatsApp al número **992 860 605** a la central telefónica (01) **625-4680** en el horario de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

a) Procedimiento Reembolso de Medicamentos

El proceso se inicia cuando presentas TODOS los siguientes documentos: i) receta médica que indique el diagnóstico, ii) comprobante de pago y iii) número de cuenta interbancaria.

Algunos puntos que debes tener en cuenta: todos los documentos anteriores deben estar a nombre del afiliado. Cuentas con un plazo máximo de hasta 5 días hábiles desde

la fecha de expedición de la receta para comprar los medicamentos y 5 días hábiles más desde que compraste los medicamentos para solicitar el reembolso.

Posteriormente pasa a una evaluación de auditoría, de estar todo conforme la devolución a la cuenta indicada se realiza como máximo en 07 días hábiles después de presentada la solicitud completa.

b) Procedimiento Envío de Medicamentos

Debes adjuntar la receta indicando diagnóstico, la misma pasa por auditoría y tendrás una respuesta en máximo 01 día hábil. Debes considerar que existe un monto mínimo para que pueda realizarse el envío y también que por un tema de cobertura en el reparto podría no realizarse.

10. ¿Cuánto debes pagar por utilizar tu plan?

Mensualmente pagas tu plan de salud. Adicionalmente, dependiendo de la cobertura que quieras utilizar deberás pagar lo indicado en las Condiciones Particulares de tu plan. Sección quinta. TABLA DE BENEFICIOS.

En esta TABLA DE BENEFICIOS podrás ver que por cada cobertura se detallan un costo por consulta o copago y un porcentaje de cobertura.

En el caso del costo por consulta o copago debes pagarlo en su totalidad. En el caso del porcentaje de cobertura, deberás pagar la diferencia del porcentaje de cobertura. Por ejemplo: Cuando requieras sacar una cita en una especialidad en alguna clínica afiliada deberás pagar lo indicado en el costo por consulta. Como resultado de la cita, probablemente el médico tratante te recete medicamentos o requiera hacer exámenes de laboratorio o de imágenes. En ese caso, si por ejemplo el porcentaje de cobertura indica 75% y el monto total es de S/100. Quiere decir que Fesalud pagaría S/75 y tú la diferencia, es decir el S/ 25.

A modo resumen te indicamos la TABLA DE BENEFICIOS en caso sea una atención regular, no por preexistencias. En caso la atención se refiera a una preexistencia revisa la pregunta 13.

Programa Preventivo, este no tiene costo para ti. Está cubierto al 100%

Descripción	Red	Copago	Cubierto al
Evaluación según edad y sexo	Red Preventiva *	S/00.00	100%
Inmunizaciones bajo esquema MINSA	Red Inmunizaciones	S/00.00	100%

* En Provincia, se realiza por teleconsultas (Consultorio Virtual Fesalud) y los exámenes en la Red 1 Provincia.

Atención Ambulatoria, debes pagar desde S/10 la consulta y 10% de los medicamentos, en teleconsultas.

Descripción	Red	Copago	Cubierto al	
Atención ambulatoria en medicina general y especialidades médicas	LIMA	Red 1	S/25.00	75%
		Red 2	S/30.00	70%
		Red 3	S/35.00	65%
		Red 4	S/55.00	60%
	PROVINCIA	Red 1	S/35.00	70%
		Red 2	S/45.00	65%
		Red 3	S/55.00	60%
		Red 4	S/65.00	55%
	Red Imágenes (Disponible únicamente en Lima)	N. A	65%	
Terapia física	Red Terapia Física (En Lima y Provincia)	N. A	70%	
Teleconsultas	Red Teleconsultas (En Lima y Provincia)	S/10.00	90%* *Solo medicinas	
Atención a Domicilio	Red Atención a Domicilio (Disponible únicamente en Lima)	S/100.00	60%* *Solo medicinas	

Los medicamentos cubiertos son genéricos. Si no los tuviera la Clínica o centro al que acudiste, puedes solicitar el *Delivery* de Medicamentos o el Reembolso

Atención Odontológica

Cubre únicamente los siguientes procedimientos: exodoncias simples, obturaciones (curaciones) con resina, profilaxis, fluorizaciones con flúor gel y radiografías simples. A un ritmo mensual de 3 curaciones simples o 1 compleja o 1 compuesta.

Descripción	Red	Copago por pieza tratada y terminada	Cubierto al
Atención odontológica	Red odontológica 1 (Disponible únicamente en Lima)	S/20.00	70%
	Red odontológica 2 (Disponible únicamente en Lima)	S/30.00	65%
	Red odontológica 3 (En Lima y Provincia)	S/40.00	60%

Emergencias, no tiene costo para ti. Las atenciones en el tópic de emergencias que no requieren hospitalización están cubiertas al 100%. En el caso del uso de ambulancia, deberás hacer el copago indicado según la red de ambulancia.

Descripción	Red		Copago	Cubierto al
Atención en el tópic de la clínica	LIMA	Red 2	S/0.00	100%
		Red 3	S/0.00	100%
		Red 4	S/0.00	100%
	PROVINCIA	Red 2	S/0.00	100%
		Red 3	S/0.00	100%
		Red 4	S/0.00	100%
Traslado en ambulancia	LIMA	Red Ambulancia 1	S/ 30.00	N. A
		Red Ambulancia 2	S/ 50.00	N. A
	PROVINCIA	Red Ambulancia 2	S/ 50.00	N. A

Hospitalización a Consecuencia de Emergencia, en este caso deberás pagar la tarifa de un día de habitación y desde 30%.

Descripción	Red		Copago	Cubierto al
Hospitalización a consecuencia de una emergencia	LIMA	Red 2	1 día de habitación	70%
		Red 3	1 día de habitación	65%
		Red 4	1 día de habitación	60%
	PROVINCIA	Red 2	1 día de habitación	65%
		Red 3	1 día de habitación	60%
		Red 4	1 día de habitación	55%

Hospitalización Programada, en este caso deberás pagar la tarifa de un día de habitación y desde 25%. En caso la hospitalización requiera insumos quirúrgicos de alto costo deberás pagar el 45% de los mismos.

Estos insumos son las herramientas o implementos utilizados en los procedimientos quirúrgicos tales como mallas para la corrección de hernias abdominales, clavos y tornillos para la corrección de defectos óseos, etc. y cuyo costo sobrepase los S/.2,500.00 nuevos soles incluido IGV.

Descripción	Red		Copago	Cubierto al
Hospitalización programada	LIMA (Disponible únicamente en Lima)	Red Hospitalaria 1	1 día de habitación	75%
		Red Hospitalaria 2	1 día de habitación	70%
		Red Hospitalaria 3	1 día de habitación	65%
		Red Hospitalaria 4	1 día de habitación	60%
		Insumos Quirúrgicos de Alto Costo		55%

Reembolso Hospitalario, este no tiene costo para ti.

Reembolso Oncológico, este no tiene costo para ti.

Beneficio de Sepelio, este no tiene costo para ti.

Condonación de deuda, este no tiene costo para ti.

11. ¿Qué hacer si requieres utilizar tu plan?

Para todos los casos excepto cuando se trate de una emergencia, debes reservar una cita.

El día de la cita debes acercarte con tu DNI e indicar que eres afiliado de Fesalud, ahí te indicarán el monto que debes cancelar como costo por consulta.

Como resultado de la consulta es muy probable que el médico te recete medicamentos y/o genere órdenes para realizarte exámenes de laboratorio o de imágenes, en este caso deberás hacer los pagos correspondientes, conforme a lo explicado en la pregunta 10.

Existen algunos exámenes o procedimientos que requieren Cartas de garantía como por ejemplo las resonancias magnéticas o endoscopías. Las cartas de garantía las tramita directamente la clínica o centro médico con Fesalud y nuestro plazo de respuesta es de 2 días hábiles

12. ¿Dónde puedes atenderte?

La relación de establecimientos afiliados se encuentra actualizada en el siguiente enlace <https://www.fesalud.com.pe/planes-salud>. Seleccionando la opción, Plan Emergencia, Plan Integral o Plan Integral Plus.

13. ¿Qué hacer si llegado el momento acudir a una clínica o centro te dicen que no estás afiliado?

Te pedimos que inmediatamente te contactes con nosotros de las siguientes maneras: a) Asistente Virtual Maria Fe por WhatsApp 992 860 605 de lunes a viernes de 8am a 6pm y sábados de 8am a 1pm o b) Al 6254680 Opción 0, durante las 24 horas

14. ¿En qué consiste la cobertura preventiva?

El esquema del chequeo preventivo varía según la edad de cada afiliado.

CONTENIDO DEL PROGRAMA PREVENTIVO

Control del niño (0 a 9 años)

	< 1 año	1 año	2 a 4 años	5 a 9 años
Consulta preventiva (evaluación crecimiento y desarrollo)	6	4	2	1
Hemograma	1	1	1	1
Examen de parasitología simple y Graham			1	
Consulta preventiva odontológica			1	1
Optometría- Medida de vista				1

Control del adolescente y el adulto (10 a más años)

	10 a 17 años	18 a 34 años	35 a 49 años	50 a 59 años	60 a más
Consulta preventiva	1	1	1	1	1
Consulta preventiva odontológica	1	1	1	1	1
Hemograma	1	1	1	1	1
Examen de colesterol total			1	1	1
Examen de glicemia		1	1	1	1
Ecografía de mamas (sólo damas)			1	1	
Examen de papanicolaou (sólo damas)			1	1	
Examen de antígeno prostático específico (sólo varones)				1	1
Optometría- Medida de vista	1				

Esta cobertura también incluye la aplicación de vacunas bajo el esquema de Ministerio de Salud para niños hasta 4 años y mayores de 60 años.

EL PROGRAMA PREVENTIVO INCLUYE APLICACIÓN DE VACUNAS, BAJO ESQUEMA MINSA

VACUNA	Recién nacido	2	3	4	5	6	7	8	12	15	18	4	Más de 60 años
		Mes	Mes	Mes	Mes	Mes	Mes	Mes	Mes	Mes	Mes	Año	
BCG (Tuberculosis)	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
HvB (Hepatitis B)	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
APO (Poliomielitis)	✗	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
PENTAVALENTE (Difteria, Tos convulsiva, tétanos, Hepatitis B y Heamophilus)	✗	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
NEUMOCOCO (Antineumocócica)	✗	✗	✓	✗	✓	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✗	✗
INFLUENZA	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✓
ROTAVIRUS	✗	✓	✗	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
SRP (Sarampión, Parotiditis y Rubeola)	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✓	✗
AMA (Fiebre Amarilla)	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✗
DPT (Difteria, Tos Convulsiva y Tétanos)	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✗

15. ¿Qué son las preexistencias y por qué se cubren distinto?

Son condiciones de salud con las que ya contabas y conocías antes de ingresar al plan de salud. Se cubren distinto pues a diferencia de otras enfermedades, ya sabemos que las tienes y como resultado harás un mayor uso de tu plan de salud. Para balancear esta situación y como no estamos aplicando recargos adicionales a tu plan, hacemos una diferenciación en cuanto al procedimiento de atención y coberturas.

Una diferencia importante es que las atenciones ambulatorias de tus preexistencias deben iniciarse a través de teleconsultas o en la Red 1. Para atenderte de la Red 2 en adelante, Fesalud debe emitir una orden de referencia. Esta orden la tramitamos nosotros y no debe demorar más de 2 días hábiles.

En cuanto a la cobertura hemos hecho una diferenciación de las preexistencia más comunes y a estas las hemos denominado tipo A. Son 9: hipertensión, diabetes, dislipidemia, hipertiroidismo, hipotiroidismo, asma, gastritis, otitis y bronquitis crónicas. Al resto de preexistencias las hemos denominado tipo B.

ATENCIÓN AMBULATORIA DE PREEXISTENCIAS

Descripción	Red	Copago	Cubierto al	
Atención ambulatoria en medicina general y especialidades médicas	LIMA	Red 1	Tipo A	50%
			Tipo B	5%
		Red 2 con orden de referencia	Tipo A	50%
			Tipo B	5%
	Red 3 con orden de referencia	Tipo A	50%	
		Tipo B	5%	
	Red 4 con orden de referencia	Tipo A	50%	
		Tipo B	5%	
	PROVINCIA	Red 1	Tipo A	50%
			Tipo B	5%
		Red 2 con orden de referencia	Tipo A	50%
			Tipo B	5%
Red 3 con orden de referencia	Tipo A	50%		
	Tipo B	5%		
Red 4 con orden de referencia	Tipo A	50%		
	Tipo B	5%		
Red Imágenes (Disponible únicamente en Lima)	N. A	Tipo A	50%	
		Tipo B	5%	
Terapia física	Red Terapia Física (En Lima y Provincia)	N. A	Tipo A	50%
			Tipo B	5%
Teleconsultas	Red Teleconsultas (En Lima y Provincia)	S/10.00	Tipo A	65%*
			Tipo B	5%*
			*Solo medicinas	
Atención a Domicilio	Red Atención a Domicilio (Disponible únicamente en Lima)	S/100.00	Tipo A	50%*
			Tipo B	5%*
			*Solo medicinas	

EMERGENCIA DE PREEXISTENCIAS

Descripción	Red	Copago	Cubierto al	
Atención en el tópico de la clínica	LIMA	Red 2	Tipo A	50%
			Tipo B	5%
		Red 3	Tipo A	50%
			Tipo B	5%
	PROVINCIA	Red 2	Tipo A	50%
			Tipo B	5%
		Red 3	Tipo A	50%
			Tipo B	5%
Red 4	Tipo A	50%		
	Tipo B	5%		
Traslado en ambulancia	LIMA	Red Ambulancia 1	N. A	
		Red Ambulancia 2	N. A	
	PROVINCIA	Red Ambulancia 2	N. A	

ATENCIÓN HOSPITALARIA A CONSECUENCIA DE EMERGENCIA DE PREEXISTENCIAS

Descripción	Red	Copago	Cubierto al	
Hospitalización a consecuencia de una emergencia	LIMA	Red 2	Tipo A	10%
			Tipo B	10%
		Red 3	Tipo A	10%
			Tipo B	10%
	PROVINCIA	Red 2	Tipo A	10%
			Tipo B	10%
		Red 3	Tipo A	10%
			Tipo B	10%
	Red 4	Tipo A	10%	
		Tipo B	10%	

ATENCIÓN HOSPITALARIA PROGRAMADA DE PREEXISTENCIAS

No se cubre

16. ¿Desde cuándo puedes atenderte?

La fecha a partir de la cual puedes atenderte la encontrarás en las condiciones particulares de tu contrato, precisamente en la SECCION CUARTA. - INICIO DEL CONTRATO Y DE LA COBERTURA. Esto es, **siempre y cuando hayas pagado la primera cuota** de tu plan y ya hayan pasado los periodos de carencia.

17. ¿Qué son los periodos de espera?

Es el tiempo durante el cual no puedes hacer uso de las coberturas de tu plan de salud y se

contabilizan desde la fecha de Inicio de Contrato. El cómputo de los Periodos de Espera empieza al inicio de la cobertura y no aplica para las renovaciones.

PRESTACION DE SALUD	PLAZO (meses)
Atención Médica Ambulatoria	30 días
Especialidades No Médicas	30 días
Atención Médica Ambulatoria de Preexistencias	3
Las siguientes enfermedades: - Diabetes - Dislipidemia - Hipertensión Arterial - Hipotiroidismo e Hipertiroidismo - Asma Bronquial - Prostatitis o enfermedades de la próstata - Osteoporosis - Gastritis - Tumoraciones benignas	3
- Enfermedades cardiovasculares - Hemorroides o fistula - Lumbalgia, cervicalgia y otras enfermedades o dolencias en la columna vertebral. - Enfermedades de las articulaciones	9
- Litiasis vesicular y renal - Cirrosis hepática o hígado graso o hepatopatías - Artritis reumatoide o enfermedades reumatológicas	12
Odontología	3
Procedimientos ambulatorios o de cirugía menor.	3
Los siguientes exámenes auxiliares: Angiografía, arteriografía, colonoscopia, densitometría ósea, endoscopia, ecocardiograma, ecodoppler, electroencefalograma, gammagrafía, holter por 24 horas, monitoreo de presión arterial, proctosigmoidoscopia, tomografía convencional.	3
Resonancia Magnética, TACH (Tomografía Axial Helicoidal) y TEM (Tomografía Espiral Multicorte) en Atención Médica Ambulatoria.	10
Programas Preventivos	6
Beneficio de Sepelio o Descuento en Derecho de Sepultura	6
Condonación de deuda por fallecimiento del Contratante	6
Reembolso Oncológico.	10
Atención Médica Hospitalaria como resultado de una Emergencia Médica	10
Reembolso por Hospitalización (no aplica cuando se usa el beneficio de Atención Médica Hospitalaria a Consecuencia de Emergencia).	10
Atención Médica Hospitalaria Programada	12

Las emergencias no presentan periodos de espera

18. ¿Qué pasa si no estás al día en tu plan de salud?

Si debes una cuota de tu plan, no podrás atenderte en ninguna clínica o centro pues tus coberturas se suspenden desde el día calendario siguiente de vencida la cuota.

Tu condición de afiliado la recuperas al día hábil siguiente a la realización de tu pago. Es importante mencionar que Fesalud no cubre atenciones ni las consecuencias de los eventos ocurridos mientras te encontrabas suspendido por falta de pago, ni una vez recuperada la cobertura éstas serán objeto de reembolso alguno.

Con 2 cuotas vencidas y luego de comunicarnos contigo, Fesalud procederá a resolver el contrato.

Por estas razones te recomendamos estar al día en tus pagos. Una forma de garantizar esto es afiliando tu plan al cargo en cuenta.

19. ¿De qué maneras puedes pagar tu plan de salud?

Tenemos varias opciones para ti.

MEDIO DE PAGOS REGULARES	
MEDIOS DE PAGOS	BANCOS
Pago en ventanilla	BCP, SCOTIABANK Y BBVA
Agentes y pago telemáticos (banca móvil y plataforma virtual)	BCP, SCOTIABANK, INTERBANK Y BBVA
Cargo cuenta tarjeta de débito	BCP, SCOTIABANK, INTERBANK Y BBVA
Cargo en cuenta tarjeta de crédito	VISANET, MASTERCARD, AMEX Y DINERS
App móvil	APP FESALUD

Una recomendación para que siempre estés al día es afiliarte tu plan al cargo en cuenta. Si deseas comunicarte con nosotros para ayudarte.

20. ¿Qué no cubre tu plan de salud?

Tu plan de salud no cubre las llamadas exclusiones, las cuales se encuentran detalladas en el Contrato, puntualmente en el Anexo 2 Exclusiones.

Las mismas que resumimos a continuación:

1. Todas las Prestaciones de Salud efectuadas sin seguir el procedimiento establecido.
2. Todos los exámenes, atenciones, medicamentos, servicios o pruebas que no estén disponibles en las clínicas o centros afiliados (red prestacional)
3. Todos los exámenes, atenciones, medicamentos, servicios o pruebas procedentes de un acto médico fuera de la red prestacional o no aprobado por Fesalud, ni sus consecuencias
4. Maternidad
5. Las siguientes enfermedades: a) Cáncer, b) Enfermedades y defectos congénitos, c) Infección por VIH, SIDA y SCRS, d) Enfermedades psiquiátricas y psicológicas, e) Alzheimer, f) Parkinson, g) Enfermedades autoinmunes y h) Enfermedades raras o huérfanas.
6. Los siguientes medicamentos, insumos, pruebas auxiliares o tratamientos:
 - a) Tratamientos con litotricia extracorpórea
 - b) Implantación de neuroestimulador intracraneal
 - c) Implantación de receptor electroencefalográfico por trepanación
 - d) Implantación de neuroestimulador espinal
 - e) Procedimientos de crío preservación o criogénéticos.
 - f) Tratamientos que utilicen células madre.
 - g) Hormonas de todo tipo, excepto las utilizadas en el tratamiento del hipertiroidismo, hipotiroidismo y diabetes
 - h) Hemodiálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica
 - i) Ácido hialurónico

- j) Lágrimas naturales, excepto en caso de síndrome de ojo seco.
 - k) Suministro de nutrición parenteral y nutrición enteral (procedimiento, insumos y fórmula) y/o referidos a consultas nutricionales.
 - l) Sustancias exfoliativas, preparados, jabones, champúes, cremas neutras y bloqueadores solares.
 - m) Cremas dermatológicas protectoras y/o rehabilitadoras de la piel.
 - n) Vacunas en general, excepto las necesarias como consecuencia de mordeduras o picaduras de animales o insectos, tétanos o las incluidas en el cronograma de inmunizaciones del MINSA.
 - o) Vitaminas, minerales y antioxidantes, tónicos, estimulantes del apetito, suplementos alimentarios, preparados proteicos y otros similares, excepto calcio y vitamina D para el tratamiento de Osteoporosis y las indicadas en el Control prenatal.
 - p) Antiasténicos, reconstituyentes y energizantes, activadores o tónicos cerebrales. Medicamentos neurotónicos y nootrópicos.
 - q) Productos de origen biológico tales como interferones, interleukinas, factor estimulante de colonias, anticuerpos monoclonales, inhibidores de la tirosina, kinasa, antiangiogénicos e inhibidores proteosoma.
 - r) Inmunoterapia, probióticos y lisados bacterianos.
 - s) Procedimientos de desensibilización para alergias, tratamientos antialérgicos, pruebas antialérgicas y vacunas antialérgicas.
 - t) Vasodilatadores cerebrales, coagulantes, hepatoprotectores, productos de origen natural y otros similares.
 - u) Albúmina humana, ni plasma rico en plaquetas.
 - v) Psicofármacos como ansiolíticos, antidepresivos, hipnóticos y otros similares.
 - w) Cirugía para evitar el ronquido
7. Los siguientes tratamientos odontológicos: endodoncia, periodoncia, ortodoncia, prótesis dentales, cirugías odontológicas, cirugía bucal, prognatismo y problemas en la mandíbula.
 8. Tratamientos de rehabilitación de audición o lenguaje.
 9. Diagnóstico, tratamiento, cirugías y procedimientos relacionados con: esterilidad, infertilidad, impotencia, esterilización, planificación familiar, disfunción eréctil, frigidez o cambio de sexo; así como sus complicaciones y/o consecuencias.
 10. Atenciones que deben ser cubiertas con otras fuentes de financiamiento tales como accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales cubiertas por SCTR, los accidentes de tránsito cubiertos por el SOAT. No se cubrirán atenciones derivadas de actividades informales y en las cuales el afiliado se auto exponga al peligro, tales como: uso de maquinaria industrial en domicilio, almacenaje de productos inflamables de uso no doméstico, entre otros.
 11. Todo procedimiento, cirugía o terapia que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética, suntuaria o para fines de embellecimiento, reconstructivo o reparador, incluyendo, pero no limitándose, a: a) Cirugías electivas, b) Cirugías plásticas, c) Tratamientos dermatológicos como por ejemplo: melasma, alopecia, verrugas, várices, d) Mamoplastía, Ginecomastía, Mastopexia, e) Tratamiento o cirugías o gastos relacionados con aumento o disminución de peso, f) Métodos liporeductores y g) Retiro de tatuajes, piercing o similares.
 12. Cuidado de los pies en general, callos y juanetes (hallux valgus).
 13. 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.
 14. Medicina no tradicional de cualquier tipo, entre ellas acupuntura, iriología, reflexología, quiropraxia, homeopatía y medicina alternativa en general.
 15. Gastos cuyo objeto principal sea el chequeo médico o despistaje de enfermedades en una persona

sana, con excepción de lo contenido en la cobertura preventiva. Tampoco están cubiertos los gastos relacionados a evaluaciones para obtención de licencias o empleo. Ni el tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a una enfermedad determinada.

16. El suministro de aparatos ortopédicos, ortésicos y/o prótesis quirúrgicas y no quirúrgicas en general, ni equipos médicos durables, incluyendo pero no limitándose a: injertos de hueso o arteriales sintéticos, endoprótesis vascular (stent), mallas en general, válvulas cardíacas, marcapasos, audífonos e implantes cocleares, prótesis ortopédicas externas, termómetro, tensiómetro, equipos de oxigenoterapia, glucómetro, respiradores, pulsoxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, collarín, cabestrillos, plantillas ortopédicas, soportes de zapatos, zapatos ortopédicos, corsés, muletas, medias antiembólicas, silla de ruedas, camas especiales, entre otros.
17. Lesiones, enfermedades, secuelas y/o complicaciones, así como todo daño derivado de intento de suicidio. Lesiones ocasionadas por algún miembro del núcleo familiar. Lesiones auto infligidas o producidas voluntariamente, inclusive a través de terceros, o estando mentalmente insano, incluyendo abortos provocados, peleas y riñas, excepto los casos de legítima defensa comprobada, en cuyo caso deberá existir denuncia policial.
18. Actividades, procedimientos e intervenciones para las enfermedades crónicas, degenerativas o de cualquier índole en su fase terminal, o para cuando para ellas no exista posibilidad de recuperación.
19. Enfermedades resultantes del uso o afición a las drogas, estupefacientes, psicotrópicos y alcoholismo. Tampoco se cubren las lesiones, secuelas, consecuencias médico-quirúrgicas y/o complicaciones, a consecuencia de accidentes sufridos en estado de embriaguez o drogadicción o conduciendo un vehículo sin la respectiva licencia de conducir o las derivadas del consumo de alcohol y/o drogas ilícitas, así como los tratamientos de desintoxicación de éstas.
20. Lesiones, enfermedades, secuelas y complicaciones a consecuencia de actividades o deportes peligrosos tales como: carreras de automovilismo, motos terrestres, acuáticas y similares, ala delta, parapente, vuelo libre, paracaidismo y similares, escalamiento de montaña, carrera de caballos, rodeo, buceo profesional, lidia de toros, cacería mayor, puenting, surfing, artes marciales, boxeo, karate, lucha libre y otras de similar peligrosidad. Tampoco los originados durante el uso, sea como conductor o pasajero, de motocicletas, motonetas, mototaxis o cuatrimotos.
21. Lesiones, enfermedades, secuelas y/o complicaciones a consecuencia de actos de guerra (declarada o no), invasión, actividades u hostilidades de enemigos extranjeros, revoluciones, insurrección, terrorismo, conflicto social, motines, huelgas, conmoción civil, sabotaje, tumulto, o conmoción contra el orden público y/ o actos delictivos, por transgresión a las normas legales.
22. Lesiones, enfermedades, secuelas y/o complicaciones consecuencia de fenómenos naturales.
23. Lesiones, enfermedades, secuelas y complicaciones a consecuencia directa o indirecta de fusión o fisión nuclear, isótopos radioactivos, resultantes o derivados de terapia de Rayos X, radioterapia, entre otros.
24. Endemias, brotes epidémicos, epidemias y/o pandemias declaradas por el Ministerio de Salud, el Gobierno Nacional, la Organización Mundial de la Salud o cualquier autoridad nacional o internacional competente, así como, enfermedades contagiosas que requieran aislamiento o cuarentena.
25. Las Prestaciones de Salud generadas por causa o consecuencia del incumplimiento de las indicaciones médicas o por automedicación.
26. Los efectos, secuelas, colaterales, rezagos o consecuencias de un tratamiento o cirugía no cubierto por Fesalud.
27. Operaciones, tratamientos o exámenes auxiliares para corrección de problemas de refracción, diagnóstico o defectos de visión tales como miopía, hipermetropía, astigmatismo o presbicia. No se cubren monturas o cristales, lentes de contacto, implantes oculares, lente estromal o cualquier

- otro dispositivo para trastorno de refracción
- 28.** Durante la hospitalización, no se cubrirá bajo ningún supuesto lo siguiente:
- Todo tipo de servicios de bazar y confort personal como televisores, radios, teléfonos, artículos personales o de higiene, colchón anti escaras, entre otros; gastos relacionados a acompañantes o cuidados a dedicación exclusiva.
 - Trasplante de órganos o tejidos ni gastos relacionados al trasplante de estos, incluido el análisis para calificación de donantes. Implantes de células madre, crio preservación, sustitutos de líquido sinovial o servicios relacionados.
 - Gastos por concepto de compra de sangre, plasma, hemoderivados, tejidos, órganos y albúmina humana.
- 29.** Las atenciones, consecuencias y secuelas de todos los eventos ocurridos cuando el afiliado no se encontraba acreditado por falta de pago, una vez recuperada la cobertura, ni serán objeto de reembolso alguno.

21. ¿Qué otros beneficios tienes por ser afiliado?

Además de los reembolsos por hospitalización, oncológico, beneficio de sepelio y condonación de deuda, por ser afiliado Fesalud cuentas con descuentos en diferentes servicios no cubiertos por tu plan. La lista de beneficios vigentes puedes encontrarla en el siguiente enlace:

https://www.fesalud.com.pe/docs/BENEFICIOS_ADICIONALES_V3.pdf

22. ¿Cuánto pagarás por tu plan de salud en la renovación?

El cálculo se hace por afiliado. Primero se verifica la tarifa que te corresponde por grupo de edad. Posteriormente se utiliza la siniestralidad, que es el ratio de todos los gastos del consumo ambulatorio en que incurrió Fesalud para brindarte tus coberturas y se divide entre tus aportes. En los rangos que se muestran a continuación:

Valor de Siniestralidad	Incremento de Aporte
Siniestralidad <=60%	0.00%
60% >Siniestralidad <=70%	15.00%
70% >Siniestralidad <=80%	25.00%
80% >Siniestralidad <=90%	35.00%
90% >Siniestralidad <=100%	45.00%
Siniestralidad >=100%	65.00%

Si tu siniestralidad fue menor de 60% no hay incremento, de 60% en adelante se harán los incrementos detallados en la tabla.

23. ¿Cómo haces para presentar un reclamo?

Si no encuentras satisfecho y crees que no se te ha brindado el servicio según lo establecido en el contrato, puedes presentar tu reclamo de las siguientes maneras:

- Centro de Atención al Cliente, llamando al 6254680, ingresando su documento de identidad y marcando la opción 1.

- b) Libro de Reclamaciones físico disponible en las oficinas de FESALUD, ubicada en Av. Javier Prado Este 3580, distrito de San Borja (*).
- c) Libro de Reclamaciones virtual disponible en la página web o en el siguiente enlace:
<https://www.fesalud.com.pe/libro-reclamacion-planes-salud>

(*) El horario de atención presencial es de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 y sábados de 09:00 a 13:00.

24. ¿Cómo haces para desafiarte del plan de salud?

Como contratante tienes el derecho de arrepentimiento, el cual te otorga la facultad de resolver de forma unilateral tu contrato dentro de los 15 días calendario siguientes a la fecha de pago de la primera cuota.

Este derecho solo puede ejercerse si ningún afiliado ha hecho uso del plan de salud. En este caso Fesalud te devuelve el integro de la cuota pagada.

Posteriormente y en cualquier momento también puedes desafiarte, sin embargo, en estos casos no procede la devolución alguna de cuotas pagadas, aun cuando no hayas hecho uso de tu plan de salud. Para desafiarte deberás enviar un correo electrónico a comunicaciones@fesalud.com.pe, indicando tu intención de no continuar. El tiempo de atención de esta solicitud es de quince (15) días hábiles.

Ten en cuenta que, si tu contrato se resuelve dentro del primer año de vigencia, en el supuesto que solicitaras dentro de los 12 meses siguientes afiliarte al mismo u otro plan de salud en Fesalud, deberás cancelar como Aporte durante el primer año del nuevo plan de salud el aporte anual respectivo y un monto adicional de 50% de dicho aporte, según tarifas vigentes a esa fecha.