CONTRATO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

Conste por el presente documento, que celebran de una parte Fesalud S.A., con RUC N°20565963725, domicilio legal en Av. Javier Prado Este N°3580, inscrita en la Partida N° 13310535, Asiento N°A00001 del Registro de Personas Jurídicas de la ciudad de Lima, debidamente representada por su Representante Legal, Corina Isabelle Cinthia Carolina Regalo García, con DNI N°40795533, según poder inscrito en la Partida N° 13310535, Asiento N° C00012 del Registro de Personas Jurídicas de la ciudad de Lima, con registro en SUSALUD N° 20028 , a quien en adelante se denominará FESALUD; y, de la otra parte, la persona señalada en la Sección Primera del Anexo "Condiciones Particulares" del presente CONTRATO, a quien en adelante se denominará EL CONTRATANTE, quien actúa en representación de sus trabajadores, derechohabientes y/o dependientes, a quienes en adelante se denominarán como los AFILIADOS o el AFILIADO según corresponda, en los términos y condiciones siguientes:

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA PRIMERA: OBJETO

En virtud del presente Contrato de Aseguramiento en Salud (en adelante, el CONTRATO), FESALUD otorga a los AFILIADOS la cobertura complementaria de salud, conforme a los límites y condiciones señalados en las Cláusulas Particulares de EL CONTRATO.

Los planes complementarios y beneficios adicionales que se contratan son de naturaleza voluntaria, y se regirán conforme a las reglas establecidas en las presentes cláusulas generales y las particulares del presente contrato, y demás disposiciones legales que les resulten aplicables.

CLÁUSULA SEGUNDA: CONTENIDO

El CONTRATO que se suscribe consta de las siguientes partes integrantes:

1. **Cláusulas Generales**: Conjunto de cláusulas de incorporación obligatoria establecidas por SUSALUD que rigen los contratos de afiliación con una IAFAS, se pueden incorporar otras cláusulas en virtud de la libertad contractual.
2. **Cláusulas Particulares**: Son aquellas cláusulas que señalan el detalle de las condiciones en las cuales se otorgan las coberturas correspondientes, copagos, deducibles, aportes adicionales, y las obligaciones administrativas de las partes.
3. **Plan, Programa o Producto de Aseguramiento en Salud**: Documento que incluye las condiciones de cobertura y la lista de prestaciones de salud que son financiadas por las IAFAS. Este documento se encuentra contenido en la Sección Quinta del Anexo "Condiciones Particulares".
4. **Declaración de Salud**: Documento mediante el cual EL CONTRATANTE informa los antecedentes médicos de las personas propuestas para afiliación, al momento de suscribir la solicitud de inscripción. La información consignada se muestra en la Sección Segunda del Anexo "Condiciones Particulares".
5. **Relación de Afiliados**: Documento que contiene la relación detallada de LOS AFILIADOS al presente contrato, el cual puede incrementarse o reducirse, según se cumplan las condiciones establecidas en este documento y en las normas que lo regulan. Este documento se encuentra contenido en la Sección Segunda del Anexo "Condiciones Particulares".

A su vez, el CONTRATO se encuentra integrado por los siguientes Anexos:

- Anexo 1: Condiciones y Procedimiento para la Atención Médica
- Anexo 2: Exclusiones
- Anexo 3: Periodos de Espera
- Anexo 4: Preexistencias
- Anexo 5: Otros Beneficios
- Anexo 6: Condiciones Particulares

CLÁUSULA TERCERA: DEFINICIONES

Para efectos del CONTRATO y la totalidad de sus Anexos, los términos señalados a continuación se entenderán en el siguiente sentido:

- **Acreditación. -** Confirmación de que el AFILIADO está habilitado para usar las coberturas del PLAN DE SALUD, la cual se activa solo después de aplicado el pago completo del aporte e iniciar el inicio de cobertura.
- **Afiliación. -** Adscripción de una persona a un plan de salud complementario ofertado por FESALUD
- **Afiliado. -** Toda persona residente en el país, que esté bajo cobertura de algunos de los regímenes del AUS. Se le asume obligatoriamente afiliado a cualquier plan de aseguramiento en salud. El afiliado puede ser titular o derechohabiente y debe reunir los requisitos de afiliación correspondientes.
- **Afiliación Individual. –** Modalidad de afiliación mediante la cual el afiliado formaliza su relación de aseguramiento con FESALUD a título personal, en virtud de un contrato suscrito con esta. En el caso de los dependientes, FESALUD los registrará individualmente.
- **Afiliación Empresarial.** - Modalidad mediante la que cualquier organización, empresa o entidad empleadora, formaliza su relación de aseguramiento con FESALUD, en calidad de contratante. En el caso de los dependientes FESALUD los registrará individualmente.
- **Afiliación Corporativa** - Modalidad de afiliación mediante la cual el afiliado que forma parte de una empresa formaliza su relación de aseguramiento con FESALUD a título personal, en virtud de un contrato suscrito con esta, con facilidades de pago que otorga la empresa donde labora, para que los pagos de los aportes se realicen mediante el descuento por planilla.
- **Afiliación Electrónica.** – La afiliación electrónica es una modalidad de afiliación pactada. En ella, la persona manifiesta su voluntad de afiliación mediante mecanismos no presenciales, estableciéndose la relación de aseguramiento entre el asegurado y FESALUD. Esta modalidad queda supeditada a la implementación por parte de FESALUD de los mecanismos que permitan acreditar la autenticidad del contrato, mediante la firma electrónica u otro medio que garantice seguridad.
- **Afiliación Obligatoria:** Constituye afiliación obligatoria, aquella por la cual una persona natural adquiere la condición de afiliado, por el sólo hecho de cumplir una condición preestablecida, sin que se encuentre obligada a manifestar o ratificar su voluntad de acceder al plan de aseguramiento que le corresponde. Se encuentran dentro de esta categoría quienes acceden a un plan de salud por mandato legal o por el sólo hecho de su vinculación laboral o contractual con un empleador determinado, así como sus derechohabientes legales y dependientes, según el caso.
- **Aporte. -** Contraprestación anual de cargo del CONTRATANTE a favor de FESALUD, por los beneficios del PLAN DE SALUD contratado. El Aporte será cancelado en la forma y periodicidad señalada en este CONTRATO y sus Anexos.
- **Atención Médica a Domicilio. -** Servicio orientado al manejo de enfermedades agudas de baja complejidad, que no son consideradas como emergencias, brindadas por parte de un médico en la comodidad del hogar del afiliado. Solo está disponible en las especialidades señaladas en la Red Prestacional, y siempre que lo incluya el

PLAN DE SALUD contratado.

- **Atención Médica Ambulatoria. -** Son las Prestaciones de Salud que no requieren de hospitalización o internamiento. No se incluye Prestaciones de Salud que impliquen procedimientos o intervenciones quirúrgicas en sala de operaciones.
  Tampoco se encuentran incluidas aquellas Prestaciones de Salud consideradas como EMERGENCIA, pero sí incluye la atención de Urgencias. Esta cobertura sólo procede cuando expresamente hubiese sido incluida en el PLAN DESALUD la misma que puede ser: (i) Con Orden de Referencia; o, (ii) Sin Orden de Referencia.
- **Atención Médica Hospitalaria. -** Son las Prestaciones de Salud que implican la hospitalización o internamiento de los AFILIADOS, con la finalidad que se le preste un tratamiento dentro del Establecimiento de Salud y/o sea objeto de algún tipo de intervención quirúrgica en sala de operaciones con o sin internamiento. Esta puede ser a su vez: a consecuencia de una emergencia o programada.
- **Atención Médica Hospitalaria a Consecuencia de una Emergencia.** - Esta cobertura solo procede si la atención médica hospitalaria es el resultado de una emergencia. Solo aplica cuando expresamente hubiese sido incluida en el PLAN DE SALUD.
- **Atención Médica Hospitalaria Programada. -** Esta cobertura procede cuando la atención médica hospitalaria no es el resultado de una emergencia. Solo aplica cuando expresamente hubiese sido incluida en el PLAN DE SALUD.
- **Beneficiario:** Persona residente en el país que están bajo la cobertura de un plan de Aseguramiento Universal en Salud. Acepción que se utiliza de manera indistinta para referirse a los afiliados o asegurados
- **Cláusulas Abusivas:** De acuerdo a la definición establecida en el artículo 49 de la Ley N°29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor, en los contratos por adhesión y en las cláusulas generales de contratación no aprobadas administrativamente, se consideran cláusulas abusivas y, por tanto, inexigibles todas aquellas estipulaciones no negociadas individualmente que, contra de las exigencias de la buena fe, coloquen al consumidor, en perjuicio, en una situación de desventaja o desigualdad o anulen sus derechos.
- **Cobertura Máxima Anual. -** La cobertura máxima anual corresponde a la cobertura máxima por afiliado y por año. Monto que deberá estar basado en un estudio actuarial, el cual permita la sostenibilidad del **PLAN DE SALUD**. La suma a la que asciende la Cobertura Máxima Anual por AFILIADO se encuentra señalada en la Tabla de Beneficios del PLAN DE SALUD.
  En caso el AFILIADO antes de la conclusión del año contractual hubiese agotado el total de la Cobertura Máxima Anual, la cobertura y/o beneficios serán suspendidos hasta la fecha de inicio de la renovación anual.
- **Cobertura Particular. -** Importe máximo anual que se ha fijado según sea el caso en cada PLAN DE SALUD para determinadas Prestaciones de Salud. En los casos en que se haya fijado una Cobertura Particular será éste el monto máximo de cobertura para dicha Prestación de Salud. No obstante, queda aclarado que la Cobertura Particular **no es una cobertura adicional** y, por lo tanto, los gastos derivados de los procedimientos que cuenten con este tipo de cobertura serán deducidos de la Cobertura Máxima Anual.
  Las Coberturas Particulares se encuentran expresamente señaladas en los procedimientos que correspondan, dentro de la Tabla de Beneficios del PLAN DE SALUD.
- **Continuidad. -** Reconocimiento del tiempo de permanencia en el contrato de aseguramiento en salud inmediatamente anterior a la vigencia del CONTRATO con la misma u otra IAFAS; con el objeto de dar cobertura a dolencias o enfermedades cuyo desarrollo y tratamiento médico se hubiera iniciado durante la vigencia del contrato anterior y se encuentre cubierto en el nuevo contrato.

- **Contratante. –** Toda persona natural o jurídica que suscribe un contrato de aseguramiento en salud con FESALUD por su propio derecho, en representación de terceros, o ambos. EL CONTRATANTE es el único responsable frente a FESALUD por el incumplimiento de las obligaciones contractuales asumidas, salvo los casos en los que se establezcan obligaciones contractuales expresas a cargo de los AFILIADOS.
- **Copago. -** Es la parte o porcentaje del costo que corresponde ser asumido y cancelado por el AFILIADO, por las Prestaciones de Salud que se presten bajo la cobertura del PLAN DE SALUD contratado. El Copago, dependiendo del PLAN DE SALUD, las circunstancias y el servicio requerido, puede ser cobrado antes, durante o al finalizar el servicio; según las políticas y/o lo definido por el Establecimiento de Salud respectivo.
- **Derechohabiente:** Son derechohabientes el cónyuge o el concubino a quienes se refiere el Artículo 326 del Código Civil, así como los hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo. Su afiliación puede ser a solicitud del titular del seguro de salud o su derechohabiente, padre, madre, tutor o curador.
- **Desafiliación:** Terminación de la condición de AFILIADO al PLAN DE SALUD, ya sea por decisión del CONTRATANTE o por las causales previstas en el CONTRATO, lo que implica la pérdida definitiva de la cobertura.
- **Días Calendario. -** La totalidad de días del año, sin exclusiones.
- **Días Hábiles. -** Aquellos días consecutivos, excluyendo del cómputo aquellos no laborables y feriados de orden nacional o regional.
- **Emergencia. -** Es toda condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I y II.
  Las EMERGENCIAS pueden ser de dos tipos: (i) EMERGENCIA ACCIDENTAL; o, (ii) EMERGENCIA MÉDICA.
- **Emergencia Accidental. -** Es la EMERGENCIA derivada de la ocurrencia de un accidente, es decir, de una acción fortuita e imprevista ocasionada por un evento externo ajeno al AFILIADO e independiente a su voluntad y que **no** está relacionada al mal funcionamiento de un órgano, parte del cuerpo o función vital del AFILIADO, ni por el imprevisto agravamiento de una enfermedad, síntoma o condición. Las Prestaciones de Salud derivadas de la EMERGENCIA ACCIDENTAL sólo están cubiertas cuando expresamente hubiesen sido incluidas en el PLAN DE SALUD.
- **Emergencia Médica. -** Es la EMERGENCIA que **sí** está relacionado con el mal funcionamiento de un órgano, parte del cuerpo o función vital del AFILIADO o por el agravamiento de una enfermedad, síntoma o condición. Las Prestaciones de Salud derivadas de la EMERGENCIA MÉDICA sólo están cubiertas cuando expresamente hubiesen sido incluidas en el PLAN DE SALUD.
- **Enfermedad (es) Congénita (s). -** Es toda enfermedad adquirida durante el periodo embrionario-fetal y perinatal, la cual puede manifestarse y diagnosticarse en el nacimiento o durante todo el transcurso de la vida. Esta definición incluye, pero no se limita a todos los diagnósticos calificados como congénitos de acuerdo con el CIE- 10 de la Organización Mundial de la Salud. Forman parte de las exclusiones.
- **Establecimiento de Salud**. - Son los centros médicos, instalaciones médicas, policlínicos, clínicas, farmacias, laboratorios y/o cualquier otro tipo de establecimiento que se encuentre detallado en la Red Prestacional, los cuales prestan servicios de atención médica, incluyéndose dentro de este concepto a los profesionales médicos y técnicos que prestan tales servicios en los respectivos establecimientos.
- **Exclusiones. -** Son aquellas prestaciones de salud no cubiertas por el plan o programa de salud.

- **Inmunizaciones.** - Consiste en la aplicación de vacunas de acuerdo con el calendario del Ministerio de Salud (MINSA), Están cubiertas cuando expresamente hubiesen sido incluidas en el PLAN DE SALUD.
- **Insumos Quirúrgicos de Alto Costo. -** Son el conjunto de elementos (herramientas o implementos) utilizados y diseñados para realizar acciones específicas en los procedimientos quirúrgicos. Algunos instrumentos quirúrgicos son diseñados paraprocedimientos o cirugías específicas, por ejemplo: mallas para la corrección de hernias abdominales, clavos y tornillos para la corrección de defectos óseos, etc. Para efectos del CONTRATO se considerarán insumos quirúrgicos de alto costo, aquellos en los que el costo de este sobrepase los S/.2,500.00 nuevos soles incluido IGV.
- **Nota Técnica. –** Documento que describe la metodología y las bases técnicas aplicadas para el cálculo actuarial de la prima pura de riesgo o aporte y la prima comercial, así como la justificación de sus gastos de gestión, administración y sistemas de cálculo de sus provisiones o reservas técnicas.
- **Solicitud de Afiliación:** Documento que contiene: i) Datos del Contratante; ii) Tipo de plan de salud a contratar; ii) Datos de los afiliados propuestos; iii) Declaración Jurada de Salud; iv) Modalidad de pago del aporte y v) Fecha de inicio de cobertura.
- **Orden de Referencia. -** Es una autorización emitida por Fesalud para que, de acuerdo con el criterio del médico tratante de la Red de Teleconsultas o Red 1; el AFILIADO pueda atenderse en el caso cuente con la cobertura de Atención Médica Ambulatoria; y se trate de preexistencias, con algún especialista en la Red de Clínicas Afiliadas 2, 3 o 4.
- **Periodo de Espera. -** Es el periodo durante el cual el AFILIADO al PLAN DE SALUD no tiene la cobertura de algunas Prestaciones de Salud. El Periodo de Espera se inicia en la fecha de inicio de la cobertura de cada AFILIADO en forma individual y su plazo es el indicado en el Anexo “Periodos de Espera”. El servicio de ambulancia y las emergencias no presentan períodos de espera.
- **Planes de Salud. -** Se refiere a los Planes Complementarios de Aseguramiento en Salud ofrecidos por FESALUD, cuya cobertura se encuentra detallada en la Tabla de Beneficios que forma parte del Anexo “Condiciones Particulares”.
  El PLAN DE SALUD contratado es el señalado en el Anexo “Condiciones Particulares”, aplica a todos los AFILIADOS y cubrirá únicamente las Prestaciones de Salud que en éste se hubiesen indicado.
- **Preexistencias. -** Es cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente, previo a la presentación de la declaración jurada de salud.
- **Prestaciones de Salud. -** Se refiere a las consultas médicas, tratamientos, exámenes, medicamentos, procedimientos, intervenciones y/o cualquier otro servicio relacionado y/o derivado de una atención médica destinada a preservar y proteger la salud, incluyendo las atenciones de naturaleza preventiva.
- **Procedimientos Ambulatorios. -** Se refiere a todo procedimiento que, al no ser complejo, no requiere que se realice en sala de operaciones, ni que el paciente pernocte en el Establecimiento de Salud. Puede realizarla el médico tratante dentro del consultorio o en la sala de procedimientos.
- **Programas Preventivos. -** Son Prestaciones de Salud que se realizan una vez al año, orientadas al monitoreo del desarrollo del AFILIADO, con el fin de detectar oportunamente cambios y riesgos en su estado de salud. Las Prestaciones de Salud de los Programas Preventivos sólo están cubiertas cuando expresamente hubiesen sido incluidas en el PLAN DE SALUD.
- **Programa Paciente Crónico.** - Dirigido a los afiliados que son diagnosticados o ya cuentan con algún diagnóstico del listado de las patologías indicadas en preexistencia tipo “A”. Este programa incluye una revisión médica periódica con control a través de exámenes auxiliares y medicamentos según el diagnóstico al que

va dirigido. Se efectuará a través de la Teleconsulta.

- **Plan o Producto de Aseguramiento en Salud. -** Documento que instrumenta el contrato de aseguramiento, en el que se reflejan las condiciones de cobertura y acceso que el asegurado obtiene frente a distintas prestaciones de salud.
- **Prima o Aporte Puro de Riesgo. -** Es el aporte económico que realiza el asegurado, la entidad empleadora, el Estado, a la IAFAS por concepto de contraprestación por la cobertura de riesgo de salud que ésta le ofrece. Su costo se determina sobre bases actuariales.
- **Prima o Aporte Comercial. -** Es la prima o aporte que aplica la IAFAS al riesgo de salud para determinar su cobertura. Está formada por la prima o aporte puro de riesgo más los gastos de administración, afiliación, liquidación, entre otros, y el beneficio comercial de la IAFAS.
- **Red Prestacional o Red de Atención. -** Son los Establecimientos de Salud autorizados a brindar las Prestaciones de Salud. La RED PRESTACIONAL, cuenta con diversos Establecimientos de Salud cada uno con un nivel de cobertura distinto. La RED PRESTACIONAL puede variar, debiendo efectuarse en dicho supuesto la comunicación señalada en la Cláusula Novena de las Condiciones Generales.
- **Registro de Afiliados.** – Registro administrativo de los afiliados vigentes en cualquiera de los regímenes de aseguramiento en salud, con prescindencia de su carácter contributivo, semicontributivo o subsidiado. Su administración está a cargo de SUSALUD.
- **Relación de Aseguramiento en Salud.** – Es el vínculo legal establecido entre FESALUD y los AFILIADOS para el otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción y recuperación de la salud de conformidad con lo señalado en el marco legal. La constitución de esta relación, en el caso de FESALUD, siempre es voluntaria.
- **Siniestro. -** Ocurrencia de un riesgo que da lugar a la solicitud de cobertura por parte del AFILIADO para las Prestaciones de Salud que deriven de éste.
- **Siniestralidad.** - Es la medición de la cantidad de siniestros que tuvo el AFILIIADO en un periodo de tiempo.
- **SUSALUD. -** Es la Superintendencia Nacional de Salud.
- **Suspención:** Interrupción temporal de la cobertura del PLAN DE SALUD por falta de pago u otra causa prevista en el CONTRATO. La cobertura se restablece una vez regularizado el cumplimiento.
- **Tabla de Beneficios. -** Este documento se encuentra contenido en la Sección Quinta del Anexo “Condiciones Particulares”, en el cual se detalla las Prestaciones de Salud cubiertas, Red Prestacional, Cobertura Máxima Anual, Coberturas Particulares (si hubiese), Copagos y demás características particulares del PLAN DE SALUD.
- **Urgencia. -** Son los síntomas, condiciones, patologías y/o enfermedades de aparición fortuita y gravedad variable que no amenazan la vida del AFILIADO ni generan el riesgo de dejar secuelas invalidantes.

CLÁUSULA CUARTA: ANTECEDENTES

FESALUD es una persona jurídica constituida y debidamente registrada como una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud ante SUSALUD, con arreglo a las disposiciones del Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N° 008-2010-SA y demás normas y disposiciones complementarias, cuyo objeto es el de brindar cobertura de aseguramiento en salud complementaria al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) bajo la modalidad de prestación de servicios de salud prepagados.

EL CONTRATANTE es una persona natural o jurídica que de forma voluntaria ha considerado conveniente contratar para LOS AFILIADOS el PLAN DE SALUD señalado en el Anexo "Condiciones Particulares", siendo éste el obligado al pago del aporte de tales PLANES DE SALUD.

Queda expresamente aclarado que el **PLAN DE SALUD contratado es un Plan Complementario** y, por lo tanto, EL CONTRATANTE declara expresamente y bajo responsabilidad que todos los AFILIADOS presentes o futuros del PLAN DE SALUD cuentan como mínimo con una cobertura que cubra el plan de beneficios correspondiente al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS.

CLÁUSULA QUINTA: COBERTURA, GARANTÍA Y CONDICIONES

5.1 FESALUD otorga cobertura a LOS AFILIADOS, la cual consiste en las Prestaciones de Salud comprendidas en el PLAN DE SALUD. La cobertura incluye la atención de todas las contingencias y patologías previstas en el PLAN DE SALUD conforme a lo señalado en la Tabla de Beneficios que forma parte del Anexo "Condiciones Particulares", quedando aclarado que las condiciones y forma de acceso a las Prestaciones de Salud se encuentran descritas en el Anexo "Condiciones y Procedimientos para la Atención Médica".

5.2 La cobertura complementaria contratada comprende la atención de las dolencias preexistentes, siempre que se cumplan los requisitos establecidos en los literales a) al e) del último párrafo del artículo 100 del Reglamento de la Ley N°29344, aprobado por Decreto Supremo N°008-2010-SA.

5.3 La cobertura máxima anual corresponde a la cobertura máxima por afiliado y por año contractual. Monto que deberá estar basado en un estudio actuarial, el cual permita la sostenibilidad del **PLAN DE SALUD**.

5.4 Todas las prestaciones serán facturadas en base al tarifario Segus y todos los medicamentos en base a los precios de venta Kairos sugeridos al público.

5.5 El **PLAN DE SALUD** cubre exclusivamente el uso de **MEDICAMENTOS GENÉRICOS** en todos los casos. En aquellos supuestos en los que el medicamento prescrito no cuente con una presentación genérica disponible en el territorio nacional, no procederá la cobertura respectiva a favor del afiliado.

5.6 En caso de que el ESTABLECIMIENTO DE SALUD no disponga del medicamento genérico recetado o se trate de un tratamiento para casos crónicos, el AFILIADO, si cuenta con cobertura, podrá optar por una de las siguientes 3 alternativas: reembolso de medicamentos, envío de medicamentos a domicilio o recojo en tienda.

5.7 La entrega de medicamentos para un tratamiento ambulatorio no podrá exceder de 30 días y en el caso de una emergencia no podrá exceder de 7 días. Si el médico tratante considera necesario extender el tratamiento más allá de los 30 días, el AFILIADO deberá coordinar con FESALUD la entrega de medicamentos adicionales como parte del tratamiento para casos crónicos.

5.8 En los casos de tratamiento crónico, la receta médica debe indicar explícitamente los meses de tratamiento requeridos, con firma y sello del médico tratante. FESALUD coordinará la entrega de medicamentos mensualmente hasta un máximo de tres (03) meses. Posteriormente, el AFILIADO deberá acudir a una nueva consulta médica para continuar con el tratamiento.

CLÁUSULA SEXTA: REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN

Constituye un requisito previo y parte integral del CONTRATO la suscripción de la Solicitud de Afiliación por parte del CONTRATANTE, en la que debe consignar la siguiente información:

1. Datos Generales del (los) AFILIADOS(S) propuesto(s);

2. Identificación y selección del Plan de Salud a contratar;
3. Modalidad de pago del aporte;
4. DECLARACIÓN JURADA DE SALUD del (los) AFILIADO(S), de forma individual.

Queda aclarado que, para ser afiliado a cualquier PLAN DE SALUD, la persona deberá contar con una edad menor a 65 años a la fecha de inicio de vigencia. Los AFILIADOS que tengan sesenta y cinco (65) o más años, sólo podrán contratar o mantenerse en el PLAN DE SALUD SENIOR.

El CONTRATANTE deberá completar y suscribir la DECLARACIÓN JURADA DE SALUD adjunta a la Solicitud de Afiliación. En caso de que la Solicitud de Afiliación se haya efectuado por algún medio virtual o no presencial, se deberá dejar constancia de la DECLARACIÓN JURADA DE SALUD, cumpliendo con los requisitos establecidos por dicho medio.

Cualquier reticencia, falsedad, omisión, inexactitud u ocultamiento de información relativa al estado de salud por parte del CONTRATANTE, como suscriptor de la DECLARACIÓN JURADA DE SALUD, constituye un incumplimiento de las obligaciones contraídas en el CONTRATO. En consecuencia, FESALUD se reserva el derecho de resolver unilateral y automáticamente el CONTRATO, sin que ello genere el derecho a la devolución íntegra de los aportes realizados por el CONTRATANTE.

En el supuesto descrito en el numeral precedente, si FESALUD hubiese concedido coberturas, servicios o prestaciones a favor de los AFILIADOS sin que estos tuvieran derecho a ello, FESALUD podrá exigir el pago del valor total de los servicios prestados de manera indebida.

El CONTRATANTE declara tener conocimiento y asumir responsabilidad por la información proporcionada sobre el estado de salud y antecedentes médicos de los AFILIADOS. Asimismo, manifiesta contar con la representación suficiente del (los) menor(es) de edad y estar plenamente facultado para suscribir el presente CONTRATO en su favor.

En el caso de afiliación electrónica, el CONTRATANTE brinda su conformidad mediante su manifestación de voluntad vía correo electrónico consignado en la solicitud de afiliación. Además, el CONTRATANTE reconoce que dicha manifestación reemplaza su firma manuscrita para todos los efectos legales, conforme a lo dispuesto en el artículo 141° del Código Civil Peruano, el cual establece que la manifestación de voluntad es expresa cuando se realiza en forma oral, escrita, o a través de cualquier medio directo, manual, mecánico, digital, electrónico, entre otros.

CLÁUSULA SÉTIMA: PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD

La cobertura complementaria de salud que FESALUD otorga a favor de LOS AFILIADOS en virtud del CONTRATO, comprende las condiciones asegurables e intervenciones y, en general, todos los procedimientos y tratamientos que sean necesarias para el manejo de las contingencias descritas en el PLAN DE SALUD contratado, con los límites y hasta la Cobertura Máxima Anual señalada en la Tabla de Beneficios.

Para que la cobertura opere se deberá proceder en los términos señalados en el Anexo “Condiciones y Procedimientos para la Atención Médica” y además la Prestación de Salud deberá efectuarse en la Red Prestacional.

CLÁUSULA OCTAVA: PRESTACIONES DE SALUD PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES

Adicionalmente a lo mencionado en la cláusula precedente, la cobertura complementaria de salud que otorga FESALUD incluye prestaciones de prevención y promoción de la salud, las que tienen por objeto preservar en buen estado la salud de los AFILIADOS, minimizando los riesgos de su deterioro. Estas prestaciones figuran en las Condiciones Particulares y se definen de la siguiente manera:

a) **Prevención Primaria:** Consiste en brindar las medidas que protejan e incrementen la resistencia del individuo contra los agentes patógenos y mecanismos específicos en la etapa previa a la presentación de cualquier enfermedad (evaluación y control de riesgos e inmunizaciones). En los casos de demanda de medicación o exámenes auxiliares derivados de una atención preventiva, es considerada como una atención ambulatoria, sujeta a las condiciones previstas en el Plan de Salud.

b) **Promoción de la Salud:** Son las actividades que buscan mejorar el nivel de vida del individuo, la familia y la comunidad, relacionada con las políticas de desarrollo social y con participación de la comunidad (educación para la salud).

c) **Otros servicios**

CLÁUSULA NOVENA: EXCLUSIONES, PERIODOS DE ESPERA Y PREEXISTENCIAS

Las Prestaciones de Salud y los beneficios de los PLANES DE SALUD están sujetos a Exclusiones, Periodos de Espera y Preexistencias, según lo establecido en los Anexos del CONTRATO.

CLAUSULA DÉCIMA: DE LOS AFILIADOS A LA COBERTURA CONTRATADA

FESALUD otorgará la cobertura detallada en la Condiciones Particulares de este CONTRATO a los AFILIADOS, siempre que mantengan la condición de afiliados al momento de hacer uso de los servicios de salud cubiertos por el mismo.

CLÁUSULA DECIMOPRIMERA: INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA

11.1 LOS AFILIADOS contarán con la cobertura desde la fecha señalada en el Anexo “Condiciones Particulares” siendo requisito esencial para el inicio de la cobertura que EL CONTRATANTE hubiese efectuado el pago total de la primera cuota del Aporte. Queda aclarado que mientras EL CONTRATANTE no hubiese cancelado la primera cuota del Aporte en su totalidad, no se iniciará ningún tipo de cobertura.

11.2 De llegar la fecha indicada en el PLAN DE SALUD sin que EL CONTRATANTE hubiese efectuado el pago de la primera cuota del Aporte, la cobertura sólo se iniciará desde el día hábil siguiente a la fecha en que EL CONTRATANTE hubiese cancelado la totalidad de éste. Asimismo, de haber transcurrido treinta (30) días calendario desde el vencimiento de la primera cuota del Aporte, sin que EL CONTRATANTE hubiese hecho el pago total del mismo, el CONTRATO se resolverá de forma inmediata, entendiéndose que la cobertura no llegó a iniciarse en ningún momento.

11.3 La cobertura se encuentra sujeta al cumplimiento de los periodos de espera conforme a lo señalado en el Anexo “Periodos de Espera”, así como al pago de las cuotas del Aporte conforme a lo dispuesto en el ordenamiento legal.

CLÁUSULA DECIMOSEGUNDA: LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

El otorgamiento de las prestaciones de salud, promocional, preventiva, recuperativa y de rehabilitación de la salud cubiertas por el **PLAN DE SALUD**, se otorgan en las IPRESS indicadas en la Red Prestacional, en el cual consta la dirección de los establecimientos y su número de registro ante SUSALUD.

FESALUD informará por escrito o vía correo u otro medio electrónico a LOS AFILIADOS,

dentro de un plazo no mayor a dos (02) días hábiles desde que Fesalud tomó conocimiento, cualquier interrupción o cese del servicio que brinde alguno de los establecimientos de salud mencionados en el **PLAN DE SALUD**, debiendo comunicar tal hecho a SUSALUD con el correspondiente sustento técnico. Para tal efecto, se entiende cumplida dicha obligación mediante comunicación de fecha cierta dirigida a LOS AFILIADOS.

CLÁUSULA DECIMOTERCERA: REFERENCIAS

El establecimiento de salud que forma parte de la RED PRESTACIONAL se obliga a atender a los AFILIADOS que requieran sus servicios.
Si el diagnóstico efectuado determina que el tratamiento excede las coberturas contratadas en el **PLAN DE SALUD**, coordina la referencia del paciente, previa autorización de este y de FESALUD, a la IPRESS que corresponda de acuerdo con su plan de cobertura complementaria. La responsabilidad de FESALUD culmina cuando el paciente sea admitido por la IPRESS de la referencia.
Todo proceso de referencia por capacidad resolutiva es coordinado entre las IPRESS involucradas, FESALUD otorga las cartas de garantía correspondientes.

CLÁUSULA DECIMOCUARTA: APORTES E INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE APORTES

14.1 El CONTRATANTE se compromete a pagar el monto total del aporte indicado en el anexo “Condiciones Particulares”, el cual deberá ser cancelado en la periodicidad y fechas establecidas en la Sección Tercera “Información de Pagos”. Las partes acuerdan que el aporte podrá ser abonado a través de los siguientes medios:

MEDIOS DE PAGOS	BANCOS
Pago en ventanilla	BCP, Scotiabank , Interbank y BBVA
Agentes y pago telemático (banca móvil y plataforma virtual)	BCP, Scotiabank , Interbank y BBVA
Cargo cuenta con tarjeta de débito	BCP, Scotiabank , Interbank y BBVA
Cargo cuenta con tarjeta de crédito	Visanet, Mastercard, Amex y Diners

14.2 El pago a través de entidades financieras se sujetará a los términos establecidos por estas, incluyendo el cobro de comisiones y horarios de atención.

14.3 En caso de que EL CONTRATANTE haya obtenido algún descuento al afiliarse bajo una condición específica (por cantidad de afiliados, medio de pago, condiciones especiales, etc.) y decida modificar dicha condición durante la vigencia del CONTRATO, FESALUD podrá dejar sin efecto el descuento concedido en los aportes restantes correspondientes a su PLAN DE SALUD.

14.4 En el caso del cargo en cuenta, este será realizado a través de la empresa Campo Fe, dado que es la entidad recaudadora del Grupo Fe, al cual pertenece FESALUD. Por lo tanto, en los reportes de estado de cuenta figurará la retención de las cuotas mensuales realizadas por dicha empresa.

14.5 En caso de retraso o incumplimiento en el pago de alguna cuota o de cualquier otra suma que el CONTRATANTE y/o los AFILIADOS adeuden a FESALUD, se suspenderán los beneficios y cobertura objeto del CONTRATO a partir del día siguiente a la fecha de vencimiento. FESALUD notificará al CONTRATANTE sobre el incumplimiento mediante correo o cualquier medio electrónico, indicando el plazo para regularizar el pago de los aportes pendientes.

14.6 Es responsabilidad exclusiva de EL CONTRATANTE comunicar de manera oportuna cualquier cambio en el medio de pago y/o información relacionada, incluyendo el envío de constancias de pago, con el fin de que se efectúe la revisión y aplicación de estos.

14.7 FESALUD tiene derecho a exigir al CONTRATANTE el reembolso de los costos de las prestaciones brindadas erróneamente durante el periodo de suspensión de la cobertura, incluyendo los intereses moratorios a las tasas máximas autorizadas por Ley o por la autoridad competente.

14.8 Si el CONTRATANTE o los AFILIADOS que han incurrido en mora regularizan los pagos adeudados, recobrarán el derecho a gozar de los beneficios del CONTRATO a partir del día hábil siguiente al pago, siempre y cuando Fesalud de por validado el pago efectuado, pero sin efecto retroactivo. En ningún caso FESALUD será responsable por contingencias ocurridas, iniciadas o como consecuencia de diagnósticos realizados durante el período en que los AFILIADOS se encontraban en mora en el pago de los aportes, aun cuando la contingencia se prolongue al período en que se rehabilite la cobertura. En este sentido, todos los gastos, prestaciones y obligaciones generadas durante el periodo de suspensión de la cobertura, o que sean consecuencia de dicho periodo, deberán ser asumidos íntegramente por el CONTRATANTE y/o los AFILIADOS.

14.9 LOS AFILIADOS no recuperarán el derecho a las coberturas si FESALUD opta por la resolución del CONTRATO, conforme a las causales establecidas en la Cláusula Vigesimocuarta de este contrato.

14.10 Se aclara que, en caso de que el CONTRATO sea resuelto dentro del primer año de vigencia, y el CONTRATANTE decida solicitar una nueva afiliación, podrá aplicarse un recargo de hasta el 50% sobre la tarifa, debido a la irregularidad en sus pagos, independientemente de su historial de siniestralidad.

FESALUD contará con un (1) día hábil para la aplicación de los abonos efectuados por las empresas y/o afiliados mediante transferencia a las cuentas corrientes de FESALUD. La acreditación de la póliza se activará a partir de la aplicación efectiva del pago. El pago parcial o incompleto de la cuota no será considerado válido para efectos de acreditación de la póliza.

CLÁUSULA DECIMOQUINTA: COPAGOS

Las Prestaciones de Salud del presente CONTRATO pueden estar sujetas a copagos, los cuales serán asumidos por LOS AFILIADOS. Los copagos estarán detallados en la Tabla de Beneficios y podrán consistir en una cantidad fija y/o un porcentaje de los gastos.

CLAÚSULA DECIMOSEXTA: REAJUSTE DE APORTES Y/O COPAGOS

16.1. En las Cláusulas Particulares, se especifican detalladamente los plazos de vigencia de los copagos y de los aportes a cargo del CONTRATANTE y/o los AFILIADOS, así como las condiciones, causales y procedimiento para proceder a su reajuste.

16.2. FESALUD únicamente puede reajustar el monto de los aportes y/o copagos pactados por las causales que detalladamente constan en el PLAN DE SALUD, siempre que se cumpla con las normas establecidas por SUSALUD.

16.3. Previamente a la aplicación del reajuste de los aportes y copagos, FESALUD debe cursar a EL CONTRATANTE, con una anticipación no menor a cuarenta y cinco (45) días calendarios previos al vencimiento del plazo pactado para la vigencia de los aportes y copagos, una comunicación escrita, con conocimiento de LOS AFILIADOS, manifestando la intención de reajustar tales montos.

16.4. Los reajustes que no son observados por las partes entran en vigor a partir del primer día del mes siguiente.

16.5. Si EL CONTRATANTE está de acuerdo con la modificación, deberá comunicar tal decisión a FESALUD, dentro del plazo de treinta (30) días calendarios contados desde que recibió la comunicación. La modificación aceptada de los aportes y/o copagos deben constar en una adenda.

16.6. Si EL CONTRATANTE no está de acuerdo con la modificación o no responde a FESALUD, dentro del plazo de treinta (30) días calendarios contados desde que recibió la comunicación, EL CONTRATO se mantiene vigente hasta su fecha de vencimiento.

16.7. Previamente a la aplicación del reajuste de los aportes y copagos, dentro de los plazos acordados entre las partes, FESALUD debe haber cumplido con presentar a EL CONTRATANTE, los reportes de la siniestralidad, conteniendo la información mínima establecida normativamente por Susalud, debidamente sustentada y analizada; en el caso de aplicación del índice de inflación médica, el índice debe ser obtenido de la información publicada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática; además FESALUD debe señalar las medidas orientadas a la racionalización del gasto de prestaciones de salud.

16.8. Las partes pueden acordar la entrega de los reportes previstos en la presente cláusula en plazos menores con la finalidad de evaluar el comportamiento de la siniestralidad en forma anticipada al plazo fijado para su revisión.

CLÁUSULA DECIMOSÉPTIMA: INFORMACIÓN

17.1. EL CONTRATANTE proporciona a FESALUD, en la forma y en los plazos que se establece en las Cláusulas Particulares del CONTRATO, la información señalada en las mismas. En el caso de la afiliación corporativa o empresarial, EL CONTRATANTE debe informar a FESALUD sobre la inclusión o la exclusión de LOS AFILIADOS al PLAN DE SALUD, dando FESALUD la conformidad en el envío de tramas.

17.2. FESALUD debe poner a disposición de EL CONTRATANTE y LOS AFILIADOS, dentro de los quince (15) días calendarios, ya sea por medios digitales o físicos o a través de su página web, copia del PLAN DE SALUD, y de las Cláusulas Generales y Cláusulas Particulares del contrato, a fin de que LOS AFILIADOS tomen conocimiento de estos y estén debidamente informados.

17.3. FESALUD tiene la obligación de informar a LOS AFILIADOS, a la suscripción del CONTRATO, vía correo electrónico u otro medio electrónico, u otro medio que disponga, de los derechos que como asegurado le asiste conforme al artículo 13 del Reglamento de la Ley N° 29414, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA, así como detallar los principales aspectos de las presentes Cláusulas Generales y de las Cláusulas Particulares, con el detalle de las coberturas y términos de atención para las intervenciones correspondientes a la cobertura complementarias contrada.

CLÁUSULA DECIMOCTAVA: EXÁMENES MÉDICOS Y DECLARACIONES DE SALUD

18.1. De requerir LOS AFILIADOS una declaración jurada de salud o la realización de un examen médico, antes de la suscripción del presente contrato o durante su vigencia, LOS AFILIADOS no podrán ser sujetos a rechazo basado en los resultados de tales exámenes o declaraciones.

18.2. En caso FESALUD solicitará la realización del examen médico, está asumirá el costo de este.

18.3. FESALUD se obliga a mantener la confidencialidad de los resultados de tales exámenes médicos o declaraciones juradas de salud, de conformidad con la normativa vigente.

CLÁUSULA DECIMONOVENA: PLAZO DEL CONTRATO

Las partes acuerdan que la cobertura del CONTRATO entrará en vigor a partir de la fecha consignada como inicio de vigencia en las CONDICIONES PARTICULARES. El presente CONTRATO tendrá una duración de un (1) año y, al vencimiento de este, se renovará automáticamente por un periodo igual, salvo que alguna de las partes comunique, mediante aviso enviado por correo electrónico u otro medio, su intención de no renovarlo o de modificar los términos contractuales. Dicho aviso deberá ser enviado a la otra parte con un mínimo de cuarenta y cinco (45) días de antelación.

En caso de modificaciones, FESALUD deberá remitir el detalle de los cambios con el sustento correspondiente a fin de que EL CONTRATANTE pueda analizar la propuesta. Durante el proceso de renovación, FESALUD realizará una evaluación detallada de la siniestralidad (índice que refleja el número y costo de los siniestros por servicios de salud) correspondiente al año contractual anterior y con esto determinará si corresponde o no el ajuste en el aporte.
Esta evaluación se realiza en base a la siguiente fórmula:

$$Siniestralidad\ \% = \frac{Total\ de\ Gasto\ por\ Siniestros}{Total\ de\ aportes}$$

De acuerdo con el % de siniestralidad corresponde el incremento según la siguiente tabla:

Valor de Siniestralidad	Incremento de Aporte
0.00%>Siniestralidad<=60.00%	0%
60.00%>Siniestralidad<=70.00%	15%
70.00%>Siniestralidad<=80.00%	25%
80.00%>Siniestralidad<=90.00%	35%
90.00%>Siniestralidad<=100.00%	45%
100.00%>Siniestralidad<=150.00%	65%
150.00%>Siniestralidad<=200.00%	85%
200.00%>Siniestralidad<=1000.00%	100%

LOS AFILIADOS adquirirán tal calidad desde el inicio de otorgamiento de la cobertura, según la cláusula decimoprimera, manteniendo todos sus derechos mientras el contrato esté vigente o se renueve automáticamente.

FESALUD no podrá negar la renovación del CONTRATO debido a la aparición de alguna enfermedad sobreviniente contraída por LOS AFILIADOS durante el período de vigencia.

CLÁUSULA VIGÉSIMA: CLÁUSULA DE GARANTÍA DE CONTINUIDAD DE COBERTURA DE PREEXISTENCIAS

FESALUD se compromete a continuar brindando cobertura para las atenciones de salud de sus AFILIADOS relacionadas con contingencias diagnosticadas y no resueltas en un plan de salud anterior, de acuerdo con lo establecido en el artículo 100 del Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado mediante Decreto Supremo N° 008-2010-SA. Este artículo establece lo siguiente:

a. Al momento del diagnóstico de la enfermedad, LOS AFILIADOS deben estar bajo la cobertura de un PEAS y de un plan complementario, y haber transcurrido noventa (90) días desde su afiliación.
b. La inscripción en el nuevo plan de salud complementario debe realizarse dentro de los sesenta (60) días posteriores a la extinción de la relación contractual anterior.

c. La preexistencia debe haberse generado durante la vigencia del plan complementario anterior, no estar excluida en dicho contrato y ser un beneficio cubierto también por el nuevo plan complementario solicitado. En caso de que la preexistencia no haya sido declarada oportunamente o haya mediado una declaración falsa o reticente, esta condición será totalmente excluida del nuevo contrato y no estará cubierta.
d. FESALUD podrá limitar la cobertura de las preexistencias a los límites establecidos en el plan donde se diagnosticó la condición.
e. FESALUD podrá analizar el impacto económico de las preexistencias y determinar el aporte correspondiente en cada caso.
Por lo anterior, y con el fin de que FESALUD evalúe la continuidad del AFILIADO, se requiere la siguiente documentación:
(i) Carta de la anterior IAFAS que indique el nombre, tipo de plan, coberturas, y las fechas de inicio y fin de vigencia.
(ii) Copia del plan de salud anterior que detalle las coberturas.
(iii) Informe de siniestralidad.
(iv) Información adicional que FESALUD considere necesaria.

CLÁUSULA VIGESIMOPRIMERA: DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

El CONTRATANTE tiene derecho a ejercer el derecho de arrepentimiento para resolver el CONTRATO sin necesidad de expresar causa alguna ni incurrir en penalidades. Este derecho podrá ejercerse únicamente dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de inicio de vigencia del CONTRATO. En caso de ejercer este derecho, FESALUD devolverá el monto del aporte recibido, siempre que los AFILIADOS no hayan hecho uso del plan de salud durante dicho periodo.

Para formalizar el ejercicio de este derecho, El CONTRATANTE deberá comunicarse con FESALUD.

CLÁUSULA VIGESIMOSEGUNDA: DECLARACIONES Y COMPROMISOS ADICIONALES EN CASO AFILIACIÓN CORPORATIVA

Únicamente en el supuesto que el CONTRATANTE sea una persona jurídica que realiza actividad comercial y que la suscripción del presente CONTRATO tenga la finalidad de incluir como AFILIADOS a sus trabajadores, se aplicará de forma adicional las siguientes condiciones:

22.1. Los AFILIADOS necesariamente deberán ser trabajadores del CONTRATANTE con relación laboral vigente, pudiendo incluirse a los dependientes de éstos.
22.2. El PLAN DE SALUD tiene la finalidad única y exclusiva de ser un complemento adicional a las coberturas del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS con las que los trabajadores del CONTRATANTE, o los dependientes de éstos, cuentan.
22.3. El CONTRATANTE declara bajo responsabilidad que el PLAN DE SALUD contratado se encuentra destinado de forma exclusiva a personas naturales que tengan la condición de trabajadores dependientes de éste y sus dependientes cuando fuera el caso y que, por lo tanto, a la fecha cuentan con afiliación a EsSalud o alguna otra IAFAS que les provea cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS.
22.4. EL CONTRATANTE se encuentra obligado a comunicar por escrito a FESALUD, el cese o suspensión laboral de alguno de sus trabajadores que tengan la condición de AFILIADO.
22.5. Asimismo, EL CONTRATANTE libera a FESALUD de cualquier responsabilidad que se derive de la no afiliación de uno o más trabajadores dependientes.

CLÁUSULA VIGESIMOTERCERA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Todas las desavenencias, conflictos o controversias que pudieran surgir entre EL CONTRATANTE y FESALUD**,** así como las que se susciten entre LOS AFILIADOS y FESALUD, derivadas del presente contrato, incluidas las de su nulidad o invalidez, son resueltas a través de los mecanismos de solución de controversias del Centro de Conciliación y Arbitraje (CECONAR) de la Superintendencia Nacional de Salud o en aquellos centros que se encuentren registrados y habilitados por éste.

Si las partes optan por un procedimiento de conciliación en el cual se arribe sólo a un acuerdo parcial o no se llegue a ningún acuerdo, entonces éstas resuelven la controversia subsistente de forma definitiva, a través de un procedimiento de arbitraje, de conformidad con lo establecido en el párrafo anterior.

En caso de que las partes hayan acordado el sometimiento a arbitraje y no alcancen un acuerdo sobre el centro competente, se entiende como centro competente al CECONAR.

CLÁUSULA VIGESIMOCUARTA: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

El CONTRATO podrá concluir por cualquiera de los siguientes supuestos:

24.1. El fallecimiento del CONTRATANTE o AFILIADOS**.** En caso de fallecimiento de uno de los AFILIADOS, no se culminará el CONTRATO solo se procederá con la desafiliación del fallecido, siendo el CONTRATANTE el responsable de informar el deceso a FESALUD.

24.2. Mutuo disenso.

24.3. Incumplimiento en el pago de dos (2) o más cuotas del Aporte o el retraso por más de sesenta (60) días calendario de cualquier cuota del Aporte. Para tal efecto, **FESALUD** hace el requerimiento de pago, indicando el importe adeudado, el cual debe ser pagado en un plazo máximo de siete (7) días calendario, contado desde la notificación, bajo apercibimiento de resolver el contrato. Si el pago no se cumple en el plazo señalado, el contrato queda automáticamente resuelto.

24.4. Sin perjuicio de lo mencionado en el numeral anterior, por el cumplimiento parcial, tardío o defectuoso de cualquier otra de las obligaciones de una de las partes contenidas en las Cláusulas Generales o Particulares. Para tal efecto, la parte que se perjudica con el incumplimiento requiere notarialmente a la otra para que satisfaga su prestación en el plazo de treinta (30) días calendario, bajo pena de resolución del contrato. Si la prestación no se cumple dentro del plazo señalado, el contrato queda automáticamente resuelto.

24.5. En cualquier supuesto en que se hubiese configurado una situación de abuso o mala fe del CONTRATANTE y/o AFILIADO.

24.6. Al vencimiento de su plazo cuando alguna de las partes hubiese manifestado su intención de no renovarlo en el plazo señalado en la Cláusula Décimo Novena.

24.7. En el caso de la Afiliación Empresarial, por cese del colaborador

24.8. En el caso de la Afiliación Corporativa por cese del contratante

CLÁUSULA VIGESIMOQUINTA: DE LA DESAFILIACIÓN

25.1. La desafiliación al PLAN DE SALUD se producirá de forma automática cuando se produzca alguno de los siguientes supuestos:

A. Por la culminación del supuesto de hecho que le daba la condición de AFILIADO.

B. Por la extinción del CONTRATO por las causales de caducidad, no renovación, resolución, rescisión, o nulidad de este.

25.2. La desafiliación procederá previa cancelación de cualquier deuda pendiente por aportaciones correspondientes a la vigencia transcurrida.

25.3. Para la desafiliación, EL CONTRATANTE deberá comunicarse a través del correo consignado en su solicitud de afiliación al correo electrónico **comunicaciones@fesalud.com.pe,** indicando su intención de no continuar con el PLAN DE SALUD. Cabe acotar que el tiempo de atención de esta solicitud es de quince (15) días hábiles. Por lo que, si dentro de este plazo, se realizara el cobro del aporte, este no será devuelto y se cubrirá al afiliado hasta la fecha de acreditación del pago correspondiente.

CLÁUSULA VIGESIMOSEXTA: DOMICILIO Y COMUNICACIONES

EL CONTRATANTE reitera como su domicilio y como su correo electrónico los consignados en la Sección Primera del Anexo "Condiciones Particulares". Por su parte, FESALUD reitera como su domicilio el señalado en la parte introductoria de este documento.

Las comunicaciones para tener validez deberán ser cursadas, a elección de FESALUD: (i) al correo electrónico consignado por EL CONTRATANTE; o, (ii) al domicilio del CONTRATANTE. Asimismo, las comunicaciones efectuadas por EL CONTRATANTE deberán dirigirse a alguna de las siguientes direcciones: (i) al correo electrónico comunicaciones@fesalud.com.pe; o, (ii) al domicilio de FESALUD consignado en este CONTRATO.

Las comunicaciones generarán efectos desde la fecha en que son recibidas. Cualquier cambio de domicilio y/o correo electrónico para tener efectos deberá ser comunicado por escrito, con un plazo mínimo de treinta (30) días calendario de anticipación.

CLÁUSULA VIGESIMOSÉPTIMA: DECLARACIONES ADICIONALES

27.1. Conforme a lo dispuesto en la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, y en su Reglamento aprobado mediante el Decreto Supremo N° 016-2024-JUS, a la suscripción del presente documento EL CONTRATANTE toma conocimiento y autoriza de forma expresa a FESALUD a que incluya los datos personales, incluso datos sensibles, del CONTRATANTE y/o de los AFILIADOS (en adelante, los Datos Personales) en el banco de datos personales denominado "Clientes Fesalud" (en adelante, el BDP), el cual es de titularidad de FESALUD. Los Datos Personales serán conservados en el BDP mientras el CONTRATO se encuentre vigente y/o sea exigible y, en caso de extinción del CONTRATO, la presente autorización tendrá una vigencia de diez (10) años computados desde dicha fecha.

FESALUD queda autorizado a administrar y efectuar el tratamiento de todos los Datos Personales, incluyendo entre otros, la posibilidad de recopilar, registrar, organizar, almacenar, conservar, elaborar, modificar, extraer, consultar, utilizar, bloquear, suprimir, comunicar por difusión o transferencia nacional e internacional o cualquier otra forma de procesamiento, tratamiento u operación de los Datos Personales, a través de cualquier procedimiento técnico, automatizado o no.

Los Datos Personales podrán ser utilizados con la finalidad de poder ejecutar adecuadamente las obligaciones derivadas del Contrato, gestionar los productos objeto del Contrato, realizar gestiones de cobranza, recordatorios de vencimientos de deuda, atender solicitudes relacionadas a la ejecución del Contrato, validar la información proporcionada, efectuar evaluaciones, procesamiento de datos, gestiones institucionales y administrativas, usos estadísticos, evaluar su conducta de pago, remisión de correspondencia, entre otras.

Los Datos Personales podrán tener cualquiera de los siguientes usos o finalidades: (i) fines estadísticos, históricos o científicos; (ii) investigación en temas de salud,
(iii) historias clínicas; (iv) Realizar la gestión administrativa, prestacional de salud y acreditación de los AFILIADOS al Plan De Salud contratado; y, (v) Enviar información referente a la concientización de vida saludable y cuidado de la salud.
FESALUD se encuentra autorizado a compartir o transferir nacional e internacionalmente los Datos Personales, de forma total o parcial, a GRUPO FE S.R.L., identificada con RUC N° 20101976867 y cuya actividad consiste en brindar servicios de asesoría administrativa y back office; MISIÓN ECOLÓGICA S.R.L., identificada con RUC N° 20419527336 y cuya actividad consiste en brindar servicios funerarios y PRESTAFE S.A., identificada con RUC N° 20601691222 y cuya actividad consiste en otorgar créditos de consumo (en adelante, las EMPRESAS DEL GRUPO),, con la finalidad que puedan realizar gestiones de cobranza.
En caso uno o más servicios contratados se tercerice, **FESALUD** se encuentra autorizado a realizar la transferencia, nacional e internacional, de los Datos Personales a dichas empresas para efectos del cumplimiento del servicio tercerizado.
El CONTRATANTE y/o AFILIADOS se encuentran facultados para ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación u oposición al tratamiento de sus datos personales que FESALUD realiza. Para tales efectos deberán comunicarse al área de Atención al Cliente de FESALUD ubicado en Avenida Javier Prado Este N°3580, San Borja, Lima. De expresar la negativa a brindar los datos personales, FESALUD no podrá cumplir con la gestión y ejecución de las prestaciones vinculadas al PLAN DE SALUD. Asimismo, el CONTRATANTE declara contar con la autorización de las personas consignadas como AFILIADOS en la **Solicitud de Afiliación** para el tratamiento de los datos personales y sensibles incluidos en la solicitud, así como en la Declaración Jurada de Salud.

27.2. Las partes declaran tener conocimiento que FESALUD se encuentra incluido en el Sistema de Emisión Electrónica de Comprobantes de Pago y, por lo tanto, los comprobantes de pago derivados del CONTRATO serán puestos a disposición del CONTRATANTE mediante su envío por correo electrónico a la dirección electrónica consignada en el Anexo “Condiciones Particulares”.
Sin perjuicio de lo señalado, en el supuesto que por cualquier causa FESALUD no pudiese cumplir con la emisión y/o puesta a disposición de los comprobantes de pago
en la forma convenida en el párrafo anterior, las partes acuerdan que FESALUD podrá utilizar mecanismos alternos para la emisión y/o puesta a disposición de tales comprobantes de pago, hasta solucionar los inconvenientes que impiden su envío en la forma acordada en este documento.

Queda aclarado que una vez emitido el comprobante de pago no podrá efectuarse ningún tipo de modificación.

27.3. EL CONTRATANTE reconoce y manifiesta que a la suscripción del presente documento se le ha enviado un original de toda la documentación integrante del CONTRATO, conforme a lo señalado en la Sección Primera.

27.4. Queda expresamente aclarado que el AFILIADO con el primer uso del PLAN DE SALUD manifiesta su conocimiento y aceptación expresa e incondicional a todos y cada uno de los términos, condiciones y obligaciones señalados en el CONTRATO, incluyendo inclusive la Declaración Jurada de Salud.

CLÁUSULA VIGESIMOCTAVA: ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

Los AFILIADOS cuentan con los siguientes medios para la presentación de consultas y reclamos ante FESALUD:

- Carta simple o notarial dirigida a FESALUD.
- Libro de Reclamaciones disponible de manera virtual en la página web de FESALUD www.fesalud.com.pe o de manera física en las oficinas de FESALUD, ubicada en Av. Javier Prado Este 3580, distrito de San Borja (*).
- Centro de Atención al cliente FESALUD por medio de comunicación telefónica al 6254680 y/o vía whatsapp al 992860605, ingresando su número de documento de identidad y marcando la opción indicada, ambas opciones están disponibles únicamente para consultas.

(*) El horario de atención presencial es de lunes a viernes de 09:00 a 17:00

El plazo máximo para la atención de los reclamos no excederá los treinta (30) días hábiles contados desde el día siguiente de recibido el reclamo.

Lo antes señalado no restringe ni limita el derecho del AFILIADO de recurrir a la instancia administrativa, para tales efectos puede presentar su denuncia de forma directa a la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD). Cabe acotar que su interposición no es vía previa ni impide la atención de la controversia mediante los procedimientos de conciliación o arbitraje.

CLÁUSULA VIGÉSIMO NOVENA: MODALIDAD DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO

El CONTRATO puede suscribirse de manera presencial o a través del proceso de afiliación electrónica. Esta última modalidad queda supeditada a la implementación por parte de FESALUD de los mecanismos que permitan acreditar la autenticidad del contrato, mediante la firma electrónica u otro medio que asegure seguridad.

ANEXO 1: CONDICIONES Y PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

1. GENERALIDADES

1.1. El presente Anexo detalla la totalidad de prestaciones de salud que pueden formar parte del PLAN DE SALUD, de acuerdo con aquel que hubiese sido contratado por EL CONTRATANTE. Los beneficios y coberturas se otorgan respetando la cobertura máxima anual, coberturas particulares, los periodos de espera, los copagos, las exclusiones, los gastos no cubiertos y la vigencia del CONTRATO, de acuerdo con el PLAN DE SALUD contratado. Todas las coberturas se realizarán únicamente en los Establecimientos de Salud señalados en la Red Prestacional.

1.2. Las condiciones y procedimientos que debe seguir el AFILIADO para que proceda la atención de las prestaciones de salud se encuentran señaladas en el presente Anexo. En caso de incumplimiento de tales condiciones no procederá la cobertura.

1.3. Se sugiere a los AFILIADOS que previo a la asistencia a un establecimiento de salud consulten los horarios de atención de acuerdo con la prestación de salud que requieran y, de ser posible, coordinen sus citas con tiempo prudente. Las atenciones para las distintas prestaciones de salud se encuentran sujetas a los horarios de atención y disponibilidad de los establecimientos de salud y de su equipo médico.

1.4. Todos los beneficios, prestaciones de salud y coberturas serán facturados en base a las tarifas establecidas por cada establecimiento de salud.
El AFILIADO deberá asumir el costo de los copagos que correspondan por las prestaciones de salud, conforme a lo señalado en el PLAN DE SALUD que hubiese contratado.

1.5. En todos los casos, para solicitar cualquier Prestación de Salud, el AFILIADO deberá identificarse presentando su Documento de Identidad.

1.6. Por tanto, sin perjuicio de las demás obligaciones señaladas en el CONTRATO, los beneficios y Prestaciones de Salud para ser cubiertos deben cumplir las siguientes condiciones: (i) los beneficios y Prestaciones de Salud deben encontrarse expresamente incluidos en el PLAN DE SALUD adquirido, conforme a lo señalado en la Tabla de Beneficios (ii) se debe cumplir con el procedimiento señalado en el presente Anexo; (iii) el AFILIADO debe haber cumplido con cancelar el Copago, cuando corresponda; y, (iv) cualquier otra obligación o condición señalada en el CONTRATO.

1.7. En caso el sistema de acreditación vigente (SITEDS) no autorice la atención o se presenten inconvenientes técnicos que impidan la ACREDITACIÓN a través del sistema, el ESTABLECIMIENTO DE SALUD deberá consultar directamente con la IAFAS. El AFILIADO también puede consultar a la central telefónica de atención las 24 horas: Aló Fesalud 625-4680 (opción 0) o de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 6:00 pm, vía Maria Fe, tu asistente virtual al whatsapp número 992 860 605.

2. PROCEDIMIENTO PARA LA COBERTURAY PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Para que la cobertura opere en los casos que formen parte del PLAN DE SALUD, es obligación del AFILIADO seguir los procedimientos señalados a continuación:

2.1. **Programas Preventivos**. -
Los Programas Preventivos no incluyen medicamentos, atenciones, exámenes y/o procedimientos no indicados expresamente como parte de dichos Programas. Queda aclarado que la naturaleza de estos programas es la prevención en salud y, por lo tanto, las atenciones para enfermedades, accidentes y/o malestares específicos, así como cualquier otra atención o situación que no califique como preventiva, no se encuentra incluida en estos

programas.
Todos los exámenes, cuando correspondan, serán ordenados en la consulta preventiva, no pudiendo el paciente requerirlos sin previamente haber pasado por tal consulta.
Los términos y condiciones en que aplican son los expresamente señalados en este numeral, siendo además de aplicación lo dispuesto en el PLAN DE SALUD contratado y demás disposiciones del CONTRATO. Asimismo, los Programas Preventivos incluyen únicamente las Prestaciones de Salud señaladas en el Anexo "Programa Preventivo":

22. **Atención Médica Ambulatoria**. - EL AFILIADO deberá encargarse de coordinar y solicitar la cita respectiva. La cita se realiza directamente con cada Establecimiento de Salud de la RED PRESTACIONAL, a través de los mecanismos que ésta brinde para ello. Fesalud NO tramita ningún tipo de cita. Es responsabilidad del asegurado asistir puntualmente a la cita, siguiendo las instrucciones que en su oportunidad el Establecimiento de Salud le brinde.
En el caso que la atención médica ambulatoria, sea a consecuencia de una preexistencia. El afiliado podrá acudir a la RED TELECONSULTA o RED 1. A partir de la RED 2 requerirá que Fesalud autorice una Orden de Referencia.
Para el caso de los exámenes y/o procedimientos que requieren autorización previa de la IAFAS (Cartas de Garantía), este debe ser solicitado por el ESTABLECIMIENTO DE SALUD con un periodo de respuesta por parte de la IAFAS de dos (02) días hábiles.

23. **Atención Médica a Domicilio. -** Para solicitar el servicio el afiliado debe llamar a la Central Telefónica Aló Fesalud: 625-4680 o con Maria Fe, tu asistente virtual al whatsapp número 992 860 605 de lunes a viernes de 8:30am a 6:00pm. Este horario puede estar sujeto a variaciones por diferentes motivos, entre ellos: Medidas de seguridad dictadas por el Gobierno, días festivos y/o feriados, huelgas, desastres naturales, modificación de horario por parte del Establecimiento de Salud y otros; lo cual será informado al AFILIADO cuando solicite este servicio.
Únicamente se pueden atender por este servicio enfermedades agudas (menos de 07 días desde el inicio de los síntomas) y de baja complejidad (dolencias que presentan síntomas claros que no representan un riesgo para la vida).
Se ofrece este servicio en las zonas delimitadas en la Tabla de Beneficios. Se excluyen algunas zonas que por seguridad no se pueda acceder, lo cual será informado al Afiliado al momento en que solicite el servicio. Como referencia se podrá utilizar la información disponible en https://datacrim.inei.gob.pe/ o en cualquier otra base de datos que FESALUD o el Establecimiento de Salud considere. También quedan excluidas algunas zonas que, a criterio del Establecimiento de Salud, tengan accesos complejos que dificulten la llegada de la atención médica.
FESALUD no tendrá ninguna responsabilidad en los casos que no se preste este servicio, debido a los siguientes motivos: i) El AFILIADO no se encuentre o no viva en la dirección domiciliaria indicada; ii) La dirección brindada estuvo errada, no existe o no forma parte de la cobertura del proveedor; y iii) No se permite el acceso al personal médico a la dirección domiciliaria indicada.

24. **Atención Odontológica. -**
La Atención Odontológica cubre únicamente procedimientos de exodoncias simples (que no requieran extracción con cirugía o de terceras molares), obturaciones (curaciones) con resina, profilaxis simple y radiografías simples.
Con un máximo de 3 curaciones simples o 1 compleja o 1 compuesta al mes.

En el caso de niño menores de 12 años también cubre fluorizaciones con flúor gel.

25. **Especialidades No Médicas. –** Para la atención de este beneficio se seguirá el mismo procedimiento de la Atención Médica Ambulatoria.

26. **Atención de EMERGENCIAS**. - La atención de EMERGENCIAS, sean ACCIDENTALES o MÉDICAS se encontrará sujeta a las siguientes condiciones y procedimiento:
    a) La atención por EMERGENCIA corresponde a toda condición repentina e inesperada que requiere una Prestación de Salud inmediata, al encontrarse en peligro inminente la vida del AFILIADO o en riesgo de dejar secuelas invalidantes. Queda aclarado que La definición de EMERGENCIA y las prioridades de atención se basan en la NT N°042- MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia".
    b) En todo caso corresponderá al médico encargado de la atención, bajo responsabilidad, determinar si la atención efectuada correspondió a una EMERGENCIA. En caso de que el médico encargado determine que la atención no correspondió a una EMERGENCIA la atención se cobrará como una prestación ambulatoria.
    c) Asimismo, cuando el PLAN DE SALUD cubra únicamente un tipo de EMERGENCIA (ACCIDENTAL o MEDICA), será el médico encargado de la atención quien determinará el tipo de EMERGENCIA.
    d) En el supuesto que el médico tratante determine que la atención fue una EMERGENCIA de un tipo distinto a la cubierta por el PLAN DE SALUD, el AFILIADO deberá asumir la totalidad de costos que la atención médica hubiese generado.
    e) Toda EMERGENCIA ACCIDENTAL deberá ser reportada dentro de las veinticuatro (24) horas posteriores a su ocurrencia bajo apercibimiento de no considerarse como tal.
    f) En caso la EMERGENCIA derive en una Atención Médica Hospitalaria se seguirá el procedimiento señalado en el numeral 2.6.
    g) Se considera que la EMERGENCIA ha finalizado cuando los síntomas y/o causa física que la causó dejan de constituir un riesgo para la vida y/o riesgo de secuelas invalidantes. Por lo tanto, concluida la atención de la EMERGENCIA, si el paciente requiere continuar el tratamiento ya sea en Hospitalización, Cirugía o vía Atención Ambulatoria, aplicarán las coberturas, los deducibles y coaseguros correspondientes a cada uno de estos casos.

    Sólo en caso de que el PLAN DE SALUD contratado incluya la Atención Médica Ambulatoria se podrá continuar con el tratamiento ambulatorio posterior a la EMERGENCIA.

27. **Atención Médica Hospitalaria a consecuencia de una EMERGENCIA**. - Esta cobertura únicamente operará cuando derive de una EMERGENCIA (Prioridad I o II), quedando excluidas las hospitalizaciones, internamientos, tratamientos o intervenciones que no deriven directamente de algún tipo de EMERGENCIA (prioridad III o IV).
    El Establecimiento de Salud deberá solicitar a FESALUD una Carta de Garantía, y sólo luego de la auditoría correspondiente se autorizará la hospitalización, en cuyo caso será cubierta hasta la Cobertura Particular Máxima indicada en la Tabla de Beneficios del PLAN DE SALUD. Además, en los casos que corresponda, se evaluará para efectos de la cobertura si el diagnóstico que generó la Atención

Médica Hospitalaria deriva o no de una Preexistencia, aplicándose la cobertura que corresponde en uno u otro caso.

28. **Atención Médica Hospitalaria Programada. –** Esta cobertura procede únicamente cuando no derive de una EMERGENCIA, **y solo procederá** previa emisión de una Carta de Garantía por FESALUD y sólo luego de la auditoría correspondiente se autorizará la hospitalización, en cuyo caso será cubierta hasta la Cobertura Particular Máxima indicada en la Tabla de Beneficios del PLAN DE SALUD. Se deja aclarado que no existe esta cobertura cuando se trata de preexistencias. Es decir, en casos de diagnósticos que han sido presentados previos a la adquisición de la póliza o en los casos de continuidad; para diagnósticos que se hayan presentado antes del inicio de cobertura de este beneficio.

29. **Servicio de Ambulancia. -** Los servicios serán cubiertos sólo en situaciones de EMERGENCIA. Para ello, al momento en que se genere la EMERGENCIA el AFILIADO deberá comunicarse directamente con la compañía respectiva e identificarse como AFILIADO.
El Servicio de Ambulancia es prestado en los términos y condiciones en las que la compañía indique al AFILIADO. Asimismo, la única finalidad del Servicio de Ambulancia es la de trasladar al AFILIADO a algunos de los Establecimientos de Salud de la Red Prestacional, o establecimientos de salud de una IAFAS Pública que tenga cobertura para EMERGENCIAS. Por tanto, cualquier uso del Servicio de Ambulancia con un destino o fin distinto no será cubierto por FESALUD.
Queda aclarado que las ambulancias utilizadas serán de Tipo I ó Tipo II, no teniendo cobertura las ambulancias de Tipo III.
Entiéndase por Ambulancia Tipo I la utilizada para el transporte asistido de pacientes estables que requieren el traslado a un servicio de emergencia, dicha ambulancia contiene el equipo básico de atención.
Entiéndase por Ambulancia Tipo II la utilizada para el transporte asistido de pacientes en estado crítico que requieren el traslado a un servicio de emergencia, dicha ambulancia contiene adicionalmente asistencia médica, monitor, desfibrilador portátil y oxímetro de pulso portátil.
Se ofrece este servicio en las zonas delimitadas en la Red Prestacional. Se excluyen algunas zonas que por seguridad no se pueda acceder, lo cual será informado al Afiliado al momento en que solicite el servicio. Como referencia se podrá utilizar la información disponible en https://datacrim.inei.gob.pe/ o en cualquier otra base de datos que FESALUD o el Establecimiento de Salud considere. También quedan excluidas algunas zonas que, a criterio del Establecimiento de Salud, tengan accesos complejos que dificulten la llegada de la atención médica.
FESALUD no tendrá ninguna responsabilidad en los casos que no se preste este servicio, debido a los siguientes motivos: i) El AFILIADO no se encuentre o no viva en la dirección domiciliaria indicada; ii) La dirección brindada estuvo errada, no existe o no forma parte de la cobertura del proveedor; y iii) No se permite el acceso al personal médico a la dirección domiciliaria indicada.

210. **Reembolso por Hospitalización**. - El Reembolso por Hospitalización se encuentra sujeto a las siguientes condiciones y procedimiento:
    a) Se puede otorgar hasta un importe económico máximo por cada veinticuatro (24) horas de hospitalización efectiva del AFILIADO. El **límite económico máximo por cada veinticuatro (24) horas** está señalado en la Tabla de Beneficios del PLAN DE SALUD. En ningún caso el monto total a reembolsar será mayor al monto máximo sustentado por el AFILIADO. **Sólo**

se podrán acumular por cada año contractual un máximo de treinta (30) días calendario de hospitalización. De haber días en exceso, no serán cubiertos ni reembolsados.

b) Para que opere será indispensable la Autorización previa del Auditor de FESALUD. Asimismo, el AFILIADO deberá requerir el pago del Reembolso por Hospitalización como máximo hasta veintidós (22) días útiles posteriores a la fecha en que hubiese sido dado de alta, luego de lo cual se perderá la posibilidad de requerir el Reembolso por tal hospitalización.

c) Sólo se otorga por los **gastos médicos** incurridos como consecuencia directa de la hospitalización, quedando excluido cualquier otro gasto.

d) **No procede el Reembolso por Hospitalización** cuando la hospitalización fue consecuencia de alguna Preexistencia.

e) Al solicitar el Reembolso por Hospitalización el AFILIADO deberá presentar los siguientes documentos:
   - Solicitud dirigida a FESALUD;
   - Epicrisis;
   - Informe Médico con el o los diagnósticos derivados de la hospitalización;
   - Comprobante de Pago del Hospital o Clínica donde se verifique el nombre del paciente hospitalizado, el periodo y el motivo de la hospitalización;
   - Fotocopia del Documento Nacional de Identidad del AFILIADO, y,
   - Cualquier otro documento que en su oportunidad FESALUD pudiese requerir.

El Área Médica de FESALUD evaluará la solicitud de reembolso, y el resultado se informará al AFILIADO en un plazo no mayor a cinco (05) días hábiles.
En caso de proceder el Reembolso, éste será cancelado dentro de los siete (07) días hábiles posteriores a la fecha en que es comunicada su procedencia y sólo será entregado al AFILIADO afectado o a un apoderado autorizado mediante Carta Poder Notarial en la cual expresamente se mencione la facultad del apoderado de cobrar el Reembolso por Hospitalización.
Se deja aclarado de forma expresa que el Reembolso por Hospitalización NO procede en los casos que el AFILIADO haya tenido cobertura a través del beneficio de hospitalización a consecuencia de emergencia, en los casos del Plan de Salud incluya esta cobertura.

2.11 Reembolso Oncológico. – Consiste en la posibilidad de devolución que FESALUD otorga al AFILIADO por los gastos incurridos por las prestaciones de salud solo por el primer diagnóstico histopatológico de cáncer y su tratamiento. De forma excepcional y a requerimiento del AFILIADO, FESALUD podrá evaluar la posibilidad de adelantar parte del importe del Reembolso Oncológico, con la finalidad que el AFILIADO pueda asumir los costos del tratamiento. Considerando las circunstancias excepcionales de este adelanto, las condiciones de procedencia le serán comunicadas al AFILIADO al momento de la solicitud respectiva.
El Reembolso Oncológico se encuentra sujeto a las siguientes condiciones y procedimiento:

2.11.1 Importe Máximo a Reembolsar: Se puede otorgar hasta el importe máximo señalado en la Tabla de Beneficios del PLAN DE SALUD.

2.11.2 Condiciones de Procedencia: Únicamente operará cuando sea el primer diagnóstico de cáncer, es decir, quedan excluidos aquellos AFILIADOS con un diagnóstico previo de cáncer, tumor maligno o enfermedad oncológica o aquellos diagnosticados durante el Periodo de Espera, incluso si dicho diagnóstico hubiese sido por un tipo distinto de

cáncer, tumor o enfermedad oncológica.
Además, sólo se otorga por los **gastos médicos** incurridos como consecuencia de las Prestaciones de Salud para el tratamiento oncológico.

El Reembolso Oncológico se iniciará a partir de la confirmación diagnóstica por Patología o con el examen de Imagenología con diagnóstico definitivo (en caso no aplique Patología), previo informe favorable del Auditor de FESALUD. A partir de entonces se reembolsarán todos los importes que correspondan, de acuerdo con la necesidad del AFILIADO, o hasta que se cubra el Importe Máximo a Reembolsar.

Asimismo, el Reembolso Oncológico se efectuará únicamente por las Prestaciones de Salud efectivamente efectuadas y canceladas por el AFILIADO.

El Reembolso Oncológico finalizará si el AFILIADO hubiese fallecido.

2.11.3 Riesgos Excluidos. - El Reembolso Oncológico no aplicará respecto de los siguientes riesgos:

- Cuando el afiliado presente tumoraciones sin un diagnóstico definitivo antes de ingresar al PLAN DE SALUD y no se haga los exámenes de descarte correspondientes.
- Cualquier tipo de cáncer de piel, los carcinomas de células escamosas de la piel, leucoplasias, excepto cuando se trate de diseminación hacia otros órganos o metástasis.
- Cáncer in situ de cuello uterino, linfomas o enfermedad de Hodgkin.
- El Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados al Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o a la condición HIV positivo.
- Tumores no malignos.
- Tumores que muestran los cambios malignos del carcinoma in situ, incluyendo las displasias cervicales, o las descritas histológicamente como pre-malignos o tumores borderline.
- Leucemia linfocítica crónica en etapa anterior a Estadio I de RAI ó Estadio A-1 de Binet.
- Tododiagnóstico distinto al cáncer.

2.11.4 Procedimiento Para Solicitar el Reembolso Oncológico. - La ocurrencia o diagnóstico deberá ser comunicada a FESALUD dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la fecha en que se tenga conocimiento de ésta.

Al solicitar el Reembolso el AFILIADO deberá presentar como mínimo los siguientes documentos:

- Solicitud dirigida a FESALUD;
- Informe de la evaluación por parte del oncólogo tratante;
- Examen histopatológico original, firmado y sellado por el médico tratante;
- Fotocopia de la historia clínica del AFILIADO, foliada y fedateada, con una antigüedad no mayor a siete (07) días calendario;
- Fotocopia del Documento Nacional de Identidad del AFILIADO;
- Comprobante de Pago del Hospital o Clínica donde se verifique el nombre del paciente, diagnóstico y detalle de la atención; y,
- Cualquier otro documento que en su oportunidad FESALUD pudiese requerir.

En el supuesto que la solicitud no cuente con toda la documentación requerida, se le otorgará al AFILIADO un plazo de cinco (05) días hábiles para subsanar tal omisión, bajo apercibimiento de quedar sin efecto la solicitud y no procediendo el Reembolso Oncológico.

El Área Médica de FESALUD evaluará la solicitud de reembolso, y el resultado se informará al AFILIADO en un plazo no mayor a cinco (05) días

hábiles.
En caso de proceder el Reembolso, éste será cancelado dentro de los siete (07) días hábiles posteriores a la fecha en que es comunicada su procedencia y sólo será entregado al AFILIADO afectado o a un apoderado autorizado mediante Carta Poder Notarial en la cual expresamente se mencione la facultad del apoderado de cobrar el Reembolso Oncológico.

212. Reembolso de Medicamentos

El AFILIADO podrá adquirir el medicamento genérico de forma particular en el lugar de su preferencia y posteriormente solicitar el reembolso. Para ello EL AFILIADO deberá contactar a FESALUD a través de WhatsApp: 992860605, Central Telefónica: (01)625-4680, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 6:00 p.m. y presentar lo siguiente:

i) Receta Médica:
- Deberá incluir el logo, dirección y teléfono del ESTABLECIMIENTO DE SALUD afiliado a la Red Prestacional.
- Deberá contener los datos personales del AFILIADO, diagnóstico, prescripción médica, fecha de emisión, firma y sello del médico tratante.

ii) Comprobante de Pago emitido a nombre del AFILIADO o CONTRATANTE y con fecha máxima de cinco (05) días hábiles posteriores a la emisión de la receta.

iii) Número de Cuenta Bancaria a nombre del CONTRATANTE o del AFILIADO.

El reembolso deberá solicitarse a FESALUD dentro de los cinco (05) días hábiles posteriores a la adquisición del medicamento. Si no se cumple este plazo, el derecho al reembolso caducará.

El Área Médica de FESALUD evaluará la solicitud y notificará el resultado al AFILIADO en un plazo máximo de dos (02) días hábiles. Si se aprueba la solicitud, el reembolso se efectuará en un plazo máximo de siete (07) días hábiles a la cuenta indicada.

213. Envío de Medicamentos a Domicilio

Se realizará a través de la Red de Farmacias, sujeto a un monto mínimo y a una zona de cobertura informado por el proveedor. Para ello EL AFILIADO deberá contactar a FESALUD a través de WhatsApp: 992860605, Central Telefónica: (01)625-4680, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 6:00 p.m. y presentar lo siguiente:

i) Receta Médica
- Deberá incluir el logo, dirección y teléfono del ESTABLECIMIENTO DE SALUD afiliado a la Red Prestacional.
- Deberá contener los datos personales del AFILIADO, diagnóstico, prescripción médica, fecha de emisión, firma y sello del médico tratante.

FESALUD evaluará la solicitud y responderá al AFILIADO en un plazo máximo de un (01) día hábil.

214. Recojo en Tienda de Medicamentos

Se realizará a través de la Red de Farmacias. Para ello EL AFILIADO deberá contactar a FESALUD a través de WhatsApp: 992860605, Central Telefónica: (01)625-4680, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 6:00 p.m. y presentar lo

siguiente:

i) Receta Médica
   - Deberá incluir el logo, dirección y teléfono del ESTABLECIMIENTO DE SALUD afiliado a la Red Prestacional.
   - Deberá contener los datos personales del AFILIADO, diagnóstico, prescripción médica, fecha de emisión, firma y sello del médico tratante.

21.5. Teleconsulta Médica.

Este es un servicio disponible para tratar condiciones médicas, síntomas o procesos clínicos de baja complejidad, de menos de 7 días de evolución desde su inicio y que no representan un riesgo para la vida, utilizando una plataforma virtual que permita la interacción entre el AFILIADO y el Médico. Durante la Teleconsulta podría darse el caso que el Médico recomiende una evaluación médica presencial por requerir un examen físico o la derivación a una especialidad específica.

Para solicitar el servicio de Teleconsulta, el AFILIADO debe llamar al Establecimiento de Salud indicado en la Red Prestacional.

Este servicio se brindará conforme a las exigencias tecnológicas y los términos y condiciones establecidos por cada proveedor de la Red Prestacional.

Si como resultado de la Teleconsulta, requiriese medicamentos o exámenes auxiliares, estos serán gestionados directamente con Fesalud a través de la central telefónica 6254680 o Maria Fe, tu asistente virtual al 992 860 605, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 6:00 p.m.

ANEXO 2: EXCLUSIONES

Quedan excluidas de la cobertura de los **planes de salud** todas las condiciones, causas, signos, síntomas, lesiones, secuelas, complicaciones y/o gastos relacionados, incluyendo exámenes, tratamientos, procedimientos y otros servicios médicos, asociados a las siguientes prestaciones de salud. Esto aplica incluso si dichas prestaciones forman parte del **Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS):**

1. **Prestaciones efectuadas sin seguir el procedimiento establecido** en el Anexo 1 “Condiciones y Procedimiento Para la Atención Médica” del presente documento.
2. **Eventos ocurridos mientras el afiliado se encontraba en mora por falta de pago,** ni serán objeto de reembolso incluso si posteriormente recupera la cobertura.
3. **Prestaciones fuera de la RED:** exámenes, atenciones, medicamentos, servicios o pruebas no disponibles en la RED PRESTACIONAL correspondiente al PLAN DE SALUD **o que excedan lo dispuesto en dicho plan**
4. **Consecuencia del incumplimiento de las indicaciones médicas o por automedicación.**
5. **Atenciones que deban ser financiadas a través de otras fuentes**, tales como: accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales, así como otras prestaciones cubiertas por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR), los accidentes de tránsito (SOAT), entre otros. Asimismo, no se cubrirán las atenciones derivadas de actividades informales que impliquen una autoexposición al peligro por parte del afiliado, tales como: uso de maquinaria industrial en el domicilio, almacenaje de productos inflamables de uso no doméstico, entre otros.
6. **Las siguientes enfermedades y condiciones específicas**
   a) **Alzheimer.**
   b) **Cáncer**.
   c) **Consecuencia de la práctica de actividades o deportes peligrosos**, sin que la enumeración sea restrictiva, tales como: carreras de automovilismo, motos terrestres, acuáticas, ala delta, parapente, vuelo libre, paracaidismo, 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.
   d) **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.
   e) **Consecuencia de fenómenos naturales.**
   f) **Consecuencia directa o indirecta de fusión o fisión nuclear,** isótopos radioactivos, resultantes o derivados de terapia de Rayos X, radioterapia, entre otros.
   g) **Disfunción eréctil, frigidez o cambio de sexo**

h) **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.
i) **Enfermedades autoinmunes.**
j) **Enfermedades crónicas, degenerativas** o de cualquier índole **en su fase terminal**, o para cuando para ellas no exista posibilidad de recuperación.
k) **Enfermedades incluidas en los programas de seguimiento por el Ministerio de Salud** (PCT – Programa de control de Tuberculosis)
l) **Enfermedades raras o huérfanas,** según el listado de la RM N° 230-2020 MINSA.
m) **Enfermedades y defectos congénitos y/o físicos adquiridos al nacer** de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades -CIE-10 publicada en la página web de la Organización Mundial de Salud (http://www.who.int/classifications/icd/en/).
n) **Enfermedades psiquiátricas y psicológicas** tales como: enfermedades emocionales (ansiedad, depresión, estrés, adicciones, etc.), de la mente (psicosis, neurosis, fobias, demencia, etc.), desórdenes alimenticios (anorexia, bulimia, etc.), trastorno psicomotor y/o dificultades para el aprendizaje, entre otras similares, incluyendo tratamiento psiquiátrico de apoyo a otras enfermedades no mentales. Así como las pruebas y todo tipo de tratamiento del sueño, las curas de sueño, curas de reposo y apnea del sueño. Tampoco se cubren pruebas psicológicas de ningún tipo.
o) **E.T.S. (Enfermedades de transmisión sexual)**
p) **Enfermedades derivadas del uso, afición o adicción a 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 según lo establecido por las normas legales, 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.
q) **Esterilidad, fertilidad, infertilidad, impotencia, esterilización y planificación familiar (métodos anticonceptivos)**
r) **Fibromialgia**
s) **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.
t) **Maternidad:** gastos prenatales, postnatales, amenaza de aborto y complicaciones
u) **Osteoporosis**
v) **Obesidad, adelgazamiento, raquitismo, malnutrición, hipovitaminosis**: todo tipo de trastorno de crecimiento y desarrollo y otros cuadros similares y los relacionados con aumento o disminución de peso.
w) **Parkinson**
x) **Problemas oftalmológicos tales como: Catarata, Glaucoma, Retinopatías y trastornos de refracción 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. Los siguientes procedimientos y/o exámenes oftalmológicos: Laser Vitrectomía EYE LITE, Femtosegundo laser,

Laser Class Trabéculo Laser, Agudeza visual objetiva, Electroretinograma e IPL Intense Pulse Light.

y) **Trastornos del crecimiento y desarrollo**
z) **Trastornos hormonales**
aa) **VIH, SIDA** y síndrome complejo relativo al SIDA (SCRS) en cualquiera de sus formas

7. **Los siguientes medicamentos, insumos, estudios, pruebas auxiliares o tratamientos:**
   a) Que carezcan de un beneficio clínico relevante frente a alternativas vigentes, que sean experimentales, estén en periodo de prueba o no estén sustentados en medicina basada en evidencia con nivel de evidencia IIA o superior.
   b) Ácido hialurónico
   c) 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, mallas en general, válvulas cardiacas, marcapasos, audífonos e implantes cocleares, prótesis ortopédicas externas, termómetro, tensiómetro, equipos de oxigenoterapia, glucómetro, respiradores, pulsoximetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, collarín, cabestrillos, plantillas ortopédicas, soportes de zapatos, zapatos ortopédicos, corsés, muletas, medias anti embólicas, silla de ruedas, camas especiales, entre otros.
   d) Antivirales
   e) Anti asténicos, reconstituyentes y energizantes, activadores o tónicos cerebrales.
   f) Bolsa de colostomía
   g) Bifosfonatos y Teriparatide
   h) Chequeo médico o despistaje de enfermedades en una persona sana, con excepción de las consultas relacionadas a los programas preventivos, cuando éstos formen parte del PLAN DE SALUD. 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.
   i) Cremas dermatológicas protectoras y/o rehabilitadoras de la piel.
   j) Cuidado de los pies en general, callos y juanetes (hallux valgus).
   k) Discolisis, discetomía, nucleoplastía, biacuplastía, neurolisis, rizotomia, separadores interespinosos para la columna.
   l) Estudios sofisticados de alta complejidad como los hemodinámicos y de cardiología intervencionista como cateterismo cardiaco, cinecoronariografía, angioplastía, colocación stent, entre otros similares.
   m) Expansores plasmáticos
   n) Equipo de Facoemulsificación
   o) Gasas, apósitos.
   p) Hemodiálisis
   q) Hormonas de todo tipo, excepto las utilizadas en el tratamiento del hipertiroidismo e hipotiroidismo.
   r) Insulina
   s) Injertos
   t) Implantación de neuroestimulador intracraneal, de receptor electroencelográfico por trepanación o de neuroestimulador espinal.
   u) Inmunoterapia, probióticos y lisados bacterianos.
   v) Lágrimas naturales (Excepto en casos de ojo seco)
   w) Leches maternizadas o sucedáneos de la lactancia materna.
   x) Medicamentos neurotónicos y nootrópicos.
   y) Medicina no tradicional de cualquier tipo, entre ellas acupuntura, iriología,

reflexología, quiropraxia, homeopatía y medicina alternativa en general.

z) Micofenolato

aa) Microresonancia magnética

bb) Pregabalina y Gabapentina

cc) Procedimientos de crio preservación o criogenéticos.

dd) Procedimientos de desensibilización para alergias, incluido el prick test y rast test. Tratamientos antialérgicos, pruebas y vacunas antialérgicas

ee) Productos de origen biológico tales como interferones, interleukinas, factor estimulante de colonias, anticuerpos monoclonales, inhibidores de la tirosina, kinasa, antiangiogénicos e inhibidores proteosoma.

ff) Psicofármacos como ansiolíticos, antidepresivos, hipnóticos y otros similares; incluso si son prescritos para un diagnóstico cubierto.

gg) Sueros antialérgicos

hh) Suministro de nutrición parenteral y nutrición enteral (procedimiento, insumos y fórmula) y/o referidos a consultas nutricionales.

ii) Sustancias exfoliativas, preparados, jabones, champús, cremas neutras y bloqueadores solares.

jj) Pruebas genéticas

kk) Trasplante de órganos o tejidos, incluido el análisis para calificación de donantes. Implantes de células madre, crio preservación, sustitutos de líquido sinovial o servicios relacionados.

ll) Gastos por concepto de compra de sangre, plasma, hemoderivados, tejidos, órganos y albúmina humana.

mm) Tratamientos que utilicen células madre.

nn) Tratamientos con litotricia.

oo) Tratamiento de cambio fisiológico: crecimiento, climaterio, etc.

pp) Tratamientos odontológicos de endodoncia, periodoncia, ortodoncia, prótesis dentales. Las cirugías odontológicas, cirugía bucal, prognatismo, problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular y craneomandibular, desórdenes u otras alteraciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y los relacionados a ellos.

qq) Tratamientos de rehabilitación de audición o lenguaje y terapias para el trastorno de desarrollo psicomotor.

rr) Tratamiento para evitar el ronquido.

ss) Tratamientos de desintoxicación relacionados con el consumo de alcohol o drogas.

tt) Tratamientos que no contribuyen a la recuperación o rehabilitación del paciente, tales como los de naturaleza cosmética, estética, suntuaria o para fines de embellecimiento, reconstructivo o reparador, incluyendo, pero no limitándose a tratamientos dermatológicos con fines estéticos (melasma, alopecia, verrugas, várices, entre otros), cirugías electivas, cirugías plásticas y/o estéticas, mamoplastia, ginecomastia, mastopexia, métodos liporeductores tales como liposucción, lipoescultura e inyecciones reductoras de grasa, retiro de tatuajes, piercing o similares.

uu) 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.

vv) Vitaminas, minerales y antioxidantes, tónicos, estimulantes del apetito, suplementos alimentarios, preparados proteicos y otros similares.

ww) Vasodilatadores cerebrales, coagulantes, hepatoprotectores, productos de origen natural y otros similares.

xx) 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, en el caso de hospitalizaciones.

yy) Las demás exclusiones que se hubiesen señalado expresamente en el PLAN DE SALUD contratado.

FESALUD podrá establecer otras exclusiones que serán aplicables a partir de la renovación anual del CONTRATO, debiendo constar estas modificaciones en el nuevo PLAN DE SALUD.

Si un siniestro que debió ser rechazado por encontrarse excluido de cobertura hubiese sido cubierto por error, FESALUD no estará obligada a continuar asumiendo el gasto por atenciones relacionadas a dicho siniestro a partir de la fecha de identificación del error.

ANEXO 3: PERIODOS DE ESPERA

Se aplican en la medida que la prestación de salud se encuentre incluida dentro del PLAN DE SALUD:

Salvo que la Tabla de Beneficios indique lo contrario, todas las prestaciones de salud, con excepción del servicio de ambulancia y las atenciones que constituyan una EMERGENCIA, cuentan con un periodo de espera contado a partir del inicio de cobertura del AFILIADO.

Los periodos de espera no aplican para las renovaciones del CONTRATO.
Queda aclarado que el periodo de latencia no aplica para el PLAN DE SALUD.

A continuación, se detallan los periodos de espera específicos:

PRESTACIÓN DE SALUD	PLAZO (meses)
Atención Médica Ambulatoria (teleconsulta, presencial o médico a domicilio)	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 - Gastritis - Tumoraciones benignas	3
- Enfermedades cardiovasculares - Hemorroides o fistula - Lumbalgia, cervicalgia y otras enfermedades o dolencias en la columna vertebral. - Enfermedades de las articulaciones, músculos y tendones	9
- Litiasis vesicular y renal - Cirrosis hepática o hígado graso o hepatopatías - Enfermedades reumatológicas (artrosis, meniscopatía)	12
Odontología	3
Procedimientos ambulatorios, oftalmológicos y/o de cirugía menor.	6
Los siguientes exámenes auxiliares: Angiografía, arteriografía, colonoscopía, endoscopía, ecocardiograma, ecodoppler, electroencefalograma, gammagrafía, holter por 24 horas, monitoreo de presión arterial, proctosigmoidoscopía, TACH (Tomografía Axial Helicoidal), TEM (Tomografía Espiral Multicorte) y Tomografía Convencional.	3
Resonancia Magnética, en Atención Médica Ambulatoria.	10
Programas Preventivos	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

ANEXO 4: PREEXISTENCIAS

Serán consideradas como preexistencia los signos y síntomas relacionados a determinado diagnóstico y presentados previo al inicio de la cobertura de este CONTRATO, así como tratamientos, consultas, medicamentos, exámenes, procedimientos y/o intervenciones derivados, vinculados o asociados con el diagnóstico, atención o tratamiento de preexistencias,

A su vez, en los PLANES DE SALUD se identifican dos (2) tipos de preexistencias, teniendo cada una de éstas una cobertura específica, de acuerdo con lo señalado en el Anexo 6 que contiene las Condiciones Particulares del PLAN DE SALUD contratado**:**

a) Preexistencias Tipo A.- Son las siguientes enfermedades: asma bronquial, bronquitis crónica, diabetes mellitus, dislipidemia, gastritis crónica, hipertensión arterial, hipotiroidismo, hipertiroidismo y otitis crónica.
Se deja expresamente aclarado que las complicaciones de los diagnósticos señalados en el párrafo previo, u otros diagnósticos derivados de los mismos que sean distintos a los indicados, no se considerarán Preexistencias Tipo A y, más bien, se podrán considerar como Preexistencias Tipo B.

b) Preexistencias Tipo B.- Son todas las demás Preexistencias no consideradas como Preexistencias Tipo A, incluyendo las complicaciones de los diagnósticos derivados de Preexistencias Tipo A.

Cualquier Preexistencia Tipo A que, por cualquier causa o motivo, no hubiese sido declarada por EL CONTRATANTE en la Declaración Jurada de Salud podrá ser considerada como Preexistencia Tipo B y su cobertura será la que corresponda a las Preexistencias Tipo B.

ANEXO 5: OTROS BENEFICIOS

El afiliado podrá acceder a descuentos, promociones y experiencias orientadas al bienestar físico, mental y emocional. El acceso se realiza a través del sitio web de Fesalud, https://fesalud.com.pe/beneficios/ utilizando el correo electrónico registrado por el afiliado en Fesalud.

Los beneficios señalados son adicionales a los PLANES DE SALUD y no forman parte de éstos. Su uso y condiciones estarán sujetos a los términos y políticas vigentes de Fesalud y de la plataforma, los cuales podrán ser actualizados o modificados en cualquier momento sin afectar las coberturas del plan de salud contratado.