

MANUAL DEL AFILIADO FESALUD

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

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

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

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

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

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

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

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

Te encuentras afiliado a un plan de salud complementario.

3. ¿Qué es un plan de salud complementario?

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

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

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

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

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

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

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

Tu contrato tiene un periodo de vigencia de 1 año, el cual a su vencimiento se renueva de forma automática por el mismo periodo de tiempo. Ten en cuenta que una vez que el afiliado cumpla los 65 años, debe migrar al Plan Senior y de ahí en adelante renovar. En caso alguna de las partes no quiera que se renueve, bastará con que lo comunique a la otra con un plazo no menor a cuarenta y cinco (45) días calendario. Par saber cuánto pagarás por tu plan de salud en la renovación, consulta la pregunta 22

6. ¿Qué cubre tu plan de salud y cuánto debes pagar por utilizar tu plan?

El detalle lo puedes revisar en las Condiciones Particulares de tu plan. Sección quinta. TABLA DE BENEFICIOS.

Así, los afiliados pueden contar con las siguientes coberturas:

- **Programa Preventivo.** - esta cobertura está incluida en todos los planes y corresponde a las consultas y/o exámenes para detectar cambios y riesgos en tu salud. Es importante señalar que el contenido del programa se encuentra definido de acuerdo con tu edad y lo puedes realizar una vez al año por cada año que renuevas.

Esta cobertura también incluye la aplicación de vacunas (bajo el esquema del Ministerio de Salud), por el momento solo disponible en Lima.

Está dirigido a personas sanas, el detalle lo puedes ver en la pregunta **14**.

Es gratuito., no debes pagar nada.

- **Atención Ambulatoria.** - esta cobertura sólo la tienen los planes Integral, Integral Plus y Senior; y corresponde a consultas que pueden realizarse de manera presencial, a domicilio o a través de teleconsulta. Como resultado de dichas consultas el médico tratante puede recetar medicamentos y/o generar órdenes para exámenes auxiliares (imágenes y laboratorio). Aquí debes pagar por la consulta y un porcentaje por los medicamentos y exámenes.

Por ejemplo, tenemos un afiliado del plan Integral que va a la Clínica Santa Martha del Sur, de la red 2 en Lima.

En la tabla de beneficios se ve lo siguiente:

Red	Consulta	Fesalud cubre el
Red 2	S/ 30	70%

En este caso deberá pagar S/30 por cualquier especialidad en dicha clínica. Luego de la cita el médico le receta medicamentos y exámenes por un monto de S/100.

En este caso, Fesalud cubre S/ 70 (el 70%) y el afiliado debe pagar lo restante S/30 o 30%.

- **Envío, Recojo o Reembolso de Medicamentos Genéricos:** Solo se cubren medicamentos genéricos, en el caso que la clínica a la que acudes no los tenga, tienes cualquiera de estas 3 opciones (consultar pregunta 9) Debes pagar un porcentaje.
- **Atención Odontológica.** - Se cubren únicamente extracciones simples, curaciones, profilaxis y fluorizaciones. Estas últimas para niños de hasta 12 años. A un ritmo mensual de 3 curaciones simples o 1 compleja o 1 compuesta. Debes pagar por cada pieza tratada y terminada y un porcentaje. Así, por ejemplo, tenemos el caso de un afiliado que acude al Centro Odontológico Americano (COA) que pertenece a la Red Odontológica 3 y en la Tabla de Beneficios se lee lo siguiente:

Red	Copago por Pieza	Fesalud cubre el
Red Odontológica 3	S/ 40	60%

El afiliado se hace una curación con resina de la pieza dental N° 45. EL COA cobra por este tratamiento S/. 130. El Afiliado debe pagar S/40 por la pieza tratada y del monto restante que son S/90, Fesalud cubre el 60% (S/. 54) y el afiliado debe pagar S/36.

- **Especialidades No Médicas:** - Incluyen las terapias físicas. Como máximo se cubren 10 sesiones de terapia física por zona por mes. En el caso del plan Senior son hasta 8 sesiones mensuales. Debes pagar un porcentaje.
- **Emergencias.** - 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.

Las emergencias solo las puede determinar el médico tratante y siguiendo las indicaciones señaladas en la Resolución MINSa RM386-2006. Para conocer un poco más acerca de los diagnósticos considerados como emergencias prioridad I o II, consulta el siguiente enlace:

https://drive.google.com/file/d/1jptE6zZ9uhTvEY2s35nvd_C12YqGqWxK/view

En el caso del uso de ambulancia, deberás hacer el copago indicado según la red de ambulancia. Por ejemplo, si necesitas un traslado y llamas a Cardiomóvil que pertenece a la Red 1 de Ambulancias; pagarás por dicho traslado S/.30 soles según lo indicado en la Tabla de beneficios de tu plan de salud.

Debes tener en cuenta también que el traslado es solo para casos de emergencia (prioridad I o II) hacia una clínica de la red afiliada o centros de atención del estado.

- **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. Esta cubierta al 100% siempre y cuando no requieras hacer uso de piso (hospitalización) o de sala de cirugía.

No se cubren si son el resultado de un accidente de tránsito o de accidentes laborales (ver exclusiones, pregunta 20)

- **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. Esta cubierta al 100% siempre y cuando no requieras hacer uso de piso (hospitalización) o de sala de cirugía.

- **Hospitalización a Consecuencia de Emergencias.** - Se refiere a las intervenciones quirúrgicas o no quirúrgicas en sala de operaciones y/o el internamiento a consecuencia de una emergencia. Por ejemplo: Una apendicitis. Aquí si debes realizar el pago de 1 día de habitación y un porcentaje.

Así por ejemplo tenemos el caso de una afiliada que ingresa por una emergencia médica y debe ser operada a consecuencia de dicha emergencia en la Clínica Jesús del Norte que pertenece a la Red 3 y en la Tabla de Beneficios se lee lo siguiente:

Red	Copago	Fesalud cubre el
Red 3 en Lima	1 día de habitación	65%

Si estuvo hospitalizada 4 días y el costo total por ese tiempo fue de S/.7000 soles; la afiliada deberá pagar el costo de 1 día de habitación (S/.220 soles, costo establecido en el convenio entre la clínica y Fesalud), y el 35% de la diferencia, es decir S/.2373 soles; el resto (S/.4407 soles) lo asume Fesalud.

Cabe resaltar que los gastos que se ocasionaron en el tópico de emergencia, antes de ser hospitalizada son cubiertos al 100% por Fesalud.

- **Hospitalización Programada.** - Se refiere a las intervenciones quirúrgicas o no quirúrgicas en sala de operaciones y/o el internamiento cuando no es consecuencia de una emergencia y se puede programar su realización. Por ejemplo: Una extracción de vesícula. Esta cobertura únicamente la tiene el plan Integral Plus y en ningún caso se cubren preexistencias.

En este caso, deberás pagar la tarifa de un día de habitación y un porcentaje. En caso la hospitalización requiera insumos quirúrgicos de alto costo, se cubren distinto.

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

Así por ejemplo tenemos el caso de un afiliado que debe ser operado por un defecto en la rodilla en la Clínica Tezza que pertenece a la Red 4 y en la Tabla de Beneficios se lee lo siguiente:

Red	Copago	Fesalud cubre el
Red hospitalaria 4	1 día de habitación	60%
Insumo quirúrgico de Alto Costo		55%

Si estuvo hospitalizado 2 días y el costo total por la cirugía y el tiempo que estuvo internado fue de S/.24,000 soles, dentro del cual se utilizaron clavos y tornillos por el costo de S/8,000 soles considerándose como insumos quirúrgicos de alto

costo; el afiliado deberá pagar el costo de 1 día de habitación (S/.280 soles, costo establecido en el convenio entre la clínica y Fesalud), y el 40% de la diferencia de los gastos hospitalarios (S/.6,288) y el 45% de los gastos por insumos de alto costo (S/. 3,600); el resto del gasto es asumido por Fesalud (S/.13,832).

- **Reembolso por Hospitalización.** - consiste en la devolución de hasta S/ 250 por cada día de hospitalización en una hospitalización programada. Esta cobertura únicamente la tiene el plan Integral. Es gratuito.
- **Reembolso Oncológico.** - Otorgamos hasta S/ 10,000 como devolución a los gastos incurridos para el tratamiento de esta enfermedad y únicamente por el primer diagnóstico en la vida del afiliado. Todos los planes lo incluyen, excepto el plan Senior. Es gratuito.
- **Condonación de Deuda por Fallecimiento del Contratante.** - es un beneficio que Fesalud otorga y consiste en que, en caso de fallecimiento del contratante, los afiliados podrán seguir contando con el plan de salud de manera gratuita hasta que culmine el año contractual. Todos los planes lo incluyen. Es gratuito. Este beneficio se detalla en el siguiente enlace:

<https://fesalud.com.pe/beneficios/>

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

Plan/ Cobertura	Programa Preventivo	Atención Ambulatoria	Envío, recojo o reembolso de medicamentos	Medico a domicilio	Atención Odontológica	Teleconsultas Médicas	Especialidades No Médicas	Emergencia (En tópico)	Ambulancia	Hospitalización a Consecuencia de una Emergencia	Hospitalización Programada	Reembolso Oncológico	Reembolso Hospitalario	Condonación de Deuda
Emergencia	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✓	✗	✓	✗	✓
Integral	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Integral Plus	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓
Senior	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓ Solo accidental	✓	✓ Solo accidental	✗	✗	✗	✓

Por favor ten en cuenta que **ningún plan cubre maternidad, ni cáncer.**

En el caso del plan Senior únicamente cubre emergencias accidentales y hospitalización a consecuencia de emergencia accidental.

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

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

Para algunas atenciones médicas existen Coberturas Particulares, esto quiere decir que dichas atenciones médicas cuentan con una cobertura limitada e inferior al máximo anual. Cabe aclarar que las Coberturas Particulares no son coberturas adicionales, sino que se restan de la Cobertura Máxima Anual.

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

Plan/ Cobertura	Cobertura Máxima Anual	Cobertura Particular: Emergencia y Hospitalización por Emergencia	Cobertura Particular: Insumos Quirúrgicos de Alto Costo en la Hospitalización Programada	Cobertura Particular: Hospitalización Programada
Emergencia	S/. 20,000	S/. 20,000 Accidental y médica	No cubre	No cubre
Integral	S/. 150,000	S/. 20,000 Accidental y médica	No cubre	No cubre
Integral Plus	S/. 170,000	S/. 20,000 Accidental y médica	S/. 10,000 No preexistencias	S/. 20,000 No preexistencias
Senior	S/. 75,000	S/. 20,000 Solo accidental	No cubre	No cubre

8. ¿Tu plan de salud cubre COVID?

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

Sin embargo, cubrimos la parte ambulatoria para casos leves a través de nuestros proveedores de teleconsultas. No cubrimos ni emergencias, ni hospitalizaciones como resultado del COVID, así como complicaciones y sus consecuencias.

9. ¿Qué medicamentos cubre tu plan de salud?

Solo cubrimos el uso de medicamentos en su presentación **genérica**. En caso la clínica no cuente con estos, tenemos 3 opciones para ti: a) Reembolso por medicamentos, aquí adquieres el medicamento genérico en la farmacia de tu conveniencia y luego solicitas el reembolso con la misma cobertura de la clínica; b) solicitas el envío de medicamentos genéricos a domicilio. o c) Recojo en tienda de medicamentos, puedes acudir a las sedes de la red de farmacias.

Para cualquiera de las opciones debes comunicarte vía WhatsApp al número **992 860 605** a la central telefónica (01) **625-4680** en el horario de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 6:00 p.m.

La receta médica debe contener:

- El logo, dirección y teléfono del ESTABLECIMIENTO DE SALUD afiliado a la Red Prestacional.
- Los datos personales del AFILIADO, diagnóstico, prescripción médica, fecha de emisión, firma y sello del médico tratante.

a) Procedimiento Reembolso de Medicamentos

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

Algunos puntos que debes tener en cuenta: todos los documentos anteriores deben estar a nombre del afiliado o contratante. Cuentas con un plazo máximo de hasta 5 días hábiles desde la fecha de expedición de la receta para comprar los medicamentos y 5 días hábiles más desde que compraste los medicamentos para solicitar el reembolso.

Posteriormente pasa a una evaluación de auditoría, máximo de 02 días hábiles, de estar todo conforme la devolución a la cuenta indicada se realiza como máximo en 07 días hábiles después de presentada la solicitud completa.

b) Procedimiento Envío de Medicamentos

Debes adjuntar la receta indicando diagnóstico, la misma pasa por auditoría y tendrás una respuesta en máximo 01 día hábil. Debes considerar que existe un monto mínimo para que pueda realizarse el envío; así también, debes consultar la cobertura geográfica del delivery, podría no darse si no se encuentra en la cobertura o no contar con el monto mínimo.

c) Recojo en tienda

Debes adjuntar la receta indicando diagnóstico, la misma pasa por auditoría y tendrás una respuesta en máximo 01 día hábil.

No existe un monto mínimo y debes coordinar con Fesalud, la sede en la que deseas recoger.

10. ¿Cuánto debes pagar por utilizar tu plan?

Mensualmente pagas tu plan de salud, independientemente de que lo utilices o no.

Adicionalmente, dependiendo de la cobertura que quieras utilizar deberás pagar lo indicado en las Condiciones Particulares de tu plan. Sección quinta. TABLA DE BENEFICIOS. Ver pregunta 6.

Ten en cuenta que las preexistencias se cubren distinto y por tanto tendrás que pagar diferente en estos casos. (ver pregunta 15)

11. ¿Qué hacer si requieres utilizar tu plan?

Si no sabes a qué especialidad acudir o si tu caso se trata o no de una emergencia puedes llamar al servicio de orientación médico gratuito (ver pregunta 12).

Para todos los casos excepto cuando se trate de una emergencia, debes contactar directamente con el establecimiento de salud, Fesalud no saca citas. Excepto para la coordinación de los exámenes auxiliares en la red de laboratorios o imágenes.

Debes verificar que ya superaste los tiempos de espera (ver pregunta 17) y estar al día en tus pagos.

El día de la cita debes acercarte con tu DNI e indicar que eres afiliado de Fesalud, debes cancelar el costo por consulta y posteriormente el porcentaje según lo explicado en la pregunta 6.

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

12. ¿Dónde puedes atenderte?

Recuerda que directamente debes contactar con cada Establecimiento de Salud. Fesalud no saca citas.

La relación de establecimientos afiliados y sus contactos, se encuentra actualizada en los siguientes enlaces:

- Plan emergencia:
https://www.fesalud.com.pe/docs/RED_PRESTACIONAL_DEL_PLAN_EMERGENCIA.pdf
- Plan integral:
https://www.fesalud.com.pe/docs/RED_PRESTACIONAL_DEL_PLAN_INTEGRAL.pdf
- Plan integral plus:
https://www.fesalud.com.pe/docs/RED_PRESTACIONAL_DEL_PLAN_INTEGRAL_PLUS.pdf
- Plan Senior:
https://www.fesalud.com.pe/docs/RED_PRESTACIONAL_DEL_PLAN_SENIOR.pdf

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

Te pedimos que inmediatamente te contactes con nosotros de las siguientes maneras: a) Asistente Virtual María Fe por WhatsApp 992 860 605 de lunes a viernes de 8:30am a 6pm o b) Al 6254680 Opción 0, durante las 24 horas. Además, te informamos que es tu derecho indicar que te busquen como afiliado con tu N° de DNI en el SITEDS (Sistema Integrado de Transacciones Electrónicas en Salud)

14. ¿En qué consiste la cobertura preventiva?

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

CONTENIDO DEL PROGRAMA PREVENTIVO

Control del niño (0 a 9 años)

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

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

	10 a 17 años	18 a 34 años	35 a 49 años	50 a 59 años	60 a 65 años
Consulta preventiva	1	1	1	1	1
Consulta preventiva odontológica	1	1	1	1	1
Hemoglobina	1	1	1	1	1
Examen de colesterol total			1	1	1
Examen de glicemia		1	1	1	1
Ecografía de mamas (sólo damas)			1	1	
Examen de papanicolaou (sólo damas)			1	1	
Examen de antígeno prostático específico (sólo varones)				1	1
Optometría- Medida de vista	1				

Para el Plan Senior tenemos el siguiente esquema:

Consulta preventiva	1
Hemoglobina	1
Examen de colesterol total	1
Examen de glicemia	1
Examen de antígeno prostático específico (sólo varones)	1

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

EL PROGRAMA PREVENTIVO INCLUYE APLICACIÓN DE VACUNAS, BAJO ESQUEMA MINSA

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

AMA (Fiebre Amarilla)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	✓	x	x	x
DPT (Difteria, Tos Convulsiva y Tétanos)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	✓	✓	x

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

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

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

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

16. ¿Desde cuándo puedes atenderte?

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

17. ¿Qué son los periodos de espera?

Es el tiempo durante el cual no puedes hacer uso de las coberturas de tu plan de salud y se contabilizan desde la fecha de Inicio de Contrato. El cómputo de los Periodos de Espera empieza al inicio de la cobertura y no aplica para las renovaciones.

Las emergencias no presentan periodos de espera

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 - Osteoporosis - Gastritis - Tumores benignos	3

- Enfermedades cardiovasculares - Hemorroides o fistula - Lumbalgia, cervicalgia y otras enfermedades o dolencias en la columna vertebral. - Enfermedades de las articulaciones	9
- Litiasis vesicular y renal - Cirrosis hepática o hígado graso o hepatopatías - Artritis reumatoide o enfermedades reumatológicas (artrosis, meniscopatía)	12
Odontología	3
Procedimientos ambulatorios, oftalmológicos y/o de cirugía menor.	6
Los siguientes exámenes auxiliares: Angiografía, arteriografía, colonoscopia, densitometría ósea, endoscopia, ecocardiograma, ecodoppler, electroencefalograma, gammagrafia, holter por 24 horas, monitoreo de presión arterial, proctosigmoidoscopia, tomografía convencional, TACH (Tomografía Axial Helicoidal) y TEM (Tomografía Espiral Multicorte)	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

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

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

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

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

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

Recuerda que el pago realizado debe ser comunicado al área de cobranzas a fin de que se detecte de manera oportuna, caso contrario la validación de tu pago y recuperación de acreditación podría demorar más tiempo.

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

Tenemos varias opciones para ti.

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

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

Te pedimos que te contactes con nosotros de las siguientes maneras: a) Asistente Virtual Maria Fe por WhatsApp 992 860 605 o b) Al 6254680 Opción 3, de lunes a viernes de 8:30am a 6pm.

20. ¿Qué no cubre tu plan de salud?

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

Las mismas que resumimos a continuación:

1. **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,
 - d) Consecuencia de actos de guerra (
 - 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
 - i) Enfermedades autoinmunes.

- j) Enfermedades crónicas, degenerativas en su fase terminal
- k) Enfermedades incluidas en los programas de seguimiento por el Ministerio de Salud
- l) Enfermedades raras o huérfanas
- m) Enfermedades y defectos congénitos y/o físicos adquiridos al nacer
- n) Enfermedades psiquiátricas y psicológicas
- o) Enfermedades derivadas del uso, afición o adicción a drogas, estupefacientes, psicotrópicos y alcoholismo.
- p) Esterilidad, fertilidad, infertilidad, impotencia, esterilización y planificación familiar (métodos anticonceptivos)
- q) Fibromialgia
- r) Intento de suicidio.
- s) Maternidad:
- t) Osteoporosis
- u) Obesidad, adelgazamiento, raquitismo, malnutrición, hipovitaminosis:
- v) Parkinson
- w) Problemas oftalmológicos tales como: Catarata, Glaucoma, Retinopatías y trastornos de refracción o defectos de visión
- x) VIH, SIDA Entre otros,

La totalidad de las exclusiones puedes verlas en este enlace
<https://fesalud.com.pe/docs/PLN-FR-25-Exclusiones.pdf>

21. ¿Qué otros beneficios tienes por ser afiliado?

Además de los reembolsos por hospitalización, oncológico y condonación de deuda, por ser afiliado Fesalud cuentas con descuentos en diferentes servicios no cubiertos por tu plan. La lista de beneficios vigentes puedes encontrarlos en <https://fesalud.com.pe/beneficios/> ingresa con tu correo registrado en tu plan de salud. Si quieres más información te pedimos que te contactes con nosotros de las siguientes maneras: a) Asistente Virtual Maria Fe por WhatsApp 992 860 605 o b) Al 6254680 Opción 3, de lunes a viernes de 8:30am a 6pm.

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

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

Valor de Siniestralidad	Incremento de Aporte
Siniestralidad <=60%	0.00%
60% >Siniestralidad <=70%	15.00%
70% >Siniestralidad <=80%	25.00%
80% >Siniestralidad <=90%	35.00%
90% >Siniestralidad <=100%	45.00%
100% >Siniestralidad <=150%	65.00%
150% >Siniestralidad <=200%	85.00%

Siniestralidad \geq 200%	100.00%
----------------------------	---------

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

También podrían realizarse incrementos debido a la inflación médica.

23. ¿Cómo haces para presentar un reclamo?

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

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

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

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

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

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

Posteriormente y en cualquier momento también puedes desafiliarte, sin embargo, en estos casos no procede la devolución alguna de cuotas pagadas, aún cuando no hayas hecho uso de tu plan de salud.

Para desafiliarte deberás comunicarte a través del correo consignado en tu solicitud de afiliación y enviar un correo electrónico a comunicaciones@fesalud.com.pe, indicando tu intención de no continuar. El tiempo de atención de esta solicitud es de quince (15) días hábiles. 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.

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

25. ¿Qué hacer si necesitas un procedimiento ambulatorio?

Debes comunicarte vía WhatsApp al número 992 860 605 o a la central telefónica (01) 625-4680 en el horario de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 6:00 p.m.

La orden médica debe contener:

- El logo, dirección y teléfono del ESTABLECIMIENTO DE SALUD afiliado a la Red Prestacional.
- Los datos personales del AFILIADO, diagnóstico, prescripción médica, fecha de emisión, firma y sello del médico tratante.

Nuestra área de auditoría médica se encargará de evaluar la pertinencia médica del procedimiento y brindará una respuesta a tu solicitud en máximo 2 días hábiles, y nos comunicaremos directamente para brindarte una respuesta, De requerir más información como la historia clínica, estaremos en comunicación para informarte el estado de tu solicitud.

26. ¿Qué documentación puedo solicitar y cuanto es el tiempo de atención?

Dependiendo tu solicitud, va a variar el tiempo de atención:

- Cartas de garantía, máximo 2 días hábiles.
- Constancia de afiliación, 1 día hábil.
- Informe de siniestralidad, máximo 5 días hábiles.
- Constancia de desafiliación, máximo 2 días hábiles.

