

CONDICIONES PARTICULARES

CONTRATO N°:	<<CODCONTRATO>>
--------------	-----------------

Plan de Salud: 20028-0089 PLAN EMERGENCIA

SECCION PRIMERA. - INFORMACION DEL CONTRATANTE

Nombres y Apellidos/ Razón Social: <<NOMCLIENTE>>	
Tipo Documento: <<TIPDOCCLI>>	N° Documento: <<NRODOCCLI>>
Fecha de Nacimiento: <<FECNAC>>	E.Civil: <<ECIVCLI>>
Teléfono 1: <<TEL1CLI>>	Teléfono 2: <<TEL2CLI>>
Correo Electrónico: <<EMAILCLI>>	
Domicilio: <<DOMCLI>>	Distrito: <<DISTCLI>>

SECCION SEGUNDA. - INFORMACION DE LOS AFILIADOS

1. LISTA DE AFILIADOS

N°	Parent.	Tipo Doc.	N° Documento	Nombres y Apellidos	Sexo	Fecha de Nac.	Peso (kg)	Estat. (mts)	Benef. Sep.
#N1#	#P1#	#T1#	#ND1#	#NA1#	#S1#	#F1#	#K1#	#E1#	#B1#
#N2#	#P2#	#T2#	#ND2#	#NA2#	#S2#	#F2#	#K2#	#E2#	#B2#
#N3#	#P3#	#T3#	#ND3#	#NA3#	#S3#	#F3#	#K3#	#E3#	#B3#
#N4#	#P4#	#T4#	#ND4#	#NA4#	#S4#	#F4#	#K4#	#E4#	#B4#
#N5#	#P5#	#T5#	#ND5#	#NA5#	#S5#	#F5#	#K5#	#E5#	#B5#
#N6#	#P6#	#T6#	#ND6#	#NA6#	#S6#	#F6#	#K6#	#E6#	#B6#

2. DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

En los Planes de Salud Empresariales la obligación de llenado de la Declaración Jurada de Salud recae sobre cada afiliado sin perjuicio de que el contratante pueda hacerlo con autorización de cada afiliado.

Declaro que mis AFILIADOS y yo no hemos omitido información acerca de alguna enfermedad o dolencia y que las respuestas proporcionadas en la Solicitud de afiliación y en la Declaración Jurada de Salud, son verídicas y completas y que es de mi conocimiento que cualquier omisión, simulación o falsedad, hecha con dolo o culpa inexcusable, hace nulo el CONTRATO. En tal sentido como CONTRATANTE suscribo la presente declaración, la cual tendrá el carácter de declaración jurada.

SECCION TERCERA. - INFORMACION DE PAGO

1. TABLA DE APORTACIONES

Nombres	Aporte Anual ⁽²⁾	Aporte Mensual ⁽²⁾
#A1#	#AA1#	#AM1#
#A2#	#AA2#	#AM2#
#A3#	#AA3#	#AM3#
#A4#	#AA4#	#AM4#
#A5#	#AA5#	#AM5#
#A6#	#AA6#	#AM6#
Total Aportes ⁽²⁾	#TA6#	#TM6#

⁽²⁾ Los aportes incluyen IGV y están sujetos a variación en el tiempo

2. PRECIOS DEL PLAN DE SALUD

Los precios descritos corresponden a cuotas mensuales, son referenciales y están sujetos a variaciones:

Edad	Plan Emergencia
0 a 17 años (solo como dependientes)	#MA1#
18 a 29 años	#MA2#
30 a 34 años	#MA3#
35 a 39 años	#MA4#
40 a 44 años	#MA5#
45 a 49 años	#MA6#
50 a 54 años	#MA7#
55 a 59 años	#MA8#
60 a 64 años	#MA9#

En los planes de salud empresariales, el precio estipulado se mantendrá en el monto pactado siempre y cuando la cantidad de afiliados sea como mínimo 50.

Para mayores de 65 años que se encuentren afiliados, se renovarán al plan Senior.

3. CRONOGRAMA DE PAGOS

Nº Cuota	Fecha de Vencimiento	Monto de Cuota ⁽³⁾
#NC1#	#FV1#	#MC1#
#NC2#	#FV2#	#MC2#
#NC3#	#FV3#	#MC3#
#NC4#	#FV4#	#MC4#
#NC5#	#FV5#	#MC5#
#NC6#	#FV6#	#MC6#
#NC7#	#FV7#	#MC7#
#NC8#	#FV8#	#MC8#
#NC9#	#FV9#	#MC9#
#NC10#	#FV10#	#MC10#
#NC11#	#FV11#	#MC11#
#NC12#	#FV12#	#MC12#

SECCION CUARTA. - INICIO DEL CONTRATO Y DE LA COBERTURA

1	Inicio de Contrato	<<INICTTO>>
2	Inicio de cobertura	Cuando se hubiese cancelado oportunamente el primer Aporte, la cobertura se iniciará en la Fecha de Inicio señalada en el numeral precedente. Cuando no se hubiese cancelado oportunamente el primer Aporte, se procederá conforme a lo indicado en la Cláusula Décimo Primera del CONTRATO.

SECCION QUINTA. - TABLA DE BENEFICIOS

Las Prestaciones de Salud cubiertas por el PLAN DE SALUD contratado, así como la RED PRESTACIONAL, la Cobertura Máxima Anual, las Coberturas Particulares (de ser el caso) y los Copagos son los señalados en la siguiente Tabla de Beneficios:

Plan	Programa Preventivo	Atención Ambulatoria	Teleconsultas Médicas	Atención Médica a Domicilio	Red de Imágenes y de Laboratorio	Envío de Medicamentos a Domicilio o Reembolso de Medicamentos	Atención Odontológica	Especialidad No Médica	Emergencia (en Tópico)	Ambulancia	Atención Médica Hospitalaria a Consecuencia de una Emergencia	Atención Médica Hospitalaria Programada	Atención de Maternidad	Reembolso Oncológico	Reembolso Hospitalario	Condonación de Deuda
Emergencia	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✗	✓

Plan de Salud <<DSCPLANSA>>

COBERTURA MÁXIMA ANUAL: Aplica por Afiliado durante su vigencia anual para las condiciones cubiertas por el PLAN DE SALUD, siempre que no estén consideradas en las exclusiones

S/ 20,000.00

RELACIÓN DE BENEFICIOS Y SERVICIOS QUE INCLUYE EL PLAN DE SALUD <<DSCPLANSA>> Y COPAGOS DEL AFILIADO

PROGRAMA PREVENTIVO	Costo por consulta (S/)	Cobertura al (%) ⁴
PERIODO DE ESPERA: 6 meses Durante el año de vigencia del Plan de salud, los AFILIADOS tienen derecho a una evaluación médica preventiva que incluye el control de riesgos según edad y sexo, según el siguiente detalle:		
EN LIMA		
Red Preventiva	S/ 0	100%
EN PROVINCIA		
Red Preventiva	S/ 0	100%
Red Teleconsultas Los exámenes, procedimientos y/u otros servicios vinculados serán realizados en la Red1 Provincia.	S/ 0	100%

CONTENIDO DEL PROGRAMA PREVENTIVO

Control del niño (0 a 9 años)

El programa preventivo para menores de 1 año no tiene periodo de espera.

	< 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 años a más
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				

INMUNIZACIONES	Costo por consulta (S/)	Cobertura al (%) ⁴
EN LIMA (Disponible únicamente en Lima)		
Red de inmunizaciones	S/ 0	100%

EL PROGRAMA PREVENTIVO INCLUYE APLICACIÓN DE VACUNAS, BAJO ESQUEMA MINSA

VACUNA	Recién nacido	2 Meses	3 Meses	4 Meses	5 Meses	6 Meses	7 Meses	8 Meses	12 Meses	15 Meses	18 Meses	4 Años	Mayores 60 años
BCG (Tuberculosis)	x												
HvB (Hepatitis B)	x												
APO (Poliomielitis)		x		x		x							
PENTAVALENTE (Difteria, Tos convulsiva, tétanos, Hepatitis B y Hemophilus)		x		x		x							
NEUMOCOCO (Antineumocócica)			x		x				x				
INFLUENZA							x	x					x
ROTAVIRUS		x		x									
SRP (Sarampión, Parotiditis y Rubéola)									x			x	
AMA (Fiebre Amarilla)										x			
DPT (Difteria, Tos Convulsiva y Tétanos)											x	x	

ORIENTACIÓN MEDICA TELEFÓNICA	
Sin periodo de espera	Costo por consulta (S/)
EN LIMA Y PROVINCIA	
Si no sabes a que especialidad debes ir, o si tu caso se trata o no de una emergencia; el servicio de OMT te indicará a donde debes acudir.	S/ 0

EMERGENCIA (EN TÓPICO)	Costo por consulta (S/)	Cobertura al (%) ⁴
EMERGENCIA ACCIDENTAL O MÉDICA (Cobertura Particular Máxima Anual S/ 20,000) ⁵		
EMERGENCIA MEDICA DE PREEXISTENCIAS (Cobertura Particular Máxima Anual S/ 5,000)		
Sin periodo de espera		
EN LIMA		
- Red 2, Red 3, Red 4 y Red 5	S/ 0	100%
EN PROVINCIA		
- Red 2, Red 3, Red 4 y Red 5	S/ 0	100%

ATENCIÓN MÉDICA HOSPITALARIA A CONSECUENCIA DE EMERGENCIA	Copago	Cobertura al (%) ⁴
ATENCIÓN MÉDICA HOSPITALARIA (Cobertura Particular Máxima Anual S/ 20,000) ⁵		
Periodo de espera de atención médica hospitalaria como consecuencia de una emergencia médica: 10 meses, excepto los siguientes diagnósticos: apendicitis aguda, quiste de ovario a pedículo torcido o torsión testicular.		
Atención médica hospitalaria como consecuencia de una emergencia accidental, sin periodo de espera.		
EN LIMA		
- Red 2	1 día de habitación	70%
- Red 3	1 día de habitación	65%
- Red 4	1 día de habitación	60%
- Red 5	1 día de habitación	55%
EN PROVINCIA		
- Red 2	1 día de habitación	65%
- Red 3	1 día de habitación	60%
- Red 4	1 día de habitación	55%
- Red 5	1 día de habitación	50%
ATENCIÓN MÉDICA HOSPITALARIA DE PREEXISTENCIAS TIPO A Y TIPO B		
Periodo de espera de atención médica hospitalaria como consecuencia de una emergencia médica: 10 meses		
(Cobertura Particular Máxima Anual S/ 5,000) ⁶		
EN LIMA		
- Red 2, Red 3, Red 4 y Red 5	1 día de habitación	10%
EN PROVINCIA		
- Red 2, Red 3, Red 4 y Red 5	1 día de habitación	10%

AMBULANCIA POR EMERGENCIA ACCIDENTAL O MÉDICA	Copago por evento (S/)
Sin periodo de espera	
EN LIMA Y PROVINCIA	
- Red de Ambulancia 1	S/ 30
- Red de Ambulancia 2	S/ 50

REEMBOLSO ONCOLÓGICO**Periodo de espera: 10 meses****EN LIMA Y PROVINCIA****Por Oncología:**

Un (01) evento por afiliado por única vez

Hasta S/ 10,000 para el primer diagnóstico de cáncer del AFILIADO.

OTROS BENEFICIOS

Los beneficios adicionales se encuentran actualizados en el siguiente enlace:

https://www.fesalud.com.pe/docs/BENEFICIOS_ADICIONALES_V3.pdf⁽⁴⁾ Por exámenes, procedimientos, medicamentos y/u otros servicios vinculados.⁽⁵⁾ Cobertura Particular Máxima Anual S/ 20,000 Emergencia (En Tópico + Hospitalaria)⁽⁶⁾ Cobertura Particular Máxima Anual Preexistencias S/ 5,000 Emergencia (En Tópico + Hospitalaria)**Importante:**

1. Se deja aclarado que las atenciones ambulatorias de Emergencia Accidental, Emergencia Médica o Emergencia Médica de Preexistencias no cuentan con periodo de espera.
2. Todas las Prestaciones de Salud y coberturas se encuentran sujetas a las Exclusiones, Periodos de Carencia, límites y demás condiciones señaladas en el CONTRATO y sus Anexos.
3. Los importes por consulta incluyen IGV.
4. Las medicinas serán facturadas en base al precio de venta al público, establecido por los laboratorios en la publicación Kairos.
5. Los servicios y honorarios serán facturados de acuerdo a las tarifas que las Clínicas tienen establecido para el Plan de Salud en base al tarifario Segus.

SECCION SÉPTIMA. - ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AFILIADOS A LA RED PRESTACIONAL

Los Establecimientos de Salud que forman parte de la RED PRESTACIONAL podrán variar en cualquier momento, debiendo FESALUD comunicar tales modificaciones siguiendo los mecanismos establecidos en el CONTRATO.

La RED PRESTACIONAL se encuentra detallada en el siguiente enlace:

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