

ANEXO 6: CONDICIONES PARTICULARES

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

Plan de Salud: <<DSCPLANSA>>**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
Integral	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✓

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/ 150,000.00

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 Haemophilus)		x		x		x							
NEUMOCOCO (Antineumocócica)			x		x				x				
INFLUENZA							x	x					x
ROTAVIRUS		x		x									
SRP (Sarampión, Parotiditis y Rubeola)									x			x	
AMA (Fiebre Amarilla)										x			
DPT (Difteria, Tos Convulsiva y Tétanos)											x	x	

ORIENTACION 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

ATENCION AMBULATORIA		Costo por consulta	Cobertura al
Periodo de espera: 30 días		(S/)	(%) ⁴
EN LIMA			
- Red 1	S/ 25	75%	
- Red 2	S/ 30	70%	
- Red 3	S/ 35	65%	
- Red 4	S/ 55	60%	
- Red 5	S/ 70	55%	
EN PROVINCIA			
- Red 1	S/ 35	70%	
- Red 2	S/ 45	65%	
- Red 3	S/ 55	60%	
- Red 4	S/ 65	55%	
- Red 5	S/ 85	50%	
ATENCION AMBULATORIA DE PREEXISTENCIAS ⁵		Costo por consulta	Cobertura al
Periodo de espera: 90 días		(S/)	(%) ⁴
Preexistencias Tipo A			
EN LIMA			
- Red 1	S/ 25	50%	
- Red 2 con Orden de Referencia	S/ 30		
- Red 3 con Orden de Referencia	S/ 35		
- Red 4 con Orden de Referencia	S/ 55		
- Red 5 con Orden de Referencia	S/ 70		
EN PROVINCIA			
- Red 1	S/ 35	50%	
- Red 2 con Orden de Referencia	S/ 45		
- Red 3 con Orden de Referencia	S/ 55		
- Red 4 con Orden de Referencia	S/ 65		
- Red 5 con Orden de Referencia	S/ 85		
Preexistencias Tipo B			
EN LIMA			
- Red 1	S/ 25	5%	
- Red 2 con Orden de Referencia	S/ 30		
- Red 3 con Orden de Referencia	S/ 35		
- Red 4 con Orden de Referencia	S/ 55		
- Red 5 con Orden de Referencia	S/ 70		
EN PROVINCIA			
- Red 1	S/ 35	5%	
- Red 2 con Orden de Referencia	S/ 45		
- Red 3 con Orden de Referencia	S/ 55		
- Red 4 con Orden de Referencia	S/ 65		

- Red 5 con Orden de Referencia	S/ 85	
TELECONSULTAS⁶		
Periodo de espera: 30 días, excepto preexistencias 90 días.	Costo por consulta (S/)	Cobertura al (%)[*]
EN LIMA Y PROVINCIA		
Red Teleconsultas		
- Por atención ambulatoria	S/ 10	90%
- Por atención ambulatoria de Tipo A	S/ 10	65%
preexistencias Tipo B	S/ 10	5%
(retirar nutrición)		
(*) Sólo cobertura de medicamentos. Para exámenes, procedimientos y/u otros servicios vinculados, se harán las coordinaciones dentro de la Red Prestacional, según las condiciones de Atención Ambulatoria o Atención Ambulatoria de Preexistencias.		

ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO⁶		
Periodo de espera: 30 días, excepto preexistencias 90 días.	Costo por consulta (S/)	Cobertura al (%)[*]
Red de Atención Médica a Domicilio 1		
- Por atención ambulatoria	S/ 80	60%
- Por atención ambulatoria de Tipo A	S/ 80	50%
preexistencias Tipo B	S/ 80	5%
Red de Atención Médica a Domicilio 2		
- Por atención ambulatoria	S/ 120	60%
- Por atención ambulatoria de Tipo A	S/ 120	50%
preexistencias Tipo B	S/ 120	5%
(*) Sólo cobertura de medicamentos. Para exámenes, procedimientos y/u otros servicios vinculados, se harán las coordinaciones dentro de la Red Prestacional, según las condiciones de Atención Ambulatoria o Atención Ambulatoria de Preexistencias.		

RED DE IMÁGENES⁶		
Periodo de espera: 30 días, excepto preexistencias 90 días.	Costo por consulta (S/)	Cobertura al (%)⁴
EN LIMA Y PROVINCIA		
- Red 1	- Por atención ambulatoria	No aplica
		65%

	- Por atención ambulatoria de preexistencias	No aplica	Según condiciones ambulatorias de preexistencias
- Red 2	- Por atención ambulatoria	No aplica	55%
	- Por atención ambulatoria de preexistencias	No aplica	Según condiciones ambulatorias de preexistencias

RED DE LABORATORIO⁶ Periodo de espera: 30 días, excepto preexistencias 90 días.		Costo por consulta (S/)	Cobertura al (%)⁴
EN LIMA Y PROVINCIA			
- Por atención ambulatoria		No aplica	65%
- Por atención ambulatoria de preexistencias		No aplica	Según condiciones ambulatorias de preexistencias

REEMBOLSO DE MEDICAMENTOS⁶ Periodo de espera: 30 días, excepto preexistencias 90 días.		Costo por consulta (S/)	Cobertura al (%)⁴
EN LIMA Y PROVINCIA			
- Por atención ambulatoria		No aplica	Según condiciones ambulatorias
- Por atención ambulatoria de preexistencias		No aplica	Según condiciones ambulatorias de preexistencias
Por atención ambulatoria de preexistencias		No aplica	Según condiciones ambulatorias de preexistencias

ATENCION ODONTOLÓGICA Periodo de espera: 90 días		Copago por pieza tratada y terminada (S/)	Cobertura al (%)⁴
La Atención Odontológica cubre únicamente procedimientos de exodoncias simples, obturaciones (curaciones) con resina, profilaxis, fluorizaciones con flúor gel y radiografías simples. Con un máximo de 3 curaciones simples o 1 compleja o 1 compuesta al mes.			
EN LIMA			
- Red Odontológica 1		S/ 20	70%
- Red Odontológica 2		S/ 30	65%
- Red Odontológica 3		S/ 40	60%
EN PROVINCIA			
- Red Odontológica 3		S/ 40	60%

OTRAS ESPECIALIDADES		Costo por consulta (S/)	Cobertura al (%)⁴
Periodo de espera: 30 días, excepto preexistencias 90 días.			
EN LIMA Y PROVINCIA			
- Red Terapia Física Como máximo 10 sesiones de terapia física por zona por mes.		No aplica	70%
- Red Oftalmológica		S/ 55	60%
- Red de Nutrición No incluye medicamentos ni exámenes auxiliares		S/ 60	No aplica
- Red de Psicología No incluye medicamentos ni exámenes auxiliares		S/ 65	No aplica

EMERGENCIA (EN TÓPICO)	Costo por consulta (S/)	Cobertura al (%)⁴
Sin periodo de espera		
EMERGENCIA ACCIDENTAL O MÉDICA (Cobertura Particular Máxima Anual S/ 20,000)⁷		
EMERGENCIA MÉDICA DE PREEXISTENCIAS (Cobertura Particular Máxima Anual S/ 5,000)⁸		
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)⁷		
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 (Cobertura Particular Máxima Anual S/ 5,000)⁸		

Periodo de espera de atención médica hospitalaria como consecuencia de una emergencia médica:
10 meses

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

Sin periodo de espera

Copago por evento (S/)

EN LIMA Y PROVINCIA

- Red de Ambulancia 1	S/ 30
- Red de Ambulancia 2	S/ 50

REEMBOLSOS

EN LIMA Y PROVINCIA

- **Por Hospitalización:**
Periodo de espera: 10 meses
No cubre cuando la hospitalización fue a consecuencia de una Preexistencia, ni cuando se usó la cobertura de Atención Médica Hospitalaria a Consecuencia de Emergencia. Cobertura: hasta S/ 250 por día; máximo: 30 días al año.
- **Por Oncología:**
Periodo de espera: 10 meses
Un (01) evento por afiliado.
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) Necesariamente se deberá haber seguido el procedimiento señalado en el Anexo 1: "Condiciones y Procedimiento para la Atención Médica". **Se necesita una Orden de Referencia**

(6) Necesariamente se deberá haber seguido el procedimiento señalado en la Cláusula Quinta: "Cobertura, Garantía y Condiciones" y/o el procedimiento señalado en el Anexo 1: "Condiciones y Procedimiento para la Atención Médica". En caso de preexistencias aplican las condiciones ambulatorias de preexistencias.

(7) Cobertura Particular Máxima Anual S/ 20,000 Emergencia (En Tópico + Hospitalaria)

(8) 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.

PLN-FR-04 Condiciones Particulares del Plan Integral V.08

Av. Javier Prado Este 3580 - San Borja, Lima

Maria Fe: Tu Asistente Virtual por whatsapp al 992 860 605 / **Aló Fesalud** (01) 625-4680

www.fesalud.com.pe

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.
6. Cabe resaltar que existen algunos médicos con subespecialidades (p. ej.: neurología pediátrica, neumología pediátrica, alergia e inmunología, entre otros) que no trabajan con seguros, por lo que se recomienda confirmar con la clínica al momento de sacar la cita.

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_INTEGRAL.pdf