

ANEXO 6: CONDICIONES PARTICULARES

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

Plan de Salud: <<DSCPLANS>>

SECCION PRIMERA. - INFORMACION DEL CONTRATANTE

Nombres y Apellidos/ Razón Social: <<NOMCLIENTE>>	
Tipo Documento: <<TIPDOCCLI>>	Nº 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

Nº	Parent.	Tipo Doc.	Nº 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 Senior
65-69	230.00
70-74	320.00
75-79	450.00
80-84	635.00
85 a más	770.00

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	<<INICIO>>
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	Terapia Física	Emergencia Accidental (en Tópico)	Ambulancia	Atención Médica Hospitalaria a Consecuencia de una Emergencia Accidental	Atención Médica Hospitalaria Programada	Atención de Maternidad	Reembolso Oncológico	Reembolso Hospitalario
Senior	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗

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/ 75,000.00

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

Consulta preventiva	1
Hemoglobina	1
Examen de colesterol total	1
Examen de glicemia	1
Examen de antígeno prostático específico (sólo varones)	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		
<ul style="list-style-type: none"> Dosis anual de la vacuna contra la influenza. 		
ATENCION AMBULATORIA Periodo de espera: 30 días	Costo por consulta (S/)	Cobertura al (%) ⁴
EN LIMA		
- Red 1	S/ 35	65%
- Red 2	S/ 45	60%
- Red 3	S/ 55	55%
- Red 4	S/ 70	50%
EN PROVINCIA		
- Red 1	S/ 50	60%
- Red 2	S/ 60	55%
- Red 3	S/ 70	50%
- Red 4	S/ 80	45%
ATENCION AMBULATORIA DE PREEXISTENCIAS ⁵ Periodo de espera: 90 días	Costo por consulta (S/)	Cobertura al (%) ⁴
Preexistencias Tipo A		
EN LIMA		
- Red 1	S/ 35	
- Red 2 con Orden de Referencia	S/ 45	
- Red 3 con Orden de Referencia	S/ 55	
- Red 4 con Orden de Referencia	S/ 70	30%
EN PROVINCIA		
- Red 1	S/ 50	
- Red 2 con Orden de Referencia	S/ 60	
- Red 3 con Orden de Referencia	S/ 70	
- Red 4 con Orden de Referencia	S/ 80	30%
Preexistencias Tipo B		
EN LIMA		
- Red 1	S/ 35	
- Red 2 con Orden de Referencia	S/ 45	
- Red 3 con Orden de Referencia	S/ 55	
- Red 4 con Orden de Referencia	S/ 70	5%
- Red 1	S/ 50	
- Red 2 con Orden de Referencia	S/ 60	
- Red 3 con Orden de Referencia	S/ 70	
- Red 4 con Orden de Referencia	S/ 80	5%

TELECONSULTAS ⁶ 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/ 15
- Por atención ambulatoria de preexistencias	Tipo A	S/ 15
	Tipo B	S/ 15
(retirar nutrición)		70%
		50%
		5%
<i>(*) 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.</i>		

ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO ⁶ 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/ 100
- Por atención ambulatoria de preexistencias	Tipo A	S/ 100
	Tipo B	S/ 100
50%		30%
		5%
Red de Atención Médica a Domicilio 2		
- Por atención ambulatoria		S/ 150
- Por atención ambulatoria de preexistencias	Tipo A	S/ 150
	Tipo B	S/ 150
50%		30%
		5%
<i>(*) 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.</i>		

RED DE IMÁGENES ⁶ Periodo de espera: 30 días, excepto preexistencias 90 días.	Costo por consulta (S/)	Cobertura al (%) ⁴
EN LIMA Y PROVINCIA		
- Red 1	<ul style="list-style-type: none"> - Por atención ambulatoria - Por atención ambulatoria de preexistencias 	<p>No aplica</p> <p>No aplica</p> <p>55%</p> <p>Según condiciones ambulatorias de preexistencias</p>

- Red 2	- Por atención ambulatoria - Por atención ambulatoria de preexistencias	No aplica No aplica	45% 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 - Por atención ambulatoria de preexistencias	No aplica No aplica	55% 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

OTRAS ESPECIALIDADES Periodo de espera: 30 días, excepto preexistencias 90 días.	Costo por consulta (S/)	Cobertura al (%)⁴
EN LIMA Y PROVINCIA		
- Red Terapia Física Como máximo 08 sesiones por mes.	No aplica	60%
- Red de Nutrición No incluye medicamentos ni exámenes auxiliares	S/ 80	No aplica

EMERGENCIA (EN TÓPICO) Sin periodo de espera	Costo por consulta (S/)	Cobertura al (%)⁴
SOLO POR EMERGENCIA ACCIDENTAL (Cobertura Particular Máxima Anual S/ 20,000)⁷		
EN LIMA		
- Red 2, Red 3 y Red 4	S/ 0	100%
EN PROVINCIA		

- Red 2, Red 3 y Red 4	S/ 0	100%
------------------------	------	------

La atención a consecuencia de una emergencia médica NO tiene cobertura bajo este plan.

ATENCIÓN MÉDICA HOSPITALARIA COMO CONSECUENCIA DE UNA EMERGENCIA ACCIDENTAL	Copago	Cobertura al (%) ⁴
Cobertura Particular Máxima Anual S/ 20,000⁷		
Sin periodo de espera		
EN LIMA		
- Red 2	1 día de habitación	60%
- Red 3	1 día de habitación	55%
- Red 4	1 día de habitación	50%
EN PROVINCIA		
- Red 2	1 día de habitación	55%
- Red 3	1 día de habitación	50%
- Red 4	1 día de habitación	45%

La atención médica hospitalaria a consecuencia de una emergencia médica NO tiene cobertura bajo este plan.

AMBULANCIA POR EMERGENCIA ACCIDENTAL	Copago por evento (S/)
Sin periodo de espera	
EN LIMA Y PROVINCIA	
- Red de Ambulancia 1	S/ 50
- Red de Ambulancia 2	S/ 70

OTROS BENEFICIOS

Para acceder a los beneficios adicionales se ingresa con el correo registrado en el siguiente enlace:

<https://beebeneficios.com.pe/>

- (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)

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 con 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_SENIOR.pdf