

¡RIMAC te da la bienvenida!

Queremos darte la bienvenida y agradecer tu decisión de compartir con nosotros el cuidado de tu salud y la de tu familia.

Nuestra amplia experiencia en salud nos permite brindarte el mejor servicio para que puedas disfrutar en cualquier momento de una atención integral, a cargo de los mejores profesionales de la medicina y en la más completa red de clínicas y centros médicos afiliados a nivel nacional. Es por ello que las más prestigiosas empresas y miles de personas en el país han depositado su confianza en nosotros.

Te recordamos que los asegurados podrán atenderse en los establecimientos de salud afiliados presentando únicamente el DNI, partida de nacimiento para recién nacidos o carné de extranjería.

Índice

1.	RIMAC EPS.....	02
2.	El sistema EPS.....	03
3.	El Plan de Salud.....	04
3.1.	Plan de Salud base	
3.1.1	Leyenda	
4.	Beneficios RIMAC EPS.....	06
4.1.	Atención ambulatoria	
4.1.1	Médico a domicilio	
4.2.	Atención hospitalaria	
4.3.	Atención por emergencia	
4.3.1	Atención por emergencia en clínicas afiliadas en Lima y provincias	
4.3.2	Atención por emergencias a través de emergencias y asistencias	
4.3.3	Cobertura de continuidad de emergencia accidental	
4.4.	Atención por maternidad	
4.4.1	Atención ambulatoria por maternidad	
4.5.	Atención odontológica/Atención oftalmológica	
4.6.	Cobertura de enfermedades congénitas	
4.7.	Atención oncológica	
4.8.	Planes de prevención	
4.8.1	Exámenes preventivos	
4.8.2	Control del Niño Sano	
5.	Tipos de atención.....	11
5.1.	Sistema de crédito	
5.2.	Sistema de reembolso	
6.	Condiciones y cobertura de latencia (desempleo).....	12
7.	Preguntas frecuentes.....	13
8.	Glosario de términos.....	15
9.	Listado de diagnóstico de capa simple.....	17
10.	Reglamento de Atención de Reclamos Rimac EPS.....	17

1. RIMAC EPS

RIMAC S.A. entidad prestadora de salud en adelante RIMAC EPS, cuenta con el respaldo del Grupo Brea, uno de los grupos económicos más sólidos e importante gestor de la economía nacional, con participaciones en empresas líderes como: BBVA Banco Continental, Minsur, Clínica Internacional, entre otras. Asimismo, cuenta con el respaldo de RIMAC Seguros, empresa aseguradora con más de 120 años en el mercado, que tiene el compromiso de asegurar la tranquilidad de miles de empresas y familias en el Perú.

Bienes Raíces	Manufactura	Minería	Salud
AESA	EXSA	MINSUR	Rimac Eps
Urbanizadora Jardín	CPPQ	RAURA	Clínica Internacional
Hoteles Libertador	Nitratos del Perú	FUNSUR	Turismo
Inversiones Brea	Soldexa	Agricultura	Hoteles Libertador
Inversiones San Borja	Melón	Hoja Redonda	Westin Hotel
Cúbica	Finanzas	Viñas de Oro	
Pesca	Banco Continental		
TASA	Rimac Seguros		

RIMAC EPS se creó con el objetivo de prestar servicios integrales de atención en salud. Nuestra autorización de funcionamiento fue emitida el 24 de agosto de 1998, a raíz de la promulgación de la Ley de Modernización de la Seguridad Social 26790, convirtiéndonos en la primera empresa en confiar en el sistema.

RIMAC EPS te ofrece a ti y a tus familiares la más completa red propia de clínicas y centros médicos afiliados con los mejores profesionales de la medicina a nivel nacional.

Nuestra red propia está conformada por:

Clínicas:

Clínica Internacional – Lima Av. Garcilaso de la Vega (antes Wilson) N° 1420 – Lima

Clínica Internacional – San Borja Av. Guardia Civil N° 385 – San Borja

Clínica Internacional – Piura Av. Los Cocos N° 111 - 153 – Piura

Centros médicos:

Clínica Internacional – Medicentro El Polo, Av. La Encantada N° 960 – Surco

Clínica Internacional – Medicentro San Isidro, Av. Paseo de la República N° 3058 – San Isidro

Clínica Internacional – Medicentro Huaraz, Jr. Juan de la Matta Arnao – Huaraz

Clínica Internacional – Medicentro Bellavista, Av. Oscar R. Benavides N° 3866, Edificio 3 - Piso 2

Clínica Internacional – Medicentro Colmena, Av. Nicolás de Piérola (Ex Av. Colmena) N° 727-733

Clínica Internacional – Medicentro Santa Anita, Av. Nicolás de Ayllon N° 1508 – Santa Anita

Clínica Internacional – Medicentro Arequipa, Av. Porongoche N° 500 – Arequipa

Clínica Internacional – Medicentro Trujillo, Av. América Oeste N° 750, Mz. A, Lote 1A Edificio Médico – Trujillo

Central telefónica: 619-6161, programa tu cita con la opción 1.

Nota: no es posible atender farmacia o exámenes auxiliares por médicos que no pertenecen al medicentro y/o a la Clínica Internacional Lima o San Borja. La prescripción de medicación por el médico tratante no excederá de 30 días.

Los procedimientos, medicamentos y exámenes auxiliares se realizan y recogen en los medicentros o en la Clínica Internacional según la modalidad de atención elegida.

2. El Sistema EPS

¿Qué es una EPS?

Las entidades prestadoras de salud (EPS) se crearon bajo el amparo de la Ley 26790, que permite a las mismas complementar los servicios de atención para la salud que viene prestando EsSalud al régimen contributivo.

Las EPS son empresas privadas que brindan servicios de atención para la salud, con infraestructura propia y de terceros, sujetándose a la regulación de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).

¿Cómo funciona el sistema EPS?

Se llama afiliado regular a todos aquellos trabajadores activos de una empresa que laboren en relación de dependencia, sus derechohabientes legales, cónyuge, conviviente, hijos menores de edad o hijos mayores de edad incapacitados total y permanentemente para trabajar.

Para el caso de los afiliados regulares, las empresas por ley aportan el 9% de la planilla a EsSalud para que sus trabajadores estén cubiertos ante la eventualidad de cualquier enfermedad que puedan presentar sin hacer distinción para todos los diagnósticos de capa simple (atenciones más frecuentes y menos complicadas, principalmente ambulatorias) y los de capa compleja (casos de mayor severidad).

Al elegir una EPS, el 9% que la empresa aportaba a EsSalud se divide en un 2.25% para la EPS elegida y 6.75% que se sigue aportando a EsSalud.

Al afiliarse a una EPS, el trabajador conserva su derecho de atenderse en EsSalud en capa compleja y los subsidios de ley, quedando a cargo de la EPS la cobertura obligatoria de todos los diagnósticos de capa simple, pudiendo la EPS otorgar mayores coberturas.

RIMAC EPS ofrece un plan integral que incluye atenciones de capa simple, capa compleja y algunos beneficios adicionales.

El trabajador y sus dependientes legales tienen dos opciones de atención en capa compleja, a través de la red de clínicas afiliadas de RIMAC EPS o en EsSalud.

Se considera afiliados independientes del régimen Contributivo de Aseguramiento Universal en Salud en adelante afiliados potestativos a todas aquellas personas que no reúnan las condiciones para ser consideradas como afiliados regulares. Por lo tanto, son afiliados que no laboran bajo relación de dependencia o en calidad de socios en cualquier régimen laboral como por ejemplo los trabajadores independientes y que tampoco sean considerados derechohabientes legales como por ejemplo los hijos mayores de edad y los padres.

De acuerdo a la Ley del Aseguramiento Universal en Salud los afiliados potestativos gozan del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

Tu empresa aporta a EsSalud: 9% de la planilla	
EsSalud 6.75%	EPS 2.25%
Capa compleja: Enfermedades más graves y menos frecuentes	Capa simple: Enfermedades menos graves y más frecuentes
Subsidios, lactancia, incapacidad	Capa compleja: Enfermedades más graves y menos frecuentes

3. El Plan de Salud

El Plan de Salud describe la forma en que las prestaciones se otorgan. Incluye las coberturas, las exclusiones, los copagos y los establecimientos vinculados al plan.

El Plan de Salud está conformado por:

3.1 Plan de Salud Base

El Plan de Salud Base comprende coberturas obligatorias y complementarias las cuales cubren atenciones de capa simple y capa compleja respectivamente.

Modelo de Plan Salud

EMPRESA XXX

Plan de Salud Base

Trabajador, cónyuge e hijos (hasta 18 años)

Cobertura obligatoria: capa simple

Comprende la atención de contingencias correspondientes a la capa simple, mediante las prestaciones preventivas, promocionales, de recuperación de la salud y emergencias incluidas en el anexo 1 del Decreto Supremo 0009-97-SA, así como los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales no cubiertos por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.

Dicha cobertura no excluye el tratamiento de dolencias preexistentes y se otorga sin límite de suma asegurada. El listado de capa simple está disponible en el anexo 1.

Cobertura complementaria: capa compleja

Comprende la atención de contingencias correspondientes a la capa compleja, es decir, todas aquellas prestaciones no comprendidas en la cobertura obligatoria que permiten dar integridad, oportunidad y continuidad a las prestaciones de salud. Se encuentra sujeta a los límites, prestaciones y condiciones estipulados libremente por las partes, sin que ello implique la pérdida del derecho del trabajador, de mantener las mismas en ESSalud.

Sumas aseguradas

Descripción de beneficios

Descripción de beneficios				1 Cobertura obligatoria	
				Ilimitada	
2 Cobertura complementaria por persona al año				3 Copago	4 Cubierto al
Atenciones ambulatorias relativas a prestaciones de capa simple y/o de capa compleja					
Red 1	Medicentro Bellavista Medicentro Santa Anita	Medicentro El Polo Clínica Internacional	Medicentro San Isidro Clínica Internacional sede San Borja	S/ XX	95%
Red 2	Montefiori San Juan Bautista Good Hope (Limatambo) Santa María del Sur	Cayetano Heredia Ricardo Palma (Cono Norte) Maison de Santé (Chorrillos)	Vesalio Limatambo San Judas Tadeo	S/ XX	90%
Red de provincias	Arequipa (Arequipa) Del Pacífico (Chiclayo)	San Miguel (Piura) Peruano Americana (Trujillo)	Ana Sthal (Iquitos) Limatambo	S/ XX	85%

3.1.1 Leyenda

RIMAC EPS otorga a todos sus afiliados regulares la cobertura compuesta por prestaciones de recuperación de la salud y prestaciones preventivas y promocionales. La cobertura obligatoria incluye la atención de las contingencias de la capa simple y la atención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales no cubiertos por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo. La cobertura obligatoria es otorgada por igual para todos los afiliados regulares.

1. Cobertura obligatoria: capa simple

Es el conjunto de atenciones médicas de mayor frecuencia y menor complejidad, comprende atenciones de prestaciones preventivas, promocionales, de recuperación y emergencias. Dicha cobertura incluye el tratamiento de dolencias preexistentes que se otorga sin límites de Suma Asegurada.

2. Cobertura complementaria: capa compleja

Es el conjunto de atenciones médicas de menor frecuencia pero de mayor complejidad no contenidas en la capa simple. Se encuentra sujeta a los límites y prestaciones y condiciones estipulados libremente por la EPS y la Entidad Empleadora, sin que aquello implique la pérdida del derecho del trabajador de mantener las mismas en EsSalud. En la cobertura de capa compleja se excluyen las enfermedades preexistentes.

3. Copagos

Es el conjunto de atenciones médicas de menor frecuencia pero de mayor complejidad no contenidas en la capa simple. Se encuentra sujeta a los límites y prestaciones y condiciones estipulados libremente por la EPS y la Entidad Empleadora, sin que aquello implique la pérdida del derecho del trabajador de mantener las mismas en EsSalud. En la cobertura de capa compleja se excluyen las enfermedades preexistentes.

Deducible (copago fijo): Monto fijo que el Afiliado debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor médico afiliado de la red detallada en el Plan de Salud, en el momento en que se le brindan los servicios cubiertos, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. No se aplica para los procedimientos derivados de la consulta (exámenes auxiliares, procedimientos médicos o quirúrgicos, etc.), aunque estos sean programados para una fecha posterior.

Coaseguro (copago variable): Porcentaje del gasto que el afiliado debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor médico afiliado a la red detallada en el Plan de Salud, en el momento en que se le brinda los servicios cubiertos, ya sea en una atención ambulatoria o tratamiento hospitalario. El copago se aplica al saldo del gasto presentado, menos el deducible.

4. Planes adicionales

Los planes adicionales ofrecen mayores coberturas, Sumas Aseguradas, beneficios, redes y aportes diferenciados que se agregan al Plan Base, si el afiliado lo decide. Por ejemplo el plan adicional 1 o el plan adicional 2.

4. Beneficios RIMAC EPS

Al elegir RIMAC EPS cuentas con la mejor gama de beneficios del mercado. Tu Plan de Salud contempla los siguientes beneficios:

4.1. Atención ambulatoria

Es toda consulta médica que se realiza en una clínica o centro médico y que se tiene como objetivo el cuidado de la salud y no requiere una estadía hospitalaria este último de ser el caso.

Procedimiento de atención:



Recuerda que no estarán cubiertos los procedimientos, diagnósticos ni medicamentos excluidos o cuando se trate de una enfermedad preexistente.

4.1.1 Médico a domicilio

Procedimiento de atención:



En los casos que los análisis clínicos impliquen equipos médicos no móviles, estos se efectuarán en el proveedor indicado por el médico a domicilio.

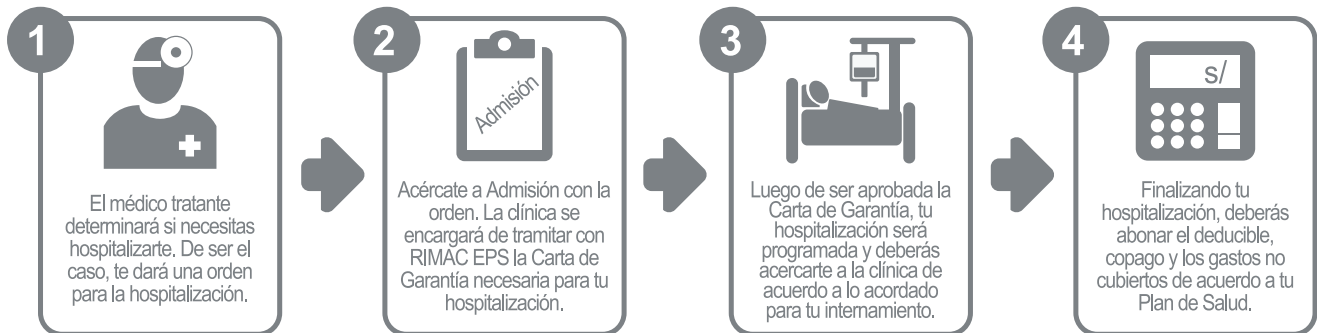
- Revisa tu Plan de Salud para que conozcas el radio de acción y las especialidades médicas que te ofrecemos.
- Enfermedades ambulatorias agudas de baja complejidad (no emergencia).
- Atención mediante citas programadas.
- Sujeto a disponibilidad de nuestro proveedor .

4.2. Atención hospitalaria:

Llamamos atención hospitalaria al internamiento por indicación médica en una clínica o centro médico que incluye la utilización del servicio de habitación, atención general de enfermería y el servicio de alimentación, este último de ser el caso.

Procedimiento de atención hospitalaria:

Si requieres una hospitalización programada en alguna de las clínicas afiliadas a tu Plan de Salud, estos son los pasos a seguir:



4.3 Atención por emergencia

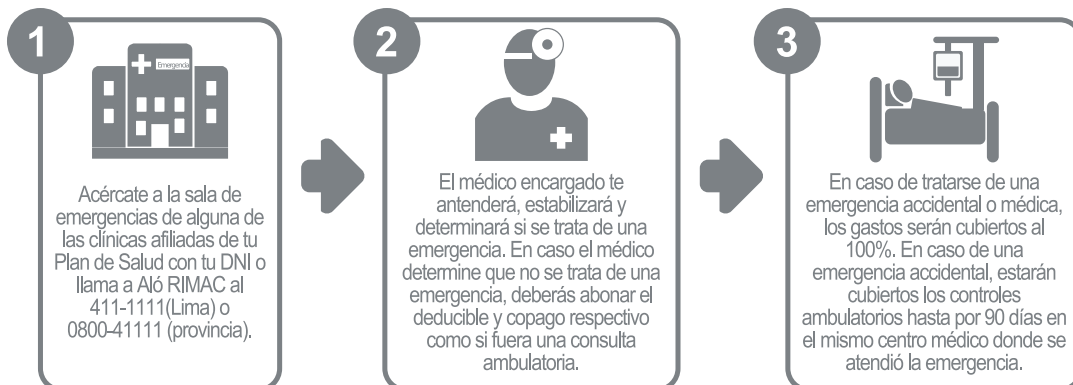
¿Qué es una emergencia?

Es toda condición repentina e inesperada que requiere atención y procedimientos quirúrgicos y/o médicos inmediatos al poner en peligro inminente la vida, la salud, o que pueden dejar secuelas invalidantes en el AFILIADO. La determinación de la condición de emergencia es realizada por el profesional médico encargado de la atención, bajo responsabilidad (Resolución de Intendencia General N° 037-2008-SEPS/CD). La cobertura ampara al 100% todos aquellos diagnósticos considerados como emergencias por el médico tratante sean de capa simple o capa compleja (siempre y cuando no estén excluidos en tu Plan de Salud contratado), cuya atención guarde relación con el diagnóstico proporcionado por el mismo. Las emergencias pueden ser de naturaleza médica o accidental. La razón para considerar si se trata de una emergencia médica se basa fundamentalmente en la apreciación del médico tratante.

Una vez estabilizada la emergencia se aplicarán los deducibles y coaseguros respectivos ya sea que se derive a una atención ambulatoria u hospitalización. Los gastos por una emergencia previos a la hospitalización o atención ambulatoria son asumidos por RIMAC EPS al 100%.

4.3.1 Procedimiento de Emergencia

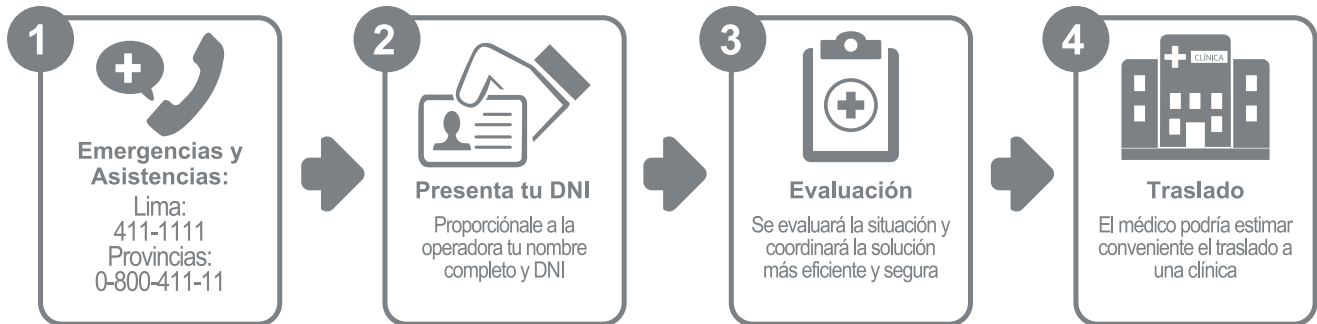
En caso tuvieras una emergencia accidental o médica y necesites atención inmediata, debes proceder de la siguiente manera:



Recuerda que si la emergencia conlleva a una hospitalización, se seguirá el mismo tratamiento que para una atención hospitalaria.

4.3.2 Atención por emergencias a través de emergencias y asistencias

Procedimiento de atención:



El establecimiento procederá a cargar los deducibles y coaseguros respectivos según los niveles de atención brindada (ambulatoria u hospitalaria) y lo establecido en tu Plan de Salud.

4.3.3 Cobertura de continuidad de emergencia accidental

Se dará cobertura de continuidad de emergencia accidental hasta por 90 días en el mismo establecimiento donde se atendió inicialmente la emergencia accidental. La cobertura mencionada, dentro de este periodo, será cubierta al 100% para las siguientes intervenciones:

- Controles ambulatorios
- Exámenes de laboratorio de control
- Exámenes radiológicos de control
- Sesiones de terapia física
- Retiro de puntos
- Retiro de yeso

No incluye hospitalizaciones o cirugía ambulatoria derivada del accidente. No se cubren aparatos ortopédicos ni ortésicos, tales como: cabestrillos, collarines, muletas, entre otros.

4.4 Atención por maternidad

El programa de maternidad de RIMAC EPS promueve el cuidado de la salud materna y del recién nacido, mediante la atención médica y la educación.

Nuestro programa incluye los siguientes beneficios en la red de maternidad indicada en tu Plan de Salud:

- Diagnóstico de maternidad en capa simple: consultas de pre y postnatal, parto normal y parto múltiple espontáneo sin complicaciones.
- Diagnóstico de maternidad en capa compleja: cesárea, aborto no provocado y/o amenaza de aborto, complicaciones orgánicas del embarazo.

4.4.1 Atención ambulatoria por maternidad

El programa incluye:

- Una consulta prenatal mensual durante los primeros siete meses, una quincenal durante el octavo mes y una semanal durante el noveno mes.
- Dos consultas postnatales (consulta médica y vitaminas).
- Tres ecografías obstétricas convencionales (bidimensionales) a razón de una por trimestre gestacional.
- Un curso de preparación del parto de 7 sesiones (si tu Plan de Salud lo contempla).

Observaciones:

- Solo se consideran consultas pre y postnatales a todas aquellas consultas que verifiquen el estado de salud de la madre gestante y del bebé en gestación, no por otra enfermedad que se presente o sospeche en la paciente. Excepto los diagnósticos de infecciones urinarias, vulvovaginitis, estreñimiento, vómitos del embarazo no especificados, estas atenciones se deben diagnosticar en la consulta prenatal.
- En caso que se sospeche o presente una enfermedad, se cubrirá como complicación si está relacionada a la gestación, en caso contrario se cubrirá según las condiciones de tu plan para otras enfermedades. (Ej.: tifoidea).
- Los exámenes auxiliares cubiertos en el control prenatal son: hemograma, glucosa, creatinina, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, Elisa VIH, examen de úrea y examen completo de orina. Otros análisis

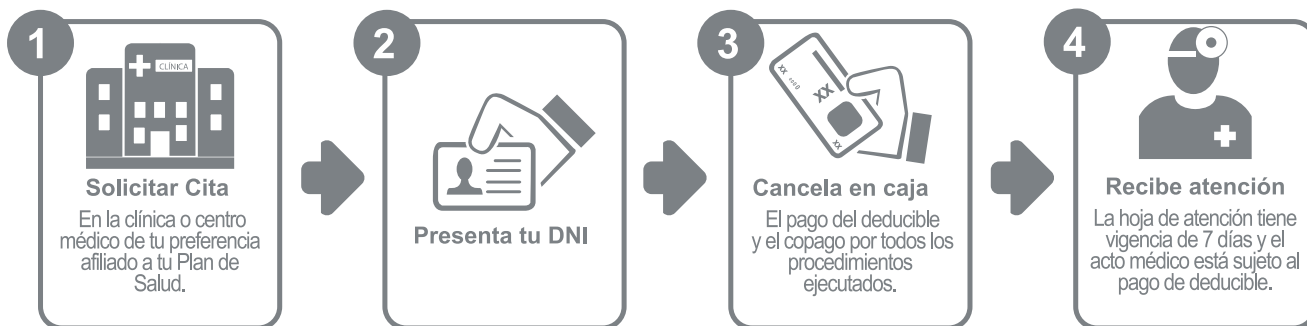
como descarte de infecciones (salvo urinarias) o análisis genético son considerados despistajes o chequeos, por lo que no están cubiertos.

- Medicinas: se cubre ácido fólico, fierro y calcio (no se cubren suplementos vitamínicos).

4.5 Atención odontológica / Atención oftalmológica

Mediante este beneficio podrás recibir el mejor cuidado de tu salud bucal y la mejor atención oftalmológica en nuestra red de clínicas y centros médicos.

Procedimiento de atención:



* Cobertura brindada siempre que se contemple en tu Plan de Salud y bajo las condiciones estipuladas en él.

Nota: En el caso de una atención odontológica, el pago del deducible es por pieza tratada.

4.6 Cobertura de enfermedades congénitas

RIMAC EPS otorgará la cobertura de enfermedades congénitas a todos aquellos recién nacidos cuyo nacimiento se haya producido dentro de la vigencia del Plan de Salud y que hayan sido inscritos dentro de los 30 días calendarios siguientes al nacimiento.

Se considera una enfermedad congénita a un defecto físico, desorden orgánico, malformación, embriopatía, persistencia de tejido o estructura embrionaria o fetal, que haya sido adquirida como consecuencia de un defecto hereditario o que estaba presente en el momento del nacimiento.

La presente cobertura se otorgará de acuerdo a lo especificado en tu Plan de Salud.

4.7 Atención oncológica

LOS AFILIADOS y/o los otros **BENEFICIARIOS** gozarán de la cobertura para casos de cáncer, de acuerdo a lo estipulado en el Plan de Salud.

La cobertura será brindada siempre que se contemple en tu Plan de Salud y bajo las condiciones estipuladas en él. Para los planes de salud que tengan la cobertura oncológica, la terapia biológica será cubierta de acuerdo a las condiciones y topes de tu Plan de Salud.

Inicio de la Cobertura

Se inicia cuando se ha establecido el diagnóstico definitivo de cáncer (neoplasia maligna), demostrado por:

- A través de un resultado Anatómo – Patológico, esto incluye todos los diagnósticos (incluido cáncer al ovario) a excepción de los siguientes puntos.
 - Cuando existe alta probabilidad de neoplasia maligna del sistema nervioso central según informe de estudio por imágenes, siempre y cuando la lesión no sea accesible técnicamente a una biopsia para confirmación patológica.
 - En casos en los que no está recomendado realizar un diagnóstico mediante biopsia y en los que el tratamiento quirúrgico primario es diagnóstico y en casos potencialmente curativos. Se incluyen únicamente las siguientes regiones anatómicas:
 - Testículo: Cuando hay sospecha de neoplasia maligna por estudios de imágenes.
 - Riñón: Cuando hay sospecha de neoplasia maligna por estudios de imágenes.
 - Páncreas: Cuando hay sospecha de neoplasia maligna por estudios de imágenes, sin evidencia de enfermedad metastásica.
 - En casos en que existe una alta probabilidad de neoplasia maligna y que por consenso médico no es un requerimiento necesario realizar la biopsia confirmatoria, para lo cual se incluyen únicamente las siguientes regiones.

- Próstata: Sospecha de cáncer clínico por elevación del marcador tumoral (PSA) en pacientes mayores de 75 años.
- Hígado: Sospecha por elevación sostenida del marcador tumoral y estudios de imágenes que muestran masa tumoral hepática.
- En caso de cáncer de ovario cuando técnicamente no es posible la biopsia, la cobertura oncológica se da de manera retroactiva desde el acto quirúrgico que motiva el diagnóstico luego de la confirmación anatómo patológica. A fin de garantizar la cobertura plena de este beneficio.

Esta cobertura cubre lo siguiente:

- **Oncología Ambulatoria:** Consultas médicas especializadas, quimioterapia, exámenes, procedimientos médicos especiales, así como la cobertura de las complicaciones causadas por el tratamiento del cáncer.
- **Oncología Hospitalaria y de Emergencia:** Consultas médicas especializadas, quimioterapia, cirugías y hospitalización, exámenes y procedimientos médicos especiales, así como cobertura de las complicaciones causadas por el tratamiento del cáncer.
- **Radioterapia, Cirugía oncológica, imagenología y PETSCAN:** Se brindará cobertura de acuerdo a la red de proveedores detallada en el Plan de Salud.
- **Terapia Biológica en Cáncer:** Se brindará solamente para los tipos de cáncer y estadio clínico aprobados por la Food and Drug Administration (FDA), European Medicine Agency (EMA) o Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH) o de acuerdo a las Guías de Manejo Oncológico del NCCN hasta la categoría de evidencia y consenso 2A vigentes al momento de la atención. Incluye: Factores estimulantes de colonias, anticuerpos Monoclonales, inhibidores de la Tirosin Kinasa, inhibidores del proteosoma, antiangiogénicos.

Esta cobertura no ampara lo siguiente:

- Cuando el cáncer sea una enfermedad preexistente a la afiliación al Plan de Salud.
- Tratamientos en el extranjero.
- Costo de órganos y tejidos trasplantados ni los gastos relacionados al trasplante de los mismos.
- Tratamientos experimentales ni medicamentos oncológicos no aprobados por la FDA (Food and Drug Administration – www.fda.gov), European Medicine Agency (EMA - www.ema.europa.eu) o Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH - www.cadth.ca), o que tengan categoría de evidencia y consenso mayor a 2A de acuerdo a las Guías de Manejo Oncológico de NCCN - www.nccn.org. Vigentes al momento de la atención, ni las complicaciones por la utilización de los mismos.
- Medicamentos oncológicos no comercializados a nivel nacional.
- Exámenes, diagnósticos y procedimientos terapéuticos no disponibles a nivel nacional.

4.8 Planes de Prevención

4.8.1 Exámenes preventivos

Tú y tus familiares inscritos tienen derecho a un examen de prevención gratuito anual.

- Debes presentar tu documento de identidad en los centros autorizados de acuerdo a tu Plan de Salud.

El examen preventivo está orientado a pacientes que se encuentran sanos, si refiere de alguna molestia, se deberá diferir el examen. Revisa el anexo de prevención de tu Plan de Salud para que conozcas todos los tipos de exámenes que tienes disponible. Sujeto a disponibilidad del proveedor.

Cubrimos:

- Chequeo preventivo anual.
- Programa amplio de vacunas.

4.8.2 Control del Niño Sano

Todo niño nacido inscrito en el Plan de Salud tiene derecho, durante su primer año de vida, al programa de Control del Niño Sano.

Características del servicio

- Consta de una evaluación pediátrica la primera semana de nacido y una evaluación mensual durante el primer año de vida del niño.
- Es un control gratuito que se brinda en las clínicas de la red de maternidad estipuladas en tu Plan de Salud.

- Para acceder a este servicio el niño debe haber sido inscrito en RIMAC EPS.
- Adicionalmente, RIMAC EPS te ofrece el Programa Ampliado de Vacunas para niños menores de 12 años afiliados al Plan de Salud.
- Aparte de los centros médicos de vacunación de salud, podrás acudir al Centro de Vacunación de la Clínica Javier Prado.

Nota: el programa de Control del Niño Sano no incluye farmacia ni exámenes auxiliares, si derivase en la prescripción de medicinas o exámenes auxiliares, se considerará como una consulta ambulatoria, es necesario coordinar previamente una cita. Revisa tu plan de salud en el anexo de prevención para que conozcas los tipos de exámenes e inmunizaciones disponibles.

5. Tipos de atención

Para hacer efectivos los beneficios descritos anteriormente, puedes elegir entre las dos modalidades de atención: crédito o reembolso (si tu Plan de Salud lo contempla).

5.1 Sistema de crédito

Serás atendido en las clínicas o centros médicos afiliados según el Plan de Salud contratado. Cada vez que solicites una atención médica en las clínicas o centros médicos afiliados, deberás realizar los pagos respectivos en el lugar elegido.

Esos pagos se denominan: deducible o copago fijo y coaseguro o copago variable. Ambos están especificados en tu Plan de Salud contratado.

- **Copago fijo (deducible).**
- **Copagos variables (coaseguro).**

Ejemplo práctico:

Deducible	Cubierto al
S/ 35	90%

- Tu plan dice: deducible de S/ 35
Deberás pagar esa cantidad para recibir esta consulta médica.
- Tu plan dice: cubierto al 90%
Deberás pagar adicionalmente como coaseguro el 10% de los gastos cubiertos descontando el deducible.

Gastos Cubiertos (Farmacia, Laboratorio, etc.)	S/ 200
Coaseguro (10% de gastos cubiertos - deducibles)	$(S/ 200 - S/35) \times 10\% =$ $(S/ 164 \times 10\%) = \mathbf{S/ 16.50}$
Pago Total	$S/ 35 \times S/ 16.50 = \mathbf{S/ 51.50}$

Importante: consulta tu Plan de Salud para conocer los centros médicos donde tienes acceso y sus respectivos deducibles. En una misma atención (ambulatoria, emergencia, hospitalaria, maternidad, etc.) los consumos por el sistema de crédito son excluyentes con el sistema de reembolso, es decir, si se escoge una de estas dos modalidades, el íntegro de la atención irá por uno de los dos sistemas; no es posible utilizar una mezcla de ambos.

5.2 Sistema de reembolso

Utilizas el sistema de reembolso cuando eres atendido en consultorios particulares o clínicas no afiliadas a RIMAC EPS y cancelas íntegramente el gasto. Esto significa que RIMAC EPS te pagará un porcentaje de los gastos incurridos por tu atención (honorarios médicos, medicinas, análisis, etc.) según tabla de limitaciones y exclusiones que encontrarás en tu Plan de Salud.

Más adelante podrás encontrar el procedimiento y los documentos a presentar en tu Plan de salud.

Nota: podrás solicitar el reembolso correspondiente, siempre y cuando, tu Plan de Salud incluya este beneficio.

6. Condiciones y cobertura de latencia (desempleo)

En caso de desempleo o suspensión perfecta de labores, como afiliado regular de RIMAC EPS, tú y tus derechohabientes tendrán derecho a las prestaciones de prevención, promoción y atención de la salud según lo especificado en tu Plan de Salud.

Beneficiarios

En caso de desempleo, son BENEFICIARIOS del periodo de latencia hasta un máximo de doce meses el trabajador cesado, el cónyuge o concubino y los hijos menores de 18 años o hijos incapacitados en forma total y permanente para el trabajo (aunque en tu Plan de Salud hayan tenido cobertura hasta edades mayores a la señalada). La cobertura de latencia no incluye a los otros BENEFICIARIOS (hijos mayores de 18 años y padres).

Características

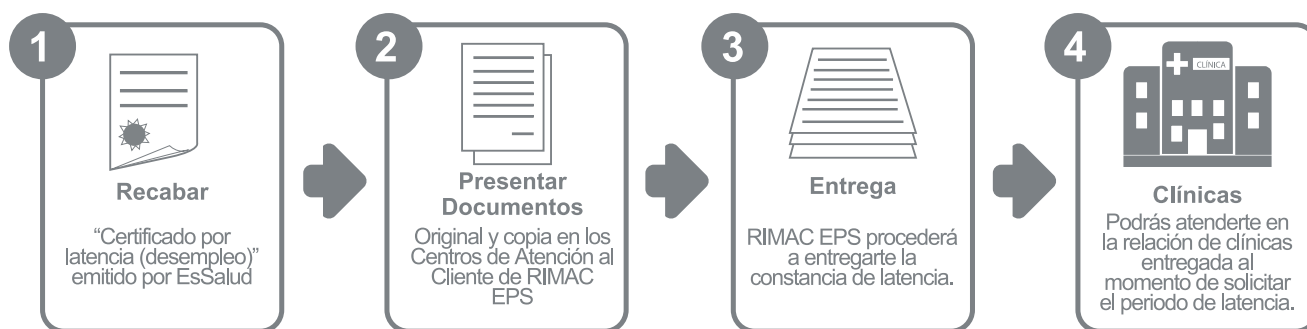
Los BENEFICIARIOS deberán contar con un mínimo de cinco meses de aportación consecutivos o no consecutivos, a EsSalud en los últimos tres años precedentes al cese, acogándose a dos meses de periodo de latencia por cada cinco meses de aportación de acuerdo al cuadro que a continuación detallamos y con coberturas a cargo de ESSalud y de la EPS según corresponda:

Periodos aportados en los 3 años precedentes al cese	Total del periodo de latencia	Cobertura de capa simple (por Rimac EPS) y capa compleja (por ESSalud)	Cobertura de capa compleja y maternidad (ESSalud)
De 5 a 9 meses	2 meses	Primer mes	Primer mes
De 10 a 14 meses	4 meses	2 primeros	2 siguientes
De 15 a 19 meses	6 meses	3 primeros	3 siguientes
De 20 a 24 meses	8 meses	4 primeros	4 siguientes
De 25 a 29 meses	10 meses	5 primeros	5 siguientes
30 o más meses	12 meses	6 primeros	6 siguientes

Debe tenerse en cuenta que los padres e hijos mayores de 18 años no tienen cobertura en el periodo de latencia, excepto los hijos discapacitados (solo deben presentar la declaración de EsSalud).

Deberás seguir los pasos que se detallan a continuación para acogerte a los beneficios del periodo de latencia:

Procedimientos para tramitar la cobertura por latencia:



Documentos requeridos:

- Solicitud de inscripción para el beneficio de latencia (proporcionada en el centro de RIMAC)
- Certificado de latencia (desempleo) otorgado por EsSalud
- Documento de identidad
- Certificados de trabajo y/o liquidación de beneficios

En caso de una atención solo deberás presentar tu DNI.

Observaciones importantes

- Queda entendido que cualquier información fraudulenta estará sujeta a las medidas que RIMAC EPS estime convenientes.
- Es importante que, de necesitarlo, cumplas con el trámite establecido ya que este beneficio solo se activará cuando lo solicites teniendo como fecha de inicio el día siguiente a tu cese y como fecha de término la establecida en la constancia de acuerdo al número de aportaciones a EsSalud.
- El trámite descrito para la solicitud de cobertura por beneficio de latencia es totalmente independiente al que, como trabajador cesado, debes cumplir en EsSalud para acceder a la cobertura de las enfermedades de capa compleja.
- El trámite es personal.
- La cobertura por latencia se extingue cuando te reubiques laboralmente.

7. Preguntas frecuentes

¿Qué es la capa simple?

Es el conjunto de intervenciones de salud de mayor frecuencia y menor complejidad, detalladas en el anexo de capa simple (anexo del reglamento de la Ley 26790 aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-97-SA). El listado de diagnósticos de capa simple lo puedes encontrar al final de este manual.

¿Qué es la capa compleja?

Es el conjunto de intervenciones de salud de menor frecuencia y mayor complejidad, y que no están considerados en la capa simple.

¿Quiénes pueden afiliarse?

Se pueden afiliar a RIMAC EPS:

- Trabajadores activos y derechohabientes.
- Hijos hasta el límite indicado en el Plan de Salud y los padres de los trabajadores activos si el Plan de Salud contempla plan de padres.

¿Quiénes son derechohabientes?

Los derechohabientes son el cónyuge o concubino(a) si corresponde, hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente para trabajar (según calificación que efectúe EsSalud), todos debidamente declarados y registrados.

¿Puedo seguir atendiéndome en EsSalud?

Sí. Los afiliados regulares (los trabajadores y sus derechohabientes) al plan de la EPS siguen cubiertos por EsSalud para todas las prestaciones de capa compleja y los subsidios de acuerdo a ley.

¿Qué coberturas ofrece la EPS?

La EPS puede brindar a sus afiliados regulares las coberturas según el plan que la empresa contrate. Se pueden adicionar mayores coberturas a las del plan mínimo de ley. Todas las atenciones no incluidas en el Plan de Salud son prestadas obligatoriamente por EsSalud.

¿Las EPS cubren enfermedades preexistentes?

Las EPS cubren la atención de todas las dolencias preexistentes de aquellas enfermedades que corresponden a la cobertura obligatoria según ley, es decir, coberturas de capa simple.

Para dar continuidad de cobertura de preexistencias de la capa compleja del Plan de Salud contratado, se deberá cumplir con:

- Al momento del diagnóstico contar con cobertura adicional de capa compleja.
- La preexistencia no debe estar excluida de la Póliza.
- La preexistencia no debe estar excluida de la Póliza por declaración inoportuna, falsa o reticente.

Para tener derecho a la continuidad se debe cumplir:

- El periodo entre la fecha de cese del último vínculo laboral y el de inicio no podrá exceder de los planes máximos del periodo de Latencia correspondiente.
- Inscribirse al Plan de Salud, dentro de los 90 días calendarios posteriores al inicio de su nueva relación laboral.

Si se aplica el beneficio de continuidad de cobertura de preexistencias de la capa compleja no se aplican periodos de carencia ni espera para dichos diagnósticos.

¿Se considera a una enfermedad como congénita a pesar de no haber presentado síntomas anteriormente?

Sí, se le considera una enfermedad congénita aunque no se haya manifestado clínicamente inmediatamente después del nacimiento y se haga evidente en etapas posteriores de la vida, independientemente del tiempo transcurrido, ya sea que hayas tenido conocimiento previo de esta enfermedad o no.

¿RiIMAC EPS cubre el tratamiento de enfermedades congénitas?

No. Por la naturaleza de estas enfermedades RIMAC EPS no ofrece cobertura.

¿Qué es una carta de garantía?

Es el documento de autorización de gasto tramitado por la clínica o el proveedor del servicio médico. La carta de garantía tiene una vigencia de 15 días, siempre y cuando, el afiliado se encuentre vigente para el Plan de Salud.

Requieren carta de garantía todas las hospitalizaciones y los siguientes exámenes y procedimientos:

- Todos los casos de Atención Hospitalaria, Maternidad Hospitalaria y Sepelio.
- Tomografía por Emisión de Positrones (PET).
- Resonancia Magnética (RMN).
- Tomografía Retinal Heidelberg (HRT), Polarimetría de Barrido Láser (GDx), Pentacam, Ocular.
- Response Analyzer (ORA).
- Visante OCT.
- Perfusión Miocárdica, Spect.
- Angiografía Arterial y Venosa.
- Cateterismo Cardíaco y Procedimientos de Cardiología Invasiva.
- Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica, pHmetría-manometría y Cápsula Endoscópica.
- Electroencefalograma Digital y Mapeo Cerebral.
- Polisomnografías.
- Cámara Hiperbárica.
- Cirugías Ambulatorias con costo mayor a S/ 500.00 (Incluido IGV) para el registro de la solicitud de estas cirugías se deberá utilizar el código 433 (CIRUGÍA AMBULATORIA CON CARTA DE GARANTÍA).
- Excimer láser, inyecciones intravítreas.
- Radioterapia, quimioterapia.
- Hemodiálisis.
- Paquetes quirúrgicos.
- Radiología invasiva, biopsias dirigidas.
- Vertebroplastía, nucleoplastía.
- Colocación y costo de prótesis, implantes, injertos o transplantes.
- Litotricia.
- Medicamentos indicados en el Anexo 1 con requisito de carta de garantía.
Para el registro de la solicitud de estos medicamentos se deberá utilizar el código 232 (MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN CARTA DE GARANTÍA).
- Procedimientos y exámenes en centros especializados de apoyo al diagnóstico o con órdenes de otros proveedores.

¿Si estoy afiliado a una EPS, pierdo las prestaciones económicas brindadas por EsSalud?

Para afiliados regulares las prestaciones económicas brindadas por EsSalud, como los subsidios de maternidad, incapacidad temporal y lactancia, seguirán siendo otorgados por EsSalud al trabajador a pesar que esté afiliado a una EPS.

¿Si mi empresa contrata un Plan de Salud con la EPS puedo mantener mi cobertura total en EsSalud?

Sí, después que se proclama a la EPS ganadora, el trabajador que no quiera ser incluido en el Plan de Salud elegido tiene 5 días hábiles para manifestarlo a su empleador.

¿Todos los trabajadores están obligados a incluir a sus derechohabientes en el Plan de Salud de la EPS?

Sí, es un obligación impuesta por ley. Esta obligación proviene del espíritu de la seguridad social en salud, el cual está direccionado a que todos los trabajadores y sus derechohabientes tengan una cobertura de salud, ya sea a través de EsSalud o en una EPS. Por tanto, si un trabajador se afilia al Plan de Salud de una EPS, tanto él como sus derechohabientes tendrán los mismos beneficios.

No obstante, si dichos derechohabientes gozan de una cobertura de salud sea como asegurado obligatorio o se encuentren afiliados a EsSalud o complementariamente a otra EPS o mantengan un régimen especial de seguridad social, no es obligatoria su inclusión y de encontrarse ya inscritos en el Plan de Salud, se les podría excluir.

8. Glosario de términos

Afiliado

Persona inscrita en el Plan de Salud.

Afiliado regular

Los trabajadores activos de una empresa que laboren en relación de dependencia y sus derechohabientes.

Atención ambulatoria

Es la atención médica que recibe el afiliado en un consultorio médico que le permite regresar a su domicilio. Incluye los gastos originados por cirugía ambulatoria.

Atención hospitalaria

Internamiento por indicación médica en una clínica o centro médico que incluye la utilización del servicio de habitación, atención general de enfermería y el servicio de alimentación, este último de ser el caso.

Beneficio máximo anual

Este beneficio se define como el límite máximo disponible para la suma de todos los gastos de capa compleja durante la vigencia del plan. Dicho límite no podrá exceder en ningún caso el límite contratado.

Carencia

Periodo fijado durante el cual el ASEGURADO paga Primas, pero no recibe la cobertura prevista en el Plan de Salud.

Clínica y/o centro médico afiliado

Clínica y/o centro médico que se encuentra adscrito a la red de atención de RIMAC EPS.

Cobertura

Beneficio que ampara al afiliado.

Crédito EsSalud

Se refiere al 2.25% de la planilla del aporte a EsSalud que aparta la entidad empleadora al contratar una EPS.

Declaración de salud

Declaración formulada por los afiliados de su estado de salud y el de sus beneficiarios.

Enfermedades preexistentes

Es cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta al momento previo a la presentación de la declaración de salud.

Entidad empleadora

Es la persona jurídica que contrata los servicios de salud para sus trabajadores y su familia, la cual aporta a EsSalud y tiene derecho a las prestaciones que esta ofrece.

Entidad Prestadora de Salud - EPS

Empresa o institución pública o privada, distinta a EsSalud, cuyo único fin es el de prestar servicios de atención para la salud, con infraestructura propia y de terceros sujetándose a los controles indicados por la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).

Gasto presentado

Es la suma de los gastos incurridos por el ASEGURADO en una institución de salud sin la aplicación de ningún tipo de descuento (gastos no cubiertos y copagos).

Gastos no cubiertos

Son los gastos no reconocidos por el Plan de Salud, pueden estar clasificados a nivel general del Plan de Salud o por cobertura.

Gastos cubiertos

Es la diferencia entre los gastos presentados menos los gastos no cubiertos.

IAFAS

Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud.

IPRESS

Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Latencia

Prestación en salud en caso de desempleo o suspensión perfecta de labores.

Límites

Son las condiciones y límites de aplicación de los beneficios de una cobertura, permite especificar hasta dónde podemos llegar en la concesión de beneficios.

Preexistencia

Enfermedad o dolencia conocida y diagnosticada al ASEGURADO con anterioridad a la fecha de contratación del seguro.

Servicio de ambulancias

Este servicio se otorga a través de unidades médicas tripuladas por médicos de emergencias y personal paramédico, quienes acudirán al lugar que requieras en caso de una emergencia médica o accidental.

Sistema de crédito

Se conoce como una forma de atención que elige el afiliado. En esta el afiliado acude a cualquiera de las instituciones que cuenten con un convenio de atención vigente, sujetándose a las tarifas y condiciones pactadas con RIMAC EPS.

Sistema de reembolso

Permite que el afiliado acuda al médico, clínica o centro de diagnóstico de su preferencia que no figuren en su Plan de Salud, cancelando la totalidad de los costos directamente en el sitio donde fue prestado el servicio, para posteriormente presentar a RIMAC EPS los gastos incurridos para su reembolso, de acuerdo a las condiciones de su plan.

Este sistema solo es válido, siempre y cuando, esté indicado en tu Plan de Salud.

Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD):

Organismo público descentralizado del sector salud que tiene por objeto autorizar, regular y supervisar el funcionamiento de las EPS y cautelar el uso correcto de los fondos administrados por estas.

Tipo de usuario

Es una clasificación de la población asegurada, por ejemplo: titular, cónyuges, hijos y padres.

Tiempo de espera

Periodo en el cual los diagnósticos de capa compleja no serán cubiertos.

Transporte por evacuación

Cubre el gasto de transporte que requiera el afiliado en caso de emergencia médica o accidental en provincia, siempre y cuando, no exista en el lugar de la emergencia un centro médico que pueda prestar la atención.

9. Listado de diagnóstico de capa simple

En nuestra página web www.rimac.com podrás encontrar el listado de capa simple.

Todo lo que no se encuentra considerado en este listado, por exclusión, pertenece a la “capa compleja”, así se trate de casos de baja complejidad no muy frecuentes o prácticamente inexistentes en nuestro medio

10. Reglamento de Atención de Reclamos Rimac EPS

¿Qué es una consulta?

Solicitud de información presentada por una persona natural o jurídica a la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS, a través de los canales puestos a disposición por estas, a fin de que emitan su pronunciamiento sobre las materias relacionadas a sus competencias.

¿Qué es un reclamo?

Manifestación verbal o escrita, efectuada ante la AFAS, IPRESS o UGIPRESS, por un usuario o tercero legitimado ante las insatisfacción de los servicios, prestaciones o coberturas solicitadas a, o recibidas de, las IAFAS o IPRES, o que dependan de las UGIPRESS.

La interposición del reclamo no constituye vía previa para acudir en Queja ante SUSALUD.

Canales de Comunicación

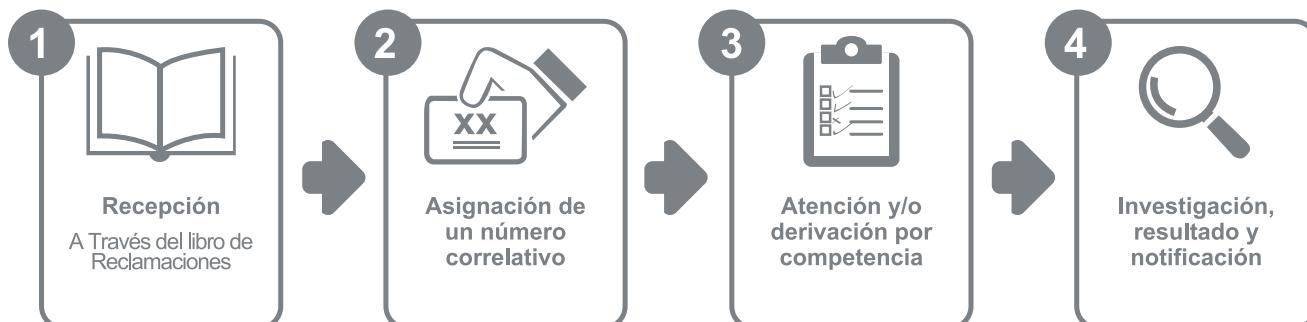


¿A través de qué medios puedes realizar tus reclamos y/o consultas?

Página Web: www.rimac.com (Opción Rimac EPS)
Email reclamos: reclamos@rimac.com.pe
Email consultas: atencionalcliente@rimac.com.pe
Aló RIMAC: 411-1111, en provincias: 0800-41111
Aló RIMAC provincias: 0800-41111
Centros de atención Lima y provincias.

¿Cómo es el proceso de atención de reclamos?

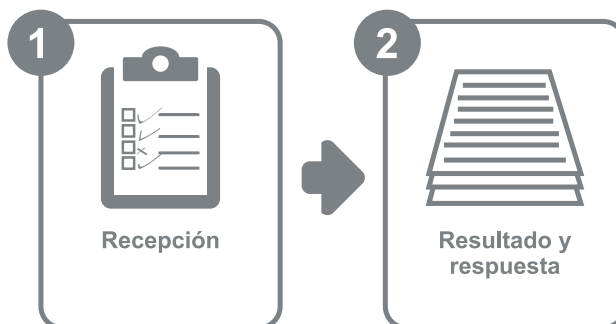
Procedimiento de atención:



De no ser competencia de la IAFAS se derivará a la IPRESS en un plazo no mayor a 2 días útiles.

¿Cómo es el proceso de atención de consultas?

Procedimiento de atención:



¿En cuánto tiempo daremos respuesta?

Reclamos: 30 días útiles
Consultas: 05 días útiles

La atención de las consultas y reclamos es gratuita.

¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con la respuesta?

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 22 del Reglamento para la atención de los Reclamos y quejas de los usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento de Salud - IAFAS, de no encontrarse de acuerdo, en todo o en parte, con el resultado de su reclamo, puede acudir en queja ante la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD.

Web: portales.susalud.gob.pe/web/portal