

ANEXO N° 4 CONDICIONES PARTICULARES

Complementariamente a la cobertura obligatoria otorgada bajo las Condiciones Generales de este contrato, se incluyen las coberturas adicionales, en las condiciones y con las limitaciones que se indican para cada caso.

ARTÍCULO ADICIONAL AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Habiéndose publicado la Resolución de Superintendencia N° 069-2021-SUSALUD/S mediante la cual se han aprobado los “Lineamientos, Normas y Cláusulas Generales del Contrato en Aseguramiento en Salud a ser suscrito entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud y las Entidades Empleadoras o los Asegurados” y se ha aprobado el nuevo modelo de Contrato de Aseguramiento en Salud para Afiliados Regulares/Potestativos, y sus modificatorias aprobadas mediante Resolución de Superintendencia N° 069-2022-SUSALUD/S; ambas partes acuerdan que toda mención a Capa Simple/Plan Mínimo de Atención en las Condiciones Generales, Particulares, Plan de Salud y/o Manual del Afiliado se refieren al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), en tanto cuando se haga referencia a la Capa Compleja, en cualquiera de estos documentos, se entenderá que se hace referencia al Plan Complementario.

ARTICULO ADICIONAL DE GARANTÍA

De conformidad con lo indicado en la cláusula decimo primera de las Condiciones Generales, la EPS se obliga a continuar brindando cobertura a las atenciones de salud de los trabajadores y sus derechohabientes, en términos y condiciones equivalentes, por aquellas contingencias diagnosticadas y no resueltas, determinadas y cubiertas en un anterior plan de salud de una EPS, de conformidad a lo dispuesto en la Ley N° 29561, Ley que establece la continuidad de cobertura de preexistencias en el plan de salud de las Entidades Prestadoras de Salud; y en la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento, aprobado por DS N° 008-2010-SA, y en la resolución de superintendencia N° 069-2021-SUSALUD, y de acuerdo con lo establecido en el artículo sexto del presente condicionado.

ARTÍCULO PRIMERO: AFILIADOS CON DERECHO A LAS PRESTACIONES

Podrán continuar o ingresar como afiliados potestativos, los hijos mayores de 18 años, de acuerdo con las condiciones del plan potestativo contratado por la entidad empleadora, y siempre que sean económicamente dependientes del trabajador afiliado.

También podrán ser afiliados opcionalmente, los padres del trabajador afiliado, y otros afiliados potestativos siempre que éstos hayan sido considerados en el Plan de Salud, y de acuerdo con los límites y condiciones indicados en el mismo plan, previamente aprobado por Pacífico EPS.

En los casos en que este contrato incluya la cobertura para padres, éstos sólo podrán ser inscritos al inicio del contrato, en la fecha de cada renovación anual o en la fecha de inscripción del titular como nuevo trabajador.

ARTÍCULO SEGUNDO: COBERTURA OBLIGATORIA

Pacífico EPS brindará las coberturas del presente plan de salud, conforme a lo que indica el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), establecido por la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, Ley N° 29344, y su Reglamento aprobado por DS N° 008-2010-SA, y su actualización aprobada por DS N°023-2021-SA, el cual contiene el listado de condiciones, la definición de cada condición, los diagnósticos involucrados, la referencia del manejo clínico, las prestaciones a financiar y las garantías de oportunidad y calidad.

ARTÍCULO TERCERO: COBERTURAS ADICIONALES A LA COBERTURA OBLIGATORIA

2.1. COBERTURA COMPLEMENTARIA

El presente contrato incluye la cobertura complementaria hasta el monto máximo contratado, el cual se ha detallado en el Plan de Salud que se anexa a este contrato. Los gastos pagados por la EPS al afiliado disminuyen la suma asegurada de la cobertura complementaria (condiciones no comprendidas en el PEAS). La suma asegurada es el Beneficio máximo anual por persona.

Al término de cada año de vigencia de este contrato, automáticamente se rehabilitará el monto máximo de cobertura anual por persona y beneficio, para las personas que en esa fecha no se encuentren hospitalizadas. Los montos detallados como suma asegurada de la cobertura complementaria, topes, deducible incluyen el impuesto General a las ventas (IGV).

Los beneficios detallados a continuación se brindarán solo si el afiliado lo tiene detallado en su plan de salud.

2.2. BENEFICIOS DE SALUD MENTAL

Beneficio de atención ambulatoria y/o hospitalaria según lo establecido en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (DS 023-2021-SA) para los afiliados regulares y sus derechohabientes legales y afiliados potestativos en la red de clínicas afiliadas para salud mental PEAS detalladas en el plan de salud.

Modalidad de atención:

- A crédito para la atención ambulatoria y hospitalaria. Las prestaciones médicas son asistidas exclusivamente en la red de clínicas afiliadas en el plan de salud para este Beneficio.
- A Reembolso para la atención hospitalaria, en ciudades en donde no existan clínicas afiliadas o capacidad resolutive bajo las condiciones establecidas en el plan de salud.

Para las atenciones ambulatorias realizadas en Establecimientos fuera de la Red de clínicas afiliadas, solo se reembolsará medicamentos de acuerdo con el Tarifario Pacífico y Petitorio de medicamentos. Para más información consultar en nuestra página web www.pacifico.com.pe. No aplica para honorarios profesionales.

Además, incluye la atención ambulatoria presencial y a través de telemedicina con entrega de medicamentos de acuerdo con Petitorio de Pacífico según las condiciones estipuladas en el plan de salud. La atención hospitalaria se financia bajo indicación médica incluidos en el petitorio y médicamente necesarios, según señale el protocolo de atención.

El afiliado deberá coordinar su cita ambulatoria en el proveedor indicado en su plan de salud para este beneficio, en la cual le realizarán una evaluación médica especializada y/o psicológica con la finalidad de evaluar su estado de salud.

2.3. MÉDICOS A DOMICILIO

La consulta de Médicos a Domicilio es una consulta médica programada para atender alguna enfermedad o afección de baja complejidad como, por ejemplo: dolor de garganta, resfrío y malestares generales que no sean emergencias ni enfermedades crónicas.

Este servicio está sujeto al copago fijo, dependiendo de la ciudad donde te atiendas y de tu Plan de Salud.

Este servicio tiene límites de cobertura, y está sujeto a disponibilidad de unidades propias y/o de nuestros proveedores.

Revisa las condiciones y cobertura geográfica del servicio en nuestra página web www.pacifico.com.pe

2.4. PROGRAMA SIEMPRE SANO

Es un beneficio ambulatorio de atención y control de enfermedades crónicas como asma bronquial, dislipidemia, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 sin complicaciones. Este beneficio pone a tu disposición, previa evaluación e inscripción y sin ningún pago adicional, un excelente equipo de médicos que te orientarán para evitar o minimizar el daño que producen estas enfermedades en la salud, contribuyendo así a mejorar tu calidad de vida.

Revisa los beneficios, condiciones y cobertura geográfica del servicio en nuestra página web www.pacifico.com.pe

2.5. ONCOLOGÍA

El beneficio de oncología se inicia cuando se ha establecido el diagnóstico definitivo de cáncer (neoplasia maligna), demostrado por los resultados de anatomía patológica, salvo para las condiciones especiales no biopsiables tales como cáncer de ovario, cáncer de testículo, cáncer de riñón, cáncer de encéfalo (tronco cerebral ó cerebelo, otras partes del cerebro si tienen acceso con la biopsia por estereotaxia) y cáncer de páncreas. Bajo este criterio, toda atención oncológica realizada en un Centro Especializado se deberá iniciar a partir de dicha confirmación diagnóstica.

Asimismo, toda atención previa (diagnóstico presuntivo de cáncer) o no relacionada al diagnóstico de neoplasia maligna, estará cubierta bajo las condiciones de los beneficios de atención ambulatoria y hospitalaria establecidas en su Plan de Salud.

Una vez, durante el año de vigencia del plan de salud, todos los afiliados (titulares y dependientes) inscritos tienen derecho a una evaluación preventiva adicional y a un control de riesgos según edad y sexo en los centros de salud indicados en el presente formato. Este servicio está sujeto a las condiciones establecidas en el Plan de Salud adquirido.

2.5.1. BENEFICIOS Y GASTOS DE COBERTURA 100% ONCOLÓGICA

Para la aprobación del financiamiento de Pruebas diagnósticas y Tratamientos oncológicos de Quimioterapia, Terapia Biológica (Inmunoterapia y Terapia dirigida), Cirugía Oncológica, Radioterapia, medicamentos, insumos, implantes, prótesis, material quirúrgico y/o estudios o procedimientos solicitados, se deberán cumplir simultáneamente todos los criterios de cobertura, así como los criterios de lo que es medicamento necesario.

Criterios de Cobertura (adicional a lo indicado en el plan de salud, condicionados y anexos)

A aplicar en todas las solicitudes.

- a) Que lo solicitado no corresponda a exclusión y que se encuentre incluido en el beneficio ofrecido en el plan de salud.
- b) Los medicamentos e insumos deben contar con Registro sanitario y licencia vigente otorgado por la DIGEMID y estar disponibles comercialmente en el Perú a la fecha de solicitud. No aplica para autorizaciones excepcionales para importación y uso de tratamientos individuales.
- c) Que los medicamentos, insumos, implantes y prótesis solicitados se encuentren aprobados por la FDA o la EMA (esta última aplica solo para medicamentos).
- d) Los procedimientos y/o estudios diagnósticos y terapéuticos deben de realizarse en el Perú a la fecha de solicitud.
- e) Lo solicitado debe tener sustento en los ensayos clínicos concluidos exitosamente y publicados en el portal web www.clinicaltrials.gov y se acepta como fecha de finalización del estudio a la señalada como *Study Completion (Estimated)*.

- f) Las guías clínicas referenciales deben corresponder a la última versión actualizada para inicio de tratamiento.

Criterios de medicamento necesario:

A aplicar al caso particular del paciente.

- a) Que las pruebas diagnósticas, los medicamentos y esquemas terapéuticos solicitados se encuentren calificadas en las categorías de evidencia y consenso 1 ó 2A en las *Clinical Practice Guidelines in Oncology* de los protocolos de la *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) de Estados Unidos de América según el estadio o nivel de progresión de enfermedad oncológica en el cual ha demostrado beneficio en base a variable clínica de sobrevida global, así como en la línea de tratamiento respectiva, aplicable a la fecha de prescripción por el médico tratante.
- b) Que los medicamentos y esquemas terapéuticos solicitados hayan concluido exitosamente, y demostrado beneficio en base a variable clínica, sus ensayos clínicos de fase III, y que la conclusión del ensayo haya demostrado ser superior a la alternativa existente.
- c) Que lo solicitado cumpla con los criterios de inclusión de los pacientes que formaron parte del ensayo clínico con el que fue aprobado por la FDA/EMA, en el contexto del tipo de cáncer, su estadio o nivel de progresión de enfermedad oncológica y línea de tratamiento en la cual ha sido evaluada, y no configure con los criterios de exclusión de dichos ensayos. Disponible en www.clinicaltrials.gov
- d) Que los medicamentos, insumos, implantes y/o prótesis solicitadas se encuentren aprobados por la FDA y EMA (esta última aplica solo para medicamentos) para el diagnóstico solicitado y en el estadio o nivel de progresión de enfermedad oncológica en el cual han sido detallados en el inserto del producto.
- e) Las pruebas diagnósticas o tratamientos deben configurar bajo la definición de lo que es Medicamento Necesario.

2.5.2. COBERTURA ONCOLÓGICA ADICIONAL (Ensayos clínicos en curso y otras Guías Internacionales)

Lo solicitado debe cumplir con la totalidad de “Criterios de Cobertura” arriba mencionados.

En cuanto a los “Criterios de medicamento necesario” debe cumplir obligatoriamente con los siguientes:

- a) Que los medicamentos, insumos, implantes y/o prótesis solicitadas se encuentren aprobados por la FDA y EMA (esta última aplica solo para medicamentos) para el diagnóstico solicitado y en el estadio o nivel de progresión de enfermedad oncológica en el que han sido detallados en el inserto del producto.

- b) Las pruebas diagnósticas, procedimientos o tratamientos deben configurar bajo la definición de lo que es Medicamento Necesario.

Además, debe cumplir alternativamente alguno de los siguientes criterios:

- c) Que las pruebas diagnósticas, los medicamentos y esquemas terapéuticos solicitados se encuentren calificadas en las categorías de evidencia y consenso 1, 2A o 2B en las *Clinical Practice Guidelines in Oncology* de los protocolos de la *National Comprehensive Cancer Network (NCCN)* de Estados Unidos de América según el estadio o nivel de progresión de *enfermedad* oncológica, así como en la línea de tratamiento respectiva, aplicable a la fecha de prescripción por el médico tratante.
- d) Que los medicamentos y esquemas terapéuticos solicitados hayan concluido exitosamente sus ensayos clínicos (mejoría en variables clínicas y/o subrogadas), al menos de fase II.

2.5.3. GASTOS NO CUBIERTOS

Aquellos que no cumplen con los criterios de cobertura señalados en los dos tipos de beneficio señalados arriba.

2.6. TRANSPORTE POR EVACUACIÓN. ATENCIÓN DE EMERGENCIA

Cuando por la gravedad de la enfermedad y siempre que en la localidad donde se encuentre el paciente, no existan las condiciones ni infraestructura médica necesaria para la atención del afiliado y previa autorización y certificación del médico tratante, se cubrirán los gastos de transporte en ambulancia terrestre y/o en aérea.

Esta prestación no cubre gastos de alojamiento ni alimentación.

2.7. GASTOS DE SEPELIO

En caso de fallecimiento del titular y/o sus derechohabientes, los gastos del sepelio serán financiados hasta el monto máximo del beneficio detallado y bajo las condiciones de cobertura establecidas en el Plan de Salud contratado, siempre que las causas del fallecimiento no correspondan a exclusiones del presente contrato.

El beneficio incluye el servicio funerario para el cortejo fúnebre, la inhumación o cremación en la red de proveedores afiliados detallado y bajo las condiciones de cobertura establecidas en el Plan de Salud. La inhumación o cremación se realiza en los cementerios y crematorios autorizados a elección de la familia, según las condiciones y monto máximo del beneficio detallado en el Plan de Salud. No incluye la cuota de aporte al fondo de conservación y mantenimiento, cinerario o columbario en el caso de cremación, u otros conceptos no descritos en las condiciones del beneficio.

En caso se produzca la muerte fetal intrauterina ante parto y la concepción se haya producido durante el periodo en que la afiliada disponía de cobertura del beneficio de maternidad según su Plan de Salud, se brindará el beneficio de sepelio según las condiciones de su Plan de Salud,

siempre que el deceso se haya producido a partir de la semana 22 de gestación o el feto hubiera alcanzado un peso de 500 gramos a más, registrado en el reporte de patología.

2.8. REEMBOLSO DE GASTOS (PRESTACIÓN ECONÓMICA)

En los casos en que el afiliado haya efectuado los pagos directamente a los médicos y/o clínicas y/o cualquier otra institución por beneficios cubiertos por este contrato, podrá solicitar el reembolso de los gastos cubiertos siempre que el plan indique tal beneficio asumiendo los copagos establecidos y limitándose los honorarios médicos a la tarifa indicada en el Plan de Salud contratado. La disponibilidad del beneficio deberá ser revisada en el plan de salud.

Los pasos para utilizar este beneficio se encuentran indicados en tu manual del afiliado disponibles en la página web.

2.9. SEGUNDA OPINIÓN NACIONAL (SON)

Beneficio que consiste en la reevaluación a cargo de otro médico, solicitada por el afiliado, a partir de un diagnóstico establecido por su médico tratante, quien indica una intervención quirúrgica electiva programada (que no sea de emergencia), y que pueda estar generando interrogantes por parte del afiliado para su consentimiento, ayudándole a tomar una decisión más informada. Este beneficio ofrece lo siguiente:

- El afiliado puede elegir a su médico de segunda opinión (pudiendo o no pedir sugerencias a Pacífico) y debe tramitar su cita.
- La evaluación médica puede ser presencial o virtual, por médicos que ejercen labor profesional en el Perú.
- El profesional elegido debe ser de la especialidad quirúrgica relacionada a la cirugía propuesta, quien emitirá la segunda opinión, previa revisión de la información médica alcanzada por el afiliado (Historia clínica y resultados de pruebas auxiliares), hasta la fecha de la consulta
- Los honorarios del médico serán financiados por Pacífico, según las condiciones de cobertura de Reembolso, señaladas en el Plan de Salud contratado.
- El médico evaluador le comunicará directamente al afiliado sus conclusiones, pudiendo ser coincidente o no con la primera valoración.

Tener en cuenta lo siguiente:

- La SON no ofrece el financiamiento de nuevas pruebas o procedimientos diagnósticos adicionales que pudiera generar la consulta.
- No es un cambio de médico tratante, de red o de propuesta quirúrgica.
- Se acepta por única vez por diagnóstico quirúrgico.
- No incluye financiamiento de gastos por transporte.

2.10. SEGUNDA OPINIÓN INTERNACIONAL (SOI)

Este beneficio consiste en la reevaluación del expediente clínico, a cargo de un médico consultor internacional, solicitada por el afiliado, a partir de un diagnóstico establecido por su médico tratante, y que pueda estar generando interrogantes por parte del afiliado, ayudándole a tomar una decisión más informada.

Este beneficio ofrece lo siguiente:

- Reevaluación para casos de alta complejidad y riesgo.
- Previa aprobación de Pacífico, se envía el expediente clínico a un médico consultor internacional designado por la EPS, para su evaluación y sugerencias.
- Los exámenes auxiliares que, a consecuencia de esta opinión, sean recomendados, serán financiados por PACÍFICO siempre que se realicen en territorio del Perú, bajo las condiciones de cobertura del beneficio ambulatorio regular

Tener en cuenta lo siguiente:

- No incluye el financiamiento del viaje, consulta ni evaluación presencial del afiliado o sus derechohabientes
- Este beneficio se ofrece solo a crédito
- El tiempo de respuesta, una vez enviado el expediente, es variable, en promedio no mayor a 30 días
- El expediente debe incluir toda la información que se disponga del caso; si requiere traducción a otro idioma diferente al español, Pacífico no ofrece su financiamiento, siendo ello responsabilidad exclusiva del afiliado

2.11. PRÓTESIS QUIRÚRGICAS INTERNAS Y STENTS

Son aquellos dispositivos que precisan una implantación interna en el paciente, a través de un determinado acto quirúrgico, con el fin de reemplazar una estructura anatómica o mejorar su función. Este beneficio se aplica según los límites y condiciones indicadas en tu plan de salud.

Se excluyen: prótesis ortopédicas, prótesis dentales, implante coclear, lentes intraoculares (estos serán cubiertas de acuerdo con las condiciones establecidas para el beneficio oftalmológico).

2.12. ENFERMEDADES CONGÉNITAS

Se debe entender como el trastorno de salud, cuyo origen se remonta al período comprendido entre la concepción y el parto.

Pueden ser diagnosticadas desde el nacimiento, como por ejemplo paladar hendido, síndrome de Down; o bien presentar manifestaciones a través del tiempo, que permiten su diagnóstico en los

períodos de la infancia, adolescencia y en menos casos en la adultez. Por ejemplo: Malformaciones de las vías urinarias y hemofilia, entre otras.

La cobertura es para los niños cuya concepción fue dentro de la vigencia del plan de salud de la entidad empleadora actual y cuya inscripción sea dentro de los 60 días de recién nacido y/o para aquellos que hayan tenido cobertura de este beneficio en su anterior EPS y por lo tanto tengan derecho a continuidad de cobertura de acuerdo con la Ley N° 29344 – Ley Marco de Aseguramiento en Salud y a la Ley N° 29561 – Ley que establece la Continuidad en la Cobertura de Preexistencias en el Plan de Salud de las Entidades Prestadoras de Salud.

Para el beneficio de enfermedades congénitas no diagnosticadas, se cubre sólo las siguientes enfermedades: Comunicación Interauricular del Corazón (CIA) y Quiste Tirogloso, no diagnosticadas antes de ingresar a su Plan de Salud, hasta el monto indicado. La disponibilidad del beneficio según el plan de salud.

Asimismo, de conformidad con el Reglamento de la Ley N°29698, Ley que declara de Interés Nacional y Preferente Atención el Tratamiento de personas que padecen Enfermedades Raras o Huérfanas, la atención y cobertura de dichas enfermedades está a cargo de las IPRESS y IAFAS públicas. En ese sentido, en el supuesto de que el afiliado esté diagnosticado con una enfermedad congénita y ésta, a su vez, sea una enfermedad rara o huérfana, o viceversa, será pasible de exclusión y, por ende, no tendrá cobertura.

2.13. CAMBIO DE PLAN

El plazo para solicitar cambios de plan es de sesenta (60) días desde la fecha de renovación.

- De un Plan mayor a uno menor, una vez al año en cualquier momento.
- De un Plan menor a uno mayor, sólo en la fecha de renovación quedando los diagnósticos contraídos en la vigencia del contrato anterior, limitados a la cobertura por el monto máximo del plan menor u original.

2.14. ACUPUNTURA

La acupuntura es la práctica de insertar agujas finas en puntos específicos del cuerpo para mejorar la salud y el bienestar. Se originó en China hace más de 2.000 años para el tratamiento de diversas dolencias. Las atenciones se brindan solo si el afiliado cuenta con el beneficio detallado en su plan de salud y previa cita en los centros indicados.

2.15. ATENCIÓN HOSPITALARIA EN EXCESO AL 100%

Los gastos hospitalarios cubiertos en exceso sobre los límites mencionados en el Plan de Salud para cada evento y según los deducibles y coaseguros, serán asumidos por la compañía al 100%.

Se brinda solo si el afiliado cuenta con el beneficio detallado en su plan de salud. En el momento de renovación del plan de salud, la cobertura comenzará nuevamente así exista algún afiliado hospitalizado, es decir, se cobrará coaseguro del beneficio hospitalario.

Se considera un evento hasta un máximo de 30 días candelario; es decir, a partir del día 31 se deberá consumir nuevamente el límite mencionado aplicando el copago y coaseguro correspondiente a la red elegida

2.16. EVALUACIÓN INTEGRAL Y TRATAMIENTO QUIROPRÁCTICO

La quiropráctica es una práctica médica alternativa. Tiene un enfoque distinto al de la medicina tradicional sobre el tratamiento de los problemas de salud. El concepto básico de la quiropráctica es que la estructura del cuerpo (principalmente la columna vertebral) y su función están relacionadas y el objetivo de la terapia quiropráctica es normalizar esa relación. Se brinda solo si el afiliado cuenta con el beneficio detallado en su plan de salud.

2.17. ALIMENTACIÓN PARA ACOMPAÑANTE DE PACIENTE HOSPITALARIO EN LIMA Y PROVINCIAS

Servicio el cual se brinda en caso de hospitalizaciones siempre que el paciente sea menor de 18 años o mayor de 60, aplica para la forma de liquidación al crédito. El servicio incluye alimentación sin aplicación de copago compuesto por 1 desayuno, 1 almuerzo y 1 cena normal por día, que la clínica brinda a un acompañante del paciente hospitalizado, durante el tiempo que dure el internamiento.

Si la hospitalización es por beneficio oncológico, la alimentación del acompañante aplica sin importar la edad del paciente. Caso contrario (hospitalización por beneficio no oncológico).

Este beneficio no aplica para la cobertura de maternidad. Se brinda solo si el afiliado cuenta con el beneficio detallado en su plan de salud. Solo aplica en las clínicas bajo los que se tiene convenio vigente y se encuentran detalladas en su plan de salud.

2.18. COBERTURA DE LA TERAPIA BIOLÓGICA PARA CASOS NO ONCOLÓGICOS

Tratamiento de última generación con modificadores de respuesta biológica. "Anticuerpos monoclonales" aprobados por la FDA/EMA.

El beneficio se cubrirá de acuerdo con las condiciones, redes de Clínicas Afiliadas y límites establecidos en el plan de salud.

El Beneficio se ofrece solo para los siguientes diagnósticos y medicamentos, los cuales deben indicarse en el momento, dosis y fase del esquema reconocido por las Sociedades Médicas Internacionales, con los criterios de inclusión y exclusión respectivos. No se cubren medicamentos que no se mencionen en la siguiente lista:

En caso de enfermedades reumatológicas aplica para:

- Artritis reumatoide seropositiva
- Artritis reumatoide juvenil
- Artropatías seronegativas (Artritis psoriásica/psoriasis, espondilitis anquilosante)
- Lupus eritematoso sistémico
- Osteoporosis
- Vasculitis ANCA

En caso de enfermedades Neurológicas aplica para:

- Esclerosis múltiple

En caso de enfermedades Cardiológicas aplica para:

- Síndrome coronario agudo

En caso de enfermedades gastroenterológicas aplica para:

- Colitis ulcerativa
- Enfermedad de Crohn

2.19. BOTOX (TOXINA BOTULÍNICA) PARA CASOS TERAPÉUTICOS

Se reconoce medicamento necesario, para fines terapéuticos, y para los siguientes diagnósticos: Espasmo Palpebral, Distrofia Cervical, Espasticidad en Adultos. El beneficio dispone de cobertura en las redes de clínicas afiliadas detalladas en su plan de salud.

2.20. ENFERMEDADES EPIDÉMICAS

El plan de salud cubre los gastos médicos por enfermedades epidémicas, así declaradas por el Ministerio de Salud. El beneficio se brinda en las redes de clínicas afiliadas según plan elegido.

2.21. DESASTRES NATURALES

El plan de salud cubre los gastos médicos por lesiones a consecuencia de desastres naturales tales como terremoto, maremoto, tsunamis, inundaciones y tormentas. El beneficio se brinda en las redes de clínicas afiliadas según plan elegido.

2.22. TERRORISMO

El plan de salud cubre los gastos médicos a consecuencia de terrorismo, excepto en participación activa, terrorismo biológico, químico y nuclear. El beneficio se brinda en las redes de clínicas afiliadas según plan elegido.

2.23. SEGURO DE PRIMAS POR MUERTE DE TITULAR

Por muerte natural y/o accidental del titular, los derechohabientes legales inscritos en el plan de salud mantendrán los beneficios y coberturas de su plan de salud hasta finalizar el año contractual con la entidad empleadora.

2.24. TRASLADO DE RESTOS

En caso de fallecimiento del afiliado como consecuencia de una enfermedad o accidente, se dispone de cobertura, siempre que este detallado en su plan de salud, para el traslado de restos en territorio nacional por vía terrestre o aérea (vuelo comercial) a reembolso hasta el monto indicado para este beneficio. Comprende el traslado del cuerpo o de sus cenizas al lugar de sepultura en la ciudad de residencia permanente del afiliado.

2.25. GASTOS DE ENFERMERA ACOMPAÑANTE

Beneficio aplica para el afiliado en condición de paciente postrado que requiera del cuidado de una enfermera en su domicilio. No incluye otros servicios de atención domiciliaria. El beneficio se brinda bajo las condiciones detalladas en su plan de salud.

2.26. RECONSTRUCCION MAMARIA POR DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO

Sólo por única vez por mama, en pacientes a quienes se les haya realizado mastectomía radical o total por CÁNCER de mama durante la vigencia del plan de salud y cuenten con este beneficio, aun cuando está haya sido efectuada sin hacer uso de este seguro.

Cubre únicamente las técnicas de reconstrucción mamaria con PRÓTESIS, la expansión de PRÓTESIS hasta 06 sesiones, y la reconstrucción aureola-pezones, en sus diferentes etapas necesarias, siempre que éstas se realicen antes de los (24) meses de iniciada la reconstrucción,

según las categorías de evidencia y consenso 1 o 2ª en las GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN ONCOLOGÍA de la NCCN de los Estados Unidos de América. Los condicionados de Pacífico cubren 2 técnicas: expansor-prótesis o colgajo trans.

2.27. HOMEOPATIA

También llamada medicina homeopática, es un enfoque de medicina alternativa con base en la creencia de que las sustancias naturales preparadas de manera especial y usadas muy frecuentemente en pequeñas cantidades restauran la salud.

Se ofrece cobertura a la consulta médica, según las condiciones y montos indicados en el plan de salud para este beneficio. Se excluye de cobertura a los recursos terapéuticos homeopáticos u otras sustancias naturales que fueran prescritos en la consulta.

2.28. TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Esta cobertura está sujeta a las condiciones siguientes:

1. Se otorgará en el Perú y a crédito solo en las clínicas afiliadas a su plan de salud que brinden el beneficio y que cuenten con la autorización para realizar estos procedimientos expedidos por la ONDT (Organización Nacional de Donación y Trasplante) del MINSA.
2. Se cubrirán los gastos ambulatorios u hospitalarios hasta el monto indicado por este beneficio en el plan de salud.
3. En relación con los gastos del donante, se cubren los relacionados al acto propio de la donación, los servicios y equipos requeridos para TRASPLANTE de órganos humanos del donante y del receptor. No se cubrirán los gastos de los candidatos que no calificaron para ser donantes.
4. Los únicos TRASPLANTES de órganos que disponen de cobertura para este beneficio son: córnea y médula ósea. El número de TRASPLANTE está limitado al monto de la suma asegurada. Un TRASPLANTE de dos órganos o tejidos realizados durante la misma sesión de cirugía será considerado como un solo TRASPLANTE. Los beneficios para la repetición del TRASPLANTE de un mismo órgano o tejido (un TRASPLANTE realizado por segunda vez debido al fracaso de un TRASPLANTE inicial), solo serán pagaderos si la EPS lo aprueba como médicamente necesario.
5. No se aplican condiciones de reembolso en el Perú ni en el extranjero.

2.29. DESAMPARO SÚBITO FAMILIAR

Se le denomina cuando el titular y su cónyuge o conviviente fallecen a raíz de un mismo accidente. En este caso, se otorga la Suma Asegurada indicada en el beneficio, a los hijos menores de 18 años y/o mayores de 18 años discapacitados de manera total y permanente inscritos en el plan de salud.

2.30. PREPARACIÓN PARA EL PARTO (PSICOPROFILAXIS)

Este beneficio orienta a la pareja sobre el proceso de maternidad y los prepara para afrontar, en mejores condiciones, el momento del parto y los primeros días del recién nacido. El curso consta de siete sesiones de dos horas cada una.

Atención en los centros y clínicas indicadas en el plan de salud y bajo las condiciones de cobertura establecidas.

2.31. VIH - SIDA

Atenciones ambulatorias y/o hospitalarias de acuerdo con las condiciones, diagnósticos e intervenciones por evento que se encuentren comprendidas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS- (Decreto Supremo 023-2021-SA) de acuerdo con la Norma Técnica de Salud (NTS)

Este beneficio se brinda para afiliados regulares y sus derechohabientes legales y afiliados potestativos.

Modalidad de atención:

- Solamente a crédito. Las atenciones médicas son exclusivamente en la red de clínicas afiliadas en el plan de salud para este Beneficio.
- No aplica reembolso

2.32. CUIDADOS PALIATIVOS EN EL HOGAR Y TRATAMIENTO DEL DOLOR.

Se otorga en forma temporal asistencia parcial o complementaria para el cuidado del AFILIADO en el hogar, que incluye la implementación de una cama clínica mecánica, medicamentos, soluciones para hidratación, bomba de infusión, oxímetro de pulso y oxígeno; siempre y cuando tenga la indicación del médico oncológico tratante. En caso sea médicamente necesario, podrá incluir servicio de enfermería técnica hasta por un máximo de 12 horas sólo en horario diurno.

Se brinda sólo en el Perú y por única vez a aquel PACIENTE TERMINAL que, debido a su condición médica, sólo requiere tratamiento de sostén y que no requiere tratamiento oncológico (bajo cualquiera de sus modalidades, incluyendo el tratamiento paliativo relacionado directamente a la neoplasia). El tratamiento que se aplicara dentro de este beneficio es únicamente para el manejo del dolor.

Este beneficio solo aplica en la modalidad de atención al crédito y de acuerdo con las condiciones establecidas en tu plan de salud.

2.33. MAMOGRAFÍA 3D

La mamografía tridimensional (3D), también conocida como Tomo síntesis, permite reconocer etapas incipientes de un cáncer.

Modalidad de atención:

- Solamente a crédito. Las atenciones médicas son exclusivamente en la red de clínicas afiliadas en el plan de salud para este Beneficio.
- No aplica reembolso

2.34. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Beneficio de atenciones ambulatorias en planificación familiar según lo establecido en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (Decreto Supremo 023-2021-SA) para los afiliados regulares y sus derechohabientes legales y afiliados potestativos en la red de clínicas afiliadas para planificación familiar PEAS, las atenciones podrán ser solicitadas de manera presencial o por telemedicina de acuerdo con las condiciones detalladas en el plan de salud.

Modalidad de atención:

- Solamente a crédito. Las atenciones médicas son exclusivamente en la red de clínicas afiliadas en el plan de salud para este Beneficio.
- No aplica reembolso.

Se brinda consejería en planificación familiar sobre los diferentes métodos anticonceptivos a partir de los 12 años. Incluye hasta 4 consultas como máximo al año de vigencia del Plan de Salud y prescripción de métodos anticonceptivos. A partir de los 30 años ligadura de trompas y vasectomía de acuerdo con las condiciones detalladas en el plan de salud. Este beneficio está sujeto a las condiciones de tu plan de salud y consentimiento informado según normativa legal vigente.

No aplica periodo de espera para este beneficio.

2.35. BENEFICIO DE MATERNIDAD

En caso la TITULAR/ASEGURADA/DEREHOABIENTE ingrese al Plan de Salud gestando, o habiendo concebido, tendrá cobertura conforme a lo que indique el Plan de Salud.

2.36. TERAPIA HORMONAL PARA MENOPAUSIA - CLIMATERIO

Durante la menopausia y climaterio, las mujeres presentan una disminución de la producción hormonal, lo cual ocasiona algunas molestias propias del cambio. Se ofrece cobertura a la terapia hormonal basada en los tratamientos aprobados por la FDA.

Modalidad de atención:

- Solamente a crédito. Las atenciones son exclusivamente en la red de clínicas afiliadas en el plan de salud bajo el beneficio ambulatorio.
- Reembolso: solamente en aquellos planes que ofrecen reembolso.

2.37. ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PEAS

Atenciones ambulatorias odontológicas de acuerdo con lo señalado en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (Decreto Supremo 023-2021-SA) para los afiliados regulares y sus

derechohabientes legales y afiliados potestativos en la red odontológica PEAS detallada en el plan de salud. La atención odontológica incluye: examen clínico y odontograma, resinas en piezas anteriores y en piezas posteriores, endodoncia manual, pulpotomía, pulpectomía, exodoncia simple, rayos X (Bite Wing, periapical, oclusal), restauración fotocurable o autocurable con ionómero de vidrio, curetaje subgingival, gingivectomía y gingivoplastia para los diagnósticos señalados en el PEAS.

Modalidad de atención:

- Crédito. Las atenciones son exclusivamente en la red de centros odontológicos y clínicas afiliadas al Plan de salud para este Beneficio.
- Reembolso: solamente en aquellos planes que ofrecen reembolso.

2.38. PROGRAMA DE NUTRICIÓN

Programa que incluye un plan de alimentación individualizado con el objetivo de mejorar tu estado nutricional. Incluye atenciones ambulatorias presenciales, por telemedicina o en domicilio de acuerdo con las condiciones de salud e intervenciones comprendidas en la población afiliada al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (Decreto Supremo 023-2021-SA). Las atenciones incluyen la consulta de la nutricionista, no incluye servicios auxiliares ni medicamentos.

Modalidad de atención:

- Solamente a crédito. Las atenciones son exclusivamente en la red de clínicas afiliadas en el plan de salud para este Beneficio.
- No aplica reembolso

2.39. CHEQUEO ONCOLÓGICO PEAS

Beneficio incluye una evaluación preventiva de despistaje oncológico según lo establecido en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (Decreto Supremo 023-2021-SA) para los afiliados regulares y sus derechohabientes legales y afiliados potestativos en la red de clínicas afiliadas para Chequeo Oncológico PEAS y bajo las condiciones detalladas en el plan de salud. Aplica la frecuencia establecida en el protocolo de su Plan de salud.

Modalidad de atención:

- Solamente a crédito. Las atenciones son exclusivamente en la red de clínicas afiliadas en el plan de salud para este Beneficio.
- No aplica reembolso

2.40. BENEFICIO ADICIONAL PREVENTIVO PEAS

Podrás acceder a las evaluaciones adicionales de acuerdo con lo establecido en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (Decreto Supremo 023-2021-SA). Se podrán realizar exámenes auxiliares de acuerdo con lo señalado en el Anexo Preventivo del plan de salud y aplicando las condiciones señaladas en el plan de salud. Las atenciones son exclusivamente en la red de clínicas afiliadas en el plan de salud para este Beneficio. Aplica la frecuencia establecida en el protocolo de su Plan de salud.

2.41. MONTURAS Y CRISTALES PEAS

Beneficio de monturas y cristales para afiliados de 3 a 18 años para los diagnósticos de Miopía, Astigmatismo, Hipermetropía de acuerdo con lo señalado en la Resolución Ministerial N° 648-2014/MINSA comprendida en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud. El beneficio se brinda en la red de ópticas PEAS afiliadas y bajo las condiciones establecidas en el plan de salud. Aplica solo una vez en el año, durante la vigencia del Plan, debe contar con indicación médica de la medida por oftalmólogo proveniente de una clínica afiliada. Solo aplica para lentes de medida (no incluye lentes de contacto, lentes de sol, lentes estéticos, fotocromáticos, lentes de descanso, lentes de trabajo, lentes ocupacionales, lentes de filtro azul).

Modalidad de atención:

- Solamente a crédito. Las atenciones son exclusivamente en la red de clínicas afiliadas en el plan de salud para este Beneficio.
- No aplica reembolso

ARTÍCULO CUARTO: LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

La EPS otorgará el reembolso de las atenciones del asegurado cuando no exista prestación de salud en el lugar donde la requiera el asegurado. Estas condiciones se otorgan conforme al Plan de Salud.

ARTÍCULO QUINTO: RESOLUCIÓN DE CONTRATO

Adicionalmente a las causales de resolución establecidas en la Cláusula Vigésimo Sexta del contrato de las condiciones generales, las Partes acuerdan que serán causales de resolución del contrato las siguientes:

1. El incumplimiento en el pago de tres (3) aportes consecutivos o no consecutivos dentro del periodo de ejecución contractual en curso. Para contabilizar el incumplimiento de pago de aportes se tendrá en cuenta todos los planes de salud que haya contratado la entidad empleadora con la EPS.
2. Cuando el aporte se encuentre vencido con más de noventa (90) días calendario.
3. Cuando los tres (3) aportes vencidos son de distintos periodos contractuales.

ARTÍCULO SEXTO: CONTINUIDAD EN LA COBERTURA DE PREEXISTENCIAS EN EL PLAN DE SALUD DE LAS ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD PARA TRABAJADORES Y SUS DERECHOHABIENTES

Las preexistencias no serán motivo para la exclusión del afiliado al Plan de Salud contrato con la entidad empleadora, la cobertura del nuevo plan de salud deberá ser de acuerdo con lo pactado por las partes y la legislación vigente.

De acuerdo con lo establecido por la Ley N° 29561- Ley que establece la continuidad en la cobertura de preexistencias en el plan de salud de las Entidades Prestadoras de Salud – y su Reglamento aprobado por DS N° 008-2012-SA, Pacífico EPS garantiza la continuidad de la cobertura de los diagnósticos preexistentes del plan de salud contratado para los trabajadores que cambien de un plan a otro a consecuencia del cambio de centro laboral o de Entidad Empleadora de Salud.

- a) Al momento del diagnóstico de la enfermedad, el afiliado debe encontrarse bajo la cobertura de un PEAS y de un plan complementario, y que haya transcurrido noventa (90) días desde su afiliación al presente plan de salud.
- b) Su inscripción en el nuevo Plan de Salud (PEAS más Complementario) debe efectuarse dentro de los sesenta (60) días de extinta la anterior relación y culminado el periodo de latencia, de ser el caso, en aquellos casos que la migración sea desde una EPS Regular.
- c) La preexistencia debe haberse generado durante la vigencia del Plan Complementario anterior, no esté excluida bajo ese contrato y sea un beneficio cubierto también por el plan complementario solicitado. Asimismo, si la preexistencia no está excluida motivo de que no fue declarada oportunamente, declaración falsa o reticente, esta condición no será cubierta en el nuevo plan complementario siendo totalmente excluida del contrato.
- d) Pacífico EPS podrán limitar la cobertura de las preexistencias a los límites que tenía esa condición en el plan donde se evidenció el diagnóstico.
- e) Pacífico EPS podrán analizar el impacto económico de las preexistencias y fijar la prima de manera acorde en cada caso.

Asimismo, el afiliado deberá presentar a Pacífico EPS el historial de sus consumos y constancia de su EPS anterior, indicando el periodo en el que estuvo afiliado el titular y sus dependientes en su EPS anterior.

ARTÍCULO SEPTIMO: AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA DE DATOS PERSONALES DE LOS AFILIADOS AL PLAN DE SALUD.

"Conforme a la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por D.S. N° 003-2013-JUS, se informa a la Entidad Empleadora y a los Afiliados Regulares al Plan de Salud y sus Derechohabientes que los datos personales y sensibles que suministren en el presente documento se incorporarán a una o más bases de datos automatizadas o no automatizadas de las que Pacífico EPS es titular y responsable.

Los datos personales que la Entidad Empleadora y los Afiliados Regulares y sus Derechohabientes hayan proporcionado, autorizan libre, expresa e inequívocamente a Pacífico EPS a tratar por sí o mediante terceros, y a transferir, inclusive para fines comerciales, envío de publicidad y/o promociones de diferentes productos o servicios, flujo transfronterizo de datos personales; así como a transferir dicha información a sus empresas vinculadas, subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece, supuesto en el cual sus datos serán almacenados y tratados en las bases de datos de cualquiera de ellos."

ARTÍCULO OCTAVO: CAUSALES DE REAJUSTE

Ambas partes tomando en consideración la importancia que significa la medición integral de la siniestralidad para el uso eficiente de los fondos de la seguridad social que se manejan en el presente Plan de Salud, acuerdan que la siniestralidad objetivo queda establecida en el plan de salud.

Para que dicha siniestralidad se mantenga, ambas partes acuerdan que la EPS podrá reajustar el plan de salud cuando la siniestralidad proyectada se encuentre por encima de la siniestralidad objetivo. La siniestralidad proyectada incluye tres componentes: la inflación médica anual prevista, la reserva de casos catastróficos y el impacto previsto por cambios en deducibles y coaseguros.

La inflación médica anual se basa en información del INEI.

La reserva de casos catastróficos es la sumatoria de los excedentes del corte de siniestros catastróficos (casos de alto costo) dividido entre todos los afiliados.

Los cambios en deducibles y coaseguros disminuyen el costo del siniestro asumido por el plan de salud al trasladar dicho gasto al afiliado.

ARTÍCULO NOVENO: COMPOSICIÓN DE REDES PARA PRODUCTOS ETARIO Y GRUPAL

Ambas partes acuerdan que en caso las clínicas del plan de salud no se encuentren en la red de clínicas correspondiente de acuerdo con sus respectivos costos medio en el Plan de Salud, la Entidad Empleadora asumirá a la renovación del plan de salud el reajuste en aportes necesario para compensar los costos superiores que impactasen el plan de salud.

ARTÍCULO DECIMO: PREVENCIÓN CONTRA LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO

LA ENTIDAD EMPLEADORA declara expresamente que los bienes valorados generados de las operaciones descritas en el presente contrato no provienen de ninguna actividad ilícita. Asimismo, con el fin de garantizar que las operaciones realizadas no se prestan para que organizaciones ilegales encubran el producto de sus actividades delictivas, ni utilicen recursos para la comisión de ilícitos, pondrán en práctica las medidas exigidas por la ley vigente. De este modo realizarán cada

una de las operaciones bajo los más estrictos principios éticos y con la observancia plena de las leyes y normas reglamentarias relacionadas con la prevención del lavado de activos y financiamiento del terrorismo; también suministrarán toda la información que en algún momento llegare a ser requerida por una de las partes para establecer la licitud de las transacciones, así como la que sea requerida para la colaboración con las autoridades competentes.

ARTÍCULO DECIMO PRIMERO: POLÍTICA DE CREDICORP

LA EPS es una empresa integrante de CREDICORP y por ende le resulta aplicable toda aquello a que se ha comprometido éste, que comprende entre otros, el cumplimiento de la sección 301(4) de la Ley Sarbanes-Oxley de 2002, por lo que sus proveedores tienen el derecho de acceder al sistema confidencial para el recibo, retención, y tratamiento de quejas relacionadas con empresas integrantes del grupo empresarial relacionados con asuntos de contabilidad, controles contables internos o auditoría, y violaciones de nuestro Código de Conducta y Ética.

LA ENTIDAD EMPLEADORA tiene derecho de acceder a la página web www.credicorpnet.com., sección "Complaint System / Sistema de Denuncias" y formular las denuncias que consideren pertinentes. Las denuncias son anónimas y serán enviadas a los individuos apropiados en **LA EPS**.

ARTÍCULO DECIMO SEGUNDO: COMPROMISO DE CUMPLIR CON LAS DISPOSICIONES CONTRA LA CORRUPCIÓN Y EL SOBORNO EN CREDICORP:

LA ENTIDAD EMPLEADORA, para los alcances del presente contrato se compromete a cumplir también con las siguientes disposiciones:

- **LA ENTIDAD EMPLEADORA** no debe participar en actos de corrupción y/o soborno que puedan involucrar a **LA EPS** o que puedan ser considerados que brindan un beneficio ilegítimo a éste.
- **LA ENTIDAD EMPLEADORA** debe evitar influir en la decisión de funcionarios públicos a través del otorgamiento de beneficios personales con el propósito de obtener algún beneficio a nombre o a favor de **LA EPS**.
- **LA ENTIDAD EMPLEADORA** no debe realizar pagos de facilitación por encargo o cuyo beneficio sea a favor de **LA EPS**.
- **LA ENTIDAD EMPLEADORA** no debe otorgar beneficios personales a funcionarios de otras entidades privadas con quienes sea necesario tratar en representación de **LA ENTIDAD EMPLEADORA** si se tiene evidencia o sospecha que las decisiones de dicho funcionario obedecen a un beneficio personal distinto al beneficio de la entidad que representa.
- **LA ENTIDAD EMPLEADORA** debe informar cualquier conducta desleal o propuesta por parte de algún colaborador de **LA EPS** que no se encuentre alineado a la presente cláusula.
- **LA ENTIDAD EMPLEADORA** tomará las medidas adecuadas para informar al personal interesado respecto a las condiciones de esta cláusula.

ARTÍCULO DECIMO TERCERO: MANEJO DE DATOS PERSONALES

LA ENTIDAD EMPLEADORA y LA EPS declaran expresamente conocer que, en el marco de la relación contractual que origina este contrato, en ocasiones podrá darse el caso de acceder a datos, por lo que, en adelante para referirnos a las obligaciones recíprocas de ambas, utilizaremos el término “LA OTRA EMPRESA”:

1.1. De **LA OTRA EMPRESA**

1.2. Del personal de **LA OTRA EMPRESA**; y/o,

1.3. De los clientes de **LA OTRA EMPRESA**

Por lo que al igual que lo hace LA EPS, que también manejará datos de LA ENTIDAD EMPLEADORA, el personal y clientes de esta, se obliga a protegerlos aplicando las exigencias y requerimientos previstos en este Contrato, así como las que SUSALUD o cualquier otra autoridad administrativa efectúe y que **LA OTRA EMPRESA** razonablemente proponga de acuerdo con las prácticas adoptadas por las empresas líderes de la industria de prestación de servicios de salud.

LA ENTIDAD EMPLEADORA tal como lo hace LA EPS se obliga a adoptar las medidas de seguridad de protección de datos dispuestas en la Ley de Protección de Datos Personales – Ley N° 29733, su reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, las demás disposiciones complementarias, sus modificatorias y aclaratorias posteriores, así como las que establezca la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales

Sin perjuicio de lo establecido en los numerales precedentes, LA EPS cumple con lo señalado a continuación, tal como deberá hacerlo también LA ENTIDAD EMPLEADORA:

- a. Implementar las condiciones de seguridad que, de acuerdo con las prácticas adoptadas por las empresas líderes de la industria de servicios de salud que **LA OTRA EMPRESA** razonablemente requiera de tiempo en tiempo.
- b. No almacenar, transferir, procesar, tratar o usar los datos de la otra empresa **LA OTRA EMPRESA**, sus trabajadores o clientes de modo distinto del expresamente permitido por **LA OTRA EMPRESA** o del modo que resulte necesario para ejecutar este Contrato.
- c. Cooperar con **LA OTRA EMPRESA** para satisfacer los requerimientos o exigencias de la SBS o de cualquier otra autoridad administrativa.
- d. En cualquier caso o supuesto de término o resolución de este Contrato, devolver a **LA OTRA EMPRESA** toda la información y datos que éste le haya proporcionado en un plazo máximo de diez (10) días hábiles, así como cualquier copia de esta que pueda estar en su poder o de su personal, sus asesores o subcontratistas, o preparada por **LA ENTIDAD EMPLEADORA** o su personal, sus asesores o subcontratistas en base a la información.

LA ENTIDAD EMPLEADORA mantendrá a **LA OTRA EMPRESA**, sus directores y gerentes, sus trabajadores y sus clientes indemnes de, y contra, cualquier daño, costo, multa, penalidad, sanción, reclamo, demanda, acción, proceso, orden, sentencia o laudo derivado de, o de alguna manera vinculado a cualquier violación:

- (i) De lo dispuesto en esta cláusula; o,
- (ii) De las medidas de protección de datos impuestas por SUSALUD y otras autoridades administrativas que sean requeridas a **LA OTRA EMPRESA**.

En cualquier momento de la vigencia del presente contrato, **LA OTRA EMPRESA** podrá:

- (i) Auditar al **LA ENTIDAD EMPLEADORA** a efectos de corroborar que este último viene cumpliendo con las obligaciones detalladas en esta cláusula; y/o
- (ii) Solicitar al **LA ENTIDAD EMPLEADORA** información o documentación a efectos de corroborar que este último viene cumpliendo con las obligaciones detalladas en esta cláusula.

Cualquier incumplimiento o cumplimiento parcial, tardío o defectuoso de cualquiera de las obligaciones contempladas en esta cláusula, otorgará a **LA OTRA EMPRESA** el derecho de:

- a. Resolver automáticamente este contrato, de conformidad a lo establecido en el artículo 1430 del Código Civil; y, Exigir al **LA ENTIDAD EMPLEADORA** el pago de la indemnización por los daños y perjuicios que le hubiere generado.

ARTICULO DECIMO CUARTO: PERIODOS DE ESPERA

Se aplican los siguientes períodos de espera de 12 meses para:

- Trasplante de médula ósea

ARTÍCULO DÉCIMO QUINTO: MODALIDAD DE ENVÍO DEL PLAN DE SALUD

Partiendo de lo estipulado en la cláusula decimocuarta de las condiciones generales, las partes señalan expresamente y de manera previa estar de acuerdo con que LA EPS envíe únicamente por medio electrónico el plan de salud, contrato, endosos y las renovaciones futuras del plan. Siendo para ello necesario que el afiliado nos brinde su dirección de correo electrónico actual.

GLOSARIO: TÉRMINOS Y DEFINICIONES

Queda convenido entre las partes que el significado de las palabras más adelante indicadas es el siguiente

- **ABORTO**

Interrupción prematura del EMBARAZO que se presenta antes de la semana 20 de gestación.

- **ACCIDENTE**

Se considera como tal a la lesión corporal que sufra el AFILIADO directamente, y en forma independiente de cualquier otra causa, ocasionada por la acción repentina de un agente externo, en forma violenta, fortuita, imprevista y ajena a su voluntad.

- **AMENAZA DE ABORTO**

Conjunto de síntomas y/o signos que sugieren la posibilidad de un ABORTO.

- **CANCER**

ENFERMEDAD que se manifiesta por la presencia de células malignas con crecimiento descontrolado, así como a la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa y metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas circulatorios o linfáticos.

- **CIRUGÍA AMBULATORIA**

Intervención quirúrgica que utiliza sala de operaciones y que no requiere de HOSPITALIZACIÓN

- **CIRUGÍA ONCOLÓGICA**

Intervención quirúrgica realizada por un médico con especialidad de Cirujano Oncólogo para tratar una ENFERMEDAD oncológica.

- **CIRUGÍA PROGRAMADA**

Cirugía en la que existe la alternativa de elegir y esperar el tiempo para operar. No existe urgencia ni emergencia para proceder a la cirugía.

- **CLÍNICAMENTE ESTABLE**

Se considera así cuando el paciente alcanza los objetivos terapéuticos con dosis regulares de medicamentos y llevando una dieta y actividad física estables por lo menos en los últimos 6-12 meses sin haber presentado reagudizaciones o la necesidad de acudir a salas de urgencia o emergencia por el diagnóstico referido o no haber presentado un resultado alterado significativo en las pruebas de control.

- **COASEGURO**

Porcentaje del gasto que el AFILIADO debe asumir y pagar directamente cada vez que se le brinden las coberturas, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican COASEGUROS se especifican en las CONDICIONES PARTICULARES. Una misma atención puede estar afecta a COPAGO y COASEGURO.

- **COBERTURA**

Obligación principal del asegurador que consiste en hacerse cargo, hasta el límite de la suma asegurada y bajo los términos del contrato acordado, de las consecuencias económicas que se deriven de un siniestro.

- **COLGAJO MUSCULAR TRAM**

Es el uso de una parte del músculo y grasa abdominal para crear un implante de mama. TRAM son las iniciales en inglés de "músculo recto abdominal trasverso", que es el que se corta y traslada para la operación.

- **COMORBILIDAD**

Trastornos de salud adicionales a la enfermedad primaria, que coexisten en la misma persona y que pueden interactuar entre sí.

- **COMPLICACIONES DEL EMBARAZO**

Eventos presentados durante la gestación y que ponen en riesgo la continuidad de esta. Se consideran así a los ABORTOS, EMBARAZO ectópico, incompatibilidad Rh, patologías de la placenta, preeclampsia y eclampsia, así como hemorragia obstétrica, amenaza de PARTO pretérmino y ruptura prematura de membranas. Otras condiciones relacionadas con el embarazo, pero propias de la fisiología de la gestación son: anemia, hipoalbuminemia, edemas, dorsalgia o lumbalgia, entre otras, las cuales no configuran como complicaciones salvo la anemia severa refractaria a terapia.

- **CONDICIONES GENERALES**

Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por PACÍFICO EPS para regir el contrato de seguro. Su aplicación puede ser modificada por otras cláusulas contractuales incluidas en la PLAN DE SALUD.

- **CONDICIONES PARTICULARES**

Estipulaciones del contrato de seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura, como la identificación de las partes, la designación del AFILIADO, descripción de la materia asegurada, la suma asegurada o alcance de la cobertura, el importe de la prima y el cronograma de pago correspondiente, lugar y forma de pago, vigencia del contrato, entre otros. Asimismo, contiene la TABLA DE BENEFICIOS. Estas condiciones son las que se aplican específicamente al PLAN DE SEGURO adquirido por el AFILIADO.

- **CONSULTA**

Acto mediante el cual el profesional de la SALUD atiende a la solución o alivio de un problema que guarda relación con alguna condición de SALUD de un individuo (el paciente).

- **COPAGO**

Son los montos que el afiliado debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor médico afiliado de la red de Pacífico EPS.

Los conceptos en los cuales se aplican copagos se especifican en la tabla de beneficios inserta en las condiciones particulares. Una misma atención puede estar afecta a copago fijo y variable. Existen dos tipos de copagos:

- **COPAGO FIJO (también conocido como DEDUCIBLE):**

- Para el caso de atenciones ambulatorias: es el pago de un monto fijo que el afiliado deberá pagar previamente por cada atención de salud, según corresponda al beneficio pactado en su Plan de Salud.
- Para el caso de atenciones hospitalarias: es el pago de un monto fijo que el afiliado deberá pagar por cada atención de salud, al momento del alta, según corresponda al beneficio pactado en su Plan de Salud.

- **COPAGO VARIABLE (también conocido como COASEGURO):**

- Es el porcentaje del gasto que corresponde pagar al afiliado. Aplica para gastos presupuestados de: farmacia, gastos de clínica, habitación, insumos, dispositivos, procedimientos y exámenes auxiliares (laboratorios e imágenes), según corresponda al beneficio pactado en su Plan de Salud.

- **COSMECÉUTICO**

Son productos cosméticos con ingredientes bioactivos que ofrecen beneficios para la piel. No son medicamentos.

- **COSMÉTICO**

Toda sustancia o fórmula de aplicación local a ser usada en las diversas superficies externas del cuerpo humano y sus anexos, incluyendo mucosa bucal y dientes, con el fin de limpiarlos, perfumarlos, mejorar su aspecto y protegerlos o mantenerlos. Los productos de higiene personal se consideran productos COSMÉTICOS.

El producto cosmético que, debido a su composición o absorción, tenga efectos farmacológicos deberá registrarse como producto farmacéutico. Igual disposición rige para los COSMÉTICOS a los que se les atribuye propiedades terapéuticas.

Se considera grupo cosmético a:

- a) Los productos COSMÉTICOS con la misma composición básica cualitativa-cuantitativa, uso y denominación genérica y comercial que poseen distintas propiedades organolépticas.
- b) Los tintes con la misma composición cualitativa de sus colorantes.
- c) Los COSMÉTICOS de perfumería con la misma fragancia.
- d) Los productos COSMÉTICOS para maquillaje de la misma composición básica y diferente tonalidad.

Toda sustancia o fórmula de aplicación local a ser usada en las diversas superficies externas del cuerpo humano y sus anexos, incluyendo mucosa bucal y dientes, con el fin de limpiarlos, perfumarlos, mejorar su aspecto y protegerlos o mantenerlos. Los productos de higiene personal se consideran productos cosméticos, así como los humectantes que se asocian o acompañan.

- **CULPA INEXCUSABLE**

Incorre en CULPA INEXCUSABLE quien por negligencia grave no ejecuta una obligación que estaba a su cargo.

- **DAÑO**

Afectación de la estructura y / o función del organismo de una persona, consecuente a una enfermedad o accidente. El médico mediante el proceso diagnóstico establece el nombre del daño.

- **DECLARACIÓN DE SALUD**

Descripción veraz, completa y exacta que debe realizar el CONTRATANTE y/o AFILIADO TITULAR, respecto de su estado de SALUD y del estado de SALUD de sus DEPENDIENTES, de ser el caso. La DECLARACIÓN DE SALUD, deberá realizarse en los formatos o documentos que sean provistos por PACÍFICO EPS, pudiendo encontrarse como parte de la SOLICITUD DE SEGURO.

- **DEPENDIENTE**

Podrán asegurarse como DEPENDIENTES del AFILIADO TITULAR las siguientes personas:

- El cónyuge y/o conviviente (sin impedimento legal).
- Los hijos biológicos y los adoptados, así como los hijos del cónyuge y/o conviviente del AFILIADO. La fecha máxima de permanencia de los hijos se señalará en las CONDICIONES PARTICULARES.

Para que los DEPENDIENTES puedan tener derecho a las coberturas de este Plan de Salud, ellos deberán estar necesariamente incluidos en las CONDICIONES PARTICULARES.

- **DIAGNÓSTICO**

Calificación que da el médico al estado de SALUD de una persona según los signos, síntomas, exámenes auxiliares y procedimientos que advierte, aun cuando no haya sido informado al AFILIADO.

- **DISPOSITIVO MÉDICO**

Instrumento, aparato, máquina, reactivo, calibrador o mecanismo que desarrolla determinadas funciones en el campo de la salud.

- **DOLO**

Procede con DOLO quien deliberadamente no ejecuta la obligación a la cual estaba obligado.

- **DONANTE CALIFICADO**

Persona que cumple con los criterios normados para donar sangre, tejido u órganos y el designado para realizar la donación al AFILIADO.

- **DONANTE EFECTIVO**

Donante calificado cuyo depósito de sangre o hemoderivado fue efectivamente suministrado al AFILIADO.

- **EMA**

Siglas de la European Medicines Agency, entidad europea que se encarga de aprobar la comercialización de medicamentos en los países de la Unión Europea. No evalúa equipos, dispositivos ni insumos.

- **EMBARAZO**

Estado de gravidez de la mujer; período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del PARTO.

- **EMBARAZO ECTÓPICO**

Gestación que se produce al implantarse el producto de la concepción (óvulo fecundado) fuera de la cavidad uterina. Puede ser en las trompas de Falopio (lo más frecuente), ovario, cuello uterino o cavidad abdominal. No es viable y debe ser extirpado quirúrgicamente.

- **EMERGENCIA**

Es una condición repentina o inesperada que requiere atención inmediata por poner en peligro inminente la vida, la salud o puede dejar secuelas invalidantes en el paciente (Decreto Supremo N° 016-2002-SA, Reglamento de Ley N° 27604 Título II Definiciones - Artículo 3).

La determinación de la condición de emergencia médica es realizada por el profesional médico encargado de la atención, bajo responsabilidad (Decreto Supremo N° 016-2002-SA, Título III - Disposiciones Especiales, Artículo 5).

- **EMERGENCIA ACCIDENTAL**

Emergencia médica producida por un accidente.

- **EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA**

Aquel problema de SALUD que se presenta en forma súbita, como manifestación de una enfermedad aguda o como recurrencia, progresión o complicación de una enfermedad crónica, y que de no recibir atención médica o quirúrgica inmediata compromete seriamente la vida o deja secuelas irreversibles en la persona. Los casos considerados EMERGENCIAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS bajo este concepto son los siguientes:

- Abdomen agudo.
- ACCIDENTES cerebrovasculares agudos.
- Anafilaxia.
- Asfixias de cualquier origen.
- Cólicos vesiculares o renales u otros dolores abdominales intensos.
- Convulsiones.
- Crisis asmática severa.
- Deshidratación severa.
- Dolor torácico de origen cardiaco (coronario).
- Emergencia hipertensiva.
- Envenenamiento e Intoxicaciones agudas
- Hemorragias.
- Insuficiencia respiratoria aguda.

- Paro cardíaco y/o respiratorio.
- Pérdida de conocimiento súbito.
- Quemaduras.
- Shock.

Asimismo, cualquier otra condición que requiera de atención médica inmediata y que sea considerada como un caso de EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA por los médicos tratantes, quienes son los que definen dicha situación.

- **ENFERMEDAD**

Toda alteración del estado de SALUD, de causa no accidental.

- **ENFERMEDAD CONGÉNITA**

Cualquier ENFERMEDAD, defecto físico, desorden orgánico o metabólico, malformación, embriopatía, persistencia de tejido o estructura embrionaria o fetal, que haya sido adquirido en forma hereditaria o no, que estaba presente en el momento del nacimiento, aunque no presentara manifestación clínica en el inicio de la vida extrauterina y aun cuando su evolución orgánico-funcional y/o manifestación clínica se haga evidente per se o por complicaciones o consecuencias en etapas posteriores de la vida, es decir independientemente del tiempo transcurrido, con o sin conocimiento previo del AFILIADO.

- **ENFERMEDAD CRÓNICA**

Toda ENFERMEDAD que tenga una duración mayor a seis meses puede considerarse como crónica, ya sea que se manifieste de forma continua o intermitente. El lapso puede ser variable para algunas enfermedades.

- **ENFERMEDAD EPIDÉMICA**

ENFERMEDAD que se propaga durante un cierto periodo de tiempo en una zona geográfica determinada y que afecta simultáneamente a muchas personas.

- **ENFERMEDAD GENÉTICO – HEREDITARIA**

ENFERMEDAD cuyo origen obedece a leyes de la genética y se transmite a las siguientes generaciones sin necesariamente respetar un orden natural.

- **ENFERMEDADES INTERCURRENTES DEL EMBARAZO**

Patologías frecuentes durante el avance de la gestación: infección urinaria, vulvovaginitis, hiperémesis y constipación.

- **ENSAYO CLÍNICO**

Evaluación experimental de un producto, sustancia, medicamento, técnica diagnóstica o terapéutica que, en su aplicación a seres humanos, pretende valorar su eficacia y seguridad. Pasa por varias fases (I a IV); si superan exitosamente la fase III ya son considerados pertinentes para la condición de salud estudiada.

- **EPICRISIS**

Documento resumen que formula y firma el médico tratante al momento del alta hospitalario del paciente.

- **EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE**

Evento adverso no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

- **EVENTO ADVERSO PREVENIBLE**

Evento adverso que no se habría producido si el paciente hubiera recibido la atención bajo cumplimiento de los estándares.

- **EVENTO HOSPITALARIO**

Se considera como EVENTO HOSPITALARIO cada reclusión o internamiento de una persona registrada como paciente en un HOSPITAL O CLÍNICA por 24 horas consecutivas o más a consecuencia de una ENFERMEDAD, ACCIDENTE o emergencia médica, por lo cual incurra en un gasto diario por concepto de habitación y alimentación.

- **EXAMEN PRECLÍNICO**

Pruebas que se realizan antes que los signos o síntomas se manifiesten, se usan básicamente para estudios de investigación. Ejemplo: micro resonancia

- **FÁRMACONUTRIENTE**

Fórmulas alimentarias que además de su efecto nutricional intrínseco, poseen propiedades terapéuticas frente a enfermedades específicas.

- **FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (F.D.A)**

Agencia del gobierno de los Estados Unidos de América responsable de la Administración y regulación de Alimentos y Fármacos de los Estados Unidos de América.

Para mayor información, puede acceder a: www.fda.gov.

- **GASTO USUAL, RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO**

Son los costos promedio cobrados por los proveedores de servicios médicos en una misma área geográfica que sean de la misma categoría o equivalente a aquella en donde fue atendido el AFILIADO, los cuales correspondan a una intervención o tratamiento igual o similar, libre de complicaciones y que, de acuerdo a las condiciones de esta Plan de Salud, se encuentren cubiertos.

- **HIPEREMESIS GRAVÍDICA**

Vómitos excesivos durante el embarazo, principalmente se producen en el primer trimestre, hay casos tan severos que deben hospitalizarse para rehidratarse y calmar las náuseas y vómitos.

- **HOSPITALIZACIÓN**

Internamiento de una persona registrada como paciente en la RED SANNA por 24 horas consecutivas o más a consecuencia de una ENFERMEDAD, EMERGENCIA ACCIDENTAL o EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA, por lo cual incurra en un gasto diario por concepto de habitación y alimentación.

- **HOTEL**

Establecimiento de hostelería capaz de alojar a huéspedes o viajeros.

- **IMPLANTE**

Es todo aquel material inerte que se inserta parcial o totalmente en el cuerpo humano, con finalidad terapéutica o estética (por ejemplo: IMPLANTES de mama de silicona, entre otros). Para su aplicación no es imprescindible retirar el órgano en el que se implanta.

- **INCOMPATIBILIDAD Rh**

El factor Rh se halla en la superficie de los glóbulos rojos; cuando la madre no lo tiene (RH negativo) y el bebé que está gestando sí (Rh positivo), se producen en la madre anticuerpos contra ese factor que quedan circulando en su sangre. Esto no afecta al primer embarazo, pero si vuelve a gestar y el nuevo bebe sale también Rh positivo, esos anticuerpos maternos atacarán los glóbulos rojos del feto y los destruirán (hemólisis), produciendo anemia e incluso la muerte del bebe.

- **INMUNOESTIMULANTE**

Sustancia que supuestamente aumenta la capacidad del sistema inmunitario de combatir las infecciones y las enfermedades.

- **INSUMO**

Sustancia, artículo o material empleado para el diagnóstico, tratamiento o prevención de enfermedades que para su uso no requieren de fuentes de energía.

- **LÍNEAS DE TRATAMIENTO**

Término utilizado para describir el orden, secuencia, agrupación, conformación, duración e intervalo de los diferentes esquemas terapéuticos que se administran a las personas con una enfermedad específica, a medida que aquella evoluciona. Estas líneas se determinan en base al conocimiento científico plasmado en las recomendaciones de las sociedades médicas y la mejor evidencia disponible.

- **INFORME ANÁTOMO PATOLÓGICO HISTOLÓGICO EN ONCOLOGÍA**

Informe emitido por un médico Anatómo Patólogo para determinar la presencia o ausencia de la ENFERMEDAD de CÁNCER en las muestras de tejido enviadas.

- **MÉDICAMENTE NECESARIO (reemplaza a Pertinencia Médica)**

Se refiere a la intervención diagnóstica o terapéutica que reúne TODAS las siguientes condiciones:

1. Haya sido prescrita o recomendada por un médico tratante.
2. Sea apropiada para el diagnóstico y/o tratamiento de la condición médica para la cual la solicitan, considerando los riesgos y beneficios para el paciente.
3. Sea efectiva en diagnosticar, evaluar o tratar la condición de salud, sustentado en evidencia científica publicada bajo los parámetros de Medicina Basada en la Evidencia y consistente con las normas profesionales aceptadas en la comunidad y las sociedades médicas científicas internacionales.
4. No exceda en tipo, localización, alcance, frecuencia, duración, o intensidad el nivel necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento adecuado y apropiado.
5. No debe ser brindado por intereses ajenos al bienestar del paciente, para conveniencia del asegurado/afiliado, del médico o del prestador o financiador de salud

Si más de una intervención en salud reúne los requerimientos de 1, 2, 3 y 4, suministrar la que disponga del mejor perfil costo-efectivo y que pueda proveerse de la forma más segura y oportuna al paciente. Es decir, no utilizar servicios alternativos de mayor costo teniendo a disposición equivalentes de igual o superior eficacia.

- **MEDICINA ALTERNATIVA Y/O COMPLEMENTARIA**

Grupo de diferentes sistemas de cuidados de la SALUD, práctica y productos, que **no** son considerados como parte de la medicina científica o convencional.

- **MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA**

Es el uso consciente, explícito y razonable de la mejor evidencia o prueba científica disponible para la toma de decisiones sobre la atención y cuidado de pacientes.

- **NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN)**

Alianza norteamericana de centros médicos de excelencia en el tratamiento del CÁNCER, cuyo objetivo es ayudar a pacientes y a profesionales médicos a tomar decisiones fundamentadas sobre la atención médica del CÁNCER. Desarrolla, actualiza y disemina las guías de práctica clínica en oncología.

Para mayor información visite la siguiente página web: www.nccn.org.

Las guías están desarrolladas en lenguaje médico en inglés y están dirigidas a los profesionales médicos.

- **NUTRACÉUTICO**

Suplemento dietético, presentado en una matriz no alimenticia (píldoras, cápsulas, polvo, etc.), de una sustancia natural bioactiva concentrada presente usualmente en los alimentos y que, tomada en dosis superior a la existente en esos alimentos, presumiblemente tiene un efecto favorable sobre la salud

- **OSTEOPENIA**

Disminución leve de la densidad ósea cuantificada por densitometría que alcance un score T entre -1 a -2.5 en los huesos descritos para osteoporosis.

- **OSTEOPOROSIS**

Disminución severa de la densidad ósea cuantificada por densitometría que demuestre un Score T inferior a -2.5 en columna lumbar (al menos dos cuerpos vertebrales), cuello femoral y/o cadera total, con incremento del riesgo de fractura. También configuran como osteoporosis los casos de fractura patológica de cuerpo vertebral o cadera, así tengan un score T que no alcance los valores de osteoporosis. No se valida el diagnóstico de osteoporosis con densitometrías de radio, antebrazo o triángulo de Ward por recomendación de la Organización Mundial de la Salud.

- **PACIENTE TERMINAL**

Término médico que define la condición de salud de una persona diagnosticada con una ENFERMEDAD que no puede ser curada o tratada de manera adecuada y se espera como probable resultado el deceso del paciente dentro de un período corto de tiempo. Para el presente PLAN DE SALUD, se refiere al AFILIADO que presenta una ENFERMEDAD neoplásica avanzada, progresiva e incurable, sin posibilidades razonables de respuesta a los tratamientos oncológicos y con pronóstico de vida inferior a tres (03) meses.

- **PARTO**

Salida del feto del cuerpo materno naturalmente o por cesárea, dando por finalizado el EMBARAZO.

- **PARTO PRE-TÉRMINO**

Parto que se produce luego de la semana 21 y hasta antes de las 37 semanas de gestación

- **PATOLOGÍAS COMO CONSECUENCIA DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO**

Son las ENFERMEDADES indicadas en las CONDICIONES PARTICULARES, luego de realizada la aplicación del respectivo tratamiento oncológico.

- **PERTINENCIA MÉDICA**

Medida en que la atención médica se corresponde con las necesidades del paciente, es decir, adecuado como sinónimo de correcto, conveniente y medicamente necesario para la patología concreta que es atendida.

- **PET SCAN**

Tomografía por Emisión de Positrones (PET por sus siglas en inglés) es una técnica no invasiva que utiliza radio-isotopos emisores de positrones para generar imágenes moleculares del organismo; se usa en diversas enfermedades como prueba diagnóstica. La indicación debe estar sustentada y ser pertinente para tener derecho a cobertura.

- **PREECLAMPSIA**

Hipertensión arterial relacionada con la gestación en pacientes que no eran previamente hipertensas, y que puede llevar a complicaciones en la madre y el feto de no detectarse y manejarse a tiempo (retardo del crecimiento del bebe, insuficiencia renal, etc.)

- **PREEXISTENCIA**

Cualquier condición de alteración del estado de SALUD, diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el CONTRATANTE y/o AFILIADO y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud inserta en la SOLICITUD DE SEGURO.

No se considerará ENFERMEDAD preexistente aquella que se haya generado o por la que el AFILIADO y/o beneficiario haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguro que cubrió el período inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una

PLAN DE SALUD DE SEGURO de ENFERMEDADES o Asistencia Médica emitida por PACÍFICO EPS u otra en el periodo inmediato anterior a la presente Plan de Salud.

El AFILIADO y/o beneficiario que, en los casos de Plan de Salud grupales deje de pertenecer al grupo AFILIADO podrá contratar, en un plazo de 120 días contados a partir del término del contrato de seguro anterior, una nueva cobertura con cualquier aseguradora del sistema financiero peruano, para lo cual se aplicará lo dispuesto en el párrafo anterior.

- **PREMATURIDAD**

Gestación cuyo PARTO ocurre antes de alcanzar las 37 semanas de desarrollo intrauterino.

- **PRODUCTO SANITARIO**

Producto destinado a la limpieza, cuidado, modificación del aspecto, perfume y protección personal o doméstica. Incluye a los productos cosméticos, productos de higiene doméstica, productos absorbentes de higiene personal y artículos para bebés.

- **PUERPERIO**

Se llama así al período de tiempo que se extiende desde el final del alumbramiento o tercera etapa del trabajo de PARTO y se extiende por 45 días. El PUERPERIO se divide en PUERPERIO, inmediato, mediato y tardío.

- **PRÓTESIS**

Pieza, elemento o dispositivo artificial o natural que reemplaza parcial o totalmente a un órgano o parte de él, o a un miembro u otra estructura del cuerpo y que tiene la finalidad de adoptar de forma total o parcial la funcionalidad y/o estructura del órgano original.

- **PRÓTESIS INTERNAS**

PRÓTESIS de aplicación quirúrgica que sustituye a un órgano interno o parte de este. A diferencia de las PRÓTESIS externas, las PRÓTESIS INTERNAS se colocan mediante cirugía a un órgano interno y su uso es permanente o de tiempo prolongado pues no puede removerse diariamente. Tenemos aquí a los stents, los divisores de flujo, los injertos vasculares, las cajetillas o cages para columna, entre otros.

- **PRÓTESIS EXTERNAS**

Pieza o aparato artificial que sustituye a un órgano o una parte de este y que se coloca externamente, siendo generalmente de índole estético y sólo en algunos casos con funciones básicas (prótesis de extremidades, de globo ocular, de pabellón auricular).

- **REHABILITACIÓN FÍSICA**

Aplicación coordinada de un conjunto de medidas médicas para preparar o readaptar al individuo con el objeto de que alcance la mayor proporción posible de capacidad física funcional.

- **RECONSTRUCCIÓN MAMARIA**

Procedimiento quirúrgico de restauración que se realiza luego del retiro de la mama como tratamiento del CÁNCER.

Las técnicas de reconstrucción cubiertas son: con colgajo muscular (TRAM) y con PRÓTESIS.

Se cubre sólo por única vez por mama, en pacientes a quienes se les haya realizado mastectomía radical o total por CÁNCER de mama durante la vigencia de la PLAN DE SALUD, aun cuando ésta haya sido efectuada sin hacer uso de este seguro.

- **RED DE PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS**

Conjunto de centros de SALUD tales como clínicas y hospitales en los cuales la podrá derivar atenciones a consecuencia de EMERGENCIAS ACCIDENTALES y EMERGENCIAS MÉDICO-QUIRÚRGICO, así como cualquier otra cobertura del Plan de Salud. Se detallan en las CONDICIONES PARTICULARES.

- **REEMBOLSO**

Modalidad de atención médica que permite la libertad de elección de médicos y servicios auxiliares en entidades no vinculadas (proveedores o médicos no afiliados) para recibir una prestación de SALUD, siempre y cuando su PLAN DE SEGURO contemple este beneficio.

- **REPORTE OPERATORIO**

Documento que describe el procedimiento quirúrgico empleado y que se registra al concluir un acto quirúrgico. Es suscrito por el médico tratante.

- **RIESGO**

Probabilidad de ocurrencia de una alteración de las condiciones de salud en un futuro considerado próximo y que podría llevar a consecuencias negativas físicas, mentales y/o económicas

- **SALUD**

Completo estado de bienestar físico y mental del individuo.

- **SCORE DE CALCIO**

Número que refleja el grado y la extensión de los depósitos de calcio en las paredes de las arterias coronarias, determinado por la angiogramía cardiaca; tiene un valor únicamente pronóstico.

- **SÍNDROME**

Conjunto de los síntomas que refiere el paciente o que identifica el médico durante el interrogatorio médico, aunado a los signos clínicos que detecta el médico a través del examen físico, pudiendo contar o no para ellos con procedimientos de ayuda al DIAGNÓSTICO tales como exámenes de laboratorio, imágenes y patología, entre otros.

- **SINIESTRO**

Realización del riesgo cubierto que da lugar a la solicitud por parte del AFILIADO de cobertura por atenciones médicas prestadas o gastos incurridos durante la vigencia de la PLAN DE SALUD.

- **SOLICITUD DE REEMBOLSO**

Documento preimpreso y definido por PACÍFICO EPS, que el AFILIADO llena y suscribe resumiendo la relación de pagos realizados directamente a médicos y/o clínicas, que solicita se le reintegren, adjuntando las facturas originales, pruebas y certificados e informes médicos, debidamente complementado y autorizado por el profesional médico tratante.

- **TABLA DE BENEFICIOS**

Cuadro inserto en la CONDICIONES PARTICULARES del Plan de Salud que contiene las coberturas, sus límites y alcances, las sumas aseguradas, así como las redes de atención.

- **TARIFARIO PACIFICO**

Documento que fija los montos máximos a pagar para cada tipo de intervención o tratamiento en base a los costos promedio de los diferentes prestadores de salud en el Perú. Se utiliza para el sistema de atención de REEMBOLSO. Se encuentra a disposición del AFILIADO en la página web de PACÍFICO EPS, ingresando a www.pacificoseguros.com/site/Portals/0/documents/Tarifario.zip

- **TERAPIA BIOLÓGICA**

Tipo de tratamiento para el que se usan sustancias elaboradas por organismos vivos para tratar enfermedades. El cuerpo puede elaborar estas sustancias de forma natural o se pueden producir en un laboratorio.

- **TRASPLANTE**

Procedimiento quirúrgico, MÉDICAMENTE NECESARIO, mediante el cual se trasplanta en el cuerpo del AFILIADO, uno o más de los órganos o tejidos indicados bajo la cobertura de TRASPLANTE, provenientes de un DONANTE CALIFICADO humano.

- **TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO EXPERIMENTAL**

Todo tratamiento o procedimiento, ya sea de índole médica o quirúrgica, que no haya sido ampliamente aceptado como efectivo y aprobado por las organizaciones profesionales que están reconocidas por la Comunidad Médica Internacional o se encuentran bajo estudio, investigación, período de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico.

- **UNIDAD DE CONSEJERÍA ONCOLÓGICA (UCO)**

Unidad donde el AFILIADO debe presentarse para una cita, llevando el INFORME ANÁTOMO PATOLÓGICO HISTOLÓGICO positivo para CÁNCER y la documentación que sustente dicho DIAGNÓSTICO, con la finalidad de brindar las coberturas y beneficios oncológicos.

Esta Unidad brinda también el servicio de Consejería Oncológica a pacientes con CÁNCER y a sus familiares acerca de la ENFERMEDAD diagnosticada, los tratamientos disponibles y el uso del seguro.

Los teléfonos se señalan en las CONDICIONES PARTICULARES.

- **URGENCIAS MÉDICAS**

Cualquier condición de salud que requiere de atención médica a la brevedad, pero que no pone en riesgo la vida ni deja secuelas irreversibles en la persona

- **VARIABLE CLÍNICA**

Demostración estadísticamente significativa de incremento de la supervivencia global (tiempo transcurrido en meses desde el final del tratamiento, donde se verifica que aumenta la probabilidad de sobrevivir a la enfermedad con una determinada terapia).

- **VARIABLES SUBROGADAS**

Aquellas variables que no son clínicas: son puntos intermedios que sirven como sustitutos de las medidas directas (variables clínicas); usualmente son medidas por signos físicos, resultados de laboratorio o imágenes. Se espera que predigan el efecto del tratamiento, pero pueden sobreestimar la relación beneficio/riesgo.

Medicamento necesario: Se refiere a la intervención diagnóstica o terapéutica que reúne TODAS las siguientes condiciones:

1. Haya sido prescrita o recomendada por un médico tratante.
2. Sea apropiada para el diagnóstico y/o tratamiento de la condición médica para la cual la solicitan, considerando los riesgos y beneficios para el paciente.
3. Sea efectiva en diagnosticar, evaluar o tratar la condición de salud, sustentado en evidencia científica publicada bajo los parámetros de Medicina Basada en la Evidencia y consistente con las normas profesionales aceptadas en la comunidad y las sociedades médicas científicas internacionales (i.e guías de práctica clínica).
4. No exceda en tipo, localización, alcance, frecuencia, duración, o intensidad el nivel necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento adecuado y apropiado.
5. No debe ser brindado por intereses ajenos al bienestar del paciente, cumpliendo con los principios éticos en medicina, como el respeto y la no maleficencia.