

## ANEXO N°6

### EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Según Ley 26790 y su Reglamento D.S. 009-97-SA modificado por el D.S. 001-98-SA y según Ley 29344 y el D.S. 016-2004-SA del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)

#### 1 Exclusiones y limitaciones de las prestaciones PEAS

- a) Las condiciones de salud PEAS reemplazan a los diagnósticos de Capa Simple.
- b) Las condiciones PEAS que sean preexistentes tienen prestaciones limitadas de acuerdo a las coberturas por evento especificadas en el plan PEAS-Junio 2009, para los códigos internacionales de enfermedades (CIE10) detallados en el mismo.
- c) Las condiciones PEAS diagnosticadas durante la vigencia del plan EPS tienen cobertura regular (sin las restricciones del PEAS).
- d) Las condiciones PEAS no cubren ortesis ni prótesis  
Nota: Ni para condiciones PEAS ni para Complementarias se cubren: curas de reposo o sueño, daños derivados de lesiones autoinfligidas, lentes de contacto o gafas, cirugía plástica, odontología estética, ortodoncia ni procedimientos de naturaleza cosmética, estética o suntuaria.

#### 2 2. Exclusiones y limitaciones adicionales de las prestaciones de cobertura complementaria.

Adicionalmente a las exclusiones y limitaciones indicadas en el inciso precedente, no se cubrirán los gastos de estudios diagnósticos, procedimientos o tratamientos derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de:

- a) Todo procedimiento o terapia que no contribuya a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria.
  - ▶ Cirugías electivas (no recuperativas ni rehabilitadoras)
  - ▶ Cirugía plástica
  - ▶ Odontología Estética
  - ▶ Tratamiento de periodoncia y ortodoncia
  - ▶ Curas de reposo o del sueño
  - ▶ Lentes de contacto
- b) Pre-existencias salvo para el caso de los diagnósticos que se encuentren comprendidos en lo señalado por la Ley N° 29561, que establece la continuidad en la cobertura de preexistencias en el Plan de Salud de las Entidades Prestadoras de Salud.
- c) Enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos, identificadas o no al nacer, de origen genético (hereditario o no hereditario), incluyendo sus manifestaciones clínicas de presentación temprana o tardía y las consecuencias y complicaciones que de ellas se deriven.  
Excepción 1: Se brinda cobertura a 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 nacimiento, 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 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.  
Excepción 2: cuando está especificado en el plan de salud, se brindará cobertura a las Malformaciones Arteriovenosas Cerebrales (MAV), Comunicación Interauricular del Corazón (CIA) y Quiste Tirogloso como patologías congénitas no diagnosticadas antes del ingreso al plan.
- d) Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de obesidad (cualquiera sea el grado), así como sus consecuencias, secuelas o complicaciones.
- e) Consultas, pruebas auxiliares y tratamientos preventivos, curativos o rehabilitadores médicos, psicológicos o psiquiátricos relacionados con los diagnósticos comprendidos en el capítulo V, Trastornos Mentales y del Comportamiento, del Código Internacional de Enfermedades CIE 10 (códigos "F"), así como tratamientos para corregir trastornos de conducta, trastornos de la atención, del desarrollo, lenguaje, memoria, habilidades sociales y del aprendizaje; a excepción de lo detallado específicamente en el beneficio de Salud Mental en el plan de salud. No se cubre electroencefalograma para cefaleas o problemas de memoria o atención.
- f) Tratamientos médicos ni quirúrgicos relacionados a ginecomastia, gigantomastia ni diástasis de músculos rectos del abdomen.

- g)** Evaluación, estudios, procedimientos y tratamientos por infertilidad y/o fertilización asistida (incluyendo pero no limitado a histerosalpingografía, criopreservación o estudios criogenéticos, inseminación artificial o implantación de embriones in-vitro o tratamientos hormonales), gestación subrogada ni las complicaciones de cualquiera de estos. Tampoco se cubren los tratamientos anticonceptivos en general, el costo del DIU (dispositivo intrauterino) y sus complicaciones.  
Excepción: se cubre el procedimiento de inserción y extracción del DIU tal como se indica en el beneficio de Planificación Familiar en el plan de salud
- h)** Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos (cirugías, medicamentos) relacionados al cambio de sexo o para mejorar, mantener o restaurar una función sexual con o sin uso de prótesis.
- i)** Tratamiento para pérdida o caída de cabello.
- j)** Tratamientos quirúrgicos y procedimientos para insuficiencia venosa superficial de extremidades como várices y telangiectasias. No se cubren sistemas tipo Venaseal® ni medias para várices. Terapia láser para hemorroides. Excepción: Para el diagnóstico de várices de venas safenas se cubre flebectomía quirúrgica, escleroterapia o láser endoluminal. Se cubre ligadura de venas perforantes en presencia de úlcera varicosa activa.
- k)** Vitaminas, minerales, leches maternizadas, fórmulas hipoalérgicas, fármacos nutrientes, productos nutracéuticos, alimentos ni preparados de nutrición oral o enteral con fines suplementarios o complementarios. No se cubre carboximaltosa de hierro. No se cubre nutrición enteral ni parenteral en el domicilio. Excepción: los indicados en el Programa Materno Infantil y adicionalmente: ácido fólico y vitamina B12 en anemia megaloblástica, tiamina en hiperemesis gravídica, vitamina K en trastornos de coagulación relacionados a su deficiencia, folato en consumidores de metotrexate, calcio y vitamina D para pacientes con insuficiencia renal crónica y en exéresis de tiroides y/o paratiroides, y hierro oral o hierro sacarato parenteral en anemia ferropénica. Se cubren, de ser médicamente necesarios, preparados de nutrición enteral o parenteral en pacientes hospitalizados hasta el alta.
- l)** Medicamentos o productos de propiedades antiasténicas, reconstituyentes y energizantes, estimulantes del apetito, anorexígenos, anabólicos, hepatoprotectores, estimulantes de funciones intelectuales cerebrales (nootrópicos) y recursos terapéuticos naturales.
- m)** Terapia inmune (desensibilización) para alergias, inmunoestimulantes, terapias biológicas preventivas y vacunas que no correspondan a las indicadas en el Plan de Salud. Pruebas in vivo o in vitro para el diagnóstico alergológico. Excepción: se cubre panel de alérgenos cutáneos "Prick Test".
- n)** Enfermedades, complicaciones y/o consecuencias médico-quirúrgicas ocasionadas por el consumo de alcohol, psicofármacos, drogas ilícitas y estupefacientes.
- o)** Las lesiones y/o atenciones médicas por accidentes que se produzcan como consecuencia del estado de embriaguez por consumo de alcohol o bajo la influencia de drogas ilícitas o estupefacientes, si dicha situación consta registrada en la Historia Clínica. Para los casos de accidentes de tránsito, además de lo antes mencionado, será necesaria la realización y presentación del dosaje respectivo (nivel sérico >0.5 g/dl para alcohol). En caso de accidente vehicular sólo se aplica al conductor.
- p)** Pruebas diagnósticas (laboratorio, imágenes u otros estudios) o tratamientos (procedimientos médicos o quirúrgicos, insumos, dispositivos, implantes, equipos y/o medicamentos) que no hayan sido aprobados por la FDA (Food and Drug Administration) o la EMA (European Medicines Agency) para el diagnóstico solicitado, los cuales deben contar además con beneficio clínico y de significancia estadística demostrados a través de la evaluación sustentada en Medicina Basada en la Evidencia. Se consideran para beneficio de cobertura únicamente los niveles de recomendación fuerte a favor con calidad de evidencia alta a moderada de acuerdo al sistema GRADE (1-A, 1-B). Tampoco se aprobará aquello que no se considere MÉDICAMENTE NECESARIO. En cáncer rige adicionalmente la National Cancer Comprehensive Network de los Estados Unidos de Norte América (NCCN).
- q)** Medicamentos aprobados por la FDA o EMA pero prescritos para enfermedades diferentes a las que sí cuentan con aprobación.
- r)** Medicamentos, procedimientos o tratamientos que aun cuando hayan sido aprobados por la FDA o EMA, se encuentren señalados expresamente en este Anexo como exclusión.
- s)** Medicamentos o tratamientos prescritos con fines de prevención primaria o secundaria. Excepciones: se cubre ácido acetil salicílico ("aspirina"), warfarina, clopidogrel, heparinas, otros anticoagulantes orales, metformin, montelukast en asma, gastroprotectores frente al uso de gastrolesivos, profilácticos no biológicos para migraña y profilaxis antibiótica en cirugía (este último en dosis única de acuerdo a las guías de práctica clínica).

- t)** Medicamentos y/o tratamientos utilizados con fines placebo o de utilidad no demostrada. Pruebas diagnósticas, procedimientos o tratamientos experimentales. Edulcorantes. Test de tolerancia a la insulina.
- u)** Dispositivos para la columna (incluyendo el acto quirúrgico cuyo único fin sea implantarlo): separadores interespinales e invertebrales (Coflex, Coflex-F, Diam, DCI, entre otros). Tampoco se cubren las cirugías híbridas de columna ni los procedimientos mínimamente invasivos ablativos con químicos, láser o radiofrecuencia: nucleoplastia, discectomía o discolisis, proloterapia, ozonoterapia, biacuplastia, aguja seca. Analgesia post quirúrgica con bloqueos nerviosos.  
Excepción: Se cubren bloqueos radicales, y a nivel facetario se cubre neurotomía, neurolisis y bloqueos. Se cubren vertebroplastias en fracturas dolorosas de columna.
- v)** Cuidado podiátrico efectuado por personal no médico, así como cuidados de los pies relacionados con callos, pies planos, arcos débiles, pies débiles y soportes de zapatos de cualquier tipo, así como de zapatos y plantillas ortopédicas, salvo que se detalle específicamente en el Plan de Salud.
- w)** Cuidados particulares de enfermería o técnicas de enfermería, sean durante la hospitalización o en el domicilio, salvo que se detalle específicamente en el Plan de Salud.
- x)** Atenciones a domicilio, a excepción de lo detallado específicamente en el Plan de Salud.
- y)** Gastos por concepto de compra de sangre, plasma, hemoderivados, tejidos, órganos. Tampoco se cubre la albúmina humana, plasma rico en plaquetas ni tratamientos que impliquen el uso de células madre (Stem Cell). Excepción: se cubre albúmina humana en plasmaféresis, y en pacientes cirróticos con peritonitis bacteriana espontánea o síndrome hepatorenal tipo 1.
- z)** La cobertura por concepto de exámenes de donantes de sangre serán limitados a las unidades transfundidas efectivamente al paciente.
- aa)** Tratamiento con Hormona de Crecimiento o testosterona para cualquier condición de salud, así como las pruebas de laboratorio o imágenes para su seguimiento. Medicamentos para tratamiento de osteopenia.
- bb)** Medicina complementaria, integrativa, funcional, alternativa y/o tradicional como acupuntura, homeopatía, quiropraxis, magnetoterapia, entre otros, salvo que se detalle específicamente en el Plan de Salud.
- cc)** Suministro de órtesis (como silla de ruedas, corsés, fajas, botas ortopédicas, rodilleras, tobilleras, coderas, collarines, remodelador craneal, entre otros) ni prótesis externas (oculares con o sin soporte de hidroxapatita, de extremidades, audífonos, implante mamario, prótesis dentales, entre otros). No se cubren audífonos, gafas, lentes tóricas, implante coclear, lentes intraoculares multifocales, cirugías para corrección de refracción visual. Prótesis con impresora 3D. Excepciones: Sólo se cubren los lentes intraoculares monofocales para tratamiento de cataratas bajo beneficio de prótesis. Se cubren las prótesis internas (reemplazos articulares y óseos, válvulas cardiacas, para diálisis, cages para columna y prótesis vertebrales, stents, diversores de flujo, injertos biológicos o artificiales, marcapaso cardiaco, cardiovertores defibriladores) bajo beneficio de prótesis.
- dd)** Atenciones, tratamientos o procedimientos realizados por personas que no sean médicos u odontólogos profesionales colegiados. Excepción: Se cubrirán las atenciones de personal no médico, bajo las siguientes condiciones:
  - ▶ Medicina física y Rehabilitación asistidas por tecnólogos, cuando es en cumplimiento de las indicaciones del médico fisiatra
  - ▶ Sesiones con el foniatra, cuando cumple las indicaciones del médico otorrino
  - ▶ Evaluaciones neuropsicológicas, cuando son indicadas por el médico neurólogo.
- ee)** Estudios, diagnósticos ni tratamiento para disfunción eréctil y trastornos de la libido. Rasagilina en enfermedades neurológicas.
- ff)** Cirugías relacionadas a la estructura dental (pieza dentaria, alveolo y hueso alveolar, encía y tejido periodontal), independiente del profesional de la salud que la practique. Tampoco se cubren los implantes dentales, ortodoncia, los gastos relacionados con la higiene bucal ni las prótesis dentales. No se cubren cirugías ortognáticas. Excepción: Las prótesis dentales sólo se cubren en caso de accidentes.
- gg)** Pruebas diagnósticas, tratamientos o dispositivos para condiciones de salud o patologías relacionadas a la articulación temporomandibular.

- hh)** Accidentes producidos a consecuencia de la práctica de los siguientes deportes o actividades notoriamente peligrosos, realizados de manera profesional, y no profesional cuando hayan sido practicados o desarrollados en competencias deportivas y que haya recibido remuneración o compensación alguna por el desarrollo o práctica de estos: carreras de automovilismo, motos terrestres y acuáticas, ala delta, paracaidismo, escalamiento de montaña, parapente, vuelo libre, práctica hípica, cacería mayor, pesca submarina, sandboard, móviles areneros, tirolesa o canopy, surfing, puenting ni otras prácticas deportivas de similar peligrosidad.
- ii)** Atenciones médicas o de salud (tratamientos, medicamentos, procedimientos), realizadas o procedentes del extranjero, sea por enfermedad o accidente. Esquemas terapéuticos pertenecientes a ensayos clínicos o protocolos experimentales desarrollados en el extranjero (con o sin continuidad a nivel nacional), no cubriéndose ni el medicamento en estudio ni el resto del esquema que lo acompaña, así esta última parte sea regularmente cubierta en otros escenarios o diagnósticos. Adicionalmente, no se cubren tratamientos no aprobados por DIGEMID, ya sea que se encuentren disponibles a nivel nacional o importados/obtenidos en el extranjero.
- jj)** Lesiones o enfermedades adquiridas como consecuencia de actos de guerra, revoluciones, energía atómica o durante la prestación del servicio militar en cualquier fuerza, así como las que resulten de la participación activa en alteraciones del orden público, huelgas, motines, conmociones civiles, terrorismo, actos delictivos o criminales.
- kk)** Gastos por chequeos médicos y despistaje de enfermedades, a excepción de lo comprendido en el beneficio Preventivo Promocional del Plan de Salud.
- ll)** Estudios, procedimientos y tratamientos médicos o quirúrgicos oncológicos que no hayan sido considerados en las categorías de evidencia y consenso nivel 1 o 2A por la NCCN; adicionalmente, para su aprobación deben contar con ensayos clínicos de fase III concluidos demostrando beneficio. Para más información (en inglés) puede consultar a: [www.nccn.org](http://www.nccn.org) y [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov). Exclusión adicional en NCCN: no se cubre inmunoterapia del tipo terapia de células T con CAR (receptor de antígeno quimérico por sus siglas en inglés) para ninguna indicación.
- mm)** Para condiciones oncológicas se cubrirá hasta dos (2) Pet Scan (PET/CT) al año.
- nn)** Compra o alquiler de equipos médicos tales como: glucómetros, bombas de infusión, bombas de insulina (incluye insumos), termómetros, tensiómetros, respirador o ventilador mecánico, pulsoxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, assist cough, estimulador de crecimiento óseo, Cefaly®, dispositivos CPAP, neuro estimuladores cerebrales o espinales, equipos ambulatorios para rehabilitación, entre otros. No se cubren tiras reactivas y lancetas para glucometría en atenciones ambulatorias.  
Excepción: sólo se cubren tiras reactivas y lancetas para glucometrías a los pacientes inscritos y controlados en el programa de cuidados de la salud "Siempre Sano", en pacientes ambulatorios con diabetes tipo 1 y en pacientes hospitalizados con cualquier tipo de diabetes.
- oo)** Estudios, pruebas, paneles o screening genéticos (intra o extrauterinos), estudio microarray. Excepción: se cubre el estudio de cariotipo para niños nacidos en el plan de salud EPS. También se cubren los estudios genéticos para cáncer recomendados por la NCCN con fines de decisión terapéutica para LLA, LMA, LLC.
- pp)** Kits de pruebas rápidas para diagnóstico de embarazo en orina. Ecografías 3D, 4D, 5D ni ecografías genéticas o morfológicas.
- qq)** Tratamientos para trastornos de déficit o hiperactividad de atención.
- rr)** Bloqueadores solares para fines preventivos y estéticos, así como productos cosméticos, cosmecéuticos, humectantes, exfoliantes, antiaging, despigmentantes, pigmentantes y productos para higiene personal. Manoplas y ropa descartable para cuidadores o visitantes de pacientes hospitalizados. Estudios de piel con sistema Fotofinder® o similares. Excepción: se cubren bloqueadores solares en vitiligo y rosácea.
- ss)** Sepelio para los casos en el que el diagnóstico no sea o no haya sido materia de cobertura de este Plan de salud (diagnósticos preexistentes ni exclusiones). Excepción: se cubre sepelio en caso la causa de deceso haya sido una condición regularmente cubierta por PACÍFICO, así se haya atendido por fuera del sistema de EPS.
- tt)** Viscosuplementación (ácido hialurónico, derivados y similares) para ninguna condición de salud osteoarticular. Microresonancia magnética. Biomateriales tipo cristales bioactivos (BIOGLASS®) para manejo de defectos óseos. Terapias con Sistema SIS (Super Inductive System).
- uu)** Referente al Trasplante de Órganos, las exclusiones por las que no se pagarán los beneficios por cualquier tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o suministro son:

- ▶ Condiciones que provengan como resultado de o tengan relación a un trasplante que no sea de los órganos cubiertos o que no haya sido previamente aprobado por la EPS.
  - ▶ Trasplantes experimentales.
  - ▶ Equipos artificiales o mecánicos, así como artefactos diseñados para reemplazar órganos humanos.
  - ▶ Exámenes, evaluaciones, estudios de histocompatibilidad y pruebas de selección de posibles donantes.
  - ▶ Trasplantes haploidénticos.
  - ▶ No se cubre el reembolso en el Perú ni en el extranjero.
  - ▶ -Trasplante de células hematopoyéticas en categorías de recomendación de la ASBMT C, R, D o N. (Sí se cubren las indicaciones categoría "S" en adultos y niños, autólogo o alogénico no haploidéntico).
  - ▶ Segundo trasplante del mismo órgano o tejido.
  - ▶ Infusión de linfocitos del donante.
- wv)** Gastos por secuelas, complicaciones o consecuencias relacionadas a diagnósticos o tratamientos no cubiertos por el Plan de Salud contratado.
- ww)** Terapias biológicas en oftalmología, dislipidemia, terapia del dolor, neumología, hematología, endocrinología ni dermatología. Antifibróticos para fibrosis pulmonar. Excepción: solo se cubre terapia biológica en las condiciones de salud del listado que aparece en el beneficio de cobertura de terapia biológica para casos no oncológicos que figura en el plan de salud.
- xx)** Pruebas no invasivas para evaluación o diagnóstico de hígado graso, esteatohepatitis, fibrosis o cirrosis hepática (Fibromax, Fibrotest, Actitest, entre otras). No se cubre elastografía en la evaluación de ningún órgano. Excepción: se cubre elastografía hepática (Fibroscan©) para evaluar fibrosis hepática en: 1)Esteatohepatitis No Alcohólica con Score FIB-4 >1.45, 2)Hepatitis crónica B o C previo al inicio de terapia (a menos que ya tenga diagnóstico de cirrosis) y 3)Hepatitis autoinmune configurada.
- yy)** No se cubre score de calcio para ninguna indicación. No se cubre angiotomografía coronaria. Excepción: se cubre angiotomografía coronaria en pacientes con cuadro anginoso y riesgo coronario intermedio con prueba de esfuerzo positiva.
- zz)** Dispositivos de cierre vascular mediante sutura o grapa post punción arterial percutánea (Perclose Proglide, Prostar, StarClose, entre otros). Retractores de heridas operatorias descartables para cesáreas y otras cirugías (Alexis/Mobius, Traxi, entre otros). Sistemas mano-asistida (Gelpport y similares). Manipuladores uterinos.
- aaa)** Paneles de diagnóstico rápido de patógenos múltiples para infecciones (Filmarray, Verigene, Maldi-Tof). Kits de inmunofluorescencia de virus respiratorios (Influenza A-B, parainfluenza 1-2-3 y virus sincitial respiratorio) con fines de screening o en cuadros de resfrío común o respiratorios altos. Excepción: estudio de Filmarray en líquido cefalorraquídeo. Filmarray respiratorio solo en población pediátrica internada en área crítica (UCI, UCIN). Estudio de Influenza estival en inmunosuprimidos.
- bbb)** Spect cerebral en estudio de trastornos cognitivos, demencias, Parkinson, trastornos del sueño o atención, trauma craneoencefálico ni en accidente cerebrovascular. Excepción: se cubre en evaluación prequirúrgica de foco epileptógeno.
- ccc)** Monitores de profundidad anestésica (Sensor BIS, Conox, entre otros). Equipos de video laringoscopia para intubación en sala de operaciones y áreas críticas (Ej. Glidescope, C-MAC, Airtraq, entre otros). Oximetría cerebral no invasiva. Excepción: se cubren los monitores de profundidad anestésica en cirugías del sistema nervioso central, de trasplante, en obesidad mórbida, reserva cardiaca baja y en cirugías mayores cardiacas, de grandes vasos y pulmonares. Se cubre video laringoscopia en intubación difícil (Mallampati III-IV).
- ddd)** Enfermedades huérfanas y raras, según lo detallado en la Resolución Ministerial N° 230-2020-MINSA. Excepciones que sí disponen de cobertura: Policitemia vera, Anemia falciforme, Trombocitosis esencial, Hipoglicemia, Hipo/hiperparatiroidismo, Acromegalia, Diabetes insípida, Porfirias, Alzheimer temprano, Paraplejia espástica tropical, Esclerosis múltiple, Neuromielitis óptica, Epilepsia, Apnea del sueño, Guillian Barre, Miastenia gravis, Degeneración macular asociada a la edad (no incluye terapia antiangiogénica), Fibrosis pulmonar idiopática (no incluye terapia antifibrótica), Pénfigo, Artritis reumatoide juvenil, Poliarteritis nodosa, Churg Strauss, Granulomatosis de Wegener, Arteritis de Takayasu, Lupus eritematoso sistémico, Dermatomiositis, Polimiositis, Esclerosis Sistémica Progresiva, Espondilitis anquilosante; igualmente para los concebidos/nacidos en el plan disponen de cobertura: Malformaciones arteriovenosas, Enfermedad de Von Willebrand, Hemofilia, Diabetes tipo MODY. ; esta excepción no contrapone las exclusiones previamente señaladas.

**eee)** Embolización arterial próstática. Colangioscopía/Pancreatoscopía tipo Spyscope/Spyglass® para ninguna indicación.

Si un siniestro que debió ser rechazado por encontrarse excluido de cobertura hubiese sido cubierto por error, así haya sido más de una vez, la EPS no estará obligada a continuar asumiendo el gasto por atenciones relacionadas a dicho siniestro a partir de la fecha de identificación del error.