



ÍNDICE

▶ ¿Qué es el PAMF?	3
▶ ¿Quiénes pueden afiliarse?	3
▶ ¿Cuáles son las modalidades de atención?	4
▶ ¿Cuáles son los beneficios que ofrece el PAMF?	5
▶ ¿Cuáles son los procedimientos de atención?	16
▶ Beneficios adicionales	23
▶ Exclusiones y gastos no cubiertos	25
▶ Atención al cliente y reclamos	32
▶ Definiciones importantes	34

I. ¿Qué es el PAMF?

Es el PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA FAMILIAR, Plan de Salud bajo la modalidad de Auto Seguro respaldado por FESUNAT, cuya finalidad es ofrecer un servicio organizado y personalizado, con el objetivo de promocionar la salud, prevenir la enfermedad y recuperar (curar), en caso sea necesario, así como normar las condiciones del servicio, en beneficio de los padres e hijos mayores de 18 años.

La administración integral del programa es encargada a LA PROTECTORA SALUD; empresa con más de 35 años de experiencia en la administración de prestaciones de salud, quien se convertirá para usted en un facilitador del servicio.

II. ¿Quiénes pueden afiliarse?

Pueden afiliarse los hijos mayores de 18 años hasta los 25 años, 11 meses y 29 días, así como los padres de los trabajadores que se encuentren en planilla de SUNAT.

Los trabajadores deberán manifestar por escrito su voluntad de incorporar a sus hijos mayores de 18 años al Programa de Salud para asegurar su continuidad de cobertura. Para ello, deben presentar en la oficinas de FESUNAT o a las Ejecutivas responsables de La Protectora, la ficha de inscripción firmada por el trabajador y copia del DNI. La solicitud podrá realizarse de manera digital (documento escaneado).

La administración pondrá a disposición el formulario de inscripción vía correo electrónico o a través de la Intranet.

Por el momento, no es posible la incorporación de nuevos Padres al Programa.

III. ¿Cuáles son las modalidades de atención?

El afiliado podrá atenderse bajo dos modalidades: Crédito o Reembolso. Estas dos modalidades son excluyentes, de manera que debe elegir una para cada atención.

- 1. Crédito:** Bajo este sistema, podrá hacer uso de su programa de salud en cualquier proveedor médico afiliado a la red de FESUNAT. Cada vez que solicite una atención médica en clínicas o centros médicos afiliados, deberá realizar copagos en el lugar elegido (el deducible y el coaseguro) que se establezca en la TABLA DE BENEFICIOS y gastos no cubiertos por la póliza. El PAMF cubre la diferencia del costo de la atención.
 - Copago Fijo (deducible): Es un pago fijo inicial por el derecho de acceder a la atención vía crédito. El pago se efectúa por cada consulta, inclusive por aquellas consultas derivadas del diagnóstico original.
 - Copago Variable (coaseguro): Es el porcentaje no cubierto por tu Plan que deberás asumir al finalizar tu atención. Aplica para gastos de farmacia, insumos, procedimientos y exámenes auxiliares (laboratorios e imágenes).

El coaseguro no aplica sobre el honorario médico de la consulta.

- 2. Reembolso:** Bajo esta modalidad se acepta solo en caso se atienda en una clínica o con un médico NO afiliado a la red de proveedores del plan de salud y **siempre y cuando no existan clínicas afiliadas en la zona.**

El afiliado deberá cancelar directamente al centro médico la totalidad de gastos incurridos (honorarios médicos, medicinas, laboratorio, radiografías, etc.), y luego solicitar a FESUNAT que te reintegre el monto cubierto por su Programa de Salud de los gastos efectuados, previa evaluación y aplicación del copago fijo (deducible) y copago variable (coaseguro) respectivo.

IV. ¿Cuáles son los beneficios que ofrece el PAMF?

1. Atención Ambulatoria

Es toda atención médica que se realiza en consultorios externos de la red de clínicas y centros médicos afiliados al PAMF- FESUNAT, incluyendo la provisión de medicinas, análisis clínicos, radiografías y otras pruebas o exámenes especiales que su médico considere necesario; según las coberturas de su Programa de Salud y que no requiere hospitalización, es decir, en la cual no es necesario internarte en la clínica.

No existen limitaciones en la indicación de medicinas, siempre y cuando el/los diagnósticos(s) consignado por el médico, lo sustente y el fármaco no esté considerado en la lista de gastos no cubiertos por el PAMF-FESUNAT, o dentro de las exclusiones específicas.

2. Atención oftalmológica

Atención de enfermedades y/o problemas visuales en centros oftalmológicos afiliados al PAMF-FESUNAT, según las condiciones especificadas en la TABLA DE BENEFICIOS.

3. Atención odontológica

Atención dental en proveedores odontológicos afiliados al PAMF-FESUNAT y según las condiciones particulares especificadas en la TABLA DE BENEFICIOS, es decir, copagos fijos (deducibles) por cada pieza dentaria tratada y terminada.

Incluye:

- Consulta diagnóstica
- Curaciones, profilaxis
- Cirugía Bucal: Exodoncia simple
- Operatoria Dental: Obturación con resina
- Radiología Odontológica: Radiografía Bite Wing, Radiografía Periapical y Radiografía Oclusal

4. Atención Hospitalaria

Una atención hospitalaria es todo tratamiento que requiere pasar al menos una noche internado en la clínica.

Esta atención cubre los gastos relacionados con su internamiento por conceptos de habitación y alimentación, medicinas, exámenes de laboratorio, exámenes pre-operatorios, rayos x, exámenes especiales, sala de operaciones, de recuperación y unidad de cuidados intensivos, honorarios quirúrgicos, ayudantía, anestesiología y otros gastos necesarios de acuerdo a las tarifas pactadas, con la aplicación del deducible y copago estipulados en la TABLA DE BENEFICIOS, siempre y cuando no estén excluidas o considerados como gastos no cubiertos en el adjunto de "Gastos no cubiertos y exclusiones" del Plan de Salud, y que no sean condiciones de salud preexistentes de acuerdo a las normas vigentes.

5. Atención Emergencia

Una emergencia es una situación repentina e inesperada que podría poner en peligro inminente su vida o en grave riesgo su salud. Una emergencia requiere atención y procedimientos médicos inmediatos. No debemos confundir emergencia con una urgencia. Urgencia es cuando requiere atención médica, pero ni su vida ni su salud están en riesgo grave.

Es el médico tratante quien determina si el caso es una emergencia o una urgencia. Si la atención no es considerada como EMERGENCIA deberá ser cubierta de acuerdo con las condiciones estipuladas en la TABLA DE BENEFICIOS

Este tipo de atención cubre los gastos ocasionados por una situación interna o externa que origina una alteración de su salud, siempre que sea atendida dentro del plazo máximo de 24 horas de ocurrida. Existen dos tipos de emergencia: Médica Quirúrgica y Accidental. Ambas son cubiertas por el PAMF-FESUNAT al 100%.

Atención
en la sala de
emergencia
**cubierta al 100%,
siempre que el
manejo sea
exclusivamente
ambulatorio**

**Si necesita ser
intervenido
(cirugía) y/o
hospitalización**

Emergencia Médica y Emergencia Accidental:
copagos de acuerdo al beneficio ambulatorio u
hospitalario.

**Si requiere
atenciones
ambulatorias
posteriores y la
emergencia fue
ambulatoria**

Emergencia Médica: copagos de acuerdo al
beneficio ambulatorio.

Emergencia Accidental: atenciones cubiertas al
100% hasta por 60 días calendario. Luego, copagos
de acuerdo al beneficio ambulatorio.

En caso de una EMERGENCIA ACCIDENTAL, de atención ambulatoria, los gastos serán cubiertos al 100% y hasta la rehabilitación del asegurado, por un periodo máximo de 60 días calendario o hasta el plazo que se señale en la TABLA DE BENEFICIOS. Los gastos posteriores serán reconocidos como cualquier atención ambulatoria u hospitalaria, los mismos que serán afectos al COPAGO correspondiente señalado en la tabla de beneficios

En caso una EMERGENCIA MÉDICA o ACCIDENTAL derive en una hospitalización o cirugía ambulatoria, ésta será reconocida como una atención hospitalaria o ambulatoria, por lo que estará sujeta a las condiciones de copago estipuladas en la TABLA DE BENEFICIOS de acuerdo a la RED a la que pertenece la clínica, desde el primer día de la atención hasta la estabilización del paciente. Los gastos posteriores serán reconocidos como cualquier atención ambulatoria u hospitalaria y, por consiguiente, estarán afectos a los copagos correspondientes señalados en dicha tabla.

Son considerados una EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA o ACCIDENTAL los gastos médicos como consecuencia de:

- Paro cardíaco y/o respiratorio
- Dolor torácico de origen cardiovascular (coronario)
- Pérdida de conocimiento súbito
- Traumatismos agudos, fracturas, luxaciones.
- Heridas cortantes
- Diarreas severas
- Deshidratación aguda
- Vómitos reiterados
- Cólicos vesiculares o renales u otros dolores abdominales intensos
- Envenenamiento
- Hemorragias
- Accidentes cerebrovasculares agudos
- Asfixias de cualquier origen
- Quemaduras
- Crisis Asmáticas
- Crisis Hipertensivas (presión arterial igual o mayor a 160/100mm.Hg.).
- Convulsiones
- Intoxicaciones
- Reacciones alérgicas
- Cualquier otra condición que requiera de atención médica inmediata y que sea considerada como un caso de emergencia por el médico tratante según las definiciones de EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA Y EMERGENCIA ACCIDENTAL.

Para todos los casos de emergencia, si requiere orientación, usted podrá comunicarse al ☎ (01) 743-1111 o a la línea gratuita desde provincias 0-800-11170. Estas centrales se encuentran operativas las 24 horas, los 365 días del año.

Los ejecutivos de la Central de Atención al Cliente de LA PROTECTORA SALUD le brindarán la asesoría necesaria para que se acerque al centro afiliado más cercano y/o coordinarán el servicio de ambulancia, de acuerdo a la cobertura geográfica, para el traslado del paciente a la brevedad.

6. Transporte por Evacuación de Emergencia

Para casos de emergencia y solo cuando en la localidad donde se encuentre no exista la capacidad ni la infraestructura médica necesarias para su atención, se cubrirán los gastos de transporte.

El transporte será en ambulancia terrestre y/o en avión de línea comercial nacional de pasajeros hacia el establecimiento de salud, con capacidad resolutive, más cercano (previa autorización y certificación del médico tratante).

Se considera a un máximo de 2 pasajeros (paciente y profesional de salud) por evento.

Este beneficio solo considera el transporte de ida (para la atención inmediata de la emergencia). No cubre los gastos de alojamiento ni alimentación

No aplica para situaciones que no sean de emergencia, aun cuando haya la capacidad resolutive dentro de la localidad.

7. Atención a través de Médicos a Domicilio

La consulta de Médicos a Domicilio es una consulta médica programada para enfermedades agudas. **No es para atender emergencias.** Un equipo de médicos le atenderán en la comodidad de su hogar, le entregarán las medicinas y coordinarán los exámenes de laboratorio que necesite.

En Lima podrás solicitar la atención en las siguientes especialidades: Medicina General, Medicina Interna, Pediatría, Cardiología, Geriátrica. En provincia, en las ciudades donde se brinde el servicio, podrás solicitar la atención en Medicina General.

Este beneficio le ofrece atenciones con un copago fijo (deducible) que incluye la consulta, medicinas y exámenes.

El proveedor ESTAR VITAL brinda este servicio en Lima y en las zonas urbanas de las ciudades de Lima, Piura, Talara, Trujillo, Arequipa.

EL HORARIO DE ATENCIÓN:

Lima

De 7:00 a.m. a 9:00 p.m., de lunes a sábado.

De 8:00 a.m. a 2:00 p.m., domingos y feriados.

Provincias

De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a sábado.

8. Orientación médica

Orientación de un médico general/internista para consultas sobre salud en general. El servicio es brindado por ESTAR VITAL.

- WhatsApp: 981 211 319
- Correo: medico@estavital.com.pe
- Horario de atención: Lunes a Viernes de 9:00 a.m. a 6:00 p.m.

Nota: Este servicio no incluye información de coberturas, requerimientos, consultas o reclamos sobre el Plan médico, además de información de cartas de garantía u otros relacionados.

9. Atención a través del Programa de Enfermedades Crónicas.

Es un programa especializado para el cuidado de su salud, educativo, de monitoreo y control de enfermedades crónicas, creado a partir de las necesidades particulares que pudiera tener, cuyo objetivo es contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes y prevenir las complicaciones en el corto, mediano y largo plazo.

Es un beneficio ambulatorio cubierto al 100%, dirigido en exclusividad a los afiliados al PAMF-FESUNAT que estén diagnosticados con las siguientes enfermedades crónicas: Hipertensión Arterial, Asma, Dislipidemia, Diabetes mellitus no complicada y osteoporosis.

Incluye consultas Médicas especializadas, controles de enfermería, evaluación nutricional, evaluación psicológica, atención podológica en diabéticos, exámenes de laboratorio, procedimientos diagnósticos y medicinas. (Según guías de práctica clínica) En Lima, hasta las siguientes zonas:

- Por el Norte hasta Km 21 panamericana Norte (Los Olivos – Pro)
- Por el Sur hasta Chorrillos (La Encantada – Las Brisas) San Juan de Miraflores (Av. Los Héroes hasta Av. Miguel Iglesias- Hospital María Auxiliadora).
- Por el Centro hasta La Victoria – Santa Catalina, Balconcillo.
- Por el Oeste hasta La Punta, Callao.
- Por el Este hasta San Juan de Lurigancho (Av. Próceres de la Independencia hasta Av. Santa Rosa de Lima) Zarate; Ate (Carretera Central hasta Urb. Ceres).

Puede realizar una consulta médica telefónica a través de la central telefónica de ESTAR VITAL, (01)743-7933. El servicio podrá brindarse también en las ciudades de **Trujillo, Piura, Talara y Arequipa**.

Asimismo, le detallamos los servicios que incluye cada protocolo de atención según la enfermedad que padezca:

DIABETES MELLITUS TIPO II

- Consulta médica especializada y evaluación integral del paciente: su frecuencia es mensual, o puede espaciarse si está controlado, de acuerdo con la severidad de la enfermedad.
- Evaluación nutricional trimestral.
- Evaluación preventiva oftalmológica anual: Fondo de ojo/retinografía.
- Exámenes de laboratorio:
- Glucosa sérica antes de cada consulta.
- Hemoglobina glicosilada, semestral.
- Perfil de Lípidos, 2 controles anuales.
- Creatinina, anual.
- Microalbuminuria, anual.
- Medicamentos para el manejo de la DIABETES

DISLIPIDEMIA

- Consulta médica especializada y evaluación integral del paciente: su frecuencia es mensual o puede espaciarse si está controlada, de acuerdo con la severidad de la enfermedad. Evaluación nutricional trimestral
- Evaluación preventiva oftalmológica anual: Fondo de ojo/retinografía.
- Exámenes de laboratorio:
 - Glucosa sérica, anual.
 - Perfil de Lípidos, 3 controles anuales.
 - Creatinina, anual.
 - Ácido Úrico, anual.
 - Microalbuminuria, anual.
- Procedimientos: Electrocardiograma anual.
- Medicamentos.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

- Consulta médica especializada y evaluación integral del paciente: su frecuencia es mensual o puede espaciarse, si está controlado de acuerdo con la severidad de la enfermedad.
- Evaluación nutricional (3 controles anuales).
- Evaluación preventiva oftalmológica anual: Fondo de ojo/retinografía.
- Exámenes de laboratorio:
 - Glucosa sérica, anual.
 - Perfil de Lípidos, semestral.
 - Creatinina, anual.
 - Ácido úrico, anual.
 - Microalbuminuria, anual
- Procedimientos:
 - Electrocardiograma anual.
 - Prueba de Esfuerzo, previa justificación médica.
 - Ecocardiograma, previa justificación médica.
 - Mapa, previa justificación médica.
 - Indicación de medicamentos para el manejo de HTA.
- Medicamentos.

HIPERTENSIÓN + DISLIPIDEMIA

- Consulta médica especializada y evaluación integral del paciente: su frecuencia es mensual o puede espaciarse, si está controlado de acuerdo con la severidad de la enfermedad.
- Evaluación Nutricional, trimestral.
- Evaluación Preventiva Oftalmológica anual: Fondo de ojo/retinografía.
- Exámenes de Laboratorio:
 - Glucosa sérica, anual.
 - Perfil de Lípidos, tres veces al año
 - Creatinina, anual.
 - Ácido Úrico, anual.
 - Microalbuminuria, anual.
- Procedimientos:
 - Electrocardiograma anual.
 - Prueba de Esfuerzo, previa justificación médica.
 - Ecocardiograma, previa justificación médica.
 - Mapa, previa justificación médica.
- Medicamentos.

DIABETES MELLITUS TIPO II + DISLIPIDEMIA

- Consulta médica especializada y evaluación integral del paciente: su frecuencia es mensual o puede espaciarse si está controlado de acuerdo a la severidad de la enfermedad.
- Evaluación Nutricional, trimestral.
- Evaluación Preventiva Oftalmológica semestral: fondo de ojo.
- Exámenes de Laboratorio:
 - Glucosa sérica, mensual.
 - Perfil de Lípidos, trimestral.
 - Creatinina, anual.
 - Ácido Úrico, anual.
 - Microalbuminuria, semestral.
 - Hemoglobina glicosilada, trimestral.
- Procedimientos:
 - Electrocardiograma anual.
- Medicamentos.

DIABETES MELLITUS TIPO II + HIPERTENSIÓN + DISLIPIDEMIA

- Consulta médica especializada y evaluación integral del paciente: su frecuencia es mensual o puede espaciarse si está controlado de acuerdo a la severidad de la enfermedad.
- Evaluación Nutricional, trimestral.
- Evaluación Preventiva Oftalmológica, semestral: fondo de ojo/retinografía.
- Exámenes de Laboratorio:
 - Glucosa sérica, mensual.
 - Perfil de Lípidos, trimestral.
 - Creatinina, anual.
 - Ácido Úrico, anual.
 - Microalbuminuria, semestral.
 - Hemoglobina glicosilada, trimestral.
- Procedimientos:
 - Electrocardiograma anual.
 - Prueba de Esfuerzo, previa justificación médica.
 - Ecocardiograma, previa justificación médica.
 - Mapa, previa justificación médica.
- Medicamentos.

OSTEOPOROSIS

- Consulta médica especializada (trimestral).
- Evaluación Nutricional: anual.
- Exámenes de Laboratorio:
 - Hemograma.
 - Calcio sérico.
- Procedimientos:
 - Densitometría ósea (anual).
- Medicamentos.

ASMA BRONQUIAL

- Consulta médica especializada (mensual o trimestral de acuerdo a indicación del médico). Incluye flujometría.
- Evaluación Nutricional: anual.
- Exámenes de Laboratorio:
 - Hemograma.
- Procedimientos:
 - Espirometría.
 - Electrocardiograma de reposo.
- Medicamentos.

10. Atención a través del Programa de Nutrición

Es un programa atendido por nutricionistas expertos quienes acudirán a su domicilio y le ayudará a elaborar un plan de alimentación personalizado para mejorar tu peso y estado de salud.

Este servicio se brinda a través de ESTAR VITAL, por lo que puedes solicitar una cita a tu domicilio a través de su central telefónica, al (01)743-7933.

Al momento de tu cita deberás pagar el copago fijo (deducible) indicado en la Tabla de Beneficios del PAMF-FESUNAT

V. ¿Cuáles son los procedimientos de atención?

1. **Procedimiento de atención a Crédito:** Debe programar tu cita en establecimientos de salud de tu elección o en la clínica, centro médico, centro odontológico o centro oftalmológico de tu elección que esté dentro de la red del Plan de salud e indicar que tiene el seguro PAMF-FESUNAT (administrado por la Protectora Salud).

ATENCIÓN AMBULATORIA:

Para las atenciones ambulatorias tiene que:

- Acercarse al establecimiento de salud en la fecha programada con tu documento de identidad (DNI o carné de extranjería).
- El establecimiento imprimirá la orden de atención generada a través de la Plataforma web SOLBEN de La Protectora Salud para su firma. En dicha orden podrá visualizar los copagos que debe abonar directamente en la clínica.
- Acercarse a caja y abonar el copago fijo (deducible) que corresponda al centro médico elegido.
- Acercarse al consultorio y espera por tu atención médica.
- En caso de que el médico solicite exámenes adicionales o medicinas, concluida la consulta, deberá acercarse al (los) servicios ordenados por el médico tratante, como farmacia y/o servicios auxiliares (laboratorio, rayos x, radiología, procedimientos, entre otros), donde deberá abonar el copago variable (coaseguro) correspondiente.
- Asimismo, cierto tipo de exámenes y/o tratamientos pueden requerir Carta de Garantía para evaluar la cobertura, es decir, un documento de pre-certificación que solicita la clínica o centro médico a la administración de FESUNAT.

En caso se presente algún inconveniente con la plataforma el proveedor médico se pondrá en contacto con LA PROTECTORA al 743 – 1111.

ATENCIÓN HOSPITALARIA:

En caso de requerir una atención hospitalaria y/o quirúrgica programada, usted deberá tener en cuenta lo siguiente:

- Coordinar con su médico la fecha en la cual se efectuará la hospitalización.
- El médico le dará la orden para el procedimiento y deberá acudir al área de presupuestos del establecimiento de salud para realizar el trámite de la Carta de Garantía.
- El establecimiento de salud solicitará la Carta de Garantía al PAMF-FESUNAT (en caso lo requiera), ingresando a la plataforma web SOLBEN de LA PROTECTORA SALUD, con un mínimo de 3 días útiles antes de su utilización, salvo casos de emergencia.
- La Protectora Salud validará que las coberturas y procedimientos solicitados sean los adecuados según el diagnóstico presentado, y enviará la respuesta por escrito al establecimiento de salud. Esta respuesta se dará siempre y cuando el establecimiento de salud haya enviado la información debida, en un plazo no mayor de 48 horas. En caso de que haya alguna observación o necesidad de información adicional, también se comunicará a la clínica.
- La carta de garantía es la autorización que la IAFAS Autoseguro FESUNAT otorga al centro de SALUD para realizar el procedimiento solicitado, siempre y cuando la atención hospitalaria esté cubierta. Esta incluirá los gastos por servicios de la clínica, los medicamentos y honorarios médicos. No debes pactar ni pagar honorarios adicionales.
- Una vez emitida la Carta de Garantía, la clínica le comunicará el resultado telefónicamente.
- Al momento de internarte solo debe presentar su documento de identidad (DNI o carné de extranjería) e indicar el motivo de la atención.
- Al término de su hospitalización el afiliado firmará, en señal de conformidad, las facturas y demás documentos emitidos por la clínica debido a los gastos generados durante su atención hospitalaria. Asimismo, cancelará directamente a la clínica, los copagos que le correspondieran de acuerdo con lo establecido en su Programa de Salud.
- El deducible a pagar por hospitalizaciones dependerá de la clínica donde ha decidido atenderse.

En caso de requerir una atención hospitalaria y/o quirúrgica NO programada, es decir si es internado por emergencia, el establecimiento de salud te brindará la atención médica requerida y posteriormente regularizará la Carta de Garantía con PAMF-FESUNAT dentro de las 24 horas hábiles.

- **Financiamiento de coaseguros por atención hospitalaria**

Los trabajadores de FESUNAT cuentan con el beneficio de solicitar un préstamo para financiar los coaseguros de las hospitalizaciones de sus dependientes (afiliados), el cual, de aprobarse, será posteriormente descontado por planilla.

El procedimiento para solicitarlo es el siguiente:

1. Solicitar el formato de solicitud a las Ejecutivas destacadas al correo lmorante@laprotectora.com.pe o sportocarrero@laprotectora.com.pe.
2. Completar y firmar el formato y remitirlo nuevamente a los correos electrónicos indicados.
3. Las Ejecutivas coordinarán con SUNAT, quien validará si el trabajador cuenta con capacidad de endeudamiento.
4. De aprobarse la solicitud, La Protectora Salud emitirá una carta de garantía adicional que será remitida a la Clínica correspondiente, por el monto del coaseguro de la atención hospitalaria.
5. Se debe tener en cuenta que el beneficio no incluye financiamiento de deducibles y gastos no cubiertos. Dichos importes deberán ser abonados directamente en la clínica.

EMERGENCIA ACCIDENTAL O MÉDICA:

Para todos los casos de emergencia, podrá atenderse:

- **LLAMANDO A LA CENTRAL DE EMERGENCIA DE LA PROTECTORA SALUD Y SOLICITAR UNA AMBULANCIA:**
 - Llama a la central de Emergencias de la Protectora Salud al número 743-1111 en Lima y desde provincias a la línea gratuita 0-800-11170 o al Celular: 995 098 246, quienes coordinarán el envío de una ambulancia al lugar en el que se encuentre.
 - Los ejecutivos de la Central de la PROTECTORA SALUD le realizarán las gestiones necesarias para coordinar el envío de una ambulancia al lugar en el que se encuentre y sea traslado a la brevedad, **previa validación de la situación de salud del paciente, en coordinación con Auditoría médica.** Se debe tener en cuenta que la atención de ambulancias para traslado debe ser médicamente justificada. De no ser así, el afiliado deberá abonar el costo total de dicho traslado.
 - En caso contrario, le orientarán para que se acerque al centro afiliado más cercano.
 - Estas centrales se encuentran operativa las 24 horas, los 365 días del año.

➤ EN ESTABLECIMIENTOS AFILIADOS

- Presente su documento de identidad (DNI o carné de extranjería) en la sala de emergencia del centro de salud para ser atendido.
- Si no cuenta con su documento de identidad (DNI o carné de extranjería) al momento de una emergencia, recuerde que la clínica igual procederá con la atención médica inicial de acuerdo a lo indicado en la Ley de Emergencia. En caso requiera atenciones hospitalarias o ambulatorias posteriores a la emergencia, deberá presentar su documento de identidad original.

TRANSPORTE POR EVACUACIÓN DE EMERGENCIA:

Ante una situación de emergencia que requiera evacuación:

- El establecimiento de salud que presta la atención inicial de emergencia debe comunicarse con la Central de Emergencias de LA PROTECTORA SALUD, al número 743-1111 en Lima y desde provincias a la línea gratuita 0-800-11170 o al Celular: 995 098 246; y brindar los datos del paciente, lugar de internamiento y médico tratante.
- Los ejecutivos de la central de emergencia solicitarán la información requerida para la evaluación del caso.
- De cumplir los criterios se procede a la autorización de la evacuación. En coordinación con el médico tratante, los ejecutivos de la central determinarán detalles de evacuación.
- Asimismo, coordinarán con los proveedores necesarios (de acuerdo con el tipo de emergencia), para evacuarlo al lugar requerido por el médico tratante y con los servicios de ambulancia para los traslados necesarios en la ciudad de destino.

ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO:

Ante la necesidad de una atención médica programada a domicilio:

- Llama a central telefónica del ESTAR VITAL, Médico a domicilio (01)743-7933 y solicita la visita de un Médico de familia.
- Brinde los datos del paciente (nombre, dirección, entre otros)
- Concluida la atención, el Médico de familia coordinará la entrega de sus medicamentos y/o la toma de muestra de análisis, si fuera el caso.

- El laboratorio se pondrá en contacto contigo y coordinará los detalles. Los resultados serán enviados al paciente.
- En los casos que se requiera, el Médico de familia extenderá una orden de atención y le orientará respecto a la especialidad o servicios al cual deberá acudir. En estos casos, solo deberá abonar el copago que corresponda según la clínica o centro afiliados que elija.

Este beneficio tiene limitaciones geográficas, las cuales se establecen en el Plan de salud. Las medicinas y los exámenes se basan en el petitorio que tiene el servicio de Médicos a Domicilio.

Si alguno de los resultados estuviera fuera de los niveles normales, un profesional se comunicará contigo para informarte acerca de las medidas que debes tomar y de ser necesario, te enviará los medicamentos.

PROGRAMA DE ENFERMEDADES “CRÓNICAS” A DOMICILIO:

Si desea recibir la primera consulta del programa, deberá:

- Comunicarse con la central telefónica del ESTAR VITAL al (01)743-7933 y solicitar la visita de un Médico de Familia.
- Un asesor de servicio te tomará los datos y programará la visita.
- Durante la primera visita, el médico de familia evaluará al paciente, realizará un informe de tu situación de salud actual y determinará el ingreso.
- Asimismo, definirá su plan de atención para los siguientes meses, informará sobre los beneficios del programa y comunicará al paciente y/o familiares, los cuidados necesarios para el mantenimiento de la salud.
- Si está de acuerdo con las condiciones y beneficios del programa, firmará un documento de incorporación que indica que ya eres parte del programa.

Durante las visitas posteriores, es decir si ya eres parte del programa, el médico de familia:

- Coordinará los servicios del equipo multidisciplinario para el cumplimiento de los protocolos de intervención médica diseñados para cada diagnóstico y la combinación de estos.
- Coordinará la entrega de medicinas, pruebas de laboratorio, toma de muestras entre otros que sean necesarios.
- Terminada su consulta se agendará inmediatamente la fecha de la próxima cita.
- En caso no tenga la fecha de tu próximo control, podrá comunicarse con la central telefónica de ESTAR VITAL.

- La cobertura de medicamentos es de acuerdo a petitorio de medicamentos; los análisis de laboratorio y pruebas, de acuerdo al protocolo del programa.

2. PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE REEMBOLSO

El Sistema de Reembolso solo puede ser usado si necesitas un servicio médico en zonas alejadas **y en el lugar donde se encuentra no existe ninguna clínica, centro médico u otra institución de salud afiliada al Programa médico.**

¿Qué debo hacer para obtener el beneficio?

Deberá presentar, dentro de los 90 días posteriores a la atención, la siguiente documentación en La Protectora Salud (Av. Santa Cruz 376 – San Isidro. Lima) o a través de las Ejecutivas de Servicio destacadas:

- Solicitud de Reembolso por la atención médica con la información completa y suscrita por el médico tratante.
- Comprobante de pago original y con valor contable del servicio recibido (factura electrónica o recibo por honorarios) correspondiente a Honorarios médicos, farmacia (medicamentos e insumos), exámenes auxiliares (laboratorio, imágenes, patología), u otros si es que aplica.

Nota: El comprobante de pago debe ser emitido a nombre del paciente como factura a nombre de FONDO DE EMPLEADOS DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE ADUANAS Y DE ADMINISTRACION TRIBUTARIA - FESUNAT; con RUC 20499030810; dirección Calle Ocharan Nro. 176 – Miraflores, Lima.

- Documentos médicos que acrediten la efectiva atención según sea el caso, como pero no limitados a:
 - Original de la receta prescrita (firmada y sellada) por el médico tratante.
 - Original de la orden de exámenes auxiliares (Laboratorio, imágenes, patología, entre otros) solicitados por el médico tratante.
 - Copia de los resultados de todos los exámenes realizados (análisis, radiografías, exámenes especializados, entre otros), si es que aplica.
 - Fotocopia del reporte operatorio, en caso de intervención quirúrgica.

- Copia del resultado de anatomía patológica, si hubo patología
- Copia de la epicrisis en caso de internamiento.

¿Qué consideraciones debo tener?

- Puedo remitir mi solicitud de reembolso a través de los correos electrónicos autorizados, para que se pueda ir avanzando con el trámite de evaluación; sin embargo, es obligatorio presentar los documentos en original para que pueda generarse el pago.
- Los reembolsos se efectúan en base a auditoría médica y montos definidos, hasta los límites máximos señalados en el plan de salud del PAMF-FESUNAT. Por lo que el reembolso puede no reconocer la totalidad de lo gastado.
- La Protectora Salud podrá solicitar al afiliado informes médicos ampliatorios por procedimientos realizados, en caso sea necesaria información adicional que permita documentar mejor la situación de SALUD y facilite la atención de la SOLICITUD DE REEMBOLSO, lo que realizará dentro de los primeros veinte (20) días de los (30) días que tiene para consentir el siniestro, es decir, aprobarlo o rechazarlo.
- Los gastos cubiertos serán liquidados dentro de los 30 días calendario de consentido el siniestro.
- Cobertura y tarifario del reembolso: Deducible: 60 soles (Monto tope de consulta S/.200), Coaseguro: 75%, Tarifario B – Segus de la Asociación de clínicas particulares del Perú.

En caso de sepelio, es importante considerar que existen 2 modalidades para solicitar el reembolso:

a) Indemnización por Sepelio (adelanto del 50%)

Podrás solicitar un adelanto, equivalente al 50% de la suma cobertura para este beneficio (S/2,500), sin la necesidad de presentar el comprobante de pago. Para ello debe:

- Presentar el certificado de defunción (original o copia legalizada) del afiliado y completar la solicitud de reembolso por indemnización de sepelio.
- Esta solicitud debe ser canalizada con las **ejecutivas In Plant** de la Protectora
- La diferencia de la suma cobertura podrá ser solicitada con el comprobante de pago

correspondiente.

b) El reembolso con comprobante de pago (procedimiento regular):

Para ello deberá presentar los siguientes documentos:

- Certificado de defunción (original o copia legalizada).
- Comprobante de pago con valor tributario y contable donde figure el nombre del fallecido y el servicio brindado

VI. Beneficios Adicionales

1. BENEFICIO DE SALUD MENTAL

Es un beneficio que pone a su disposición especialistas que brindan atenciones para condiciones como Esquizofrenia, Ansiedad, Depresión, Stress entre otros que se encuentran descritos en la TABLA DE BENEFICIOS del PAMF-FESUNAT.

Las atenciones son exclusivamente a Crédito y previa cita. Por lo que debe programar su cita vía telefónica, web o app (de ser el caso), en proveedor indicado en su Programa de Salud. Este beneficio no cubre medicamentos, hospitalizaciones ni tratamientos por emergencias.

2. BENEFICIO DE SEPELIO

Este beneficio cubre el sepelio en los cementerios a elección de su familia, según las condiciones y/o topes del Plan de salud.

El Paquete de Sepelio incluye: servicio funerario, servicio de sepultura o cremación (sin cinerario) y servicios adicionales.

➤ El servicio funerario incluye asistencia de director funerario, carroza de lujo, carro para ofrendas florales, capilla ardiente, candelabros de bronce iluminados o con velas naturales, tarjetero, manto especial, alfombra, Cristo resucitado posterior, soportes de ataúd, ataúd modelo natural Roma o duco Amadeus, adornos propios, acolchado en poliseda. Salón velatorio, preparación tanatológica del fallecido, trámite de inscripción de la partida de defunción según exigencia municipal, así como la tramitación, traslado e instalación del servicio.

➤ En caso de cremación el servicio incluye también urna para cenizas de bronce, mármol travertino o madera con adornos de bronce, horno crematorio, derecho de salubridad y necropsia de ley. La urna es correspondiente a una caja que se utiliza para guardar las cenizas.

No incluye: cuota de aporte al fondo de conservación y mantenimiento, en caso de cremación no incluye ni cinerario correspondiente al espacio en el suelo para colocar las urnas, ni columbario correspondiente al espacio en la pared para colocar las urnas.

Al presentarse la necesidad de este servicio, los familiares del fallecido deberán llamar a la central de emergencia de LA PROTECTORA SALUD (01)743-1111 quienes realizarán todas las gestiones con la Funeraria a fin de brindarle el servicio.

Para la utilización de esta cobertura, se verificará en el Certificado de defunción, que el motivo y la circunstancia del fallecimiento esté amparada bajo la cobertura del Plan de salud.

Son causales de fallecimiento no cubiertas, suicidio y muerte producto de la participación de un hecho delictivo, así como las estipuladas en el adjunto de exclusiones y gastos no cubiertos del PAMF-FESUNAT.

3. BENEFICIO ONCOLÓGICO (A TRAVÉS DE ONCOSALUD)

Es un beneficio de tu Programa de Salud que brinda atención y control en caso de padecer cáncer, luego que se obtenga un diagnóstico definitivo de cáncer (neoplasia maligna) demostrado por los resultados de anatomía patológica.

Luego de que el afiliado tenga el informe positivo, se activará la cobertura oncológica y continuarán su atención oncológica sólo bajo el Programa ONCOCLASICO de ONCOSALUD.

VII. Exclusiones y gastos no cubiertos

A fin de tener una explicación más clara y detallada de las exclusiones y limitaciones del autoseguro, deberá tenerse en cuenta que *este plan de salud no cubre los gastos derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de:*

1. *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.*
2. Todo daño derivado de la autoeliminación o lesiones autoinfligidas.
3. Asimismo, se racionalizará el suministro de prótesis, órtesis y otros (sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés, etc.), así como los procedimientos, terapias o intervenciones más complejas de alto costo y con baja posibilidad de recuperación.
4. Otras exclusiones que sean normadas por ley.

Adicionalmente a las exclusiones y limitaciones indicadas no se cubrirán los gastos 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 diagnósticos que se encuentren comprendidos en lo señalado por la ley N°30562., que establece la continuidad en la cobertura de preexistencias en el Plan de Salud.*
- c) *Enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos y/o adquiridos al nacer, de origen genético (hereditario o no hereditario).*
- d) *Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de obesidad (cualquiera que sea el grado), así como programas de reducción de peso y sus complicaciones.*
- e) *Consultas, pruebas auxiliares y tratamientos preventivos, curativos o rehabilitadores médicos, psicológicos y/o psiquiátricos relacionados con los diagnósticos comprendidos en el capítulo V, Trastornos Mentales y del Comportamiento, del Código Internacional de Enfermedades CIE 10, así como tratamientos para corregir trastornos de conducta, trastornos de la atención lenguaje, 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 invitro o tratamientos hormonales). Tampoco se cubren los tratamientos anticonceptivos en general, el costo del DIU (dispositivo intrauterino) y sus complicaciones.*
- 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 del cabello.*
- j) *Tratamientos quirúrgicos y procedimientos para insuficiencia venenosa superficial de extremidades como várices y telangiectasias. Medias para várices.*
- k) *Vitaminas, minerales, 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 parenteral en el domicilio.*

- l) Se cubre nutrición enteral y parenteral en pacientes hospitalizados hasta el alta.*
- m) 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.*
- n) Terapia inmune (desensibilización) para alergias, inmunoestimulantes, terapias biológicas preventivas y vacunas que no correspondan al plan de salud.*
- o) Enfermedades, complicaciones y/o consecuencias médico-quirúrgicas ocasionadas por el consumo de alcohol, psicofármacos, drogas ilícitas y estupefacientes.*
- p) Accidentes sufridos como consecuencia directa de consumo de alcohol, psicofármacos, consumo de estupefacientes o drogas ilícitas. En el caso de accidente vehicular solo se aplica al conductor.*
- q) Pruebas diagnósticas (laboratorio, imágenes y/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 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 con el sistema GRADE (1-A, 1-B). Tampoco se aprobará aquello que no se considere MEDICAMENTE NECESARIO.*
- r) Medicamentos aprobados por la FDA o EMA pero prescritos para enfermedades diferentes para los que fueron aprobados.*
- s) Medicamentos que aún cuando hayan sido aprobados por la FDA o EMA, se encuentren señalados expresamente en este anexo como excluido.*
- t) Medicamentos o tratamientos prescritos con fines de prevención primaria o secundaria.*
- u) Excepciones: se cubre ácido acetil salicílico (“aspirina”), Warfarina, clopidogrel, heparinas, otros anticoagulantes orales, metformin, montelukast en asma, gastroprotectores frente al uso de gastrolesivos, profilácticos para migraña y profilaxis antibiótica en cirugía.*

- v) *Medicamentos y/o tratamientos utilizados con fines de placebo o de utilidad no demostrada. No se cubre edulcorantes.*
- w) *Dispositivos para la columna (incluyendo el acto quirúrgico cuyo único fin es implantarlo): separadores interespinosos e intervertebrales (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.*
- x) *Excepción: Se cubren: neurotomía o neurolisis facetarias y bloqueos radicales o facetarios.*
- y) *Tratamiento de la enfermedad, complicaciones y consecuencias de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en cualquiera de sus estadios, a partir de su diagnóstico serológico, salvo que se detalle específicamente en el Plan de Salud.*
- z) *Cuidado podiátrico efectuado por el personal no médico, así como cuidados de los pies relacionados con callos, pies planos, arcos débiles, pies débiles y soporte de zapatos de cualquier tipo, así como de plantillas y zapatos ortopédicos, salvo que se detalle específicamente en el Plan de Salud.*
- aa) *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.*
- bb) *Atenciones a domicilio, a excepción de lo detallado específicamente en el Plan de Salud.*
- cc) *Gastos por concepto de compra de sangre, plasma, hemoderivados, tejidos, órganos. Tampoco se cubre albúmina humana, plasma rico en plaquetas ni tratamientos que impliquen el uso de células madre (StemCell).*
- dd) *Los gastos por concepto de exámenes de donantes de sangre serán limitados a las unidades transfundidas al paciente.*
- ee) *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.*
- ff) *Medicina complementaria, alternativa y/o tradicional como acupuntura, homeopatía, quiropraxis, entre otros, salvo que se detalle específicamente en el Plan de Salud.*
- gg) *Suministro de órtesis (como silla de ruedas, corsés, fajas, botas ortopédicas, rodilleras, tobilleras, coderas, collarines, remodeldeador craneal, entre otros) ni prótesis externas*

(oculares, de extremidades, audífonos, implante mamario, prótesis dentales, entre otros). No se cubren audífonos, gafas, implante coclear, lentes intraoculares multifocales.

hh) Excepción: Sólo se cubren los lentes intraoculares monofocales para tratamiento de cataratas bajo el beneficio de prótesis. Se cubren las prótesis internas (reemplazos articulares y óseos, válvulas cardíacas, cages para columna y prótesis vertebrales, stents, diversores de flujo, injertos biológicos o artificiales, marcapaso cardíaco) bajo el beneficio de prótesis.

a. Atenciones, tratamientos o procedimientos realizados por personas que no sean médicos u odontólogos profesionales colegiados. Se cubrirán las atenciones del 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.*

ii) Estudios, diagnósticos ni tratamiento para disfunción eréctil y trastornos de la libido.

jj) 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.

kk) Excepción: Las prótesis dentales sólo se cubren en caso de accidentes.

hh) Tratamiento de condiciones de salud o patologías relacionadas a la articulación temporomandibular.

ii) Prácticas y/o 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, puénting ni otras prácticas deportivas de similar peligrosidad.

jj) Atenciones médicas o de salud (tratamientos, medicamentos, procedimientos), realizadas o procedentes del extranjero, sea por enfermedad o accidente.

ll) 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.

- l) *Gastos por chequeos médicos y despistaje de enfermedades, a excepción de lo comprendido en el Plan de Salud.*
- oo) *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, dispositivos CPAP, neuro estimuladores cerebrales, 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 pacientes Crónicos” y en pacientes hospitalizados.*
- pp) *Estudios, pruebas o screening genéticos (intra o extrauterinos).*
- qq) *Cobertura de maternidad y todo lo relacionado a este beneficio. Kits de pruebas rápidas para diagnóstico de embarazo en orina. Ecografías 3D y 4D en gestantes.*
- rr) *Tratamientos para trastornos de déficit o hiperactividad de atención.*
- ss) *Bloqueadores solares para fines preventivos y estéticos, así como los productos cosméticos, humectantes, exfoliantes, antiaging, despigmentantes, pigmentantes y productos para higiene personal.*
- tt) *Sepelio para los casos en el que diagnóstico no sea o no haya sido materia de cobertura de esta póliza.*
- uu) *Viscosuplementación (ácido hialurónico, derivados y similares) para ninguna condición de salud osteoarticular. Microresonancia magnética.*
- vv) *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 compañía.*
 - *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 reembolso en el Perú ni en el extranjero (solo reembolso por sepelio bajo las condiciones del plan de salud)*

ww) Gastos por complicaciones o consecuencias relacionadas a diagnósticos o tratamientos no cubiertos por el plan de salud contratado.

xx) Medicina biológica y/o sus complicaciones: Medicamentos, insumos, implantes u otro material de origen biológico, inmunoglobulinas e inmunomodulares de origen biológico.

yy) Pruebas no invasivas para evaluación o diagnóstico de hígado graso, esteatohepatitis, fibrosis o cirrosis hepática (Fibromax, Fibrotest, Actitest, entre otras). No se cubre test de tolerancia a la insulina.

zz) Score de calcio para enfermedades cardiovasculares y angiogramografía coronaria para decisión de terapia hipolipemiente.

aaa) Dispositivos de cierre vascular mediante sutura o grapa post punción arterial percutánea (Perclose Proglide, Prostar, StarClose, entre otros).

bbb) Paneles de diagnóstico rápido de patógenos múltiples para infecciones (Filmarray, Verigene, Maldi-tof) Excepción: estudio de líquido cefalorraquídeo.

ccc) La cobertura oncológica es a través de ONCOSALUD, salvo casos pre-existentes autorizados por FESUNAT.

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

VIII. Atención al Cliente y Reclamos

Un reclamo es la manifestación verbal o escrita efectuada ante FESUNAT por la cual un usuario manifiesta su insatisfacción ante algún incumplimiento, irregularidad o deficiencia en la prestación del servicio que se le brinda.

Como parte de la gestión administrativa, LA PROTECTORA SALUD en coordinación con FESUNAT debe velar por la protección y defensa de los derechos de los servicios, prestaciones o coberturas de los afiliados, esto en base al Reglamento para la atención de Reclamos y quejas de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud IAFAS e IPRESS – Decreto Supremo N° 030-2016-SA

Si no se encuentra conforme con cualquier aspecto relacionado al servicio que estás recibiendo, puedes presentar y registrar tu reclamo a través de las siguientes vías:

- Escrito: El representante de La Protectora Salud le brinda al asegurado la Ficha de reclamo en salud con el N° del reclamo.
- Correo: El asegurado puede generar su reclamo a través del correo callcenter@laprotectora.com.pe
- Virtual: El asegurado puede generar su reclamo a través de la página Web: www.laprotectora.com.pe

Generalmente, puedes esperar una respuesta de parte de FESUNAT en un plazo máximo de 30 días útiles, el mismo que ha sido establecido de acuerdo a la normativa legal vigente.

Durante este tiempo, se realizará una investigación sumaria, es decir, efectuará las diligencias correspondientes para la dilucidación de los hechos que generaron la insatisfacción del usuario, sobre todo en casos complejos–cuyo análisis requiere que realicemos coordinaciones con uno o más prestadores de salud. El grado de complejidad del reclamo será el que determine la duración de la investigación sumaria.

Si después de haber agotado todas las instancias con FESUNAT no se encuentra conforme con la decisión en la atención de un siniestro, puede acudir ante la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD o hacer uso de los mecanismos alternativos de resolución de controversias en el Centro de Conciliación y Arbitraje – CECONAR de SUSALUD.

IX. Central de asistencia y Ejecutivos

La Protectora pone a su disposición Ejecutivos de Servicio en FESUNAT para ayudarle con los trámites hospitalarios o para resolver cualquier consulta sobre la cobertura o el uso de tu Plan de Salud.

Asimismo, nuestra la CENTRAL DE EMERGENCIA de la PROTECTORA SALUD se encuentra disponible las 24 horas del día, los 365 días del año.

CENTRAL DE ASISTENCIA DEL ASEGURADO

☎ (01) 743-1111 - Disponible las 24 horas, los 365 años del año.

☎ 0-800-11170 - Línea gratuita desde provincias

Celular: 995098246 y RPM: #995098246

callcenter@laprotectora.com.pe

SERVICIO MÉDICO A DOMICILIO/PROGRAMA DE CRÓNICOS DE LA EMPRESA ESTAR VITAL

Lima:

☎ (01) 743-7933

☎ 981 211 319

Horario de Atención:

De lunes a sábado de 07:00 a 21:00 hrs.

LA PROTECTORA SALUD

Av. Santa Cruz 376 – San Isidro Lima

Telef. +51-1-4155830

Fax.+51-1-2228639

EJECUTIVOS DE LA PROTECTORA SALUD (SUJETO A VARIACIÓN)

• Sede Belén : Sandra Portocarrero

Celular: 924 - 786 - 570- sportocarrero@laprotectora.com.pe

• Sede Chucuito : Liz Morante

Celular: 981 - 233 - 290- lmorante@laprotectora.com.pe

X. Definiciones Importantes

➤ **ACCIDENTE**

Toda lesión corporal producida por acción imprevista fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad y que puede ser determinada por los médicos de una manera cierta.

➤ **AUTO SEGURO**

Se refiere al fondo que, con propios recursos económicos, FESUNAT, constituye para solventar la gran mayoría de gastos médicos que generan los trabajadores y sus familiares bajo la cobertura del presente programa.

➤ **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA**

Según se indica en la Tabla de Beneficios que forma parte del Plan, representa el límite máximo de indemnización que se otorga a cada Asegurado, a consecuencia de una o varias enfermedades o accidentes cubiertos por la póliza, durante la vigencia anual de la misma.

➤ **COBERTURA**

Son las prestaciones de salud a las que tienen derecho los afiliados cubiertos y sus DERECHOHABIENTES.

➤ **CONDICIONES GENERALES**

Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas que rigen el presente condicionado.

➤ **CONDICIONES ESPECIALES**

Documento que contiene modificaciones o extensiones o exclusiones relativas a coberturas específicas aplicables a un Plan de salud.

➤ **COPAGO**

Importe a cargo de los afiliados, que deben asumir por cada atención médica recibida, lo conforma el deducible que se aplica por consulta médica y en casos de hospitalización y el Coaseguro que es el porcentaje que se calcula del exceso del total de los gastos generados de acuerdo a las condiciones del programa PAMF.

➤ **DERECHOHABIENTES**

Son el cónyuge o la concubina a que se refiere el Artículo 326 del Código Civil, así como los hijos menores de edad hasta los 18 años. Los hijos mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo, sin límite de edad. Se consideran adicionalmente a los hijos mayores de edad, hasta cumplir los 25 años de edad, estudiantes de nivel superior.

➤ **DERECHO DE COBERTURA**

Derecho a las prestaciones de salud que tienen los afiliados y sus derechohabientes desde el inicio de su afiliación, incluyendo enfermedades preexistentes.

➤ **FACILITADOR DE ATENCIÓN O ADMINISTRADOR**

La operatividad del Programa se encuentra a cargo de la empresa especializada SISTEMAS ALTERNATIVOS DE BENEFICIOS (SAB S.A.) - PROTECTORA SALUD.; quien asume las labores integrales que demanda la administración de Fondo y a su vez se constituye en el facilitador del servicio a favor del Afiliado.

➤ **GASTOS CUBIERTOS BAJO EL BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA**

Gastos usuales, acostumbrados y razonables, incurridos por un Asegurado durante la vigencia de esta póliza, en exceso del deducible y coaseguro, que son amparados por esta póliza hasta los límites contratados, y se encuentren incluidos en la Tabla de Beneficios.

➤ **IAFAS**

Las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), son las encargadas de captar y gestionar los fondos para el aseguramiento de prestaciones de salud y las coberturas de riesgo de los asegurados. En este sentido, FESUNAT legalmente es una IAFAS.

➤ **INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPRESS)**


Son los establecimientos de salud públicos, privados o mixtos, que tienen como objetivo la prestación de servicio de salud. Estas instituciones son acreditadas, autorizadas, categorizadas y registradas, de acuerdo a los dispositivos legales vigentes e involucra a los Centros médicos, Centros de salud, Clínicas, Consultorios, Hospitales, Institutos, Policlínicos y Puestos de salud.

➤ **MÉDICAMENTE NECESARIO O NECESIDAD MÉDICA**

Servicio o suministros ordenados y proporcionados por un Hospital, un Médico u otro Proveedor de servicios de salud, y:

- Que sean apropiados al diagnóstico o tratamiento de la enfermedad del Asegurado o al accidente;
- Que sean congruentes con las normas de prácticas médicas o profesionales aceptadas;

- Que no exceden en alcance, duración o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico, o tratamiento seguro y adecuado.
 - Que no sean primordialmente para el confort ó la conveniencia personal del Asegurado, de su familia, de su Médico u otro Proveedor;
 - Que sea el nivel de servicio o suministro más apropiado que pueda ser proporcionado sin riesgo al Asegurado, y el que, en el caso de la atención de un paciente internado, no pueda administrarse a un paciente externo sin incurrir en riesgo.
- **PLAN ESCENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD (PEAS)**
Es el plan de aseguramiento en salud que contiene la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones y prestaciones de salud que, como mínimo, son financiadas a todos los afiliados a este Plan en el país. En base a dicha lista priorizada, sus acotaciones y límites, Pacífico procederá a brindar cobertura a sus afiliados actuando en cumplimiento de la normativa vigente en nuestro país.
- **PLAN COMPLEMENTARIO**
Es un plan que otorga prestaciones no comprendidas en el PEAS. La cobertura de dichas prestaciones se encuentra de manera obligatoria a cargo de EsSalud.
- **PREEXISTENCIA**
Es cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, registrada en la Historia Clínica del asegurado y no resuelta en el momento previo a llenar y suscribir la Declaración de Salud.
- **TABLA DE BENEFICIOS**
Documento que contiene las coberturas, sumas aseguradas, deducibles, beneficios y servicios otorgados por la presente póliza.



Llámanos los 365 días del año,
Nuestro Call Center es 24 horas

(01) 743 1111

Línea Gratuita: 0800-11170
Provincias



la Protectora
SALUD

- Call Center
RPM: #995 098 246
Celular: 995 098 246
Central: (01) 415 5830 Anx 223

Correo: callcenter@laprotectora.com.pe