



MANUAL DEL AFILIADO

**CONDICIONES PARTICULARES
NUEVOS PADRES**

**PROGRAMA DE AUTOSEGURO
MÉDICO FAMILIAR
(PAMF)**

**MANUAL DEL AFILIADO
CONDICIONES PARTICULARES**

**NUEVO PLAN DE SALUD
PARA PADRES
IAFAS AUTOSEGURO
FESUNAT**

CONDICIONES PARTICULARES

A través del presente documento se describe a nivel de detalle las condiciones asegurables, prestaciones y servicios a los que, en función al plan optado, los **AFILIADOS Padres** tienen derecho a lo siguiente:



1. 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.

1.1 ATENCIÓN POR CRÉDITO

Bajo este sistema, cada vez que solicite una atención médica, deberá realizar los copagos a través de los medios que la entidad afiliada disponga (el deducible y el coaseguro) según lo establecido en la TABLA DE BENEFICIOS y gastos no cubiertos. La IAFAS FESUNAT 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.

1.2 ATENCIÓN POR REEMBOLSO

Bajo esta modalidad se acepta solo en caso se atienda en una clínica o con un médico que NO pertenecen a la red de proveedores del plan de salud y siempre y cuando no existan clínicas afiliadas en la zona y el afiliado no se encuentre en periodo de carencia.

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 de documentos y aplicación del copago fijo (deducible) y copago variable (coaseguro) respectivo.

- ¿QUÉ DEBO HACER PARA OBTENER EL BENEFICIO?
 - Deberá presentar, dentro de los 60 días posteriores a la atención, la siguiente documentación solo mediante correo a sportocarrero@sabsa.com.pe o pcarbajal@sabsa.com.pe mientras dure el estado de emergencia sanitaria por el COVID 19. Del mismo modo, una vez finalizado el estado de emergencia sanitaria deberá ser enviado, la misma documentación en forma física, a SABSAs (Av. Santa Cruz 376 – San Isidro. Lima).
 - 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 (boleta, 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 SUNAT (FESUNAT); con RUC 20499030810.

- Documentos médicos que acrediten la efectiva atención según sea el caso, como pero no limitados a:
 - 1) Original de la receta prescrita (firmada y sellada) por el médico tratante.

- 2) Original de la orden de exámenes auxiliares (Laboratorio, imágenes, patología, entre otros) solicitados por el médico tratante.
- 3) Copia de los resultados de todos los exámenes realizados (análisis, radiografías, exámenes especializados, entre otros), si es que aplica.
- 4) Fotocopia del reporte operatorio, en caso de intervención quirúrgica.
- 5) Copia del resultado de anatomía patológica, si hubo patología.
- 6) Copia de la epicrisis en caso de internamiento.

- ¿QUÉ CONSIDERACIONES DEBO TENER?

- 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.
- SABSAs 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 calendario que tiene para consentir el siniestro, es decir, aprobarlo o rechazarlo.
- En el caso de reembolsos por traslado de emergencia por ambulancia, se deberá presentar adicionalmente el informe de traslado debidamente llenado (diagnóstico, condición del paciente desde su traslado hasta su llegada, lugar de traslado, hora, firma y sello del médico).
- La solicitud de reembolso será abonada en la cuenta del titular del seguro en un plazo máximo de 30 días calendario de consentido el siniestro.

- EN CASO DE REEMBOLSO POR SEPELIO, ¿QUÉ DEBO PRESENTAR?

- Solicitud de reembolso
- Certificado de defunción
- Acta de defunción (Solo en casos que el certificado de defunción sea manual)
- Comprobante de pago a nombre del titular y donde figure el nombre del fallecido.

Nota: El comprobante de pago debe ser emitido a nombre del paciente como factura a nombre de FONDO DE EMPLEADOS DE LA SUNAT (FESUNAT); con RUC 20499030810.

- La solicitud de reembolso será abonada en la cuenta del titular del seguro en un plazo máximo de 30 días calendario de consentido el siniestro.

2. ALCANCE DE LAS PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PLAN DE SALUD

2.1 EVALUACIÓN INICIAL DE ESTADO DE SALUD DE PADRES

Es el primer encuentro con el afiliado, en la que un médico en una conversación virtual, toma contacto con el afiliado, para conocer su estado de salud, las dolencias actuales, conocer sus antecedentes familiares, determinar los elementos ambientales y personales relevantes, las medicinas que toma regularmente, las actividades preventivas y recuperativas que realiza, de modo que, conociendo su historia médica, se le pueda ofrecer una atención oportuna y personalizada.

El procedimiento para esta evaluación es el siguiente:

- 1) Estar Vital se comunica con el afiliado y se programa consulta gratuita médica de ingreso.
- 2) El médico realiza la historia clínica del paciente.
- 3) Estar Vital clasifica según el tipo de paciente: (Paciente sano, crónico, pluripatológico o paciente de alto riesgo)

2.2 CANAL DE INGRESO PARA LAS ATENCIONES MÉDICAS

Para acceder a la atención médica del Plan de salud, siempre (*) deberá comunicarse con Estar Vital al Telf. (01) 743 - 7933. Un médico evaluará la necesidad del paciente y derivará la atención para: consulta virtual o consulta domiciliaria. En caso de que el paciente no pueda ser atendido en su domicilio debido a la complejidad de la atención, será derivado para atención en la red de clínicas afiliadas.

(*) Para atención de urgencias y/o emergencias el afiliado podrá acudir directamente a las Clínicas o solicitar una ambulancia a través de la Central de emergencias de SABSA al Telf. (01) 743 - 1111.

2.3 ATENCIÓN POR EMERGENCIA

La emergencia es aquella atención que requiere 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. Dicha atención no le será aplicable **PERÍODO DE CARENCIA** y no se encuentran sujetas al pago de deducible y copago. La determinación de la condición de emergencia médica es realizada por el profesional médico encargado de la atención bajo responsabilidad. 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 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% hasta la rehabilitación del asegurado, por un periodo máximo de 60 días calendario. 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 MÉDICO 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. Si el paciente se encuentre en periodo de carencia los gastos posteriores serán cubiertos en un periodo máximo de 30 días en la misma clínica, especialidad y con el mismo médico tratante.

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
- Apendicitis
- 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.

Es importante señalar que las diferentes **IPRESS** pueden requerir al **AFILIADO** un depósito en garantía o sus equivalentes ante eventuales gastos no cubiertos por la **IAFAS** durante una atención de emergencia no limitando el alcance de la prestación.

- **PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN:**

Para todos los casos de emergencia, si requiere orientación, usted podrá comunicarse al Telf. (01) 743-1111 o a la línea gratuita desde provincias Telf. 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 SABSA le brindarán la asesoría necesaria para que se acerque al centro afiliado más cercano o coordinarán el servicio de ambulancia, de acuerdo a la cobertura geográfica, para el traslado del paciente.

- **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.

- **SOLICITAR UNA AMBULANCIA:**

Llama a la central de Emergencias de SABSA al número 743-1111 en Lima y desde provincias a la línea gratuita 0-800-11170, quienes coordinarán el envío de una ambulancia al lugar en el que se encuentre, según disponibilidad geográfica.

En caso no haya disponibilidad de unidades de transporte, el afiliado puede contratar un servicio de ambulancia el cual será reembolsable, previa revisión de auditoría médica. (Ver condiciones de reembolso).

2.4 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 (Según disponibilidad geográfica) o en avión de línea comercial nacional de pasajeros (Para este último, el trámite deberá ser realizado por el familiar y estará sujeto a la modalidad de reembolso) 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. Solamente si es un menor de edad se incluye el traslado adicional (1 pasaje) para un acompañante.

Este beneficio solo considera el transporte de ida (para la atención inmediata de la emergencia). No cubre los gastos de alojamiento ni alimentación. Asimismo, se realiza previo visto bueno de auditoría médica de SABSA. No se cubren gastos adicionales no justificados (o requeridos por los afiliados) de espera de los proveedores de transporte.

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

- **PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN:**

El establecimiento de salud que presta la atención inicial de emergencia debe comunicarse con la Central de Emergencias de SABSA, al número 743-1111 en Lima y desde provincias a la línea gratuita 0-800-11170; 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.

2.5 ATENCIÓN DEL PROGRAMA #YOTECUIDOENCASA

El Programa está dirigido a todos los afiliados, sin límite de edad. De ser el caso, según la evaluación de los médicos del Programa, se podrá sugerir al paciente continuar su atención médica en Clínicas afiliadas si es que su cuadro clínico no permite que sea tratado en su domicilio. El programa cuenta con los siguientes beneficios:

- **PREVENCIÓN Y ORIENTACIÓN MÉDICA:** Consulta con profesional especialista en medicina preventiva. Se busca preservar y promover la salud, prevenir la enfermedad e incapacidad, y facilitar el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la enfermedad. Servicio gratuito, no aplica Medicinas ni exámenes de laboratorio.
- **ENCUESTA DE SALUD INICIAL:** Línea Base para conocer el estado de salud de cada afiliado, sus principales dolencias, las medicinas que recibe, con el fin de realizar una valoración integral que sirva de base para clasificar al paciente según su estado de salud.
- **ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES CRÓNICOS:** 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. 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, osteoporosis **y otras no complejas que puedan ser atendidas en el domicilio**. Incluye consultas Médicas especializadas, controles de enfermería, evaluación nutricional, evaluación psicológica, exámenes de laboratorio, procedimientos diagnósticos y medicinas. (Según guías de práctica clínica).

Asimismo, le detallamos los servicios que incluye cada protocolo de atención según la enfermedad que padezca. Para las enfermedades no descritas, será el médico tratante quien determine el protocolo de tratamiento.

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/retino grafía.
- Exámenes de laboratorio: Glucosa sérica antes de cada consulta.
- Hemoglobina glicosilada, semestral.
- Perfil de Lípidos, 2 controles anuales.
- Creatinina, anual.
- Microalbuminuria, anual.
- Indicación de 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/retino grafía.
- Exámenes de laboratorio:
- Glucosa sérica, anual.
- Perfil de Lípidos, 3 controles anuales.
- Creatinina, anual.
- Ácido Úrico, anual.
- Microalbuminuria, anual.
- Procedimientos: Electrocardiograma anual.

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
- Electrocardiograma anual.
- Prueba de Esfuerzo, previa justificación médica.
- Ecocardiograma, previa justificación médica.
- Mapa, previa justificación médica.
- Indicación de medicamentos para el manejo de HTA.

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.
-

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.
- Electrocardiograma anual.

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.
- Electrocardiograma anual.
- Prueba de Esfuerzo, previa justificación médica.
- Ecocardiograma, previa justificación médica.
- Mapa, previa justificación médica.

- **ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO VIRTUAL (MEDICINA GENERAL):** Es una consulta médica programada para enfermedades agudas. No es para atender emergencias ni tratar enfermedades crónicas. Un equipo de médicos le atenderán en la comodidad de su hogar, le entregarán las medicinas y coordinarán los exámenes de laboratorio que necesite.

- **CLÍNICA VIRTUAL (ATENCIÓN DE ESPECIALISTAS):** La Clínica virtual ofrece diversas especialidades, las cuales atienden mediante consultas virtuales. No se realizan procedimientos, ni exámenes auxiliares o de imágenes de mediana /alta complejidad. La atención puede realizarse como interconsulta solicitada por médico tratante o a solicitud de paciente, previo triaje médico. El beneficio incluye la entrega de medicinas y realización de exámenes auxiliares.

- **PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN:**

Ante la necesidad de una atención médica programada el afiliado debe seguir el siguiente proceso:

- 1) Llamar a central telefónica del ESTAR VITAL (01) 743-7933.
- 2) Brinde los datos del paciente (nombre, dirección, entre otros).
- 3) El Médico Orientador, luego de una primera evaluación, le asignará la atención que le corresponde o de no corresponder, le orientará para que pueda dirigirse a cualquier clínica afiliada a la red.
- 4) Concluida la atención, el Médico de Tratante coordinará la entrega de sus medicamentos y/o la toma de muestra de análisis, si fuera el caso.
- 5) El laboratorio se pondrá en contacto contigo y coordinará los detalles. Los resultados serán enviados al paciente.
- 6) 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
- 7) 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.

- **COBERTURA:**

La cobertura geográfica del programa #yotecuidoencasa en Lima es la siguiente:

- **NORTE:**
Los Olivos
- **SUR:**
Chorrillos (La Encantada de Villa), San Juan Miraflores (Av. Los Héroes hasta Miguel Iglesias, Hospital María Auxiliadora)
- **ESTE:**
San Juan de Lurigancho (Av. Próceres de la Independencia hasta Av. Sta. Rosa de Lima), Zárate, Ate (Carretera Central hasta Ceres)
- **OESTE:**
Callao: Callao, la Punta.

La atención en provincia es de manera virtual.

- **EL HORARIO DE ATENCIÓN:**

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

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

- **TÉLEFONOS DE CONTACTO:**

Teléfono: (01) 743-7933

WhatsApp: 960-944-456

2.6 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.

- PROCESO DE ATENCIÓN

- 1) Coordinar con su médico la fecha en la cual se efectuará la hospitalización.
- 2) 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.
- 3) El establecimiento de salud solicitará la Carta de Garantía al PAMF-FESUNAT (en caso lo requiera), ingresando a la plataforma web SOLBEN de SABSA, con un mínimo de 3 días útiles antes de su utilización, salvo casos de emergencia.
- 4) SABSA 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.
- 5) 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.
- 6) Una vez emitida la Carta de Garantía, la clínica le comunicará el resultado telefónicamente.
- 7) Al momento de internarte solo debe presentar su documento de identidad (DNI o carné de extranjería) e indicar el motivo de la atención.
- 8) 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.
- 9) 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 IAFAS FESUNAT dentro de las 24 horas hábiles.

2.7 ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA

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

2.8 ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

Atención dental en proveedores odontológicos afiliados a IAFAS 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
- Radiografía Odontológica: Radiografía Bite Wing, Radiografía Periapical y Radiografía Oclusal

3. BENEFICIOS ADICIONALES

3.1 BENEFICIO DE SALUD MENTAL

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

Las atenciones son exclusivamente a Crédito y previa cita. Por lo que debe programar su cita vía telefónica, web (de ser el caso), en proveedor indicado en su Programa de Salud.

Este beneficio no cubre medicamentos, hospitalizaciones ni tratamientos por emergencias.

3.2 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, ni aperturas de nichos.
- Al presentarse la necesidad de este servicio, los familiares del fallecido pueden llamar a la central de emergencia de SABSA (01)743-1111 para poder orientarlos 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 IAFAS -FESUNAT.

3.3 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. Este beneficio es opcional y se rige bajo las

condiciones de la póliza oncológica grupal contratada por FESUNAT con Oncosalud.

4. 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 no declaradas en la solicitud de afiliación.
- 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 MEDICAMENTO NECESARIO. En cáncer rige adicionalmente la National Cancer Comprehensive Network de los Estados Unidos de Norte América (NCCN).
- r)** Medicamentos aprobados por la FDA o EMA pero prescritos para enfermedades diferentes para los que fueron aprobados.
- s)** Medicamentos que aun cuando hayan sido aprobados por la FDA o EMA, se encuentren señalados expresamente 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 nerolisis facetarias y bloqueos radiculares 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.
- ii) 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.*
- jj)** Estudios, diagnósticos ni tratamiento para disfunción eréctil y trastornos de la libido.
- kk)** 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. *Excepción: Las prótesis dentales sólo se cubren en caso de accidentes.*
- ll)** Tratamiento de condiciones de salud o patologías relacionadas a la articulación temporomandibular.
- mm)** 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.
- nn)** Atenciones médicas o de salud (tratamientos, medicamentos, procedimientos), realizadas o procedentes del extranjero, sea por enfermedad o accidente.
- oo)** 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.
- pp)** Gastos por chequeos médicos y despistaje de enfermedades, a excepción de lo comprendido en el beneficio Preventivo Promocional del Plan de Salud.
- qq)** 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 (National Comprehensive Cancer Network de Estados Unidos de Norteamérica). Para más información (en inglés) puede consultar a: www.nccn.org
- rr)** 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 “Crónicos” y en pacientes hospitalizados.
- ss)** Estudios, pruebas o screening genéticos (intra o extrauterinos). Excepción: se cubren los estudios genéticos para cáncer recomendados por la NCCN para fines terapéuticos.
- tt)** 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.
- uu)** Tratamientos para trastornos de déficit o hiperactividad de atención.
- vv)** Bloqueadores solares para fines preventivos y estéticos, así como los productos cosméticos, humectantes, exfoliantes, antiaging, despigmentantes, pigmentantes y productos para higiene personal.

- ww)** Sepelio para los casos en el que diagnóstico con sea o no haya sido materia de cobertura de esta póliza.
- xx)** Viscosuplementación (ácido hialurónico, derivados y similares) para ninguna condición de salud osteoarticular. Microresonancia magnética.
- yy)** 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.*
- zz)** Gastos por complicaciones o consecuencias relacionadas a diagnósticos o tratamientos no cubiertos por el plan de salud contratado.
- aaa)** Terapia biológica.
- bbb)** 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.
- ccc)** Score de calcio para enfermedades cardiovasculares y angiogramografía coronaria para decisión de terapia hipolipemiente.
- ddd)** Dispositivos de cierre vascular mediante sutura o grapa post punción arterial percutánea (Perclose Proglide, Prostar, StarClose, entre otros).
- eee)** Paneles de diagnóstico rápido de patógenos múltiples para infecciones (Filmarray, Verigene, Maldi-tof) Excepción: estudio de líquido cefalorraquídeo.

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.

5. CENTRAL DE ASISTENCIA Y EJECUTIVOS

SABSA 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 SABSA se encuentra disponible las 24 horas del día, los 365 días del año.

CENTRAL DE ASISTENCIA DEL ASEGURADO

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

☎ 0-800-11170 - Línea gratuita desde provincias

Celular: 998324371 y RPM: # 998324371

callcenter@sabsa.com.pe

SERVICIO MÉDICO #YOTECUIDOENCASA DE LA EMPRESA ESTAR VITAL

☎ 743-7933

☎ 960-944-456

Horario de Atención:

De lunes a sábado de 08:00 a 20:00 hrs.

Domingos y feriados de 08:00 a 14:00 hrs

EJECUTIVOS DE SABSA

Atención de 9 a 6 p.m. de Lunes a Viernes.

• Sede Belén: Sandra Portocarrero

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

• Sede Chucuito: Pamela Carbajal

Celular: 981-233-290 - pcarbajal@sabsa.com.pe

6. PERÍODO DE CARENCIA PARA PRESTACIONES MÉDICAS

Las siguientes prestaciones por concepto de tratamientos y/o cirugías sólo serán cubiertas, luego de transcurrido el PERÍODO DE CARENCIA señalado a continuación.

El PERÍODO DE CARENCIA se contabiliza desde el inicio de vigencia del plan, el mismo que empieza a partir del primer día del mes siguiente de cancelada la primera cuota del plan, previa suscripción y recepción de la SOLICITUD DE AFILIACIÓN por parte de la IAFAS.

TIPO DE PRESTACIÓN	CARENCIA
Emergencias accidentales y emergencias no accidentales	No aplica
Consulta de línea base	No aplica
Consulta externa, salud mental, médico a domicilio, médico virtual, programa de crónicos, odontología, oftalmología	3 meses
Atención hospitalaria	6 meses
Cualquier intervención quirúrgica en sala de operaciones, incluyendo exámenes pre operatorios	6 meses
Preexistencias ambulatorias	3 meses
Preexistencias hospitalarias	6 meses
Cobertura de sepelio	3 meses
Prestaciones cubiertas no especificadas en el presente listado	6 meses



www.sabsa.com.pe