

RESUMEN DE LAS CONDICIONES PARTICULARES PLAN SALUD FAMILIAR CJP

DEFINICIONES:

- a) **AFILIACIÓN:** Adscripción de un asegurado a un plan de aseguramiento en salud y a una IAFAS.
- b) **ASEGURADO O AFILIADO:** Toda persona residente en el país, que esté bajo cobertura de algunos de los regímenes del Aseguramiento Universal en Salud (AUS). Se le asume obligatoriamente afiliado a cualquier plan de aseguramiento en salud. El afiliado puede ser titular o derechohabiente y debe reunir los requisitos de afiliación correspondientes.
- c) **AFILIACIÓN COLECTIVA O CORPORATIVA:** Modalidad de afiliación mediante la cual cualquier organización, colectividad de individuos, empresa o entidad empleadora, formaliza su relación de aseguramiento con una IAFAS, en forma voluntaria, en calidad de contratante, en virtud de un contrato suscrito con una IAFAS. En el caso de los dependientes, la IAFAS respectiva debe registrarlos individualmente. La afiliación colectiva o corporativa puede ser obligatoria o voluntaria.
- d) **BENEFICIARIO:** Persona designada por el contratante, y/o afiliado o asegurado en el contrato, como titular de los derechos de acceso a las prestaciones de salud especificados en el plan, programa o producto de aseguramiento en salud.
- e) **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA:** Es la cantidad total máxima y anual, expresada en moneda nacional (Soles), cubierta, que se otorga a cada afiliado, la misma que no es acumulable entre renovaciones, que no es rehabilitarle durante la vigencia anual y que su rehabilitación sólo se produce al momento de la renovación anual siempre y cuando ésta se produzca.
- f) **CONSULTA EXTERNA:** Es un servicio ambulatorio para EL AFILIADO con una cita asignada previamente, para que acceda a atenciones médicas para diferentes tipos de diagnósticos.
- g) **CONTRATANTE:** Toda persona natural o jurídica que suscribe un contrato de aseguramiento en salud con una IAFAS por su propio derecho, en representación de terceros, o ambos. El contratante, es el único responsable frente a la IAFAS por el cumplimiento de las obligaciones contractuales asumidas, salvo los casos en los que se establezcan obligaciones contractuales expresas a cargo de los asegurados
- h) **EMERGENCIA:** Es toda condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I y II.
- i) **EXCLUSIONES:** Son aquellas prestaciones de salud no cubiertas por el plan o programa de salud. En el marco de lo establecido en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) aprobado mediante Decreto Supremo N° 023-2021-SA y posteriores actualizaciones; los daños derivados del intento de autoeliminación o lesiones auto infringidas por problemas de salud mental, derivados

de un diagnóstico de salud mental no se excluyen.

- j) **GASTOS NO CUBIERTOS:** Son aquellas prestaciones o servicios que EXCLUYE el Plan de Salud y que se encuentran debidamente detallados en el contrato.
- k) **HOSPITALIZACIÓN:** Ingreso de una persona enferma, o herida, en un establecimiento de salud, para su examen, diagnóstico, tratamiento y curación por parte del personal médico. Período de tiempo que una persona enferma, o herida, pasa en un establecimiento de salud, hasta obtener el alta médica.
- l) **INICIO DE VIGENCIA:** Fecha en la cual comienzan a regir los beneficios del contrato y a partir de la cual se contabiliza el periodo de carencia.
- m) **PERÍODO DE CARENCIA:** Es el plazo en el cual no están activas las coberturas de salud, suele durar de 30 a 90 días calendario. Los períodos de carencia se contabilizan en forma individual por cada afiliado/asegurado. Las emergencias no presentan períodos de carencia en ninguno de los regímenes de financiamiento. Para el caso de maternidad, resulta suficiente que la asegurada haya estado afiliada al momento de la concepción.
- n) **PERÍODO DE ESPERA:** Es el tiempo durante el cual el afiliado regular en actividad y/o sus derechohabientes no pueden acceder a algunas atenciones relacionadas a determinados diagnósticos previstos en la lista de contingencias de EsSalud. El concepto de período de espera puede ser aplicado por otras IAFAS. En ningún caso, el período de espera es mayor al año contractual.
- o) **PREEXISTENCIA:** Es cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud. No puede ser considerada como preexistente un diagnóstico contemplado en el PEAS.
- p) **PRIORIDAD I:** Pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte y que requieren atención inmediata en la Sala de Reanimación – Shock Trauma
- q) **PRIORIDAD II:** Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención debe realizar en un tiempo de espera no mayor o igual de 10 minutos desde su ingreso, serán atendidos en Consultorios de Emergencia.
- r) **TELECONSULTA:** Es la consulta a distancia que se realiza entre un profesional de la salud, en el marco de sus competencias, y una persona usuaria mediante el uso de las tecnologías de información y comunicaciones, con fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación, según sea el caso, cumpliendo con las restricciones reguladas a la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el Ministerio de Salud.
- s) **URGENCIA:** Es toda situación que altera el estado de salud de la persona y que requiere de atención inmediata, no existiendo riesgo inminente de poner en peligro la vida.



AFILIACIÓN:

Podrán afiliarse al Plan Salud Familiar CJP, todas las personas cuya edad no supere los 70 años y cuya solicitud haya sido aceptada por la **IAFAS**.

Los menores de edad e hijos dependientes económicamente de sus padres no podrán ser considerados como **CONTRATANTE**, salvo que alcancen la mayoría de edad.

El **CONTRATANTE y/o AFILIADO** titular del grupo familiar puede solicitar el ingreso de nuevos AFILIADOS con posterioridad al inicio de la vigencia del presente CONTRATO, para ello deberá contar con una nueva SOLICITUD DE AFILIACIÓN y DECLARACIÓN JURADA DE SALUD respectiva, aplicándose los mismos requisitos de afiliación señalados en el presente CONTRATO. Del mismo modo, se encuentran sujetos a las condiciones establecidas por el plan inicialmente contratado.

APORTE O PRIMAS

EL CONTRATANTE está obligado a pagar mensualmente, por adelantado o en la fecha de pago señalada en el cronograma de pago, la prima convenida de EL (LOS) AFILIADO(S), en señal de aceptación y conformidad

La fecha de Inicio de Vigencia se detalla a continuación; los que se inscriban entre el 1° y el 15 de cada mes, iniciarán su vigencia el 16 del mismo mes; y los que se inscriban entre el 16 y el último día del mes, iniciarán su vigencia el 1° del mes siguiente.

A partir del segundo día calendario siguiente al vencimiento de la prima definida en el cronograma de pago, se dará lugar a la suspensión automática de los servicios de salud.

El incumplimiento en el pago de dos cuotas mensuales consecutivas dará lugar a la resolución del contrato.

La afiliación al Plan Salud CJP Familia representa la conformidad al cargo recurrente a través del débito automático de una tarjeta de crédito o débito, esta afiliación será mediante un operador de medios de pago.

TARIFA DEDUCIBLE Y COASEGURO

LA IAFAS, a través de este contrato, podrá modificar los deducibles, coaseguros y tarifas de acuerdo con la siniestralidad del plan, su viabilidad y el índice de variación de precios de mercado y de salud.

BENEFICIO MÁXIMO ANUAL

LA IAFAS reconocerá en cada año de vigencia del presente contrato y hasta el límite establecido como beneficio máximo anual el importe de S/200,000, para los gastos por accidente o enfermedad que requieran tratamiento médico ambulatorio, emergencia, hospitalización y maternidad.

La atención de las preexistencias tendrá un límite anual de S/50,000. El beneficio máximo anual irá disminuyendo en función al uso de los servicios del plan contratado, descontando los coaseguros y deducibles.

COBERTURAS

Consulta Externa



VIGENCIAS:

Inicio de Vigencia

- Primer inicio de vigencia – 16 de cada mes.
- Segundo inicio de vigencia – 1 de cada mes.

El contrato se activa una vez firmado y cancelada la primera prima mensual adelantada, la fecha de Inicio de Vigencia que le corresponda, es decir, los afiliados que se inscriban entre el 1° y el 15 de cada mes, iniciarán su vigencia el 16 del mismo mes; y los que se inscriban entre el 16 y el último día del mes, iniciarán su vigencia el 1° del mes siguiente.

Aportes:

Como contraprestación por el otorgamiento de la cobertura del plan de salud, como afiliado deberás pagar los aportes acordados en el Contrato, que están definidos de acuerdo a la edad.

Las prestaciones del presente contrato pueden estar sujetas a copagos a cargo de **EL AFILIADO**, los que se indican en el detalle del plan de salud.

EL CONTRATANTE está obligado a pagar mensualmente, por adelantado o en la fecha de pago señalada en el cronograma de pago, la prima convenida de **EL (LOS) AFILIADO(S)**, en señal de aceptación y conformidad

La falta de pago oportuno de los aportes pactados, origina la suspensión automática de la cobertura otorgada en **EL CONTRATO**, a partir del día siguiente de la fecha de vencimiento de pago.

COBERTURA MAXIMA ANUAL:

S/200,000.00

PERIODO DE CARENCIA:

El periodo de carencia es el plazo en el cual no están activas las coberturas de salud y para los planes integrales es de 30 días calendario. Los periodos de carencia se contabilizan en forma individual por cada afiliado.

Para las emergencias no se aplica el periodo de carencia, es decir que la cobertura estaría disponible desde el primer día de contratación.

PERIODO DE ESPERA

El periodo de espera es el plazo en el cual ciertas enfermedades y procedimientos no están cubiertos por el plan. Las enfermedades que sean diagnosticadas en este tiempo sí serán cubiertas en cuanto finalice el periodo. Los periodos de espera se contabilizan en forma individual por cada afiliado, desde la fecha de afiliación.

BENEFICIOS ESPECIALES:

Nuestros chequeos médicos están diseñados para identificar posibles enfermedades y prevenir cuidados de tu salud. Se recomienda realizarlo una vez al año.

RENOVACIÓN Y RESOLUCIÓN CONTRATO

La vigencia del contrato será de un año; la misma que será renovada de manera automática según las condiciones fijadas en el presente **CONTRATO**.

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS: PLAN SALUD FAMILIAR CJP

COBERTURAS	A CARGO DEL AFILIADO	A CARGO DEL PROGRAMA	CARENCIA
Beneficio Máximo Anual	S/200,000		
Atención Ambulatoria			
Consulta Externa	S/60.00	-	30 días
Teleconsulta	S/60.00	-	30 días
Farmacia	20%	80%	30 días
Servicio apoyo al Diagnostico *	20%	80%	30 días
Procedimiento ***	20%	80%	10 meses
Cirugías ambulatorias **	Deducible fijo S/500	80%	10 meses
Atención Emergencia			
Emergencia Accidental (dentro de las 24 horas)	-	100%	Sin periodo de carencia
Emergencia Médica (Prioridad I y II)	-	100%	Sin periodo de carencia
Urgencia Médica	S/60.00	80%	Sin periodo de carencia
Hospitalización			
Hospitalización por tratamiento (Cuarto y alimentación, servicios clínica, procedimientos, honorarios médicos, farmacia y servicios auxiliares)	Deducible fijo S/500	80%	90 días
Hospitalización por cirugía (Cuarto y alimentación, servicios clínica, honorarios médicos, farmacia y servicios auxiliares)	Deducible fijo S/500	80%	12 meses

COBERTURAS	A CARGO DEL AFILIADO	A CARGO DEL PROGRAMA	Tiempo De Espera
Atención Maternidad			
13 consultas Pre Natales (1 consulta por mes hasta el séptimo mes, 2 consultas el mes 8, y 4 consultas el mes 9)	S/60.00	80%	10 meses
2 consultas post natales	S/60.00	80%	10 meses
Farmacia	20%	80%	10 meses
3 ecografías (Primer, segundo y tercer trimestre)	20%	80%	10 meses
Parto normal, vertical, parto múltiple	Deducible fijo S/500	80%	10 meses
Cesárea	Deducible fijo S/500	80%	10 meses
Control niño sano (solo consulta, no incluye farmacia ni servicios auxiliares) *	-	100%	10 meses
Vacunas BCG y Hepatitis B al RN	-	100%	10 meses
Complicaciones en el embarazo (hospitalización)	Deducible fijo S/500	80%	10 meses
Cobertura Odontológico			
Consulta: Examen clínico y odontograma	S/60	-	3 meses
Restauración: Resinas Simple en piezas anteriores y en piezas posteriores	S/ 60 por pieza tratada y terminada	-	3 meses
Pulpectomía, Fluorización y colocación de sellantes en niños menores de 12 años	20%	80%	3 meses
Beneficio Especiales			
Chequeo Oftalmológico una vez al año (medición de vista, agudeza visual, presión ocular y biomicroscopia)	-	100%	12 meses
Chequeo Odontológico	-	100%	12 meses
Chequeo Médico Anual	-	100%	12 meses

COBERTURA PREEXISTENCIA			
Beneficio máximo anual	S/50,000		
COBERTURA	A CARGO AFILIADO	A CARGO DEL PROGRAMA	CARENCIA
Atención Ambulatoria para Condiciones de Preexistencia			
Consulta externa y Teleconsulta	S/60.00	50%	30 días
Farmacia	50%	50%	30 días
Servicio de apoyo al diagnóstico *	50%	50%	30 días
Procedimientos ***	50%	50%	10 meses
Cirugías ambulatorias **	Deducible fijo S/500	50%	10 meses
Atención Hospitalaria para Condición de Preexistencias			
Deducibles y coaseguros a cargo del afiliado sobre enfermedades diagnosticadas y/o tratadas con anterioridad al inicio del presente contrato y/o congénitas	Deducible Fijo S/500	50%	12 meses

Aportes a Cargo del afiliado

Primas mensuales (incluyen IGV)	
Rango de edades	Primas
Menores de 17 años	S/ 95
De 18 a 35 años	S/120
De 36 a 40 años	S/135
De 41 a 45 años	S/160
De 46 a 50 años	S/180
De 51 a 55 años	S/210
De 56 a 60 años	S/290
De 61 a 65 años	S/380
De 66 a 70 años	S/480
De 71 a 75 años Solo Renovaciones	S/610
De 76 a 79 años Solo Renovaciones	S/750
Mayor o igual a 80 años Solo Renovaciones	S/900