

CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD PARA AFILIADOS REGULARES

CLAUSULA PRIMERA.- ANTECEDENTES

LA EPS es una persona jurídica constituida con arreglo a lo dispuesto en la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, aprobada mediante Ley N° 26790, así como su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-97-SA, y demás normas complementarias.

LA EPS tiene por objeto exclusivo prestar servicios de atención para la salud llevando a cabo sus operaciones en mérito a la autorización de funcionamiento que le ha otorgado la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS).

LA ENTIDAD EMPLEADORA (EE) es la empresa o institución pública o privada que emplea trabajadores bajo relación de dependencia; la que paga pensiones; y, las cooperativas de trabajadores. Las EE se crean como personas jurídicas sujetas a lo dispuesto en las normas de su constitución; y, a fin de otorgar coberturas de salud a sus trabajadores contrata con las **EPS** programas o planes de salud elegidos por los trabajadores, actuando como su representante a efectos contractuales.

La cobertura del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud comprende las prestaciones de Capa Simple definidas en el inciso f) del artículo 2° y en el Anexo 1 del Reglamento de la Ley N° 26790, aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA, las cuales pueden ser prestadas por ESSALUD o por las EPS. Asimismo, la cobertura del citado Régimen comprende las prestaciones de Capa Compleja definidas en el inciso g) del artículo 2° del citado Reglamento, a cargo de ESSALUD.

Para efecto de las presentes Condiciones Generales entiéndase como "**LOS ASEGURADOS**" a los trabajadores registrados en el Libro de Planillas de **LA ENTIDAD EMPLEADORA**, y a sus derechohabientes legales.

CLAUSULA SEGUNDA.- OBJETO

Mediante el presente contrato, **LA EPS** brinda a los trabajadores de **LA ENTIDAD EMPLEADORA** y a sus derechohabientes legales, las prestaciones de salud correspondientes a la Capa Simple descrita en el Anexo 1 del Reglamento de la Ley N° 26790, constituyendo una cobertura obligatoria

sujeta a los límites y condiciones señalados más adelante.

Las partes podrán contratar una cobertura complementaria a la cobertura obligatoria que comprenda las atenciones de salud correspondientes a la capa compleja.

La contratación de la cobertura complementaria es voluntaria y se regirá conforme a las reglas establecidas en las Condiciones Particulares adjuntas al presente documento.

CLAUSULA TERCERA.- COBERTURA OBLIGATORIA Y CONDICIONES DE OTORGAMIENTO

LA EPS otorga cobertura obligatoria a **LOS ASEGURADOS**, consistente en las prestaciones de recuperación de la salud y las prestaciones preventivas y promocionales comprendidas en el Anexo 1 del Reglamento de la Ley N° 26790.

La cobertura obligatoria incluye la atención de las contingencias de la Capa Simple y la atención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales no cubiertos por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.

La cobertura obligatoria detallada en el Plan de Salud adjunto contempla los mismos beneficios para todos **LOS ASEGURADOS**, independientemente de la remuneración del trabajador. En tal sentido, sus condiciones y el acceso a las prestaciones correspondientes son iguales para todos.

La cobertura obligatoria comprende la atención de todas las dolencias preexistentes y las prestaciones que forman parte de la misma se otorgan sin límite de suma asegurada.

CLAUSULA CUARTA.- PRESTACIONES DE RECUPERACION DE LA SALUD

Como parte de la cobertura obligatoria, **LA EPS** otorgará a favor de **LOS ASEGURADOS** prestaciones de recuperación de la salud que comprenden atención médica y quirúrgica, tanto ambulatoria como hospitalaria y, en general, todos

los procedimientos y tratamientos que sean necesarios para el manejo de las contingencias descritas en la Capa Simple, incluyendo medicinas e insumos médicos.

Las prestaciones de recuperación de la salud incluyen la prestación de maternidad que consiste en el cuidado de la salud de la madre gestante y la atención del parto, extendiéndose al período del puerperio y al cuidado de la salud del recién nacido.

Las prestaciones de recuperación de la salud se otorgan hasta la solución total de las contingencias de la Capa Simple que aquejen a **LOS ASEGURADOS**.

CLAUSULA QUINTA.- PRESTACIONES PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES

Adicionalmente a lo mencionado en la cláusula precedente, como parte de la cobertura obligatoria, LA EPS otorgará prestaciones preventivo - promocionales, dirigidas a prevenir la aparición de enfermedades; y, minimizar las causas y los factores de riesgo; comprende las siguientes actividades:

- Educación y promoción de la salud.
- Inmunizaciones o vacunaciones.
- Evaluación y control de riesgos.

Las prestaciones preventivo promocionales que se otorgan obligatoriamente deben detallarse expresamente en el Plan de Salud, señalándose su periodicidad y otorgamiento diferenciado por edad y sexo.

En los casos de demanda de medicación o exámenes auxiliares derivados de una atención preventiva, esta será considerada como una atención ambulatoria, sujeta a las condiciones previstas en el Plan de Salud.

CLAUSULA SEXTA.- EXCLUSIONES Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

1. Se encuentran excluidas de la cobertura obligatoria en las presentes Condiciones Generales:
 - a. Las prestaciones económicas de cualquier índole, salvo las que fueran materia de pacto especial;
 - b. Los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales cubiertos por el Seguro Complementario de

Trabajo de Riesgo, aunque no fueren amparadas por el asegurador;

c. Todo procedimiento o terapia que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria;

- Cirugías electivas (no recuperativas ni rehabilitadoras)
 - . Cirugía Plástica
 - . Odontología de Estética
- Tratamiento de periodoncia y ortodoncia
- Curas de reposo y del sueño
- Lentes de contacto.

d. Todo daño derivado de la autoeliminación o lesiones autoinfligidas.

2. **LA EPS** podrá racionalizar el suministro de prótesis, ortesis y otros (sillas de rueda, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés, etc.), así como los procedimientos, terapias o intervenciones más complejas de alto costo y con baja posibilidad de recuperación. Para la determinación de tales limitaciones serán de aplicación las normas que dicte ESSALUD.

Las exclusiones y limitaciones deberán constar en el Plan de Salud.

CLAUSULA SETIMA.- DE LOS ASEGURADOS DE LA COBERTURA OBLIGATORIA

LA EPS otorgará la cobertura obligatoria mencionada en las cláusulas anteriores a los trabajadores de **LA ENTIDAD EMPLEADORA** y a sus derechohabientes, siempre que mantengan la condición de dependencia y de afiliados regulares del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud y en tanto no elijan que EsSALUD les otorgue íntegramente la cobertura del citado Régimen.

CLAUSULA OCTAVA.- PERSONAS NO INCLUIDAS EN LA COBERTURA OBLIGATORIA

LA EPS no brindará cobertura obligatoria a las personas destacadas en **LA ENTIDAD EMPLEADORA** por alguna empresa o entidad que se dedique a la intermediación laboral que le provea de mano de obra o de servicios de cualquier clase. En tales casos, la cobertura obligatoria debe ser contratada por la empresa o entidad que se dedica a la intermediación laboral.

Tampoco se otorgará cobertura a los trabajadores de los contratistas o subcontratistas de **LA ENTIDAD EMPLEADORA**, ni a los trabajadores independientes, ni a las personas que han celebrado convenios de prácticas pre-profesionales o de formación laboral juvenil con **LA ENTIDAD EMPLEADORA**, o cualquier otra persona que no tenga la calidad de asegurado regular del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como a los trabajadores que hayan elegido mantener íntegramente su cobertura en EsSALUD.

CLAUSULA NOVENA.- DERECHO DE COBERTURA OBLIGATORIA

Los trabajadores de **LA ENTIDAD EMPLEADORA** que hayan elegido el Plan de Salud gozarán de su cobertura, siempre que cumplan con alguno de los siguientes requisitos:

- Cuenten con tres meses consecutivos de aportaciones al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud; o,
- Cuenten con cuatro meses de aportaciones no consecutivas al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud dentro de los seis meses calendario anteriores al mes en que se inició la contingencia.
- En el caso de maternidad, la condición adicional para el goce de las prestaciones es que el titular del seguro se encuentre afiliado al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud al tiempo de la concepción.
- En caso de accidente basta que exista afiliación a la EPS.
- Se encuentren gozando del derecho de latencia descrito en la cláusula siguiente.

Para efectos de las prestaciones de salud, el mes de inicio de la contingencia es aquél en el que se requiere la prestación.

La cobertura obligatoria a favor de **LOS ASEGURADOS** se iniciará el primer día del mes siguiente a la fecha de la suscripción del presente contrato. Asimismo, los trabajadores que ingresen a **LA ENTIDAD EMPLEADORA** con posterioridad a la suscripción del presente contrato, y que opten por la cobertura de **LA EPS**, serán cubiertos desde la fecha de inicio de sus labores. En ambos casos se deberá cumplir con cualquiera de los requisitos mencionados en la presente cláusula.

Los trabajadores que optaron por mantener su cobertura en EsSALUD y que posteriormente decidan incorporarse al Plan de Salud contratado, iniciarán su cobertura a partir del primer día del mes

siguiente a la fecha en que solicitaron a su empleador su incorporación a dicho Plan.

En caso de maternidad, ya sea de la trabajadora o de la cónyuge o concubina del trabajador, o de sus hijas derechohabientes, la condición para el goce de la cobertura del presente contrato es que el trabajador se encuentre afiliado al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud al tiempo de la concepción.

CLAUSULA DECIMA.- DERECHO ESPECIAL DE COBERTURA POR DESEMPLEO

En caso de desempleo o de suspensión perfecta de labores, los trabajadores regulares que cuenten con un mínimo de cinco meses de aportación, consecutivos o no consecutivos, durante los tres años precedentes al cese o suspensión perfecta de labores y sus derechohabientes, tienen derecho a las prestaciones previstas en las Cláusulas Cuarta y Quinta de las presentes Condiciones Generales, a razón de dos meses de latencia por cada cinco meses de aportación, conforme a lo establecido en el Decreto de Urgencia N° 008-2000 y los artículos 11° y 12° del Decreto Supremo N° 009-97-SA.

Los períodos de latencia que se generen no podrán exceder de doce meses consecutivos, contados a partir de la fecha de cese o pérdida de la cobertura ocasionada por la suspensión perfecta de labores.

Los períodos de aportación que se hayan computado efectivamente para otorgar los períodos de latencia, no se considerarán para el cómputo de los períodos de calificación de los próximos períodos de latencia que se generen.

Las prestaciones se brindarán de acuerdo a lo establecido en el Decreto Supremo N° 004-2000-TR, que modifica los artículos 37° y 38° del Decreto Supremo No. 009-97-SA.

LOS ASEGURADOS tienen derecho a las prestaciones contempladas en la presente cláusula, aún cuando **LA ENTIDAD EMPLEADORA** incumpla con el pago de las aportaciones correspondientes a los períodos computables para acceder a tal derecho, sin perjuicio de las facultades de **LA EPS** de cobrar las obligaciones que pudiera estar adeudando **LA ENTIDAD EMPLEADORA** por tales períodos.

LA EPS se obliga a otorgar la cobertura obligatoria descrita en el presente contrato a los trabajadores que hayan disuelto su vínculo laboral con **LA ENTIDAD EMPLEADORA** antes del inicio de vigencia de las presentes Condiciones Generales,

siempre que se encuentren gozando del derecho de latencia y hasta completar seis (6) meses posteriores al cese de la relación laboral.

Cuando una entidad empleadora cambia de EPS, la nueva EPS contratada deberá asumir las obligaciones de la anterior derivadas de la aplicación del artículo 37° del Decreto Supremo No. 009-97-SA, modificado por el Decreto Supremo N° 004-2000-TR.

Durante el período de latencia no se devenga la obligación de efectuar aportes a favor de la EPS, correspondiente a los trabajadores desempleados o cuyo vínculo se encuentre suspendido en forma perfecta, salvo los copagos.

CLAUSULA DECIMO PRIMERA.- LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Las prestaciones, ya sean las correspondientes a la cobertura obligatoria o a la cobertura complementaria, se otorgarán en los establecimientos indicados en el Plan de Salud, en el cual consta la dirección de los establecimientos y su número de registro ante la SEPS. En casos de emergencia se podrán otorgar prestaciones de recuperación de la salud en otros establecimientos, con cargo a rembolsar los gastos incurridos; sólo en los casos de prestaciones brindadas en lugares donde no existan entidades vinculadas al Plan de Salud contratado, el reembolso de los gastos se efectuará de acuerdo a las condiciones establecidas en la Red 1 del Plan de Salud.

LA EPS informará a **LA ENTIDAD EMPLEADORA** de la interrupción o cese del servicio que brinde en alguno de los establecimientos de salud mencionados en el Plan de Salud, dentro de los plazos siguientes:

1. En el caso que sea el establecimiento el que tome la decisión de interrumpir el servicio, en un plazo no menor a cinco (5) días hábiles previos al cese.
2. En el caso de suspensión de la inscripción en el Registro de la SEPS, en un plazo no mayor a dos (2) días hábiles de recibida la notificación por **LA EPS**.

Se entenderá cumplida dicha obligación mediante comunicación de fecha cierta dirigida a **LA ENTIDAD EMPLEADORA**, la que a su vez, en el día, deberá poner en conocimiento de este hecho a **LOS ASEGURADOS**.

CLAUSULA DECIMO SEGUNDA.- RESPONSABILIDAD DE LA EPS

De conformidad con el artículo 62° del Decreto Supremo N° 009-97-SA, **LA EPS** es responsable frente a los asegurados por los servicios que preste con infraestructura propia o de terceros, ya sea por las prestaciones correspondientes a la cobertura obligatoria o a la cobertura complementaria, sin perjuicio de la responsabilidad que pudiera recaer en otras personas naturales o jurídicas.

CLAUSULA DECIMO TERCERA.- APORTES

Como contraprestación por el otorgamiento de la cobertura obligatoria, **LA ENTIDAD EMPLEADORA** pagará a **LA EPS** los aportes indicados en los anexos adjuntos, los mismos que incluyen los tributos de ley.

Los aportes serán pagados mensualmente, debiendo cancelarse antes de la fecha de pago de las aportaciones a EsSALUD por parte de **LA ENTIDAD EMPLEADORA**.

La falta de pago oportuno de los aportes pactados determina la aplicación de intereses compensatorios y moratorios a las tasas que pacten las partes o, en su defecto, por las tasas máximas autorizadas por Ley o por la autoridad competente, hasta su total cancelación, sin necesidad de intimación para la constitución en mora.

Durante el período de latencia no se devenga la obligación de efectuar aportes a favor de **LA EPS**, correspondiente a los trabajadores desempleados o cuyo vínculo se encuentre suspendido en forma perfecta, salvo los copagos.

CLAUSULA DECIMO CUARTA.- REEMBOLSO DE LAS PRESTACIONES

Cuando **LA ENTIDAD EMPLEADORA** incumpla la obligación de pago de los aportes, y ocurra una contingencia a alguno de **LOS ASEGURADOS**, **LA EPS** se encuentra obligada a cubrirlo.

De ocurrir lo mencionado en el párrafo anterior, en concordancia con lo dispuesto en el Artículo 36° del Decreto Supremo N° 009-97-SA, modificado mediante Decreto Supremo N° 020-2006-TR, **LA EPS** tendrá derecho a exigir a **LA ENTIDAD EMPLEADORA** el reembolso de los gastos de las prestaciones brindadas, incluyendo los intereses compensatorios y moratorios a las tasas que pacten las partes o en su defecto a las tasas máximas autorizadas por Ley o por la autoridad competente.

CLAUSULA DECIMO QUINTA.- DERECHO DE REPETICIÓN

LA ENTIDAD EMPLEADORA se obliga a cumplir las normas de salud ocupacional que se establezcan con arreglo a Ley. En el caso que ocurra una contingencia por incumplimiento comprobado de las normas antes señaladas, **LA EPS** se encuentra obligada a cubrirla.

De ocurrir lo mencionado en el párrafo anterior, **LA EPS** tendrá derecho a exigir a **LA ENTIDAD EMPLEADORA** el reembolso de los costos de todas las prestaciones brindadas, conforme a lo dispuesto en el Artículo 36° del Decreto Supremo N° 009-97-SA, modificado por el Decreto Supremo N° 020-2006-TR, incluyendo los intereses compensatorios y moratorios a las tasas que pacten las partes o en su defecto a las tasas activas máximas autorizadas por la Ley o por la autoridad competente.

CLAUSULA DECIMO SEXTA.- COPAGOS

En concordancia con lo dispuesto en el Artículo 42° del Decreto Supremo N° 009-97-SA, las prestaciones materia del presente contrato están sujetas a copagos a cargo de **LOS ASEGURADOS**, los cuales se indican en el Plan de Salud elegido.

Salvo consentimiento expresado por cada trabajador en forma individual al tiempo de la votación, los copagos no excederán el 2% de la remuneración mensual del trabajador por cada atención de carácter ambulatorio, ni el 10% de dicho ingreso por cada atención de carácter hospitalario.

No están sujetas a copago alguno las atenciones en servicios de emergencia mientras subsista el estado de grave riesgo para la vida o la salud de los asegurados, ni la prestación de maternidad correspondiente a la capa simple, ni las prestaciones preventivas y promocionales.

CLAUSULA DECIMO SETIMA.- REAJUSTE DE APORTES Y/O COPAGOS

LA EPS podrá reajustar el monto de los aportes y/o copagos, únicamente por las causales que detallada y expresamente constan en las presentes Condiciones Generales del Contrato de Prestación de Servicios de Seguridad Social en Salud para afiliados regulares, o adenda, correspondiente al Plan de Salud elegido, siempre que se cumpla con las condiciones señaladas en la presente Cláusula.

En los anexos de las presentes Condiciones Generales, se especifican de forma expresa y detallada los plazos de vigencia de los aportes voluntarios de los trabajadores, de los copagos, y de los aportes a ser pagados por **LA ENTIDAD EMPLEADORA**, sus condiciones de reajuste y las causales para proceder al reajuste.

El reajuste de aportes y/o copagos, si los hubiera, será aplicado en períodos semestrales a partir del primer día del séptimo mes de vigencia del plan. Las partes podrán acordar un plazo menor.

Para el reajuste de los aportes y/o copagos **LA EPS** deberá cursar a **LA ENTIDAD EMPLEADORA**, con una anticipación no menor a quince (15) días útiles previos al vencimiento del plazo pactado para la vigencia de los aportes y copagos, una comunicación escrita, con conocimiento de **LOS ASEGURADOS**, manifestando la intención de reajustar tales montos. Los reajustes que no sean materia de observación por las partes, entrarán en vigencia a partir del primer día del mes siguiente. En caso de no existir acuerdo se aplicará la cláusula resolutoria del contrato.

Previamente a la aplicación del reajuste de los aportes y copagos, dentro de los plazos acordados entre las partes, **LA EPS** deberá haber cumplido con presentar a **LA ENTIDAD EMPLEADORA**, con conocimiento de **LOS ASEGURADOS**, los reportes de la siniestralidad, conteniendo la información mínima establecida en el Anexo 3, debidamente sustentada, señalando las medidas correctivas orientadas a la racionalización del gasto en prestaciones.

Las partes podrán acordar la entrega de los reportes previstos en la presente cláusula en plazos menores con la finalidad de evaluar el comportamiento de la siniestralidad en forma anticipada al plazo fijado para su revisión.

CLAUSULA DECIMO OCTAVA.- INFORMACIÓN

LA ENTIDAD EMPLEADORA proporcionará a **LA EPS**, en la forma y en los plazos que acuerden las partes, la información señalada en las Condiciones Particulares. Es responsabilidad de **LA ENTIDAD EMPLEADORA** informar a **LA EPS** sobre la renuncia al Plan, el cese o la suspensión de la relación laboral del trabajador, dentro de los cinco (5) días útiles siguientes a la ocurrencia. En el caso de la inclusión de trabajadores al Plan, **LA ENTIDAD EMPLEADORA** informará a **LA EPS** dentro de los primeros quince (15) días anteriores al mes en que se dará inicio a la cobertura; se dará

inicio a la cobertura el primer día del mes siguiente. Asimismo, **LA ENTIDAD EMPLEADORA** informará mensualmente a **LA EPS** sobre el monto total de la planilla de los trabajadores afiliados al Plan de Salud contratado. La información que **LA EPS** requiera deberá guardar una razonable relación con el objeto de este contrato.

Los resultados de la realización de exámenes médicos o la declaración de salud que pudieran requerirse a **LOS ASEGURADOS**, no podrán dar lugar al rechazo o exclusiones de **LOS ASEGURADOS**, excepto en cuanto a la cobertura complementaria, no obligatoria.

En ningún caso **LOS ASEGURADOS** pagarán el costo del citado examen médico, debiendo definirse en las Condiciones Particulares la persona que asumirá el costo de dicho procedimiento.

LA EPS, a través de **LA ENTIDAD EMPLEADORA**, proporcionará a los trabajadores afiliados copia del Plan de Salud contratado, de las presentes Condiciones Generales y de las Condiciones Particulares.

CLAUSULA DECIMO NOVENA.- PLAZO

El presente contrato se celebra por un plazo de un año, comenzando a regir a partir del primer día del mes siguiente a su suscripción y quedará automáticamente renovado por igual plazo bajo los mismos términos y condiciones, salvo que alguna de las partes manifieste, mediante aviso escrito cursado a la otra con sesenta (60) días de anticipación al vencimiento del plazo, su voluntad de no renovarlo o modificarlo.

CLAUSULA VIGESIMA.- RESOLUCIÓN

Son causales de resolución del presente contrato las siguientes:

1. La solicitud expresa del cincuenta por ciento (50%) más uno de los trabajadores afiliados al Plan de Salud. Si los trabajadores decidieran convocar a elección de una nueva Entidad Prestadora de Salud, la resolución del contrato se hará efectiva en un plazo no menor a cuarenta y cinco (45) días contados a partir de la recepción de la solicitud de resolución, por la Entidad Empleadora. Si los trabajadores decidieran retornar a EsSALUD, la resolución entrará en vigencia el primer día del mes siguiente al de su adopción.

2. El incumplimiento en el pago de tres aportes consecutivos, o no consecutivos, dentro del período de ejecución contractual en curso. En las Condiciones Particulares se pueden establecer como causales de resolución otros plazos de vencimiento de pago de aportes insolutos.
3. Sin perjuicio de lo mencionado en el numeral anterior, por el cumplimiento parcial, tardío o defectuoso de cualquier otra de las obligaciones de una de las partes contenidas en las Condiciones Generales o Particulares. Para tal efecto, la parte que se perjudica con el incumplimiento requerirá notarialmente a la otra para que satisfaga tal requerimiento en el plazo de treinta (30) días calendario, bajo pena de resolución del contrato. Si el requerimiento no se cumple dentro del plazo señalado, el contrato quedará automáticamente resuelto.
4. Cuando por aplicación de lo establecido en la cláusula Décimo Séptima de las presentes Condiciones Generales, no haya acuerdo respecto al reajuste de los aportes y/o copagos propuesto por **LA EPS**. En tales casos, el contrato quedará resuelto a los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha en que **LA EPS** reciba de **LA ENTIDAD EMPLEADORA** por escrito su negativa o si transcurren treinta (30) días calendario desde la recepción de la propuesta de reajuste de los aportes sin que se responda a dicha propuesta.

Las partes quedan obligadas al cumplimiento de sus obligaciones hasta el momento en que se haga efectiva la resolución.

CLAUSULA VIGESIMO PRIMERA.- DOMICILIO

Las partes señalan como domicilio el que se indica en la introducción del presente contrato, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones vinculadas a este contrato, salvo que se hubiera comunicado a la otra parte el cambio de domicilio por escrito y con cargo de recepción.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA.- CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

En el caso que concluya el plazo de vigencia del contrato y **LA ENTIDAD EMPLEADORA** no cuente con los servicios de otra Entidad Prestadora de Salud, **LA EPS** continuará prestando los servicios de salud en las mismas condiciones pactadas por

un periodo máximo de sesenta (60) días calendarios. Durante ese lapso, **LA ENTIDAD EMPLEADORA** y/o los trabajadores afiliados al Plan de Salud, según el caso, continuarán efectuando los aportes correspondientes.

Culminado ese plazo, las prestaciones de salud correrán a cargo de EsSALUD hasta la fecha de inicio de la vigencia del contrato de prestación de servicios de seguridad social en salud con otra Entidad Prestadora de Salud.

Para que opere esta cláusula es condición necesaria que **LA ENTIDAD EMPLEADORA** haya convocado a elección de Plan de Salud y de la Entidad Prestadora de Salud con anterioridad al vencimiento del plazo del contrato vigente.

CLAUSULA VIGESIMO TERCERA.- SISTEMA DE REFERENCIAS

LA EPS se obliga a atender a **LOS ASEGURADOS** que requieran sus servicios. Si el diagnóstico efectuado por **LA EPS** determina que el tratamiento excede las coberturas contratadas, incluyendo la cobertura complementaria, o que por su complejidad excede la capacidad de resolución de los establecimientos indicados en el Plan de Salud, siempre que no sean coberturas a su cargo, coordinará la referencia del paciente a EsSALUD. La responsabilidad de **LA EPS** sólo terminará cuando el paciente sea admitido por EsSALUD.

LA EPS se obliga a informar a **LOS ASEGURADOS** su derecho a ser referidos a EsSALUD en caso que el diagnóstico y el tratamiento excedan la cobertura contratada.

En caso que EsSALUD no admita al paciente, **LA EPS** queda obligada a continuar con el tratamiento hasta su culminación, quedando a salvo su derecho de reclamar el costo de la atención únicamente a EsSALUD.

En los casos de emergencias médicas o accidentes se actuará conforme a lo establecido en la normatividad vigente.

CLAUSULA VIGESIMO CUARTA.- SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Todas las desavenencias o controversias que pudieran surgir entre **LA ENTIDAD EMPLEADORA** y **LA EPS**, así como las que se susciten entre **LA EPS** y **LOS ASEGURADOS**, derivadas de las presentes Condiciones Generales o de las Condiciones Particulares, incluidas las de su nulidad o invalidez, serán resueltas a través de una

conciliación o de un arbitraje en salud, de conformidad con los respectivos reglamentos del Centro de Conciliación y Arbitraje de la SEPS, a cuyas normas se someten las partes.

Si las partes optaran por un procedimiento de conciliación en el cual se arribe sólo a un acuerdo parcial o no se llegue a ningún acuerdo, entonces éstas resolverán la controversia subsistente de forma definitiva, a través de un procedimiento de arbitraje, de conformidad con el respectivo reglamento del Centro de Conciliación y Arbitraje de la SEPS.

CLAUSULA VIGESIMO QUINTA.- DEFINICIONES

Para efectos de las presentes Condiciones Generales y, en lo que resulte aplicable, a las Condiciones Particulares, se entenderá por:

- a. **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.
- b. **Accidente de Trabajo.-** Toda lesión orgánica o perturbación funcional causada en el centro de trabajo o con ocasión del trabajo causada por acción imprevista fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona del trabajador, independientemente de su voluntad o debido al esfuerzo del mismo.
- c. **Emergencia.-** Es toda condición repentina e inesperada que requiere atención y procedimientos quirúrgicos y/o médicos inmediatos al poner en peligro inminente la vida, la salud, o que pueden dejar secuelas invalidantes en el asegurado. La determinación de la condición de emergencia es realizada por el profesional médico encargado de la atención, bajo responsabilidad.
- d. **Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.-** Sistema especializado del Seguro Social de Salud que otorga cobertura adicional a los afiliados regulares que laboran en actividades de alto riesgo definidas en el Anexo 5 del Reglamento de la Ley N° 26790 y modificado mediante Decreto

Supremo N° 003-98-SA. Otorga cobertura por accidentes de trabajo y enfermedad profesional a los trabajadores empleados y obreros que tengan la calidad de afiliados regulares del Seguro Social de Salud y que laboran en su centro de trabajo en el que la entidad empleadora realiza las actividades descritas en el citado centro. Es obligatorio y por cuenta de las Entidades Empleadoras.

e. 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 o, en su defecto, al de la suscripción del contrato.

f. Enfermedad profesional.- Todo estado patológico permanente o temporal que sobreviene al trabajador como consecuencia directa de la clase de trabajo que desempeña o del medio en que se ha visto obligado a trabajar.

g. Urgencia médica.- Alteración del estado de salud que, en primera instancia, no pone en riesgo la vida del asegurado, pero que de no recibir atención oportuna puede complicarse o dejar secuelas anatómicas y/o funcionales permanentes y, ocasionalmente, la muerte.

Suscrito en Lima,



Guillermo Cesar Garrido Lecca del Rio
Gerente General
PACIFICO S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD

.....
.....
.....