



Así de simple

Manual
del
Afiliado



Entérate más en: lapositiva.com.pe

Disfruta

Tu tranquilidad y la de tu familia están aseguradas

Nosotros protegemos tus momentos más importantes.
Tú, sigue disfrutando.

¡Bienvenido!

¡Ahora eres parte de la gran familia de **La Positiva EPS!**

A partir de hoy, ponemos a tu alcance el **Plan de Salud** que te brindará una protección completa y **cuidará de tu salud y la de tu familia.**

Nuestro compromiso es atenderte con amabilidad y eficiencia en todo lo que requieras.

En este manual se encuentran detallados los servicios y beneficios con los que cuentas a partir de ahora, y que te ayudarán a interpretar las coberturas y procedimientos de tu interés.

Recuerda que si requieres de una consulta médica telefónica, atención de emergencias, el envío de una ambulancia o una consulta, te puedes comunicar a **Línea Positiva Salud** al (01) 211-0213.

Agradecemos tu confianza y recuerda que puedes contar con nosotros.



Índice



Sistema EPS

05



Beneficios

13



Preguntas frecuentes

43



Plan de Salud

09



Condiciones,
exclusiones y
limitaciones

37



Sistema
EPS



¿Qué es una EPS?

Las EPS forman parte de las Instituciones Administradoras de Fondo de Aseguramiento en Salud (IAFAS), son empresas privadas que prestan servicios de atención de salud a través de infraestructura propia y de terceros, y se encuentran reguladas por la Superintendencia Nacional de Salud (SuSalud).

Las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) se crearon en el año 1997 bajo el amparo de la Ley 26790, Ley de Modernización de la Salud, que permite a las mismas complementar los servicios de atención en salud que viene prestando EsSalud al régimen contributivo.

¿Cómo funciona el sistema EPS?

Al afiliarse a una EPS, los trabajadores conservan su derecho de atenderse en EsSalud en la Cobertura complementaria y los subsidios de ley, quedando a cargo de la EPS la cobertura obligatoria de todos los diagnósticos contemplados en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

Al elegir una EPS, el empleador que aporta normalmente el 9% de la remuneración de cada trabajador a EsSalud traslada a la EPS elegida el 2.25% y el restante 6.75% se mantiene como aporte a EsSalud.



¿Quiénes pueden afiliarse?



• Afiliados Regulares

Se denominan afiliados regulares a todos aquellos trabajadores activos de una empresa que laboren en relación de dependencia, y a sus derechohabientes legales: cónyuge, conviviente, hijos menores de edad o hijos mayores de edad con incapacidad total y permanente para trabajar.



• Afiliados Potestativos

Se denomina afiliados independientes del Régimen Contributivo de Aseguramiento Universal en Salud o afiliados potestativos, a todas aquellas personas que no reúnan las condiciones para ser consideradas como afiliados regulares. También son afiliados potestativos todos aquellos afiliados que mantienen una relación de dependencia familiar con el trabajador como los hijos mayores de edad y los padres.

De acuerdo con la Ley del Aseguramiento Universal en Salud, los afiliados potestativos tienen acceso como mínimo a la cobertura obligatoria bajo el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).



Plan de Salud



El Plan de Salud es el documento que describe el conjunto de las prestaciones de salud que las EPS debe otorgar a los afiliados. Este documento detalla el beneficio máximo, las coberturas, modalidad de cobertura, exclusiones, limitaciones, copagos, establecimientos vinculados al plan, entre otros.

Los planes de salud en el caso de planes regulares deben contener como mínimo las coberturas obligatorias del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) y planes complementarios para coberturas especiales no considerados en el PEAS.



• Cobertura Obligatoria:

Comprende las atenciones correspondientes al PEAS de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad aprobado mediante Decreto Supremo 023-2021-SA , así como los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales no cubiertos por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.

Esta cobertura incluye el tratamiento de dolencias preexistentes que sean parte del PEAS y que se otorga sin límites de suma asegurada.



• Cobertura Complementaria:

Comprende la atención de las prestaciones no comprendidas en la cobertura obligatoria que permiten dar integridad, oportunidad y continuidad a las prestaciones de salud. Se encuentra sujeta a los límites, prestaciones y condiciones estipulados libremente por las partes, sin que ello implique la pérdida del derecho del trabajador, de mantener las mismas en EsSalud.



• Copagos:

Las prestaciones de salud pueden estar sujetas a copagos. El copago es el importe a cargo del afiliado que se paga por los servicios médicos recibidos, la forma y el monto se detallan en el Plan de Salud a lado de cada beneficio.

Los copagos pueden aplicarse de 2 formas:



1 Deducible o Copago fijo

Es un monto fijo que se aplica a cada atención.



2 Copago variable

Es un porcentaje aplicado al gasto total.



• Plan Base y Adicionales:

En el caso de los planes regulares, generalmente se ofertan un Plan Base y Planes Adicionales. Los Planes Adicionales son optativos y agregan mayores coberturas al Plan Base así como acceso a otras redes de clínicas y centros médicos, entre otros beneficios, igualmente tienen aportes diferenciados que se agregan al Plan Base.



• Modalidades de Atención:

En función a las coberturas que se indican en el Plan de Salud, los afiliados pueden acceder a las prestaciones de salud bajo dos modalidades: Modalidad de Crédito y Modalidad de Reembolso (solo si aplicara dentro del plan).



Crédito: Se denomina así a la forma de atención en la cual el afiliado accede a las prestaciones en la red de clínicas o centros médicos afiliados a la EPS y está sujeta, de ser el caso, a la aplicación de copagos a excepción de aquellos servicios que están cubiertos al 100% y que se indican específicamente en el Plan de Salud.



•Periodos de Carencia y Espera:

Se denomina así a las restricciones iniciales en la cobertura que se aplican en una nueva afiliación a un Plan de Salud.



Periodo de carencia: Es el plazo en el cual no están activas las coberturas de salud, suele durar de 30 a 90 días calendario. En Seguridad Social es el período de tres (3) meses contados desde el inicio de labores de un afiliado/asegurado regular que no haya tenido vínculo laboral en los meses previos y que le impiden cumplir con las condiciones para tener derecho de cobertura. En el caso de un afiliado/asegurado potestativo, el período puede ser menor a 3 meses durante el cual el afiliado/asegurado y sus dependientes inscritos no pueden acceder a las prestaciones de salud contenidas en el contrato. 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.



Periodo 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 puede ser mayor a un año; asimismo, las enfermedades diagnosticadas durante este período no podrán ser consideradas como preexistentes ni negarse su cobertura.



Beneficios



• Atención Ambulatoria:

Se denomina atención ambulatoria a todo servicio médico que se realiza en una clínica o centro médico y no requiere estadía hospitalaria. Las atenciones oftalmológicas y odontológicas también se consideran como atenciones ambulatorias.

Procedimiento de atención ambulatoria:



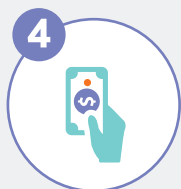
1 El afiliado debe consultar su Plan de Salud para elegir, dentro de la lista de prestadores afiliados, la clínica en la que desea atenderse. Podrás encontrar la relación de clínicas o centros médicos afiliados a La Positiva EPS, en nuestra página web: [Ingresa Aquí](#). Los establecimientos están sujetos al plan de salud contratado, verifique su plan antes de atenderse en el establecimiento afiliado.



2 Luego, deberá solicitar una cita médica en el establecimiento de su preferencia.



3 Al acudir al establecimiento, deberá portar y presentar su DNI.



4 Cancelar en caja el copago fijo (deducible) correspondiente de acuerdo a lo que indica el Plan de Salud.



5 Luego de la atención, y en caso se hayan indicado medicamentos, procedimientos y/o exámenes auxiliares, el afiliado debe dirigirse a las áreas correspondientes y cancelar los copagos respectivos.

Nota: Es importante indicar que las órdenes derivadas de la consulta tienen validez de 7 días calendarios y la prescripción de medicamentos deberán estar relacionados con los diagnósticos planteados, en cantidad suficiente para el tratamiento de enfermedades crónicas no excederá de 30 días calendarios.



FarmaDelivery:

- Ahorra en el costo de tus medicinas.
- Servicio de entrega de medicamentos por atención ambulatoria.
- Cobertura al 90% para medicinas a través de cadena de farmacias.
- Descarga el app de La Positiva, opción Farmadelivery, completa tus datos, sube tu receta y puedes esperar cómodamente que te lleven tus medicamentos a tu domicilio.



Receta extendida:

A través del servicio Farmadelivery se brinda la extensión de receta para pacientes con enfermedades crónicas atendidos en clínicas afiliadas vía crédito, con entrega mensual de medicamentos, y actualización de la receta cada 3 meses.



Teleconsulta: Médico Online

Médico Online: Este beneficio te ofrece teleconsulta a través de videoconferencia para condiciones médicas de baja complejidad y reciente inicio, que no representen un riesgo para la vida. De acuerdo a pertinencia médica, el especialista te brindará recomendaciones para mejorar tu estado de salud, asimismo, nuestro servicio de Farmadelivery. Te entregará las medicinas recetadas en tu domicilio.

• Cobertura de medicamentos según Listado Preferencial

Publicado en la web, [“Ingresa Aquí”](#)

• Laboratorio a domicilio sólo en Lima

Exámenes cubiertos según Listado de Pruebas de Laboratorio, [“Ingresa Aquí”](#)

Para solicitar este servicio contáctanos a través de nuestra Línea Positiva Salud al (01) 211-0213, donde registraremos tu usuario y se te enviará un correo electrónico para activar tu cuenta. Podrás acceder a nuestra plataforma de Médico Online desde cualquier dispositivo (celular, computadora o tablet).

Solicita tu Médico Online inmediatamente, se te asignará al médico disponible y te notificaremos que estás en espera para tu atención.

Si deseas, puedes también programar la teleconsulta según la especialidad médica para el momento que lo desees.

Horario de atención para Medicina General: de Lunes a Viernes de 8:00 am a 2:00 pm y de 3:00 pm a 9:00 pm. Sábados y Domingos de 9:00 am a 2:00 pm. **No disponible días festivos ni feriados.**

(*) El servicio de Farmadelivery y Laboratorio está limitado a las zonas de acceso del operador.



• Médico a Domicilio:

Es un servicio de consulta externa programada a domicilio y cubre enfermedades agudas de baja complejidad. No se aplica a emergencias y está sujeta a copago fijo por atención, dentro de la zona geográfica descrita por el Plan de Salud.

Para solicitar el servicio el afiliado debe comunicarse con la central médica de Línea Positiva Salud a (01) 211-0213.

Este servicio de médico a domicilio incluye la visita de un médico general o especialista (las especialidades disponibles son indicadas en el Plan de Salud). Los medicamentos pueden entregarse durante la visita del médico o a través del delivery y son cubiertas al 100%.



• Atención Hospitalaria:

Se denomina atención hospitalaria a la permanencia del paciente en una institución de salud clínica por indicación del médico tratante y que requiera el uso de habitación, atención general de enfermería y otros servicios relacionados. Las hospitalizaciones se producen como resultado de una enfermedad que requiere monitoreo continuo, por una cirugía programada, y/o derivados de las emergencias accidentales y médicas.

Para la atención hospitalaria de la cobertura complementaria se considera un periodo de carencia de 90 días contados a partir de la fecha de afiliación a la EPS, no aplicándose para afiliados que tienen el derecho de continuidad según lo establecido en la normativa vigente.

Procedimiento de atención hospitalaria:



Se debe presentar en el módulo de admisión hospitalaria de la clínica, la orden de hospitalización expedida por el médico tratante así como el DNI.



La clínica o centro médico afiliado solicitará a La Positiva EPS una carta de garantía. Dicha garantía está sujeta al envío de la información completa por parte de la clínica y a la evaluación por el auditor médico. De no haber observaciones, la carta de garantía se emitirá en un plazo aproximado de 24 horas.



Al término de la hospitalización u alta hospitalaria, el paciente deberá firmar las facturas y demás documentos, abonar los pagos correspondientes como copagos y gastos no cubiertos que se indican en el Plan de Salud.



Deberá solicitar el presupuesto respectivo como información relevante.



El día de la hospitalización, el paciente deberá presentarse en la admisión de la clínica a la hora establecida, portando su documento de identidad y la orden de internamiento expedida por el médico tratante.



Consultas ambulatorias post hospitalarias: Las consultas ambulatorias que se originen luego de una hospitalización por enfermedad o cirugía. Están cubiertas bajo las condiciones ambulatorias indicadas en el Plan de Salud.



• Atención por Emergencia:

¿Qué es una emergencia?

De acuerdo con la normativa vigente, 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.

La condición de emergencia es definida por el médico que brinda la atención.

Las emergencias pueden ser de naturaleza médica o accidental y tienen cobertura al 100% siempre que la atención se realice en los servicios o tópicos de emergencia del proveedor de salud, no aplicándose periodo de carencia para su atención.

Si a causa de la emergencia el asegurado tuviera que requerir uso de la sala de operaciones, hospitalización o es referido a servicios de atención ambulatoria, se aplicarán las condiciones, deducibles y coaseguros correspondientes a la atención Ambulatoria u Hospitalaria de la Red donde se brinde la atención al paciente.

La condición de emergencia es definida por el médico que brinda la atención.



Atención por emergencia en caso de transporte aéreo y/o terrestre: Para casos de emergencia y solamente si en el lugar en que se encuentra el afiliado no existiera la infraestructura médica o capacidad para la atención, la EPS cubrirá los gastos de transporte en ambulancia y/o evacuación aérea hasta el lugar más cercano que pueda brindar la atención requerida. Este traslado deberá ser coordinado con la EPS y debe tener la autorización y certificación del médico tratante. Se cubre el traslado del paciente y un médico o enfermera acompañante.



Accidentes de tránsito: La normativa vigente considera que el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) sea el primero en cubrir las prestaciones médicas derivadas de un accidente de tránsito bajo su cobertura. En este sentido, el afiliado debe iniciar su tratamiento bajo la cobertura del SOAT y en caso este excediera sus límites de cobertura, podrá hacer uso de su EPS de acuerdo con las condiciones y limitaciones que se establecen en el Plan de Salud.



Atención por emergencia en clínicas afiliadas en Lima y provincias

Procedimientos de atención:

1. Para la atención de emergencias en cualquiera de las clínicas indicadas en el Plan de Salud, el afiliado debe presentar únicamente su documento de identidad al momento de la atención.
2. El médico emergencista decidirá si la situación que atiende es una emergencia y definirá el tipo de atención que se requiere (atención hospitalaria o ambulatoria).
3. De acuerdo a ello el afiliado deberá efectuar los copagos respectivos si es que correspondiera.



Atenciones por continuidad de emergencia accidental: Se dará cobertura ambulatoria de continuidad de emergencia accidental hasta por un máximo de 90 días calendarios en el mismo establecimiento donde se atendió inicialmente la emergencia accidental.

Aplica la cobertura al 100% para los siguientes procedimientos:

- Controles ambulatorios.
- Exámenes de laboratorio de control.
- Exámenes radiológicos de control.
- Sesión de terapia física.
- Retiro de puntos.
- Retiro de yeso.



Atención de emergencia con ambulancia

Procedimiento:

1. En caso se presentara una emergencia, se debe llamar inmediatamente a Línea Positiva Salud al teléfono (01)211-0213. La atención se brinda las 24 horas y los 365 días del año.
2. En esos momentos se deberá proporcionar al operador el nombre completo y DNI del afiliado y este derivará la llamada al médico de turno.
3. El médico evaluará la situación y coordinará la solución más eficiente y segura.



• Atenciones por Maternidad:



Controles Prenatales y Postnatales

- Una consulta mensual en los primeros 7 meses (1 a 32 semanas de gestación).
- Una consulta quincenal durante el mes 8 (33 a 36 semanas de gestación).
- Una consulta semanal durante el mes 9 (37 semanas hasta el parto).
- Tres ecografías convencionales (bidimensionales), una por cada trimestre de gestación.
- Atenciones ambulatorias por aborto o amenaza de aborto.
- Atenciones por complicaciones del embarazo.
- Emergencias obstétricas ambulatorias.
- Exámenes auxiliares cubiertos: hemograma, glucosa, creatinina, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, Elisa VIH, examen de urea y examen completo de orina.
- Medicamentos cubiertos: ácido fólico en el primer trimestre y vitaminas a partir del segundo semestre de gestación (de acuerdo a lo indicado en su plan de salud).
- 2 consultas post natales en el periodo de puerperio comprendido hasta los 42 días.

No aplican para otros diagnósticos que se presenten o sospechen en la madre gestante con excepción de infecciones urinarias, vulvovaginitis, estreñimiento, hiperémesis gravídica que se diagnostiquen en la consulta prenatal.



Atención hospitalaria por maternidad: Los procedimientos y documentos para el internamiento por maternidad son los mismos que en el caso de una hospitalización programada y aplican para parto natural y/o múltiple, cesárea, aborto no provocado y complicaciones del embarazo que requieran hospitalización.

Consideraciones importantes:

La cobertura de maternidad se otorga a titulares, cónyuges (o convivientes) e hijas hasta los 28 años, siempre y cuando el bebé haya sido concebido bajo el amparo del Plan de Salud, se aplicará un periodo de espera de 10 meses para las atenciones de cobertura complementaria.



• Atención Odontológica:

La cobertura odontológica se brinda en la red de clínicas afiliadas así como en los centros odontológicos especializados detallados en el Plan de Salud, la atención está sujeta a copagos por pieza tratada y terminada. Los siguientes tratamientos hacen parte de la cobertura odontológica:

- Examen oral inicial.
- Radiografías: Bitewings, periapical y oclusal. Radiografía panorámica sólo para casos de exodoncia impactada
- Profilaxis general, (incluye limpieza manual simple sin uso de cavitrón o equivalentes, solo una vez durante la vigencia anual de la póliza)
- Flúor y sellantes (hasta los 12 años).
- Restauraciones: resina, resina con luz alógena, curaciones simples y compuestas.
- Terapia Radicular (endodoncia).
- Pulpectomía y Pulpotomía
- Apicectomía.
- Exodoncias simples y complementarias (extracciones dentales).



• Atención Oftalmológica:

La cobertura oftalmológica se brinda en la red de clínicas afiliadas así como en los centros oftalmológicos especializados detallados en el Plan de Salud bajo las condiciones estipuladas en el mismo.



• Cobertura de Enfermedades Congénitas:

Una enfermedad congénita es cualquier alteración en el desarrollo del feto (anomalías en la estructura, función o metabolismo). Dichas condiciones patológicas pueden ser diagnosticadas en el nacimiento o presentarse a través del tiempo.

La EPS otorgará la cobertura de enfermedades congénitas a todos aquellos niños que hayan sido concebidos dentro de la vigencia del Plan de Salud y hayan sido afiliados dentro de los primeros 30 días de nacido.

Asimismo para aquellos que hayan tenido cobertura de este beneficio en su EPS anterior y, por lo tanto, tengan derecho a continuidad de acuerdo a la Ley N.º 29561 que establece la Continuidad en la Cobertura de Preexistencias, dicha continuidad en la atención se otorgará bajo las condiciones del Plan de Salud vigente y aquellas explícitamente señaladas en el PEAS.



• Cobertura Oncológica:

Bajo esta cobertura los afiliados tendrán acceso al tratamiento del cáncer de acuerdo con las condiciones indicadas en el Plan de Salud contratado. El beneficio oncológico se activa con el diagnóstico definitivo de cáncer, demostrado a través del estudio anatomopatológico que muestre existencia de células neoplásicas malignas o cancerosas.

A criterio de la EPS se podrá exonerar del estudio patológico en las siguientes situaciones:

- Ante la probabilidad de neoplasia maligna del sistema nervioso central según informe de estudio por imágenes, siempre y cuando la lesión no sea accesible técnicamente a una biopsia para confirmación patológica.
- En casos en los que no está recomendado realizar un diagnóstico mediante biopsia y en los que el tratamiento quirúrgico primario es diagnóstico y en casos potencialmente curativos. Se incluyen únicamente las siguientes regiones anatómicas:

- **Testículo:** Cuando hay sospecha de neoplasia maligna por estudios de imágenes.
- **Riñón:** Cuando hay sospecha de neoplasia maligna por estudios de imágenes.
- **Páncreas:** Cuando hay sospecha de neoplasia maligna por estudios de imágenes, sin evidencia de enfermedad metastásica.

- En casos en que existe una alta probabilidad de neoplasia maligna y que por consenso médico no es un requerimiento necesario realizar la biopsia confirmatoria, para lo cual se incluyen únicamente las siguientes regiones:

- **Próstata:** Sospecha de cáncer clínico por elevación del marcador tumoral (PSA) en pacientes mayores de 75 años.
- **Hígado:** Sospecha por elevación sostenida del marcador tumoral y estudios de imágenes que muestran masa tumoral hepática.

- En caso de cáncer de ovario cuando técnicamente no es posible la biopsia, la cobertura oncológica se da de manera retroactiva desde el acto quirúrgico que motiva el diagnóstico, luego de la confirmación anatómo patológica. A fin de garantizar la cobertura plena de este beneficio.

Toda atención previa a la confirmación del cáncer, será tratado bajo las condiciones ambulatorias y/u hospitalarias detalladas en el Plan de Salud contratado así como las complicaciones relacionadas con el tratamiento del mismo.



Atención Oncológica Ambulatoria.



Atención Oncológica Hospitalaria.



Estudios de imágenes.



Tratamientos médicos o quirúrgicos oncológicos.



Radioterapia y Quimioterapia aprobadas con nivel de evidencia y consenso 1 o 2A de la NCCN Atención Oncológica Hospitalaria.



Exclusiones:

- Diagnóstico oncológico preexistente de cobertura complementaria, salvo la continuidad de cobertura de un plan de salud anterior.
- Tratamientos experimentales, u otros medicamentos oncológicos no aprobados por la Food and Drug Administration (FDA), además de las complicaciones derivadas por la utilización de los mismos.
- Costo de órganos y tejidos trasplantados, ni tampoco los gastos relacionados al trasplante de los mismos.
- Los demás gastos excluidos en el Plan de Salud.



Atenciones Preventivas:



Chequeos preventivos: Se denomina así a las evaluaciones médicas preventivas y control de riesgos a los que tienen derecho los afiliados al Plan de Salud. Estos se realizan de acuerdo a la edad y sexo de cada afiliado, se otorgan anualmente e incluyen evaluaciones médicas, ginecológicas, oftalmológicas y odontológicas al 100%.

El diagnóstico temprano del cáncer es vital para una oportuna atención. Con ello en mente diseñamos el programa de Chequeo Preventivo en búsqueda de los tipos de cáncer más frecuentes: Cáncer de cuello uterino (papanicolau), Cáncer de próstata (examen clínico y PSA), Cáncer de mama (examen clínico y mamografía), Cáncer de colon (thevenon) y Cáncer de pulmón (radiografía de tórax).

Todas estas pruebas están incluidas en nuestro Chequeo Preventivo y se realizan según edad del asegurado.

ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN (TRABAJADORES Y DERECHOHABIENTES LEGALES)

PROCEDIMIENTO ANUAL	Evaluación y Control de Riesgos Según Edad							
	MUJERES				HOMBRES			
	12-17	18-39	40-59	>59	12-17	18-39	40-59	>59
Consultas Médicas (Ex. clínico completo)	1	1	1	1	1	1	1	1
Tacto rectal	-	-	-	-	-	-	1	1
Examen ginecológico	SI***	SI	SI	SI	-	-	-	-
Examen de mamas	CM	SI	SI	SI	-	-	-	-
Evaluación Oftalmológica								
Examen externo del ojo*	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Descarte de estrabismo*	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Agudeza visual*	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Fondo de ojo*	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Descarte de glaucoma*	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Evaluación Odontológica								
Atención odontológica básica	2	2	2	2	2	2	2	2
Profilaxis dental y/o destartraje simple	1	1	1	2	1	1	1	2
Aplicación de sellantes	4	-	-	-	4	-	-	-
Fluorización	-	-	-	2	-	-	-	2
Exámenes Auxiliares								
Hemograma completo	1	1	1	1	1	1	1	1
Glucosa	1**	1	1	1	1**	1	1	1
Colesterol	1**	1	1	1	1**	1	1	1
HDL colesterol	1**	1	1	1	1**	1	1	1
Triglicéridos	1**	1	1	1	1**	1	1	1
Examen de orina	1	1	1	1	1	1	1	1
Antígeno prostático (PSA)	-	-	-	-	-	-	>50 a.	1
Sangre oculta en heces	-	-	-	1	-	-	-	1
VDRL	CM	CM	CM	CM	CM	CM	CM	CM
HIV (Elisa)	-	1**	1**	1**	-	1**	1**	1**
Electrocardiograma	-	CM	CM	CM	-	CM	CM	CM
Mamografía bilateral	-	-	CM 40-50 a. SI para > 50 a.	-	-	-	-	-
Radiografía tórax	-	CM	CM	CM	-	CM	CM	CM
Papanicolaou	SI***	SI	SI	SI	-	-	-	-
Evaluación psicológica								
Control de psicología	1	1	1	1	1	1	1	1

CM: de acuerdo con Criterio médico
*** Adolescentes con Vida Sexual Activa

* Solo en la red de prevención
** Para Grupos de Riesgo

Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño

HASTA LOS 11 AÑOS DE EDAD

PROCEDIMIENTOS	HASTA LOS 11 AÑOS DE EDAD						
	RN (0 a 28 d.)	29 d. a < 1 a.	1 año	2 años	3 años	4 años	5 a 11 años
Consulta pediátrica	2	11	6	4	4	4	1
Control de peso	2	11	6	4	4	4	1
Control de talla	2	11	6	4	4	4	1
Control de maduración de órganos	2	11	6	4	4	4	1
Control de maduración de sentidos	2	11	6	4	4	4	1
Sesión de estimulación temprana	1	6	4	3	3	NO	NO
Evaluación Odontológica							
Atención odontológica básica**	NO	2	2	2	2	2	2
Fluorización**	NO	NO	NO	NO	2	2	2 (5 y 6 a)
Aplicación de sellante por cliente**	NO	NO	NO	NO	NO	NO	4
Exámenes de Auxiliares							
Hemoglobina, hematocrito	1	2	2	2	NO	NO	NO
Grupo sanguíneo y RH	1	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Glicemia (tira reactiva o cuantitativa)	1*	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Tamizaje neonatal (hipotiroidismo congénito, hiperplasia suprarrenal, fenilcetonuria, y fibrosis quística)****	1	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Examen de heces (descarte de parasitosis)	NO	NO	1	1	1	1	1
Prueba de sífilis	1*	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Gota gruesa - frotis	1*	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Suplemento de micronutrientes*	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Quimioterapia antiparasitaria*	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI

* Para grupos de riesgo.

** Solo en Centro Odontológicos afiliados a la red de prevención.

*** Si no acuden a control o se indentifica riesgo.

**** Se da cobertura por reembolso hasta S/ 306.00.

Otras Actividades de Promoción y Prevención

PROCEDIMIENTO ANUAL	MUJERES				HOMBRES			
	12-17	18-39	40-59	>59	12-17	18-39	40-59	>59
Espermatograma en post Vasectomía*	-	-	-	-	-	1	1	-
Planificación familiar (Atención y consejería)	Hasta 4 (según método)				Hasta 4 (según método)			
Vasectomía a solicitud*	-	-	-	-	-	SI	-	-
Ligadura de trompas a solicitud*	-	SI	-	-	-	-	-	-
Evaluación de medicina preventiva y manejo - Tamizaje de violencia familiar	4	-	-	1	4	-	-	1
Inmunizaciones								
Hepatitis B	3	-	-	-	3	-	-	-
Rubeola	1	1 no inmunizados			1	1 no inmunizados		
Fiebre Amarilla	1	1 para no inmunizados			1	1 para no inmunizados		
dT	1	2 para no inmunizados			1	2 para no inmunizados		
Influenza	-	-	-	1	-	-	-	1

* Cobertura en clínicas designadas según Red.

Procedimiento de atención de chequeo preventivo:

- Consultar el Plan de Salud para verificar los exámenes que correspondan según la edad y sexo de acuerdo con la tabla adjunta.
- Programar la cita vía telefónica en la clínica o centro médico elegido dentro de la red de establecimientos médicos disponibles para este servicio y detallados en el Plan de Salud.
- El afiliado debe acudir al centro de salud en la fecha programada con 20 minutos antes de la consulta, portando su Documento de Identidad.
- Los resultados se entregan de manera individual y presencial en la misma clínica, después de 10 días útiles de realizado el chequeo.

Nota: Las evaluaciones médicas no generan medicación o exámenes auxiliares que no estén contemplados en el programa.











• Programa de Enfermedades Crónicas “Salud Positiva”:

Es un programa preventivo diseñado para la atención y seguimiento de enfermedades crónicas sin complicaciones como asma, diabetes tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemia, artritis reumatoide, osteoartritis, hipertiroidismo, hipotiroidismo y gota.

El programa es optativo y no tiene ningún costo para el paciente dentro del protocolo clínico y la red de centros médicos designados exclusivamente para este beneficio. Para acceder a este servicio es necesario tener el diagnóstico confirmado, cumplir con los requisitos del programa y firmar la aceptación de los términos y condiciones.

Características del Programa:




-  La Positiva EPS enviará una invitación al afiliado para inscribirse en el programa “Salud Positiva”.
-  La aceptación al programa se inicia cuando el afiliado firma la carta de compromiso donde expresa su voluntad de afiliarse al programa y declinar a otro tipo de atención para la misma enfermedad.
-  Las atenciones no están sujetas a copago alguno, es decir están cubiertas al 100%.
-  La Positiva EPS asignará un profesional médico de cabecera experto en el tratamiento de las enfermedades crónicas consideradas en el programa.
-  Las evaluaciones se realizan cada 30 o 90 días según la necesidad clínica.
-  Los medicamentos se cubren al 100%, de acuerdo al petitorio establecido.
-  Los exámenes auxiliares se cubren al 100%, de acuerdo con el protocolo definido.
-  El programa excluye atenciones por complicaciones de las enfermedades consideradas en el mismo así como medicamentos y exámenes auxiliares no considerados dentro del protocolo



• Control de Niño Sano y Programa de Vacunación:

Consiste en conjunto de evaluaciones gratuitas con el pediatra según cronograma durante los primeros 11 años de vida de acuerdo a la tabla de control de niño sano y en la red de clínicas especificadas en el Plan de Salud.

El programa incluye:

-  Evaluación clínica (no incluye medicamentos y/o exámenes auxiliares).
-  Registro de crecimiento y desarrollo.
-  Aplicación de vacunas cubiertas al 100% de acuerdo con lo indicado en el Plan de Salud.

Esquema de evaluación y control de Niño Sano:

Periodo	Frecuencia de Consultas
Primeros 30 días	01 consulta cada 15 días
Desde el 2 hasta el 12 mes de vida	01 consulta mensual
Entre el 1 año y el 4 año de vida	01 consulta trimestral
Desde los 5 hasta los 11 años de vida	01 consulta anual

Nota: El programa de control del niño sano no incluye farmacia ni exámenes auxiliares, si el médico llegara a recetar medicinas o exámenes auxiliares, se considerará como una atención ambulatoria sujeta a los copagos correspondientes.



Cobertura de salud mental

Para los diagnósticos indicados en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS, atención psicológica, psiquiátrica y entrega de medicinas según Listado del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME)



Cobertura de Latencia

En caso de desempleo o suspensión perfecta de labores que genere la pérdida de derecho de cobertura, los afiliados regulares (titular, cónyuge e hijos menores de 18 años) que cuenten con un mínimo de 5 meses de aportación, consecutivos o no consecutivos durante los 3 años precedentes al cese o suspensión perfecta de labores, tienen derecho a las prestaciones médicas contempladas en el PEAS hasta un máximo de 6 meses a través de La Positiva EPS y prestaciones médicas hasta un máximo de 12 meses a través de EsSalud.

Periodos aportados en los 3 años precedentes al cese	Total del periodo de latencia	Cobertura durante el periodo de latencia	
		Cobertura PEAS (por La Positiva EPS) y complementaria (por ESSALUD)	Cobertura complementaria y maternidad (por ESSALUD)
De 5 a 9 meses	2 meses	Primer mes	Segundo mes
De 10 a 14 meses	4 meses	2 primeros meses	2 siguientes meses
De 15 a 19 meses	6 meses	3 primeros meses	3 siguientes meses
De 20 a 24 meses	8 meses	4 primeros meses	4 siguientes meses
De 25 a 29 meses	10 meses	5 primeros meses	5 siguientes meses
De 30 a más meses	12 meses	6 primeros meses	6 siguientes meses

¿Cómo obtengo cobertura de Latencia?

- El periodo de latencia se genera a través de EsSalud, con la declaración de cese/ fin del vínculo laboral realizada por el empleador a través del T-Registro (siempre que el empleador declare correctamente) o considerando los procedimientos indicados por EsSalud.
- EsSalud envía la información necesaria vía correo electrónico a La Positiva EPS para generar automáticamente la cobertura de Latencia en la EPS.
- En caso desees copia del Plan de Latencia podrás comunicarte con nuestra Línea Positiva Salud al (01)211-0213, o acercarte a nuestras plataformas principales de atención en Lima, Arequipa y Trujillo.
- Para poder atenderte con tu Plan de Latencia puedes acudir a la Red 1 de clínicas asignadas en Lima o Provincias, portando tu documento de DNI o Carné de Extranjería.

Consideraciones importantes

- Los padres e hijos mayores de 18 años no tienen derecho a este beneficio, con excepción de los hijos discapacitados reconocidos como tales en EsSalud.
- La cobertura de latencia se extingue cuando el afiliado se reinserte en otro centro de trabajo aportando a EsSalud o cuando se agote el periodo considerado en la cobertura de latencia, lo que ocurra primero.
- Las atenciones de PEAS a cargo de La Positiva EPS se efectuarán solo a Crédito en los establecimientos de salud especificados en tu Plan de Salud.



• Cobertura de Sepelio:

En caso de fallecimiento, siempre y cuando su plan contratado incluya esta cobertura, los gastos de sepelio serán asumidos por La Positiva EPS de acuerdo a las condiciones establecidas.

Procedimiento de atención vía crédito:



Comunicarse con Línea Positiva Salud para comunicar el deceso y solicitar información sobre los paquetes funerarios disponibles y la red de funerarias asociadas.



Presentar el Acta de Defunción a la funeraria. Ellos se encargarán de solicitar la carta de garantía respectiva.



• Segunda Opinión Nacional e Internacional:

Los afiliados podrán hacer uso de este beneficio, siempre y cuando su plan contratado incluya esta cobertura, cuando se trate de casos de alta complejidad que por su naturaleza pueden requerir manejos quirúrgicos o terapéuticos especiales.

En el caso de la Segunda Opinión Nacional, La Positiva EPS, en coordinación con el afiliado, propondrá una terna de especialistas para que el afiliado pueda elegir entre ellos.

En el caso de la Segunda Opinión Internacional, La Positiva EPS enviará la copia de la Historia Clínica a un especialista que designe en el exterior.



Reembolso: Esta modalidad se aplica cuando la atención se presta en una clínica o centro médico no afiliado a la red del Plan de Salud o con médicos particulares. Siempre que el Plan de Salud considere la opción de reembolso, el afiliado pagará el 100% de los gastos médicos y podrá recuperarlos de la EPS bajo las condiciones que se indican en el Plan de Salud.

Consideraciones importantes para la modalidad de reembolso:

- Los expedientes presentados para reembolso estarán sujetos a una auditoría médica.
- Los reembolsos se procesan de acuerdo con la tarifa máxima establecida en el Plan de Salud.
- Los gastos están sujetos a la aplicación de copagos, los cuales se indican en el Plan de Salud.
- El expediente deberá ser presentado solo por el titular y es a quien la EPS reembolsará los gastos.
- La modalidad de reembolso es excluyente de la modalidad de crédito, no se aceptan gastos de atenciones mixtas.

Procedimiento para el caso de reembolsos:



1 Recabar la solicitud de reembolso en el área de recursos humanos de la empresa, en las oficinas de La Positiva EPS o descargarla de la página web de La Positiva EPS.



2 Completar con letra legible todos los campos de la solicitud.



3 Podrás encontrar el tarifario de reembolso y para mayor información "Ingresa Aquí"



4 El médico tratante debe llenar la información en los campos designados para ello. La solicitud de reembolso carece de valor si no tiene la firma y sello del médico tratante.



5 Presentar la documentación necesaria para consultas y procedimientos médicos detallados a continuación:

Recepción digital al buzón:
siniestrosalud@lapositiva.com.pe

- Facturas originales con sello de cancelada expedidas a nombre de La Positiva EPS con RUC 20601978572.
- Recibos por honorarios profesionales originales de cada médico, expedidos a nombre del paciente.
- En el caso de medicamentos, se requieren recetas originales con los siguientes datos: nombre del medicamento, cantidad prescrita y tiempo de tratamiento, fecha y firma del médico tratante.
- En caso de tratamientos crónicos, se reembolsará los gastos de medicamentos hasta por un máximo de 30 días calendarios.
- No se aceptarán gastos originados por automedicación, insumos o vacunas. No se aceptan como sustento tickets.
- Para exámenes auxiliares o procedimientos: Orden de atención con fecha, firma y sello del médico tratante así como resultados de los mismos en documentos oficiales y debidamente validados con la firma y sello del profesional responsable.
- En el caso de medicina física y rehabilitación, deberá presentarse informe médico de la especialidad consignando la etiología de la enfermedad, tipo de procedimiento realizado, fecha de cada una de las sesiones y tiempo que deben realizarse las mismas.



Otros Beneficios:

Los indicados explícitamente en el Plan de Salud contratado y se pueden acceder bajo las condiciones establecidas en dicho Plan.

- Para hospitalización quirúrgica o médica: Liquidación de gastos emitida por la clínica con detalle de los costos de cada concepto y/o honorarios, reporte operatorio, hoja de anestesia (en caso presente honorarios de anestesiólogo), resultados de anatomía Patológica, en caso lo amerite, Recibo de Honorarios individual y detallado por cada médico en casos de interconsultas y copia de la epícrisis.
- La Positiva EPS se reserva el derecho de solicitar al afiliado la documentación necesaria adicional sobre lo indicado anteriormente.

Los expedientes deben ser presentados dentro de los 90 días posteriores a la fecha de atención inicial. Estos son evaluados por el equipo de auditoría médica para determinar la pertinencia médica de la atención y fijar el monto a reembolsar, luego de haber observado el tarifario de La Positiva EPS y deducido los copagos correspondientes que se indican en el Plan de Salud. Recuerda que el Procedimiento para solicitar un reembolso se puede descargar de la página web de La Positiva EPS.

Te sentirás tranquilo
porque los tuyos
estarán más protegidos.



Condiciones,
exclusiones y
limitaciones



• Del Sistema de Seguridad Social:

De acuerdo a lo dispuesto en la Resolución N°069 - 2021- SUSALUD/S se tendrán las siguientes exclusiones y limitaciones de la cobertura contratada:

- Las prestaciones económicas de cualquier índole, salvo las que fueran materia de pacto especial.
- Los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales cubiertos por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo;
- 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.

La IAFAS - EPS puede racionalizar el suministro de prótesis, órtesis 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 se aplican las normas que dicte la IAFAS ESSALUD.



• Condiciones y Exclusiones de la Cobertura Complementaria:

Se detalla las presentes condiciones y exclusiones :

No se cubren causas, consecuencias, ni complicaciones de un tratamiento médico y/o quirúrgico no cubiertos por este Plan así como los gastos relacionados con lo siguiente:

- Accidentes aéreos en aviones privados : Gastos por accidente y/o lesiones durante viajes aéreos privados; con excepción de aquellos accidentes y/o lesiones que ocurran cuando el Asegurado se encuentre viajando como pasajero en una línea comercial autorizada.
- Trastornos del desarrollo psicomotor y del lenguaje de etiología adquirida a excepción de lo indicado en el PEAS, diagnósticos confirmado de salud mental según Ley 30947 y los causados por traumatismos, neoplasias o accidentes cerebrovasculares, en los que la terapia de rehabilitación se extenderá hasta un periodo máximo de 180 días.
- Enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (ver anexo adjunto), manifestados en cualquier etapa de la vida (salvo que se otorgue como una cobertura específica en el Plan de Salud).
- Gastos relacionados a Condiciones Preexistentes y las complicaciones de Condiciones Preexistentes salvo que este listado en PEAS. No aplicará la presente exclusión en caso que la enfermedad preexistente haya sido objeto de cobertura durante la vigencia de una póliza que cubrió el periodo inmediatamente anterior, aun cuando haya tenido origen en una póliza de seguro diferente o un plan de salud distinto, de conformidad a lo estipulado en la Ley N° 28770 y, en lo que resulte aplicable, la Ley N° 30562.
- Gastos cuyo objeto principal sea el chequeo médico y despistaje de enfermedades en una persona sana, salvo lo estipulado en el Plan de Salud. Tampoco los gastos relacionados a evaluaciones para obtención de licencias, empleo, u otros. Se excluye todo gasto tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a un diagnóstico determinado.
- Cirugía o Dermatología estética, cosmética o plástica, a excepción de los casos necesarios de cirugía reconstructiva, como consecuencia de un accidente que haya sido indubitablemente informado y aceptado por La Positiva EPS para efectos de la presente excepción (de aplicar la excepción se cubrirá la reconstrucción dental con materiales que no incluyan titanio). No se cubre cirugía reconstructiva en ningún otro caso, incluida la reconstrucción post cirugía oncológica. No se cubre ningún tratamiento médico ni quirúrgico de várices con fines estéticos. No se cubren tratamientos odontológicos de periodoncia y ortodoncia, o cualquier procedimiento con fines estéticos o cosméticos. No se cubren cirugías odontológicas, cirugía bucal ni alteraciones de la articulación temporomandibular.

- Tratamiento médico o quirúrgico del melasma, alopecia u otros trastornos dermatológicos con fines estéticos. Tampoco colocación o retiro de tatuajes ni piercing.
- Sustancias exfoliativas, despigmentantes, jabones, champúes, cremas neutras y bloqueadores solares a excepción de aquellos pacientes con diagnóstico documentado en la Historia Clínica de los CIE-10 L57,L58 o L59 (ver anexo adjunto). No se cubren lágrimas naturales (salvo casos de síndrome de ojo seco).
- Mamoplastia reductora ni cirugías por ginecomastia y gigantomastia.
- Gastos por accidentes resultantes del uso de drogas, estupefacientes o mientras el Asegurado se encuentre bajo la influencia del alcohol, siempre que guarde relación causal con el accidente, por ejemplo: caídas, golpes, peleas u otros accidentes. No se brindará cobertura si existe evidencia de la evaluación médica y esté registrado en la historia clínica, o presente un dosaje etílico mayor a 0.5 gr/lit de alcohol en la sangre, salvo que el accidente haya sido derivado de un diagnóstico confirmado de salud mental según Ley 30947.
- Lesiones o enfermedades a consecuencia de actos de guerra, revoluciones y de fenómenos catastróficos de la naturaleza, así como los que resulten de la participación activa en motines, huelgas, conmoción civil, terrorismo o actos delictivos.
- Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales: Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales para Asegurados que por su trabajo están considerados dentro del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.*
- Compra de sangre y derivados, plasma, plaquetas y paquetes globulares, dado que son sujetos a donación según la regulación existente. Sin embargo, sí están cubiertos los exámenes de compatibilidad sanguínea para transfusión, de acuerdo a las unidades efectivamente transfundidas, sustentadas en la historia clínica bajo pertinencia médica.
- Diagnóstico, estudios y tratamientos o cirugías para esterilización, fertilización (tanto en infertilidad primaria como secundaria), anticoncepción, disfunción eréctil y cambio de sexo. Salvo Ligadura de trompas y Vasectomía
- Insuficiencia o sustitución hormonal en casos de trastorno de crecimiento a excepción de Pubertad Precoz. Tampoco evaluaciones ni tratamientos, tanto médicos como quirúrgicos, de sobrepeso, raquitismo y los derivados de estos diagnósticos. No se cubren la liposucción, lipoescultura e inyecciones reductoras de grasa u otros métodos liporeductores.
- Cuidado por enfermeras, técnicas o auxiliares de enfermería adicionales a las ofrecidas en la clínica durante la estancia hospitalaria, ni en domicilio. Para otros servicios paramédicos como Medicina Física y rehabilitación se requiere de la indicación y supervisión del Médico especialista colegiado.
- Comida y cama para acompañantes. Todo tipo de servicios de confort personal durante la hospitalización, como habitación tipo suite, radios, televisores, teléfonos, batas, aire acondicionado, pulsera de identificación, toallas, pañales, biberón, etc. Todo tipo de transporte o alojamiento no especificado en el Plan de Salud.
- Todos los gastos relacionados al incumplimiento de las indicaciones médicas por decisión del propio paciente, así como la automedicación en perjuicio de su curación y/o rehabilitación. No se cubren tratamientos, procedimientos o medicamentos otorgados o expedidos sin indicación o receta médica ni cualquier estudio, tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a un diagnóstico determinado.
- Todos los gastos efectuados por concepto de vitaminas y minerales, salvo las requeridas para carencias vitamínicas documentadas, control prenatal y postnatal, osteoporosis y vitamina K en hemorragias.
- Leches maternizadas (excepto en casos de imposibilidad documentable de Lactancia Materna solo durante los días de hospitalización del recién nacido y exclusivamente durante la etapa puerperal).
- Suplementos alimenticios, suplementos nutricionales, productos naturales (hierbas y sus derivados, levaduras, probióticos), estimulantes del apetito, anabólicos,

- antioxidantes, productos geriátricos y reconstituyentes. Medicamentos neurotónicos y nootrópicos.
22. Vacunas distintas a las ofrecidas en el Plan de Salud de la EPS o las indicadas en el Esquema Nacional de Vacunación del MINSa.
 23. No se cubre inmunoterapia ni lisados bacterianos. No se cubren medicamentos inmunoestimulantes.
 24. Terapia de sensibilización para Alergias y sus complicaciones, excepto la Prueba del Panal de Alergias, pruebas cutáneas o PRICK TEST.
 25. Medicina complementaria, alternativa y/o tradicional. Tratamientos de acupuntura, hierbas y sus derivados, tratamientos quiroprácticos, cuidados podiátricos y tratamientos de rehabilitación en gimnasios o centros no reconocidos por el Colegio Médico del Perú. No se cubre Homeopatía, medicamentos homeopáticos, medicamentos no tradicionales, productos de origen biológico, extractos naturales, animales o vegetales, ni sus derivados. No se cubre Viscosuplementación para condromalacia patelar y para patologías articulares.
 26. Gastos por cuidado podiátrico y tratamiento de callosidades, pie plano, hallux valgus, hallux rigidus, dedo del pie en martillo, otras deformidades del pie similares.
 27. Lesiones como consecuencia directa o indirecta de fusión o fisión nuclear, isótopos radioactivos así como radioterapia y rayos X sin supervisión médica.
 28. Accidentes producidos a consecuencia de actividades o deportes de alto riesgo, siendo aquellos los siguientes: conducción de automóviles o vehículos de competencia, así como la participación en carreras de automóviles, motos, motonetas, bicicletas, motocross, lanchas, botes o jetski, práctica de downhill, participación en concursos o prácticas hípicas, alpinismo o andinismo, montañismo, rappel, escalada, trekking, paracaidismo, ala delta, parapente, paramotor, sky-surf, puenting, cacería, buceo, pesca submarina o en alta mar, kayak, rafting, accidentes en avión no comercial (piloto y acompañantes), vuelos en globos aerostáticos, accidentes producidos a bomberos por alta exposición al riesgo.
 29. Trasplante de órganos y tejidos, y su costo, al igual que implante de Células madre, y la consecución de ellos. No están cubiertos tampoco los implantes cocleares ni los implantes de células madre en cualquier zona anatómica. Condiciones que provengan como resultado de o que tengan relación a un trasplante. Trasplantes experimentales.
Exámenes, evaluaciones, estudios de histocompatibilidad y pruebas de selección de posibles donantes.
 30. Maternidad en Cobertura Complementaria ya sea de la trabajadora o de la cónyuge o concubina del trabajador siempre que la fecha de concepción sea anterior al ingreso de la afiliada al Plan de Salud y no tuviera derecho a continuidad de cobertura de acuerdo a la Ley N° 29561 – Ley que establece la Continuidad en la Cobertura de Preexistencias en el Plan de Salud de las Empresas Prestadoras de Salud.
 31. Infección por VIH, Síndrome Inmunológico Deficiencia Adquirida (SIDA) y el Síndrome complejo relativo al SIDA (SCRS), sus consecuencias y complicaciones. Quedan exceptuadas a esta exclusión lo comprendido en el PEAS.
 32. Equipos, instrumental e insumos médicos en general, como medidores de colesterol, glucómetros, tiras reactivas para estos equipos, Kits de pruebas rápidas para diagnóstico de embarazo en orina, termómetros, tensiómetros, equipos de oxigenoterapia, nebulizadores, aspiradores, respirador o ventilador mecánico, pulsóxi-metros, CPAP, BPAP, estimulador cerebral, equipos ambulatorios de rehabilitación, cama clínica, mantas térmicas, o similares, medias para várices, audífonos y demás ayudas o implantes auditivos, entre otros. Esta exclusión aplica tanto para compra como para alquiler. Equipos artificiales o mecánicos, así como artefactos diseñados para reemplazar órganos humanos.
 33. Estudios de screening, pruebas o test con fines pronósticos (genéticas, de imágenes o de laboratorio) intra o extrauterino y tratamientos genéticos a excepción de los asegurados que cuentan con cobertura de Enfermedades Congénitas en los que los estudios y pruebas genéticas, si estarán sujetas a cobertura.
 34. Todo equipo, fármaco, insumo, procedimiento médico o nueva tecnología debe contar, adicionalmente a la aprobación de la Food and Drugs Administration - FDA¹,

- European Medicine Agency - EMA², Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health - CADTH³ u otro similar, con el debido sustento científico que demuestre que brinda un beneficio clínico relevante frente a los fármacos, insumos o procedimientos médicos ya existentes para cada indicación especificada (Medicina Basada en Evidencias, nivel de Evidencia Ila de la Agency for Healthcare Reserch and Quality – AHRQ). En estos casos el médico tratante y/o el proveedor de salud deberá sustentar con base en MBE la utilización del nuevo equipo, fármaco, insumo, procedimiento médico o nueva tecnología para cada indicación específica y consultar con la EPS su cobertura, quién podrá brindar su aprobación escrita para que sea cubierto. No se cubren productos, servicios, procedimientos, insumos, medicamentos o tratamientos experimentales, o en fase de período de prueba o investigación.
35. No están cubiertos los servicios, procedimientos o tratamientos (medicamentos, insumos, implantes o material quirúrgico) considerados médicamente no necesarios (no sustentados en Medicina Basada en Evidencia, Nivel de Evidencia Ila de la Agency for Healthcare Reserch and Quality – AHRQ) y que en la evaluación realizada por organismos referentes (Food and Drug Administration - FDA¹, European Medicine Agency - EMA² o Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health - CADTH³) no cuenten con la aprobación expresa para la indicación específica para los que son solicitados.
 36. Los siguientes grupos farmacológicos para diagnósticos no oncológicos: modificadores de la respuesta biológica, interferones, interleukinas, factor estimulante de colonias, anticuerpos monoclonales, inhibidores de tirosinkinasa, antiangiogénicos, inhibidores del proteosoma, terapia genética u otros similares, salvo que se otorgue como una cobertura específica en el Plan de Salud.
 37. Nimodipino se cubre solo en casos de hemorragia subaracnoidea.
 38. Ecografías 3D y 4D. Sólo se cubrirán un máximo de 3 ecografías 3D adicionales en el caso de diagnóstico ecográfico de Malformación Congénita en la ecografía bidimensional.
 39. No se reconocerán honorarios por encima de lo pactado con los Proveedores de Salud, y en el caso de reembolso, honorarios superiores a la Tarifa pactada en el Plan de Salud. Tampoco se reconocerán sobrecostos de medicamentos, insumos, material médico o procedimientos diagnósticos o terapéuticos por encima de los costos establecidos por La Positiva EPS (tanto a crédito como a reembolso).
 40. Epidemias de Cobertura Complementaria, declaradas como tales por el Ministerio de Salud o Pandemias declaradas por la OMS.
 41. No están cubiertas las ortesis, bragueros, plantillas, anteojos, lentes de contacto, cristales, aparatos auditivos, muletas, sillas de ruedas, u otros aparatos o equipos ortopédicos, prótesis de cualquier clase, excepto stent coronario y prótesis articulares de hombro, cadera o rodilla siempre que se cumpla con los requisitos exigidos para el efecto, y hasta los topes indicados en el Plan de Salud. También están comprendidas en esta exclusión las válvulas artificiales, piezas anatómicas, aloinjertos, implantes y dispositivos médicos internos o externos de cualquier tipo, exceptuando las prótesis quirúrgicas internas (reemplazos articulares y óseos, válvulas cardiacas, válvulas para diálisis, stents, diversores de flujo, injertos biológicos o artificiales, marcapaso cardiaco) bajo beneficio de prótesis y los materiales de osteosíntesis, que si tienen cobertura.
 42. Dispositivos para columna (incluyendo el acto quirúrgico cuyo único fin es implantarlo): del grupo de separadores interespinosos e intervertebrales (Coflex, Coflex –F,Diam, DCI y similares). Procedimientos mínimamente invasivos ablativos para columna con químicos, láser o radiofrecuencia: nucleoplastia, rizotomía, infiltración o neulolisis facetaria; proloterapia, ozonoterapia, biacuplastia, discectomía láser. Cirugías híbridas de columna. Aguja seca. Sí se cubren los bloqueos radiculares o facetarios con anestésicos o corticoides.
 43. Gastos y/o Tratamientos realizados en el extranjero y/o medicamento no comercializados a nivel nacional.
 44. Se excluyen psicofármacos para el tratamiento de salud mental que no estén incluidos en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME) y la

Lista Complementaria para Enfermedades de Salud Mental establecido por el MINSA.

45. Accidentes por la conducción de vehículos sin licencia: No se cubren lesiones a consecuencia de la conducción de vehículos motorizados cuando el asegurado siendo conductor no cuente con licencia vigente para hacerlo.
46. Estudios de polisomnografía: No se cubre el estudio de polisomnografía, salvo en casos de diagnósticos de apnea obstructiva de sueño, narcolepsia o insuficiencia cardíaca, que no responden al tratamiento farmacológico.
47. Cuidado domiciliario: Gastos relacionados a los cuidados médicos y personales en caso de senilidad, demencia o trastornos o pérdida de la función cognitiva.
48. Lesiones o enfermedades por terapias de radiación: Gastos por lesiones o enfermedades producidas por energía atómica, radiaciones ionizantes, de rayos X, radioterapia, radium o isótopos, aplicada sin la supervisión o diagnóstico médico correspondiente.
49. Servicios médicos proporcionados por un pariente: Gastos por cualquier servicio médico proporcionado por un pariente cercano.
50. Suministros y/o servicios no prescritos médicamente: Cualquier servicio o suministro no prescrito por un médico u odontólogo colegiado. No se reconocerán los gastos por la práctica de intrusismo.
51. Pruebas no invasivas séricas para diagnóstico de hígado graso o fibrosis (Fibromax, Fibrotest, Actitest).
52. Disfunción eréctil y trastorno de la libido.
53. Lesiones o ENFERMEDADES adquiridas como consecuencia de una contaminación nuclear.
54. Gastos incurridos por el ABORTO ilegal y sus complicaciones.
55. Score de calcio para enfermedades cardiovasculares y angiotomografía coronaria para estratificación de terapia hipolipemiente.

IMPORTANTE: Las exclusiones adjuntas, aplican al Plan de Salud contratado salvo que se encuentren incluidas como coberturas específicas en el Plan de Salud, caso en el cual serán otorgadas únicamente bajo la modalidad y condiciones expresamente señaladas en el plan.



Preguntas frecuentes

¿Qué es el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)?

Consiste en la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones, señaladas en el Decreto Supremo N° 023-2001-SA que serán financiadas a todos los asegurados por las IAFAS con garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios

¿A qué se denomina Cobertura Complementaria?

Comprende un conjunto de condiciones e intervenciones complementarias al PEAS, se estructura respetando las condiciones del PEAS. Se encuentran sujetas a condiciones, limitaciones y exclusiones estipuladas libremente por las partes y en el caso de afiliados a las IAFAS EPS su cobertura no implica la pérdida del derecho del trabajador a atenderse en ESSALUD.

¿A quiénes se considera derechohabientes?

Son derechohabientes el cónyuge o el concubino a quienes se refiere el artículo 326 del Código Civil, así como los hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo. Su afiliación puede ser a solicitud del titular del seguro de salud o su derechohabiente, padre, madre, tutor o curador.

¿Pueden los hijos mayores de 18 años o los padres afiliarse a la EPS?

Sí, siempre y cuando la empresa haya contratado Planes Potestativos para este tipo de afiliados.

¿Los afiliados a una EPS pueden acceder a atenciones en EsSalud?

Sí, los afiliados regulares (los trabajadores y sus derechohabientes) al plan de la EPS siguen cubiertos por EsSalud para todas las prestaciones de cobertura complementaria y los subsidios de ley.

¿Los trabajadores que se afilian a la EPS están obligados a incluir a sus derechohabientes en el Plan de Salud?

Sí, es una obligación legalmente constituida, de no hacerlo estaría privando a sus derechohabientes de cobertura alguna incluyendo la de EsSalud.

¿Cuáles son las clínicas o centros de salud donde me puedo atender?

Podrás encontrar la relación de clínicas o centros médicos afiliados en tu plan de salud en nuestra página web de La Positiva **[Ingresa Aquí](#)**. Los establecimientos están sujetos al plan de salud contratado, verifique su plan antes de atenderse en el establecimiento afiliado.



¿Qué es una 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.

¿Las EPS cubren enfermedades preexistentes?

Las EPS cubren la atención de todas las dolencias preexistentes que corresponden al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

Las Preexistencias de Cobertura Complementaria no son materia de cobertura salvo el caso de aquellas que han sido cubiertas en otra EPS o seguro de salud anterior. Para ello se aplicará lo dispuesto en el Decreto Supremo N.º008-2012-SA, Reglamento de la Ley N.º29561, ley que establece la continuidad en la cobertura de preexistencias no aplicando los periodos de carencia ni de espera así también se aplica la Ley N.º30562 Ley de Preexistencia Cruzada

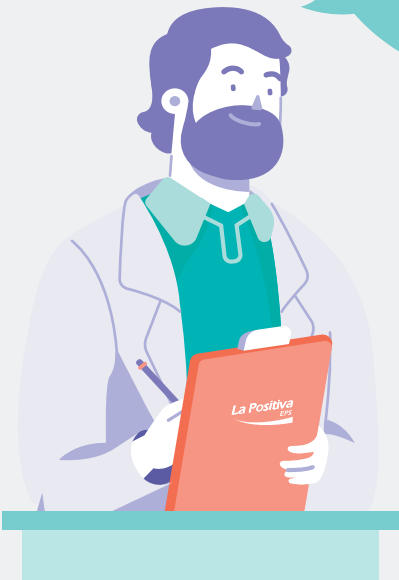
¿Qué es una enfermedad congénita?

Una enfermedad congénita es aquella que se manifiesta desde el nacimiento, ya sea producida por un trastorno ocurrido durante el desarrollo embrionario, durante el parto, o como consecuencia de un defecto hereditario.

¿Qué es una Carta de Garantía o Carta de Autorización?

Es el documento de autorización que garantiza la cobertura del gasto tramitado por la clínica o el proveedor del servicio médico.

La Carta de Garantía tiene una vigencia de 30 días, siempre y cuando, el afiliado se encuentre activo en el Plan de Salud. Requieren Carta de Garantía las cirugías y hospitalizaciones.



La Carta de Autorización es un documento que autoriza el gasto para los siguientes procedimientos:



Resonancias Magnéticas y tomografías.



Angiografía arterial y venosa.



Procedimientos de medicina nuclear (gammagrafías).



Eco doppler arterial, venoso y cardiaco.



Cateterismo cardíaco y procedimientos de cardiología invasiva. Además, los siguientes procedimientos no invasivos: MAPA, Holter.



Procedimientos endoscópicos, diagnósticos y terapéuticos programados (de los aparatos digestivo, respiratorio y urinario).



Electroencefalograma digital y mapeo cerebral.



Polisomnografías.



Spect cerebral.



Cámara hiperbárica.



Exámenes y procedimiento no tarifados.



Cirugías ambulatorias con costo mayor a S/ 500 (incluido IGV).

¡La Carta de Garantía
tiene vigencia de
30 días!





¿Existe algún periodo de carencia para recibir atención médica a través de la EPS?

Los afiliados regulares y sus derechohabientes legales tienen derecho a las prestaciones de salud obligatorias y consideradas en el PEAS siempre que cuenten con 3 meses de aportación consecutiva o 4 meses no consecutivos a EsSalud dentro de los 6 meses calendario anteriores al mes que se inició la afiliación a la EPS.

Para atenciones de cobertura complementaria, el periodo de carencia es de 90 días contados a partir de la fecha de afiliación a la EPS con excepción de los diagnósticos indicados en el Plan de Salud.

¿Puede hacerse un cambio de plan durante la vigencia del Plan de Salud?

Se puede dar el cambio de un plan de mayores beneficios a uno menor, una vez al año en cualquier momento. De un plan de menor cobertura a uno mayor, solo en la fecha de renovación del contrato, quedando los diagnósticos tratados en la vigencia del contrato anterior limitados a la cobertura por el monto máximo del plan menor u original.

¿Cómo presentar un reclamo ante la EPS?

"Ante una inconformidad con el servicio recibido en la prestación de servicios médicos o con temas administrativos, los usuarios pueden presentar un reclamo ante la EPS. Este puede ser de forma verbal a través de Línea Positiva Salud al teléfono (01) 211-0213, por escrito a través de una comunicación dirigida a La positiva EPS o mediante el Libro de Reclamaciones en Salud, ubicado en nuestra página web o en cualquiera de nuestras plataformas de atención al usuario. Siempre puede acudir ante Susalud de no encontrarse satisfecho y recuerde que la presentación de los reclamos es gratuita."



Procedimiento para Atención de Reclamos:



¿Qué información mínima debe contener tu reclamo o consulta?

- Apellidos y nombres completos del usuario.
- Documento de Identidad.
- Dirección de correspondencia.
- Nombres y apellidos del reclamante o representante, cuando el reclamo es presentado por terceros.
- Fecha y hora de ocurrencia del reclamo o consulta.
- Lugar de ocurrencia.
- Detalle del reclamo o consulta, incluido de ser posible diagnósticos, especialistas, medicinas y /o pruebas de ser el caso y gastos (si los hubiera).





Canales de recepción de un reclamo:

- **Por teléfono:** Llama a nuestra Línea Positiva Salud en Lima y Provincias: (01)211- 0213. (Desde celular, debes anteponer el código del departamento), donde recibiremos tu reclamo y te asignaremos un número de atención. Podrás solicitar que se te envíe copia del registro de tu reclamo a tu correo electrónico.
- **Por escrito:** Envíanos una carta o correo electrónico a reclamos@lapositivaeps.com.pe o a nuestras plataformas de atención.
- **Por nuestra web:** Ingresa a www.lapositiva.com.pe y completa el formulario ubicado en Atención al Cliente / Denuncias y/o Reclamos.
- **Por nuestras oficinas:** Acércate a cualquiera de nuestras oficinas o módulos en clínicas afiliadas.



Canales de recepción de una consulta:

- **Por nuestra web:** Ingresa a www.lapositiva.com.pe y completa el formulario ubicado en La Positiva Seguros / Contáctenos.
- **En nuestras oficinas:** Acércate a cualquiera de nuestras oficinas, y solicita la atención o registro de tu consulta.
- **Por teléfono:** Llama a nuestra Línea Positiva Salud en Lima y Provincias: (01)211-0213. (Desde celular, debes anteponer el código del departamento) donde recibiremos tu consulta y le asignaremos un número de atención. Podrás solicitar que se te envíe copia del registro de tu consulta a tu correo electrónico.



Proceso interno para el trámite de reclamos:

Tu reclamo pasará por las siguientes etapas:

1. **Registro:** Le asignaremos un número de correlativo a tu reclamo.
2. **Análisis y clasificación:** Determinaremos la procedencia del trámite notificándote el registro o delegación a la entidad correspondiente.
3. **Investigación sumaria:** Realizaremos la investigación necesaria para dar respuesta a tu reclamo.
4. **Respuesta:** Te enviaremos la respuesta de tu reclamo por la vía seleccionada en el registro.



Tiempos de respuesta :

Reclamos: De acuerdo con la normatividad vigente, el plazo máximo de respuesta es de 30 días hábiles.

Consultas: Las consultas se responden en un plazo máximo de 5 días hábiles; salvo los casos en que la normativa específica vigente prevea un plazo menor; en cualquiera de los casos esto será previamente comunicado al usuario a través de nuestros asistentes de Servicio al Cliente.





• Procedimiento de Referencia a Essalud:

Los trabajadores que se afilien a una EPS, seguirán manteniendo su derecho de atención por EsSalud para los diagnósticos de cobertura complementaria (diagnósticos menos frecuentes y de mayor complejidad), que no se encuentren cubiertos por el PEAS.

Las prestaciones económicas otorgadas por EsSalud, como los subsidios por maternidad, lactancia e incapacidad temporal, seguirán siendo otorgadas por EsSalud, aunque el trabajador se afilie a una EPS.

Los afiliados deberán acercarse a la Plataforma de Atención de La Positiva EPS, con los siguientes documentos:

1. Formato de Referencia a EsSalud (Informe médico firmado y sellado por el médico tratante).
2. Solicitud Voluntaria de Referencia (Consentimiento informado firmada por el titular) podrás encontrarlo en la web de la Positiva: **"Ingresa Aquí"**

Con esta información se le emitirá la Carta de Referencia a EsSalud.

Es importante mencionar que la carta de referencia se le entrega al asegurado para que ellos lo entreguen a Essalud.



¡Importante!

Este beneficio solo se brinda al titular y a sus derechohabientes legales.

Ahora es más simple
estar asegurado.

Síguenos...



Calle Francisco Masías 370
San Isidro, Lima, Perú

Ubica nuestras oficinas a nivel nacional en nuestra web

¿Necesitas información?
Nuestra Línea Positiva espera tus consultas.

(01) 211-0213

Emergencias y Reclamos: (01) 211-0211