

Condiciones, exclusiones y limitaciones (para todos los planes) V01.2012

Los beneficios cubiertos bajo el presente contrato serán pagados de acuerdo a lo estipulado en los Planes de Salud.

Ninguna exclusión considerada en la Capa Compleja compromete la cobertura de los diagnósticos contemplados en la Capa Simple.

Los Planes de Salud contratados bajo el presente documento, no cubren los gastos derivados o relacionados de acuerdo a lo siguiente:

DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Sobre los diagnósticos de Capa Simple está excluido por Ley:

- A. Todo procedimiento o terapia que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente, es decir, los casos de naturaleza cosmética, estética o suntuaria.
- Cirugías no recuperativas ni rehabilitadoras.
 - Cirugía plástica.
 - Odontología estética.
 - Tratamiento de periodoncia y ortodoncia.
 - Curas de reposo o de sueño.
 - Lentes de contacto.
- B. Todo daño derivado de la autoeliminación o lesiones autoinfligidas.
- C. Otras exclusiones que establezca EsSalud.
Es preciso indicar que se racionalizará el suministro de prótesis, órtesis u otros (sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés, etc.), así como los procedimientos, terapias o intervenciones más complejas de alto costo y con baja posibilidad de recuperación.

CAPA COMPLEJA Y COBERTURA PARA TITULAR Y BENEFICIARIOS

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:

1. Lentes de contacto o intervenciones quirúrgicas para corrección de refracción, tales como miopía, hipermetropía, astigmatismo o presbicia, en los que se establezcan su naturaleza cosmética, estética o suntuaria y que no puedan ser resueltos mediante el uso de cristales convencionales.
2. Gastos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades psiquiátricas y psicológicas definidas en el capítulo V del CIE-10 de la OMS (a excepción de los diagnósticos F00 al F09. Ver anexo adjunto). No están cubiertas las curas de reposo o del sueño*.
3. Trastornos del desarrollo psicomotor y del lenguaje de etiología adquirida, a excepción de los causados por traumatismos, neoplasias o accidentes cerebrovasculares, en los que la terapia de rehabilitación se extenderá hasta un periodo máximo de 180 días.
4. 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)*.
5. Enfermedades preexistentes al inicio de la vigencia y de la cobertura del presente contrato*.
6. 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.
7. 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 RIMAC 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*.
8. Tratamiento médico o quirúrgico del melasma, alopecia u otros trastornos dermatológicos con fines estéticos. Tampoco colocación o retiro de tatuajes ni piercing.
 9. 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).
 10. Mamoplastía reductora ni cirugías por ginecomastia.
 11. Enfermedades y tratamientos resultantes del uso o adicción a las drogas, estupefacientes o uso excesivo de alcohol en forma aguda o crónica; así como las lesiones por accidentes que se produzcan en situación de embriaguez o bajo influencia de drogas registrados en la historia clínica y/o con el dosaje respectivo (caso del alcohol: nivel sérico > 0.5 g/dl).
 12. 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.
 13. Lesiones autoinfligidas o producidas voluntariamente o estando mentalmente insano, intento de suicidio, peleas, riñas, salvo aquellas en que se demuestre que se ha tratado de legítima defensa.
 14. Sangre y derivados (plasma, paquetes globulares, plaquetas, factores de coagulación), excepto las pruebas de compatibilidad y los insumos necesarios para la transfusión. Las pruebas de laboratorio realizadas a los donantes estarán cubiertas de acuerdo a las unidades de sangre efectivamente trasfundidas.
 15. Diagnóstico, estudios y tratamientos o cirugías para esterilización, fertilización (tanto en infertilidad primaria como secundaria), anticoncepción, disfunción eréctil y cambio de sexo. En los casos de fertilización asistida documentada en la Historia Clínica de la madre, o a través de documentación médica confiable relacionada a la gestación, no se cubrirá ninguna atención de maternidad en capa compleja de la madre ni tampoco las atenciones médicas por prematuridad de los hijos nacidos de la gestación asistida. No se cubrirán tampoco las secuelas relacionadas a la prematuridad en estos niños*.
 16. Insuficiencia o sustitución hormonal en casos de trastorno de crecimiento. Tampoco evaluaciones ni tratamientos, tanto médicos como quirúrgicos, de sobrepeso, obesidad, obesidad mórbida, raquitismo, anorexia nerviosa y los derivados de estos diagnósticos. No se cubren la liposucción, lipoescultura e inyecciones reductoras de grasa u otros métodos liporeductores*.
 17. Cuidado por enfermeras, técnicas o auxiliares de enfermería adicionales a las ofrecidas en la clínica durante la estancia hospitalaria, ni en el domicilio. Para otros servicios paramédicos como Medicina Física y Rehabilitación se requiere de la indicación y supervisión del médico especialista colegiado.
 18. Comida y cama para acompañantes. Todo tipo de servicios de confort personal durante la hospitalización: habitación tipo suite, radios, televisores, teléfonos, batas, etc. Todo tipo de transporte o alojamiento no especificado en el plan de salud.
 19. 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.

20. Todos los gastos efectuados por concepto de vitaminas y minerales, salvo las requeridas para carencias vitamínicas documentadas, control prenatal y postnatal, osteopenia, osteoporosis y vitamina K en hemorragias*.
21. 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).
22. 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.
23. Vacunas distintas a las ofrecidas en el Plan de Salud de la EPS*.
24. No se cubre inmunoterapia ni lisados bacterianos. No se cubren medicamentos inmunoestimulantes.
25. En caso de trastornos alérgicos, no se cubren procedimientos de desensibilización.
26. Acupuntura, quiropraxia, cuidados podiátricos (a excepción de los brindados a través de CUIDATE Diabetes) y tratamientos de rehabilitación en gimnasios. No se cubre homeopatía ni medicina no tradicional de cualquier tipo.
27. Tratamiento y operaciones derivadas de pie plano, varo, valgo. (Si se cubre la cirugía de Hallux Valgus de acuerdo a indicación médica).
28. Lesiones como consecuencia directa o indirecta de fusión o fisión nuclear, isótopos radiactivos, así como radioterapia y rayos X sin supervisión médica.
29. Accidentes producidos como 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.
30. Transplante de órganos y tejidos, y su costo. No están cubiertos tampoco los implantes cocleares ni los implantes de células madre en cualquier zona anatómica.
31. Maternidad en Capa Compleja 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.
32. Infección por VIH, Síndrome Inmunológico Deficiencia Adquirida (SIDA) y el Síndrome Complejo Relativo al SIDA (SCRS), sus consecuencias y complicaciones*.
33. Equipos médicos como glucómetros (equipo y tiras). En el caso de los ASEGURADOS pertenecientes a CUIDATE Diabetes, se cubre el examen bioquímico de glucosa sérica.

No se cubren termómetros, tensiómetros, equipos de oxígeno terapia, nebulizadores, CPAP o similares, por considerarse de uso personal.
34. Estudios, pruebas 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*.
35. Todo equipo, fármaco, insumo o procedimiento médico de reciente implementación o nueva tecnología deberá tener el debido sustento científico que brinde un beneficio clínico relevante frente a los fármacos, insumos o procedimientos médicos ya existentes (Medicina Basada en Evidencias, nivel de Evidencia IIa de la Agency for Healthcare Reserch and Quality – AHRQ) y deberá ser presentado por el proveedor de salud y contractualmente aprobado por la EPS para poder ser cubierto.
No se cubren productos, servicios, procedimientos, insumos, medicamentos o tratamientos experimentales; ni en fase de periodo de prueba o investigación.

36. No están cubiertos los servicios, procedimientos o tratamientos considerados médicamente no necesarios (no sustentados en Medicina Basada en Evidencia, Nivel de Evidencia IIa de la Agency for Healthcare Reserch and Quality – AHRQ). No se cubren tampoco, los medicamentos, insumos, implantes o material quirúrgico no aprobado por la FDA para la indicación específica que es solicitada.
37. Modificadores de la respuesta biológica para diagnósticos no oncológicos tales como interferones, interleucinas, factor estimulante de colonias, y anticuerpos monoclonales u otros tratamientos biológicos como inhibidores de tirosina quinasa, antiangiogénicos, inhibidores del proteosoma u otros similares a excepción de los detallados en tu plan de salud.
38. Nimodipino se cubre solo en casos de hemorragia subaracnoidea.
39. Ecografías 3D y 4D. Solo se cubrirán un máximo de 3 ecografías 3D adicionales en el caso de diagnóstico ecográfico de malformación congénita en la ecografía bidimensional.
40. 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 de diagnósticos o terapéuticos por encima de los costos establecidos por RIMAC EPS (tanto a crédito como a reembolso).
41. Epidemias de Capa Compleja, declaradas como tales por el Ministerio de Salud o Pandemias declaradas por la OMS*.
42. No están cubiertas las prótesis ortopédicas, las órtesis u otros (sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés, etc.). No se cubren audífonos.
43. Tratamientos realizados en el extranjero o medicamento no comercializados a nivel nacional.

* Solo para los planes de padres e hijos mayores a 18 años, estas exclusiones tienen como excepción a los diagnósticos cubiertos por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

CONTINUIDAD DE LAS ENFERMEDADES PREEXISTENTES

La EPS se compromete a brindar continuidad a las enfermedades preexistentes de los hijos mayores de 18 a 25 años, que cambien de EPS o de plan de salud, siempre que se cumpla con lo siguiente:

- A. Que al momento del diagnóstico de la enfermedad, los hijos mayores de 18 a 25 años se encuentren bajo la cobertura de un PEAS y de un Plan Complementario, y que hayan transcurrido noventa (90) días desde su afiliación.
- B. Que la inscripción de los hijos mayores de 18 a 25 años en el nuevo Plan de Salud Complementario se efectúe dentro de los sesenta (60) días de extinta la anterior relación contractual.
- C. Que la preexistencia de los los hijos mayores de 18 a 25 años se haya generado durante la vigencia del Plan Complementario anterior, no se haya encontrado excluida bajo ese contrato y que además, se trate de un beneficio cubierto también por el Plan Complementario solicitado. Asimismo, si la preexistencia no está excluida motivo que no fue declarada oportunamente, declaración falsa o reticente, esta condición no será cubierta en el nuevo Plan Complementario siendo totalmente excluida del contrato.

Se deja constancia que la EPS podrá limitar la cobertura de las preexistencias a los límites que tenía esa condición en el plan donde se evidenció el diagnóstico. La EPS podrá analizar el impacto económico de las preexistencias y fijar la Prima de manera acorde en cada caso.

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.

Anexo relacionado a las Condiciones, Exclusiones y Limitaciones

Enfermedades psiquiátricas y psicológicas

F00	Demencia en la enfermedad de Alzheimer.
F01	Demencia vascular.
F02	Demencia en otras enfermedades clasificadas en otra parte .
F03	Demencia, no especificada .
F04	Síndrome amnésico orgánico, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas.
F05	Delirio, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas.
F06	Otros trastornos mentales debidos a lesión y disfunción cerebral, y a enfermedad física.
F07	Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.
F09	Trastorno mental orgánico o sintomático, no especificado .

Enfermedades Congénitas

Q00	Anencefalia y malformaciones congénitas similares.
Q01	Encefalocele.
Q02	Microcefalia.
Q03	Hidrocéfalo congénito.
Q04	Otras malformaciones congénitas del encéfalo.
Q05	Espina bífida .
Q06	Otras malformaciones congénitas de la médula espinal.
Q07	Otras malformaciones congénitas del sistema nervioso.
Q10	Malformaciones congénitas de los párpados, del aparato lagrimal y de la órbita.
Q11	Anoftalmia, microftalmia y macroftalmia.
Q12	Malformaciones congénitas del cristalino.
Q13	Malformaciones congénitas del segmento anterior del ojo.
Q14	Malformaciones congénitas del segmento posterior del ojo.
Q15	Otras malformaciones congénitas del ojo.
Q16	Malformaciones congénitas del oído que causan alteración de la audición.
Q17	Otras malformaciones congénitas del oído.
Q18	Otras malformaciones congénitas de la cara y del cuello.
Q20	Malformaciones congénitas de las cámaras cardíacas y sus conexiones.
Q21	Malformaciones congénitas de los tabiques cardíacos.
Q22	Malformaciones congénitas de las válvulas pulmonar y tricúspide.
Q23	Malformaciones congénitas de las válvulas aórtica y mitral.
Q24	Otras malformaciones congénitas del corazón.
Q25	Malformaciones congénitas de las grandes arterias.
Q26	Malformaciones congénitas de las grandes venas.
Q27	Otras malformaciones congénitas del sistema vascular periférico.
Q28	Otras malformaciones congénitas del sistema circulatorio.

Q30	Malformaciones congénitas de la nariz.
Q31	Malformaciones congénitas de la laringe.
Q32	Malformaciones congénitas de la tráquea y de los bronquios.
Q33	Malformaciones congénitas del pulmón.
Q34	Otras malformaciones congénitas del sistema respiratorio.
Q35	Fisura del paladar.
Q36	Labio leporino.