

1. ¿A partir de qué momento puedo usar mi seguro de salud?

Lo puedes utilizar luego de haber culminado el periodo de carencia y/o espera. En el caso de emergencias accidentales, puedes hacerlo desde el primer día de vigencia de la póliza.

2. ¿Por qué no todos los médicos trabajan con compañías de seguros?

Esa decisión no depende de nosotros como compañía de seguros, sino de los mismos médicos. Sin embargo, queremos ofrecerte una gran variedad en nuestra cobertura de salud; por eso, además de trabajar con las principales clínicas o servicios de salud del país bajo la modalidad de pago al crédito, también te ofrecemos productos de salud que funcionan bajo la modalidad del pago con reembolso para que puedas atenderte con profesionales particulares (que no "trabajen" con seguro) y se te devuelve parte de lo que gastaste en el médico según el tarifario Pacífico.

3. ¿Puedo tener un seguro de salud si soy extranjero?

Sí, siempre que vivas en el Perú y tengas tu carnet de extranjería. Debes llenar la solicitud de afiliación que contiene la declaración de salud para que pase por un proceso de evaluación.

4. ¿Cómo funciona un plan con deducible anual?

En un plan con deducible anual, tú como asegurado eres responsable por todos los gastos médicos bajo cobertura incurridos durante la vigencia de la póliza, hasta llegar al monto del deducible anual escogido, puede ser por persona o por enfermedad o accidente. Existen deducibles diferenciales entre las atenciones en el Perú y el Extranjero. Una vez alcanzado ese monto, y luego de presentar a Pacífico los documentos sustentatorios en original, podrás usar tu seguro. La ventaja de estos planes es que permiten obtener descuentos importantes en la prima. Es importante señalar que los gastos médicos incurridos, serán reconocidos en base al Tarifario Pacífico.

5. ¿Qué es una preexistencia?

Son aquellas enfermedades y condiciones que se han iniciado o diagnosticado antes de la contratación de la póliza o plan de salud, o dentro del período de carencia.

6. ¿Que cubre la cobertura odontológica?

A crédito

Atenciones y consultas relativas al cuidado de la salud bucal, en centros odontológicos afiliados.

Copago por pieza tratada y terminada.

Red odontológica 1 S/ 30 85% (copago y coaseguro referencial puede cambiar según producto)

Red odontológica 2 S/ 40 80% (copago y coaseguro referencial puede cambiar según producto)

Incluye:

- Consultas: Examen clínico y odontograma.
- Prevención: Consulta preventiva odontológica, profilaxis, aplicación de Flúor gel y sellantes (a costo del asegurado) hasta los 12 años (sólo vía crédito).
- Restauraciones directas: Obturación simple, compuesta, compleja con amalgama y resina; obturación anterior con resina simple, compuesta y compleja; obturación posterior con amalgama simple, compuesta y compleja.
- Rayos X: Bite wing, periapical y oclusal y panorámica para diagnósticos relacionados a exodoncias impactadas.

- Endodoncias: Endodoncias de incisivos y caninos, premolares y molares, pulpotomía, pulpectomía

7. ¿Qué cubre la cobertura de Maternidad?

Tener en cuenta que aplica periodo de espera 18 meses para conyugue y dependientes.

Cobertura al 100% en Red SANNA (Excepto SANNA\Cl. El Golf en Red Preferente).

Parto normal, cesárea y/o parto múltiple, aborto o amenaza de aborto.

Complicaciones durante el embarazo, parto y/o puerperio aplica Según condiciones ambulatorias / hospitalarias de la red de proveedores médicos afiliados.

Control y perfil prenatal

Incluye:

a) Consulta

- 1 consulta mensual en los 7 primeros meses (1 a 32 semanas de gestación)
- 1 consulta quincenal durante el 8vo mes (33 a 36 semanas de gestación)
- 1 consulta semanal durante el 9no mes (37 semanas hasta el parto)

b) Esquemas profilácticos aceptados

- **Ácido fólico:** En tabletas, solamente durante el primer trimestre.
- **Polivitamínicos:** A partir del segundo trimestre. En tabletas, cápsulas o comprimidos para administración vía oral.
- Suplementos vitamínicos, minerales y oligoelementos profilácticos, como tratamiento preventivo de condiciones no mórbidas.

c) Esquemas terapéuticos aceptados

- **Hierro (en caso de anemia):** En tabletas, comprimidos o jarabes para administración vía oral, o ampollas parenterales. Puede recetarse solo o combinado con Ácido Fólico.
- **Calcio más vitamina D:** En tabletas o comprimidos.

No se cubren polivitamínicos cuando se requieran dosis terapéuticas de hierro más calcio.

Programa Madre-Niño. Sólo en proveedores indicados

❖ En Lima:

Opción 1: Prenatal

7 sesiones de psicoprofilaxis, 8 sesiones de yoga prenatal, 8 sesiones de Pilates prenatal, 3 sesiones de taller postparto, 1 sesión de consultoría en lactancia materna. → Copago único S/ 700

Opción 2: Escuela para embarazadas

7 sesiones de psicoprofilaxis, 8 sesiones de yoga prenatal, 4 sesiones de natación, 3 sesiones de taller postparto, 1 sesión de consultoría en lactancia materna. → Copago único S/ 400

❖ En provincias: 7 sesiones de psicoprofilaxis.

(Trujillo: Cl. Peruano Americana, Arequipa: Cl. Hogar Clínica San Juan de Dios. Piura: SANNA \ Cl. Belén, Cl. San Miguel, C.M. Pediátrica Carita Feliz. Cajamarca: Cl. Los Fresnos, Cl. Limatambo Cajamarca).--> Copago por sesión S/ 25

Control del niño sano:

- Al crédito, consultas y vacunas en red de Vacunación hasta el primer año en las clínicas afiliadas.
- Vacunas según esquema del MINSA únicamente en el Centro de Vacunación de la Cl. Javier Prado.

Beneficio de maternidad para dependientes

Para acceder a este beneficio, la dependiente debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Haber superado el periodo de espera de 18 meses.

- Ingresar a una nueva póliza como titular una vez enterada del embarazo. (Ingresa con continuidad y exoneración del periodo de carencia y espera según el tiempo que haya permanecido en la póliza anterior).

8. ¿Cómo activo el beneficio de sepelio?

Deberán llamar al **513-5000** ahí dan los datos del fallecido y les indicaran los proveedores afiliados al beneficio dependerá del cliente escoger el proveedor el cual se hará cargo de gestionar el beneficio y la carta de garantía.

Paquete PLUS hasta S/ 9,000 (para Multisalud, Red Preferente, ECOH y Auxilio Médico) Paquete VIP hasta S/ 15,000 (para Medicvida Nacional e Internacional) incluye sepultura, servicio funerario y/o cremación.

Servicio funerario

Incluye:

- ✓ Asistencia de director funerario
- ✓ Ataúd
- ✓ Capilla ardiente
- ✓ Preparación tanatológica del fallecido
- ✓ Tramitación, traslado e instalación del servicio
- ✓ Trámite de inscripción de la partida de defunción según exigencia municipal
- ✓ Carroza de lujo
- ✓ Carro para ofrendas florales
- ✓ Salón velatorio

Servicios Adicionales:

- ✓ Cargadores (seis cargadores uniformados con smoking negro)
- ✓ Obituario (2 x 1) Diario "El Comercio" de Lunes a Sábado
- ✓ Vehículo de acompañamiento (24 pasajeros)
- ✓ Arreglo floral (lágrima)
- ✓ Coordinaciones para el Certificado de Defunción, retiro del fallecido, contratación de salón velatorios y cementerios

Cremación Incluye:

- ✓ No incluye cinerario
- ✓ Urna para cenizas
- ✓ Horno crematorio
- ✓ Derecho de salubridad
- ✓ Necropsia de ley

9. ¿Cómo puedo acceder al programa de Salud y Bienestar y todos sus programas?

Este beneficio aplica para los seguros Medicvida Internacional, Medicvida Nacional, Multisalud, Red Preferente, ECOH, Auxilio Médico y planes de salud EPS.

Tenemos dos formas de poder acceder a estos beneficios:

1. Si el cliente ha pasado su **Chequeo Preventivo** y sus resultados salen alterados para alguno de los diagnósticos crónicos, Pacifico se contactara con el cliente y a la vez con la clínica para agendar la cita.
2. Si el cliente tiene conocimiento que padece alguna enfermedad crónica puede contactarnos a PACIFICO al **513-5000** ahí le harán unas preguntas filtro y luego deberá pasar por consulta de la especialidad.
3. Si el cliente quiere acceder al beneficio de delivery de medicamentos o tratamientos complejos, puede acercarse a nuestras plataformas en clínicas o enviar su receta al correo:

deliverydemedicamentos@pacifico.com.pe con la receta médica con firma y sello del médico tratante, cantidad prescrita, tiempo de prescripción y el diagnóstico médico.

CHEQUEO PREVENTIVO→ Son evaluaciones médicas preventivas para el control según edad y sexo. Cubre una vez al año evaluaciones médicas, ginecológicas, oftalmológicas y odontológicas al 100% de acuerdo a la póliza del seguro o Plan de Salud EPS.

SIEMPRE SANO→ Es un beneficio ambulatorio de atención y control de las siguientes enfermedades crónicas: asma bronquial, dislipidemia, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, sin complicaciones. Cubrimos al 100%, consultas médicas, exámenes de laboratorio, medicinas según petitorio, consultas complementarias (nutrición, podología y psicología) y procedimientos médicos.

DELIVERY DE MEDICAMENTOS→ Es un beneficio creado exclusivamente para los clientes de los seguros integrales que tienen una enfermedad crónica, se encuentran clínicamente estables y reciben regularmente atención por este diagnóstico. Cubre el envío de los medicamentos a la dirección que indique el cliente sin ningún costo adicional durante todos los meses que dure la receta.

10. ¿Cómo activo mi seguro oncológico?

En caso se te diagnostique cáncer, deberás seguir los siguientes pasos para activar tu póliza:

- Solicita a tu médico oncólogo el examen Anátomo Patológico, que confirma el diagnóstico de cáncer.
- Coordina una cita con la Unidad de Consejería Oncológica (UCO), llamando al Centro Oncológico ALIADA al (01) 650-5000 o enviando un correo a uco@pacifico.com.pe
- Acude a tu cita con la UCO y presenta el examen Anátomo Patológico. Con esto se activará tu póliza y las coberturas del seguro.

Una vez activa tu póliza, podrás acceder al tratamiento oncológico que indique tu médico especialista y recibirás asesoría permanente de la Unidad de Consejería Oncológica.

11. ¿Necesito programar una atención médica en el extranjero?

Este beneficio aplica para los seguros: MEDICVIDA INTERNACIONAL y MEDICVIDA NACIONAL. Es necesario pre certificarte antes de la atención en el extranjero.

¿En qué consiste la pre certificación?

La pre certificación es un procedimiento que debes realizar con al menos 5 días de anticipación. En este proceso nosotros, a través de la UCE (Unidad de Consejería para atenciones en el Extranjero) UCE@pacifico.com.pe, coordinaremos con los respectivos centros médicos del extranjero para que puedas atenderte con tranquilidad. De esa manera ahorrarás tiempo y dinero. El proceso de pre certificación consta de cuatro pasos:

1. Contáctanos

- Llámarnos con al menos 5 días de anticipación a la UCE
- Si estás en el Perú, contáctate con nuestra Central de Emergencias y Asistencias al (01) 415-1515 .
- Si estás en el extranjero: 1-(800)-992-3730 (USA) o 1-(305)-593-9863 (en el resto del mundo).

2. Llena el formulario

- Completa el formulario de pre certificación, y envíanoslo a UCE@pacifico.com.pe Es importante, además, que tomes en cuenta las indicaciones allí descritas referentes al formato.

3. Recibe la autorización

- Evaluaremos tu solicitud y emitiremos una carta dirigida al centro de salud autorizando tu atención.

4. Acude a tu cita médica

- Acude al centro de salud y presenta tu carta de pre certificación y no olvides llevar todos los documentos relacionados a tu atención médica. De tener algún inconveniente, llámanos al: **1-(800)-992-3730 (desde USA)** o **1-(305)-593-9863 (desde el resto del mundo)**.

¿Qué pasa si no te pre certificas?

En caso de no pre certificarte o que la clínica de tu elección no se encuentre dentro de la red de atención internacional, asumirás el total de los gastos y dentro de los 90 días posteriores a la atención, deberás solicitar la cobertura de reembolso.

12. ¿Y si tengo una emergencia en el extranjero?

Aplica para los seguros: MEDICVIDA INTERNACIONAL, MEDICVIDA NACIONAL y MULTISALUD Cuentas con el beneficio de Asistencia al Viajero

Llama al **1-(866)-986-5518** para solicitar atención médica* o pídelo a través de nuestro **APP MedicViajes**.

Un médico llegará a asistirte a tu hotel o al lugar donde te encuentres y de ser necesario te trasladará a una clínica u hospital.

Si vas directamente a una clínica u hospital, no olvides contactarnos lo más pronto posible para coordinar tu atención en dicho centro de salud.

Recuerda reportarnos siempre tu emergencia, de no ser así, o si la clínica que elijas no está dentro de la red de atención internacional, tendrías que asumir los gastos de la atención y solicitar un reembolso en los siguientes 90 días. La cobertura de reembolso aplica solo para los seguros Medicvida Internacional y Medicvida Nacional para el Multisalud solo aplica el 35% de los gastos presentados.

*La llamada es libre desde USA y por cobrar desde otros países

13. ¿En qué caso se requiere de una carta de garantía?

Las cartas de garantía no las solicita el asegurado, las solicita la entidad médica que atenderá al asegurado. Es un trámite que se realiza entre la clínica o centro especializado y Pacífico. Para saber el status de este trámite llama al [\(01\) 513 50 00](tel:015135000).

14. ¿Por qué varía el costo de mi seguro año a año?

Para lograr un mayor nivel de equidad en la asignación de las primas, éstas se fijan en base a la edad del asegurado y, en general, tienden a incrementarse con los años, ya que el costo de los tratamientos médicos suele ser más alto en las personas mayores. Asimismo, todos los años hay avances significativos en el campo de la medicina, que traen nuevos tratamientos y curas para muchas enfermedades, pero que tienden a ser más costosos. Tu seguro médico, incorpora estos incrementos de costos en sus primas con el propósito de brindarte las mejores coberturas a ti y a tu familia.

15. ¿Para los procesos de emisión, inclusión o cambio de seguro que debo hacer?

El buzón de contacto es: SSCLima@pacifico.com.pe

Para Emisión, Inclusión y migración → debes llenar tu solicitud de salud, la solicitud no debe tener más de 30 días, ni presentar borrones o enmendaduras, el escaneado debe contener todas las caras de la solicitud y estar legible, las hojas de la solicitud deben estar firmadas por el titular.



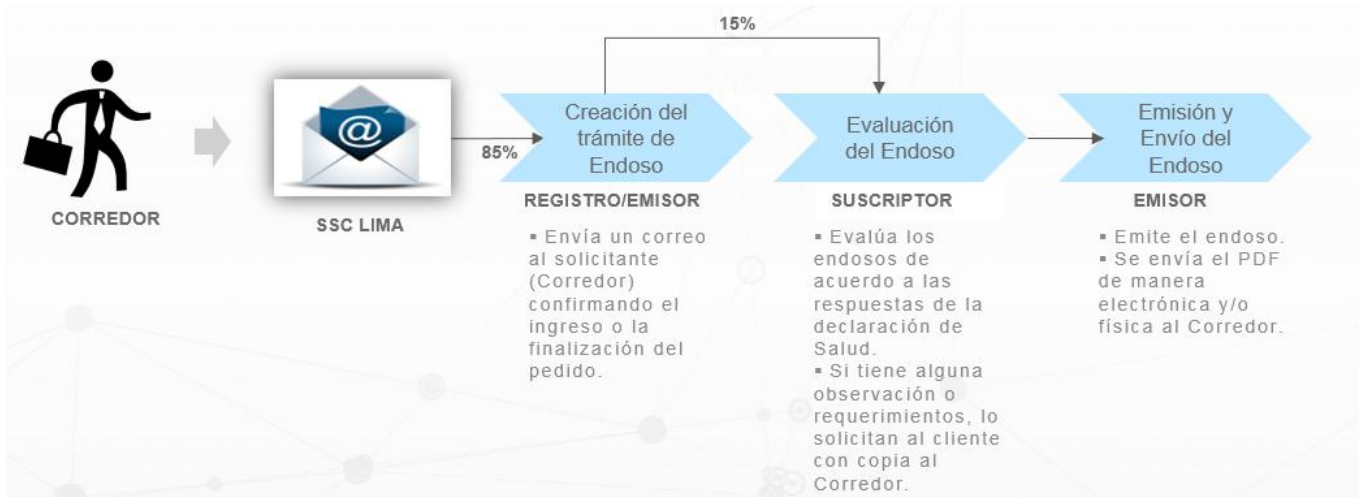
Simple → 7 horas

Mediana Complejidad → 24 horas

Compleja Oncológica → 22 horas

Compleja Salud → 30 horas

16. ¿Cuál es el proceso de Endosos (modificación de Pólizas)?



- **Requisitos indispensables y obligatorios:** Nombre y código de su nuevo corredor.

- **Documentos a adjuntar:**

Persona natural: carta del contratante.

Persona jurídica: carta firmada y sellada por el representante legal o la gerencia de recursos humanos.

17. ¿Qué debo hacer si quiero anular la póliza?

Mandar una carta o correo (proveniente del contratante registrado en el sistema al emitir la póliza) detallando nombre completo contratante, número de póliza, DNI, motivo de cancelación y periodo a anular (a fecha/renovación), firma, la envías a SSCLima@pacifico.com.pe

18. ¿Qué documentos debo presentar si quiero contratar un seguro particular pero vengo de otra empresa de seguros?

Incluir estos 3 documentos en el correo según el tipo de producto:

1. Constancia de seguro/ plan salud.
2. Relación de siniestros, desde la fecha de ingreso a la póliza/plan hasta la actualidad.
3. Copia completa de la póliza/plan de salud vigente o la inmediata anterior.

Documentos a adjuntar:

Requisitos para Productos de Salud

1. Constancia de seguro/ plan salud:

- La constancia debe incluir:
- Membrete de la Compañía de Seguros / EPS firmada por un representante.
- Número de póliza del cliente.
- Personas aseguradas y sus fechas de ingreso (desde y hasta cuando cuentan o han contado con la póliza/plan).

2. Relación de siniestros, desde la fecha de ingreso a la póliza/plan hasta la actualidad.

Dicho reporte debe:

- Tener el logo de la Compañía de Seguros/EPS.
- Diferenciar los siniestros por asegurado.
- Describir los diagnósticos.
- Incluir todos los siniestros liquidados desde la fecha de ingreso a la póliza hasta la actualidad (el reporte debe indicar el período que se ha considerado e incluir todos los beneficios).

El reporte debe ser presentado en PDF, no en Excel ni en presentaciones editables.

3. Copia completa de la póliza/plan de salud vigente o la inmediata anterior.

Requisitos para Productos Oncológicos

1. Constancia de seguro:

La constancia debe incluir:

- Membrete de la Compañía de Seguros / OncoSalud firmado por un representante.
- Número de póliza del cliente.
- Personas aseguradas y sus fechas de ingreso (desde y hasta cuando cuentan o han contado con la póliza/plan).

2. Relación de siniestros, desde la fecha de ingreso a la póliza/plan hasta la actualidad.

Dicho reporte debe:

- Tener el logo de la Compañía de Seguros/OncoSalud.
- Diferenciar los siniestros por asegurado.
- Describir los diagnósticos.
- Incluir todos los siniestros liquidados desde la fecha de ingreso a la póliza hasta la actualidad (el reporte debe indicar el período que se ha considerado e incluir todos los beneficios).

El reporte debe ser presentado en PDF, no en Excel ni en presentaciones editables.

3. Copia completa de la póliza /plan de salud vigente o la inmediata anterior.

Todos estos documentos deben ser enviados a SSCLima@pacifico.com.pe

19. ¿Cómo saber con quién contactarme en caso requiera información adicional?

NUEVA MATRIZ DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE SALUD



Área de suscripción	Descripción	Tiempo de respuesta (días)
Activación del Plan Continuidad (ahora Plan de Resguardo)	Fuera del plazo establecido (30 días).	3
Cambio de inicio de vigencia	Solo ventas nuevas.	3
Cambio de plan / póliza	Cuando se tiene una póliza menor a 1 año de cobertura.	3
Continuidad de Pre-existencias	Se evalúa cuando se ha tenido un seguro EPS, particular o colectivo dentro de los 60 días de haber salido del plan de EPS y 120 días en póliza particular.	3
Exoneración de periodos de carencia / espera	Se evalúa cuando se ha tenido un seguro EPS, particular o colectivo con un mínimo de hasta 30 días antes del nuevo seguro y casos excepcionales.	3
Inclusión de recién nacido	Fuera del plazo establecido (60 días).	3
Migraciones	Entre productos retroactivos / upgrades antes de la primera renovación / de una eps / de otra compañía de seguros.	3
Reevaluar recargos / condiciones especiales	Ante inconformidad con el recargo luego de evaluación del suscriptor y consultas sobre condiciones especiales aplicables a la póliza.	3
Rehabilitaciones por anulación SBS fuera del plazo	Pólizas con más de 06 meses inpagas.	3
Validación de firmas / solicitud sin firma	Firma no coincide con el DNI.	3

Área de productos	Descripción	Tiempo de respuesta (días)
Consulta de coberturas y primas	Comparativos de coberturas y primas entre productos.	1
Diferencias de primas	Primas no cuadran con las de folleto.	2
Error en la carga de beneficios, coberturas, redes en el sistema	Corrección en el sistema, los pases de atención se dan en 1 día.	7
Información errada	Información errada en la web, condicionado, folletería.	7
Unificar vigencia de póliza	Por renovaciones o pólizas grupales.	3

Servicios de salud	Descripción	Tiempo de respuesta (días)
Ambigüedad en cobertura / condición no descrita en la póliza	Cobertura no detallada en la póliza / condición no especificada / no se detalla el beneficio / autorización de actos propios.	3
Ampliación de cobertura por estudios en el extranjero, sin documentos	El proceso regular requiere una constancia de la universidad donde se indique el país, el nombre de la universidad y el tiempo de estudios. En este caso aceptaremos otro documento que confirme estos tres puntos. Pueden ser vouchers de pago o cronogramas de estudios.	1
Anulación por excepción	Retroactiva mas de 30 días / Retroactiva mas de 30 días con condonacion de deuda / Retroactiva mas de 30 días con devolución de prima / Anulación sin carta / Anulación por mala venta / Anulación por no haber recibido la poliza (desconocimiento de los cambios).	3
Autorización de atención	Cliente con deuda (solo ambulatorio).	1
Autorización de atención en proveedor no afiliado al plan / póliza	Por capacidad resolutive / clínica no brinda el servicio o examen - procedimiento no tarifado.	3
Autorización de beneficios / cobertura que no corresponda pero tenga pertinencia	Reembolso de gastos en el extranjero a tarifas nacionales / reembolso de doble seguro en productos que no tienen cobertura de reembolso.	3
Autorización de tratamientos / medicamentos no cubiertos / no pertinente / pre existencias	Por medicamentos / tratamiento no aprobados por FDA o NCCN o condiciones de póliza.	5
Cambio de contratante retroactivo	Traspaso de siniestros / traspaso de comisiones.	2
Cartas mixtas / exceso de honorarios	Reembolso de honorarios médicos no incluidos en Carta de Garantía / reembolso por exceso de honorarios.	5
Casos legales	Quejas ante SUSALUD / INDECOPI.	5
Consultas sobre coberturas / beneficios / procedimientos / pertinencia	Consultas en general / procedimientos poco comunes.	3
Consultas sobre estado de Cartas de Garantía	Rechazos / recortes / gastos no cubiertos.	2
Error de datos en póliza o plan	Cliente no figura en el sistema / póliza no renovada / error en póliza o plan.	1
Inclusión retroactiva	Inclusión de asegurados / afiliados. Inclusión de recién nacido a un plan diferente al de la madre.	2
Medicina no entregada en clínica	Aplica para Multisalud y solo clínicas con convenio pago por servicios.	2
Rehabilitación de póliza	Rehabilitación por problemas de cobranzas / por anulación de póliza a pedido del cliente dentro de los 30 días de solicitada la anulación.	3
Solicitudes de seguro erradas	Copias (sólo en caso que la solicitud se haya extraviado en Pacífico o exista un error interno por parte de algún ejecutivo de Pacífico) Versiones anteriores (max. junio 2016) Vencida (supero los 60 días de evaluación) Información incompleta (siempre y cuando no interfiera en la evaluación del riesgo).	2
Sustento de por renovación / emisión	Cambios en las condiciones a la renovación / Incremento de la prima / No reconoce pre-existencia / No acepta recargo por continuidad de pre-existencias.	5
Sustento de reembolso	Rechazos / recortes / gastos no cubiertos / expedientes extemporáneos mayor a 1 año.	5