

**ANEXO N°6
EXCLUSIONES Y LIMITACIONES**

Según Ley 26790 y su Reglamento D.S. 009-97-SA modificado por el
D.S. 001-98-SA y según Ley 29344 y el D.S. 016-2009-SA del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)

I. Comunes a condiciones asegurables PEAS y plan complementario:

Todo procedimiento o terapia que no contribuya a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria:

- a) Cirugías electivas (no recuperativas ni rehabilitadoras)
- b) Cirugía plástica
- c) Odontología estética
- d) Tratamiento de periodoncia y ortodoncia
- e) Curas de reposo o del sueño
- f) Lentes de contacto

II. Específicas para condiciones asegurables PEAS:

- a) Las condiciones PEAS reemplazan a los diagnósticos de Capa Simple
- b) Las condiciones PEAS que sean preexistentes tienen prestaciones limitadas de acuerdo con el PEAS vigente, para los códigos internacionales de enfermedades (CIE 10) detallados en el mismo
- c) Las condiciones PEAS diagnosticadas durante la vigencia del plan EPS disponen de cobertura regular (sin las restricciones del PEAS)
- d) Las condiciones PEAS no incluye financiamiento de ortesis ni prótesis
- e) Daños derivados de lesiones autoinfligidas (excepto las condiciones codificadas en el plan PEAS)
- f) Anteojos (excepto en el escenario detallado en el plan PEAS, RM 648-2014/MINSA)

III. Específicas para condiciones de salud del plan complementario:

Adicionalmente a las exclusiones y limitaciones indicadas en los incisos precedentes, no se financiarán los gastos de estudios diagnósticos, procedimientos o tratamientos derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de:

- a) Preexistencias salvo para el caso de los diagnósticos que se encuentren comprendidos en lo señalado por la Ley N° 29561, que establece la continuidad en la cobertura de preexistencias en el Plan de Salud de las Entidades Prestadoras de Salud.
- b) Enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos, identificadas o no al nacer, de origen genético (hereditario o no hereditario) o no genético, manifestadas en cualquier etapa de la vida, y las consecuencias y complicaciones que de ellas se deriven.

Excepción 1: Disponen de cobertura los afiliados cuya concepción fue dentro de la vigencia del plan de salud de la entidad empleadora actual y cuya inscripción sea dentro de los 60 días de nacimiento, y/o para aquellos que hayan dispuesto de cobertura de este beneficio en su anterior EPS y por lo tanto tengan 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 Entidades Prestadoras de Salud.

Excepción 2: cuando esté especificado en el plan de salud, se brindará cobertura a la Comunicación Interauricular del Corazón (CIA) y Quiste Tirogloso como patologías congénitas no diagnosticadas antes del ingreso al plan.

Excepción 3: Aquellas condiciones congénitas incluidas en el PEAS, codificadas bajo los CIE10: E03.1, E03.0, Q03, Q35, Q36, Q37, Q65 y para los grupos de edades especificados ahí; y las malformaciones arteriovenosas (MAV) intracraneales, carotídea y de médula espinal.
- c) Tratamientos farmacológicos y/o quirúrgicos de obesidad (cualquiera sea el grado), así como sus consecuencias, secuelas o complicaciones. Excepción: consultas, laboratorio y procedimientos ambulatorios detallados en el PEAS, y atenciones nutricionales de acuerdo con su plan de salud.

- d) Evaluación, estudios, procedimientos y tratamientos por infertilidad y/o fertilización asistida (incluyendo, pero no limitado a histerosalpingografía, crío preservación o estudios crío genéticos, inseminación artificial o implantación de embriones in-vitro o tratamientos hormonales), gestación subrogada ni las complicaciones de cualquiera de estos. Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos (cirugías, medicamentos) relacionados al cambio de sexo o para mejorar, mantener o restaurar una función sexual con o sin uso de prótesis. Estudios, diagnósticos ni tratamiento para disfunción eréctil y trastornos de la libido.
- e) Tratamientos con fines estéticos, médicos o quirúrgicos, de várices superficiales y telangiectasias.
- f) Vitaminas, minerales, leches maternizadas, fórmulas hipoalérgicas, fármacos nutrientes, productos nutracéuticos, alimentos ni preparados de nutrición oral o enteral con fines suplementarios o complementarios. Nutrición enteral ni parenteral en el domicilio.
Excepción: los indicados en el Programa Materno Infantil y adicionalmente: calcio y vitamina D en osteopenia, osteoporosis, insuficiencia renal crónica y operados de tiroides/paratiroides; ácido fólico y vitamina B12 en anemia megaloblástica; tiamina en hiperémesis gravídica; vitamina K en hemorragias; folato en consumidores de metotrexato; y hierro oral o parenteral en anemia ferropénica. Se financian leches maternizadas en neonatos y lactantes hospitalizados, preparados de nutrición enteral o parenteral en niños o adultos hospitalizados hasta el alta.
- g) Medicamentos o productos de propiedades anti asténicas, reconstituyentes y energizantes, estimulantes del apetito, anorexígenos, anabólicos, hepatoprotectores, estimulantes de funciones intelectuales cerebrales (nootrópicos) y recursos terapéuticos naturales.
- h) Terapia inmune (desensibilización) para alergias, inmunoestimulantes, terapias biológicas preventivas y vacunas que no correspondan a las indicadas en el Plan de Salud. Pruebas in vivo o in vitro para el diagnóstico alergológico. Tratamiento para pérdida o caída de cabello. Excepción: Panel de alérgenos cutáneos "Prick Test".
- i) Enfermedades, complicaciones y/o consecuencias médico-quirúrgicas ocasionadas por el consumo de alcohol, psicofármacos, drogas ilícitas y estupefacientes. Excepción: disponen de cobertura las prestaciones en salud mental (atención por psicología, psiquiatría, psicofármacos y pruebas de laboratorio) contempladas en el PEAS bajo el título de "Persona con problema de salud mental" y bajo los lineamientos del Beneficio de Salud Mental del Plan de Salud.
- j) Pruebas diagnósticas (laboratorio, imágenes u otros estudios) o tratamientos (procedimientos médicos o quirúrgicos, insumos, dispositivos, implantes, equipos y/o medicamentos) que no hayan sido aprobados por la FDA (Food and Drug Administration) o la EMA (European Medicines Agency) para el diagnóstico solicitado, los cuales deben además configurar como **MÉDICAMENTO NECESARIOS**. Medicamentos aprobados por la FDA o EMA pero prescritos para enfermedades diferentes a las que sí cuentan con aprobación. Pruebas diagnósticas o tratamientos, que aun cuando hayan sido aprobados por la FDA o EMA, se encuentren señalados expresamente en este Anexo como exclusión. En cáncer rige adicionalmente la National Cancer Comprehensive Network de los Estados Unidos de Norte América (NCCN).
- k) Medicamentos, cirugías o tratamientos prescritos con fines de prevención primaria o secundaria.
Excepciones: se financia ácido acetil salicílico ("aspirina"), warfarina, clopidogrel, heparinas, otros anticoagulantes orales, metformin, montelukast en asma y rinitis alérgica, estatinas en cardiopatía coronaria y enfermedad isquémica cerebrovascular, gastro protectores frente al uso de gastro lesivos, profilácticos no biológicos para migraña, quimioprofilaxis para tuberculosis, antibióticos orales en infección urinaria recurrente (ITU más de tres episodios por año), profilaxis antimicrobiana en cáncer con riesgo intermedio o alto de neutropenia febril prolongada por quimioterapia en tumores no sólidos (leucemias, linfomas) y en receptores de trasplante alogénico, y profilaxis antibiótica en cirugía (este último en dosis única de acuerdo a las guías de práctica clínica).
- l) Medicamentos y/o tratamientos utilizados con fines placebo o de beneficio no demostrado. Pruebas diagnósticas, procedimientos o tratamientos experimentales. Edulcorantes.
- m) Dispositivos para la columna (incluyendo el acto quirúrgico cuyo único fin sea implantarlo) del tipo separadores interespinales e intervertebrales (Coflex, Coflex-F, Diam, DCI, entre otros). Cirugías híbridas de columna. Procedimientos mínimamente invasivos ablativos con químicos, láser o radiofrecuencia: nucleoplastia, proloterapia, ozonoterapia, biacuplastia.
Excepciones: Bloqueos y neurólisis radiculares, y a nivel facetario: neurotomía, neurólisis y bloqueos. Vertebroplastias en fracturas dolorosas de columna.

- n) Cuidado podiátrico efectuado por personal no médico, así como cuidados de los pies relacionados con callos, pies planos, arcos débiles, pies débiles y soportes de zapatos de cualquier tipo, así como de zapatos y plantillas ortopédicas, salvo que se detalle específicamente en el Plan de Salud.
- o) Atenciones a domicilio (profesional o técnico de salud, o cuidador no profesional), a excepción de lo detallado específicamente en el Plan de Salud. Cuidados particulares de enfermería o técnicas de enfermería, sean durante la hospitalización o en el domicilio, salvo que se detalle específicamente en el Plan de Salud.
- p) Gastos por concepto de compra de sangre, plasma, hemoderivados, tejidos, órganos. El financiamiento por concepto de exámenes de donantes de sangre se limitará a las unidades transfundidas efectivamente al paciente. Albúmina humana, plasma rico en plaquetas ni tratamientos que impliquen el uso de células madre (Stem Cell). Excepción: Albúmina humana en plasmaféresis, y en pacientes cirróticos con peritonitis bacteriana espontánea, paracentesis de gran volumen (>5 litros) o síndrome hepatorenal tipo 1.
- q) Tratamiento con Hormona de Crecimiento o testosterona para cualquier condición de salud, así como las pruebas de laboratorio o imágenes para su seguimiento. Kits de pruebas rápidas para diagnóstico de embarazo en orina. Ecografías 3D. Medicamentos para tratamiento de osteopenia. Test de tolerancia a la insulina.
- r) Medicina complementaria, integrativa, funcional, alternativa y/o tradicional como acupuntura, homeopatía, quiropraxis, magnetoterapia, entre otros, salvo que se detalle específicamente en el Plan de Salud. Gastos por chequeos médicos y despistaje(screening) de enfermedades, a excepción de lo comprendido en el beneficio Preventivo Promocional del Plan de Salud.
- s) Suministro de órtesis (como silla de ruedas, corsés, fajas, botas ortopédicas, rodilleras, tobilleras, coderas, collarines, remodelador craneal, entre otros) ni prótesis externas (oculares con o sin soporte de hidroxiapatita, de extremidades, audífonos, implante mamario, prótesis dentales, entre otros). Audífonos, anteojos, lentes tóricas, implante coclear, lentes intraoculares multifocales, cirugías para corrección de refracción visual. Prótesis con impresora 3D. Excepciones: Lentes intraoculares monofocales para tratamiento de cataratas bajo beneficio de prótesis. Prótesis internas (reemplazos articulares y óseos, válvulas cardíacas, injertos para diálisis, cages para columna y prótesis vertebrales, stents, divisores de flujo, injertos biológicos o artificiales, marcapaso cardíaco, cardioversores desfibriladores) bajo beneficio de prótesis tanto condiciones PEAS como para complementarias, de corresponder.
- t) Atenciones, tratamientos o procedimientos realizados por personas que no sean médicos u odontólogos colegiados. Excepción: Atenciones de personal no médico, bajo las siguientes condiciones:
- Medicina física y Rehabilitación asistidas por tecnólogos, cuando es en cumplimiento de las indicaciones del médico fisiatra
- Sesiones con el foniatra, cuando cumple las indicaciones del médico otorrino
- Evaluaciones neuropsicológicas, cuando son indicadas por el médico neurólogo.
- u) Cirugías relacionadas a la estructura dental (pieza dentaria, alveolo y hueso alveolar, encía y tejido periodontal), independiente del profesional de la salud que la practique. Implantes dentales, ortodoncia, los gastos relacionados con la higiene bucal ni las prótesis dentales. Cirugías ortognáticas. Tratamientos o dispositivos para condiciones de salud o patologías relacionadas a la articulación temporomandibular. Excepción: Prótesis dentales, sólo en caso de accidentes documentados en la historia clínica y cuente con el beneficio en su Plan de Salud
- v) Accidentes producidos a consecuencia de la práctica de los siguientes deportes o actividades notoriamente peligrosos, realizados de manera profesional, y no profesional cuando hayan sido practicados o desarrollados en competencias deportivas y/o que haya recibido remuneración o compensación por el desarrollo o práctica de estos: carreras de automovilismo, motos terrestres y acuáticas, ala delta, paracaidismo, escalamiento de montaña, parapente, vuelo libre, práctica hípica, cacería mayor, pesca submarina, sandboard, móviles areneros, tirolesa o canopy, surfing, puenting ni otras prácticas deportivas de similar peligrosidad.
- w) Atenciones médicas o de salud (pruebas diagnósticas, tratamientos, medicamentos, procedimientos), realizadas o procedentes del extranjero, sea por enfermedad o accidente. Esquemas terapéuticos pertenecientes a ensayos clínicos o protocolos experimentales desarrollados a nivel nacional o en el extranjero (con o sin continuidad a nivel nacional), no disponiendo de cobertura ni el medicamento en estudio ni el resto del esquema que lo acompaña, así esta última parte sea regularmente financiada en otros escenarios o diagnósticos. Tratamientos no aprobados por DIGEMID, ya sea que se encuentren disponibles a nivel nacional o importados/obtenidos en el extranjero.
- x) Lesiones o enfermedades adquiridas como consecuencia de actos de guerra, revoluciones, energía atómica o durante la prestación del servicio militar en cualquier fuerza, así como las que resulten de la participación activa en alteraciones del orden público, huelgas, paros, bloqueo de vías de transporte, motines, conmociones civiles, terrorismo, actos delictivos o criminales.
- y) Exclusión adicional en NCCN: Inmunoterapia del tipo terapia de células T con CAR (receptor de antígeno quimérico por sus siglas en inglés) para ninguna indicación. Para condiciones oncológicas se financian hasta dos (2) Pet Scan (PET/CT) al año. Para enfermedades oncológicas (Cáncer), adicionalmente, revisar lo detallado en el beneficio oncológico de su plan/póliza

- z) Compra o alquiler de equipos médicos tales como: glucómetros, bombas de infusión, bombas de insulina (incluye insumos), termómetros, tensiómetros, respirador o ventilador mecánico, pulsoxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, assist cough, estimulador de crecimiento óseo, Cefaly®, dispositivos CPAP, neuro estimuladores cerebrales, espinales o radiculares, equipos ambulatorios para rehabilitación, entre otros. Tiras reactivas y lancetas para glucometría en atenciones ambulatorias.
Excepción: Tiras reactivas y lancetas para glucometrías a los pacientes inscritos y controlados en el programa de cuidados de la salud "Siempre Sano", en pacientes ambulatorios con diabetes tipo 1 y en pacientes hospitalizados con cualquier tipo de diabetes.
- aa) Estudios, pruebas, paneles o screening genéticos en adultos, niños e intrauterinos.
Excepción 1: Cariotipo para niños nacidos en el plan de salud EPS. Excepción 2: Estudios genéticos para cáncer recomendados por la NCCN con fines de decisión terapéutica. Excepción 3: Las siguientes pruebas genéticas disponen de cobertura: JAK2 para estudio de síndrome mieloproliferativo, gen NF1 para Neurofibromatosis, BRCA1/2 en mujeres con familiar directo /madre, hermana) con cáncer de mama antes de los 50 años, genes sarcoméricos y metabólicos para Cardiomiopatía hipertrófica, panel NGS para Esferocitosis hereditaria, panel de genes de Trombofilia hereditaria en mujeres con abortos recurrentes (incluye factor V Leyden, gen MTHFR, antitrombina III, proteínas C/S), distrofina para distrofia muscular, PKD1 y PKD2 para poliquistosis renal, gen SMN1 para atrofia muscular espinal y panel genético para ataxia espinocerebelosa.
- bb) Bloqueadores solares para fines preventivos y estéticos, así como productos cosméticos, cosmeceúticos, humectantes, exfoliantes, antiaging, despigmentantes, pigmentantes y productos para higiene personal. Manoplas y ropa descartable para cuidadores o visitantes de pacientes hospitalizados. Estudios de piel con sistema Fotofinder® o similares.
Excepción: Bloqueadores solares en vitíligo y rosácea. Fototerapia en psoriasis y vitíligo.
- cc) Sepelio para los casos en el que el diagnóstico no sea o no haya sido materia de cobertura de este Plan de salud (diagnósticos preexistentes ni exclusiones). Excepción: en caso la causa de deceso haya sido una condición regularmente financiada por PACÍFICO, así se haya atendido por fuera del sistema de EPS.
- dd) Visco suplementación (ácido hialurónico, derivados y similares) para ninguna condición de salud osteoarticular. Micro resonancia magnética. Terapias con Sistema SIS (Super Inductive System).
- ee) Referente al Trasplante de Órganos, no se financiarán los gastos relacionados a cualquier tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o suministro correspondientes a las siguientes situaciones:
- Condiciones que provengan como resultado de o tengan relación a un trasplante que no sea de los órganos enlistados o que no haya sido previamente aprobado por la EPS
 - Trasplantes experimentales.
 - Equipos artificiales o mecánicos, así como artefactos diseñados para reemplazar órganos humanos.
 - Exámenes, evaluaciones, estudios de histocompatibilidad y pruebas de selección de posibles donantes.
 - Trasplantes haploideénticos.
 - No procede el reembolso en el Perú ni en el extranjero
 - Trasplante de células hematopoyéticas en categorías de recomendación de la ASBMT C, R, D o N.
(Sí se financian las indicaciones categoría "S" en adultos y niños, autólogo o alogénico no haploideéntico).
 - Segundo trasplante del mismo órgano o tejido
 - Infusión de linfocitos del donante
- ff) Secuelas, complicaciones o consecuencias relacionadas a diagnósticos o tratamientos que no disponen de cobertura por el Plan de Salud contratado.
- gg) Terapias biológicas en: oftalmología, dislipidemia, terapia del dolor, neumología, hematología, endocrinología ni dermatología. Anti fibróticos para fibrosis pulmonar. Excepción: Terapia biológica para las condiciones de salud detalladas en el listado que aparece en el beneficio de terapia biológica para patologías no oncológicas de su plan de salud.
- hh) Pruebas no invasivas para evaluación o diagnóstico de: hígado graso, esteatohepatitis, fibrosis o cirrosis hepática (Fibromax, Fibrotest, Actitest, entre otras). Elastografía en la evaluación de ningún órgano.
Excepción: Elastografía hepática (ej. Fibroscan®) para evaluar fibrosis del hígado en: 1)Esteatohepatitis No Alcohólica con Score FIB-4 >1.45, 2)Hepatitis crónica B o C previo al inicio de terapia (a menos que ya tenga diagnóstico de cirrosis) y 3) Hepatitis autoinmune configurada. No se financia cuando ya hay diagnóstico de cirrosis de cualquier origen.
- ii) Angiotomografía coronaria. Excepción: Pacientes con cuadro anginoso y riesgo coronario intermedio con prueba de esfuerzo positiva.

- jj) Retractores de heridas operatorias descartables para cesáreas (Alexis/Mobius, Traxi, entre otros). Manipuladores uterinos. Excepción: manipuladores uterinos para histerectomía total.
- kk) Paneles de diagnóstico rápido de patógenos múltiples para infecciones (Filmarray, Verigene, Maldi-Tof). Kits de inmunofluorescencia de virus respiratorios (Influenza A-B, parainfluenza 1-2-3 y virus sincitial respiratorio) con fines de screening o en cuadros de resfriado común o respiratorios altos. Excepción: estudio de Filmarray en líquido cefalorraquídeo. Filmarray respiratorio: solo en población pediátrica internada en área crítica (UCI, UCIN). Estudio de Influenza estival en inmunosuprimidos.
- ll) Spect cerebral en estudio de trastornos cognitivos, demencias, Parkinson, trastornos del sueño o atención, trauma craneoencefálico ni en accidente cerebrovascular. Electroencefalograma en cualquiera de sus modalidades para: cefalea, migraña, problemas de memoria o atención. Excepción: Spect cerebral en evaluación prequirúrgica de foco epileptógeno. Electroencefalograma en trastornos convulsivos y configuración legal de muerte cerebral.
- mm) Terapias o actividades de desarrollo de habilidades sociales y del aprendizaje para nivelación escolar recomendadas o asistidas por los centros educativos. Excepción: terapias psicológicas especificadas en el PEAS, prescritas por profesional psicólogo en un centro de salud.
- nn) Enfermedades huérfanas y raras, según lo detallado en la Resolución Ministerial N° 230-2020-MINSA. Excepciones que sí disponen de cobertura: Policitemia vera, Anemia falciforme, Trombocitosis esencial, Hipoglicemia, Hipo/hiperparatiroidismo, Acromegalia, Diabetes insípida, Porfirias, Alzheimer temprano, Paraplejia espástica tropical, Esclerosis múltiple, Neuromielitis óptica, Epilepsia, Apnea del sueño, Guillian Barre, Miastenia gravis, Degeneración macular asociada a la edad (no incluye terapia antiangiogénica), Fibrosis pulmonar idiopática (no incluye terapia antifibrótica), Pénfigo, Artritis reumatoide juvenil, Poliarteritis nodosa, Churg Strauss, Granulomatosis de Wegener, Arteritis de Takayasu, Lupus eritematoso sistémico, Dermatomiositis, Polimiositis, Esclerosis Sistémica Progresiva, Espondilitis anquilosante. Para los concebidos/nacidos en el Plan de Salud sí disponen de cobertura: Malformaciones arteriovenosas, Enfermedad de Von Willebrand, Hemofilia, Diabetes tipo MODY; esta excepción no contrapone las exclusiones previamente señaladas.
- oo) Terapia genética o génica para cualquier condición de salud.
- pp) Daños derivados de lesiones autoinfligidas. Excepción: aquellas especificadas en el Plan PEAS, Capítulo "Causas Externas de Morbilidad y Mortalidad", bajo los siguientes códigos CIE10: X60.0, X61.0, X64.0, X68.0, X69.0, X78.0, X78.9 y X84.0, los cuales sí disponen de cobertura.
- qq) Tratamientos médicos ni quirúrgicos relacionados a ginecomastia o gigantomastia.
- rr) Embolización arterial prostática.

Si un siniestro que debió ser rechazado por encontrarse excluido de cobertura hubiese sido cubierto por error, así haya sido más de una vez, la EPS no estará obligada a continuar asumiendo el gasto por atenciones relacionadas a dicho siniestro a partir de la fecha de identificación del error.

**Este documento es de carácter referencial, y es de aplicación para la EPS Regular, para cualquier detalle respecto a las condiciones aplicables a su plan de salud, revisar el(los) documento(s) enviados en su correo de bienvenida al producto.*