



PLANES DE SALUD

Manual del afiliado EPS

La **EPS de los trabajadores** para los trabajadores.

¡Bienvenidos a nuestra EPS!

Nos alegra que hayas decidido confiar en nosotros para cuidar de tu salud y la de tu familia. Este manual está diseñado para ayudarte a entender fácilmente las coberturas y beneficios de tu Plan de Salud EPS, y resolver cualquier duda que puedas tener sobre su funcionamiento.

Estamos aquí para apoyarte en cada paso del camino. ¡Gracias por ser parte de nuestra comunidad!

¡INFÓRMATE MEJOR!

Aprende a usar tu EPS:

- ¿Cómo trabaja una EPS?
- ¿Quiénes pueden afiliarse?
- ¿Cómo aprovechar tu plan de Salud?
- ¿Cómo puedo afiliarme?
- ¿Cuáles son las exclusiones?
- Atención a Reclamos
- Preguntas frecuentes
- Definiciones

¿Cómo trabaja una EPS?

¿Qué es una EPS?

Una Entidad Prestadora de Salud, es una empresa privada que ofrece servicios de seguridad social en salud a los trabajadores y sus familias afiliadas. Su función es complementar la cobertura proporcionada por EsSalud, asegurando un cuidado integral y accesible para todos sus miembros.



¿Qué ofrece el Plan de Salud de Grandia EPS?

Tu Plan de Salud Grandia EPS te acompaña en todo momento. Ofrece cobertura para atenciones ambulatorias, hospitalarias, de emergencia, maternidad, oncología, odontología, oftalmología y más. Además, incluye tratamientos médicos, exámenes auxiliares, medicamentos y otros servicios en una amplia red de clínicas.

Al estar afiliado a Grandia EPS, tu empresa destina una parte (2.25%) del aporte mensual al Seguro Social (9%) para financiar tu Plan de Salud. Recuerda que, al estar afiliado a Grandia EPS, no pierdes tu cobertura de EsSalud, ya que conservas tu derecho de atención para diagnósticos NO **PEAS** y subsidios de ley, tal como se muestra en el siguiente cuadro:



¿Quiénes pueden afiliarse a Grandia?

- Pueden afiliarse los trabajadores en planilla y sus **derechohabientes** legales: cónyuge o conviviente, hijos hasta los 18 años, e hijos mayores de 18 años incapacitados de forma total y permanente para el trabajo.
- No hay un número mínimo de trabajadores requerido para que una empresa pueda contratar el Plan de Salud.
- Además, podrán afiliarse como **potestativos** los hijos mayores de 18 años hasta la edad indicada en su Plan de Salud.

¿Cuáles son las ventajas de elegir Grandia EPS como tu plan de Salud?

- Planes diseñados según a las necesidades de nuestros clientes.
- Mantienes tus derechos de atención (No **PEAS**) en EsSalud.
- Mejores beneficios y copagos a favor del asegurado.
- Tenemos las tarifas más competitivas del mercado.
- Ahorro en medicamentos.



| ¿Cómo aprovechar tu Plan de Salud?



Modalidades de atención

Podrás atenderte bajo la modalidad de crédito y la modalidad de reembolso dependiendo de la cobertura de tu plan.

1.- Modalidad de Crédito

De acuerdo a las condiciones de tu plan de salud, los asegurados y otros beneficiarios pueden atenderse en la red de proveedores de su plan.

Cada vez que necesiten atención médica en el **prestador de salud** seleccionado, deberán pagar un **deducible** y **coaseguro**.

Recuerda: Para conocer los **prestadores de salud** donde tienes acceso, así como sus respectivos **deducibles** y **coaseguros**, consulta tu plan de salud.

EJEMPLO PRÁCTICO

Si tu plan dice
Deducible de
s/ 35

Aquí el médico te receta medicamentos y exámenes auxiliares.

Pagas

s/ 35
para
atenderte

Si tu plan dice
Cubierto al
90 %

Pagas 10%

De
coaseguro
s/ 20*

(*) Sobre un gasto de S/ .200.00.

Es decir, pagas solo

s/ 55 **por el total de atención,**
GRANDIA S.A. EPS
cubre el total de la diferencia.

El deducible y el coaseguro están especificados en tu Plan de Salud.

Procedimiento de atención vía crédito:

1. Agenda tu cita presencial en un **prestador** de salud dentro de la red de tu Plan. (*)
2. Recibe la orden de atención que el prestador generará y acude a caja a cancelar el **deducible**.
3. Asiste a tu cita programada con tu documento de identidad (DNI o carné de extranjería).
4. Si el médico solicita exámenes adicionales o medicinas, deberás asumir el **coaseguro**.

*Sujeto a la disponibilidad del servicio en prestador de salud.



Importante: Algunos exámenes y tratamientos pueden requerir una Carta de Garantía para evaluar la cobertura, en esos casos:

- Acércate al área de admisión del **prestador de salud** con la orden y genera la solicitud.
- Una vez que el prestador haya ingresado la solicitud de la carta de garantía, Grandia EPS tiene un plazo de 48 horas hábiles para responder la solicitud.
- El prestador se comunicará contigo para que puedas continuar con tu atención.

2.- Modalidad de Reembolso

Modalidad en la cual puedes recibir atención en cualquier prestador de salud acreditado no afiliado a tu plan. En este caso, pagarás el 100 % del gasto médico y luego podrás solicitar el reembolso a Grandia EPS (consulta médica, procedimientos, insumos, medicamentos y exámenes auxiliares) de acuerdo a las condiciones de tu plan de salud EPS.

Para conocer las limitaciones, exclusiones y tarifario de reembolso, te invitamos a revisar nuestra **Guía de Reembolso**



Procedimiento de atención vía reembolso:

1.- Recibe la atención que necesitas del profesional de salud en el prestador que hayas elegido.

2.- Asume el 100% de los gastos en la atención y los exámenes auxiliares, si es el caso.

3.- Solicita tu reembolso enviando los documentos necesarios al correo de Grandia EPS: **reembolsos@grandia.pe** y colocando como asunto: **SOLICITUD DE REEMBOLSO EPS-DNI-PACIENTE**.

Los documentos y formatos que debes adjuntar de acuerdo con el servicio que solicitaste, lo puedes encontrar en el siguiente enlace: **Link** 



RECUERDA

- Todas las facturas y boletas deben ser emitidas a nombre de GRANDIA S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD (RUC 20610079777)
- Todos los documentos presentados no deberán tener enmendaduras ni borrones. Además, no deben tener más de 60 días calendario de antigüedad.
- La cuenta para el abono debe estar activa, ser personal (no mancomunada ni de terceros), y en la moneda indicada en tu plan de salud (soles).
- Grandia EPS revisará la solicitud en 7 días útiles y, si es aprobada, enviará un correo informando que el depósito está en trámite.
- Recibos por Honorarios a nombre del paciente.



Cobertura y beneficios

Con tu plan de Salud Grandia EPS, cuentas con la mejor alternativa para tu bienestar.

- Sentirte bien es posible cuando cuentas con un programa preventivo de salud al 100 %.
- La dulce espera merece el mejor cuidado: accede a nuestro programa de maternidad y atención infantil.
- Ante cualquier enfermedad, accede a atención médica de calidad en nuestra red de prestadores en Lima y provincias.
- Tu bienestar es nuestra prioridad: accede a beneficios oftalmológicos, odontológicos y chequeos preventivos oncológicos PEAS.



RECUERDA

- El alcance de las coberturas y beneficios que se presentan en este manual, dependerá del plan de salud EPS que contrates, puedes revisar tu plan de salud.



**Cuando te
sientes bien**



Atención preventiva promocional (PEAS)

Con el objetivo de detectar enfermedades tempranas y evitar complicaciones tienes cobertura para realizarte un chequeo preventivo anual, un chequeo preventivo oncológico, evaluaciones de riesgos e inmunizaciones.



Chequeo preventivo anual

Cubre al 100 % la evaluación médica preventiva y exámenes de control para identificar riesgos de acuerdo al protocolo de chequeo preventivo anual.

(Ver aquí el cuadro de diagnósticos que cubre)

Chequeo preventivo oncológico anual

Incluye la evaluación y control de Riesgos según edad y sexo, cubierto al 100% una vez durante la vigencia anual de tu Plan de Salud.

Revisa el protocolo de chequeo oncológico con todos los exámenes que contiene **aquí**.



RECUERDA

De generarse alguna atención adicional como resultado del chequeo médico (interconsulta con especialidad, farmacia, o exámenes auxiliares), esta deberá ser atendida a través de la consulta ambulatoria en las clínicas de la red contratada y de acuerdo a su plan de salud.

Inmunizaciones

La cobertura de inmunizaciones es del 100% según esquema nacional de vacunación del MINSA, en la modalidad de crédito en el centro de vacunación afiliado. Revisa el esquema de vacunación **aquí**.

En caso de que no exista un centro de vacunación afiliado en tu ciudad, se ofrece un reembolso de hasta S/ 200 por vacuna, válido durante la vigencia de la póliza.

¿Cómo me atiendo?

1. Programa tu cita vía telefónica.
2. Acércate en la fecha programada al centro de vacunación.
3. Presenta DNI del paciente y Cartilla de Vacunación (*)
4. El personal de salud realizará el registro correspondiente y la aplicación de la vacuna.
5. Sigue las indicaciones sobre los cuidados post aplicación.

*En el caso del niño el establecimiento entregará por primera vez la cartilla de vacunación.



RECUERDA

El reembolso de vacunas en provincia (según Guía de Inmunizaciones) se dará siempre que no exista oferta de proveedor en la zona.

Planificación familiar

1. Las atenciones preventivas y ambulatorias de planificación familiar podrán ser solicitadas de manera presencial o por telemedicina en la red de prestadores afiliados.
2. Cubre consejería sobre métodos anticonceptivos a partir de los 12 años.
3. Incluye hasta 4 consultas anuales y prescripción de métodos anticonceptivos.
4. Se cubre la inserción y retiro del dispositivo intrauterino (DIU), así como el mismo dispositivo. Tener presente que el consejo y asesoramiento sobre la anticoncepción será brindado por el médico tratante bajo las condiciones ambulatorias del presente plan de salud.
5. A partir de los 30 años, incluye la vasectomía y ligadura de trompas, y se cubre tratamiento de esterilización en ambos sexos.
6. La atención es solamente a crédito. El consejo y asesoramiento sobre anticoncepción será brindado por el médico tratante bajo las condiciones ambulatorias del plan de salud.





| En la dulce
espera



Programa de maternidad y cuidado infantil

Este programa contiene atenciones oportunas para el cuidado de la salud de la madre gestante y la del bebé durante el embarazo, en el momento del parto y después del parto. Todos los beneficios del programa inician con la confirmación clínica de laboratorio o estudio de imágenes del embarazo.



Durante el embarazo

Durante el embarazo, Grandia EPS te acompaña para cuidar tu salud y la de tu bebé. Por ello, ponemos a tu disposición un conjunto de controles médicos y evaluaciones periódicas, diseñados para monitorear cada etapa de la gestación y asegurar un desarrollo saludable. Nuestro compromiso es brindarte una atención integral que garantice las mejores condiciones para ti y tu bebé.



RECUERDA

Solo se consideran consultas pre y postnatales a todas aquellas consultas que verifiquen el estado de salud de la madre gestante y la del bebé en gestación, no por otra enfermedad que se presente o sospeche en la paciente.

Categoría	Detalle	Condiciones
Consultas prenatales	Citas periódicas durante embarazo y postparto	Según cronograma. Consultas prenatales: 7 citas (1 x mes), 2 citas (1 x 15na), 4 citas (1 x semana)
Ecografías	3 ecografías obstétricas convencionales (1 por trimestre)	Incluidas dentro del control prenatal
Exámenes auxiliares	Hemograma, glucosa, creatinina, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, Elisa VIH, examen completo de orina, PAP (1er trimestre)	Según indicación médica y auditoría
Psicoprofilaxis	Sesiones educativas y de preparación al parto	A partir del 4to mes, según esquema del proveedor
Suplementos	Hierro, ácido fólico, vitaminas	Según prescripción médica
Condiciones médicas cubiertas	Infección urinaria, vulvovaginitis, estreñimiento, vómitos no especificados del embarazo	Según diagnóstico y criterio médico
Controles ambulatorios	Atención para aborto no provocado o amenaza de aborto	Con evaluación médica y auditoría
Complicaciones del embarazo	Atención y seguimiento especializado	Según plan contratado y criterio médico
Emergencias obstétricas	Atención en casos de urgencia	Según condiciones del plan y auditoría

En el momento del parto

El parto es el momento más maravilloso y significativo del embarazo. Es esencial contar con todas las atenciones necesarias para que se lleve a cabo de la mejor manera, ya sea un parto natural o por cesárea. Aunque es un procedimiento delicado, estar preparado para cualquier eventualidad garantiza una experiencia tranquila y segura. Grandia EPS estará contigo durante el parto, asegurando el bienestar de tu salud y la de tu bebé, de acuerdo con tu plan de salud, para que puedas disfrutar plenamente de este hermoso acontecimiento.

- Cubre el parto natural o el parto por cesárea
- Cubre complicaciones del parto
- Aborto o amenaza de aborto hospitalario

Después del parto

Después del parto, llega el momento de disfrutar plenamente de tu bebé. No obstante, es fundamental cuidar su adaptación al mundo exterior y velar por su salud durante su crecimiento.

- Dos consultas post parto dentro de los 45 días.
- La circuncisión del recién nacido está cubierta como cirugía ambulatoria, únicamente mientras la madre se encuentre hospitalizada a causa del parto.

Control de Niño Sano

Este beneficio incluye evaluaciones de crecimiento y desarrollo del niño con el pediatra durante los primeros 11 años de vida, en la red de prestadores especificados en el Plan de Salud.

Ver el detalle de lo cubre **aquí.** 



Tamizaje Neonatal

Este beneficio ambulatorio se otorga a los afiliados nacidos durante la vigencia del Plan de Salud. Consiste en realizar seis exámenes dentro de los primeros 28 días de vida del bebé, para descartar las siguientes enfermedades: Hipotiroidismo congénito, hiperplasia suprarrenal, fenilcetonuria, Fibrosis quística, Hipoacusia y catarata congénita.



Atención por enfermedades congénitas

Una enfermedad congénita es un defecto de nacimiento o condición patológica originada antes del nacimiento, causada por factores ambientales, genéticos o desconocidos. Estas enfermedades pueden ser evidentes al nacer, o manifestarse más tarde en la vida.

La presente cobertura se otorgará para todos los nacidos dentro de la vigencia de la póliza o plan de salud y cuyo nacimiento haya sido cubierto por GRANDIA EPS y la inscripción sea dentro del mes de nacimiento, de acuerdo a las condiciones de tu plan de salud.





**Si atraviesas
una enfermedad**



Atención Ambulatoria

Las atenciones incluyen consultas médicas, exámenes auxiliares y medicamentos para los asegurados que no están hospitalizados. Este beneficio se lleva a cabo en la red de clínicas, según su plan de salud.



RECUERDA

- No aplica para enfermedades preexistentes, excepto los diagnósticos que se encuentren dentro del manual PEAS.
- La orden médica para procedimientos y exámenes tendrá una vigencia de 07 días desde la fecha de emisión.



Atención por VIH – SIDA – PEAS

Este beneficio cubre atenciones ambulatorias (consultas, exámenes auxiliares, procedimientos especiales) y hospitalarias para el tratamiento del VIH, conforme a las condiciones, diagnósticos e intervenciones especificadas en el PEAS, de acuerdo a las condiciones detalladas en su Plan de Salud.

Atención por salud mental – PEAS

Este beneficio ofrece cobertura para trastornos psiquiátricos, medicamentos, atenciones de emergencia y hospitalaria, de acuerdo a las condiciones de tu plan.



RECUERDA

Las prestaciones hospitalarias con indicación médica incluyen honorarios médicos, servicios de enfermería, exámenes y procedimientos, con un límite de 30 días por evento.

Medicina física y rehabilitación

El tratamiento médico y de rehabilitación, cubierto de acuerdo a las condiciones de tu plan de salud, busca recuperar la capacidad funcional e independencia del asegurado tras un accidente o enfermedad.

Estos servicios se prestarán de manera ambulatoria en la red de proveedores afiliados al plan de salud, siempre que la rehabilitación y terapia física sean indicadas por el médico tratante como tratamiento necesario y subsidiario de enfermedades o dolencias reversibles. Este beneficio incluye fisioterapia, electro radioterapia superficial y profunda, onda corta, rayos infrarrojos, rayos ultravioleta y corrientes eléctricas.

Cirugía ambulatoria

Es una intervención quirúrgica ambulatoria con anestesia local, realizada en un centro quirúrgico, que permite al paciente salir de alta el mismo día sin necesidad de hospitalización.

Sujeto a la aprobación de carta de garantía, si lo que requiere.



Medicina en cadenas de farmacias

Este beneficio permite al asegurado adquirir medicinas genéricas en farmacias afiliadas al plan de salud, tras recibir atención ambulatoria y presentar una receta médica.

¿Cómo me atiendo?

- El afiliado debe llamar al Call Center de Grandia EPS para verificar la titularidad, el **coaseguro** y la coordinación de la entrega del medicamento.
- El afiliado debe acudir directamente al local de la Cadena de Farmacia con su DNI para recoger sus medicinas.
- En caso desee que se solicite el delivery (1) a su domicilio, deberá precisar ese detalle en la llamada al Call Center.

(1) Aplica en las ciudades donde el proveedor disponga de este servicio.



IMPORTANTE

La receta médica original debe contener el logo del prestador, el nombre del paciente, la firma y sello del médico tratante, el diagnóstico y fecha de emisión.

✓ Cobertura de imágenes

Es el beneficio mediante el cual el afiliado accede a exámenes de apoyo al diagnóstico de tomografía y resonancias en centros especializados, con orden prescrita por un médico tratante del centro de adscripción, de acuerdo a las condiciones de tu plan de salud.

✓ Material de Osteosíntesis

Se otorga cobertura a todos aquellos casos en los que, como consecuencia de una enfermedad o accidente cubiertos por el Plan, requieran la colocación de material de osteosíntesis, de acuerdo con los límites establecidos en el Plan de salud.

✓ Prótesis quirúrgicas

Se cubre la colocación de prótesis internas, necesarias por enfermedad o accidente, según los límites del plan de salud. No se cubren prótesis externas, como oculares, de extremidades, audífonos, prótesis dentales, gafas, implantes cocleares, lentes intraoculares monofocales tóricos o multifocales.





**En situaciones
de emergencia**



Atención por emergencia

Una emergencia es una condición repentina que requiere atención médica inmediata debido a un peligro inminente para la vida o la salud, o riesgo de secuelas invalidantes.

La persona que determina si es un caso de emergencia o no es el médico tratante.

El beneficio de Emergencia ofrece **cobertura al 100%** durante la permanencia en el ambiente de sala de emergencia hasta su estabilización.

Si requieres sala de operaciones y/u hospitalización

Emergencia Médica y Emergencia Accidental: copagos de acuerdo al beneficio hospitalario de tu Plan.

Si requieres atenciones ambulatorias posteriores

Emergencia Médica: copagos de acuerdo al beneficio ambulatorio de tu Plan.

Emergencia Accidental: atenciones con cobertura al 100% hasta por 90 días calendario. Luego, copagos de acuerdo al beneficio ambulatorio de tu Plan.

Emergencia Médica

Es la condición que no resulta de un accidente.

Cubre al 100% el traslado y la atención médica mientras no requiera sala de operaciones ni hospitalización, y siempre que se realice dentro de las 24 horas de producido el evento. En las atenciones médicas posteriores aplica copagos.



RECUERDA

Aplica solo para los servicios atendidos en tópico de emergencia, no derivados a cirugía ni hospitalaria. No se cubren aparatos ortopédicos ni ortésicos, tales como: cabestrillos, collarines, muletas, entre otros.

Emergencia Accidental

Evento causado por un accidente, que es una situación inesperada, originada por una fuerza externa, repentina y violenta que actúa súbitamente sobre la persona, sin intervención de su voluntad.

Cubre al 100% el traslado y la atención médica mientras no requiera sala de Operaciones ni Hospitalización, y ofrece continuidad de emergencia por un periodo de hasta 90 días acontecido el accidente para su estabilización.

Ambulancias terrestres

Brinda cobertura al 100% del servicio de ambulancias, durante las 24 horas, los 356 días de año.

La cobertura del servicio es al 100%. Solo se cubre el traslado en ambulancia.



- **Casos de Emergencia:** En el marco de una emergencia médica o Accidental. Se cubre el traslado de ida al centro hospitalario, más no el retorno, y se encuentra sujeto a disponibilidad del proveedor del servicio.
- **Por falta de Capacidad Resolutiva:** Es decir, hay necesidad de una Institución de mayor complejidad para la resolución definitiva de la patología.
- **Interinstitucional:** Cuando hay necesidad de un servicio; por ejemplo, Resonancias, necesario para el diagnóstico o resolución de la patología, a un centro distinto al de origen. Se cubre el traslado de ida y vuelta al centro hospitalario.
- **Traslados Programados:** Por alguna condición y/o discapacidad del afiliado que impida el traslado en la unidad de transporte convencional, el cual debe estar indicado por el médico tratante y ser validado por la IAFAS-EPS para pertinencia médica.
- **Por Alta Hospitalaria:** Del Centro hospitalario al lugar de residencia definitiva del Paciente.
- **Control Hospitalario:** Del Lugar de Residencia definitiva a Centro Hospitalario.

Traslado por evacuación en vuelo comercial

Cubre al 100 % los gastos de traslado en ambulancia terrestre o en vuelo comercial de una línea aérea con itinerario regular, en caso de que el lugar donde se encuentra el afiliado no disponga de la infraestructura médica o capacidad necesaria para su atención.

La cobertura incluye el traslado del paciente junto con un médico o enfermera acompañante. Si el paciente es menor de edad, se permitirá la inclusión de un acompañante adulto adicional.

¿Cómo me atiendo?

Llama a nuestra Central de Emergencias al (01) 619-1111 para solicitar el servicio de ambulancia y marque la opción 0 y coordinaremos el envío de una unidad. (*)

(*) Sujeto a evaluación médica, y según disponibilidad del proveedor y dentro de los límites geográficos de coberturas. No se cubren traslados que no sean motivados por una atención de emergencia accidental y/o médica.

Atención Hospitalaria

La atención hospitalaria se refiere al internamiento en una clínica o centro médico por indicación médica, que incluye el uso de la habitación simple, honorarios médicos, atención general de enfermería, servicio de alimentación, exámenes auxiliares, medicamentos, entre otros. Para más información de todos los beneficios y exclusiones revisar las condiciones de su plan de salud contratado.

El costo que debe asumir el asegurado varía según de donde se reciba la atención.



Hospitalización programada

¿Cómo me atienden?

1. El médico tratante decidirá si necesitas hospitalización. Si es así, te dará una orden para la hospitalización.
2. Dirígete a admisión con la orden, y la clínica gestionará la carta de garantía con GRANDIA EPS.
3. Una vez aprobada la carta, se programará tu hospitalización y deberás presentarte en la clínica con tu documento de identidad, deberás pagar el **deducible**, **coaseguros** y los gastos no cubiertos de acuerdo a condiciones de tu plan.



Cobertura Post Hospitalaria

GRANDIA S.A. EPS cubrirá las consultas post-quirúrgicas dentro de los 30 días calendarios siguientes al alta, dentro del mismo establecimiento de salud en que se produjo la cirugía, pagando el **coaseguro** hospitalario por los medicamentos y exámenes requeridos, de acuerdo a las condiciones de tu plan.





**Para mejorar tu
calidad de vida**



Atención Oftalmológica

Son atenciones médicas para el cuidado de los ojos y la visión, estas incluyen consulta médica, medicinas, exámenes de laboratorio, radiología e imágenes, exámenes auxiliares y procedimientos especiales en la red oftalmológica detallada en tu plan de salud contratado.



Monturas y Cristales – PEAS

Este beneficio cubre monturas y cristales, con indicación médica de la medida por el oftalmólogo proveniente de la clínica afiliada, para los diagnósticos de Miopía, Astigmatismo e Hipermetropía para niños de 3 a 17 años. Según condiciones de su plan de salud.



RECUERDA

No incluye lentes de contacto, lentes de sol, lentes estéticos, fotocromáticos, lentes de descanso, lentes de trabajo, lentes ocupacionales, lentes de filtro azul.

Atención Odontológica

Este beneficio incluye consulta odontológica, examen, radiografías, limpieza mediante profilaxis simple, destartaje, curaciones, amalgamas, resina, endodoncia, extracciones, fluorización y sellantes en la red odontológica detallada en el Plan de Salud.

Para la modalidad de atención al crédito, los copagos son por pieza tratada y terminada. Las atenciones son exclusivamente en la red de centros odontológicos y clínicas afiliadas al Plan de salud para este Beneficio. No se encuentran cubiertos prótesis dentales.



¿Cuáles son las exclusiones y limitaciones?

Según Ley 26790 y su Reglamento D.S.009-97-SA modificando por el D.S 001-98-SA y según Ley 29344 y su reglamento D.S 008-2010-SA y el D.S 023-2021 del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), los beneficios cubiertos bajo el presente contrato serán pagados de acuerdo con lo estipulado en los planes de salud.

Las exclusiones y limitaciones se encontrarán especificadas en el plan de salud entregado.

¿Cómo puedo afiliarme?

El trabajador debe completar la solicitud de afiliación a GRANDIA EPS con la información requerida sobre él y sus dependientes, junto con los documentos necesarios según el parentesco.



RECUERDA

- Si se desea afiliarse a un recién nacido, la solicitud debe entregarse dentro de los primeros 30 días del nacimiento.
- Puedes cambiar de plan dentro de los 30 días posteriores a la renovación del contrato, con efecto a partir del primer día del mes siguiente.
- Si deseas cambiar a un plan de mayor cobertura, solo se podrá hacer una vez al año.



Canal de atención al afiliado

CALL CENTER GRANDIA:

Teléfono: (01) 619 1111

Horario de Atención: Central de asistencia y
WhatsApp

Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

HORARIO DE ATENCIÓN:

De lunes a viernes de 9 am a 6 pm



Atención de Reclamos

¿Qué es una consulta?

Una solicitud de información presentada por una persona natural o jurídica a las **IAFAS**, IPRESS, UGIPRESS o SUSALUD, a través de los canales de comunicación, para que sea atendida.

¿Qué es un reclamo?

Es la manifestación verbal o escrita efectuada ante la **IAFAS**, IPRESS, UGIPRESS o SUSALUD, por la cual un usuario manifiesta su insatisfacción ante algún incumplimiento, irregularidad o deficiencia en la prestación del servicio que se le brinda, según lo estipulado en el Plan de Salud o el contrato suscrito, relacionada a su atención en salud.



REGLAMENTO DE ATENCIÓN A RECLAMOS

Cómo puedo presentar un reclamo

El reclamo debe presentarse ante la IAFAS GRANDIA S.A. EPS a través de cualquiera de las siguientes formas:



Canal virtual a través del correo
atencionalcliente@grandia.pe



Canal telefónico: llama a nuestra Línea Gratuita a nivel nacional (01) 619 - 1111



Canal presencial: acércate a la Plataforma de Atención al Cliente en nuestras oficinas y solicita el Libro de Reclamaciones, nuestro personal te ayudará a registrar tu reclamo.



Presentado el reclamo, IAFAS GRANDIA S.A. EPS otorgará un Código de Registro que servirá para el control y seguimiento del mismo.

Quién puede presentar un reclamo:

Cualquier afiliado a la IAFAS GRANDIA S.A. EPS (asegurado regular, potestativo, sus derechohabientes).

Qué información debo presentar:

- Nombre del usuario reclamante (nombre y apellidos)
- Fecha de la ocurrencia que origina el reclamo
- Nombre del proveedor del servicio de salud
- Nombre del médico tratante y especialidad o nombre de la persona que le brindó la atención, según el caso.
- Causa del reclamo y monto (si lo hubiera)
- Plan de salud contratado
- Otros datos



IMPORTANTE

La IAFAS GRANDIA S.A. EPS no podrá rechazar el reclamo por deficiencias formales del reclamo o falta de pruebas o peritajes.

Cuánto es el tiempo que tarda en solucionar un reclamo:

El proceso de atención de los reclamos, según la clasificación de SUSALUD, puede ser de solución inmediata o de solución mediata:

- Solución inmediata: El plazo máximo es de cinco (05) días útiles, prorrogables por un período igual en los casos que lo amerite.
- Solución mediata: El plazo máximo es de treinta (30) días útiles, prorrogables por un período adicional máximo de cinco (05) días útiles.

Cómo me entero del estado del trámite o la respuesta a mi reclamo

Una vez se disponga del resultado del reclamo, en un plazo máximo de cinco (05) días hábiles, la IAFAS GRANDIA S.A. EPS se comunicará contigo para darle la respuesta a través de una comunicación a tu domicilio o por medio de correo electrónico, en caso de haberlo autorizado expresamente.

En la comunicación enviada recibirás la respuesta a tu reclamo y se te indicará los siguientes pasos a seguir.

Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con el resultado de mi reclamo

Si no estás de acuerdo con el resultado del reclamo o ante la negativa de atención o irregularidad en su tramitación, puedes acudir en una denuncia ante la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD; o hacer uso de los mecanismos alternativos de solución de controversias ante el Centro de Conciliación y Arbitraje - CECONAR de SUSALUD.

¿Este trámite tiene algún costo?

Todos los trámites relacionados con los reclamos de los usuarios ante la IAFAS GRANDIA S.A. EPS, así como las quejas ante SUSALUD son gratuitos.

¡Estamos para servirte!



| Preguntas frecuentes



¿Existe algún límite de edad para la afiliación de trabajadores a una EPS?

No. Para los titulares regulares no habrá límites de edad para la afiliación mientras mantengan el vínculo laboral con su entidad empleadora

¿El afiliado a una EPS pierde el derecho de atención en EsSalud?

No. Los trabajadores que se afilien a una EPS seguirán manteniendo su derecho de atención por EsSalud para los diagnósticos correspondientes al **Plan Complementario**

¿Si no afilio a mis derechohabientes a mi EPS, pueden atenderse en EsSalud con normalidad?

No. Si el titular de EsSalud tiene una EPS vigente, sus **derechohabientes** también tienen que ser afiliados a su plan, la afiliación en la EPS es obligatoria.



¿Qué sucede con las prestaciones económicas brindadas por EsSalud si un trabajador se afilia a una EPS?

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.

¿Puedo afiliar a mi EPS al hijo(a) de mi cónyuge?

Se puede solicitar la afiliación siempre que tengas en regla los papeles de adopción, ya que solo pueden estar los dependientes legales.



¿Si dejo de laborar en mi empresa puedo seguir pagando mi EPS para continuar con mi cobertura?

No es posible, ya que es un Plan de Salud contratado a través de tu empresa para trabajadores incluidos dentro de su planilla y conforme a los aportes realizados a EsSalud. Sin embargo, tienes la opción de afiliarte a una EPS individual dentro de los 60 días de generada la exclusión de la EPS, contando con un mínimo de 3 meses en el Plan de Salud anterior.



| Definiciones

AFILIACIÓN:

Adscripción de un asegurado a un plan de aseguramiento en salud y a una IAFAS.

ASEGURADO O AFILIADO:

Toda persona residente en el país, que esté bajo cobertura de algunos de los regímenes del AUS. Se le asume obligatoriamente afiliado a cualquier plan de aseguramiento en salud. El afiliado puede ser titular o derechohabiente y debe reunir los requisitos de afiliación correspondientes.

BENEFICIARIO:

Persona residente en el país que están bajo la cobertura de un plan de Aseguramiento Universal en Salud. Aceptación que se utiliza de manera indistinta para referirse a los afiliados o asegurados.

COPAGO VARIABLE:

Porcentaje del gasto médico por procedimiento, insumos, medicamentos y/o exámenes auxiliares (imágenes o laboratorio) que deberás pagar.

DATOS PERSONALES:

Información numérica, alfabética, gráfica, fotográfica, acústica, sobre hábitos personales, o de cualquier otro tipo concerniente a las personas naturales que las identifica o las hace identificables a través de medios que puedan ser razonablemente utilizados.

COPAGO FIJO:

Monto fijo que debes pagar directamente en la clínica o centro médico elegido, cada vez que realices una consulta médica, inclusive por aquellas consultas derivadas del diagnóstico original.

DECLARACIÓN DE SALUD:

Documento obligatorio anexo a la solicitud de afiliación que debe ser completado por LOS AFILIADOS (titulares y derechohabientes legales). Contiene la información de salud declarada por LOS AFILIADOS relativa al PEAS y a la cobertura complementaria, pudiendo ser estas últimas materia de exclusión.

DERECHOHABIENTE:

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.

EMERGENCIA ACCIDENTAL:

Es aquella emergencia derivada de un ACCIDENTE y que requiere evaluación médica por su potencial peligro inminente a la vida o que puede dejar secuelas invalidantes al paciente.

EMERGENCIA MÉDICA Y/O QUIRÚRGICA:

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. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I y II.

ENFERMEDAD CONGÉNITA:

Es toda aquella enfermedad adquirida durante el período embrionario-fetal y perinatal, la cual puede manifestarse y diagnosticarse en el nacimiento o después durante todo el transcurso de la vida. Esta definición incluye, pero no se limita a todos los diagnósticos calificados como congénitos de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades 10° edición de la Organización Mundial de la Salud.

EXCLUSIONES:

Son aquellas prestaciones de salud no cubiertas por el plan o programa de salud. En el marco de lo establecido en el Plan de Esencial de Aseguramiento en Salud aprobado mediante Decreto Supremo N° 023-2021-SA y posteriores actualizaciones, los daños derivados del intento de autoeliminación o lesiones autoinfligidas por problemas de salud mental, derivados de un diagnóstico de salud mental, no se excluyen.

IAFAS:

Las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) son las encargadas de captar y gestionar los fondos para el aseguramiento de prestaciones de salud y las coberturas de riesgo de los

asegurados. En este sentido, GRANDIA S.A EPS legalmente es una IAFAS.

IPRESS:

Del mismo modo, te informamos que la prestación de servicios en el ámbito del Aseguramiento Universal de la Salud (AUS) se desarrolla a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), las cuales son instituciones o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse como personas naturales o jurídicas, que tienen como objetivo la prestación de servicios de salud.

NIVEL DE EVIDENCIA:

Categorización de la evidencia científica de una recomendación médica en base a las pruebas o estudios de investigación y al consenso de los miembros de las instituciones evaluadoras.

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.

PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD (PEAS):

Es la lista priorizada de condiciones asegurables para mantener el buen estado de salud de la persona sana o la recuperación en caso de una persona enferma, a través de prestaciones de salud definidas para los diagnósticos más frecuentes.

PLAN COMPLEMENTARIO:

Es un plan que otorga prestaciones no comprendidas en el PEAS. La cobertura de dichas prestaciones se encuentra de manera obligatoria a cargo de EsSalud, no obstante, puede ser ofrecida de manera facultativa por la EPS; de brindarla, la forma y alcance de esta cobertura complementaria queda a libre discreción de GRANDIA S.A. EPS, conforme lo indica el artículo 100 del Reglamento de la Ley 29344.

POTESTATIVO:

Personas que tienen la opción de ingresar voluntariamente a un régimen de seguridad social

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 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 o asegurado.

PERIODO DE ESPERA:

Este es un periodo adicional al tiempo de carencia. Durante este tiempo, las coberturas no se activarán, pero las enfermedades y condiciones médicas que se presenten o sean diagnosticadas serán cubiertas por tu póliza una vez finalizado este plazo.

PERIODO DE LATENCIA:

Es un derecho especial de cobertura por desempleo que la IAFAS ESSALUD y la IAFAS EPS le otorga al asegurado regular y sus derechohabientes, por la cual tienen derecho a las prestaciones de prevención, promoción y atención de la salud durante un período de latencia de hasta 12 meses, siempre que cuenten con un mínimo de 5 meses de aportación consecutivos o no consecutivos, en los últimos tres años precedentes al cese, acogándose a dos meses de período de latencia por cada cinco meses de aportación. El período de latencia para los casos de suspensión perfecta de labores resulta de aplicación a partir de la fecha de pérdida del derecho de cobertura.

Se activa cuando el asegurado dependiente o regular se encuentran en situación de desempleo o en situación de suspensión perfecta de labores.

PERIODO DE CONTINUIDAD:

Reconocimiento del tiempo de permanencia, en los contratos inmediatamente anteriores a la vigencia del nuevo contrato con la misma IAFAS u otra distinta, con el mismo plan, programa o producto de salud o equivalente, con el objeto de dar cobertura a dolencias o enfermedades cuyo desarrollo y tratamiento médico se hubiera iniciado durante la vigencia del contrato anterior y se encuentre cubierto en el nuevo contrato.

REHABILITACIÓN:

Tratamiento destinado a restituir total o parcialmente la actividad o función perdida de uno o varios órganos de EL AFILIADO, debido a un traumatismo o enfermedad. Accidente: Es un evento inesperado, imprevisto, fortuito u ocasional, producido por acción de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad, resultando en daño corporal o mental identificable por los médicos de una manera cierta.

URGENCIAS:

Es toda situación que altera el estado de salud de la persona y que requiere de atención inmediata, no existiendo riesgo inminente de poner en peligro la vida.