



CONTRATO DE AFILIACIÓN AL PROGRAMA DE BIENESTAR DEL COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ - SERVICIO MÉDICO FAMILIAR – SEMEFA

Conste por el presente documento que se extiende por duplicado, que celebran de una parte el COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ con RUC No. 20139589638, con domicilio en Malecón de la Reserva N° 791 del distrito de Miraflores, Provincia y Departamento de Lima, señalando dirección electrónica: semefa@cmp.org.pe, quien con arreglo a lo normado en el art. 10 del Reglamento del Servicio Médico Familiar actúa debidamente representado por el Director del SEMEFA - Dr. Javier David Loza Herrera designado mediante Resolución del Consejo Nacional N° 418-CEN-CMP-2024 de fecha 01 de febrero del 2024, a quien en adelante se le denominará **EL COLEGIO**; y de la otra parte, Don (ña) Identificado (a) con DNI N°....., con CMP N°....., con domicilio en..... del distrito de provincia de..... y departamento de señalando como dirección electrónica:teléfono/móvil..... a quien en adelante se el denominará **EL CONTRATANTE**, en los términos y condiciones siguientes:

PRIMERA: LAS PARTES

EL COLEGIO es una entidad autónoma de derecho público interno, representativa de la profesión médica en todo el territorio de la República, creada por Ley N° 15173 y sus modificatorias, que en su inciso h) del art. 5º establecen entre sus fines de creación, la promoción de bienestar para el médico y su familia. En concordancia con sus fines de creación, **EL COLEGIO** promueve y organiza el programa de bienestar denominado **Servicio Médico Familiar - SEMEFA** cuya regulación se encuentra contenida en el Reglamento del SEMEFA (Anexo 01), que constituye parte integrante del presente contrato.

EL CONTRATANTE, es un profesional médico cirujano colegiado y hábil para el ejercicio profesional quien ha decidido inscribirse en calidad de BENEFICIARIO TITULAR al SEMEFA, con la finalidad que tanto él como sus dependientes (según lo prevé el art. 5.2º del Reglamento de SEMEFA), se acojan a los beneficios que se deriven de la afiliación al Servicio Médico Familiar — SEMEFA, para lo cual declara conocer el texto íntegro del Reglamento de SEMEFA que se le hace entrega a la suscripción del presente contrato.

EL PROGRAMA SERVICIO MÉDICO FAMILIAR, que en adelante se denominará SEMEFA, ofrece a los colegiados hábiles que deseen afiliarse en calidad de beneficiarios titulares y a sus dependientes, cobertura en las prestaciones de salud según los términos y condiciones que se desarrollan en el Reglamento del SEMEFA. La normatividad inherente al programa SEMEFA se encuentra debidamente sistematizada en su REGLAMENTO, cuyos preceptos se aplicarán supletoriamente para aquellos casos no previstos en el presente contrato.

Las partes contratantes dejan expresa constancia que el REGLAMENTO a que se contrae el párrafo anterior, contiene las normas a través de las cuales se regulan en detalle los términos y condiciones bajo



los cuales se aplicará el SEMEFA, propendiendo con ello establecer una mejor relación entre EL (o LOS) BENEFICIARIO (S) (titular y dependientes) y **EL COLEGIO**, comprometiéndose ambas partes a sujetarse a sus alcances.

SEGUNDA: OBJETO DEL CONTRATO

Es objeto del presente contrato regular las prestaciones de beneficios que se otorgan a través del programa del SEMEFA; así como sus limitaciones, términos y condiciones.

TERCERA: DEFINICIONES

Para efectos de las presentes Condiciones Generales y, en lo que resulte aplicable, a las Condiciones Particulares, se entenderá por:

a) ACCIDENTE

Significa una lesión corporal que sufra la persona asegurada directa e independientemente de cualquier otra causa, ocasionada por la acción repentina de un agente externo en forma violenta, fortuita, imprevista y ajena a su voluntad. Se acepta como Emergencia Accidental:

1. Luxaciones.
2. Contusiones.
3. Fracturas y Traumatismo.
4. Heridas cortantes de cualquier etiología.
5. Quemaduras de cualquier etiología.
6. Mordeduras de animales.
7. Picaduras de insectos con reacción alérgica generalizada.

b) BENEFICIARIO Y/O BENEFICIARIOS

Es el beneficiario titular y sus dependientes debidamente inscritos y cubiertos bajo este Contrato.

1. BENEFICIARIO TITULAR: Es el médico colegiado hábil.
2. BENEFICIARIO DEPENDIENTE: Se considera como dependientes asegurables a las siguientes personas:
 - 2.1 El/La cónyuge del beneficiario titular
 - 2.2 El/La Conviviente de acuerdo a la ley Civil.
 - 2.3 Los hijos, los adoptados de acuerdo a ley, del BENEFICIARIO TITULAR, siempre que sean solteros y que residan con el BENEFICIARIO TITULAR en el mismo domicilio, que sean dependientes económicamente y menores de 40 años de edad.
 - 2.4 Los Nietos hasta 25 años de edad



Los hijos mayores de 18 años afiliados en calidad de dependientes quedarán automáticamente desafiliados al cumplir la mayoría de edad, por lo que podrán solicitar dentro del mes previo a la fecha de su natalicio se inicie el procedimiento previsto en el artículo 5° del Reglamento SEMEFA, que les permite pasar a integrar la generación G-2.

- c) **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL (BMA):** Es la cantidad total asegurada que será pagada bajo este Contrato de Servicio con respecto a un BENEFICIARIO, siempre que el Contrato de Servicio se encuentre vigente.
- d) **DEDUCIBLE Y COASEGURO:** Es el importe o porcentaje del gasto cubierto que le corresponde asumir al Beneficiario.
- e) **ENFERMEDADES CONGENITAS:** Significa cualquier enfermedad o defecto físico o desorden orgánico que haya sido adquirido en forma hereditaria o que estaba presente en el momento del nacimiento
- f) **EMERGENCIA MEDICA** Significa el comienzo repentino o inesperado de una condición con síntomas severos que requieren tratamiento médico inmediato dentro de las 24 horas del mismo y de naturaleza tal quede no proporcionarse dicho tratamiento se arriesgue la vida del paciente o cause deterioro de sus funciones vitales. Serán consideradas como Emergencia Médica las situaciones o diagnósticos comprendidos como PRIORIDAD I y II de la Norma Técnica N° 042 – MINSA, excepto los diagnósticos considerados como no cubiertos en numeral décimo. Solamente serán considerados bajo este concepto, aquellos gastos por servicios médicos prestados dentro de las primeras 24 horas contadas desde el inicio del tratamiento de emergencia.
- g) **TITULARES G-2:** Se denomina a afiliados hijos de titular que estuvieron como beneficiarios de SEMEFA, pasado su tiempo de carencia quienes desean independizarse como médico colegiado titular.

CUARTA: ALCANCES DEL SERVICIO SEMEFA

El Servicio Médico Familiar - CMP (SEMEFA) tiene alcance a nivel nacional. Los servicios que brinda SEMEFA estarán a disponibilidad de sus beneficiarios, superado el periodo de carencia y periodo de espera descrito en el REGLAMENTO, en los términos y condiciones que a continuación se detallan:

4.1 Período de carencia: Es el periodo de (90) días calendario posteriores a la fecha del inicio del Contrato de Afiliación, durante los cuales no se puede hacer uso del programa, a excepción de los casos de Emergencia Accidental y/o Médica, en éstos casos el SEMEFA sólo reconoce los gastos incurridos durante las primeras (24) horas sin exceder el Beneficio Máximo Anual.

4.2 Periodo de Espera: Se establecen diferentes períodos de espera para adquirir cobertura y recibir los beneficios de:

- **Maternidad:** Período de espera de diez (10) meses consecutivos, contados a partir de la fecha del inicio del Contrato de Afiliación, período durante el cual el Programa no otorga cobertura. Solo pueden utilizar la Cobertura de Maternidad, la beneficiaria titular, cónyuge o conviviente e hijas solteras del beneficiario titular hasta antes de cumplir 18 años y titulares G-2.
- **Cáncer: Tratamientos, Exámenes de Apoyo, Medicamentos proporcionados o relacionados con órganos o Enfermedades Oncológicas:** espera de doce (12) meses consecutivos contados a partir del inicio del Contrato de Afiliación.



- El Recién Nacido con derecho a ingresar al programa tiene opción hasta los (30) días de nacido para ser inscrito como beneficiario y tener atención inmediata. Pasado este plazo tendrá un período de carencia de (90) días calendario. Los costos que genere la atención del recién nacido lo asume el Titular como parte de su cobertura sólo por el periodo de (07) días calendarios posteriores a la fecha del nacimiento.
- Emergencias quirúrgicas que requieran hospitalización por más de (24) horas serán cubiertas a partir de los tres meses de producido el inicio del Contrato de Afiliación.

El servicio puede ser denegado, limitado, interrumpido o restringido temporal o definitivamente, en aplicación de EL REGLAMENTO.

El servicio se brindará al titular y a sus dependientes debidamente inscritos y al día en sus cuotas, ya sea a quienes hayan realizado el pago anual o quienes se mantengan al día en sus cuotas mensuales adelantadas.

QUINTA: CONDICIONES GENERALES

5.1. **EL COLEGIO**, podrá realizar modificaciones que estime pertinentes al CONTRATO previa comunicación al afiliado y aceptación por parte del mismo, de tales modificaciones, en un plazo de treinta (30) días calendario, de acuerdo a lo establecido en el artículo 19 del Reglamento del SEMEFA; perfeccionándose la misma con la sola comunicación a **EL CONTRATANTE**. En caso de oposición, las modificaciones no podrán ser aplicadas rigiendo el contrato suscrito hasta su vencimiento, entendiéndose la oposición como decisión de no renovar EL CONTRATO. En caso que **EL CONTRATANTE** dentro del citado plazo no exprese ninguna decisión se tendrá por aceptada las modificaciones que empezarán a regir automáticamente, entendiéndose que el beneficiario inscrito declara estar de acuerdo y acepta la aplicación inmediata de toda modificación al REGLAMENTO que apruebe el Consejo Nacional de **EL COLEGIO**.

5.2 El presente Contrato, se suscribe presumiendo ciertas las declaraciones efectuadas por **EL CONTRATANTE** conforme a la solicitud de Inscripción — Ficha de afiliación (Anexo N° 02), la Declaración de Beneficiarios (Anexo N° 03) y en la Declaración de Salud (Anexo N° 04), documentos que forman parte integrante del presente contrato, conjuntamente con cualquier declaración adicional realizada para la apreciación del riesgo. Dichas declaraciones están sujetas a control posterior; por cuya razón en el caso que las declaraciones sean falsas, tendenciosas o conduzcan a error al SEMEFA, éste se reserva el derecho de resolver el contrato, suspender las prestaciones que se estuvieren dando e iniciar contra **EL CONTRATANTE** las acciones éticas, administrativas y/o legales de recuperación de las prestaciones otorgadas, así como la indemnización por daños y perjuicios, entre otras.

5.3 EL BENEFICIARIO podrá ser automáticamente separado de SEMEFA por las causales establecidas en el REGLAMENTO, dejando constancia que en los casos en los que SEMEFA considere pertinente, tal separación podrá ser notificada mediante carta notarial dirigida a **EL CONTRATANTE**. La separación no dará lugar a pago alguno por concepto de indemnización, lucro cesante o daño emergente a favor de EL BENEFICIARIO.



- 5.4 **EL CONTRATANTE** declara conocer y aceptar que ninguna enfermedad pre-existente oncológica y no oncológica a la fecha de afiliación, es cubierta por el SEMEFA.
- 5.5 EL CONTRATO y sus eventuales renovaciones, son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes; el mismo que se encuentra enmarcado en el Reglamento del Servicio Médico Familiar aprobado por el Consejo Nacional del Colegio Médico del Perú.
- 5.6 Aquellas prestaciones que se otorgue a través de terceros, vía convenio suscrito por el SEMEFA a favor de sus BENEFICIARIOS, estarán circunscritas a las condiciones, procedimientos, beneficios y acuerdos específicos contenidos en el convenio para los Beneficiarios, los mismos a las que **EL CONTRATANTE** se somete.
- 5.7 **EL CONTRATANTE** otorga autorización expresa a SEMEFA para que utilice sus datos personales a fin de enviarle comunicaciones por cualquier medio de contacto, con contenido informativo, publicitario y/o promocional respecto de cualquier bien y/o servicio, comercializado u ofrecido por SEMEFA, **EL CONTRATANTE** declara y reconoce que dichas comunicaciones serán consideradas información solicitada, por lo que bajo ningún supuesto podrán ser considerados como correo electrónico no deseado (SPAM) o información comercial no solicitada, en los términos a los que se refiere la ley N° 28493 y sus normas de desarrollo, complementarias, modificatorias y sustitutorias. Asimismo **EL CONTRATANTE** declara y reconoce que esta autorización prevalecerá sobre cualquier inscripción que haya hecho o haga en el futuro ante INDECOPI, para no recibir contenidos publicitarios en el marco de la Ley N° 29571 — Código de Protección y Defensa del Consumidor y/o sus normas reglamentarias, complementarias, modificatorias y sustitutorias, en particular, en lo relacionado con la regulación del registro denominado Gracias no insista y/o sus normas reglamentarias, complementarias, modificatorias y sustitutorias

Asimismo **EL CONTRATANTE** autoriza expresamente a SEMEFA a utilizar sus datos personales para fines exclusivos de evaluación de afiliación, proceso de suscripción del contrato, registro y procesamiento en su Base de Datos, evaluación de la calidad del servicio brindado, así como cualquier otra acción estrictamente vinculada y relacionada para garantizar la adecuada y oportuna cobertura de su Plan de Salud

SEXTA: VIGENCIA Y RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

El presente contrato tendrá una vigencia de un año y empezará a regir a partir de la fecha de su suscripción. Su renovación será automática, respetándose las condiciones establecidas en el contrato para el efecto.

El contrato anual supone que aun cuando EL BENEFICIARIO haya agotado el monto de su cobertura deberá continuar aportando sus cuotas mensuales (en los casos de fraccionamiento mensual de la cuota anual), para mantener su continuidad en el SEMEFA.

EL COLEGIO podrá resolver EL CONTRATO unilateralmente antes del vencimiento de su plazo de vigencia si **EL CONTRATANTE** incumple alguno o cualquiera de los términos contenidos dentro de las cláusulas de EL CONTRATO y/o de EL REGLAMENTO, que forma parte de EL CONTRATO. En este sentido, la revisión



administrativa de su Declaración Jurada de Salud y de su Historia Clínica por el área de Auditoría Médica de SEMEFA, determina las enfermedades preexistentes y los gastos no cubiertos por el SEMEFA, para cada beneficiario, determinación que no está sujeta a reclamo.

Asimismo, EL CONTRATO quedará automáticamente resuelto y los términos en él contenidos no surtirán efecto legal alguno, si se llega a constatar que **EL CONTRATANTE** ha consignado datos falsos o inexactos en las declaraciones presentadas dentro del proceso de inscripción al SEMEFA. En este caso, tanto **EL CONTRATANTE** como sus dependientes perderán todo derecho a ser atendidos dentro de los alcances y términos pactados.

EL CONTRATANTE carecerá de todo derecho a indemnización por la resolución unilateral de EL CONTRATO ejercida por **EL COLEGIO**, si hubiese en cualquier tiempo declaración falsa o inexacta hecha a SEMEFA, relativa a la salud de los Beneficiarios, o si hubiese omisión, reticencia o simulación de circunstancias que, aun cuando hayan sido hechas de buena fe, de haber sido conocidas por SEMEFA pudieran haberle retraído de celebrar este contrato o anularlo o haberle llevado a modificar sus condiciones o a formarse un concepto diferente de la gravedad del riesgo. En estos casos, la prima pagada quedará en favor de SEMEFA.

SÉTIMA: PERSONAS BENEFICIARIAS

Son BENEFICIARIOS del presente servicio contratado, aquellos señalados en el artículo 5° del Reglamento del SEMEFA y que se encuentran detallados en la Declaración de Beneficiarios que es parte integrante del contrato.

Adicionalmente, lo será el recién nacido con derecho a ingresar al programa, en las condiciones establecidas en el artículo 17 del Reglamento del SEMEFA.

OCTAVA: DEL PAGO

Dentro del marco del presente contrato, **EL CONTRATANTE** se compromete a pagar a **EL COLEGIO** su aporte anual al SEMEFA, fijado en el cuadro de la Tabla de Aportes, aprobado por el Consejo Nacional del Colegio Médico del Perú, que será cancelado de manera fraccionada en (12) cuotas mensuales, que deben ser pagadas por adelantado al mes que corresponda, contados desde la fecha de la afiliación a SEMEFA y de acuerdo a la edad de cada beneficiario.

Ambas partes reconocen que el cambio tarifario por grupo etario se efectúa automáticamente en el mes siguiente en que el beneficiario (titular o dependiente) cumpla años.

Los aportes efectuados al SEMEFA no son reembolsables, salvo en el supuesto que el beneficiario hubiera efectuado pagos duplicados.

Transcurridos 30 días calendario contados a partir de la fecha de vencimiento del pago del aporte, **EL CONTRATANTE** incurre en morosidad, por lo que SEMEFA remitirá una comunicación vía correo electrónico o por conducto regular, en la que se le comunicará sobre el incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias, otorgándole el plazo de diez días calendario para que cumpla con el pago del aporte adeudado, bajo apercibimiento de procederse a suspender el derecho de utilizar los beneficios del



SEMEFA. El SEMEFA no se responsabiliza por los siniestros ocurridos durante el periodo en el que la cobertura se mantenga suspendida.

De conformidad con lo dispuesto por el art.70° literal del Código de Protección y Defensa al Consumidor — Ley N° 29571 o, el que oportunamente lo modifique o sustituya, el afiliado, comprende y acepta que todas las tarifas referidas en el presente Reglamento y/o sus anexos, por concepto de aporte anual o pago mensual, franquicias, coaseguros, coberturas, beneficios o cualquier otra suma indicada, pueden sufrir un reajuste periódico, según las condiciones del mercado, grupo etéreo, nivel de siniestralidad, incremento o modificación cualitativa de beneficios y otros que propiciarán mejoras en la ejecución de los beneficios de los afiliados.

El afiliado reconoce expresamente que si en cualquier caso, su atención hospitalaria superase la cobertura de su plan y/o su presupuesto proyectado por atención, entonces deberá cancelar cualquier exceso, renunciando a cualquier reclamo sobre el particular.

NOVENA: BENEFICIOS Y GASTOS CUBIERTOS

SEMEFA cubre todos los gastos relativos a la atención de salud, debidamente sustentados por el médico tratante de EL BENEFICIARIO y con la presentación del presupuesto, de acuerdo a lo especificado en la Tabla de Beneficios (Anexo N° 05), hasta el límite de Beneficio Máximo Anual (BMA) por persona, que se entrega al contratante en el presente acto.

El Beneficio Máximo Anual por persona, es la suma de todos los gastos por prestaciones que son pagados por SEMEFA, el cual se renueva al a cumplir el año del contrato. Este beneficio es personal e intransferible, el momento está en la Tabla de Beneficios.

En ningún caso se autorizará la ampliación del Beneficio Máximo Anual por persona. Por ninguna circunstancia y en ningún caso se podrá hacer uso del Beneficio Máximo Anual del siguiente año.

LOS GASTOS CON HOSPITALIZACIÓN RECONOCIDOS POR EL SEMEFA SON:

1. Habitación individual, normal o bipsersonal.
2. Sala de operaciones, de recuperación, cuidados intermedios y de cuidados intensivos.
3. Exámenes de laboratorio y/o diagnóstico por imágenes.
4. Medicinas, oxígeno, anestésicos y otros materiales necesarios.
5. Procedimientos y estudios especializados que sean necesarios.
6. Otros servicios que tengan relación con el tratamiento médico.

El deducible del valor de un día de habitación será aplicado solo a hospitalización. No se cubrirán los gastos del acompañante, teléfono, alquiler de artefactos u otros gastos que no tengan relación con el tratamiento médico.



LAS COBERTURAS ESPECIALES: se otorgan hasta por los límites establecidos para cada caso en la Tabla de Beneficios y están afectos a las exclusiones establecidas en el presente contrato.

1. Enfermedades oncológicas:
EL SEMEFA cubre el 100% y sin copago la atención oncológica, según lo establece la Tabla de Beneficios.
2. Enfermedades congénitas del recién nacido

Están cubiertas las enfermedades congénitas y/o adquiridas al nacer de los hijos cuyo parto fue cubierto por el SEMEFA, siempre y cuando la madre hubiere cumplido 10 meses de inscripción en el SEMEFA. Los gastos cubiertos serán pagados según el tratamiento efectuado como hospitalización o ambulatorio hasta el límite del BMA del recién nacido afiliado al programa. Solo en esta circunstancia, el recién nacido (RN), podrá ser inscrito como afiliado transitorio al SEMEFA por el titular, con la constancia de nacimiento, afiliación que deberá ser regularizada con la partida de Nacimiento, dentro de los 30 días de nacido, tal como lo establece el Art. 17.3 de EL REGLAMENTO. De no hacerlo deberá reembolsar el 100% de lo gastado.

3. Plazo de inscripción del Recién Nacido como beneficiario del SEMEFA

EL CONTRATANTE, dentro de los 30 días de nacido su hijo, podrá inscribirlo como beneficiario dependiente con derecho de atención inmediata, siempre y cuando la madre se encuentre inscrita como beneficiaria por un periodo no menor a 10 meses previos a la fecha de nacimiento. Las inscripciones posteriores a dicha fecha (30 días de nacido) serán sin exoneración del periodo de carencia (90 días).

LAS COBERTURAS ADICIONALES

1. Gastos ambulatorios por accidentes

Todos los gastos por este concepto serán cubiertos íntegramente durante las primeras 24 horas. En el supuesto que como consecuencia del accidente, se requiera hospitalización, ésta será reconocida como Cobertura de Hospitalización, con su correspondiente copago. En los casos de accidente de tránsito, el orden de prelación es la cobertura del SOAT, seguro contra accidentes del Colegio Médico (solo titulares hábiles) y después la cobertura del SEMEFA.

La cobertura por accidentes o Emergencia Accidental, mientras subsista la póliza por Accidentes Personales y la cobertura de cuatro (4) cirugías de emergencia emitida por la aseguradora para los médicos colegiados del Colegio Médico del Perú, se aplicará únicamente a los beneficiarios dependientes, en razón que **EL COLEGIO** ha cubierto al BENEFICIARIO TITULAR con la póliza mencionada.

2. Maternidad

Este beneficio podrá ser utilizado después de diez meses de afiliación al SEMEFA de la beneficiaria que haga uso del mismo, ya sea titular o dependiente (cónyuge o conviviente). Este beneficio cubre cualquier clase de parto, sea normal o por cesárea, incluyendo los gastos normales del recién nacido, hasta los límites especificados en la Tabla de Beneficios y en el Reglamento del SEMEFA.



En el supuesto que se presentara una complicación antes de la culminación del embarazo y se requiera Hospitalización (amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro y otras causas dependientes del embarazo) que no culmine en el parto o cesárea; se considera como atención de hospitalización sujeta a los copagos establecidos en la Tabla de Beneficios

DÉCIMA: GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES

Este seguro no cubre los gastos derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de:

10.1 Enfermedades y/o defectos congénitos y/o hereditarios y/o lesiones de cualquier naturaleza adquiridos al nacer, así como las enfermedades y/o lesiones preexistentes al inicio de la vigencia de este servicio y aquellas consecuencias relacionadas con uno o más de ellos, a excepción de lo relacionado en la Cobertura de Enfermedades Congénitas del Recién Nacido, así como a las condiciones de salud contempladas como cobertura obligatoria del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS.

10.2 Estudios o pruebas genéticas.

10.3 Enfermedades oncológicas preexistentes, excepto las condiciones de salud contempladas como cobertura obligatoria del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS.

10.4 Cirugía Plástica y/o Estética y/o con fines de embellecimiento, a excepción de Cirugía Reconstructiva, como consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto anteriormente por este Programa (Secuelas de quemaduras).

10.5 Enfermedades psicosomáticas, trastornos y deficiencias mentales y/o emocionales; trastornos de conducta y/o aprendizaje; curas de reposo y/o tratamientos psiquiátricos y relacionados, incluyendo tratamientos psiquiátricos de apoyo a otras enfermedades no mentales y en general, todo lo relacionado con la salud mental y trastornos mentales; excepto las condiciones de salud contempladas como cobertura obligatoria del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS.

10.6 Enfermedades adquiridas a consecuencia de uso, abuso y/o adicción a los tóxicos, estupefacientes y/o bebidas alcohólicas, así como también las lesiones por accidente que se produzcan cuando EL BENEFICIARIO se encuentre bajo sus efectos.

10.7 Lesiones causadas a sí mismo, voluntariamente o estando mentalmente insano, así como suicidio, lesiones por intento de suicidio, peleas, riñas, salvo en éste último que se demuestre que se ha actuado en legítima defensa.

10.8 Chequeos Médicos y/o despistaje y/o descarte sin enfermedad resultante, con excepción de los Exámenes Preventivos acordados en el Comité Nacional de SEMEFA, así como medicación preventiva.

10.9 Gastos por la adquisición de anteojos, monturas, cristales, lentes de contacto, intraocular y similar; excepto lo considerado en Tarifario Oftalmológico.

10.10 Tratamientos y operaciones de carácter odontológico que no estén contempladas en el Tarifario Odontológico.



10.11 Gastos por adquisición, alquiler o uso de prótesis, aparatos ortopédicos, marcapasos, stents, implantes, injertos y en general toda prótesis o aparato ortopédico del organismo humano, así como también muletas, bastones, silla de rueda, camas especiales, equipos de oxígeno y otro similares.

10.12 Cuidados especiales de enfermería, intra y extra-hospitalaria.

10.13 Cuidados y procedimientos de podología.

10.14 Tratamientos y/o estudios y/o operaciones relacionadas con infertilidad primaria y/o adquirida, así como todo tratamiento con fines de esterilización y/o concepción, disfunción eréctil y cambio de sexo.

10.15 Tratamientos por obesidad, para adelgazamiento, anorexia, bulimia, raquitismo, malnutrición, hipovitaminosis y otros relacionados, excepto la anemia ferropénica, excepto las condiciones de salud contempladas como cobertura obligatoria del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS.

10.16 Medias antiembólicas, audífonos, implantes cocleares y otros similares, nebulizadores portátiles.

10.17 Gastos relacionados con el SIDA, excepto las condiciones de salud contempladas como cobertura obligatoria del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS.

10.18 Lesiones causadas por prácticas y/o carreras de automovilismo, motociclismo, paracaidismo, andinismo, alpinismo, puenting, pesca submarina, moto acuática u otro deporte notoriamente peligroso.

10.19 Gastos relacionados a evaluaciones para la obtención de licencias, empleo u otros.

10.20 Lesiones o enfermedades como consecuencia directa o indirecta de energía atómica, guerra, fenómenos catastróficos de naturaleza y participación activa en alteraciones del orden público y/o en actos delictuosos, así como manejo de armas y explosivos.

10.21 Accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales.

10.22 Uso de medicamentos como tratamiento preventivo de enfermedades.

10.23 Gastos relacionados con el trasplante de órganos, con excepción del trasplante de córnea.

10.24 Gastos relacionados con transfusiones de sangre, sus derivados y equivalentes.

10.25 EL SEMEFA no reconoce gastos derivados de complicaciones a consecuencia de tratamientos u operaciones que están expresamente indicados en las exclusiones.

10.26 Productos Farmacéuticos tales como:

(1) Vitaminas, minerales, suplementos proteicos, aminoácidos, tónicos y otros similares, suministrados como coadyuvantes o de apoyo, así como también alimentos y sustitutos de alimentos, energizantes, suplementos nutricionales, estimulantes del apetito, anabólicos, antioxidantes.

(2) Vacunas inespecíficas, autovacunas, lisados de bacterias, toxinas, reconstituyentes y otros similares ya sea indicados como preventivos o como supuestos tratamientos causales o curativos (Inmunoterapia).



CONSEJO NACIONAL

CONTRATO SEMEFA NC .. - 20....

- (3) Sedantes, ansiolíticos, psicotrópicos, antidepresivos, tranquilizantes, benzodiazepínicos y similares, administrados como coadyuvantes o tratamientos de fondo.
 - (4) Medicamentos no comercializados a nivel nacional.
 - (5) Tratamientos Biológicos, excepto los indicados en el Programa Oncológico.
 - (6) Lagrimas Artificiales
 - (7) Sustancias exfoliativas, despigmentadas, preparados, jabones, shampoos, cremas neutras y bloqueadores solares.
 - (8) Leches Maternizadas
 - (9) Productos naturales, medicina china, medicina homeopática, medicina no tradicional y/o popular.
 - (10) Tónicos cerebrales, vasodilatadores cerebrales, hepatoprotectores, neurotonicos, nootropicos, estimulantes cerebrales y similares.
 - (11) Hemostáticos y venoactivos.
- 10.27 Polisomnografía.
- 10.28 Hormona de Crecimiento.
- 10.29 Acupuntura, quiropráticos, técnico en terapia física.
- 10.30 Transporte por evacuación a nivel nacional e internacional, ambulancia.
- 10.31 Hemodiálisis y diálisis: se cubrirá una, en los casos de emergencia médica.
- 10.32 Procedimientos, medicamentos, equipos, insumos o tratamientos que no tengan aprobación por la FDA, ni cuenten con una evidencia, no menor a IIA.
- 10.33 Certificados de atención médica.
- 10.34 Si SEMEFA ya hubiera reconocido la atención de un gasto considerado como no cubierto, este hecho no obliga a seguir asumiendo su cobertura, una vez identificado el error.
- 10.35 Los gastos ocasionados por atenciones Médicas fuera del territorio peruano no están cubiertos.
- 10.36 Accidente y/o Emergencia Accidental del titular por contar con póliza especial.

DÉCIMO PRIMERA: FRANQUICIA, DEDUCIBLE Y COASEGURO

En concordancia con lo establecido en EL REGLAMENTO, las partes contratantes convienen que la franquicia, deducible y coaseguro es el importe o el porcentaje del gasto cubierto que le corresponde asumir al BENEFICIARIO por la prestación del servicio médico con hospitalización o sin ella, según se especifica en la Tabla de Beneficios. Estos gastos son una obligación que contrae el beneficiario. En ningún caso el SEMEFA cubrirá esta responsabilidad. Su incumplimiento tiene como consecuencia inmediata la pérdida de la habilidad de usar los beneficios del SEMEFA, en tanto no se ejecute el pago correspondiente a la atención efectuada.



DÉCIMO SEGUNDA: COBERTURA GASTOS RELATIVOS AL SERVICIO CONTRATADO

EL SEMEFA cubre los gastos relativos al servicio contratado a través de dos modalidades:

- (1) Crédito: Convenios - Carta de Garantía: Esta modalidad es obligatoria cuando la prestación del servicio médico asistencial se produce en cualquiera de los Establecimientos de Salud que cuentan con un convenio suscrito con el SEMEFA y se caracteriza porque para su ejecución, EL BENEFICIARIO, con el presupuesto emitido por el Establecimiento de Salud, necesario para la atención, requiere necesariamente de una Carta de Garantía extendida por el SEMEFA (Procedimiento según Anexo N° 06). La Carta de Garantía tiene una vigencia de 8 días a partir de la fecha de expedición para que sea presentada por el BENEFICIARIO al Establecimiento de Salud. El beneficiario en caso de requerirlo podrá solicitar la renovación de la Carta de Garantía.

La emisión de la Carta de Garantía no implica la aceptación del total de lo presupuestado, el cual será sometido a auditoría médica por el SEMEFA, pudiendo determinarse el no reconocimiento de algunos ítems del presupuesto, en cuyo caso éstos serán cubiertos por **EL CONTRATANTE**.

El plazo de saneamiento de una factura observada es de 30 días. En esta modalidad, el SEMEFA cubre los gastos por servicios prestados, en las condiciones que se indican en los Convenios y la Tabla de Beneficios y hasta por el límite del Beneficio Máximo Anual.

En el caso de atención por emergencia accidental y/o médica atendida en los Establecimientos de Salud con los que el SEMEFA tiene convenio, las prestaciones serán efectuadas por el Establecimiento de Salud con la sola entrega del DNI; el que podrá ser retenido por el proveedor, hasta que el SEMEFA expida la Carta de Garantía correspondiente. El Establecimiento de Salud que ha efectuado la atención de emergencia accidental o médica, solicitará la Carta de Garantía dentro de los 8 días calendario que siguen a la atención efectuada.

- (2) Reembolso, en caso de atenciones de emergencias y exámenes especializados en Clínicas con convenio.

Por esta modalidad el SEMEFA reconocerá los gastos que el beneficiario y/o sus dependientes efectúen por la prestación de servicios médico — asistenciales de emergencia o accidental en Establecimientos de Salud con los cuales el SEMEFA no tenga convenios y Exámenes Especializados en Establecimientos de Salud con los cuales se tenga convenios, con excepción de provincias, según procedimiento (Anexo N° 07)

En el caso de reembolso de Exámenes Especializados, este será según Tarifario de Exámenes Especializados de SEMEFA.

Adicionalmente se establece la cobertura bajo el sistema de paquetes conforme a lo señalado en la Tabla de Beneficios, su uso podrá efectuarse bajo la modalidad de carta de garantía.



DÉCIMO TERCERA: PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE REEMBOLSOS EN CASOS DE EMERGENCIA MÉDICA O ACCIDENTAL EN CLINICAS SIN CONVENIO Y EXAMENES ESPECIALIZADOS.

- a) Casos de Emergencia.- **EL CONTRATANTE** solicitará el reembolso de los gastos efectuados, adjuntando toda la documentación sustentatoria de los gastos, que debe estar integrada por las facturas originales emitidas de acuerdo a la ley tributaria a nombre del Colegio Médico del Perú con su RUC, el Informe Médico correspondiente y la copia de los análisis, exámenes o procedimiento que se hayan requerido.

Una vez presentada la solicitud con la documentación correspondiente Auditoría Médica evaluará y de ser el caso aprobará la devolución y en un plazo de 30 días hábiles efectuará el reembolso al beneficiario.

- b) Exámenes Especializados.- **EL CONTRATANTE** solicitará previamente al SEMEFA, Autorización de Reembolso del (los) examen (es) requerido (s), adjuntando indicación médica sustentatoria. La solicitud con la documentación correspondiente será evaluada por SEMEFA, que dentro de un periodo no mayor a dos días hábiles informará al solicitante la calificación del pedido de reembolso.

DÉCIMO CUARTA: RENOVACIÓN DEL CONTRATO

El presente contrato tiene una vigencia anual, la cual será contada a partir de la fecha de suscripción de la misma y su renovación estará sujeta a la comunicación previa de parte de SEMEFA en caso de modificaciones, tomando en cuenta los plazos establecidos en la normatividad vigente, así como en el artículo 18 del Reglamento del SEMEFA.

En el caso que **EL CONTRATANTE**, no desee la renovación del contrato, deberá comunicarlo al SEMEFA en un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia del contrato.

DÉCIMO QUINTA: SUSPENSIÓN DE VIGENCIA DE LAS COBERTURAS Y RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SERVICIO

Ambas partes convienen que, **EL CONTRATANTE** incurre en morosidad al haber transcurridos 30 días calendario contados a partir del vencimiento del plazo de pago del aporte anual o de la mensualidad pactada, en tales supuestos SEMEFA remitirá una comunicación vía correo electrónico o conducto regular a **EL CONTRATANTE** en la que se le comunicará sobre el incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias, otorgándole el plazo de diez días calendario para que cumpla con el pago del aporte adeudado, bajo apercibimiento de procederse a suspender el derecho de utilizar los beneficios del SEMEFA. El incumplimiento del pago tendrá como consecuencia un periodo de carencia de 30 días calendario. SEMEFA no se responsabiliza por los siniestros ocurridos durante el periodo en que la cobertura se mantenga suspendida.

EL BENEFICIARIO no tendrá derecho a que se le brinde atención alguna si no se encuentra al día en el pago de su cuota.

EL COLEGIO iniciará las acciones legales de cobro en caso **EL CONTRATANTE** mantenga deuda pendiente de cancelación con SEMEFA.



Adicionalmente **EL COLEGIO** se reserva el derecho de resolver el contrato de servicio por cualquier incumplimiento del Reglamento del SEMEFA o del presente contrato, en el que **EL CONTRATANTE** incurra.

Ambas partes tienen el derecho de resolver el Contrato de Servicio cuando lo deseen o por causas previstas en el Contrato de Servicio y/o el Reglamento del SEMEFA.

La Resolución por **EL BENEFICIARIO**, procede siempre y cuando, el beneficiario se encuentre al día en el pago de sus aportes, comunicando su decisión en forma escrita o mediante mecanismos virtuales, siempre que quede constancia de su recepción (carta notarial, carta simple o vía electrónica) acompañada de una copia de su DNI y en las condiciones establecidas en el artículo 40° del Reglamento del SEMEFA.

La Resolución de **EL CONTRATO** por **EL BENEFICIARIO TITULAR** o los beneficiarios por derecho propio, procede si el beneficiario está al día en el pago de su cuota anual.

DÉCIMO SEXTA: AVISOS Y COMUNICACIONES

Los avisos y comunicaciones que las partes efectúen en relación al presente Contrato de Servicio, deberán ser formulados en forma escrita o mediante mecanismos virtuales, siempre que quede constancia de su recepción. Las partes ratifican como sus domicilios y correos electrónicos los señalados en la parte introductoria del presente documento.

Las partes se obligan recíprocamente a comunicar cualquier cambio de domicilio y/o correo electrónico teléfono/ móvil, con una anticipación no menor de diez (10) días calendario, dando lugar la omisión de dicho aviso, a que se tengan por bien hechas las notificaciones y comunicaciones enviadas a las direcciones señaladas en la introducción de este documento.

DÉCIMO SÉTIMA: PREDOMINIO DE CONDICIONES Y/O CLAUSULAS

Son iguales en valor, las estipulaciones indicadas en las Condiciones Particulares, Generales y Especiales que forman parte de este CONTRATO, pero en caso de haber discrepancia entre ellas, prevalecerá lo que dispongan el Reglamento del SEMEFA y las disposiciones especiales.

DÉCIMO OCTAVA: PROCEDIMIENTO DE RECLAMOS

El procedimiento de atención de Reclamos y Denuncias se encuentra regulado en Manual del Proceso de Gestión de clientes aprobado por Resolución del Consejo Nacional N° 063 - CN-CMP-2018 o su equivalente, en concordancia a las disposiciones contempladas en el Decreto Supremo N°030-2016-SA, Reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud – IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – UGIPRESS públicas, privadas y mixtas, o en la normativa modificatoria que para tales efectos sea aprobada; y cuyo contenido se encontrará cuyo contenido se encuentra disponible en la página web de **EL COLEGIO** (<http://cmp.org.pe/semefa/reclamo>)



SEMEFA

COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ

CONSEJO NACIONAL

CONTRATO SEMEFA NC .. - 20....

La oficina encargada para la solución del reclamo es el área de Reclamos y Sugerencias, jefaturada por el Director del SEMEFA. El reclamo será absuelto en un plazo no mayor de 30 (treinta) días hábiles.

DÉCIMO NOVENA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS Toda desavenencia o controversia que pudiera derivarse del presente Contrato o como consecuencia del mismo, serán resueltas a través de una conciliación o de un arbitraje en salud, de conformidad con los respectivos Reglamentos del Centro de Conciliación y Arbitraje — CECONAR de la Superintendencia Nacional de Salud — SUSALUD, a cuyas normas se sujetan las partes.

VIGÉSIMA: GARANTÍA DE CONTINUIDAD DE COBERTURA DE PREEXISTENCIAS

El SEMEFA garantiza la continuidad de la cobertura de diagnósticos preexistentes en caso que los afiliados al Aseguramiento Universal cambien de IAFAS o Plan contratado.

En señal de conformidad las partes suscriben dos ejemplares de este documento, en la ciudad de el.....del mes de..... del 20..... .

COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ
Consejo Nacional

EL CONTRATANTE

DIRECTOR DEL SEMEFA