

**CONDICIONES TÉCNICAS
SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN DE LOS PROGRAMAS MÉDICOS
ASISTENCIALES DE PETROPERÚ**

1. OBJETO DEL SERVICIO

PETROLEOS DEL PERÚ - PETROPERÚ S.A. en adelante PETROPERÚ, requiere contratar el “**Servicio de Administración de los Programas Médicos Asistenciales de PETROPERÚ**”.

2. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

El servicio requerido consiste en:

- Ejecución del “Servicio de Administración del Programa de Asistencia Medico Familiar” que en adelante se denominará **Programa de Asistencia Médico Familiar (PAMF)**, para los titulares y familiares debidamente inscritos, en las Gerencias Departamentos ubicadas en Piura, Talara, Iquitos, Lima y Plantas Operativas de la empresa: Pisco, Chiclayo, Trujillo, Chimbote, Yurimaguas, Pucallpa, Tarapoto, Arequipa, Mollendo, Ilo, Cuzco, Tacna, Pasco, Madre de Dios y Puno.
- Administración del Programa de Atención Médica integral Talara (**CENSO**), para los titulares y familiares que residen en la ciudad de Talara. **Ver Anexo N° 2**
- Administración del Programa de Atención Médica Integral (**PAMI**), para los familiares de los titulares que residen en las áreas comprendidas a la Gerencia Departamento Refinación Iquitos (Iquitos, Tarapoto, Yurimaguas y Pucallpa). **Ver Anexo N° 3**
- Administración del Programa de Salud de Control de Enfermedades Crónicas.
- Asistencia Médica Medipac, en la ciudad de Piura, para los titulares y dependientes. **Ver Tabla de Beneficios Anexo N° 6**
- Gestión de los Procesos Misionales de Nivel 1 señalados en el Artículo 7 del Decreto Supremo N° 010-2016 S.A., los cuales se detallan a continuación:
 - Gestión del Diseño de Planes de Salud
 - Gestión del Diseño de Suscripción y Afiliación
 - Gestión de Asegurados
 - Gestión de Compra de Prestaciones de Salud
 - Gestión de Siniestros.

2.1. POBLACIÓN AFILIADA

A continuación, se detallan los siguientes conceptos:

- **Programas Médicos:** PETROPERÚ cuenta con tres (3) Programas Médicos: Programa Médico Familiar (PAMF), CENSO (Talara) y PAMI (Iquitos).
- **Afiliados:** Trabajador y/o familiar inscrito hasta en dos (2) programas. Es decir, un afiliado puede estar inscrito hasta en 2

programas, no obstante, se le considera como un (1) afiliado, para fines de administración y facturación del servicio.

Se tiene un aproximado al 31.03.2021 de 7936 afiliados, inscritos en los diversos Programas mencionados, según el siguiente detalle:

AFILIADOS	Titular	Cónyuge	Padre	Madre	Hijo	Concubina	TOTAL
TALARA	1004	577	170	257	935	27	2970
OFIC. PRINCIPAL	568	315	215	311	502	10	1921
CONCHAN	194	125	62	97	179	5	662
OLEODUCTO	348	243	63	121	275	14	1064
COMERCIAL	154	95	46	91	169	3	558
SELVA	191	121	65	104	256	24	761
TOTAL	2459	1476	621	981	2316	83	7936

CENSO	REFINERIA TALARA	TOTAL
Titular	463	463
Cónyuge	253	253
Hijos	343	343
Padres	49	49
Concubina	2	2
	1110	1110

PAMI	REFINERIA IQUITOS	TOTAL
Cónyuge	78	78
Hijos	170	170
Padres	70	70
Concubina	12	12
	330	330

2.2. NÚMERO DE LIQUIDACIONES PROCESADAS

Aproximadamente se procesaron 66,107 liquidaciones en el año 2020 y se encuentran distribuidos como sigue:

OPERACIÓN	LIQUIDACIONES
OFICINA PRINCIPAL	19,097
REFINERIA CONCHAN	6,406
REFINERIA TALARA	17,832
OLEODUCTO	11,116
REFINERIA SELVA	6,547
COMERCIAL	5,109

2.3. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PROGRAMAS MÉDICOS A NIVEL CORPORATIVO.

2.3.1. Programa de Asistencia Médico Familiar (PAMF)

Es un beneficio que otorga PETROPERÚ al trabajador y a sus familiares directos afiliados, con el objeto de ayudar al titular, a solventar los gastos que le demanden las prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación. Además, brinda cobertura de atención por concepto de evacuación médica, transporte y sepelio, bajo los alcances y límites de la tabla de beneficios del Reglamento PAMF. (**Anexo N° 1**).

El Programa de Asistencia Médico Familiar (PAMF) tiene dos planes: Plan "A" y Plan "B", la cobertura de atención está sujeta a deducibles y coaseguros. El titular aporta una cuota mensual según su carga familiar, zona de trabajo y Plan en el que está inscrito.

2.3.2. Programa de Asistencia Médico Integral de Talara – CENSO

La atención médica **es cubierta al 100% por PETROPERÚ, y sin límite de cobertura** conforme al Reglamento (ANEXO 2), sin la aplicación de coaseguros ni deducibles, ni cuotas de aportación por parte del trabajador.

Cualquier atención fuera de Talara es asumida por el programa de asistencia médico familiar (PAMF), con la aplicación de los deducibles y coaseguros que correspondan.

2.3.3. Programa de Asistencia Médico Integral de Iquitos - PAMI

Cubre la atención médica al 100% de los dependientes y sin límite de cobertura, conforme al Reglamento (ANEXO 3), correspondiendo cinco atenciones al año por afiliado, sin la aplicación de coaseguros ni deducibles, ni cuotas de aportación por parte del trabajador, en el caso que supere este número de atenciones, estas serán bajo cobertura del PAMF, en caso cuente con dicho Programa, con el consecuente cargo del deducible y/o coaseguro al trabajador vía aviso de descuento en planilla".

Cualquier atención fuera de la zona de Gerencia Departamento Refinación Iquitos o culminadas atenciones PAMI es asumida por el Programa de Asistencia Médico Familiar (PAMF) con la aplicación de los deducibles y coaseguros que correspondan.

Para los efectos de la administración de los Programas Médicos, la coordinación de LA ADMINISTRADORA con PETROPERÚ será a través de la Jefatura Servicios Médicos de PETROPERÚ - Oficina Principal o quien haga las veces en las sedes operativas donde LA ADMINISTRADORA otorgue el SERVICIO.

2.4. ESPECIFICACIONES DEL SERVICIO

2.4.1. PERSONAL

En adición al personal gerencial que LA ADMINISTRADORA disponga en su sede principal para la administración del Servicio, LA ADMINISTRADORA debe asegurar **como mínimo** el siguiente personal para el cumplimiento del Servicio, considerando que el personal asignado no es necesario que se encuentre físicamente en las ciudades donde PETROPERÚ tiene las Sedes: Lima, Piura, Talara, Iquitos, pero sí que realicen el servicio exclusivo para cada sede:

PERSONAL	SEDES			
	LIMA	PIURA	TALARA	IQUITOS
EJECUTIVA DE CUENTA	1	1	1	1
MEDICO COORDINADOR	1	----	1	----
MEDICO AUDITORES	5	1	1	1
AUDITOR ODONTOLOGO	2	----	----	----

Toda coordinación relacionada al Servicio se realizará con la representante de LA ADMINISTRADORA asigna, cuyos datos deben ser puesto en conocimiento de la Jefatura Servicios Médicos al iniciar el Servicio.

Cada Ejecutivo de Cuenta, debe contar con telefonía móvil y deben tener acceso al sistema web de LA ADMINISTRADORA, para la atención personalizada al usuario y contacto con los proveedores.

En caso se requiera que el personal de LA ADMINISTRADORA a las sedes de PETROPERÚ, debe contar con todas las medidas de seguridad y seguros exigidos dentro de los protocolos de Seguridad y Salud en el Trabajo de PETROPERÚ y protocolos exigidos para el COVID-19.

2.4.2. HORARIO DE LABORES

El horario de atención del personal asignado para la administración del servicio, será definido por la Jefatura Servicios Médicos, siguiendo el calendario laboral de PETROPERÚ.

2.4.3. OBLIGACIONES DE LA ADMINISTRADORA

2.4.3.1 CUMPLIMIENTO DE NORMATIVA

Para la ejecución del servicio LA ADMINISTRADORA será responsable de ejecutar el Servicio en estricto cumplimiento de la normativa aplicable vigente y sus modificatorias, emanadas por el Ministerio de Salud.

Asimismo, LA ADMINISTRADORA, debe informar de la publicación de nuevas normas de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD, vinculantes al Servicio, para el cumplimiento de la administración y de las normas emitidas aplicables a las IAFAS públicas.

2.4.3.2 SERVICIOS

Administrar los Programas Médicos a Nivel Corporativo, de acuerdo con los respectivos Reglamentos, cuyos alcances y beneficios deben ser contemplados en los contratos para la prestación de servicio de salud que LA ADMINISTRADORA suscriba con las IPRESS.

2.4.3.3 REGISTRO DE TITULARES Y DEPENDIENTES

- a) Actualizar la data de afiliados, implementando un proceso de reinscripción general que deberá realizarse a los 30 días de suscrito el contrato, según lo establecido en los reglamentos PAMF-CENSO-PAMI.
- b) Procesar la data y mantener actualizada la información de los titulares y dependientes afiliados, la misma que debe estar registrada en un sistema o aplicativo que facilite la consulta de PETROPERÚ o de los usuarios. En caso de los proveedores podrían acceder a la Base del SITEDS.

- c) Asimismo, deberá excluir cada año en el sistema oportunamente a los hijos mayores de 18 años que no acrediten estudios, exceptuando aquellos que se encuentran en condición de discapacitados.
- d) Excluir en el sistema oportunamente a los hijos del trabajador que en la fecha cumplan 25 años.
- e) Los movimientos de titulares y dependientes afiliados, reinscripciones, exclusiones, deben registrarse en una declaración jurada interna de PETROPERÚ, reportando mensualmente los cambios realizados.
- f) Mantener un registro que acrediten la afiliación o desafiliación a los Programas Médicos de PETROPERÚ.
- g) Registro de afiliados al Programa Especial cuando PETROPERU lo disponga a través del Programa de Desvinculación Voluntaria (PDV), cese y fallecimiento del titular.

Nota: Los movimientos de los afiliados (inscripciones, reinscripciones, exclusiones), serán reportados mensualmente a SUSALUD en la oportunidad y estándares definidos por la Superintendencia de acuerdo con la normativa vigente. Asimismo, deberá tomar en cuenta lo establecido en la Resolución de Superintendencia N° 081-2015-SUSALUD/S y Modificatorias.

2.4.3.4 REGISTRO DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPRESS)

- a) *Celebrar contratos o convenios en representación de PETROPERÚ, solo con IPRESS registradas y acreditadas ante SUSALUD, las cuales se encuentran obligadas a cumplir con los estándares de calidad y oportunidad de las prestaciones de salud que brindan de acuerdo a su nivel resolutivo. Para tal efecto, deberá velar por los recursos tecnológicos, de infraestructura, humanos, suministros, y en general todos sus parámetros de operación y entrega de servicios que cumplan permanentemente con los criterios de calidad acordes a los estándares vigentes. Por tal motivo LA ADMINISTRADORA, será responsable de evaluar, verificar el cumplimiento de lo antes mencionado y emitir informe de auditoría para su validación por PETROPERÚ.*
- b) Gestionar, elaborar, negociar, administrar, revisar y celebrar contratos o convenios para prestaciones de salud con las IPRESS de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación; así como para la prestación del servicio de sepelio, evacuación médica y transporte por evacuación médica, mediante el sistema de crédito, en las ciudades que se requiera el servicio, en función a las tarifas pactadas.
- c) Los referidos contratos o convenios deberán considerar las cláusulas básicas establecidas por SUSALUD.
- d) Mantener actualizada la data de las IPRESS afiliadas.
- e) Dichos contratos o convenios serán registrados en el Sistema de Contratos y Convenios – SITECON, modulo

establecido por SUSALUD (R. S. N° 080-2014-SUNASA/S, R.S. N° 106-2015 – SUSALUD/S y R.S N° 004-2020-SUSALUD/S.

- f) Asegurar que las IPRESS cuenten con la información apropiada de los Programas Médico de PETROPERÚ a nivel corporativo y un sistema de monitoreo de la calidad del servicio, así como la disponibilidad del historial del paciente ante el requerimiento de PETROPERÚ.

2.4.3.5 SOLICITUD DE BENEFICIOS Y ATENCIONES

- a) Gestionar y coordinar con las IPRESS afiliadas, la emisión de solicitudes de beneficios, haciendo uso del sistema en Web o a través del servicio de plataforma. Al respecto, se debe precisar que LA ADMINISTRADORA será responsable de implementar el uso del Sistema Integrado de Transacciones Electrónica de Datos en Salud (SITEDS), en cumplimiento con la Normativa vigente, en la oportunidad y estándares establecidos por SUSALUD, el cual deberá ser certificado por la Superintendencia.
- b) Emitir y autorizar las solicitudes de beneficios requerida por la IPRESS para las atenciones médicas.
- c) Autorizar las solicitudes de procedimientos, exámenes auxiliares, intervenciones quirúrgicas, otros, mayores a S/ 2,000.00 (Dos mil y 00/100 Soles) mediante Carta de Garantía y coordinar la autorización de Servicios Médicos de PETROPERÚ, los casos que excedan el monto de cobertura del beneficio máximo.
- d) Llevar registro histórico de las solicitudes de atención emitidas.
- e) *Se gestionará con las IPRESS afiliadas la toma de pruebas COVID 19 (pruebas rápidas o moleculares), como parte de la Vigilancia Médica a los trabajadores de PETROPERÚ, los cuales serán autorizados por los Médicos de la Empresa. La cobertura de estos exámenes es el 100%.*

2.4.3.6 SOPORTE AL AFILIADO

- a) Apoyo para la gestión de citas a los afiliados solicitadas por los médicos de la Empresa, de ser el caso, y efectuar seguimiento a las IPRESS para la emisión de presupuestos y autorización de cartas de garantía, a fin de asegurar una atención oportuna y de calidad a los afiliados.
- b) El médico auditor asignado a la cuenta de PETROPERÚ, visitará los casos especiales que se encuentren hospitalizados a solicitud de PETROPERÚ, realizará el seguimiento al personal evacuado de provincias con reportes semanales, auditará casos especiales y los reclamos.
- c) Los médicos auditores asignados a la cuenta de PETROPERÚ harán las auditorías médicas, de

- expedientes, la auditoría hospitalaria virtual y atención de casos y quejas y reclamos.
- d) Coordinar con las IPRESS y hacer visitas de AUDITORÍA para atender reclamos que los afiliados formulen con relación a la prestación del servicio.
 - e) LA ADMINISTRADORA gestionará con las IPRESS afiliadas, la designación de coordinadores en general, con capacidad de resolución.

2.4.3.7 AUDITORÍA MÉDICA DE EXPEDIENTES

- a) Las IPRESS que otorgan las prestaciones a crédito, emitirán las facturas a nombre de PETROPERÚ y adjuntarán todos los documentos que sustenten los gastos por atención de salud presentados.
- b) Registrada la recepción de los expedientes, LA ADMINISTRADORA procederá con la Auditoría Administrativa, Médica y Odontológica, según los alcances que se señalan en las normas de auditoría, contratos o convenios con las IPRESS, tarifario pactado, reglamentos de cobertura y beneficios PAMF, CENSO y PAMI.
- c) La auditoría médica y odontológica, está dirigida al paciente, a la IPRESS y al expediente, se realizará el 100% de aquellos expedientes de atención ambulatoria de un monto mayor o igual a S/ 400.00. Las auditorías menores al monto especificado, se hará de manera aleatoria y en coordinación con PETROPERÚ, las cuales deberán ser realizadas por los médicos y odontólogos auditores designados para el servicio.
- d) La auditoría hospitalaria será al 100%.
- e) A requerimiento de la Jefatura Servicios Médicos, se efectuará Auditoría de Casos.
- f) En el caso de las Auditorías de salud a realizar por el personal solicitado (**Médicos Auditores (8) y Odontólogos (2)**) para el cumplimiento del Servicio, deberán ser ejecutadas a nivel nacional, no necesariamente ubicados físicamente en las Sedes de PETROPERÚ.
- g) Efectuar auditorías médicas y odontológicas según:
 - Diagnóstico vs. tratamiento.
 - Honorarios facturados vs. tratamiento recibido.
 - Diagnóstico vs. exámenes auxiliares.
 - Auditar el fiel cumplimiento de las cartas de garantía por parte de los proveedores.
 - Verificación y control del monto facturado con el monto estimado por siniestro.
 - Codificación correcta de enfermedades con el CIE-10.
 - Detección de Gastos y Beneficios no cubiertos.
 - Solicitud de informes médicos justificatorios.
 - Especialista médico vs. enfermedad tratada.
 - Detección de Polifarmacia.
 - Aplicación de tarifario negociado y paquetes.

- h) Debido a la Emergencia Nacional contra el COVID -19 y los protocolos de protección establecidos en las IPRESS, la Auditoría Médica hospitalaria concurrente, será de manera virtual a todos los pacientes hospitalizados no COVID – 19 y con COVID -19, con la finalidad de:
 - Evaluar el tratamiento recibido.
 - Evaluar el cuadro clínico.
 - Evaluar la evolución de los gastos.
 - Detectar y reportar observaciones de auditoría.
 - Reportar la resolución de observaciones de auditoría
 - e informar a Servicios Médicos de PETROPERÚ
- i) Efectuar seguimiento personalizado de los casos de mayor consumo, buscando que el afiliado haga uso racional del beneficio y alcanzar las recomendaciones de las acciones a seguir para cada caso, tanto para el PAMF, CENSO y PAMI, según sea el caso.
- j) Realizar auditorías odontológicas a consideración del especialista en auditoría referente a prótesis dental.
- k) Una vez auditados los expedientes, procederá a ingresar la información en un sistema informático.
- l) PETROPERÚ a través de la Jefatura Servicios Médicos, tendrá las mismas facultades de los Auditores Médicos, Odontólogos y Administrativos de LA ADMINISTRADORA, en cuanto a la verificación, inspección y control de la prestación del servicio por parte de las IPRESS.

2.4.3.8 PROCESO DE LIQUIDACIONES

- a) Liquidar los expedientes de las prestaciones otorgadas a crédito, en un software en plataforma web, que registre los gastos presentados en forma detallada, diferenciando las atenciones ambulatorias en clínicas y MEDIPAC, las atenciones hospitalarias, odontológicas, emergencias médicas y/o accidentales, programas de prevención, transporte de evacuación, sepelio, y otros, validando el tarifario pactado con las IPRESS, los beneficios cubiertos, topes de cobertura, deducibles, coaseguros y gastos no cubiertos.
- b) El proceso de liquidación de expedientes a crédito no debe ser mayor a 20 días calendarios desde la fecha que la IPRESS presenta los expedientes con sus respectivas facturas, a LA ADMINISTRADORA.
- c) El proceso de los expedientes presentados por los afiliados para su liquidación por el sistema de Reembolso no debe exceder a siete (7) días útiles. LA ADMINISTRADORA preparará el reembolso PAMF en el formato que PETROPERÚ proporcionará como modelo.
- d) Para los efectos de los topes de cobertura, considerar que el periodo de indemnización rige desde el 1ero de enero al 31 de diciembre de cada año.
- e) Las liquidaciones de beneficios mecanizadas deben pasar a un control de calidad previo a la emisión de la liquidación de cobranza.

- f) Disponer en el sistema web para consulta de los usuarios, la liquidación de beneficios, donde puedan visualizar el detalle de la atención presentada, los gastos, beneficios pagados, deducibles, coaseguros, gastos no cubiertos, pago a cuenta y cargos al titular.
- g) Entregar a PETROPERÚ dentro de los quince (15) días de cada mes, la información de descuentos a los trabajadores por copagos de atenciones médicas recibidas, para las interfaces con el software de planillas y Contabilidad de PETROPERÚ de dichas liquidaciones.

Nota: LA ADMINISTRADORA podrá remitir las liquidaciones en el Modelo de Transacción Electrónica de datos estandarizados de Facturación – TEDEF, acorde con la normativa establecida por SUSALUD, de acuerdo con la estructura y diseño de los archivos.

2.4.3.9 SOPORTE INFORMÁTICO

LA ADMINISTRADORA debe contar con aplicativos informáticos según las resoluciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD, que permita procesar toda la información relacionada con el PAMF, CENSO y PAMI, cuya información será remitida mensualmente mediante el txt a Servicios Médicos de PETROPERÚ.

El sistema debe efectuar el control interno de cada proceso, estableciendo check list para el control de calidad.

Debe contar con cinco módulos como mínimo:

a) MÓDULO DE REGISTRO DE AFILIADOS EN LÍNEA

Debe permitir llevar a cabo las actividades indicadas en el numeral 2.4.3.4., entre estas:

- Ingresar la data de afiliados conforme a lo registrado en la Declaración jurada que presenta el AFILIADO previa revisión del área de personal y aprobación de Servicios Médicos de PETROPERÚ.
- Actualizar la data de manera automática excluyendo a los hijos que cumplen 18 años. Excluir oportunamente el 31 de marzo de cada año, a los hijos mayores de 18 años que no han sido reinscritos en el período del 2 de enero al 30 de marzo. Excluir automáticamente a los hijos que cumplen 25 años a excepción de los hijos discapacitados.
- Excluir a los titulares y grupo familiar, al cese del titular.
- Activar el Programa Especial durante dos años, al fallecimiento del titular, beneficio que se otorga al cónyuge y dependientes menores de 18 años siempre y cuando se encontraran registrados en el PAMF de manera regular.
- Excluir oportunamente al titular o dependiente fallecido al procesar la liquidación de beneficio por sepelio.
- Debe guardar histórico de los movimientos realizados: en inscripciones, exclusiones, reinscripciones.

- Vincular el registro de afiliados con las cuotas de aportación mensual conforme al grupo familiar constituido y a lo señalado en los reglamentos vigentes.
- Activar Programa Especial cuando PETROPERU lo disponga a través del Programa de Desvinculación Voluntaria (PDV), cese y fallecimiento del titular.

Los movimientos de los afiliados (inscripciones, reinscripciones, exclusiones, serán reportadas mensualmente a SUSALUD en la oportunidad y estándares definidos por la Superintendencia de acuerdo con la Normativa Vigente. Asimismo, deberá tomar en cuenta lo establecido en la Resolución de Superintendencia N° 081-2015-SUSALUD/S y Modificatorias.

b) MÓDULO DE SOLICITUD DE BENEFICIO/ATENCIÓN Y CARTAS DE GARANTÍA

- LA ADMINISTRADORA otorgará a la IPRESS afiliada, acceso al sistema web y asignará usuario y password para la emisión de solicitudes de beneficios.
- A través de la web, la IPRESS enviará a LA ADMINISTRADORA el presupuesto de los procedimientos médicos, exámenes auxiliares, exámenes especiales, tratamientos, intervenciones, entre otros, que superen el importe de S/. 2,000.00 (Dos mil y 00/100 Soles), para la aprobación de la carta de garantía, procedimiento que debe efectuarse dentro de las 24 horas de haberlo solicitado.
- En la solicitud de beneficios debe visualizarse una nota precisando que solo se requiere de carta de garantía si el procedimiento excede a los S/. 2,000.00 (Dos mil y 00/100 Soles).
- Guardar archivo histórico de las cartas de garantía y solicitudes de beneficios emitidos.
- Antes de emitir la solicitud de beneficios y cartas de garantía, el software de LA ADMINISTRADORA debe validar la correspondencia del beneficio.
- LA ADMINISTRADORA será responsable para el caso de Solicitudes de beneficios de implementar el uso del Sistema Integrado de Transacciones Electrónica de Datos en Salud (SITEDS), en cumplimiento con la Normativa vigente, en la oportunidad y estándares establecidos por SUSALUD, el cual deberá ser certificado por dicha Superintendencia.
- Las atenciones se generarán con la presentación del DNI u otro documento de identificación por parte del afiliado.

c) MÓDULO DE RECLAMOS Y DENUNCIAS

- El AFILIADO podrá presentar su reclamo de manera virtual a LA ADMINISTRADORA, quien lo registrará (código) en su plataforma web, efectúa la investigación, seguimiento y la emisión de respuesta del reclamo al Afiliado en el plazo establecido según normativa.

- LA ADMINISTRADORA emitirá un informe de resultado del reclamo y lo elevará para información del AFILIADO y PETROPERÚ, de manera virtual.
- El AFILIADO elevará su disconformidad del resultado del reclamo, de ser el caso, mediante una queja ante SUSALUD, registrado por LA ADMINISTRADORA.
- LA ADMINISTRADORA preparará un reporte a SUSALUD con la periodicidad de la normativa vigente, sobre el proceso de atención de Reclamos y Denuncias, emitiendo reporte trimestral, en cumplimiento con la Normativa vigente, el cual será comunicado a PETROPERÚ.

d) **MÓDULO DE LIQUIDACIONES DE BENEFICIOS**

- Las liquidaciones de las atenciones deben ser procesadas en la sede principal de LA ADMINISTRADORA, independiente a la zona de trabajo al cual pertenezca el titular.
- Para el proceso de expedientes, el software de LA ADMINISTRADORA debe validar los gastos cubiertos, beneficios, topes de cobertura, deducibles, coaseguros, periodo de carencia, teniendo en cuenta que, para este efecto, rige el período indemnizatorio comprendido del 1° de enero al 31 de diciembre de cada año.
- El beneficio acumulado es por diagnóstico y está en relación con la fecha de atención.
- El monto total de indemnización está en función al beneficio pagado y no al gasto presentado.
- El software debe diferenciar las liquidaciones que se procesan por Programa (PAMF, CENSO, PAMI, Programa Especial) y definir dentro del PAMF, las prestaciones que se otorgan al titular, regular y Practicantes.
- Diferenciar las liquidaciones por tipo de atención: ambulatoria, hospitalaria, odontológica, emergencia médica y accidental, medición de vista, cristales, transporte por evacuación, sepelio, programas de prevención de salud pública y otros, validando el tarifario pactado con las IPRESS, reglamentos y las normas de facturación.
- Diferenciar las liquidaciones por sistema de atención: a crédito o Reembolso.
- Diferenciar las liquidaciones por beneficiarios (titular, cónyuge, Hijos, Padres)
- Los diagnósticos deben ingresarse utilizando el Código Internacional de Enfermedades (CIE 10).
- Las liquidaciones de beneficios procesadas por atención ambulatoria deben especificar los gastos por consulta, procedimientos, exámenes de laboratorio, imágenes, exámenes y tratamientos especiales, farmacia y otros.
- Las liquidaciones de beneficios por atenciones hospitalarias, además de lo que se indica en

ambulatorio, deben precisar los gastos de clínica (cuarto, unidad de cuidados intensivos, cuarto de reposo incluida la alimentación), servicios complementarios (sala de operaciones, sala de recuperación, sala de bebé, incubadora, sala de partos), honorarios del cirujano, honorarios del anestesiólogo, honorarios de asistentes, otros gastos (oxígeno, uso de equipos, bombas de infusión, monitores, etc.).

- Las liquidaciones de beneficios por atención odontológica deben precisar los gastos por pieza tratada, incluye consulta (examen clínico y odontograma), cirugía bucal, operatoria dental, periodoncia, radiología, tratamiento radicular (endodoncia), prótesis, prevención, entre otros.
- Las liquidaciones de beneficios por sepelio deben indicar la fecha y lugar del fallecimiento y precisar los gastos de espacio para sepultura, ataúd / urna, capilla ardiente, cargadores, carroza, carros para flores, entre otros. Una vez procesada la liquidación de sepelio, el software de LA ADMINISTRADORA debe excluir al afiliado automáticamente y sólo permitirá el proceso de liquidaciones de beneficios por prestaciones otorgadas antes de la fecha de fallecimiento, aun estando excluido, el software debe permitir visualizar el registro.
- Las liquidaciones de beneficios por el servicio de transporte en evacuaciones médicas deben indicar los gastos por concepto de pasajes por vía aérea y/o terrestre del paciente evacuado y del acompañante y si el caso lo amerita, debe registrarse los gastos por pasajes del profesional de salud requerido. El sistema debe validar el tope de cobertura anual por diagnóstico.
- Las liquidaciones de beneficios por el servicio de ambulancia deben indicar los gastos por honorarios profesionales, traslado, farmacia, procedimientos, otros. Debe diferenciar la cobertura cuando se trata de una atención ambulatoria o corresponda sólo a traslado.
- El software de LA ADMINISTRADORA debe generar la información para las interfaces con el software de planillas de PETROPERU, en el proceso de cargos al titular. (archivo txt).

e) MÓDULO DE REPORTE, ESTADÍSTICAS E INDICADORES DE GESTIÓN

El software de LA ADMINISTRADORA debe emitir:

- Reportes mensuales, teniendo como referencia la data procesada hasta el último día del mes anterior, los cuales deberán ser dirigidos a Jefatura Servicios Médicos de la Sede Principal, vía electrónica.
- GASTO DE LOS PROGRAMAS MÉDICOS DE PETROPERÚ A NIVEL CORPORATIVO: mensual

detallando el gasto presentado, el beneficio pagado y el número de casos atendidos, por programa, con su respectivo gráfico.

- DESCOMPOSICIÓN DEL GASTO DEL PROGRAMA INTEGRAL DE SALUD A NIVEL CORPORATIVO: mensual, detallando el gasto presentado, beneficio pagado, número de casos, número de pacientes, costo promedio por caso y costo promedio por paciente.
- PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICO FAMILIAR - APOORTE EMPRESA TRABAJADOR: mensual acumulado anual, detallando gasto presentado sin IGV, crédito fiscal, gasto presentado incluido IGV, aporte trabajador constituido por deducible, coaseguro, gasto no cubierto y cuota de aportación.
- PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICO FAMILIAR - DISTRIBUCIÓN DEL GASTO POR CASOS ATENDIDOS: mensual acumulado anual, detallando el gasto presentado, beneficio pagado, N° de casos y costo por caso por atención hospitalaria, atención ambulatoria, dental, emergencia accidental, transporte, sepelio, maternidad, medicina preventiva vinculado a salud pública, a nivel corporativo.
- PROGRAMA DE ASISTENCIA MEDICO - DISTRIBUCIÓN DEL GASTO POR ATENCIÓN AMBULATORIA DE LAS PRINCIPALES IPRESS: mensual anual, detallando gasto presentado, beneficio pagado, N° de casos y costo por caso por IPRESS, a nivel corporativo.
- PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICO FAMILIAR - DISTRIBUCIÓN DEL GASTO POR ATENCIÓN HOSPITALARIA DE LAS PRINCIPALES IPRESS: mensual anual, detallando gasto presentado, beneficio pagado, N° de casos y costo por caso por IPRESS, a nivel corporativo.
- PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICO FAMILIAR - DISTRIBUCIÓN DEL GASTO POR ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE LAS PRINCIPALES IPRESS: mensual anual, detallando gasto presentado, beneficio pagado, N° de casos y costo por caso por IPRESS, a nivel corporativo.
- PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICO FAMILIAR - DISTRIBUCIÓN DEL GASTO POR PROGRAMAS PREVENTIVOS POR IPRESS: mensual, detallando gasto presentado, beneficio pagado, N° de casos y costo por caso por proveedor por Gerencia Departamento y a nivel corporativo, de los programas vinculados a salud pública: Diabetes, hipertensión, dislipidemia, masa corporal y otros a implementarse.
- PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICO FAMILIAR - DISTRIBUCIÓN DEL GASTO DE ATENCIÓN AMBULATORIA POR DIAGNÓSTICO: mensual, detallando gasto presentado, beneficio pagado, N° de casos y costo por caso por diagnóstico en atención ambulatoria a nivel corporativo.

- PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICO FAMILIAR - DISTRIBUCIÓN DEL GASTO DE ATENCIÓN HOSPITALARIA POR DIAGNÓSTICO: mensual, detallando gasto presentado, beneficio pagado, N° de casos y costo por caso por diagnóstico en atención hospitalaria a nivel corporativo.
- PROGRAMA CENSO - DISTRIBUCIÓN DEL GASTO POR CASOS ATENDIDOS: mensual, detallando el gasto presentado, beneficio pagado, N° de casos y costo por caso por atención hospitalaria, atención ambulatoria, emergencia.
- PROGRAMA CENSO - DISTRIBUCIÓN DEL GASTO POR AFILIADO: mensual, detallando el gasto presentado, beneficio pagado, N° de casos y costo por caso por atención hospitalaria, atención ambulatoria, emergencia, por titular, cónyuge, hijos y padres.
- PROGRAMA CENSO – DISTRIBUCIÓN DEL GASTO POR IPRESS: mensual, detallando gasto presentado, beneficio pagado, N° de casos y costo por caso por IPRESS de atención ambulatoria y hospitalaria.
- PROGRAMA CENSO – DISTRIBUCIÓN DEL GASTO DE ATENCIÓN AMBULATORIA POR DIAGNÓSTICO: mensual, detallando gasto presentado, beneficio pagado, N° de casos y costo por caso por diagnóstico.
- PROGRAMA CENSO – DISTRIBUCIÓN DEL GASTO DE ATENCIÓN HOSPITALARIA POR DIAGNÓSTICO: mensual. Detallando gasto presentado, beneficio pagado, N° de casos y costo por caso por diagnóstico.
- PROGRAMA PAMI - DISTRIBUCIÓN DEL GASTO POR CASOS ATENDIDOS: mensual, detallando el gasto presentado, beneficio pagado, N° de casos y costo por caso por atención hospitalaria, atención ambulatoria y odontológica.
- PROGRAMA PAMI - DISTRIBUCIÓN DEL GASTO POR AFILIADO: mensual, detallando el gasto presentado, beneficio pagado, N° de casos y costo por caso por atención hospitalaria, atención ambulatoria, dental, por titular, cónyuge, hijos y padres.
- PROGRAMA PAMI – DISTRIBUCIÓN DEL GASTO POR IPRESS: mensual, detallando gasto presentado, beneficio pagado, N° de casos y costo por caso por IPRESS de la atención ambulatoria, hospitalaria y dental.
- PROGRAMA PAMI – DISTRIBUCIÓN DEL GASTO DE ATENCIÓN AMBULATORIA POR DIAGNÓSTICO: mensual, detallando gasto presentado, beneficio pagado, N° de casos y costo por caso por diagnóstico.
- PROGRAMA PAMI – DISTRIBUCIÓN DEL GASTO DE ATENCIÓN HOSPITALARIA POR DIAGNÓSTICO: mensual, detallando gasto presentado, beneficio pagado, N° de casos y costo por caso por diagnóstico.
- INDICADORES DE SINIESTRALIDAD A REQUERIMIENTO DE PETROPERÚ.

- PROGRAMAS MÉDICOS REPORTE E INDICADORES DE RECLAMOS Y QUEJAS: mensual y trimestral.
- SINIESTRALIDAD MENSUAL DE LOS TITULARES A NIVEL CORPORATIVO, SEGÚN GRUPO ETARIO, VINCULADO A ENFERMEDAD CATASTRÓFICA.

2.4.3.10 EVALUACIÓN TRIMESTRAL DE LOS PROGRAMAS MÉDICOS DE PETROPERÚ A NIVEL CORPORATIVO

Con frecuencia de tres (03) meses LA ADMINISTRADORA deberá presentar a la JEFATURA SERVICIOS MÉDICOS de PETROPERÚ, un análisis sobre el comportamiento del gasto en relación con el fondo y la siniestralidad presentada, formulando sugerencias para la optimización de los gastos realizados y a partir del segundo trimestre presentar el avance de las acciones implementadas. Asimismo, deberá realizar trimestralmente una exposición a la Jefatura Servicios Médicos, sobre los temas anteriormente mencionados.

2.4.3.11 LIQUIDACIÓN FINAL

Al término del contrato, LA ADMINISTRADORA se obliga a continuar procesando los expedientes y/o documentación que hubiere generado antes del vencimiento del contrato en un plazo máximo de tres (03) meses. Los expedientes no liquidados después de este plazo, serán reconocidos por LA ADMINISTRADORA.

Presentará información final de la evolución del gasto de los PROGRAMAS MÉDICOS DE PETROPERÚ A NIVEL CORPORATIVO durante el plazo de ejecución del servicio.

La ADMINISTRADORA, deberá hacer entrega en formato Excel de la siguiente información:

- Relación de Afiliados a nivel corporativo (Titulares y dependientes) de los últimos tres años
- Relación de IPRESS afiliadas a nivel nacional a la fecha de culminación del contrato.
- La interfaz corporativa, la cual es migrada a la planilla y contabilidad del último año.
- Información requerida y necesaria para la plataforma virtual.

El pago por los expedientes procesados por la ADMINISTRADORA, posterior al término del servicio, será asumido por PETROPERÚ, siempre que correspondan a atenciones ejecutadas en el periodo contractual.

2.4.3.12 MARKETING Y DIFUSIÓN

LA ADMINISTRADORA buscará estrategias de comunicación para difundir mediante alertas en línea, información de salud relevante de los Programas Médicos.

2.4.3.13 ACUERDO DE NIVELES DE SERVICIO

LA ADMINISTRADORA tendrá como plazos máximos para la atención de requerimientos de los asegurados los siguientes plazos:

REQUERIMIENTO	PLAZO MÁXIMO	COMENTARIO
Carta de Garantía	24 horas	Siempre y cuando la documentación solicitada haya sido remitida de manera correcta.
Reembolsos	07 días útiles	-
Inclusiones y Exclusiones	02 días útiles	-

3. NORMATIVA APLICABLE AL SERVICIO

- Ley 26842 Ley General de Salud.
- Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento, Ley N° 29344, DS N° 008-2010-SA.
- Ley 30562 Ley que precisa aspectos complementarios de la cobertura de preexistencias cruzadas establecida en el artículo 118 de la LEY 29946, Ley del Contrato Seguro.
- Ley 29946, Ley del Contrato Seguro
- Ley 29733, Ley de Protección de Datos Personales.
- Reglamento Programa de Asistencia Médico Familiar – PAMF – Corporativo, aprobado por Gerencia General mediante Memorando RRHH-RI-198-2006 / SM – 110 – 2006 en junio 2006.
- Reglamento del Programa de Atención Médica Integral Talara – CENSO.
- Reglamento del Programa de Atención Médica Integral Selva – PAMI.
- Decreto Supremo N° 010-2016-SA – Disposiciones para las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Pública.
- Resolución de Superintendencia N° 081-2015-SUSALUD/S – Registro de Afiliados al Aseguramiento Universal en Salud – AUS.
- Resolución N° 080-2014-Superintendencia Nacional de Salud/S y Resolución N° 106 -2015-SUSALUD/S – Condiciones Mínimas de los Convenios o Contratos suscritos entre las IAFAS e IPRESS y sus modificatorias.
- Y otras que resulten aplicables.

4. PLAZO DE EJECUCIÓN

El plazo de ejecución del Servicio será de siete (7) meses.

El inicio del Servicio será señalado mediante comunicación formal escrita (carta o correo electrónico) al postor (LA ADMINISTRADORA) elegido de acuerdo con las Condiciones Técnicas del presente Proceso.

5. SISTEMA DE CONTRATACIÓN

A Suma Alzada.

6. MONTO ESTIMADO REFERENCIAL

Reservado.

El Monto Estimado Referencial deberá considerar todo lo necesario para la ejecución del SERVICIO: Equipos, SCTR, los costos a la normativa vigente que involucre la adecuación establecida en el numeral 2.4 e impresiones solicitadas para los reportes generados para el SERVICIO.

7. LUGAR DE EJECUCIÓN

Piura, Talara, Iquitos, Lima y Plantas Operativas de la empresa: Pisco, Chiclayo, Trujillo, Chimbote, Yurimaguas, Pucallpa, Tarapoto, Arequipa, Mollendo, Ilo, Cuzco, Tacna, Cerro de Pasco, Madre de Dios (Puerto Maldonado), Puno (Juliaca) y Supe.

8. REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS

a) PERFIL DEL POSTOR

El postor deberá acreditar experiencia en prestaciones de servicios de administración de programas médicos, colectivos, grupales en la modalidad de autoseguro realizadas a empresas e instituciones públicas o privadas, en los últimos cinco (05) años contados desde la fecha de presentación de propuestas hacia atrás, hasta un número máximo de diez (10) servicios con un monto mínimo de facturación de S/. 5'000,000.00 (Cinco millones con 00/100) soles.

De presentar el postor más de diez (10) servicios, sólo se evaluarán los primeros presentados a fojas correlativas de su propuesta.

No se tomarán en cuenta las asesorías.

Dicha experiencia se acreditará con copia simple de: (i) comprobantes de pago, cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente (por ejemplo: comprobantes de retención, boletas de depósito, estados de cuenta, entre otros) o, (ii) contratos y sus respectivas conformidades de culminación de servicios prestados.

En los documentos presentados deberá figurar en forma clara y legible la descripción del servicio, el nombre o razón social del postor, nombre o razón social del cliente, el monto del contrato o de la factura y la fecha del documento.

En caso el postor presente comprobantes de pagos o contratos en Dólares Americanos, se aplicará el tipo de cambio contable publicado por la Superintendencia de Banca y Seguros y AFP, a fin de conocer la cifra en Soles. Para tal efecto, se tomará en cuenta la cotización del día, en el que se haya otorgado la conformidad del contrato o cancelado el comprobante de pago, según sea el caso.

En caso de Consorcio para efectos de acreditar la experiencia, solo será válida la documentación presentada por la parte o partes del consorcio que ejecutarán las obligaciones establecidas en las Bases del Proceso.

En el caso de consorcios, en la promesa formal, se debe establecer la participación de cada integrante del mismo, si no lo establece se presume que la participación de cada integrante es en proporciones iguales, condición que se mantendrá al suscribirse el contrato de consorcio, así como, la suscripción del contrato con PETROPERÚ.

Asimismo, para los casos de Consorcio deberán considerar el numeral 18.2 del Reglamento de Adquisiciones y Contrataciones y de PEETROPERU, así como lo establecido en las Bases Administrativas.

9. DOCUMENTOS PARA FORMALIZACIÓN DE CONTRATO

Para la suscripción del contrato el postor ganador de la buena pro, deberá presentar un Plan de Trabajo que contenga lo siguiente:

1) Personal para el Servicio:

✓ Cuatro (04) Ejecutiva de Cuenta

Técnico Egresado en Administración o afines (Computación, Contabilidad y Sistemas). Con conocimientos de Office a nivel usuario y atención al cliente. Con experiencia mínima de dos (02) años en funciones administrativas y en atención al cliente.

✓ Dos (02) Médicos Coordinador

Profesional Médico titulado, colegiado y habilitado. Con formación y certificación en auditoría médica Con experiencia mínima de tres (03) años en auditoría médica y/o gestión de servicio de salud. La acreditación de estudios y experiencia se hará mediante copia simple de los certificados de estudios y certificados trabajo emitido por las entidades en la que prestó o presta servicios.

✓ Ocho (08) Médicos Auditores

Profesional Médico titulado, colegiado y habilitado. Con certificación en auditoría médica. Con experiencia mínima de dos (02) años en auditoría médica y/o gestión de servicios de salud.

✓ Dos (02) Auditor Odontólogo

Profesional Odontólogo titulado, colegiado y habilitado. Con formación y certificación en auditoría. Con experiencia mínima de dos (02) años en auditoría odontológica. La acreditación de estudios y experiencia se hará mediante copia simple de los certificados de estudios y certificados de trabajo emitido por las entidades en la que prestó o presta servicios.

La formación académica del personal requerido, será acreditada con copia simple de la constancia de nivel académico requerido.

Los conocimientos serán acreditados con constancias y/o certificados.

La experiencia será acreditada con cualquiera de los siguientes documentos:

(i) Copia simple del Contrato del personal propuesto y su respectiva conformidad de la empresa donde laboró y/o (ii) Constancias y/o (iii) Certificados y/o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia (cargo y tiempo desempeñado) del personal propuesto.

No se aceptarán Currículo Vitae o Declaraciones Juradas para acreditar algún trabajo.

El postor es responsable de que la descripción de los trabajos y/o partidas consignadas en los Certificados y/o Constancias de Trabajo presentados, sean lo suficientemente claras para que pueda ser calificada el tipo de experiencia que se pretende acreditar.

En el caso de la experiencia en años, si el postor presenta certificados de trabajo similares que se han ejecutado simultáneamente (traslape), el cálculo de la experiencia por los trabajos comprometidos será considerando la fecha de inicio del trabajo más antiguo y la fecha de término del trabajo más reciente.

Si en la ejecución del trabajo el personal propuesto ha tenido una participación parcial, entonces el cómputo será por el periodo en el que realmente ha participado.

Notas:

- En caso los grados o títulos hubieran sido expedidos en el extranjero, estos deben estar registrados en la Superintendencia Nacional de Educación Universitaria (SUNEDU), conforme a la normativa especial de la materia². Acreditar con copia simple de la inscripción de la misma, la misma que puede ser verificada en cualquier momento por PETROPERÚ, accediendo al portal web de la SUNEDU.
- En caso de reemplazo durante la ejecución contractual del personal propuesto LA ADMINISTRADORA debe solicitar a PETROPERÚ la autorización de dicho reemplazo, para lo cual deberá alcanzar el sustento correspondiente, así como la documentación del nuevo personal propuesto el cual debe tener un perfil igual o superior al del inicialmente presentado.

- 2) Presentación de la empresa, misión, visión.
- 3) Estructura organizacional en función al servicio contratado.
- 4) Objetivos del plan.
- 5) Implementación y adecuación del Software requeridos por SUSALUD,.
- 6) Estándares de calidad y mecanismos de control.
- 7) Carta de Garantía de Fiel Cumplimiento.
- 8) Servicios complementarios, en adición a los servicios especificados en el Numeral 2.4.3. y otros Valores Agregados.

² Reglamento del Registro Nacional de Grados y Títulos, aprobado por Resolución del Consejo Directivo N° 009-2015-VSUNEDU//CD

- 9) Cronograma de las actividades a implementar conforme a las especificaciones técnicas.
- 10) Declaración Jurada sobre la legalidad del software instalado en sus computadoras

10. GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO

Previo a la emisión del contrato, el postor ganador de la Buena Pro deberá presentar como garantía de Fiel Cumplimiento: Carta Fianza que deberá ser emitida por una suma equivalente al 10% del monto contractual y tendrá vigencia hasta la conformidad de la recepción de la última prestación del servicio a cargo de LA ADMINISTRADORA.

La garantía será solidaria, irrevocable de carácter incondicional, de realización automática y sin beneficio de excusión, al solo requerimiento de PETROPERÚ S.A., bajo responsabilidad de las entidades que las emiten, las mismas que deberán estar dentro del ámbito de supervisión de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP o estar consideradas en la última lista de Bancos extranjeros de primera categoría que periódicamente publica el Banco Central de Reserva.

LA ADMINISTRADORA se compromete a renovar y mantener la garantía hasta la conformidad de la recepción de la última prestación del servicio a su cargo.

11. PENALIDADES

PETROPERÚ podrá aplicar las siguientes penalidades específicas a LA ADMINISTRADORA:

Infracción	Incumplimiento	Penalidad
001	Por cambio de personal propuesto en las sedes de PETROPERÚ sin conocimiento ni autorización de PETROPERÚ.	0.10 UIT por ocurrencia
002	Por inadecuada Liquidación de Beneficios o cargos inadecuados a los trabajadores, sujeto a reclamos de los trabajadores.	0.05 UIT por ocurrencia
003	Por inadecuada afiliación de un trabajador o su dependiente a los Programas Médicos (no aparecen en el sistema del Administrador o en el sistema de SUSALUD), sujeto a reclamos de los trabajadores.	0.05 UIT por ocurrencia
004	Incumplimiento en las obligaciones de la normativa emitidas por y sanciones que emite SUSALUD	0.50 UIT por ocurrencia
005	Por incumplir los plazos de atención señalados en el numeral 2.4.3.13 (Cartas de Garantía, Inclusiones y Exclusiones)	0.10 UIT por ocurrencia
006	Por incumplir del plazo máximo establecido para la liquidación de reembolsos.	0.02 UIT por ocurrencia

En caso se le aplique una sanción económica a PETROPERU, por causas atribuibles a LA ADMINISTRADORA, dicho monto será deducido de los pagos a cuenta o si fuese necesario de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento.

La reiteración de incumplimientos podrá motivar que PETROPERÚ resuelva el contrato, en concordancia con el numeral 18.6 del Reglamento de Adquisiciones y Contrataciones de PETROPERÚ.

12. ADICIONALES Y REDUCCIONES

De acuerdo con el numeral 18.11 del Reglamento de Adquisiciones y Contrataciones, PETROPERÚ podrá ordenar la ejecución de prestaciones adicionales o reducciones, siempre que sean indispensables para alcanzar la finalidad del contrato. El costo de los adicionales se determinará sobre la base de las Condiciones Técnicas del servicio y de las condiciones y precio pactados en el contrato.

El contratista ampliará o reducirá proporcionalmente el monto de la garantía de Fiel Cumplimiento que hubiera otorgado, según corresponda.

13. SUBCONTRATACIÓN

El presente servicio no contempla subcontrataciones. De detectarse subcontrataciones, será causal de resolución del contrato.

14. FACTURACIÓN Y FORMA DE PAGO

14.1 Pago del Servicio

PETROPERÚ realizará pagos parciales mensuales durante los siete (07) meses por concepto de Honorarios de LA ADMINISTRADORA, cuyo importe será fijo, durante el plazo de ejecución del Servicio. Es decir, el pago del Servicio se realizará en siete (07) pagos mensuales.

El pago del Servicio se efectuará a los treinta (30) días calendario de la presentación correcta de la factura del mes vencido en la Oficina de Trámite Documentario de PETROPERÚ, previa conformidad del servicio. Las facturas incorrectas serán devueltas para su subsanación, rigiendo el plazo a partir de la fecha de su correcta presentación.”

14.2 Pago de Liquidación a las IPRESS

PETROPERÚ abonará a las IPRESS el monto registrado en la liquidación de cobranza que alcance LA ADMINISTRADORA, de acuerdo a las facturas liquidadas por el concepto de los servicios prestados, dentro de los veinte (20) días a PETROPERÚ, mediante las liquidaciones de cobranza respectivas. Las liquidaciones de cobranza que adjunten facturas incorrectas y las interfaces para el registro en el software de planillas y contabilidad serán devueltas para su subsanación, rigiendo el plazo a partir de la fecha de su correcta presentación.

15. OBLIGACIONES DE PETROPERÚ

- Al inicio del servicio PETROPERÚ, entregará la información requerida y los modelos de formatos (informes, reportes, inscripciones, etc.) necesarios para la ejecución del servicio. La impresión de los reportes e informes estará a cargo de LA ADMINISTRADORA.
- PETROPERÚ en virtud de la Ley N° 29783 “Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, brindará capacitación relacionada a la Seguridad y Salud en el Trabajo, al personal que ingrese a las instalaciones, de ser el caso.

16. OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDADES DE LA ADMINISTRADORA.

- LA ADMINISTRADORA, deberá proporcionar los recursos suficientes para cumplir con el servicio en los plazos establecidos en las presentes Condiciones Técnicas, los cuales deberán ser considerados en el monto de su oferta.
- Ejecutará los trabajos conforme al Contrato y a las presentes Condiciones Técnicas.
- Cuidará que toda información, de cualquier origen, referida a las instalaciones y personal, que por razones de trabajo llegue a conocimiento de LA ADMINISTRADORA, se mantenga en estricta reserva. Cualquier infidencia que a criterio de PETROPERU pueda afectarle, será considerada como falta grave, por lo que PETROPERU podrá resolver el Contrato.
- Usará sus propios recursos y ejecutará los trabajos, proporcionando personal, equipos, herramientas, dirección técnica y administrativa necesaria para la completa ejecución del Contrato, garantizando el cumplimiento de sus actividades en forma plena y eficiente durante la vigencia del contrato.
- Deberá tomar medidas preventivas que sean necesarias para evitar que ocurran paralizaciones laborales de su personal y puedan afectar la ejecución de los Servicios, caso contrario se aplicará la penalidad por mora.
- El Contratista se compromete y somete al Sistema de Integridad que comprende: el Código de Integridad, Lineamientos del Sistema de Integrado y la Política Antifraude y Anticorrupción de PETROPERÚ S.A.
- Los tributos o gravámenes que correspondan a LA ADMINISTRADORA, así como las responsabilidades de carácter laboral y por el pago de aportaciones sociales de su personal, son de exclusiva responsabilidad y no son transferibles a PETROPERÚ S.A. Queda entendido que el contrato es de naturaleza administrativa y no genera vínculo laboral alguno.
- En caso de presentarse problemas laborales entre LA ADMINISTRADORA y sus trabajadores, y estos últimos como medida de fuerza dejen de laborar, el Consultor debe de culminar la prestación del servicio contratando nuevo personal que cumpla con el perfil requerido y tener una experiencia igual o superior al (los) reemplazado(s); caso contrario PETROPERÚ S.A. se reserva el derecho de resolver el contrato.
- Asimismo, el cumplimiento de lo establecido en el numeral 18.7 Responsabilidad del Contratista - del Reglamento de Adquisiciones y Contrataciones de Petroperú.
- En caso PETROPERÚ mediante Hojas de Acción aprobadas por el nivel correspondiente, realice modificaciones a los Reglamentos (PAMF,

CENSO o PAMI) LA ADMINISTRADORA deberá realizar su implementación.

17. CAUSALES DE RESOLUCIÓN DE CONTRATO

El Contrato podrá ser resuelto de conformidad con lo indicado en el numeral 18.6 del Reglamento de Adquisiciones y Contrataciones de PETROPERÚ.

18. SEGURIDAD Y PROTECCIÓN DEL AMBIENTE

El Consultor deberá cumplir con lo establecido en el Manual Corporativo de Seguridad, Salud y Protección Ambiental para Contratistas de PETROPERU.

19. SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

El CONTRATISTA deberá cumplir con la Política Corporativa, Reglamento y Procedimientos de Seguridad de la Información de PETROPERÚ, guardar confidencialidad y reserva de la información a la que acceda en virtud del presente servicio, y reportar de inmediato cualquier irregularidad de seguridad de la información detectada.

20. ADMINISTRACION Y CONFORMIDAD

La administración del Servicio estará a cargo de la Jefatura Servicios Médicos – Gerencia Departamento Cultura y Bienestar – Gerencia Gestión de Personas y la Conformidad a cargo del Jefe de Servicios Médicos.

21. CLÁUSULAS COVID-19

1. El Contratista/Proveedor/Concesionario/Arrendatario se encuentra obligado a contar con un “Plan para Vigilancia, Prevención y Control de COVID-19”, conforme a la Resolución Ministerial N° 239-2020-MINSA, sus modificatorias y los Protocolos Sectoriales que le correspondan, así como su Registro en el SICOVID-19, incluirá todas las medidas a adoptar para prevenir la infección y propagación del referido virus, siendo requisito mínimo el cumplimiento de las disposiciones de seguridad y salud recogidas en la normativa legal peruana y el Procedimiento N° PROA1-350 "Medidas de Seguridad y Salud Ocupacional para el Retorno a Labores en Instalaciones de PETROPERÚ" vigente, el mismo que será verificado por el Administrador del Contrato de PETROPERÚ
2. En caso el Contratista/Proveedor/Concesionario/Arrendatario, sus trabajadores y/o personal, incumplan las medidas y procedimientos de seguridad establecidas contra el COVID-19, de acuerdo con su Plan y las disposiciones establecidas por PETROPERU S.A. para tal efecto, indicado en el numeral precedente; o presente información falsa relacionada a seguridad y salud ocupacional, PETROPERÚ como medida inmediata prohibirá el ingreso del trabajador/personal relacionado con dicho incumplimiento a sus instalaciones, sin perjuicio de adoptar las medidas pertinentes contra el Contratista/Proveedor/Concesionario/Arrendatario.
3. Toda multa o sanción económica determinada por los organismos fiscalizadores que afecten a PETROPERÚ y tenga como origen el

incumplimiento de las presentes Cláusulas será asumida íntegramente por el Contratista/Proveedor/Concesionario/Arrendatario.

4. Todo CONTRATISTA que desarrolle labores presenciales en las instalaciones de PETROPERÚ debe cumplir con los procedimientos de prevención del COVID-19 aplicables a contratistas recogidos en el Plan para la Vigilancia, Prevención y Control COVID-19 de PETROPERÚ, de no hacerlo será causal de resolución de contrato. Adicionalmente, el CONTRATISTA se encuentra obligado a contar con un “Plan para la Vigilancia, Prevención y Control COVID-19”, conforme a la Resolución Ministerial N° 448-2020-MINSA, sus modificatorias y los Protocolos Sectoriales que le correspondan. El referido plan debe ser registrado o notificado ante el Ministerio de Salud (MINSA) y comunicado al Administrador de Contrato, previo al inicio del Servicio, señalando expresamente que su incumplimiento será causal de resolución del contrato.

5. Aplicación de Penalidades:

Incumplimiento	Penalidad
Trabajador o personal del Contratista/Proveedor/Concesionario/Arrendatario que ingrese a las instalaciones de PETROPERÚ, e incumpla las medidas de prevención y protección contra el COVID-19, indicadas en las Cláusulas COVID-19.	0.1 UIT por evento (*)
El Contratista/Proveedor/Concesionario/Arrendatario que no cumpla lo establecido en las medidas de prevención y protección contra el Coronavirus (COVID-19), señaladas en las cláusulas COVID-19 o no provea de los recursos necesarios para su cumplimiento.	2 UIT por evento (*)

(*) Monto máximo por penalidad acumulado equivalente al 10% del monto contractual. La Unidad Impositiva Tributaria (UIT) será la vigente al momento de aplicar la penalidad y será cargada (concesionario/arrendatario) o deducida (contratista/proveedor) de los pagos a cuenta, del pago final o en la liquidación final.

22. CLÁUSULAS Y PENALIDADES DE AMBIENTE, SEGURIDAD Y SALUD

- En caso el CONTRATISTA, sus trabajadores y/o personal: intente o cometa actos de sustracción (robo o hurto) de bienes o sustancias de propiedad de PETROPERÚ, o se presente a laborar bajo la influencia del alcohol o drogas, PETROPERÚ como medida inmediata prohibirá el ingreso del trabajador relacionado con dicho incumplimiento a cualquiera de sus instalaciones de manera indeterminada, sin perjuicio de adoptar las medidas pertinentes contra el CONTRATISTA.
- PETROPERÚ aplicará penalidades que serán deducidas de los pagos a cuenta, del pago final, en la liquidación final, o de garantías de fiel cumplimiento del CONTRATISTA.
- En caso un mismo incumplimiento califique para la aplicación de más de una penalidad, se aplicará aquella de mayor monto.

DESCRIPCIÓN DEL EVENTO A PENALIZAR		Requerimiento Legal Relacionado	Aplicación de Penalidad*	Penalidad (% del monto contractual, incluye impuestos)
1	Incumplir alguna medida de seguridad y salud ocupacional contemplada en el “Manual Corporativo de Seguridad, Salud y Protección Ambiental para Contratistas de PETROPERÚ”,	Ley 29783 Art. 21°	Por evento	

	<p>que como consecuencia origine alguno de los eventos, según determine el proceso de investigación a cargo de PETROPERÚ:</p> <p>-Accidente mortal o Accidente incapacitante total o parcial permanente</p> <p>.....</p> <p>-Accidente incapacitante temporal (por ocurrencia)</p> <p>-Incidente peligroso</p> <p>-Accidente leve (sólo si la compañía registra anteriormente por lo menos 2 accidentes leves o 1 incapacitante en el contrato vigente)</p> <p>.....</p> <p>El contratista tendrá cinco (5) días hábiles para presentar sus descargos a los resultados de la investigación de PETROPERÚ, pudiendo ser ampliados en caso lo justifique mediante carta al Administrador de Contrato.</p> <p>Es preciso indicar que en el caso de un accidente mortal o accidente incapacitante total o parcial permanente, PETROPERÚ evaluará la continuidad del contrato de la compañía contratista. Si se decide resolver el contrato, no le aplicará la penalidad.</p>			<p>... 5%</p> <p>... 2%</p> <p>... 1%</p> <p>... 1%</p>																																								
2	<p>No informar dentro de la primera hora de ocurrido a PETROPERÚ, cualquier incidente o accidente de trabajo.</p>	<p>RCD 172-2009-OS/CD Art. 6°</p> <p>DS 005-2012-TR Art. 110°</p>	<p>Por evento</p>	<p>1%</p>																																								
3	<p>No realizar los exámenes ocupacionales periódicos o de retiro al personal a su cargo de acuerdo con la normativa legal y los riesgos de su actividad.</p>	<p>Ley 29783 Art. 49° d</p>	<p>Por evento</p>	<p>1%</p>																																								
4	<p>No asignar o contar con los profesionales de seguridad y ambiente (QHSSE) de acuerdo con el perfil y nivel de riesgo establecido en el "Manual Corporativo de Seguridad, Salud y Protección Ambiental para Contratistas de PETROPERÚ" o no cumplir con el número mínimo de profesionales QHSSE según la siguiente tabla:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">N° Persona por Equipo o Locación</th><th colspan="3">Actividades según el nivel de riesgo</th><th rowspan="2">Profesional QHSSE (***)</th></tr> <tr> <th>Alto</th><th>Medio</th><th>Bajo</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Menor de 20</td><td>X(*)</td><td>-</td><td>-</td><td>1</td></tr> <tr> <td>-</td><td>X(*)</td><td>X(**)</td><td>1</td></tr> <tr> <td rowspan="2">De 20 a 50</td><td>X</td><td>-</td><td>-</td><td>1</td></tr> <tr> <td>-</td><td>X</td><td>X(**)</td><td>1</td></tr> <tr> <td rowspan="2">De 51 a 75</td><td>X</td><td>-</td><td>-</td><td>1</td></tr> <tr> <td>-</td><td>X</td><td>X(**)</td><td>1</td></tr> <tr> <td>De 76 a 100</td><td>X</td><td>-</td><td>-</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>	N° Persona por Equipo o Locación	Actividades según el nivel de riesgo			Profesional QHSSE (***)	Alto	Medio	Bajo	Menor de 20	X(*)	-	-	1	-	X(*)	X(**)	1	De 20 a 50	X	-	-	1	-	X	X(**)	1	De 51 a 75	X	-	-	1	-	X	X(**)	1	De 76 a 100	X	-	-	2	<p>DS 043-2007-EM Art. 17. 1°</p> <p>DS 005-2012-TR Art. 39°</p> <p>RM 448-2020-MINSA</p>	<p>Por evento</p>	<p>1%</p>
N° Persona por Equipo o Locación	Actividades según el nivel de riesgo			Profesional QHSSE (***)																																								
	Alto	Medio	Bajo																																									
Menor de 20	X(*)	-	-	1																																								
	-	X(*)	X(**)	1																																								
De 20 a 50	X	-	-	1																																								
	-	X	X(**)	1																																								
De 51 a 75	X	-	-	1																																								
	-	X	X(**)	1																																								
De 76 a 100	X	-	-	2																																								

			-	X	X	1				
	De 101 a más	-	-	-	-	1 por cada 50 trabajadores adicionales				
	<p>-Para horarios rotativos, se debe considerar sus respectivos relevos, con el fin de garantizar la continuidad de la supervisión QHSSE.</p> <p>-En los siguientes casos, uno de los trabajadores del equipo contratista podrá cumplir las funciones del profesional QHSSE, sin eximir al contratista del cumplimiento de la legislación vigente que aplique a la actividad contratada:</p> <p>(*) Para trabajos con un nivel de medio y alto riesgo, con menos de 20 trabajadores,</p> <p>(**) Para trabajos con un nivel de riesgo bajo, con un número de hasta 75 trabajadores. El trabajador del contratista que desempeñe el cargo de profesional QHSSE, deberá aprobar los cursos virtuales dictados por PETROPERÚ: Inducción, IPERC/ATS y Permisos de Trabajo, con una duración total de 24 horas. La vigencia de estos cursos es de 2 años.</p> <p>(***) Esta cantidad podría variar en caso el originador lo sustente con un informe técnico a Logística, según la naturaleza de la actividad a contratar, aprobado por el nivel 4B.</p>									
5	Realizar trabajos no autorizados por PETROPERÚ, no contemplados en el permiso de Trabajo, o emplear personal que trabaja para otra compañía contratista o servicio diferente.						DS 043-2007-EM Art. 61°	Por evento	1%	
6	Intento de ingresar o haber ingresado de manera oculta armas, equipos no intrínsecos (teléfono celular, cámara fotográfica) o sustancias prohibidas (drogas, alcohol) dentro de las instalaciones de PETROPERÚ.						DS 043-2007-EM Art. 17. 1° RAD 044-2017-APN-DIR	Por evento	1%	
7	Interrumpir algún control establecido en la matriz de Identificación de Peligros , Evaluación de Riesgos y Determinación de Controles (IPERC), en el Permiso de Trabajo, en el Análisis de Trabajo Seguro o en la matriz ambiental.						Ley 29783 Art. 21°	Por evento	1%	
8	No devolver a PETROPERÚ los pases de ingreso vencidos o de aquel personal que ya no cuenta con vínculo laboral o autorización para ingresar a las instalaciones.						RAD 044-2017-APN-DIR	Por evento	0.3%	
9	No asistir a las reuniones de seguridad para contratistas programadas por las dependencias de seguridad de la sede de trabajo correspondiente.						DS 043-2007-EM Art. 17.1°	Por evento	0.3%	
10	Emplear equipos de protección personal sin certificación, deteriorados, en condiciones						DS 043-2007-EM	Por evento	0.5%	

	insalubres (ejemplo: botas humedecidas) o entregar equipos al personal que no sean nuevos.	Art. 17.1°		
11	Incumplir el Programa de Actividades de Ambiente, Seguridad y Salud Ocupacional presentado por el contratista para el servicio, de acuerdo con lo requerido por el Manual Corporativo de Seguridad, Salud y Protección Ambiental para Contratistas.	DS 005-2012-TR Art. 26° h	Por evento	0.5%
12	Emplear equipos, máquinas o herramientas hechas o no diseñadas para la labor que se ejecuta.	DS 043-2007-EM Art. 17.1°	Por evento	0.5%
13	No realizar un adecuado acopio, almacenamiento temporal, transporte, tratamiento y/o disposición final de los residuos sólidos generados en los tópicos médicos.	Ley 27314	Por evento	0.5%
14	No adoptar medidas para el control y minimización de los impactos generados por siniestros o emergencias ocurridos a causa o con ocasión del desarrollo de sus actividades, o no efectuar la limpieza y descontaminación de las áreas afectadas como consecuencia. Esta penalidad es aplicable a las actividades del contratista que impliquen la manipulación de componentes (infraestructuras, equipos) destinados al almacenamiento, transporte, despacho, recepción, procesamiento de materiales peligrosos.	DS 043-2007-EM Art. 17.1°	Por evento	2%

ANEXO N° 1

REGLAMENTO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA FAMILIAR (PAMF) UNIFICADO A NIVEL CORPORATIVO

1. DEFINICIÓN

El Programa de Asistencia Médico Familiar-PAMF, es uno de los beneficios que otorga PETROPERU a sus trabajadores, en la modalidad de Autoseguro, con el objeto de ayudar al titular y sus familiares directos, inscritos, a costear los gastos que le demande la prevención y promoción de la salud y el tratamiento médico quirúrgico, hospitalario, ambulatorio integral, como consecuencia de accidentes o enfermedades, hasta los montos máximos especificados en la tabla de beneficios (ANEXO N° 1-A).

Brinda, además, cobertura de atención por concepto de maternidad, atención odontológica, transporte por evacuación y sepelio, bajo los alcances y límites señalados en el presente Reglamento.

2. PARTICIPANTES

Pueden participar de los beneficios de este programa, los trabajadores y sus dependientes directos que se detallan a continuación y quienes previamente deben encontrarse en los registros de la empresa. La validación de la filiación de los dependientes corresponde a la Función Personal, igualmente la condición de contrato del titular. Para cumplir con esta inscripción, se deberá anexar los documentos que sustenten el parentesco, así como copia del DNI.

- a) Trabajadores de PETROPERÚ S.A, administrativos, empleados y obreros activos, regulares y permanentes.
- b) El personal contratado a plazo fijo, directamente por PETROPERÚ S.A.
- c) El personal Becario, el Secigrista y el profesional SERUMS que realice sus prácticas en PETROPERÚ S.A. Bajo las siguientes condiciones:
 - aquellos casos que son producto de problemas psiquiátricos o derivados del uso o afición de drogas, estupefacientes o alcoholismo, así como los provocados por intento de suicidio o por participar en actos No tienen derecho sus familiares.
 - Los practicantes están cubiertos por el Programa de Asistencia Médica-PAMF, **bajo el Plan "A"**.
 - Los hijos de los servidores que se encuentran inscritos como dependientes en el PAMF y optan la condición de Becario, serán excluidos del Programa Regular e inscritos en el Programa Becario, manteniendo el mismo Plan en el que se encontraban afiliados, exonerándolos del pago de cuota de aportación, coaseguro y deducible hospitalario. Sí paga el deducible de la consulta ambulatoria
 - La cobertura de atención comprende sólo las enfermedades que pueden presentarse durante el tiempo que dure la beca y no aquellas que se originen antes que inicie su relación con la Empresa (condiciones preexistentes).
 - El llenado de la Declaración Jurada será coordinado con la Función Capacitación - Recursos Humanos, donde se precisará el Programa al cual va afiliarse: PAM - BECARIO, PAM – SECIGRA.

- El Serums se inscribe en el Plan “B” aportando la cuota como titular. Su cobertura tiene deducibles y coaseguros. Es solo para las enfermedades que pudieran presentarse durante su práctica.
- d) Cónyuge ó conviviente, sin límite de edad inscrito en los registros de la PETROPERU, reconocidos de acuerdo a ley.
- e) Hijos:
 - e1) Hijos(as) solteros(as) reconocidos(as) o legalmente adoptados que no tengan a su vez hijos, hasta los 18 años, extendiéndose hasta cumplir los 25 años, si dependen del servidor y acreditan su condición de estudiantes de universidad o escuelas técnicas (cuya duración de la carrera a seguir sea igual o mayor de 1 año). El programa solamente admite una carrera profesional o una técnica. Para tal efecto, el solicitante deberá presentar carta de la institución, certificando la condición de estudiante y el tiempo de duración de la carrera.
 - e2) Hijos(as) de 18 años hasta cumplir los 21 años que sean dependientes, que vivan con el trabajador, que no estén casados, que no trabajen, que no tengan hijos, pagando cuota especial. La evidencia de embarazo es motivo de exclusión del PAMF.
 - e3) Hijos discapacitados, sin límite de edad, permanentemente desde su nacimiento o por accidente. No incluye por causa delictiva y /o subversiva.
Los hijos discapacitados mientras estudien hasta los 25 años, pagarán la cuota regular (incluido dentro del grupo familiar), si no estudian a partir de 18 años de edad, pagarán la cuota especial.
- f) Padres sin límite de edad, y sólo aplica para afiliados de titulares inscritos antes del 01.01.2018.

NOTA IMPORTANTE

- A.** Ningún trabajador podrá inscribir como dependiente a otro trabajador de la empresa.
- B.** Ninguna persona puede ser inscrita dos veces en el Programa.
- C.** En el caso de dos servidores hermanos, cada uno de ellos podrá inscribir a un padre, o uno de ellos inscribir a los dos.
- D.** El titular debe reinscribir todos los años en el lapso del 1ero de enero al 30 de marzo, a los hijos mayores de 18 años que acreditan su condición de estudiante para asegurar la continuidad del beneficio PAMF.
- E.** El día 31 de marzo de cada año, el sistema mecanizado PAMF, dará de baja a todos los hijos mayores de 18 años que no hayan sido reinscritos durante el periodo del 1ero al 30 de marzo, a excepción de los hijos discapacitados y aquellos comprendidos entre 18 a 21 años como hijo no estudiante.
- F.** Los hijos inscritos en el PAMF Programa Regular, serán excluidos automáticamente al cumplir los 25 años de edad.
- G.** Cuando un trabajador se encuentra con licencia sin goce de haber por un período de tiempo mayor a un mes, él y sus dependientes quedan excluidos del programa, durante el tiempo que dure dicha licencia, rehabilitándose sus derechos desde el primer día que se reintegre a su trabajo, si el periodo de licencia es menor a un año, se le excluye del

periodo de carencia. Es obligación del trabajador llenar para todos los efectos la Declaración Jurada (ANEXO N° 3).

- H. Cuando el servidor fallece, se excluirán a los beneficiarios de Programa Regular y se reinscribirán bajo la modalidad de Programa Especial, beneficio que se otorga sólo al cónyuge y a los hijos menores de dieciocho años durante (2) dos años. Estos deudos pagarán deducibles, coaseguros y gastos no cubiertos, tanto en el ambulatorio como en el hospitalario. Quedan excluidos los padres e hijos mayores de 18 años que estuvieron afiliados.

3. TIPOS DE PLANES Y BENEFICIOS

El Programa de Asistencia Médica Familiar contempla dos planes A y B.

A. PLAN A

Beneficios máximos de acuerdo al ANEXO N° 1-A.

B. PLAN B

Beneficios máximos son mayores que el Plan A. ANEXO N° 1-A.

NOTA IMPORTANTE

Para que el trabajador y sus familiares directos tengan derecho a los beneficios, deberán ser inscritos en el PAMF y estar en los registros de PETROPERU. Asimismo, el Programa de Asistencia Médico Familiar no contempla que el trabajador esté en un plan y sus familiares en otro.

Los beneficios de los planes propuestos se detallan en el ANEXO N° 1-A.

4. INSCRIPCION, CÓMO, CUÁNDO Y DÓNDE SE REALIZAN

Las inscripciones para los diferentes planes deberán ser realizados por el titular, completando la Declaración Jurada (ANEXO N° 1-C), en original y copia, adjuntando los documentos sustentatorios tales como:

- Partida de Nacimiento del titular e hijos.
- Partida de matrimonio del titular.
- Copia simple del documento de identidad del titular, cónyuge, padres e hijos mayores de 18 años.
- Constancia de estudios para los hijos mayores de 18 años que cursan estudios superiores.
- Certificado médico de discapacidad otorgado por EsSalud, en caso de hijos discapacitados.
- Declaración jurada notarial de convivencia mínimo dos (2) años haciendo constar el estado de soltería de la pareja y certificado o constancia domiciliaria que acredite la residencia de los convivientes, datos que debe ser corroborados por Servicio Social de la empresa.
- Fotos tamaño carné con antigüedad no mayor a dos (2) meses consignando los nombres la reverso.

Se realiza al momento en que el servidor ingresa a PETROPERU, debiendo presentarse a la Función Médica para su orientación.

Los Trabajadores nuevos, dependientes y nuevos familiares a excepción de los hijos inscritos a su nacimiento, tienen un periodo de carencia de noventa

(90) días calendario para las preexistencias, incluyendo el beneficio por maternidad. Sólo tienen atención para casos de emergencia médica y / o accidental.

Trabajadores permanentes podrán cambiar de plan en cualquier momento, las enfermedades pre existentes a la fecha del cambio del plan (de menor a mayor), serán cubiertas con el beneficio máximo del plan anterior durante 90 días calendarios.

Cuando el trabajador excluye a sus beneficiarios afiliados al PAMF y luego transcurrido un año, decide nuevamente reinscribirlos; reingresa al PAMF con periodo de carencia de 90 días y sólo tiene el beneficio en casos de situación de emergencia médica y/o accidental.

NOTA IMPORTANTE

Queda bajo entera responsabilidad del trabajador el no poder hacer uso del programa, al no presentar DNI y la documentación sustentatoria de filiación

5. CUOTAS DE APORTACIÓN DE LOS TRABAJADORES AL PAMF

Las cuotas de los trabajadores van a depender del programa elegido y de la carga familiar. Ver Anexo N° 1-B

Las cuotas de aportación serán reajustadas toda vez que se realicen mejoras en el PAMF.

NOTA IMPORTANTE

Los trabajadores de Iquitos podrán hacer uso pleno del Programa de Asistencia Médica Familiar, asimismo los titulares de Talara y sus familiares.

6. BENEFICIOS QUE OTORGA EL PAMF

Este programa cubre los gastos hospitalarios y ambulatorios hasta los montos que se señalan en la tabla de beneficios máximos (Anexo 1) y que no se encuentren especificados dentro de los gastos no cubiertos, según las siguientes consideraciones:

6.1. COBERTURAS

A. Gastos Hospitalarios

Gastos de clínica u hospital por internamiento (habitación y alimentación incluyendo dietas especiales y cuidados normales).

Estos beneficios involucran honorarios médicos (anestesiólogos, ayudantías), oxígeno, derecho de sala de operaciones, sala de recuperación y de cuidados intensivos, exámenes auxiliares o especializados que deriven de la ocurrencia y medicinas.

A cargo del trabajador: deducible, coaseguro y gastos no cubiertos que serán descontados por planilla.

B. Gastos Ambulatorios

Gastos por atención en consultorios externos de clínica, en consultorios particulares o en caso necesario a domicilio del paciente, incluye: honorarios, médicos, servicios clínicos, exámenes de laboratorio, pruebas auxiliares y medicinas ordenadas por el médico tratante.

Medipac - Programa Alternativo-incluye: consulta, farmacia, radiología, laboratorio, al cual puede acceder todos los afiliados al PAMF, no es de exclusividad para Operaciones Oleoducto.

A cargo del trabajador: deducible, coaseguro y gastos no cubiertos

C. Gastos en el Extranjero

El programa contempla gastos en el extranjero cuando los mismos son producto de un accidente o emergencia de salud probada y en los casos de evacuación autorizados previamente por escrito por los médicos de la empresa. En estos casos se reconocerán los gastos efectuados en el extranjero, hasta los topes máximos que contempla el PAMF. Los expedientes deben de contar con el reconocimiento del consulado para procesar la liquidación de reembolso.

NOTA IMPORTANTE

No cubre los gastos originados por afiliados residentes fuera del país

6.2. BENEFICIOS ADICIONALES

El Programa cubre los beneficios que se indican a continuación hasta límites establecidos, independiente de la indemnización máxima señalada.

A. Gasto de Emergencia Accidental

Cubre los gastos en que incurra un afiliado como consecuencia de un accidente que no derive en una hospitalización. Ese tratamiento se tipifica como emergencia accidental y se obtiene el beneficio sin aplicación de deducible hasta los límites señalados, siempre y cuando la atención sea dentro de las 48 horas de producido el accidente.

Son considerados como emergencias accidentales las siguientes situaciones:

- Traumatismo: Luxaciones, esguinces, fracturas
- Heridas cortantes de cualquier etiología
- Quemaduras de cualquier etiología
- Mordeduras de animales y picaduras de insectos con reacción alérgica de cualquier etiología

B. Gastos de Transporte por Evacuación

Cubre los gastos de transporte por evacuación médica por paciente y por ocurrencia, en ambulancia a o de la clínica y/o avión comercial o equivalente, siempre que sea dispuesto y certificado por el médico de PETROPERÚ de la operación de origen. Cuando la ambulancia es el medio de transporte por evacuación el beneficio será equivalente al de avión comercial.

En los lugares donde no exista médico de la empresa, el afiliado deberá presentar el certificado del médico tratante sustentando la evacuación

médica, esta opinión, será ratificada por la Función Médica de la Oficina Principal o de la Operación de origen.

En casos de los hijos menores hasta los (18) dieciocho años, viajarán con acompañante, igualmente viajarán con acompañante cuando el paciente se encuentre grave o incapacitado físicamente para valerse por sí mismo. Esta decisión será certificada y avalada por la Función Médica de PETROPERU.

En casos graves que además del acompañante requieran de un médico ó enfermera, se reconocerá el pasaje, previa autorización de la Función Médica. Los honorarios para el caso del profesional médico, el programa reconocerá como máximo hasta un sueldo mínimo vital y para el profesional de enfermería, se reconocerá hasta el 75 % del sueldo mínimo vital.

NOTA IMPORTANTE

Para otorgar este beneficio, la suma de los gastos de los pasajes del paciente (número de veces evacuado por la misma ocurrencia) y del acompañante (familiar y/o médico), no podrá exceder el monto máximo del beneficio por transporte.

Los pasajes del trabajador no son cubiertos por el PAMF. Los cubre la Empresa como beneficio directo.

C. Gastos de Sepelio

En caso de fallecimiento de un afiliado a consecuencia de un accidente (presentación del parte o denuncia policial) o enfermedad (certificado médico de defunción y partida de defunción), se reconocen los gastos incurridos por los siguientes conceptos: Ataúd, espacio para sepultura perpetua, capilla ardiente, alquiler de carroza, alquiler de carros para flores y cargadores, salón velatorio, hasta el tope del monto máximo establecido.

También se reconoce los gastos por responso, conducción, inhumación, cremación, honorarios médicos (embalsamamiento y otros). Pago de sanidad, traslado de aeropuerto, flete, trámites municipales, embalajes hasta el tope máximo establecido.

D. Gastos por Maternidad

Se otorga una vez que la afiliada haya aportado al Programa como mínimo diez (10) meses. El Control prenatal será una vez al mes, del primero al sexto mes, y dos veces al mes, del séptimo al noveno mes. Cubre los gastos del parto incluyendo los gastos por el hijo, durante los primeros siete días de nacido. El recién nacido no tiene carencia, los beneficios de los hijos inscritos rigen desde el primer día de nacido.

Se cubren también los gastos por abortos no provocados, considerándose como tal la pérdida, antes de las veinte semanas de gestación y las complicaciones orgánicas del embarazo que impliquen amenazas de parto prematuro.

Los casos de cesárea u otras complicaciones quirúrgicas en las que se haya efectuado una operación abdominal, serán liquidados bajo los

beneficios máximos de hospitalización, aplicándose los límites correspondientes.

NOTA IMPORTANTE

No gozan del beneficio de maternidad las hijas y la madre del servidor, así como la originada por la concepción en la Titular o dependiente del titular, antes de la fecha de Inscripción al PAMF. No cubre este beneficio a titular Becarias, Secigras, ni Serums.

E. Gasto por Control de Niño Sano

Cubre la consulta de control de niño sano en el primer año, incluye vacunas según esquema de vacunación de MINSA vigente. (BCG, Polio, Difteria, Tétano, Pertusis, Sarampión, Rubéola, Parotiditis, Antineumocócica y Rotavirus)

F. Oncología

EL PAMF cubre al 100%, los gastos por oncología de acuerdo a los límites establecidos por el programa en su Tabla de Beneficios (ANEXO N° 1-A).

G. Gastos Odontológicos

Todos los afiliados al PAMF, incluidos padres, tienen automáticamente el beneficio odontológico.

Cubre la consulta odontológica, odontograma, obturaciones, profilaxis, extracciones, radiografías y endodoncias, Prótesis dental para los titulares hasta los límites establecidos en la Tabla de Beneficios Dental. No cubre, cirugías odontológicas, ortodoncias ni prótesis odontológicas para los familiares.

Los practicantes, sólo tienen el beneficio odontológico de la pieza afectada que causa molestia.

6.3. DESCRIPCIÓN DE TÉRMINOS

A. Beneficio Máximo por Ocurrencia

Se refiere al monto máximo acumulable por cada enfermedad durante el periodo de indemnización. (Del 1ero de enero al 31 de diciembre). Consecuentemente, cada enfermedad diferente en el tiempo, le otorga al afiliado la posibilidad de alcanzar el beneficio máximo.

Una misma enfermedad puede involucrar gastos hospitalarios y ambulatorios indistintamente, los mismos que sumados sus beneficios no excederán el tope de beneficio máximo.

B. Período de Indemnización

Es el lapso durante el cual debido a un accidente o enfermedad, el afiliado tiene derecho a los beneficios del programa.

a. En Hospitalización

Se inicia a partir de la fecha de su internamiento y finaliza al ser dado de alta, o al agotarse su monto máximo indemnizable, Sólo en éste último caso, la iniciación de un nuevo período de indemnización será de 90 días después que llegó al tope máximo de beneficios, no

pudiendo darse por ningún motivo más de dos períodos de indemnización en el transcurso de un año por la misma enfermedad.

b. En Ambulatorio

Bajo una misma enfermedad, el período de indemnización es ininterrumpido hasta el tope del monto máximo de beneficio, en cuyo caso entra automáticamente en período de carencia de 90 días, no podrá hacer uso del PAMF, por la enfermedad con la que llegó hasta el tope máximo.

C. Período de Carencia

Es de 90 días calendario al afiliarse y al haber llegado al tope de cobertura por ocurrencia, por lo tanto no podrá hacer uso del Programa durante ese tiempo. Transcurrido el periodo de carencia el afiliado gozará de un nuevo período de indemnización hasta los límites del beneficio máximo.

En las enfermedades catastróficas el periodo de carencia es de 180 días calendarios.

NOTA IMPORTANTE

Están excluidas del periodo de carencia las emergencias médicas y accidentales ocurridas dentro de las 48 horas, siempre y cuando no deriven en hospitalización.

D. Límites de Cobertura en Cuarto Diario

La habitación a utilizar en una hospitalización puede ser individual, doble o en cuarto múltiple, no cubre suite o cuarto extra.

E. Deducible

Es la porción inicial del gasto que asume el afiliado equivalente al 50% del honorario médico por consulta en atención ambulatoria, el costo del primer día de habitación en atención hospitalaria y S/ 8.00 (ocho con 00/100 Nuevos Soles) por pieza tratada en atención odontológica.

NOTA IMPORTANTE

En los casos de emergencia accidental atendidos en las primeras 48 horas, no pagan deducible, cuando pasan a tratamiento ambulatorio u hospitalario, estarán sujetos al pago de deducible correspondiente.

F. Ocurrencia

Se refiere a una enfermedad. El titular y cada uno de sus dependientes tienen derecho al beneficio máximo por cada ocurrencia o enfermedad. Por ejemplo, una úlcera péptica es una ocurrencia, una hipertensión arterial es otra ocurrencia; y se tiene derecho al tope máximo de beneficio por cada una de estas enfermedades.

G. Coaseguro

Es el porcentaje del gasto cubierto asumido por el trabajador según la tabla de beneficio (ANEXO N° 1-A).

H. Monto a cargo del Servidor.

El monto que el servidor asume, resulta de sumar el deducible con el coaseguro y los gastos no cubiertos, que se originan en un gasto por atención médica.

I. Evacuación

Se refiere al traslado de un paciente de una ciudad donde no existe adecuada infraestructura médica o la especialidad requerida, previa certificación del profesional tratante y aprobación de la Función Médica de PETROPERU, a otro lugar que garantice el tratamiento especializado.

En caso de no existir médico de PETROPERÚ, bastará con la recomendación de evacuación del profesional tratante, no obstante en cualquier circunstancia, una vez realizado el tratamiento especializado, el expediente será evaluado por la Función Médica de PETROPERU y LA ADMINISTRADORA, para determinar la justificación de la evacuación.

7. GASTOS NO CUBIERTOS

Este programa no cubre aquellos gastos derivados de enfermedades o accidentes originados o relacionados con los casos siguientes:

- a. Cura de reposo, surmenaje, desórdenes funcionales de la mente y cuidado psiquiátrico en general, con excepción de cefalea tensional, distonía neurovegetativa y trastornos del lenguaje. En Enfermedad de Alzheimer se reconoce los inhibidores de la colinesterasa y antagonistas de NMDA.
- b. Cirugía para condiciones pre-existentes salvo las congénitas en recién nacidos y en los casos médicamente necesarios, previa autorización de los médicos de PETROPERÚ S.A.
- c. Cirugía estética para fines de embellecimiento.
- d. Aparatos ortopédicos y prótesis, excepto aquellas de emergencia (válvulas cardíacas, sten y válvulas para el tratamiento de la hipertensión endocraneana, así como los clips usados en las intervenciones vasculares cerebrales y marcapasos, prótesis de cadera).
La Función Servicios Médicos de Petroperú, evaluará la cobertura de prótesis de rodilla sólo para titulares, según la incidencia de su requerimiento.
Se reconocerá el set de vertebroplastía, asimismo tendrán cobertura aquellas prótesis que cumplan una función recuperativa de la dolencia a tratar. Si se encuentra cubierto el material de osteosíntesis.
- e. Gastos de acompañante o enfermeras, en hospitalización y ambulatorio, excepto en los casos de los grandes quemados que por indicación expresa del médico tratante, requieran enfermera especial durante su hospitalización.
- f. Lente intraocular, la adquisición de anteojos y cristales (excepto al titular una vez al año ó cada dos años). Cirugía correctiva ocular (excepto al

titular cuando la miopía es mayor a 5 dioptrías y sólo por el sistema de crédito). Honorarios de oculistas en mediciones optométricas que excedan de una vez por año.

- g. Enfermedades resultantes del uso o adicción a las drogas, estupefacientes o alcoholismo, así como las lesiones por accidentes, en situación de embriaguez o bajo la influencia de drogas.
- h. Lesiones o enfermedades que resulten de la participación activa en actos delictivos, huelgas, motines, revoluciones y conmoción civil.
- i. Gastos por concepto de sangre. Se facturará el procedimiento de acuerdo al Tarifario vigente incluyendo las pruebas de compatibilidad.
- j. En el control pre natal no cubre consultas que excedan una vez al mes del primero al sexto mes y dos del séptimo al noveno mes. En el período post natal no cubre más de dos consultas.
- k. Prescripción de fármacos que no sean coherentes con el diagnóstico. Vitaminas (excepto en anemia megaloblástica, cáncer y tuberculosis). Fierro (sólo en anemia cuando la hemoglobina es igual o menor a 10gr, a causa de alteraciones en el metabolismo). Calcio y vitamina D (sólo en osteoporosis con densitometría ósea y antiresorcivos así se revierta a osteopenia), Edulcorantes (sólo en diabetes). Tónicos, vasodilatadores cerebrales y periféricos (excepto los usados en enfermedad coronaria, síndrome vertiginoso y en hospitalización por accidente cerebrovascular). Ansiolíticos y antidepresivos, (excepto cuando su uso es en la hospitalización), psicotrópicos, venoprotectores (solo en retinopatía diabética). Antivirales (excepto lo usado para herpes y SIDA), Hepatoprotectores, fibrinolíticos y proteolíticos, leche maternizada. Hipolipidémicos (excepto cuando son prescritos al titular; así como los dependientes con cifras de colesterolemia mayor a 260 miligramos y triglicéridos sobre 200 miligramos previa presentación de análisis y mediante el sistema de crédito o a los que han tenido infarto miocardio o son sometidos a cirugía de revascularización). Inmunizaciones (excepto las usadas en control de niño sano hasta los 12 meses y antitetánica en cualquier momento) y otros tratamientos no convencionales de acuerdo a las práctica de la medicina occidental.
- l. Tratamiento de fertilización, esterilización, obesidad o pérdida de peso.
- m. Exámenes de laboratorio y/o auxiliares que no estén relacionados con los diagnósticos en la consulta ambulatoria y hospitalaria.
- n. Accidentes causados por la práctica de deportes o actividades riesgosas y con alto índice de siniestralidad tales como: sky, motocross, aviación deportiva, carreras de autos, caza submarina, paracaidismo, etc.
- o. Lesiones producidas voluntariamente ó estando mentalmente insano, tales como suicidio, intento de suicidio y peleas o riñas que no demuestren que se ha tratado de legítima defensa.
- p. Operación de fimosis. (excepto lactantes). Se cubrirá la cirugía en el adulto cuando esta condición anatómica condicione una complicación no

resuelta medicamente. La decisión de la cobertura es de la Función Médica.

- q. Papel higiénico, toallas higiénicas, pañales, biberones, talco, jabón, esponjas.

8. OBTENCIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL PAMF

A. Sistema de Crédito

El usuario del PAMF utiliza este sistema sólo en las clínicas y centros médicos afiliados.

El sistema de crédito que ofrecen las clínicas afiliadas, es integral. Esto significa que el crédito, es tanto para los gastos de la clínica como para los honorarios de los médicos que pertenecen a ella, sujetándose a las tarifas pactadas, por convenios celebrados con la Administradora.

Los pasos a seguir para realizar una atención médica al crédito tanto ambulatoria como hospitalaria son los siguientes:

- a. Solicitar la atención directamente en las clínicas y /o centros afiliados, acercándose a la oficina de Admisión, donde con la presentación del carné PAMF y/o DNI, la clínica imprimirá la solicitud de atención que se genera en la Página Web de LA ADMINISTRADORA.
- b. En los casos de atención ambulatoria, el afiliado deberá firmar los documentos originados por esta atención (por medicinas, consultas, laboratorio, radiografías, etc.)
- c. Para los casos de hospitalización, el afiliado acudirá a la Oficina de Admisión de la clínica afiliada, con su carné PAMF y orden de internamiento, con el cual la clínica remitirá el presupuesto vía Web a LA ADMINISTRADORA para su aprobación, debiendo informar a La Función Médica desde el primer día de hospitalización así mismo cuando los gastos que lleguen a su tope del beneficio máximo.
Una vez aprobado el presupuesto, LA ADMINISTRADORA, por la misma vía, autoriza la atención, procediendo a internarse. El afiliado o un familiar autorizado deberá firmar las recetas previa revisión de la medicina que es entregada por la clínica, las indicaciones por procedimientos se firmarán cuando han sido realizados etc. Al alta del paciente, el afiliado o su familiar firmará las facturas y demás documentos correspondientes, previa revisión de los mismos.
- d. En ambos casos (atención ambulatoria u hospitalaria) la institución afiliada remitirá el expediente debidamente sustentado de todos los gastos generados por la prestación del servicio a la ADMINISTRADORA, para que previa revisión y liquidación de los gastos y emisión de la liquidación de cobranza, la factura sea cancelada por PETROPERU. El monto establecido en la liquidación como cargo al titular por gastos no cubiertos, deducible y coaseguro, será descontado por planilla de acuerdo a política de la empresa.

NOTA IMPORTANTE

El afiliado o familiar deberá pagar en efectivo el importe del deducible en la consulta ambulatoria.

B. Sistema de Reembolso

Es utilizado para atenciones hospitalarias, ambulatorias, dentales, en clínicas y/o centros no afiliados.

- a. El afiliado recabará la Solicitud de Beneficios en la dependencia de la ADMINISTRADORA, especificando que se va a atender por reembolso. Esta solicitud tiene una validez de 7 días para su uso.
- b. Luego de recibir la atención médica, deberá reunir las facturas y demás documentos que sustenten la atención recibida. Así mismo, deberá solicitar al médico tratante que llene el formato en la sección "C" de la Solicitud de Beneficios.
- c. A la Solicitud de Beneficios debidamente completada, se adjuntará las facturas y los documentos sustentatorios (recetas, indicaciones de laboratorio, imágenes, procedimientos, etc., y resultados); que deberá presentar a la ADMINISTRADORA para su trámite respectivo.
- d. Cuando se trate de enfermedades prolongadas o de casos muy especiales, se recomienda al afiliado obtener un informe médico completo adicional.
- e. LA ADMINISTRADORA auditará el expediente y emitirá la liquidación de beneficios, el desembolso de caja en el formato de PETROPERU S.A., el que será firmado por LA ADMINISTRADORA como documento originado y remitido a la Función Servicios Médicos para su aprobación y entrega al titular.

Para el reembolso de la atención médica se tomará como referencia la tarifa "C" de SEGUS del Tarifario que emite la Asociación de clínicas del Perú.

La consulta ambulatoria tendrá como tope el doble de la Tarifa "C" y se reconocerá el 50%. A los gastos por exámenes auxiliares se añadirá un 15% a lo reconocido, sin exceder el monto pagado. Se descontará el coaseguro.

La atención odontológica se reconocerá a las tarifas pactadas más el 15%. Se descontará el deducible por pieza tratada y el porcentaje de coaseguro, según el Plan en el que se encuentra afiliado.

Sólo se reembolsará solicitudes beneficios con 90 días de vigencia desde la fecha de atención

C. Emergencia

En aquellos casos de emergencia médica o por accidente, el paciente solicitará su atención a la clínica o institución médica afiliada con su carné del PAMF, en el servicio de emergencia.

Si la emergencia planteara la necesidad de utilizar ambulancia esta será requerida directamente a la clínica o a las empresas especializadas que otorgan este beneficio.

NOTA IMPORTANTE

Se considera emergencia por accidente lo siguiente:

- Traumatismo: Luxaciones, esguinces, fracturas
- Quemaduras de cualquier etiología
- Mordeduras de animales y picaduras de insectos con reacción alérgica de cualquier etiología
- Heridas cortantes

D. Evacuaciones

Para el reconocimiento de la atención médica y el pasaje de traslado de aquellos servidores o dependientes inscritos que requieren de evacuación para un tratamiento médico de emergencia y/o especializado, se deberá seguir el siguiente procedimiento:

- a. Acudir al médico particular o médico de la empresa, para que previa evaluación, certifique la necesidad de la evacuación médica, consignando el diagnóstico de la enfermedad. Si el certificado ha sido emitido por el médico particular, requerirá la aprobación de la Función Médica de PETROPERU.
- b. La Función Médica de PETROPERU emitirá y aprobará la boleta de evacuación, hoja de referencia y la orden de pasaje, para su atención mediante el sistema de crédito.
- c. Con la boleta de evacuación, hoja de referencia y los pasajes, se procede al traslado. Cuando el servidor adquiere los pasajes directamente, se procederá con el reembolso, que incluirá el pago del impuesto corpac.
- d. En caso de servidores evacuados de provincias a Lima, es obligación de éstos reportarse a la Función Médica de PETROPERU- Oficina Principal.

NOTA IMPORTANTE

En aquellos casos donde no exista médico de la empresa, la evacuación se efectuará con la certificación del médico tratante, para lo cual el servidor debe ponerse en contacto con la Función Médica a la que pertenece, para su aprobación y posterior regularización.

9. INTERRELACIÓN CON LOS PROGRAMAS O SEGUROS

En caso que el trabajador o alguno de sus dependientes inscritos en el Programa, gozaran de otro Plan o Seguro de Salud, los seguros pueden complementarse o adicionarse, no pudiendo en ningún caso efectuarse recuperos que excedan las sumas realmente gastadas.

10. QUIENES Y CUANDO SON EXCLUIDOS DEL PROGRAMA

Son excluidos del Programa:

- A. El titular y familiares cuando el primero de los nombrados se retira de la empresa, se jubila, termina su contrato o es despedido. La Función Personal informará a la Función Médica y al titular afiliado, para que proceda con el llenado de la declaración jurada por exclusión.
- B. Los hijos que cumplen límite de edad (al cumplir los 18 años si no son estudiantes y al cumplir 25 si lo son). También cuando contraen matrimonio o dejan de ser dependientes del servidor por inicio de actividades laborales o cuando tienen condición de padres solteros. Los hijos de 18 a 21 años que no son estudiantes de educación superior y no trabajan, pueden ser reinscritos con cuota de aportación especial (ANEXO N° 1-B)
- C. Cualquier familiar inscrito, al fallecimiento del titular.
- D. Son excluidos temporalmente el trabajador y sus familiares que estén gozando de licencia sin goce de haber, mayores de 30 días, durante el período que dure dicha licencia.

En todos los casos al registro de exclusión se hará con la declaración jurada (ANEXO N° 1-C), debiendo el servidor devolver el carné correspondiente.

NOTA: No es causa de exclusión las paralizaciones por huelga, ni los casos de suspensión temporal por decisión de la Empresa.

11. Sanciones

El titular o dependiente que incurriera en uso irregular o doloso del Programa, suplantación del afiliado, falsificación de documentos o autorizaciones, etc.; o se beneficie indebidamente de actos irregulares o dolosos de alguna Institución Médica afiliada, será inmediatamente separado del Programa, debiendo asumir íntegra y directamente los gastos que se deriven de su acción, sin perjuicio de las acciones legales o administrativas que correspondan.

ANEXO Nº 2

REGLAMENTO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL TALARA - CENSO

1. Definición

Es un Programa de Asistencia Médica Integral (Emergencia, Ambulatoria y Hospitalaria) que otorga Petroperú S.A al trabajador y sus familiares dependientes directos debidamente inscritos en los registros de la Empresa a través de servicios contratados, cuyo costo es asumido **integralmente por PETROPERÚ S.A**; de acuerdo a los lineamientos establecidos para tal fin.

El presente programa tendrá vigencia en tanto entren en funcionamiento las E.P.S o cuando el IPSS de Talara cuente con la infraestructura adecuada para brindar atención médica similar a la que se otorga actualmente a trabajadores y familiares.

Este Programa es otorgado sólo en la Zona de Talara, a través de servicios contratados.

2. Participantes

En concordancia con la Cláusula Décimo Cuarta del Convenio Colectivo, pueden participar de los beneficios de este programa, los trabajadores estables y contratados a plazo fijo, sus dependientes directos que se indican a continuación y quienes previamente han sido inscritos.

- a. Padres que no gocen de ESSALUD como Titulares.
- b. Esposa e Hijos menores de 18 años
- c. Hijos de 18 a 21 años que cursen estudios, solteros y sin hijos.
- d. Hijas e hijastras solteras mayores de 18 años, sin hijos, que no trabajen, dependan económicamente de él y siempre que vivan con el trabajador, siendo necesaria para ello la presentación de la Declaración Jurada.

NOTA IMPORTANTE

- Ninguna persona puede ser inscrita dos veces en el Programa
- En el caso de dos servidores hermanos, cada uno de ellos podrá inscribir a un padre, o uno de ellos inscribir a los dos.
- Cuando un trabajador se encuentra con licencia sin goce de haber por un período de tiempo mayor de un mes, él y sus dependientes quedan excluidos del programa, durante el tiempo que dure dicha licencia, rehabilitándose sus derechos desde el primer día que se reintegre a su trabajo.

3. Inscripciones

Las inscripciones se realizarán en las oficinas de Recursos Humanos, entregando los certificados respectivos así como las fotografías para la entrega del carné para cada dependiente.

Los nacimientos y matrimonios se deberán registrar dentro de los treinta (30) días de haberse originado y las modificaciones como cambio de residencia, fallecimiento, divorcio o vencimiento del carné se efectuará en la oportunidad que el trabajador lo requiera.

En el caso de inscripción de hijos incapacitados, el trabajador deberá presentar el certificado del médico tratante donde se acredite la

incapacidad, el cual será refrendado por Servicios Médicos de la empresa y cuenta con un informe emitido por Servicio Social.

Trabajadores nuevos, dentro de los 30 días de su ingreso a la empresa.

4. Exclusiones

- a. El trabajador y familiares cuando el primero de los nombrados se retira de la empresa, se jubila o es despedido.
- b. Los hijos varones que cumplen límite de edad (al cumplir los 18 años si no son estudiantes y al cumplir 21 si lo son).
- c. También cuando contraen matrimonio o dejan de ser dependientes del servidor por inicio de actividades laborales.
- d. Las hijas que trabajen, tengan hijos o contraigan matrimonio.
- e. Cualquier familiar inscrito, a su fallecimiento.
- f. Son excluidos temporalmente el trabajador y sus familiares que estén gozando de licencia sin goce de haber, mayores de 30 días, durante el período que dure dicha licencia.

En todos los casos al registro de exclusión deberá adjuntarse el carné correspondiente.

NOTA IMPORTANTE

El trabajador afiliado que no cumpla con entregar DNI será el único responsable de no poder hacer uso del programa.

5. Beneficios que otorga

Este programa cubre los gastos hospitalarios y ambulatorios salvo los que no se encuentren especificados dentro de los gastos no cubiertos, según las siguientes consideraciones:

COBERTURAS

A. Gastos Hospitalarios

Gastos de clínica u hospital por internamiento (habitación y alimentación incluyendo dietas especiales y cuidados normales)

Estos beneficios involucran honorarios médicos (anestesiólogos, ayudantías), oxígeno, derecho de sala de operaciones, sala de recuperación y de cuidados intensivos, exámenes auxiliares o especializados que deriven de la ocurrencia y medicinas.

Se considerará el servicio de auxiliar permanente y cuarto individual cuando así lo indique el médico tratante.

B. Gastos Ambulatorios

Gastos por atención en consultorios externos de clínica, en consultorios particulares o en caso necesario del paciente, incluye, honorarios, médicos, servicios clínicos, exámenes de laboratorio, pruebas auxiliares y medicinas ordenadas por el médico tratante.

BENEFICIOS ADICIONALES

A. Gastos por Maternidad

- Control prenatal, una vez al sexto mes, y dos veces al mes del séptimo al noveno mes.
- Además cubre los gastos efectuados por la servidora o cónyuge del trabajador, a consecuencia del parto, incluyendo los gastos por el hijo

durante los primeros siete días, (niño sano) después del parto. Para los otros beneficios que contempla el programa, los derechos de los hijos inscritos rigen desde el primer día de nacidos.

- Se cubren también los gastos por abortos no provocados, considerándose como tal a la pérdida antes del sexto mes de gestación y las complicaciones orgánicas del embarazo que impliquen amenazas de parto prematuro o aborto.
- Los casos de cesárea u otras complicaciones quirúrgicas en las que se haya efectuado una operación abdominal, serán liquidados bajos los beneficios máximos de hospitalización, aplicándose los límites correspondientes.

NOTA IMPORTANTE

No gozan del beneficio de maternidad las hijas y la madre del servidor.

B. Gasto por control de niño sano

Cubre la consulta de control de niño sano en el primer año incluye vacunas (BCG, Polio, Difteria, Tétano, Pertusis, Sarampión, Rubéola y Parotiditis)

C. Oncología

Tratamiento de acuerdo a la capacidad de resolución de los servicios contratados en la zona.

DESCRIPCIONES

A. Para Hospitalizaciones

Se inicia a partir de la fecha de su internamiento y finaliza al ser dado de alta.

B. Ambulatorios

Es la atención médica que se realiza en consultorios externos de las clínicas contratadas.

C. Evacuación

Se refiere al traslado de un paciente de una ciudad donde no existe adecuada infraestructura médica o la especialidad requerida previa certificación del profesional tratante y aprobación de Servicios Médicos de la Empresa, a otro lugar que garantice el tratamiento especializado.

En caso de no existir médico de PETROPERÚ S.A; bastará con la recomendación de evacuación del profesional tratante, no obstante en cualquier circunstancia, una vez realizado el tratamiento especializado, el expediente será evaluado por Servicios Médicos y la Administradora, para determinar la justificación de la evacuación.

6. Gastos No Cubiertos por el Programa

Este programa no cubre aquellos gastos derivados de enfermedades o accidentes originados o relacionados con los casos siguientes:

- a. Cura de reposo, surmenage, desórdenes funcionales de la mente y cuidado psiquiátrico en general, con excepción de Cefalea Tensional y Distonía Neurovegetativa.

- b. Exámenes periódicos de salud, chequeos, descartes, y en general, cualquier examen o tratamiento con fines profilácticos o efectuados en personas sanas.
- c. Cirugía para condiciones pre-existentes salvo las congénitas en recién nacidos y en los casos médicamente necesarios, previa autorización de los médicos de PETROPERÚ S.A.
- d. Cirugía estética para fines de embellecimiento.
- e. Aparatos ortopédicos y prótesis, excepto aquellas de emergencia (válvulas cardíacas y válvulas para el tratamiento de la hipertensión endocraneana). Así como los clips usados en las intervenciones vasculares cerebrales y marcapasos.
- f. Gastos de acompañante o enfermeras, en hospitalización y ambulatorio, excepto en los casos de los grandes quemados que por indicación expresa del médico tratante, requieran enfermera especial durante su hospitalización.
- g. La adquisición de anteojos y cristales Queratoplastia (Cirugía correctiva ocular). Honorarios de oculistas en mediciones optométricas que excedan de una vez por año, por persona.
- h. Enfermedades resultantes del uso o adicción a las drogas, estupefacientes o alcoholismo, así como las lesiones por accidentes, en situación de embriaguez o bajo la influencia de drogas.
- i. Lesiones o enfermedades que resulten de la participación activa en actos delictivos, huelgas, motines, revoluciones y conmoción civil.
- j. Gastos por concepto de sangre.
- k. En el control pre natal no cubre consultas que excedan una vez al mes del primero al sexto mes y dos del séptimo al noveno mes. En el período post natal no cubre más de dos consultas.
- l. Prescripción de fármacos que no sean coherentes con el diagnóstico, vitaminas, tónicos, vasodilatadores cerebrales y periféricos (excepto los usados en enfermedades coronarias), ansiolíticos y antidepresivos, (excepto cuando su uso es en la hospitalización), psicotrópicos, antiviricos, antivirales (excepto lo usado para herpes y SIDA) hepatoprotectores, fibrinolíticos y proteolíticos, leche maternizada, hipolipémicos (excepto cuando son prescritos al titular o a los que han tenido infarto miocardio o son sometidos a cirugía de revascularización)) inmunizaciones (excepto las usadas en control de niño sano y antitetánica en cualquier momento) y en otros tratamientos no convencionales de acuerdo a las practica de la medicina occidental.
- m. Tratamiento de fertilización, obesidad o pérdida de peso y aborto provocado.
- n. Exámenes de laboratorio y/o auxiliares que no estén relacionados con los diagnósticos en la consulta ambulatoria y hospitalaria.
- o. Accidentes causados por la práctica de deportes o actividades riesgosas y con alto índice de siniestralidad tales como: sky, motocross, aviación deportiva, carreras de autos, caza submarina, paracaidismo.
- p. Lesiones producidas voluntariamente estando mentalmente insano, tales como suicidio, intento de suicidio y peleas o riñas que no demuestren que se ha tratado de legítima defensa.
- q. Tratamiento Dental: Prótesis, ortodoncias y calzas.
- r. Papel higiénico, toallas higiénicas, pañales, biberones, talco, jabón, esponjas.

7. Atención de Casos por Emergencia

- a. En aquellos casos de emergencia médicas o por accidentes, el paciente que no tenga la solicitud de beneficio podrá solicitar su atención a la clínica o institución médica afiliada con su carné del CENSO, recibiendo la atención correspondiente y quedando retenido su carné.
- b. El primer día útil pedirá la solicitud de benéficos respectiva (ambulatoria u hospitalaria) según el caso para recuperar el carné.
- c. Si la emergencia planteara la necesidad de utilizar ambulancia esta será requerida directamente a la clínica o a las empresas especializadas que otorgan este beneficio.

NOTA IMPORTANTE

Se considera emergencia por accidente lo siguiente:

- Esguinces
 - Luxaciones
 - Fracturas
 - Mordeduras
 - Picaduras
 - Heridas cortantes
 - Intoxicación
 - Quemaduras
 - Contusiones
- e. Acudir al médico particular o médico de la empresa, para que previa evaluación, certifique la necesidad de la evacuación, consignando el diagnóstico de la enfermedad. Si el certificado ha sido emitido por el médico particular, requerirá la aprobación del Servicio médico de la Empresa.
 - f. Con el documento anterior se presenta a la dependencia de la función encargada del manejo del Programa del lugar donde se origina la evacuación, donde la registran y emiten una Solicitud de Beneficios con un sello visible de evacuación y una carta corroborando la procedencia de la misma.
 - g. Se procede al traslado y se atiende vía sistema de crédito o de reembolso señalados en los puntos precedente, utilizando la Solicitud de beneficios entregada en su lugar de origen. En caso de servidores evacuados de provincias a Lima, es obligación de éstos reportarse a Servicios Médicos.

NOTA IMPORTANTE

En caso que no exista médico de la empresa, la evacuación se efectuará con la certificación del médico tratante.

8. Sanciones

El titular o dependiente que incurriera en uso irregular o doloso del Programa, suplantación del afiliado, falsificación de documentos o autorizaciones, etc.; o se beneficie indebidamente de actos irregulares o dolosos de alguna Institución Médica afiliada, será inmediatamente separado del Programa, debiendo asumir íntegra y directamente los gastos que se deriven de su acción, sin perjuicio de las acciones legales o administrativas que correspondan.

ANEXO Nº 3

REGLAMENTO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL OPERACIONES SELVA (PAMI)

I. **Política en General**

Es política de la Empresa dedicar el mayor esfuerzo por mejorar y mantener la Salud de sus servidores y familiares directos dependientes; con esta finalidad ha implementado el Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI) dirigido específicamente a los familiares del servidor en la áreas de Operaciones Selva.

II. **Objetivos Principales**

Artículo 1º El cumplimiento del inciso “L” de la cláusula décimo cuarta (Asistencia Médica) del Convenio Colectivo, la Empresa proporciona servicio gratuitos de hospitalización, atención Médica y medicinas, a los familiares de los servidores de acuerdo a los requisitos y condiciones señaladas por el presente Reglamento.

Artículo 2º El carácter gratuito de ésta prestación tiene como objeto el no afectar el presupuesto familiar frente a contingencias relacionadas a la salud.

III. **Responsabilidad por el Uso del PAMI**

Artículo 3º El trabajador en su calidad de titular de la Empresa es el responsable del uso del beneficio que hagan sus dependientes. Así mismo, conjuntamente con la Empresa, tiene la obligación de velar por la calidad y forma de prestación del servicio y poner en conocimiento de la misma, de cualquier irregularidad, que pudiera detectar.

Artículo 4º El servidor, por el hecho de registrar a sus dependientes para que tengan acceso al beneficio, se obliga a instruir a los mismos en su uso, conforme a las normas estipuladas en el presente Reglamento. En tal sentido, resulta responsable ante la Empresa y terceros por la forma de uso, que sus dependientes hagan del PAMI y de los beneficios.

Artículo 5º Queda claramente establecido que el PAMI y los beneficios que de él se deriven, están circunscritos a la atención médica en cualquiera de sus formas, quedando consecuentemente excluidos, todos los usos y beneficios que los interesados logren procurarse siempre que no respondan a la naturaleza.

IV. **De las Inscripciones y Requisitos.**

Artículo 6º La inscripción de los dependientes, la realizará el mismo servidor en las Oficinas de la Sección Personal y Beneficios – Recursos Humanos. Excepcionalmente, previo informe de recomendación de la Sección Asuntos Sociales.

- a) Los beneficiarios del PAMI que sean mayores de edad y que acrediten su dependencia y vínculo con el servidor.
- b) En el caso de los menores de edad, podrán hacerlo a través de su autor, familiar más cercano o personalmente, si las circunstancias así lo exigieran.

Una vez inscrito en familiar dependiente, se le proporcionará un carné individual, cuya presentación será obligatoria para el goce de los beneficios. Corresponde al servidor retirar el uso del beneficio, a cualquiera de sus dependientes siempre que medie una de las causales para el cese del beneficio. Por situaciones de carácter excepcional y previo estudio e informe de la Sección Asuntos Sociales, se procederá a cancelar el beneficio del PAMI a los familiares que el servidor indique.

En todos los casos, el servidor resulta ser responsable de la administración del uso del beneficio a nivel familiar.

Artículo 7º El beneficio del PAMI se extiende a los familiares dependientes del servidor. En línea ascendente cubre a sus padres, en línea descendente a sus hijos y, en virtud del matrimonio, al cónyuge.

Hijos

Los servidores podrán inscribir en el PAMI a sus hijos:

- Matrimoniales
- Extramatrimoniales
- Adoptivos

Artículo 8º Para la inscripción de los hijos, se deberán presentar los siguientes documentos:

a. Hijos matrimoniales: Partida de Nacimiento

- Inscripción provisional: En los casos de los hijos recién nacido, se les podrá inscribir provisionalmente por 30 días improrrogables, con la constancia de que se encuentra en trámite la Partida de Nacimiento correspondiente.

b. Hijos Extramatrimoniales:

- Reconocimiento ante los Registros Civiles (Original)
- Reconocimiento por Escritura Pública (Testimonio)
- Sentencia declaratoria de maternidad o paternidad (copia certificada)

c. Hijo Adoptivo:

- Resolución Judicial (Copia Certificada)

Artículo 9º Para la inscripción del cónyuge se deberán presentar los siguientes documentos:

1. Partida de Nacimiento (Original ó copia legalizada)
2. Partida de Matrimonio (Original ó copia legalizada)
3. Copia legalizada de la Libreta Electoral.

Artículo 10º

Padres

Para la inscripción de los padres se deberán presentar los siguientes documentos:

1. Partida de Nacimiento ó Bautismo (Original o copia legalizada)
- 2.
3. Copia Fotostática legalizada de la Libreta Electoral
4. Copia legalizada de la Declaración Jurada del servidor que se presentó a la División Contabilidad, especificando las cargas de familia.

Teniendo en cuenta las dificultades para la obtención de las Partidas de Nacimiento de los padres, debido a nacimientos en zonas ribereña, ausencias de autoridades competentes, etc., así como extravíos de las Partidas; siendo difícil la tramitación de dicho documento, el trabajador, en su defecto presentará otro documento que puede ser un Certificado de Supervivencia extendido por la Guardia Civil, con lo cual se acredita la identidad de los padres.

En todos los casos se presentará dos (02) fotografías tamaño carné de cada dependiente a inscribir.

V. Duración del Beneficio

Artículo 11º En caso de los hijos varones, el beneficio se otorga hasta los 18 años de edad en que se adquieren la mayoría. Tratándose de las hijas mujeres se extenderá, no obstante haber adquirido la mayoría, mientras permanezcan solteras, no hayan tenido hijos, ni se encuentren en estado de gestación.

Las hijas mujeres con mayoría de edad, acreditarán semestralmente su soltería mediante Certificado otorgado por los Registros Civiles de la Municipalidad Provincial.

Artículo 12º Cesan los beneficios del PAMI.

- a. Por disolución del vínculo laboral del servidor. Ejemplo: (Renuncia, despido, jubilación, término de contrato, muerte, otros ceses)
- b. Por muerte de beneficiario.
- c. En el caso del cónyuge: Por disolución del vínculo matrimonial (Res. Judicial de Divorcio).
- d. En el caso de hijos varones: Al adquirir la mayoría de edad, casarse ó tener hijos antes de cumplir 18 años.
- e. En el caso de hijas mujeres: Al contraer matrimonio, al encontrarse en estado de gestación, tener hijos, no presentar Certificado de Soltería que debe ser otorgado por la Municipalidad.

VI. SANCIONES

Artículo 13º Al hacer uso indebido de los beneficios otorgados por el PAMI, es decir contraviniendo el objeto y fines para los que fue creado, o incumpliendo alguno de los requisitos o condiciones estipuladas, la Empresa procederá a aplicar las medidas disciplinarias previstas en el Reglamento Interno de Trabajo y la Legislación Laboral, independientemente de las acciones judiciales que pueda promover. Además podrá suspender los beneficios del Programa de tres (3) a seis (6) meses para los familiares que hayan hecho mal uso del mismo y en caso de reincidencia podrán ser retirados definitivamente.

VII. SERVICIOS A USUARIOS

Artículo 14º El Programa de Atención Médica Integral, cubre la atención de consultas médicas ambulatorias, gastos de hospitalización y exámenes auxiliares que se realicen en la ciudad de Iquitos. La atención odontológica comprende extracciones y obturaciones, en las condiciones que se detallan en el Capítulo “Prestación de los Servicios”.

Los gastos que demanden la compra de medicinas también son cubiertos íntegramente por éste Programa, en las condiciones que se detallan en el Artículo “Atención en Farmacias”.

VIII. GASTOS NO CUBIERTOS

Artículo 15º El PAMI no cubre los gastos en que incurran sus beneficiarios por conceptos señalados como gastos No cubiertos vigentes para el Programa de Asistencia Médico Familiar-PAMF.

IX. PRESTACION DE LOS SERVICIOS POR EL PAMI

Artículo 16º Órdenes de Atención y Recetarios.

La orden de atención es un documento de prestación obligatoria para hacer uso de los beneficios del PAMI. Será emitida por la Administradora del Programa de Atención Médica Integral, previa presentación del carné individual de dependientes.

Constará de dos segmentos numerados ambos:

El anverso será llenado por la Administradora, en donde se anotará:

- El nombre del servidor y ficha
- Nombre del paciente
- Nombre del médico u odontólogo a quien va dirigida la orden
- Firma del servidor o familiar responsable y del representante autorizado, de la Administradora

El reverso será llenado por el profesional tratante y anotará:

- Nombre del paciente
- Diagnóstico presuntivo o final
- Exámenes auxiliares solicitados
- Tratamiento: medicinas recetadas o servicios odontológicos prestados

Firman: El paciente o familiar responsable y el médico u odontólogo tratante con su sello respectivo, en el rubro que corresponda.

Los recetarios que se utilizan para las prestaciones de éste Programa serán membretados, numerados, sellados y firmados por el profesional que presta el servicio. En los mismos se indicarán los datos concernientes al servidor y su familiar. El servidor o familiar responsable firmará en señal de conformidad de la prestación del servicio.

Artículo 17º Atención Médica y Odontológica

La atención médica y odontológica se otorga a través de las IPRESS afiliadas, con quienes la Empresa ha suscrito contratos. Dicha atención puede ser ambulatoria u hospitalaria cubriendo todas las especialidades con que se cuentan en la localidad y de conformidad con las retribuciones previamente convenidas.

Artículo 19º Atención Ambulatoria.

El servidor y/o familiar solicita a la Administradora del Programa Médico (PAMI), la orden de atención, eligiendo libremente al médico u odontólogo tratante, según la relación de profesionales que se encuentran hábiles para prestar sus servicios en virtud de los contratos suscritos con la Empresa.

Los Servicios Médicos u Odontológicos solicitados con la Orden de Atención respectiva, se sujetarán al horario y cupos establecidos por los profesionales y de acuerdo a cita previa o turno de llegada.

Se otorgará al grupo familiar del trabajador, cinco (5) consultas por cada miembro. El exceso al número de consultas otorgadas al grupo familiar será asumido en el 100% por el trabajador.

Se entiende por consulta el pago de honorarios médicos, medicinas, exámenes auxiliares y otros.

Las consultas de control para las gestantes y para el niño sano, son independientes al número de consultas señaladas como límite, otorgándose a la gestante a partir del diagnóstico de embarazo, una (1) consulta por mes hasta el séptimo mes de embarazo. En el 8vo mes, dos (2) consultas y en el 9no mes, una (1) consulta semanal.

Al niño recién nacido se le otorga una consulta mensual hasta el noveno mes y otra en el 12avo mes.

Para ambos casos, las consultas son válidas sólo para el control.

Artículo 20º Atención Hospitalaria

La atención hospitalaria se genera en la consulta ambulatoria por indicación del médico, y en los casos de emergencia en que los familiares acuden directamente a las Clínicas afiliadas al PAMI. En ambos casos se requiere de la presentación de una orden de atención para hospitalización, salvo en emergencias, las que serán regularizadas por la parte interesada dentro de las 48 horas siguientes al internamiento. La atención hospitalaria se realizará teniendo en cuenta las necesidades del paciente y la disponibilidad de cuartos en las Clínicas afiliadas.

Los pacientes y familiares se someterán a las regulaciones de las Clínicas e Instituciones que prestan el servicio de hospitalización, de conformidad con las tarifas previamente convenidas.

Artículo 21 Atención en Farmacias

La atención de medicinas generadas en la consulta ambulatoria u hospitalaria se brinda gratuitamente en las farmacias afiliadas al PAMI.

Para efectos de obtener las medicinas, se procederá de la siguiente forma:

- Presentar la receta médica debidamente firmada y sellada por el profesional de salud
- Mostrar el carné del PAMI que acredite al beneficiario
- Firmar la factura extendida por la farmacia, una vez dispensada la receta, dando el “Recibí Conforme”

Artículo 22 Facturación

Los profesionales, Clínicas y farmacias afiliadas al PAMI, facturarán a PETROPERÚ S.A a través de la Función Servicios Médicos.

Los profesionales que brindan atención ambulatoria adjuntarán a sus facturas las Órdenes de Atención que generaron la consulta correctamente llenadas, siendo éste requisito indispensable para su aprobación.

Las Clínicas adjuntarán a su factura la Orden de Atención que autorizó la hospitalización y una relación detallada de los actos médicos realizados, exámenes auxiliares y medicinas proporcionas al paciente durante su internamiento.

Las farmacias facturarán a PETROPERÚ S.A, adjuntando la receta del médico afiliado y la factura respectiva, firmada por el paciente, servidor o familiar responsable.

X. PRESTACION DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES NO AFILIADOS AL PAMI

Cuando por decisión voluntaria se soliciten los servicios de profesionales no afiliados al programa para atención ambulatoria, se procederá como sigue:

- a. El pago de los honorarios profesionales serán por cuenta del servidor.
- b. Los gastos en que se hayan incurrido por exámenes auxiliares serán reembolsados de acuerdo a las tarifas que la Empresa tiene establecidas con los centros afiliados que prestan dichos servicios; para tales efectos será necesario presentar la indicación médica y factura correspondiente.
- c. Los gastos de medicinas derivados de la atención médico por parte de profesionales no afiliados al PAMI serán reembolsados en su totalidad previa presentación de factura y receta.

Artículo 24º Atención Hospitalaria

Cuando por decisión voluntaria se soliciten los servicios médicos y/o quirúrgico por profesionales y en Clínicas no afiliadas al PAMI para tratamiento hospitalario, los gastos serán por cuenta del servidor excepto el costo de las medicinas que serán reembolsadas por la Empresa, contra la presentación de facturas de la Clínica y las recetas médicas, de las medicinas indicadas diariamente durante el internamiento.

Si se presentará el caso de atención hospitalaria por médicos afiliados al PAMI en Clínicas no afiliadas, los honorarios del profesional serán

reembolsados de acuerdo a Tarifas aceptadas por el PAMI e igualmente el costo de las medicinas como en el caso anterior.

EL PAMI será un programa de aplicación únicamente en Iquitos y para los familiares del personal de Operaciones Selva, División AYT – Selva y personal de la Región Oriente con sede en Iquitos.

La atención fuera de Iquitos será proporcionada por intermedio del PAMF conforme a su reglamento y a los beneficios que dicho Programa otorga.

Este programa quedará sin efecto en el caso de que la Empresa llegará a establecer sus propios centros de servicios médicos hospitalario.

ANEXO N° 04

DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DEL CÓDIGO DE INTEGRIDAD

Lima, de..... de 2020

Señores
Petróleos del Perú – PETROPERÚ

Presente

Ref: Procesos Por Competencia Mayor N° CMA- -2017-
OFP/PETROPERU

....., con RUC N°
....., con domicilio legal en
.....-.....-..... Lima,
teléfono....., email....., debidamente
representada por
..... con DNI N° , declaramos bajo juramento que
cumpliremos con el Código de Integridad de Petróleos del Perú S.A.,
Adjunto al presente.

.....
Representante Legal del Postor / Postor

Razón Social o DNI

ANEXO N° 05

Formato Propuesta Económica

Lugar,..... de ... de 2020

Señores

Petróleos del Perú – PETROPERÚ S.A

Av. Canaval Moreyra N° 150

San Isidro.-

Referencia: “Servicio de Administración de los Programas Médicos Asistenciales de PETROPERÚ”

Estimados señores:

Con relación a la contratación en referencia, es grato presentar nuestra cotización económica, a Suma Alzada, conforme a lo requerido a las Condiciones Técnicas:

El costo total asciende a S/..... Incluidos tributos de Ley y cualquier otro concepto que le sea aplicable y pueda incidir sobre el valor del servicio a contratar.

Atentamente,

(Nombre/ Razón Social) PROVEEDOR

RUC/DNI

Firma del Representante Legal

ANEXO N° 06

TABLA DE BENEFICIOS

Tabla de Beneficios del PAMF Corporativa Unificada

DESCRIPCIÓN	PLAN "A"	PLAN "B"
INDEMNIZACION MÁXIMA POR OCURRENCIA	S/. 35,000.00	S/. 70,000.00
GASTOS HOSPITALARIOS		
Gastos Hospitalarios deducible	COSTO DE UN DIA DE CUARTO	
Gastos al 90% hasta Coaseguro	S/. 35,000.00 10%	S/. 70,000.00 10%
No cubre suite ni cuarto extra	90 días	90 días
Periodo de carencia		
GASTOS AMBULATORIOS		
Deducible Consulta Clínicas	50% del Honorario(Valor Consulta)	
Deducible Consulta MEDIPAC	S/. 5.00	
Otros Gastos al Coaseguro	90% 10%	90% 10%
OTROS BENEFICIOS		
BENEFICIO ODONTOLÓGICO		
Indemnización máxima anual	S/. 3,500.00	S/. 3,500.00
<u>Tratamiento convencional</u>		
Deducible por pieza tratada y terminada	S/. 8.00	S/. 8.00
Cobertura	80%	80%
Coaseguro	20%	20%
<u>Prótesis Dentales Fijas</u>		
Cobertura	75%	75%
Coaseguro	25%	25%
EMERGENCIA ACCIDENTAL		
(Dentro de las primeras 48 horas)	100%	100%
TRANSPORTE POR EVACUACION		
(Cobertura al 100%)		
En Ambulancia a/de la Clínica hasta	S/. 3,500.00	S/. 3,500.00
En Avión Comercial hasta	S/. 3,500.00	S/. 3,500.00
BENEFICIO POR MATERNIDAD(*)		
Control Pre y Post natal	Como Ambulatorio	
Parto Normal	100%	
Aborto No Provocado	100%	
Amenaza de aborto y/o complicaciones	100%	
Parto múltiple	100%	
Parto quirúrgico	Como Hospitalario	
Despistaje de cáncer ginecológico	Al 100%	
Control del niño sano, Primer año (Incl. vacuna)	Como Ambulatorio	

DESCRIPCIÓN	PLAN "A"	PLAN "B"
SEPELIO Gasto reconocido hasta	S/. 10,000.00	S/. 10,000.00
BENEFICIO OFTALMOLÓGICO Medición de vista(Una vez al año)	100%	100%
CRISTALES Una vez cada dos años sólo al titular hasta	S/. 340.00	
ONCOLOGICO Cobertura hasta	100% S/. 70,000.00	100% S/. 140,000.00
ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS (**) Beneficio Máximo Coaseguros Segunda Capa: Titulares y Dependientes excepto Padres Padres Periodo de Incapacidad	S/. 70,000 10% 30% 180 días	S/. 140,000 10% 30% 180 días
PROGRAMAS PREVENTIVOS (Sólo al Titular y mediante el sistema de crédito) Cobertura	100%	100%
(*): En Reembolso se aplicará Tarifa "C" de SEGUS + 15%, sin exceder el importe del gasto presentado. (**): Infarto del miocardio, Quemaduras, traumatismo encéfalo craneano, politraumatismo, cirugía cardíaca, enfermedad renal terminal, Neurocirugía. (***): Para el Plan A, los excesos de cobertura son abonados por el trabajador directamente en la clínica.		

COBERTURA COVID 19 (DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA)

DESCRIPCIÓN	PLAN A	PLAN B
Cobertura	S/. 70,000.00	S/. 140,000.00
Pruebas COVID - 19 (Rápidas y/o Moleculares)	100% para Titulares, siempre y cuando es indicada por médicos de la Empresa 90% para dependientes	100% para Titulares siempre y cuando es indicada por médicos de la Empresa 90% para dependientes
Tratamiento Ambulatorio COVID - 19	90%	90%
Hospitalización COVID - 19	90% Titulares, Cónyuge e Hijos. 70% padres	90% Titulares, Cónyuge e Hijos. 70% padres