

MARSH REHDER

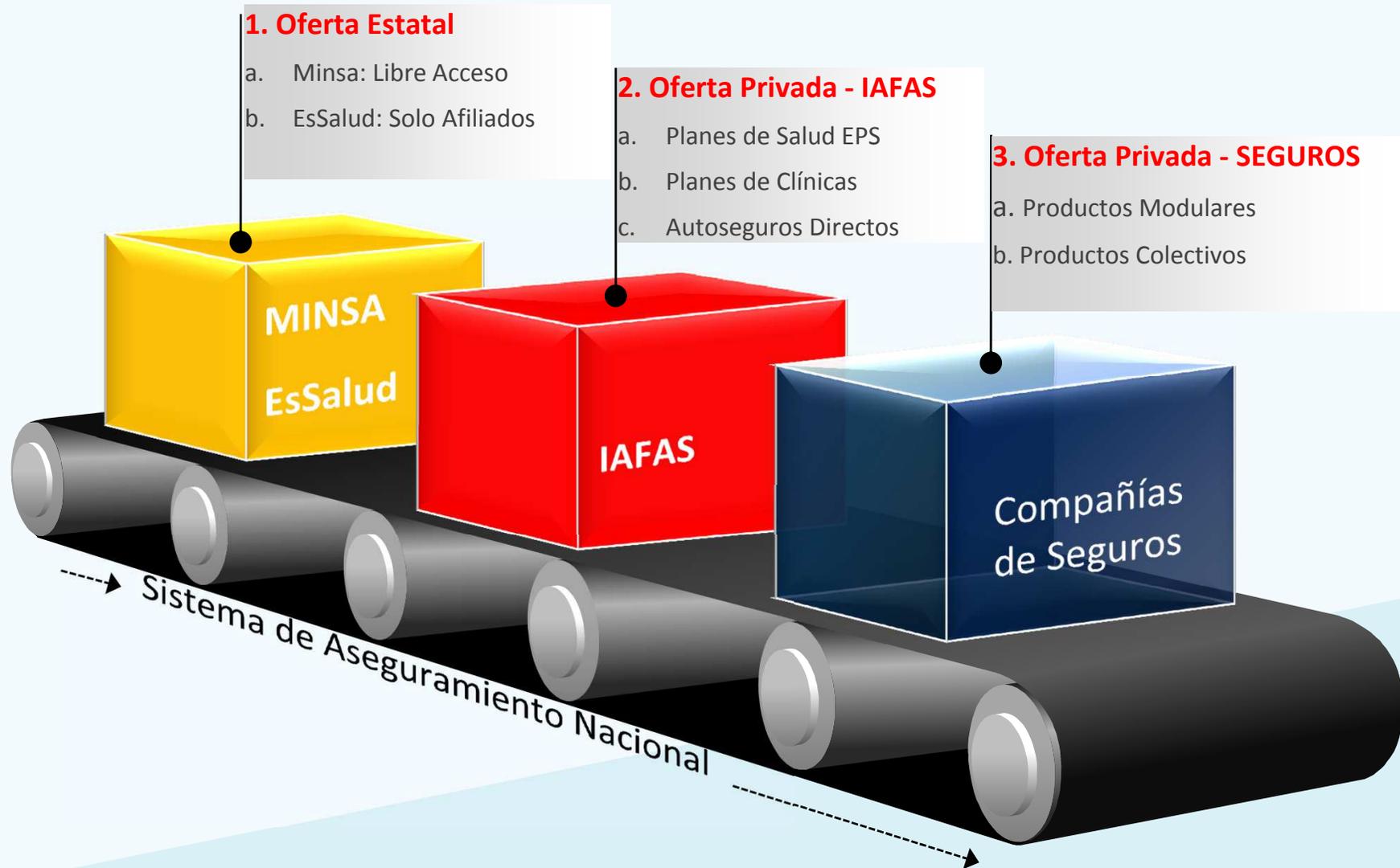
LEYES DE PREEXISTENCIAS

Bases Legales y Aplicaciones

LIDERAZGO, CONOCIMIENTO, SOLUCIONES... A NIVEL MUNDIAL.



OFERTA EXISTENTE EN EL MERCADO

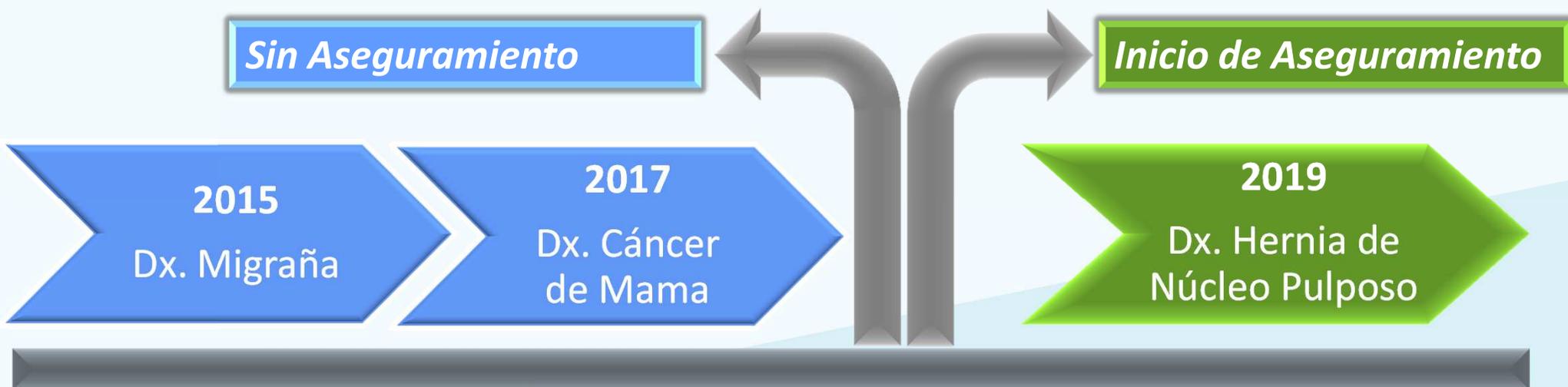


¿QUÉ ES UNA PREEXISTENCIA?

Se entiende por preexistencia cualquier condición de alteración del estado de salud **diagnosticada por un profesional médico colegiado**, conocida por el titular o dependiente y **no resuelta** en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud.

() Concordancia: Ley N° 29561 (Planes EPS) y Ley N° 29946 (Ley de Contrato de Seguros)*

Preexistencia



MARSH REHDER

I. SISTEMA DE LOS PLANES DE SALUD EPS

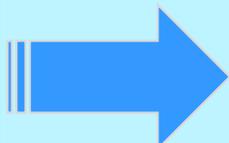
LIDERAZGO, CONOCIMIENTO, SOLUCIONES... A NIVEL MUNDIAL.



PLANES DE SALUD DE LAS EPS : Marco Normativo

EPS

Asegurado Regular + Derechohabientes



1. Los trabajadores.
2. Son derechohabientes el cónyuge o el concubino a que se refiere el artículo 326 del Código Civil, así como los hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo, de acuerdo a la calificación que efectuará Essalud.

Potestativo



1. Por excepción todo aquel que no sea regular.

Ejemplos:

- a. Hijos mayores de 18 años.
- b. Padres.
- c. Otros asegurados.

PLANES DE SALUD DE LAS EPS : Marco Normativo

Ley 29561

Planes de Salud EPS

Con fecha 18 de julio de 2010 se promulgó la Ley 29561 que establece la **continuidad en la cobertura de preexistencias de la capa compleja** del plan de salud contratado en las EPS.

Esta nueva ley, vigente a partir del día siguiente de su promulgación, precisa los siguientes aspectos:

1. Aplica para los trabajadores y sus derechohabientes que cambian su plan de salud por otro, **a consecuencia de cambio de centro laboral o de EPS.**
2. Se entiende por preexistencia cualquier condición de alteración del estado de salud **diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta** en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud.
3. La **inscripción** en el nuevo plan de salud deberá darse **dentro de los 90 días calendario posteriores al inicio de la nueva relación laboral del trabajador**, para así hacer efectiva la continuidad de la cobertura de preexistencias de capa compleja.

PLANES DE SALUD DE LAS EPS : Marco Normativo

D. S. : 008-2012 – Reglamento –Ley 29561

Planes de Salud EPS

Artículo N° 2 : Definición de continuidad de cobertura de Preexistencias

Es el derecho del asegurado y sus derechohabientes a seguir recibiendo, en términos y condiciones equivalentes, las prestaciones de salud por contingencias diagnosticadas y no resueltas durante la vigencia de un plan de salud contratado con anterioridad al cambio de centro laboral o de EPS.

Artículo N° 6 : Condiciones de Otorgamiento

- a. Al momento del diagnóstico de la enfermedad el asegurado se encuentre bajo la cobertura adicional de capa compleja de una EPS.
- b. La preexistencia no haya sido excluida del contrato previo.
- c. La preexistencia no haya sido excluida por declaración inoportuna, falsa o reticente del asegurado.
- d. **Sea un diagnóstico cubierto también por el nuevo plan de salud, hasta los límites establecidos en la nueva cobertura.**

Artículo N° 9 : Excepciones

No se considera continuidad de cobertura de preexistencias, **a aquellos casos en que la ocurrencia se produzca fuera del sistema de Entidades Prestadoras de Salud** (EPS).

PLANES DE SALUD DE LAS EPS : Marco Normativo

D. S. : 008-2012 – Reglamento –Ley 29561

Planes de Salud EPS

Artículo N° 11 : Cambio de Centro Laboral

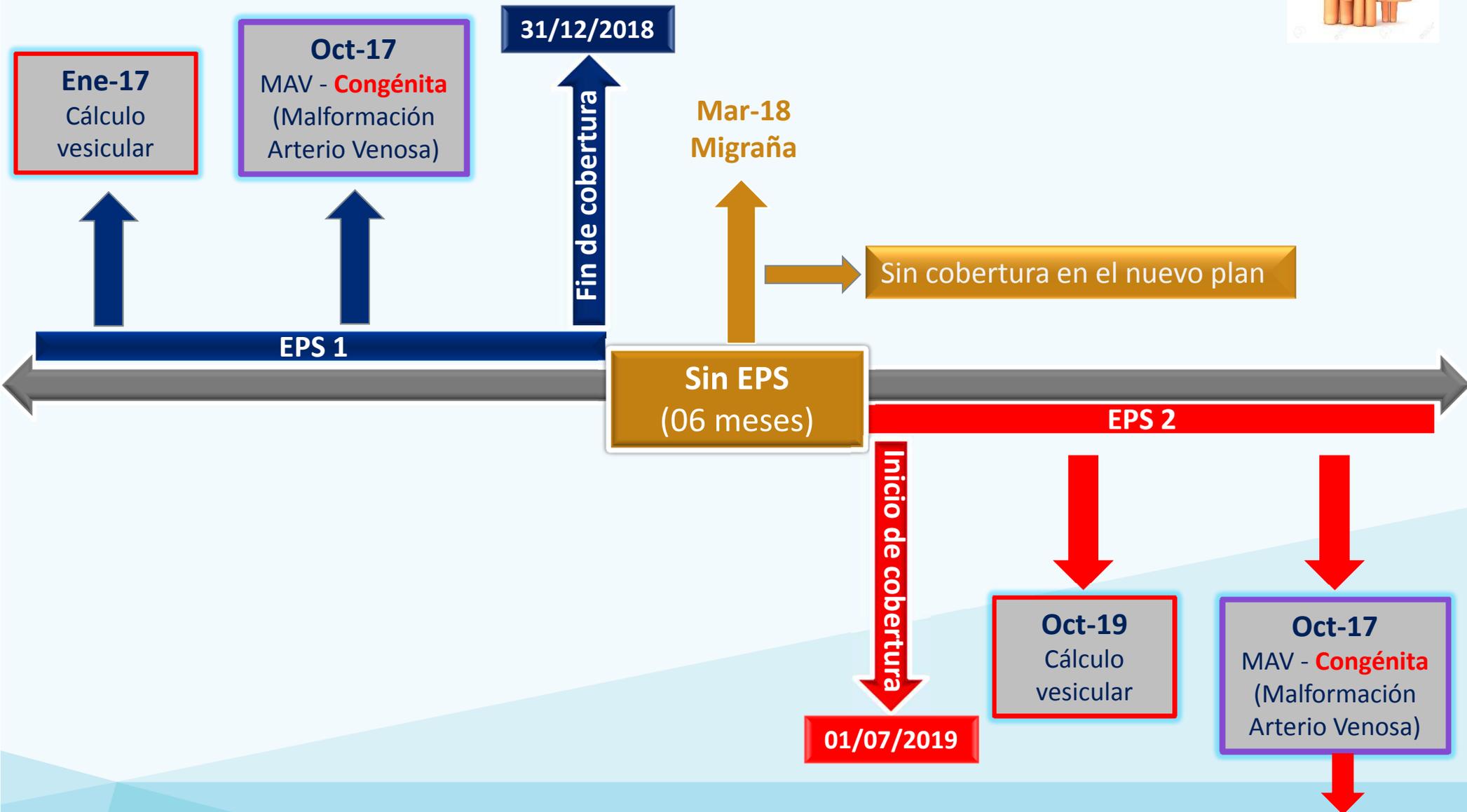
Para tener derecho a la continuidad de cobertura de preexistencias a consecuencia del cambio de centro laboral, el período entre la fecha de cese del último vínculo laboral y el de inicio del vínculo laboral actual, no podrá exceder de los plazos máximos establecidos por el artículo 37° del Decreto Supremo 009-97-SA (doce meses) y sus modificatorias referentes al total de periodo de latencia.

En caso el trabajador no tenga derecho de latencia, por motivo de no alcanzar los meses de aporte mínimo requeridos (*cinco meses de aportación a EsSalud*), el período entre la fecha de cese del último vínculo laboral y el de inicio del vínculo laboral actual no podrá exceder de los dos (02) meses.

Artículo N° 12 : Remisión de Información

Las EPS se encuentran obligadas a remitir, a solicitud de la nueva EPS, la información requerida de condiciones, limitaciones y exclusiones de la cobertura del plan de salud, así como el reporte de las prestaciones de salud recibidas por el titular y sus derechohabientes durante su vigencia.

PLANES DE SALUD DE LAS EPS : Ejemplo

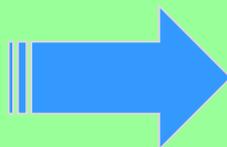


PLANES DE SALUD DE LAS EPS : Conclusiones

1. Aplica únicamente en la migración de asegurados entre las diversas EPS del mercado.
2. Es un derecho únicamente para asegurados regulares y derechohabientes.
3. Período máximo sin aseguramiento es el mismo establecido para gozar del período de latencia. En caso no se pueda acceder a dicho beneficio, existe un período mínimo de 02 meses.
4. En adición al punto anterior el trabajador deberá inscribirse en la nueva EPS como máximo hasta los 90 días de iniciada su nueva relación laboral.
5. La EPS deberán cubrir las preexistencias de los asegurados solo si estas han sido cubiertas por la anterior EPS y si a su vez estas sean cubiertas por este nuevo plan.
6. Los límites de la cobertura de preexistencias estarán establecidos por el nuevo plan.
7. La EPS anterior esta obligada a remitir información de condiciones, limitaciones y exclusiones de la cobertura del plan de salud anterior así como el reporte de las prestaciones de salud recibidas.

PLANES DE SALUD DE LAS EPS : Pendientes

Potestativo



1. Por excepción todo aquel que no sea regular.

Ejemplos:

- a. Hijos mayores de 18 años.
- b. Padres.
- c. Otros asegurados.



1. La ley de las EPS no los favoreció para el derecho de las preexistencias.
2. Hoy si tienen derecho por una ley posterior (lo veremos más adelante)

MARSH REHDER

II. PRODUCTOS DE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS

LIDERAZGO, CONOCIMIENTO, SOLUCIONES... A NIVEL MUNDIAL.



ASISTENCIA MEDICA : Productos Actuales

Tipo de Productos	Descripción	Ejemplos	
1. Modulares (Individuales)	Llamados productos enlatados. Igual para todo el que lo solicite. Tarifas por edades	<ol style="list-style-type: none">1. Medicvida Internacional y Nacional2. Preferencial3. Full Salud4. Otros	
2. Colectivos	Se asegura un grupo de personas con características comunes (Usualmente empleados de una misma empresa). Se personaliza a solicitud del cliente.	<ol style="list-style-type: none">1. Programas de salud contratados por entidades empleadoras.	

ASISTENCIA MEDICA : Antecedentes

Ley N° 28770

Planes de Asistencia Médica

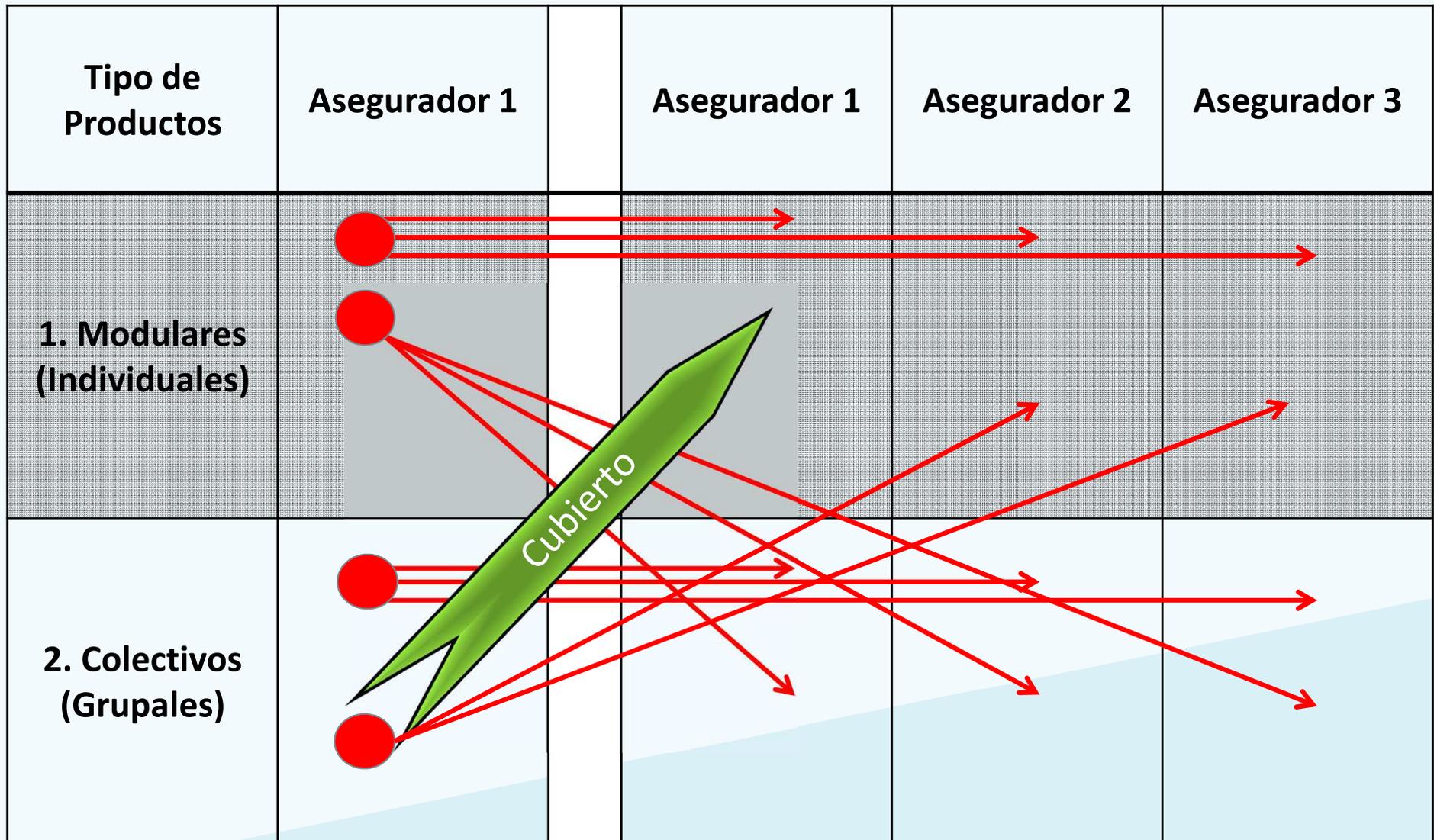
LEY QUE REGULA LA UTILIZACIÓN DE LAS PREEXISTENCIAS EN LA CONTRATACIÓN DE UN NUEVO SEGURO DE ENFERMEDADES Y/O ASISTENCIA MÉDICA CON LA MISMA COMPAÑÍA DE SEGUROS A LA QUE SE ESTUVO AFILIADO EN EL PERÍODO INMEDIATO ANTERIOR

Artículo 1º.- Tratamiento de las preexistencias en los seguros de enfermedades y asistencia médica

En la contratación de seguros de enfermedades y asistencia técnica no se considerará enfermedad preexistente aquella que se haya generado o por la que el asegurado y/o beneficiario haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguro que cubrió el período inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades o asistencia médica diferente.

El asegurado y/o beneficiario que, en los casos de pólizas grupales, deje de pertenecer al grupo asegurado, podrá contratar, en un plazo de 120 días contados a partir del término del contrato de seguro anterior, una nueva cobertura con cualquier aseguradora del sistema financiero peruano, para lo cual se aplicará lo dispuesto en el párrafo anterior.

ASISTENCIA MEDICA : Aplicación de la Ley N°28770



Múltiples formas de migración pero solo una con derecho de cobertura de preexistencias

ASISTENCIA MEDICA : Conclusiones

1. Solo considero como derecho aplicable situación de dejar de pertenecer a una póliza colectiva para contratar una póliza individual.
2. Cualquier otro supuesto no generaba el derecho de la continuidad de preexistencias.
3. Solo se tienen 120 días desde el momento de dejar de pertenecer a la póliza grupal para contratar una póliza individual y con acceder a la cobertura de enfermedades preexistentes.
4. Los aseguradores efectuaban ajustes (incrementos) individuales de prima para cada persona que solicitaba este derecho.

MARSH REHDER

III. LEY DE CONTRATO DE SEGUROS

LIDERAZGO, CONOCIMIENTO, SOLUCIONES... A NIVEL MUNDIAL.



LEY DE CONTRATO DE SEGUROS : Marco Legal

Ley 29946 – Contrato de Seguros

Planes de Asistencia Médica

Artículo N° 118 : Preexistencias

Las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior.

Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud.

1. Se unifica en el mercado de seguros la definición de preexistencias.
2. Se unifica en todo el sistema de aseguramiento (EPS + Compañías de Seguros) el concepto.

Se crea un sistema protección más justo para los asegurados.

LEY DE CONTRATO DE SEGUROS : Marco Legal

Resolución SBS N° 3203 –
Reglamento Ley N° 29946

Planes de Asistencia Médica

NORMAS COMPLEMENTARIAS APLICABLES A LOS SEGUROS DE SALUD

Artículo 1º.- Las presentes disposiciones son aplicables a las empresas de seguros a que se refiere el literal D del artículo 16º de la Ley General, en adelante las empresas.

Artículo 2º.- Corresponden a los seguros de salud aquellos contratos que tienen como cobertura principal las siguientes:

- a) El reembolso al asegurado de los gastos derivados de la asistencia médica,
- b) Garantizar al asegurado la prestación de los servicios de asistencia médica, debiendo la empresa de seguros poner a disposición del asegurado y sus dependientes dichos servicios y asumir directamente su costo.
- c) Una indemnización a suma alzada o periódica en caso de invalidez temporal o permanente u otras contingencias acordadas en la póliza, hasta un monto y plazo determinado,
- d) Otras que determine la Superintendencia

LEY DE CONTRATO DE SEGUROS : Marco Legal

Resolución SBS N° 3203 –
Reglamento Ley N° 29946

Planes de Asistencia Médica

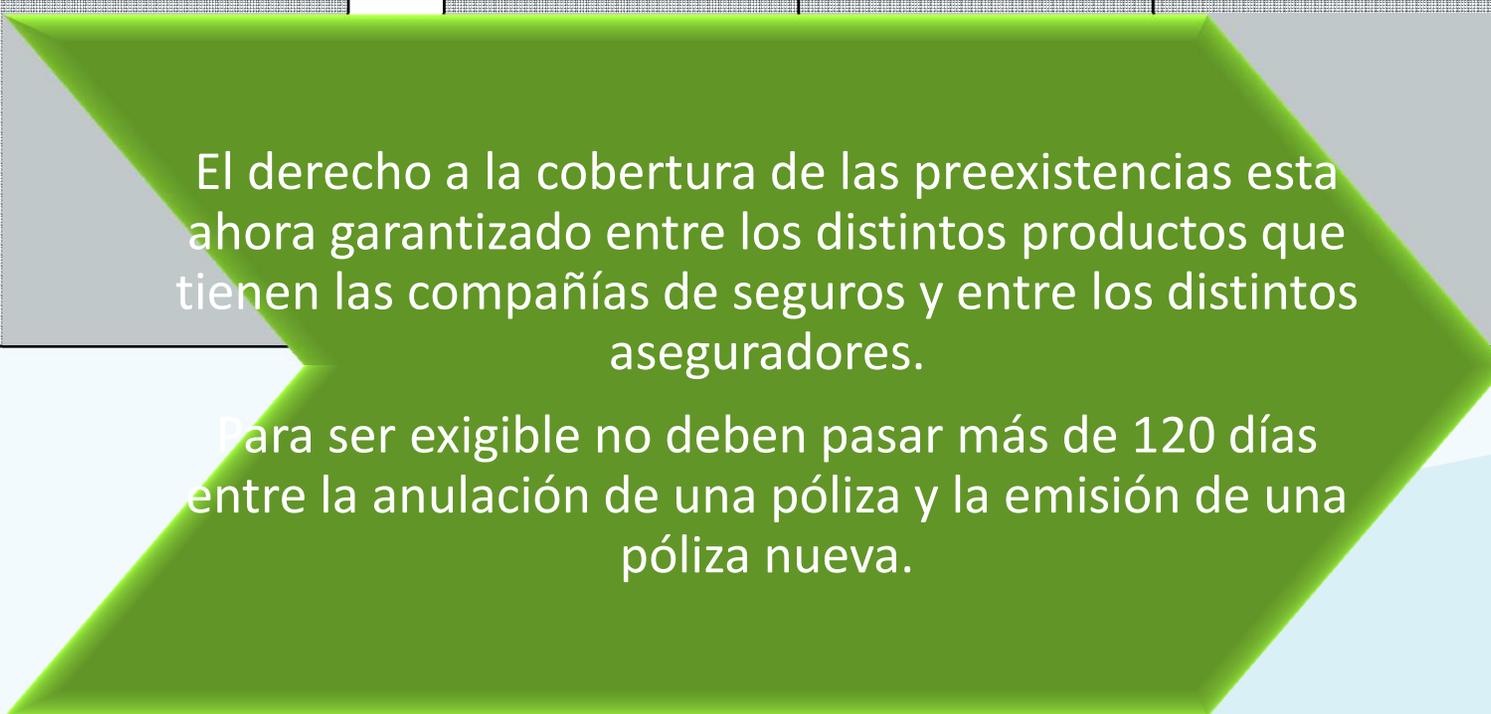
Artículo 3°.- El alcance del término preexistencia señalado en la Ley N° 28770 debe ser entendido como lo señala el segundo párrafo del artículo 118° de la Ley N° 29946. En este sentido, en concordancia con la citada Ley, las empresas de seguros deben otorgar cobertura a las preexistencias en los seguros de salud en los términos señalados en la Ley N° 28770. Por lo tanto, las pólizas de seguros individuales deben tener el mismo tratamiento que las pólizas de seguros grupales, conforme a lo regulado por la Ley N° 28770. Asimismo, la continuidad de la cobertura de las preexistencias en los seguros de salud no se restringe en ningún caso a una sola empresa de seguros sino a cualquiera que integre el sistema de seguros peruano, según lo señalado en la citada Ley.

Asimismo, el término “no resuelto” a que hace referencia el citado artículo 118°, se aplica a enfermedades que requieren de continuidad en la atención médica, y que hayan estado cubiertas por un contrato de seguro en el periodo inmediato anterior.

Para acceder a la continuidad de cobertura de las preexistencias, en el marco de la Ley N° 28770, bastará la firma del asegurado en la solicitud del seguro y la correspondiente aceptación por la empresa, para que esta solicite a la empresa anterior los antecedentes médicos correspondientes, que permitan la continuidad. Cabe agregar que la empresa podrá hacer uso de establecimientos de salud afiliados, correspondientes a su red asistencial, que resulten equivalentes a las ofrecidas por la empresa anterior.

ASISTENCIA MEDICA : Aplicación de la Ley

Tipo de Productos	Asegurador 1		Asegurador 1	Asegurador 2	Asegurador 3
1. Modulares (Individuales)					
2. Colectivos					

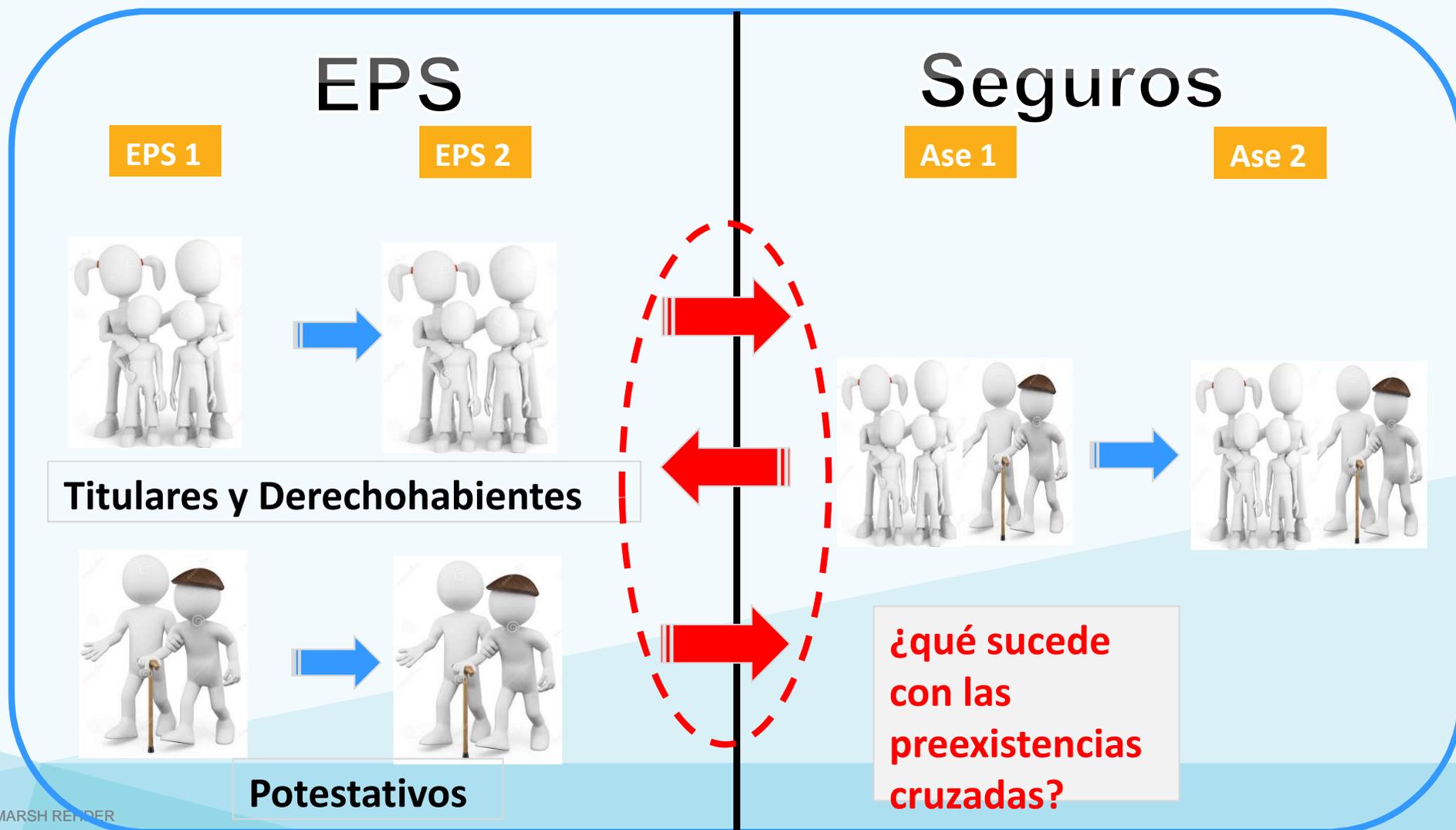


El derecho a la cobertura de las preexistencias esta ahora garantizado entre los distintos productos que tienen las compañías de seguros y entre los distintos aseguradores.

Para ser exigible no deben pasar más de 120 días entre la anulación de una póliza y la emisión de una póliza nueva.

ASISTENCIA MEDICA : Preexistencias cruzadas?

Sistemas de Aseguramiento en Salud



ASISTENCIA MEDICA : Conclusiones

1. Se establece una sola definición de preexistencia para los principales sistemas de aseguramiento. Los aseguradores ya no pueden hacer una definición particular en cada póliza.
2. Se complementa el derecho de cobertura en las distintas formas de migración.
3. El derecho es exigible solo cuando anulamos una póliza y emitimos otra.
4. En todos los casos de migración solo existe 120 días para dejar una póliza y tomar otra para exigir el derecho de la preexistencia.
5. Se inicia un gran debate por la interpretación de las preexistencias cruzadas.

MARSH REHDER

IV. LEY DE PREEXISTENCIAS CRUZADAS

LIDERAZGO, CONOCIMIENTO, SOLUCIONES... A NIVEL MUNDIAL.



LEY DE PREEXISTENCIAS CRUZADAS : Marco Legal

Ha sido publicada en El Peruano la 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 de Seguro”.

Esta norma ha dispuesto lo siguiente:

1. Prohibición de recargos individuales.-

- ✓ Establece que el artículo 118° de la Ley N 29946 reconoce una cobertura de las preexistencias cruzadas.
- ✓ Las empresas de seguros pueden efectuar recargos por clase o producto.
- ✓ Las empresas de seguros no pueden efectuar recargos individuales.
- ✓ Las empresas de seguros no pueden efectuar recargos individuales en las migraciones de los seguros de salud a los planes de EPS (planes regulares o potestativos) y viceversa.
- ✓ Se considera práctica prohibida fijar un recargo individual.

LEY DE PREEXISTENCIAS CRUZADAS : Marco Legal

2. Planes Potestativos.-

- ✓ Las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) deben tener disponibles los planes EPS potestativos.
- ✓ Los planes EPS potestativos deben contener como mínimo las mismas coberturas de los planes regulares ofrecidos por la EPS, a la que pertenece el plan EPS potestativo.
- ✓ El plazo de migración del plan EPS al plan EPS potestativo es el establecido en el artículo 100° del Reglamento de la Ley N° 29344 Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, siendo este un plazo máximo de 60 días, contados desde la extinción de la anterior relación contractual.
- ✓ Las EPS deben calcular su siniestralidad y los costos de todos sus planes de manera integral (comprendiendo como una sola cartera la suma de los afiliados regulares y los afiliados potestativos), con el objeto de que todos sus afiliados paguen los mismos montos.

LEY DE PREEXISTENCIAS CRUZADAS : Marco Legal

LEY DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL

El reglamento de la Ley de Aseguramiento Universal en Salud es el Decreto 008-2010-SA. Este reglamento indica lo siguiente:

Artículo 89° .- PREEXISTENCIAS

En ningún caso una preexistencia incluida en las condiciones asegurables del PEAS será pasible de exclusión.

La declaración de enfermedad preexistente es obligatoria por parte del asegurado, al momento de su afiliación.

Artículo 100° .- DE LOS PLANES COMPLEMENTARIOS

Las IAFAS mencionadas en el Artículo 7° de la Ley, deben garantizar que sus asegurados cuenten con la cobertura vigente del Plan de Beneficios correspondiente al PEAS.

Los afiliados que libre y voluntariamente así lo decidan podrán contratar planes complementarios. En ningún caso se podrá condicionar el otorgamiento de las coberturas del PEAS a la contratación de coberturas adicionales.

LEY DE PREEXISTENCIAS CRUZADAS : Marco Legal

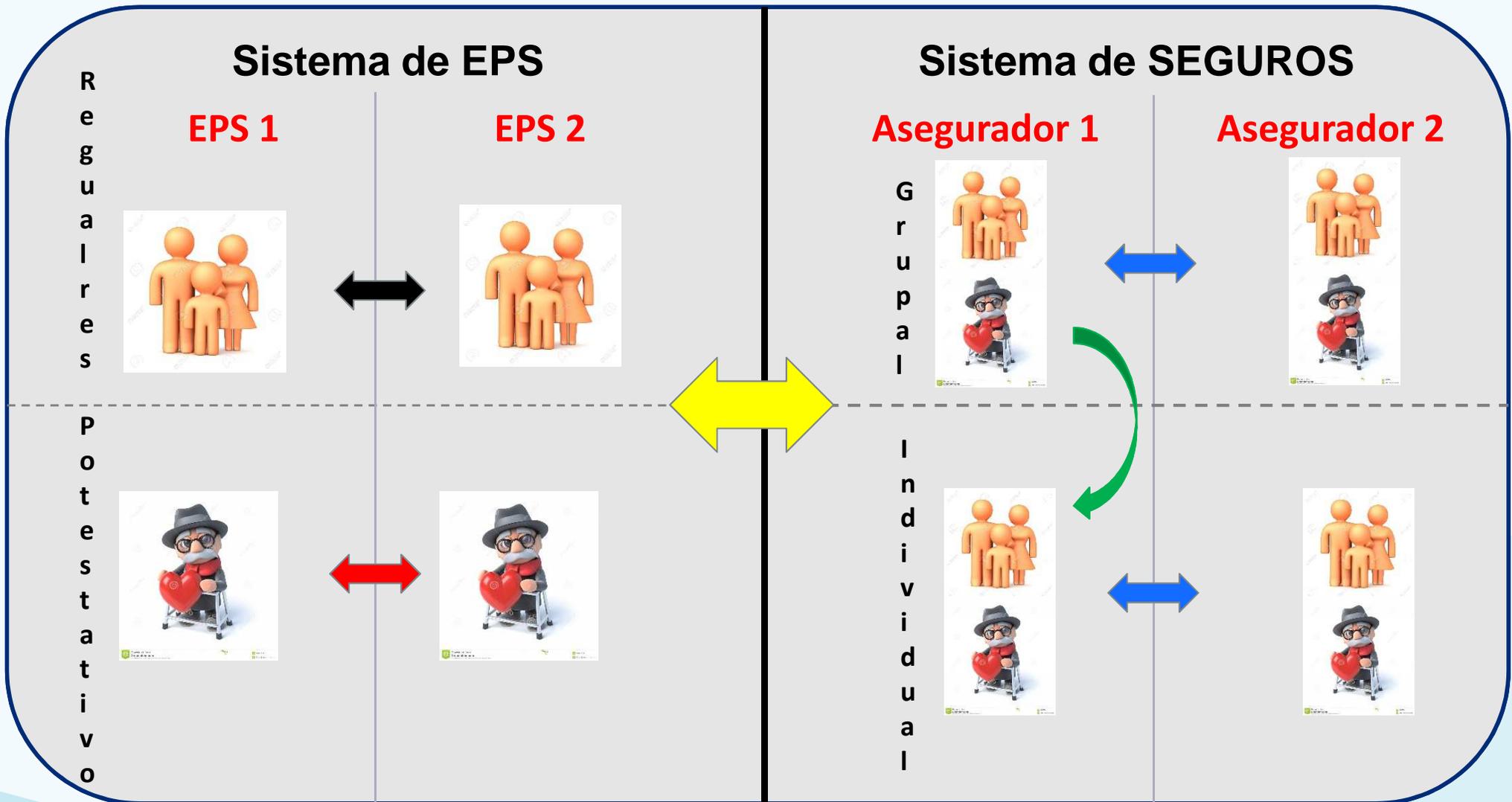
LEY DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL

Los planes de salud complementarios al PEAS deberán contener una cláusula de garantía que permita la continuidad de cobertura de diagnósticos preexistentes en caso que los afiliados al Aseguramiento Universal en Salud cambien de IAFA o plan contratado, siempre que se cumpla con que:

- a. Al momento del diagnóstico de la enfermedad, el afiliado debe encontrarse bajo la cobertura de un PEAS y de un plan complementario, y que haya transcurrido noventa (90) días desde su afiliación.
- b. Su inscripción en el nuevo Plan de Salud Complementario debe efectuarse dentro de los sesenta (60) días de extinta la anterior relación contractual.
- c. La preexistencia debe haberse generado durante la vigencia del Plan Complementario anterior, no esté excluida bajo ese contrato y sea un beneficio cubierto también por el plan complementario solicitado. Asimismo, si la preexistencia no está excluida motivo de que no fue declarada oportunamente, declaración falsa o reticente, esta condición no será cubierta en el nuevo plan complementario siendo totalmente excluida del contrato.
- d. Las IAFAS podrán limitar la cobertura de las preexistencias a los límites que tenía esa condición en el plan donde se evidenció el diagnóstico.
- e. Las IAFAS podrán analizar el impacto económico de las preexistencias y fijar la prima de manera acorde en cada caso.

APLICACIÓN DE LAS LEYES DE PREEXISTENCIAS:

Esquema Actual





MARSH REHDER