MINISTERIO DE SALUD

SIS Seguro Integral de Salud

N° 150 -2013/SIS

RESOLUCIÓN JEFATURAL

Lima, 05 AGO 2013

VISTOS: El Proveído N° 159-2012-SIS-GREP de la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones y el Proveído N° 398-2013-SIS/OGAJ de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

CONSIDERANDO:

Que, mediante la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, se creó el Seguro Integral de Salud, como un Organismo Público Descentralizado de dicho Ministerio, siendo calificado como Organismo Público Ejecutor por Decreto Supremo N° 034-2008-PCM y actualizada su calificación por Decreto Supremo N° 058-2011-PCM. Constituye un Pliego Presupuestal, con autonomía técnica, funcional, económica, financiera y administrativa; que tiene como misión administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud individual, de conformidad con la política del Sector;

Que, por Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, se constituyó al Seguro Integral de Salud como una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, responsable de administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud u ofrecer coberturas de riesgos de salud a sus afiliados;

Que, mediante el artículo 2° del Decreto Legislativo N° 937, Texto del Nuevo Régimen Único Simplificado, se creó el Nuevo Régimen Único Simplificado - Nuevo RUS;

Que, la Octagésima Quinta Disposición Complementaria Final de la Ley N° 29951, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2013, dispone que el Seguro Integral de Salud - SIS, incorporará al Régimen Semicontributivo, en el marco de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, a los contribuyentes regulares de acuerdo a su continuidad en los pagos del Nuevo Régimen Único Simplificado - NRUS incluido sus derechohabientes, siempre que aquellos no tengan trabajadores dependientes que laboren para ellos y no cuenten con un seguro de salud;

Que, el Decreto Supremo N° 106-2013-EF, dispuso la afiliación al Régimen de Financiamiento Semicontributivo del Seguro Integral de Salud - SIS a las personas naturales comprendidas en el Nuevo Régimen Único Simplificado - NRUS, incluidos sus derechohabientes, siempre que aquellas no tengan trabajadores dependientes y no cuenten con un seguro de salud y establece que el plan de beneficios para los afiliados bajo este régimen es el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), los Planes Complementarios y las Enfermedades de Alto Costo de Atención; confiriéndole al SIS, en su calidad de IAFAS, autorización para establecer complementariamente normas referidas a afiliación, plan de beneficios y mecanismos de control de las prestaciones;

Que, mediante el documento de vistos, la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones sustenta la necesidad de contar con un instrumento normativo que complementariamente establezca el plan de beneficios y regule la cobertura prestacional que el SIS brinde a los afiliados, incluidos sus derechohabientes, al Régimen de Financiamiento Semicontributivo NRUS del Seguro Integral de Salud;

Con el visto bueno de la Secretaría General, del Jefe (e) del Fondo Intangible Solidario de Salud - FISSAL, de la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones, de la Gerencia del Asegurado, de la Gerencia de Negocios y Financiamiento, de la Oficina General de Tecnología de la Información y con la opinión favorable de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

De conformidad a lo establecido en el numeral 11.8 del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 011-2011-SA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la Directiva Administrativa N° 001-2013-SIS/GREP "Directiva que regula la Cobertura Prestacional del Régimen de Financiamiento Semicontributivo NRUS del Seguro Integral de Salud" y sus Anexos, que forman parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2.- Encargar a la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones, la implementación de la Directiva aprobada en el artículo anterior.

Artículo 3.- Encargar a la Secretaría General la publicación de la presente Resolución en el Diario Oficial "El Peruano" y a la Oficina General de Imagen Institucional y Transparencia la publicación de la presente Resolución y sus Anexos en el Portal de Transparencia de la Institución.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

PEDRO FIDEL GRILLO ROJAS
Jefe del Seguro Integral de Salud

PERÚ | Ministerio de Salud | Seguro Integral de Salud

SEGURO INTEGRAL DE SALUD

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA Nº 001 -2013-SIS/GREP

DIRECTIVA QUE REGULA LA COBERTURA PRESTACIONAL DEL REGIMEN DE FINANCIAMIENTO SEMICONTRIBUTIVO NRUS DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

SEGURO INTEGRAL DE SALUD GREP V°B° N.Terrones

AGOSTO 2013

Jefe del SIS
Dr. Pedro Fidel Grillo Rojas

Jefe Adjunto
Lic. Julio Acosta Polo

Gerente de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
Med. Nilda Terrones Valera

Sub Gerente de Operaciones
Med. José Aldana Carrasco

Equipo Técnico

Med. Karina Cuellar Duran	Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
Med. Ana Montalvo Chávez	Gerencia de Negocios y Financiamiento
Med. Cinthia Aguilar Silva	Gerencia de Negocios y Financiamiento
Abog. Patricia Barrientos M.	Gerencia del Asegurado

Colaboradores
Med. Res. Miguel Armando Zúñiga Olivares
Med. Res. David Fernando Zavala Curzo

INDICE

I. FINALIDAD 03

II. OBJETIVO 03

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN 03

IV. BASE LEGAL 03

V. DISPOSICIONES GENERALES 04

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS 07

VII. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS 08

VIII. DISPOSICIONES TRANSITORIAS 08

IX. DISPOSICIONES FINALES 09

X. RESPONSABILIDADES 09

XI. ANEXOS 09

I. FINALIDAD

Definir la cobertura que brinda el Seguro Integral de Salud a nivel nacional en el Régimen Semicontributivo para los asegurados al SIS-NRUS

II. OBJETIVO

Establecer el Plan de Beneficios del producto Seguro para contribuyentes NRUS del Régimen Semicontributivo del Seguro Integral de Salud así como definir los requisitos y procedimientos para la atención de los asegurados.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva es de aplicación obligatoria en los siguientes organismos: Unidad Ejecutora Seguro Integral de Salud, Unidades Desconcentradas Regionales del SIS a nivel nacional (UDR), La Unidad Ejecutoria del SIS Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicos, privados y mixtos que reciban financiamiento del Seguro Integral de Salud.

IV. BASE LEGAL

4.1. Ley N° 26842 – Ley General de Salud.

4.2. Ley N° 27604 – Ley que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencias y partos.

4.3. Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud.

4.4. Ley N° 29344 – Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud

4.5. Ley N° 29761 – Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud.

4.6. Ley N° 29951 Ley del Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2013.

4.7. Ley N° 28659 Ley que modifica el Decreto Legislativo N° 937- Texto del Nuevo Régimen Único Simplificado.

4.8. Decreto Supremo N° 097-2004-EF, que dicta las normas reglamentarias del Nuevo Régimen Único Simplificado - Nuevo RUS; modificada con Decreto Supremo N° 167-2007-EF.

4.9. Decreto Supremo N° 013-2002-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud.

4.10. Decreto Supremo N° 016-2002-SA, que aprueba el Reglamento de Ley N° 27604, Ley que modifica la Ley General de Salud 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencias y partos.

4.11. Decreto Supremo N° 016-2009-SA, que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

4.12. Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

4.13. Decreto Supremo N° 011-2011-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud.

4.14. Decreto Supremo N° 007-2012-SA, que faculta al Seguro Integral de Salud a sustituir el Plan de Beneficios aprobado por Decreto Supremo N° 004-2007-SA por el PEAS y sus Planes Complementarios.

4.15. Decreto Supremo N° 106-2013-EF, que aprueba afiliar al Régimen de Financiamiento Semicontributivo del Seguro integral de Salud – SIS a las personas naturales comprendidas en el Nuevo Régimen Único Simplificado- NRUS, incluidos sus derechohabientes.

4.16. Decreto Legislativo No 937, Texto del Nuevo Régimen Único Simplificado, y sus modificaciones.

4.17. Decreto Legislativo N° 967, mediante el cual se modifican diversos artículos del Decreto Legislativo N° 937 – Texto del Nuevo Régimen Único Simplificado NRUS.

4.18. Resolución Ministerial N° 839-2009/MINSA, que oficializa el inicio del proceso de aseguramiento universal en salud a través de la implementación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

4.19. Resolución Ministerial N° 325-2012/MINSA que aprueba el Listado de Enfermedades de Alto Costo de Atención.

V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1. Definiciones Operativas

5.1.1. Nuevo Régimen Único Simplificado (NRUS)

Es el Régimen tributario creado por la Ley N° 28659 modificada por Decreto Legislativo N° 937, al cual pueden acogerse las personas naturales y sucesiones indivisas que exclusivamente obtienen ingresos provenientes de actividades empresariales y también aquellas personas naturales no profesionales con ingresos por actividades de oficios.

5.1.2. SIS-NRUS:

El SIS NRUS es un producto del Régimen Semicontributivo del Seguro Integral de Salud, dirigido a las personas naturales comprendidas en el Nuevo Régimen Único Simplificado - NRUS, incluidos sus derechohabientes, siempre que aquellas no tengan trabajadores dependientes y no cuenten con un seguro de salud.

5.1.3. Asegurado:

Toda persona afiliada al Régimen Semicontributivo SIS-NRUS, así como sus derechohabientes.

5.1.4. Condición de Asegurado "ACTIVO":

Es todo asegurado al Régimen Semicontributivo SIS- NRUS que ha realizado el pago de todas sus contribuciones al NRUS desde la fecha de su afiliación, según cronograma de vencimiento de SUNAT.

5.1.5. Condición de Asegurado "INACTIVO":

Es todo asegurado al Régimen Semicontributivo SIS-NRUS que no ha realizado el pago de una o más contribuciones según cronograma de vencimiento de SUNAT, al NRUS desde la fecha de su afiliación.

5.1.6. Cronograma de vencimiento de SUNAT:

Son las fechas de vencimiento de SUNAT para el contribuyente NRUS sobre las cuales el SIS incorpora días de gracia respecto al procesamiento de datos SIS-SUNAT.

5.1.7. Titular del seguro SIS NRUS

Es la persona natural contribuyente acogida al Nuevo Régimen Único Simplificado - NRUS que realiza el abono de la cuota mensual establecida

previamente por la Superintendencia Nacional de Aduanas y Administración Tributaria - SUNAT.

5.1.8. Derechohabientes:

Son las siguientes personas aseguradas por el titular: (i) cónyuge o concubino(a); (ii) hijos(as) menores de edad; y (iii) hijos(as) mayores de edad que se encuentren incapacitados en forma total y permanente para el trabajo.

5.1.9. Cobertura:

Es la lista de las prestaciones que el asegurado tendrá derecho a recibir para cada una de las condiciones asegurables en establecimientos de salud públicos y privados.

5.1.10. Derecho de cobertura:

Es el derecho del asegurado a acceder a la cobertura de prestaciones brindada por el Seguro Integral de Salud, para lo cual deberá estar al día en el pago de las cuotas como contribuyente NRUS desde la fecha de afiliación.

5.1.11. Plan de Beneficios SIS para régimen Semicontributivo SIS-NRUS:

Son las prestaciones financiadas por el Seguro Integral de Salud a todos los asegurados al Régimen Semicontributivo SIS-NRUS, incluye el PEAS, Planes Complementarios y el Listado de Enfermedades de Alto Costo de Atención. (Ver Anexo N° 01).

5.1.12. Plan Esencial de Aseguramiento en Salud PEAS:

Es el listado priorizado de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados del Seguro Integral de Salud por las Instituciones Administradoras de Fondos de Salud, el mismo que está traducido en un Plan de Beneficios, que contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios.

5.1.13. Plan Complementario al PEAS:

Son las condiciones asegurables, intervenciones y prestaciones de salud que se brindan en forma complementaria al PEAS, no comprendidas en el PEAS o que siendo comprendidas en el PEAS superen los topes establecidos por evento de atención, siempre que éstas no representen exclusiones específicas. Son financiadas por los fondos trasferidos por el Ministerio de Economía y Finanzas al Seguro Integral de Salud a sus asegurados al régimen de financiamiento Semicontributivo SIS-NRUS.

a) Prestaciones con atención directa

Son aquellas prestaciones que no están sujetas a autorización previa, las cuales comprenden:

- Las Prestaciones correspondientes a condiciones asegurables o diagnósticos CIE-10 no comprendidos en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), siempre que éstas no representen exclusiones específicas, hasta por un tope de 2 UIT.
- Las prestaciones correspondientes a condiciones o diagnósticos CIE-10, comprendidas en el PEAS que excedan los topes establecidos por evento de atención, hasta por un tope de 2 UIT, monto que se contará a partir de exceder los topes del PEAS. Estos excedentes deberán guardar pertinencia con el diagnóstico inicial. Incluye tanto procedimientos, intervenciones o prestaciones adicionales a las establecidas en el PEAS como las no consignadas en éste, siempre que no excedan el tope financiero establecido.

- Condiciones asegurables del PEAS que afectan al menor de 12 años ampliadas a la población general hasta un tope de 2 UIT.
- Las Prestaciones Administrativas de traslado de Emergencia y asignación por alimentación, asimismo también se incluye la prestación económica de Sepelio. Dichas prestaciones serán reguladas por las directivas correspondientes.

b) Prestaciones sujetas a autorización previa (Cobertura Extraordinaria)

- Todas aquellas prestaciones o intervenciones de salud (procedimientos, tratamientos, etc.) con atención directa, que requieran un financiamiento mayor al tope de las 2 UIT establecidas para el Plan Complementario al PEAS con atención directa, siempre que éstas no representen exclusiones específicas. No incluye a las prestaciones administrativas.

5.1.14. Prestaciones por enfermedades de alto costo de atención

Todas aquellas prestaciones para los diagnósticos comprendidos en el listado de enfermedades alto costo de atención, las mismas que serán financiadas por la Unidad Ejecutora Fondo Intangible Solidario de Salud del Seguro Integral de Salud.

5.1.15. Recién nacido

Se considera Recién Nacido (RN) a la niña o niño desde el nacimiento hasta los 28 días de nacido, que para efectos de inscripción o afiliación se considerará hasta los 90 días.

5.1.16. Emergencia:

Toda condición repentina o inesperada que requiere de atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el asegurado. Corresponde a los daños calificados como prioridad I y II, por la norma correspondiente.

5.1.17. Exclusiones Específicas

Son aquellos diagnósticos y condiciones que no son financiadas por el Seguro Integral de Salud bajo ninguna modalidad. (Ver Anexo N° 02).

5.1.18. Garantías Explícitas

Se define a las garantías explícitas como un instrumento de regulación sanitaria que establece condiciones mínimas asegurables otorgadas a toda la población residente del país. Incluye las relativas al derecho progresivo de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, las mismas que están asociadas a la atención de los problemas de salud incluidos en el PEAS. Estas Garantías son constitutivas de derecho para los asegurados del AUS y su cumplimento es obligatorio. (Ver Anexo N° 03).

5.1.19. Año Presupuestal

Periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año fiscal correspondiente.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1. **Definición del Producto:**

6.1.1. **Descripción**

El producto SIS-NRUS ha sido diseñado para brindar cobertura en salud a personas naturales comprendidas en el Nuevo Régimen Único Simplificado

- NRUS, incluidos sus derechohabientes, siempre que aquellas no tengan trabajadores dependientes y no cuenten con un seguro de salud.

Características del Seguro Semicontributivo NRUS
- No aplica carencias. - No aplica preexistencias. - No aplica copagos. - No tiene límite de edad.

6.2. **De la Cobertura SIS**

6.2.1. El Plan de Beneficios del producto SIS-NRUS del Régimen Semicontributivo incluye:
   a) El PEAS (Plan Esencial de Aseguramiento en Salud)
   b) El Plan Complementario al PEAS: prestaciones de atención directa y prestaciones sujetas a autorización previa.
   c) LEAC (Listado de Enfermedades de Alto Costo de Atención).

6.3. **De la Atención del Paciente Asegurado/Inscrito al Régimen Semicontributivo NRUS**

6.3.1. Los asegurados podrán recibir atenciones de salud de acuerdo al plan de cobertura, siempre que se encuentren al día en el pago de sus contribuciones correspondientes al NRUS a partir de la fecha de su afiliación, verificando la condición de asegurado "ACTIVO" en el SIASIS.

6.3.2. Para recibir la atención, deberán presentar su DNI ante el establecimiento de salud de adscripción. Cuando se trate de una referencia, deberán presentar en el establecimiento al cual han sido referidos su DNI y la hoja de referencia correspondiente. (Ver Anexo N° 04).

6.3.3. Para recibir atención ambulatoria en los establecimientos de salud, el asegurado que se encuentre en condición de "INACTIVO" deberá realizar el pago de sus contribuciones pendientes del NRUS, y esperar un tiempo no mayor a 07 días (plazo que tarda la SUNAT en remitir la información de los pagos actualizados al SIS) para recuperar su derecho a cobertura. (Ver Anexo N° 05).

6.3.4. La atención de los casos de emergencia que se requieran durante el tiempo de espera entre la fecha de pago y actualización del sistema, se hará de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 27604, Ley que modifica la Ley N° 26842, Ley General de Salud, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencias y partos.

6.3.5. Los asegurados que reciban atención de emergencia y que al momento de su ingreso su condición de asegurado se encuentre como "INACTIVO", el asegurado asumirá los costos de la atención. Para recuperar su derecho a cobertura deberá realizar el pago de sus contribuciones pendientes del NRUS.

6.3.6. El recién nacido se considera asegurado al SIS para los fines de acceso a cobertura.

6.4. **De la Autorización de Cobertura Extraordinaria**

La solicitud de autorización de cobertura extraordinaria se realizará a las prestaciones de salud que requieran un financiamiento mayor al tope de las 2 UIT, establecidas para el Plan Complementario al PEAS con atención directa, siempre que éstas no representen exclusiones específicas. No incluye a las prestaciones administrativas.

VII. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS:

7.1. El proceso de atención está condicionado a la información que SUNAT enviará periódicamente al SIS sobre los pagos de los contribuyentes al NRUS actualizada.

7.2. Para el caso de Establecimientos de Salud que realicen actividades o presten servicios correspondientes a categorías inmediatas superiores, según el PEAS, el Seguro Integral de Salud reconocerá las atenciones brindadas en estos servicios a los asegurados SIS, siempre y cuando reúnan las condiciones de calidad y seguridad adecuadas, verificadas por la autoridad sanitaria regional, o su equivalente en caso de Lima Metropolitana.

7.3. El Financiamiento del Plan de Beneficios será la transferencia anual que realice el Ministerio de Economía y Finanzas al SIS, para los asegurados SIS-NRUS.

7.4. El Seguro Integral de Salud, financiará los diagnósticos incluidos en el PEAS y el Plan Complementario. Además financiará los diagnósticos presuntivos del listado de enfermedades de alto costo de atención, hasta determinar su diagnóstico definitivo, para lo cual deberán registrar el código CIE-10 de dichos diagnósticos, marcándolo como presuntivo y adicionalmente registrar el código Z13.9 "Examen de Pesquisa Especial No especificado" hasta por un tope de 2 UIT.

7.5. La Unidad Ejecutora FISSAL financiará las prestaciones de salud de los diagnósticos definitivos del listado de enfermedades de alto costo de atención con parte del monto transferido del MEF al SIS, según la normativa correspondiente. Para este fin el SIS realizará la transferencia al FISSAL el monto correspondiente por prestación realizada.

7.6. Para efectos de los procedimientos de solicitud de autorización, evaluación y autorización de la Cobertura Extraordinaria del Régimen Semicontributivo NRUS se realizará según lo establecido en los numerales 6.3.2, 6.3.3, 6.4, 7.1, 7.2, 7.3 y 7.4 de la Directiva Administrativa N° 003-2012-SIS-GREP "Directiva que regula la Cobertura Prestacional de Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud", aprobada mediante Resolución Jefatural N° 197-2012-SIS y su modificatoria la Resolución Jefatural N° 210-2012/SIS.

SEGURO INTEGRAL DE SALUD GREP
N.Terrones

VIII. DISPOSICIONES TRANSITORIAS

8.1. En tanto los establecimientos de salud no cuenten con los medios necesarios para brindar a aquellas atenciones del PEAS para las cuales se ha determinado como nivel resolutivo a los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención; podrán ser otorgadas por cualquier establecimiento de salud mediante referencia. En el caso específico de las atenciones de parto aplica el mismo procedimiento.

8.2. Los establecimientos en el cual serán atendidos los asegurados al SIS- NRUS serán los EESS de Salud de la Red Pública (MINSA/Gobiernos Regionales) según adscripción y referencia y en Establecimientos de Salud privados sólo con referencia.

IX. DISPOSICIONES FINALES

9.1. Los aspectos operativos no contemplados en la presente Directiva, podrán ser implementados mediante memorando circular.

X. DE LAS RESPONSABILIDADES:

10.1. La Gerencia de Riesgos y Evaluación de Prestaciones es la encargada de monitorear la implementación de la presente Directiva y de ser necesario, de establecer las disposiciones complementarias que permitan su aplicación, así como la regulación y monitoreo de la Cobertura Extraordinaria de acuerdo a sus competencias.

10.2. La Gerencia Macroregional es responsable de supervisar y brindar la asistencia técnica para el adecuado cumplimiento de las disposiciones normativas contenidas en la presente directiva, en tanto estas se implementen, será asumida por la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones.

10.3. La Gerencia de Negocios y Financiamiento es responsable de regular y controlar las prestaciones Administrativas y Económicas contenidas en el Plan de Beneficios del SIS, asimismo deberá monitorear, evaluar e informar la disponibilidad presupuestal para el financiamiento de cada solicitud de Cobertura Extraordinaria, a través del aplicativo informático del SIS, con la finalidad de determinar los saldos disponibles.

10.4. La Oficina General de Tecnología de la Información tendrá las siguientes responsabilidades:

a) En coordinación con la Gerencia de Riesgos y Evaluación de Prestaciones y Gerencia de Negocios y Financiamiento implementará el desarrollo de aplicativos informáticos y/o adecuaciones necesarias y su difusión, para el cumplimiento de lo dispuesto en la directiva y memorandos circulares relacionados.
b) Mantenimiento y adecuado funcionamiento del Módulo de Cobertura Extraordinaria del Plan Complementario y realizará las adecuaciones técnicas necesarias para garantizar su sostenibilidad, disponibilidad y la seguridad de la información registrada y adjuntada.

10.5. Las Unidades Desconcentradas Regionales (UDR), tienen la responsabilidad de cumplir con las disposiciones de la presente directiva en el marco de sus competencias.

10.6. La Evaluación de la Cobertura Extraordinaria la realiza el Médico Supervisor de la UDR, en caso de su ausencia lo asume el Representante Médico de la UDR, de no contarse con ninguno de los dos anteriores la evaluación, autorización o rechazo según corresponda, será asumida por la Gerencia Macro Regional, en tanto estas se implementen, será asumida por la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones.

XI. ANEXOS:

Anexo N° 1: Plan de Beneficios.

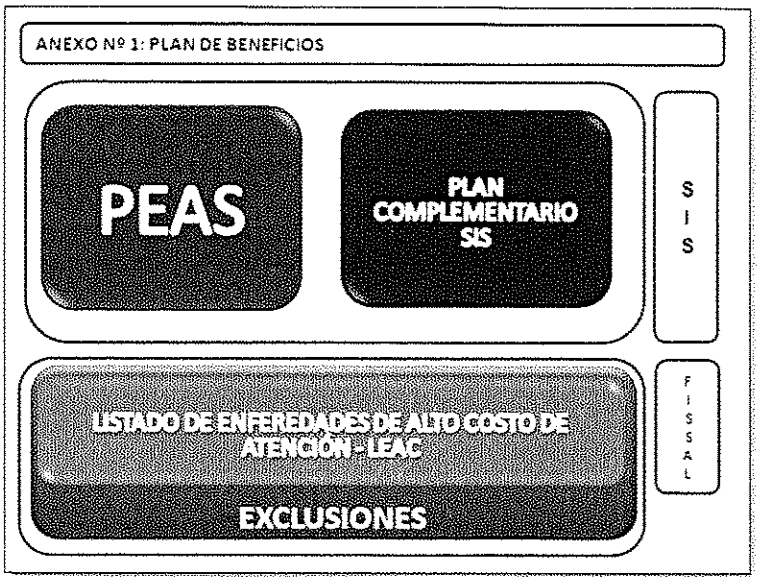
Anexo N° 2: Exclusiones Específicas.

Anexo N° 3: Garantías Explicitas.

AnexoN° 4: Procedimiento para la atención de asegurados al SIS-NRUS con condición de "ACTIVOS".

AnexoN° 5: Procedimiento para la atención de asegurados al SIS-NRUS con condición de "INACTIVOS".

Anexo N° 6: Procedimiento para la atención de emergencia de asegurados al SIS-NRUS con condición de "INACTIVOS".



ANEXO Nº 02 - EXCLUSIONES ESPECIFICAS

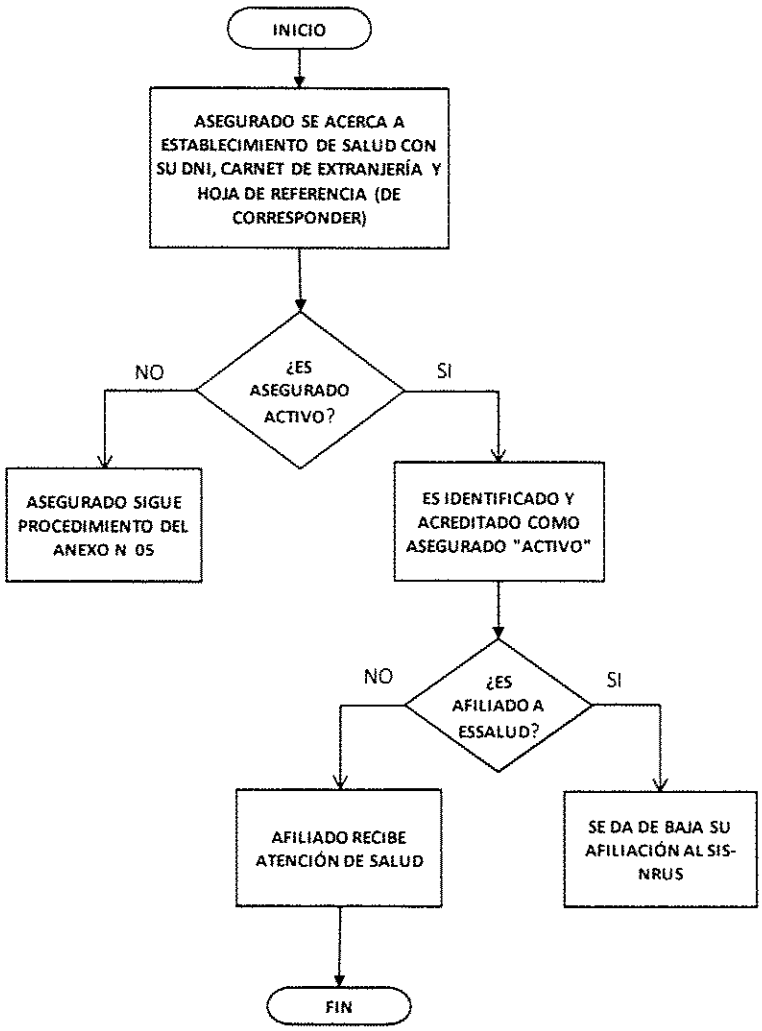
EXCLUSIONES ESPECÍFICAS SIS	CÓDIGO CIE-10
Cirugía profiláctica, estética o cosmética, procedimientos para otros propósitos que no sean mejorar el estado de salud.	Z40 – Z 41
Atenciones con otra fuente de financiamiento (Ej.: Accidentes de Tránsito SOAT, Estrategias, programas).	
Atención fuera del territorio nacional	

	ANEXO N° 03 - GARANTIAS EXPLICITAS
I)	**POBLACIÓN SANA**
	RECIÉN NACIDO
	Oportunidad
1	La aplicación de las Vacunas BCG y HVB se realizará dentro de las primeras **48 horas de vida**
2	El primer control del Recién Nacido se programará entre los **7 y 15 días de vida**
	Calidad
3	La atención inmediata del recién nacido y el primer control será realizado por un profesional de salud capacitado
	NIÑA/O SANO
	Oportunidad
4	A todo menor de 1 año que acude a un establecimiento de salud se realizará el control de CRED de acuerdo a su edad.
5	A todo menor de 1 año, en cada control de CRED, se le administrará las vacunas de acuerdo al calendario de vacunación vigente y según corresponda la edad.
6	El tamizaje de Anemia será realizado en todo menor de 3 años, **una vez al año**
	Calidad
7	Los controles de crecimiento y desarrollo y la administración de vacunas serán realizados por personal de salud capacitado.
II)	**CONDICIONES OBSTETRICAS**
	EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO NORMAL
	Oportunidad
8	A toda gestante se le realizará el plan de parto en la primera atención prenatal con adecuación cultural de ser el caso.
9	Toda gestante contará a más tardar en el segundo trimestre del embarazo con resultados de análisis de laboratorio.
10	El control del puerperio, de parto atendido en establecimiento de salud, se programará a los 7 y 30 **días posteriores al parto.**
	Calidad
11	La atención prenatal, parto y puerperio será realizada por un profesional de salud capacitado.
	HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO
	Oportunidad
12	En establecimientos de primer nivel de atención a la gestante con diagnóstico de hemorragia de la segunda mitad del embarazo, se deberá canalizar vía endovenosa, estabilizará e iniciará la referencia al establecimiento de mayor complejidad en un lapso que no excederá los **30 MINUTOS.**
13	En establecimientos de segundo y tercer nivel de atención la culminación de la gestación por hemorragia de la segunda mitad del embarazo y con alteraciones hemodinámicas, será por cesárea y el tiempo para el inicio de la misma no excederá los **30 MINUTOS**
	Calidad
14	La intervención quirúrgica será realizada por médico ginecoobstetra o médico con competencias en gineco obstetricia.
	DESPROPORCIÓN FETOPÉLVICA
	Oportunidad
15	En establecimientos del segundo y tercer nivel de atención, toda gestante con desproporción feto pélvica y en trabajo de parto, el tiempo máximo para el inicio de la cesárea no excederá los **60 minutos.**
	Calidad
16	La intervención quirúrgica será realizado por médico ginecoobstetra o médico con competencias en gineco obstetricia.
	EMBARAZO EN MUJERES CON INFECCIÓN EN VIH
	Oportunidad
17	Toda gestante con infección por VIH confirmada, recibirá tratamiento a partir de las 14 semanas de gestación según esquema y escenarios
	Calidad
18	El parto de toda gestante con infección por VIH será atendido por cesárea
	ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO
	Oportunidad
19	En caso de Preeclampsia severa o Eclampsia se iniciará tratamiento con sulfato de magnesio o hipotensores según guía de práctica clínica, se deberá canalizar vía endovenosa e iniciará la referencia al establecimiento de mayor complejidad con vía permeable en un lapso que no excederá los **45 minutos.**
20	En establecimientos con capacidad resolutiva a toda gestante con preeclampsia severa y daño de órgano blanco el tiempo máximo para el inicio de la cesárea no excederá las **2 horas.**
	Calidad
21	En el establecimiento con capacidad resolutiva la atención se realizará por médico gineco obstetra o médico con competencias en gineco obstetricia.
	HEMORRAGIA POST PARTO
	Oportunidad
22	En el primer nivel de atención la puérpera deberá recibir estabilización hemodinámica e iniciar administración de oxitócicos y se iniciará la referencia al establecimiento de mayor complejidad en una lapso que no excederá los **30 MINUTOS**
23	En establecimiento con capacidad resolutiva, diagnosticada la retención de placenta, se procederá inmediatamente a la extracción manual de la placenta.
24	En establecimiento con capacidad resolutiva, toda puérpera con atonía uterina que no responde al tratamiento médico (compresión uterina bimanual, uso de oxitócicos y otros) se iniciará inmediatamente el manejo quirúrgico.
	Calidad
25	En establecimiento con capacidad resolutiva la atención será realizada por médico gineco obstetra o médico con competencias en gineco obstetricia.
III)	**CONDICIONES PEDIATRICAS**
	CONDICIONES NEONATALES
	NEONATO DE BAJO PESO AL NACER/PREMATUREZ
	Oportunidad
26	Todo recién nacido menor de 2,500 g. se le programará un control cada 15 días a partir del alta durante **2 meses.**
	Calidad
27	En el establecimiento con capacidad resolutiva, la evaluación del neonato será realizado por neonatólogo, médico pediatra o médico con competencias en pediatría
	CONDICIONES QUE AFECTAN AL MENOR DE 12 AÑOS
	INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA)
	IRA COMPLICADA
	Oportunidad
28	En niñas/niños con IRA complicada , se iniciará inmediatamente el tratamiento una vez efectuado el diagnóstico clínico.
	Calidad
29	En niñas/niños con IRA complicada el tratamientoserá realizado por médico pediatra o médico capacitado
	ENFERMEDAD DIARREICA
	Oportunidad
30	A todo niña/niño con deshidratación sin shock se le administrará terapia de rehidratación
31	A todo niña/niño con deshidratación con shock se iniciará inmediatamente terapia de hidratación endovenosa y será referido al establecimiento de mayor complejidad.
	Calidad
32	La atención de la deshidratación sin shock será realizado por personal de salud capacitado.
	ANEMIA NUTRICIONAL
	Oportunidad
33	Toda niña/niño con diagnóstico de anemia se le administrará tratamiento con sal ferrosa y se programará un control mensual durante **3 meses.**
	Calidad
34	La atención será realizada por personal de salud capacitado.

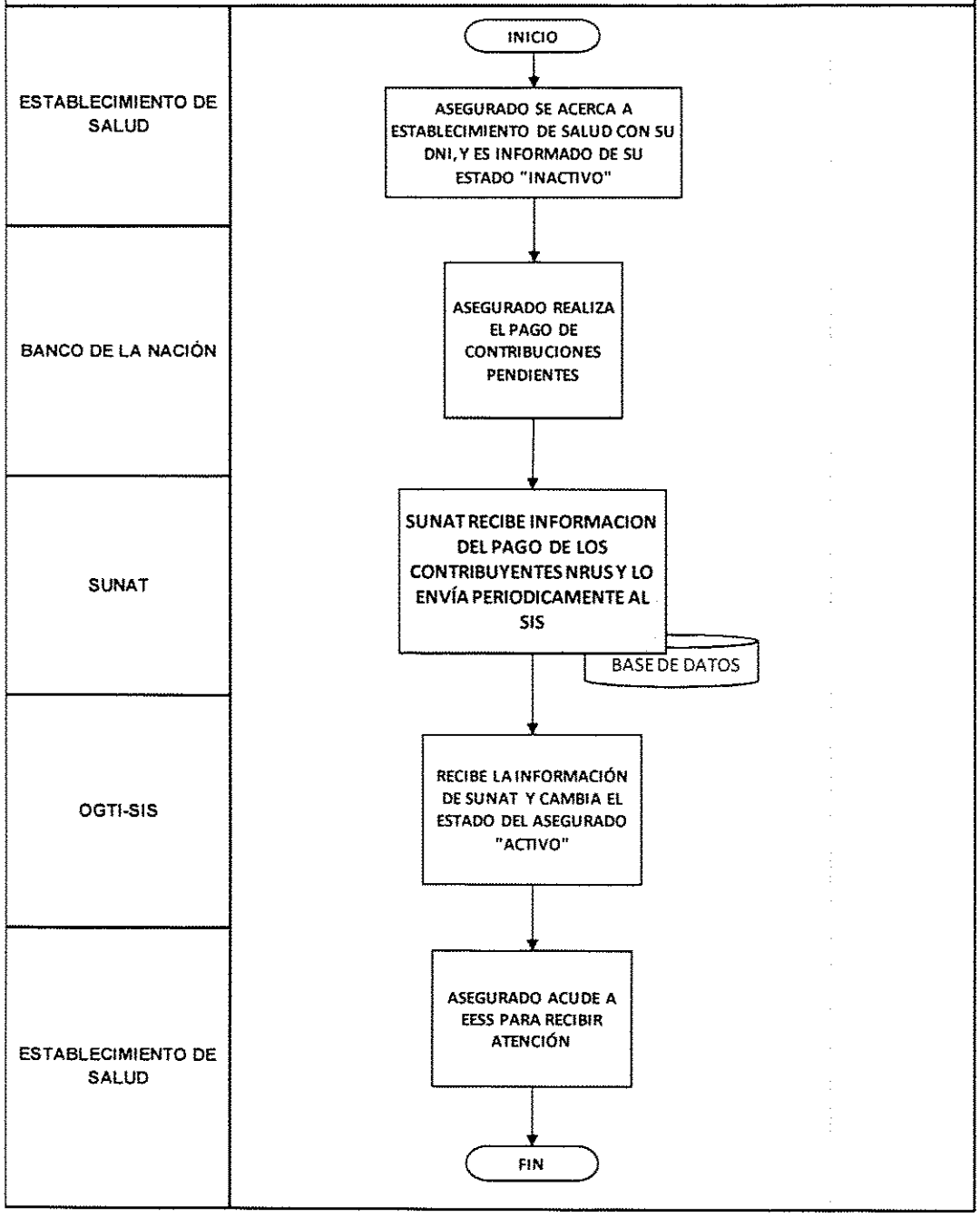
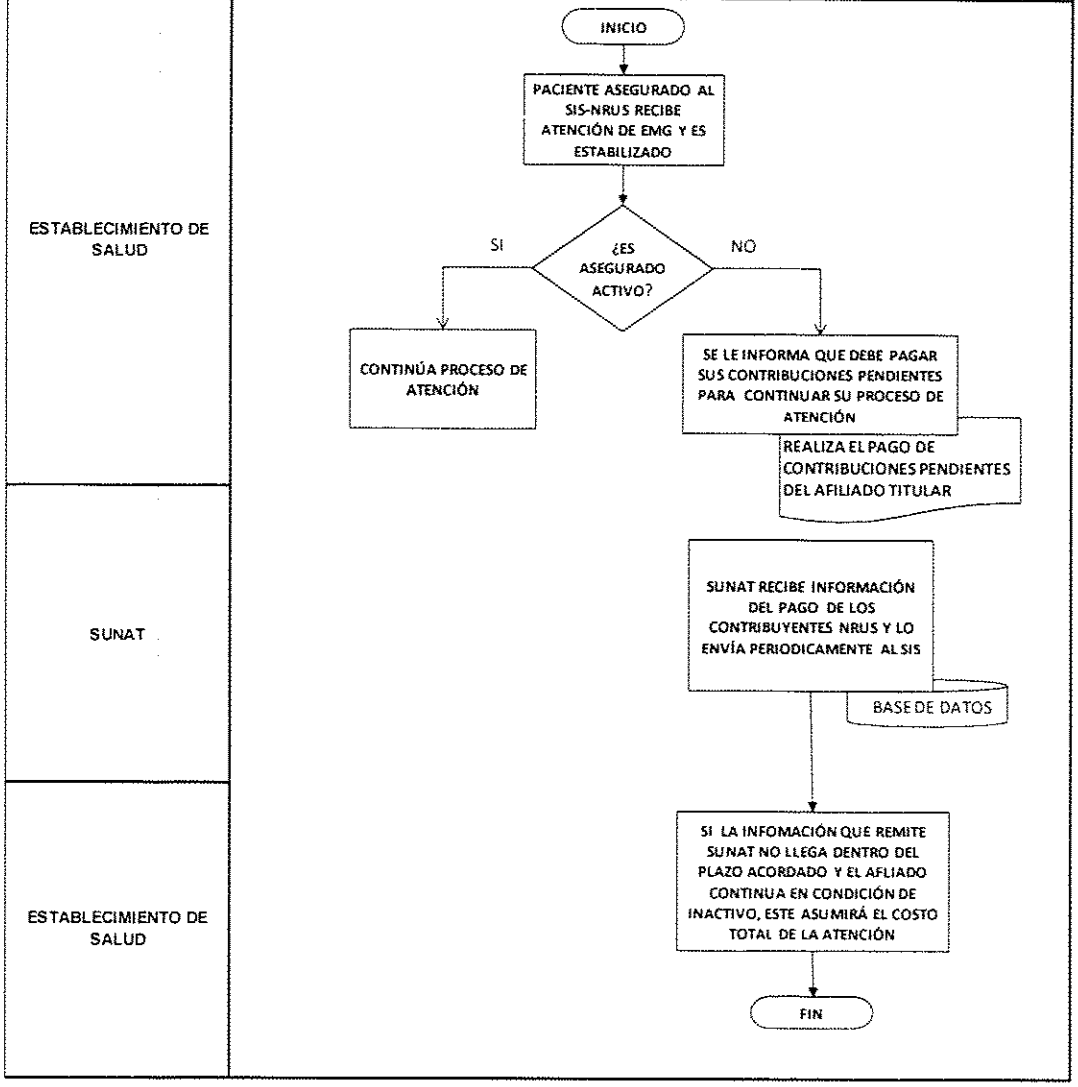
SEGURO INTEGRAL DE SALUD
GREP
N.Terrones

ANEXO N 4: PROCEDIMIENTO PARA ATENCIÓN AMBULATORIA A LOS ASEGURADOS AL SIS-NRUS CON CONDICIÓN DE "ACTIVOS"

ESTABLECIMIENTO DE SALUD



ANEXO 5: PROCEDIMIENTO PARA ATENCIÓN AMBULATORIA A LOS ASEGURADOS AL SIS-NRUS CON CONDICIÓN DE "INACTIVOS"



ANEXO N° 06: PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA A LOS ASEGURADOS AL SIS-NRUS