

ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN BASE PEAS
TRABAJADORES, CÓNYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS
COLEGIO DE ARQUITECTOS

CS 06 - CM 486

FECHA DE INICIO DE COBERTURA

01/03/2022

1.- COBERTURA OBLIGATORIA: PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD - PEAS

Consiste en la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones, señaladas en el Decreto Supremo N° 016-2009-SA que serán financiadas a todos los asegurados por las IAFAS con garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios.

3.- SUMA ASEGURADA

COBERTURA OBLIGATORIA: ILIMITADA

4.- DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

| ATENCIÓN AMBULATORIA¹ | | | | Copago | Cubierto al |
|---|---|------------------------------------|---|---------------|--------------------|
| 1. Consultas, laboratorio y anatomía-patológica⁴, radiología y exámenes auxiliares². | | | | | |
| RED AMBULATORIA 1 | Cl. Jesús del Norte | Cl. Vesalio | Cl. San Gabriel | S/. 35 | 100% |
| | Cl. Maison de Santé (Lima) | Cl. Santa Martha del Sur | Cl. San Juan Bautista | | |
| | Cl. AUNA Bellavista | Cl. Ricardo Palma (Chorrillos) | C.M. Medicis | | |
| | Cl. Los Andes (Miraflores) | | | | |
| RED AMBULATORIA 2 | Cl. Centenario Peruano Japonesa | Cl. Stella Maris | Cl. Providencia | S/. 40 | 100% |
| | | Cl. Internacional SMA (Bellavista) | C.M. San Judas Tadeo | | |
| | Cl. Montefiori | | | | |
| RED AMBULATORIA 3 | Cl. Good Hope | Cl. Maison de Santé (Chorrillos) | Cl. Cayetano Heredia (San Martín de Porres) | S/. 45 | 100% |
| | | Cl. de Especialidades Médicas | | | |
| RED AMBULATORIA 4 | | Cl. Limatambo (San Isidro) | Cl. Javier Prado | S/. 55 | 100% |
| RED AMBULATORIA A | Cl. Pardo (Cusco) | | Cl. Sanna Belén (Piura) | S/. 35 | 100% |
| RED AMBULATORIA B | Cl. SANNA Sanchez Ferrer (Trujillo) | | | S/. 45 | 100% |
| RED AMBULATORIA C | Cl. San Juan de Dios (Arequipa) | | | S/. 55 | 100% |
| Medicinas³ | Medicinas relacionadas con atenciones ambulatorias. Farmacias de clínicas afiliadas a la red Ambulatoria 1, 2, 3 y Provincias | | | Sin Copago | 60% |
| | Medicinas relacionadas con atenciones ambulatorias. Farmacias de clínicas afiliadas a la red Ambulatoria 4 | | | Sin Copago | 55% |

(1) Se aplica copago por cada servicio brindado (consulta, laboratorio, imágenes, etc). En el caso de órdenes de laboratorio y radiología convencional, se aplicará un copago por cada orden médica, independiente del número de servicios solicitados. Las órdenes médicas tienen una vigencia de 7 días calendario.

Para cualquier duda / consulta, por favor comunicarse a **SANITAS EN LINEA 219-1919 - Nivel Nacional 0800-19191**

(2) Los servicios derivados de la consulta serán cubiertos siempre y cuando el diagnóstico sea PEAS.

(4) No aplica copago por los servicios de laboratorio y anatomía patológica ÚNICAMENTE PARA LAS CLÍNICAS AFILIADAS A LA RED AMBULATORIA 1 y 2 y A.

(*) Sujeto a las fechas de funcionamiento de la Clínica.

(3) La receta médica tiene una vigencia de 7 días calendario contados a partir de la fecha de expedición.

ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN BASE PEAS
TRABAJADORES, CÓNYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS

| ATENCIÓN AMBULATORIA | | | | Copago | Cubierto al |
|--|---|----------------------------------|---|------------|-------------|
| 2. Cirugía Ambulatoria (sin internamiento) y procedimientos endoscópicos¹. | | | | | |
| RED AMBULATORIA 1 | Cl. Jesús del Norte | Cl. Vesalio | Cl. San Gabriel | S/. 105 | 100% |
| | Cl. AUNA Bellavista | Cl. San Juan Bautista | Cl. Ricardo Palma (Chorrillos) | | |
| | Cl. Los Andes (Miraflores) | Cl. Maison de Santé (Lima) | Cl. Santa Martha del Sur | | |
| RED AMBULATORIA 2 | Cl. Centenario Peruano Japonesa | Cl. Stella Maris | Cl. Providencia | S/. 120 | 100% |
| | Cl. Montefiori | | C.M. San Judas Tadeo | | |
| RED AMBULATORIA 3 | Cl. Good Hope | Cl. Maison de Santé (Chorrillos) | Cl. Cayetano Heredia (San Martín de Porres) | S/. 135 | 100% |
| RED AMBULATORIA 4 | | Cl. Limatambo (San Isidro) | Cl. Javier Prado | S/. 165 | 100% |
| RED AMBULATORIA A | Cl. Pardo (Cusco) | | Cl. Sanna Belén (Piura) | S/. 105 | 100% |
| RED AMBULATORIA B | Cl. SANNA Sanchez Ferrer (Trujillo) | | | S/. 135 | 100% |
| RED AMBULATORIA C | Cl. San Juan de Dios (Arequipa) | | | S/. 165 | 100% |
| Medicinas² | Medicinas relacionadas con atenciones ambulatorias. Farmacias de clínicas afiliadas a la red Ambulatoria 1, 2, 3 y Provincias | | | Sin Copago | 60% |
| | Medicinas relacionadas con atenciones ambulatorias. Farmacias de clínicas afiliadas a la red Ambulatoria 4 | | | Sin Copago | 55% |
| <p>(1) Para procedimientos endoscópicos, en caso de requerir Estudio Anatómo Patológico, se cancelará un copago adicional según clínica de procedencia. Cobertura de acuerdo a PEAS</p> <p>(*) Sujeto a las fechas de funcionamiento de la Clínica.</p> <p>(2) La receta médica tiene una vigencia de 7 días calendario contados a partir de la fecha de expedición.</p> | | | | | |

| TELECONSULTA ¹ | | Copago | Cubierto al | |
|--|---|--------|-------------|------|
| Servicio de telesalud, que permite realizar un diagnóstico personalizado, que incluye la prescripción de exámenes de laboratorio y medicamentos, de acuerdo al estado de salud del usuario, en diagnósticos agudos de baja complejidad (teleconsulta) o usuarios con diagnóstico crónico. | | | | |
| CONSULTA MÉDICA TELESANITAS DOC (01) 680-3040 | Especialidades: Medicina General, Medicina Interna, Pediatría, Cardiología, Neumología, Endocrinología, Psiquiatría, Psicología y Nutrición. | | S/. 30 | 100% |
| | Frecuencia de Consultas: 1 vez al mes, salvo criterio médico por descompensación de enfermedad. | | | |
| | Psicología: Máximo 2 teleconsultas al mes. Nutrición: Máximo 1 teleconsulta al mes. | | | |
| EXÁMENES DE LABORATORIO | Prescrito por TELESANITAS DOC, de acuerdo a pertinencia médica. | | Sin Copago | 80% |
| MEDICINAS² | Prescrito por TELESANITAS DOC, de acuerdo a pertinencia médica y petitorio. | | Sin Copago | 80% |
| <p>*Cobertura PEAS únicamente. Sujeto a disponibilidad.</p> <p>(1) Cobertura activada a través de llamada telefónica.</p> <p>(2) Entrega de medicamentos es bajo petitorio.</p> | | | | |

**ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN BASE PEAS
TRABAJADORES, CÓNYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS**

| ATENCIÓN ODONTOLÓGICA ¹ | | Copago | Cubierto al |
|------------------------------------|---|------------|-------------|
| Red Odontológica | C.R.O.E. (Miraflores, Surco) Sonreir (Miraflores) Cerdent Cl. Dental San José C. Odontológico Americano | S/. 35 | 100% |
| | Arequipa: Clinicentro ABSI Trujillo: Becerril Clínica Dental | | |
| Medicinas ² | Medicinas relacionadas con atenciones odontológicas (INCLUYE antibióticos, analgésicos y/o anti-inflamatorios). Farmacias de clínicas o centros odontológicos afiliados al plan de salud | Sin Copago | 60% |

(1) De acuerdo al PEAS. Copago por pieza tratada y por especialidad. No cubre ortodoncia, rehabilitación oral ni prótesis. | (2) La receta médica tiene una vigencia de 7 días calendario contados a partir de la fecha de expedición.
En ciudades donde no exista prestador odontológico afiliado, podrá hacerse uso de éste beneficio en la red de clínicas donde exista disponibilidad.

| ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA ¹ | | Copago | Cubierto al |
|--|--|--------------|--------------|
| Consulta, laboratorio, imágenes, procedimientos, etc.² | | | |
| Consulta Ambulatoria, exámenes y procedimientos. | Red de Clínicas de Lima y Provincias afiliadas al plan de salud | Como Amb | Como Amb |
| Cirugía Ambulatoria | Red de Clínicas de Lima y Provincias afiliadas al plan de salud | Como Cir Amb | Como Cir Amb |
| Medicinas ¹ | Medicinas relacionadas con atenciones oftalmológicas Farmacias de clínicas afiliadas a la red Ambulatoria 1,2, 3 y Provincias | Sin Copago | Como amb |
| | Medicinas relacionadas con atenciones oftalmológicas Farmacias de clínicas afiliadas a la red Ambulatoria 4 | Sin Copago | Como amb |

(1) De acuerdo a PEAS. La receta médica tiene una vigencia de 7 días calendario contados a partir de la fecha de expedición
(2) Los servicios derivados de la consulta serán cubiertos siempre y cuando el diagnóstico sea PEAS.

| ATENCIÓN HOSPITALARIA* | | Copago | Cubierto al |
|------------------------|---|------------|-------------|
| RED HOSPITALARIA 1 | Cl. Los Andes (Miraflores) Cl. AUNA Bellavista Cl. San Juan Bautista | S/. 600 | 100% |
| RED HOSPITALARIA 2 | Cl. Montefiori Cl. Maison de Santé (Lima) Cl. Providencia C.M. San Judas Tadeo Cl. Santa Martha del Sur Cl. Jesús del Norte | S/. 750 | 100% |
| RED HOSPITALARIA 3 | Cl. Centenario Peruano Japonesa Cl. Vesalio Cl. San Gabriel Cl. Good Hope Cl. Stella Maris Cl. Cayetano Heredia (San Martín de Porres) Cl. de Especialidades Médicas Cl. Javier Prado Cl. Limatambo Cl. Maison de Santé (Chorrillos) (San Isidro) | S/. 1,000 | 100% |
| RED AMBULATORIA A | Cl. Pardo (Cusco) Cl. Sanna Belén (Piura) | S/. 400 | 100% |
| RED AMBULATORIA B | Cl. SANNA Sanchez Ferrer (Trujillo) | S/. 750 | 100% |
| RED AMBULATORIA C | Cl. San Juan de Dios (Arequipa) | S/. 800 | 100% |
| Medicinas ¹ | Medicinas relacionadas con atenciones Hospitalarias. Farmacias de clínicas afiliadas a la red Hospitalarias 1, 2, 3 y Provincias | Sin Copago | 100% |

(1) Se aplica un **COPAGO ÚNICO** según la clínica, por toda la hospitalización sin importar el número de días ni el tipo de hospitalización (incluye Unidad de Cuidado Intensivo). Sujeto a exclusiones y limitaciones.

**ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN BASE PEAS
TRABAJADORES, Cónyuges e Hijos hasta 18 años**

| ATENCIÓN DE MATERNIDAD* | | | | Copago | Cubierto al |
|---|---|---|----------------------------------|---------------|--------------------|
| Parto natural y/o múltiple, control pre-natal y post-natal y atenciones ambulatorias por complicaciones de la gestación. | | | | | |
| RED GRATUITA DE MATERNIDAD EN LIMA | Cl. Jesús del Norte | Cl. Centenario Peruano Japonesa | Cl. Good Hope | Sin Copago | 100% |
| | Cl. Centenario Peruano Japonesa | Cl. Vesalio | Cl. San Gabriel | | |
| | Cl. Los Andes (Miraflores) | Cl. Stella Maris | Cl. Maison de Santé (Chorrillos) | | |
| | Cl. Santa Martha del Sur | Cl. Providencia | Cl. San Juan Bautista | | |
| | Cl. AUNA Bellavista | Cl. Cayetano Heredia (San Martín de Porres) | Cl. Maison de Santé (Lima) | | |
| | C.M. San Judas Tadeo | Cl. Limatambo (San Isidro) | | | |
| RED GRATUITA DE MATERNIDAD A | Cl. Pardo (Cusco) | | Cl. Sanna Belén (Piura) | Sin Copago | 100% |
| RED GRATUITA DE MATERNIDAD B | Cl. SANNA Sanchez Ferrer (Trujillo) | | | Sin Copago | 100% |
| RED GRATUITA DE MATERNIDAD C | Cl. San Juan de Dios (Arequipa) | | | Sin Copago | 100% |
| Medicinas¹ | Medicinas relacionadas con atenciones de maternidad ambulatoria. Farmacias de clínicas afiliadas a la red gratuita de Maternidad en Lima y Provincias | | | Sin Copago | 100% |
| (1) La receta médica tiene una vigencia de 7 días calendario contados a partir de la fecha de expedición | | | | | |
| (*) De acuerdo a PEAS. 1 ecografía por trimestre, salvo complicaciones prenatales | | | | | |
| ATENCIÓN DE MATERNIDAD | | | | Copago | Cubierto al |
| Cesárea, aborto no provocado y atenciones hospitalarias por complicaciones de la gestación. | | | | | |
| RED MATERNIDAD HOSPITALARIA 1 | Cl. Jesús del Norte | Cl. Los Andes (Miraflores) | Cl. Vesalio | S/. 800 | 100% |
| | Cl. AUNA Bellavista | Cl. San Juan Bautista | | | |
| RED MATERNIDAD HOSPITALARIA 2 | Cl. Montefiori | Cl. Santa Martha del Sur | C.M. San Judas Tadeo | S/. 950 | 100% |
| | | Cl. Providencia | | | |
| RED MATERNIDAD HOSPITALARIA 3 | Cl. Centenario Peruano Japonesa | | Cl. San Gabriel | S/. 1,200 | 100% |
| | Cl. Good Hope | Cl. Stella Maris | Cl. Maison de Santé (Lima) | | |
| | Cl. Cayetano Heredia (San Martín de Porres) | | | | |
| | Cl. Javier Prado | Cl. Limatambo (San Isidro) | Cl. Maison de Santé (Chorrillos) | | |
| RED MATERNIDAD HOSPITALARIA A | Cl. Pardo (Cusco) | | Cl. Sanna Belén (Piura) | S/. 800 | 100% |
| RED MATERNIDAD HOSPITALARIA B | Cl. SANNA Sanchez Ferrer (Trujillo) | | | S/. 1,200 | 100% |
| RED MATERNIDAD HOSPITALARIA C | Cl. San Juan de Dios (Arequipa) | | | S/. 1,200 | 100% |
| Medicinas¹ | Medicinas relacionadas con atenciones de maternidad hospitalarias. Farmacias de clínicas afiliadas a la red Maternidad Hospitalarias 1, 2, 3 y Provincias | | | Sin Copago | 100% |
| (1) Únicamente de acuerdo al PEAS. Las medicinas no relacionadas con la maternidad, recetadas al alta de la atención hospitalaria, están sujetas a copagos ambulatorios de la clínica en la que se produjo la atención | | | | | |
| El bebé nacido de usuaria de LA EPS con derecho a los servicios de atención médica obstétrica del parto, será beneficiario de los servicios de salud intrahospitalarios requeridos durante el periodo neonatal, incluyendo pruebas de tamizaje neonatal (hasta los 28 días de vida) y la atención de las enfermedades congénitas o causadas por deficiencias de maduración. Dicha cobertura durante el periodo neonatal produce continuidad para el niño nacido en el plan si es afiliado dentro de los 30 días de producido el nacimiento. | | | | | |
| ENFERMEDADES CONGÉNITAS (de acuerdo a PEAS) | | | | Copago | Cubierto al |
| Cobertura en la red de clínicas afiliadas al plan de salud. | | | | Como Amb/Hosp | Como Amb/Hosp |

**ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN BASE PEAS
TRABAJADORES, CÓNYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS**

| PSICOPROFILAXIS | Copago | Cubierto al |
|--|---------------|--------------------|
| PSICOPROFILAXIS en LIMA: Prenatal y Escuela para Embarazadas. Curso de preparación para el Recién Nacido que empieza en el 4to mes del bebé. Esquema del curso de acuerdo a programación de prestador | Sin copago | 100% |

| ATENCIÓN DE EMERGENCIAS | | Copago | Cubierto al |
|--|---|---|--------------------|
| Se entiende como emergencia toda condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud, o que pueden dejar secuelas invalidantes en el asegurado. | | | |
| Emergencia | Atenciones médicas las 24 horas brindadas a través de la red de Clínicas Afiliadas. | | |
| Ambulancia por Emergencia¹ | LIMA 219-1919 | Límites: Norte: Ancón. Sur: Hasta Villa El Salvador. Este: Hasta Chosica (Puente Los Ángeles). Oeste: La Punta Callao. Del 15 de diciembre al 15 de abril hasta kilómetro 130 por el sur) | |
| | AREQUIPA 0800-19191* | Límites: Zona 1: Cerro Colorado, Paucarpata, Alto Selva Alegre, Yanahuara, Cayma, José Luis Bustamante y Rivero (parte baja), Cercado Zona 2: Cerro Colorado, Zamacola (parte alta) y Ciudad Municipal, Yura, Paucarpata (parte alta), Hunter, Tiabaya y Uchumayo | |
| | CUSCO 0800-19191* | Límites: Cusco Ciudad: Incluye Cusco, Santiago, Wanchaq, San Sebastián y San Jerónimo. Cusco Periferie I: Incluye Poroy, Ccorca y Saylla. Cusco Periferie II: Incluye Urubamba, Calca, Anta, Pisac, Paruro, Paucartambo, Canchis, Acomayo, Quispicanchi. | |
| | TRUJILLO 0800-19191* | Límites: Norte: Esperanza y Huanchaco (no aeropuerto). Sur: Moche, Delicias, Salaverry. Este: Buenos Aires. Oeste: Florencia de Mora, Porvenir, Laredo. | |
| Medicinas | Cobertura de medicinas según pertinencia médica. | | |
| (1) El servicio está sujeto a triaje médico por SANITAS EN LINEA para confirmación de pertinencia médica. Sujeto a disponibilidad del prestador | | | |
| (2) Sujeto a disponibilidad del prestador y a copago en caso se determine que no fue emergencia (pertinencia médica). El traslado en ambulancia terrestre para no emergencias es de 50 soles | | | |
| * Llamada gratuita | | | |

| CONTINUIDAD DE EMERGENCIA ACCIDENTAL AMBULATORIA* | Copago | Cubierto al |
|--|---------------|--------------------|
| Lima y Provincias | Sin Copago | 100% |
| (*)Sanitas Peru EPS cubre la continuidad de la emergencia accidental ambulatoria hasta máximo 90 días contados desde la fecha de ocurrencia del accidente, dentro del mismo establecimiento de salud donde se produjo la atención inicial y sólo aplica a aquellas atenciones que utilizaron exclusivamente el servicio de Emergencia. No aplica a Hospitalizaciones o Cirugía Ambulatorias derivadas del accidente que provocó la Emergencia. (Cubre únicamente: controles ambulatorios, exámenes de laboratorio de control, exámenes radiología convencional de control, sesión de terapia física, curaciones, retiro de puntos, cambio y/o retiro de vendaje/yeso). | | |
| Válido sólo en prestadores incluidos en las redes de atención del plan y si la cobertura fue PEAS. | | |

ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN BASE PEAS
TRABAJADORES, CÓNYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS

| ATENCIÓN PREVENTIVO PROMOCIONALES (de acuerdo a PEAS) | | Copago | Cubierto al |
|--|---|---------------|--------------------|
| Educación y Promoción de la Salud a través de charlas, webinars y material digital enfocado en prevención de la salud. | | | |
| CHEQUEO PREVENTIVO ANUAL | | | |
| LIMA: Limatambo San Juan de Lurigancho, Limatambo Minka, Vesalio, Suiza Lab (Surco y Miraflores) CUSCO: Cl. Pardo PIURA: Cl. Sanna Belén AREQUIPA: ABSI TRUJILLO: Clínica San Antonio | | Sin Copago | 100% |
| PLANIFICACION FAMILIAR | | | |
| Ligadura de Trompas: Cl. Vesalio Vasectomía e Inserción y Retiro de DIU : Cl. Vesalio (por única vez y no incluye recanalización) | | Sin Copago | 100% |
| CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO** | | | |
| CONTROL DE NIÑO SANO | Red de Clínicas de Lima y Provincias, detalladas en la Red de Maternidad, afiliadas al plan de salud, que cuenten con la cobertura. | Sin Copago | 100% |
| (**) Cobertura para niños hasta los 11 años, 11 meses y 30 días. | | | |
| ESTIMULACION TEMPRANA* | | | |
| LIMA: Prenatal, Escuela para Embarazadas y C.M. San Judas Tadeo Curso de preparación para el recién nacido. Esquema del curso de acuerdo a programación de prestador. | | Sin Copago | 100% |
| (*) Estimulación temprana para el niño hasta los 2 años, 11 meses y 30 días. | | | |
| INMUNIZACIONES*** | | | |
| Centro de Vacunación Cl. Javier Prado (***) (Ver tabla de Inmunizaciones) | | Sin Copago | 100% |
| (***) Las vacunas a cubrir serán de acuerdo al Calendario de Inmunizaciones del Ministerio de Salud. | | | |
| PROGRAMA VIVE SANO (de acuerdo al PEAS) | | | |
| Programa Crónico "Vive Sano"¹: Programa especializado para los pacientes que cuenten con el diagnóstico confirmado de asma, diabetes mellitus, no insulino dependiente tipo 2, no complicada, dislipidemia o hipertensión arterial no complicada. | | | |
| PROGRAMA VIVE SANO | SANITAS EN LINEA o inscripción en la página WEB (www.sanitasperu.com.pe), adjuntando constancia de diagnóstico y carta de compromiso firmada | Sin Copago | 100% |
| (1) La inscripción al programa de pacientes crónicos es personal. La aceptación se brindará previa confirmación de diagnóstico y firma de la carta de compromiso. Incluye: Educación para la salud, Consulta Médica, Exámenes de Laboratorio de acuerdo a protocolo y Medicamentos de acuerdo a petitorio, coberturados al 100% si son genéricos (petitorio detallado en plan de Salud, sólo para diagnósticos PEAS). (2) NO incluye: Diagnóstico de la enfermedad. (3) Servicio sujeto a disponibilidad y localidad. (*) Sólo aplica crédito, NO reembolso. | | | |
| PROGRAMA VIVE SANO a través de TELECONSULTA | | | |

ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN BASE PEAS
TRABAJADORES, CÓNYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS

| 5. BENEFICIOS ADICIONALES | | | |
|---|--|---------------|--------------------|
| MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN* | | Copago | Cubierto al |
| Consulta | Red de Clínicas afiliadas al plan de salud donde exista la especialidad | Como Amb | 100% |
| Terapia física y Rehabilitación | Red de Clínicas afiliadas al plan de salud donde exista la especialidad | Sin Copago | 90% |
| (*) De acuerdo al PEAS. La terapia será derivada de un diagnóstico PEAS si es que el diagnóstico lo requiere. | | | |
| SALUD MENTAL (de acuerdo a PEAS) | | Copago | Cubierto al |
| Consulta Psicológica | | | |
| LIMA: | FESALUD (San Juan de Lurigancho) FESALUD (Los Olivos) | S/. 20 | 100% |
| LIMA: | Vesalio | S/. 50 | 100% |
| PROVINCIAS: | Plenamente | S/. 30 | 100% |
| Psicoterapia* | | | |
| LIMA: | Vesalio | S/. 50 | 100% |
| PROVINCIAS: | Plenamente | S/. 30 | 100% |
| Consulta Psiquiátrica | | | |
| LIMA: | Vesalio | S/. 50 | 100% |
| PROVINCIAS: | Plenamente | S/. 30 | 100% |
| Hospitalización Psiquiátrica (hasta 45 días al año)** | | | |
| | Cl. Vesalio | Como Hosp | Como Hosp |
| (*) La psicoterapia será derivada de una consulta psicológica | | | |
| (**) Según disponibilidad de camas para diagnósticos psiquiátricos cubiertos, de acuerdo a exclusiones y limitaciones. De acuerdo a PEAS. Se aplica un COPAGO ÚNICO según la clínica, por toda la hospitalización sin importar el número de días ni el tipo de hospitalización (incluye Unidad de Cuidado Intensivo) | | | |
| (***) Para atención en provincias por favor comunicarse a SANITAS EN LINEA 219-1919 - Nivel Nacional 0800-19191 | | | |
| SALUD MENTAL (de acuerdo a PEAS) | | Copago | Cubierto al |
| Medicinas¹ | Medicinas relacionadas con atenciones ambulatorias. Farmacias de clínicas que brinden consulta psiquiátrica en las Cl. Vesalio, Cl. Good Hope y Cl. Centenario Peruano Japonesa | Sin Copago | 60% |
| (1) La receta médica tiene una vigencia de 7 días calendario contados a partir de la fecha de expedición (medicamentos de acuerdo a petitorio). | | | |

**ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN BASE PEAS
TRABAJADORES, CÓNYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS**

| VIH - SIDA* | Copago | Cubierto al |
|--|---------------|--------------------|
| Para acceder al servicio los afiliados deben llamar a SANITAS EN LINEA para coordinar una cita con un médico especialista, programar exámenes complementarios y coordinar la entrega de medicamentos. | | |
| Consulta. Servicio cerrado con médico designado. | S/. 49 | 100% |
| Exámenes complementarios. | S/. 49 | 100% |
| Medicinas relacionadas con atenciones de VIH-SIDA | Sin Copago | 70% |
| * Según lo indicado en el PEAS. | | |

7.- COTIZACION DE APORTES (Trabajadores, cónyuges e hijos hasta los 18 años)

| Aportes mensuales Incluyen tributos de ley y gastos | Aporte Plan Base Peas |
|--|------------------------------|
| TITULAR SOLO | S/. 113.00 |
| TITULAR + 1 DEPEND. | S/. 226.00 |
| TITULAR + 2 DEPEND. | S/. 339.00 |
| TITULAR + 3 DEPEND. | S/. 452.00 |
| TITULAR + 4 o más DEPEND. | S/. 565.00 |

PERIODO DE EVALUACIÓN : Semestral con posibilidad de revisión de acuerdo a la siniestralidad

8.- MÉTODO DE REAJUSTE DE RETRIBUCIONES

| RANGOS DE SINIESTRALIDAD | COPAGO | COBERTURA | VARIACIÓN DE APORTES |
|---------------------------------|------------------------------------|------------------|---|
| S > 70% y S <= 100% | COPAGO*(1+inflación médica) | No cambia | TARIFA*(1+inflación médica)*(1+Siniestralidad - 70%) |
| S > 100% | COPAGO*(1+inflación médica) | No cambia | TARIFA*(1+inflación médica)*(1+Siniestralidad - 70%) |

CONDICIONES

La aplicación del reajuste es procedente siempre que la EPS cumpla con brindar la información contemplada en la Clausula Décimo séptima del presente Contrato.

Previamente a la aplicación del reajuste de los aportes y dentro de los plazos acordados entre las partes, LA EPS deberá haber cumplido con presentar a la ENTIDAD EMPLEADORA, un reporte de la siniestralidad, debidamente sustentado y analizado, señalando las medidas orientadas a la racionalización del gasto. El reajuste de copagos o aportes (si los hubiera) serán aplicados semestralmente a partir del primer día del séptimo mes de vigencia del plan. Este plazo podrá ser en periodos menores, por acuerdo de partes. La retribución pactada en el presente Contrato, estará afecta a los resultados anuales obtenidos por Inflación médica. Los datos utilizados para el cálculo de reajuste incluyen tributos de ley y gastos.

**ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN BASE PEAS
TRABAJADORES, CÓNYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS**

ECUACIÓN DE SINIESTRALIDAD

| | | |
|----------|---|-------------------|
| S | = | $\frac{P + R}{A}$ |
|----------|---|-------------------|

S = Siniestralidad (%)

P = Prestaciones Netas Liquidadas en los primeros 4 meses del período de validación para el reajuste (últimos seis meses). **Sin incluir los montos de las prestaciones catastróficas o excepcionales por su alto costo.**

A = Aportes Netos De los 6 últimos meses

R = Reservas : Promedio de prestaciones liquidadas de los primeros 4 meses del período de validación para el reajuste (últimos seis meses), multiplicado por 2.

9.- INFORMACIÓN REGLAMENTARIA

Afiliados Potestativos o Independientes: Son aquellas personas que no reúnen los requisitos para una afiliación regular, además de sus dependientes (cónyuge o concubina (o), hijos, padres, suegros y hermanos).

Sistema de Quejas y Reclamos: El trabajador tiene el derecho a acceder al sistema de quejas y reclamos y al trámite Previo a la oferta del plan de salud correspondiente a través del teléfono 2191919 o al 080019191. También esta información será publicada en nuestra página web www.sanitasperu.com.pe; cualquier aclaración adicional podrá solicitarla en el correo electrónico defensoriadelusuario@sanitasperu.com

Derechohabientes: Son derechohabientes el cónyuge o el concubino a quienes se refiere el Artículo 326 del Código Civil, así como los hijos menores de edad y mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo, siempre que no sean afiliados obligatorios. La cobertura de los hijos se inicia desde la concepción, en la atención a la madre gestante.

Inicio de la Cobertura Obligatoria: El trabajador podrá gozar de su cobertura, siempre que haya completado tres meses consecutivos de aportaciones; o cuando hayan completado cuatro meses de aportaciones no consecutivas dentro de los seis meses anteriores al mes en que se inició la relación laboral; ya sea en Essalud o una EPS.

10.- CONDICIONES, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

| | |
|-------------------------------|--|
| PEAS | VER ANEXO CONDICIONES, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES |
| Validez de Cartas de Garantía | El Volante de Autorización de Servicios o Carta de Garantía tendrá una vigencia de 30 días calendario, siempre que, al momento de su utilización, el afiliado se encuentre vigente . |

11.- ESTABLECIMIENTOS VINCULADOS POR REDES.

VER ANEXO RED DE PRESTADORES

ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN BASE ESENCIAL
TRABAJADORES, CÓNYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS
COLEGIO DE ARQUITECTOS

CS 06 - CM 460

FECHA DE INICIO DE COBERTURA

01/03/2022

1.- COBERTURA OBLIGATORIA: PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD - PEAS

Consiste en la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones, según el Decreto Supremo N° 016-2009-SA que serán financiadas a todos los asegurados por las IAFAS con garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios.

2.-COBERTURA COMPLEMENTARIA: NO PEAS

a. Comprende la atención de contingencias no incluidas en el PEAS que permiten dar integridad, oportunidad y continuidad a las prestaciones de salud. Se encuentra sujeta a los límites, prestaciones y condiciones estipulados libremente por las partes, sin que ello implique la pérdida del derecho del trabajador de mantener las mismas en EsSalud.

b. La continuidad de cobertura de preexistencias no incluidas en el PEAS se atenderán en las Clínicas indicadas en la red del Plan de Salud contratado.

3.- SUMA ASEGURADA

COBERTURA OBLIGATORIA: ILIMITADA

COBERTURA COMPLEMENTARIA: ILIMITADA

4.- DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

| ATENCIÓN AMBULATORIA ¹ | | | | Copago | Cubierto al |
|---|---|--|----------------------------------|--------|------------------------|
| 1. Consultas, Laboratorio y Anatomía Patológica², Radiología y Exámenes Auxiliares. | | | | | |
| RED AMBULATORIA 5 | Cl. AUNA Bellavista | Integramédica | Cl. Jesús del Norte | S/. 35 | 100% |
| | Cl. Los Andes | Cl. Maison de Santé (Lima) | C.M. Medicis | | |
| | Cl. Mundo Salud | Cl. Ricardo Palma (Chorrillos) | Cl. San Gabriel | | |
| | Cl. San Juan Bautista Cl. Versalles | Cl. Santa Martha del Sur | Cl. Vesalio | | |
| RED AMBULATORIA 6 | Cl. Centenario Peruano Japonesa | Cl. Internacional SMA (Bellavista) | S/. 40 | 100% | |
| | Cl. Limatambo (Minka) | CM Medex | | | Cl. Montefiori |
| | Cl. Providencia | C.M. San Judas Tadeo | | | Cl. San Pablo * (Asia) |
| | Cl. Stella Maris | Suiza Lab (Miraflores) | | | Suiza Lab (Surco) |
| RED AMBULATORIA 7 | Cl. Cayetano Heredia | Cl. de Especialidades Médicas | Cl. Good Hope | S/. 45 | 100% |
| | Cl. Maison de Santé (Surco) C.M. SANNA (La Molina) | Cl. Limatambo (San Juan de Lurigancho) | Cl. Maison de Santé (Chorrillos) | | |
| | | Medavan (Cirugía Ambulatoria) | C.M. SANNA (Chacarilla) | | |
| | | C.M. SANNA (Miraflores) | | | |
| RED AMBULATORIA 8 | | Cl. Javier Prado | Cl. Limatambo (San Isidro) | S/. 55 | 100% |

(1) Se aplica copago por cada servicio brindado (consulta, laboratorio, imágenes, etc). En el caso de órdenes de laboratorio y radiología convencional, se aplicará un copago por cada orden médica, independiente del número de servicios solicitados. Las órdenes médicas tienen una vigencia de 7 días calendario.

(2) No aplica copago por los servicios de laboratorio y anatomía patológica, ÚNICAMENTE PARA LAS CLÍNICAS AFILIADAS A LA RED AMBULATORIA 5, 6 y A.

(*) Sujeto a las fechas de funcionamiento de la Clínica.

ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN BASE ESENCIAL
TRABAJADORES, CÓNYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS

| ATENCIÓN AMBULATORIA ¹ | | | | Copago | Cubierto al |
|---|---|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------|-------------|
| 1. Consultas, Laboratorio y Anatomía Patológica², Radiología y Exámenes Auxiliares. | | | | | |
| RED AMBULATORIA D | Cl. AUNA Miraflores (Piura) | Cl. Del Sur (Moquegua) | Cl. Huánuco (Huánuco) | S/. 35 | 100% |
| | Cl. La Luz (Tacna) | Cl. Los Condes (Ica) | Cl. Los Fresnos (Cajamarca) | | |
| | Clínica Materno Infantil Norte (Trujillo) | Cl. Ortega (Huancayo) | Policlínico Medic Salud (Apurímac) | | |
| | Cl. Santa Ana (Cajamarca) | Cl. San Antonio (Trujillo) | Cl. San José (Cusco) | | |
| | Cl. San Vicente (Ica) | Cl. Tresa (Piura) | | | |
| Clínicas afiliadas de provincias; excepto las precisadas en la Red Ambulatoria B, C y D. (Ver anexo Red de IPRESS) | | | | | |
| RED AMBULATORIA E | Cl. Ana Stahl (Iquitos) | Cl. ABSI (Arequipa) | Cl. AUNA Servimédicos (Chiclayo) | S/. 45 | 100% |
| | Cl. AUNA Vallesur (Arequipa) | Cl. Carita Feliz (Piura) | Cl. Del Pacífico (Chiclayo) | | |
| | Cl. Isabel (Tacna) | Cl. Metropolitana (Chiclayo) | Cl. SAN PABLO La Merced (Trujillo) | | |
| | Cl. San Pedro (Chimbote) | Cl. Santa María (Chimbote) | Cl. SANNA Sanchez Ferrer (Trujillo) | | |
| RED AMBULATORIA F | | Cl. Arequipa (Arequipa) | Cl. AUNA Camino Real (Trujillo) | S/. 55 | 100% |
| | C.M. García Bragagnini (Arequipa) | Cl. Monte Carmelo (Arequipa) | Cl. Peruano Americana (Trujillo) | | |
| | Cl. Promedic (Tacna) | Cl. San Juan de Dios (Arequipa) | | | |
| RED AMBULATORIA | Cl. Mac Salud (Cusco) | Cl. San Pablo (Arequipa) | | S/. 60 | 100% |
| MEDICINAS³ | Medicinas GENÉRICAS relacionadas con atenciones ambulatorias. | | | Sin Copago | 100% |
| | Farmacias de cadenas: Inkafarma³, MiFarma³ (incluye BTL, Arcangel y Fasa) | | | Sin Copago | 80% |
| | Medicinas de DENOMINACIÓN COMERCIAL relacionadas con atenciones ambulatorias. | | | Sin Copago | 80% |
| | Medicinas relacionadas con atenciones ambulatorias. Farmacias de clínicas afiliadas a la red Ambulatoria 5, 6, 7 y Provincias | | | Sin Copago | 60% |
| Medicinas relacionadas con atenciones ambulatorias. Farmacias de clínicas afiliadas a la red Ambulatoria 8 | | | Sin Copago | 55% | |
| <p>(1) Se aplica copago por cada servicio brindado (consulta, laboratorio, imágenes, etc). En el caso de órdenes de laboratorio y radiología convencional, se aplicará un copago por cada orden médica, independiente del número de servicios solicitados. Las órdenes médicas tienen una vigencia de 7 días calendario.</p> <p>(2) No aplica copago por los servicios de laboratorio y anatomía patológica, ÚNICAMENTE PARA LAS CLÍNICAS AFILIADAS A LA RED AMBULATORIA 5, 6 y A.</p> <p>(*) Sujeto a las fechas de funcionamiento de la Clínica.</p> <p>(3) La receta médica tiene una vigencia de 7 días calendario contados a partir de la fecha de expedición.</p> <p>(4) Incluye Delivery bajo las condiciones de disponibilidad del prestador (Inkafarma 315-9009, MiFarma 612-5000)</p> | | | | | |

ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN BASE ESENCIAL
TRABAJADORES, CÓNYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS

| ATENCIÓN AMBULATORIA | | | | Copago | Cubierto al |
|---|--|--|--|-------------------|-------------|
| 2. Cirugía Ambulatoria (Sin internamiento) y Procedimientos Endoscópicos¹. | | | | | |
| RED AMBULATORIA 5 | Cl. AUNA Bellavista Cl. Los Andes Cl. Mundo Salud Cl. San Juan Bautista Cl. Versalles | Cl. Jesús del Norte Cl. Maison de Santé (Lima) Cl. Ricardo Palma (Chorrillos) Cl. Santa Martha del Sur | Cl. Los Andes Cl. San Gabriel Cl. Vesalio | S/. 105 | 100% |
| RED AMBULATORIA 6 | Cl. Centenario Peruano Japonesa C.M. San Judas Tadeo Cl. Stella Maris | Cl. Limatambo (Minka) Cl. Montefiori Suiza Lab (Miraflores) | Cl. Providencia Cl. San Pablo * (Asia) Suiza Lab (Surco) | S/. 120 | 100% |
| RED AMBULATORIA 7 | Cl. Cayetano Heredia Cl. Limatambo (San Juan de Lurigancho) Medavan (Cirugía Ambulatoria) | Cl. de Especialidades Médicas Cl. Maison de Santé (Chorrillos) | Cl. Good Hope Cl. Maison de Santé (Surco) | S/. 135 | 100% |
| RED AMBULATORIA 8 | Cl. Limatambo (San Isidro) | | Cl. Javier Prado | S/. 165 | 100% |
| RED AMBULATORIA D | Cl. AUNA Miraflores (Piura) Cl. La Luz (Tacna) Clínica Materno Infantil Norte (Trujillo) Cl. Santa Ana (Cajamarca) Cl. San Vicente (Ica) | Cl. Del Sur (Moquegua) Cl. Los Condes (Ica) Cl. Ortega (Huancayo) Cl. San Antonio (Trujillo) Cl. Tresa (Piura) | Cl. Huánuco (Huánuco) Cl. Los Fresnos (Cajamarca) Policlínico Medic Salud (Aurimac) Cl. San José (Cusco) | S/. 105 | 100% |
| Clínicas afiliadas de provincias excepto las precisadas en la Red Ambulatoria B, C y D. (Ver anexo Red de IPRESS) | | | | | |
| RED AMBULATORIA E | Cl. Ana Stahl (Iquitos) Cl. AUNA Vallesur (Arequipa) Cl. Isabel (Tacna) Cl. San Pedro (Chimbote) | Cl. ABSI (Arequipa) Cl. Carita Feliz (Piura) Cl. Metropolitana (Chiclayo) Cl. Santa María (Chimbote) | Cl. AUNA Servimédicos (Chiclayo) Cl. Del Pacífico (Chiclayo) Cl. SAN PABLO La Merced (Trujillo) Cl. SANNA Sanchez Ferrer (Trujillo) | S/. 135 | 100% |
| RED AMBULATORIA F | C.M. García Bragagnini (Arequipa) Cl. Promedic (Tacna) | Cl. Arequipa (Arequipa) Cl. Monte Carmelo (Arequipa) Cl. San Juan de Dios (Arequipa) | Cl. AUNA Camino Real (Trujillo) Cl. Peruano Americana (Trujillo) | S/. 165 | 100% |
| RED AMBULATORIA | Cl. Mac Salud (Cusco) | Cl. San Pablo (Arequipa) | | S/. 180 | 100% |
| MEDICINAS² | Medicinas GENÉRICAS relacionadas con atenciones ambulatorias. Farmacias de cadenas: Inkafarma², MiFarma² (incluye BTL, Arcangel y Fasa) | | | Sin Copago | 100% |
| | Medicinas de DENOMINACIÓN COMERCIAL relacionadas con atenciones ambulatorias. | | | Sin Copago | 80% |
| | Medicinas relacionadas con atenciones ambulatorias. Farmacias de clínicas afiliadas a la red Ambulatoria 5, 6, 7 y Provincias | | | Sin Copago | 60% |
| | Medicinas relacionadas con atenciones ambulatorias. Farmacias de clínicas afiliadas a la red Ambulatoria 8 | | | Sin Copago | 55% |
| <p>(1) Para procedimientos endoscópicos, en caso de requerir estudio anatómo patológico, se cancelará un copago adicional según clínica de procedencia.</p> <p>(**) Sólo para procedimientos endoscópicos</p> <p>(2) La receta médica tiene una vigencia de 7 días calendario contados a partir de la fecha de expedición.</p> <p>(3) Incluye Delivery bajo las condiciones de disponibilidad del prestador (Inkafarma 315-9009, MiFarma 612-5000)</p> | | | | | |

ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN BASE ESENCIAL
TRABAJADORES, CÓNYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS

| ATENCIÓN AMBULATORIA | Copago | Cubierto al |
|---|---------|-------------|
| 3. Centros Especializados en Diagnóstico por Imágenes, Laboratorio y Medicina Nuclear* | | |
| 3.1 Diagnóstico por Imágenes: | | |
| Cimedic DPI SC Medic | S/. 40 | 100% |
| Sedimed (Arequipa) Remasur (Arequipa) Master Imagen (Chimbote) | | |
| Diagnóstico Detecta (Cusco) Resocentro (Piura) | | |
| Resonorte (Trujillo) Tomonorte (Trujillo) | | |
| Resocentro | S/. 50 | 100% |
| Resomasa | S/. 100 | 100% |
| 3.2 Laboratorio Clínico: | | |
| Cimedic Medlab | S/. 40 | 100% |
| 3.3 Medicina Nuclear: | | |
| PetScan Perú / CAMN | S/. 60 | 100% |
| (*) Red de Clínicas de Provincia afiliadas al plan de salud, donde se otorgue la cobertura. En el caso de no contar la clínica con dichos servicios, deberá comunicarse con SANITAS EN LINEA . | | |

| MÉDICO A DOMICILIO | | Copago | Cubierto al | | | |
|--|--|---|--------------------------------|--|--|--|
| Consulta Médica (incluyen Exámenes de Laboratorio² y Medicinas según petitorio) | | | | | | |
| Consulta Domiciliaria (Medicina General, Pediatría*) SANITAS EN LINEA 219-1919 Nivel Nacional: 0800-19191¹ | LIMA 219-1919 | Límites: Norte: Ancón. Sur: Hasta Villa El Salvador. Este: Hasta Chosica (Puente Los Ángeles). Oeste: La Punta Callao. Horario: Médico General: Lunes a Domingo, las 24 horas del día (incluye feriados) Pediatría: Lunes a Viernes: 7am - 9pm. Sábados y Domingos sujetos a disponibilidad de prestador y previa programación. | S/. 60 100% | | | |
| | AREQUIPA 0801-10500 0800-19191 ¹ | | | Límites: Norte: Zona Cono Norte. Sur: Socabaya. Oeste: Cerro Colorado. Este: Paucarpata. Horario: de 8 am a 8 pm | | |
| | TALARA 0801-10500 0800-19191 ¹ | | | | Límites: Norte: Lobitos y El Alto. Sur: La Brea. Este: Sullana Horario: de 8 am a 8 pm (no incluye domingos ni feriados) | |
| | PIURA 0801-10500 0800-19191 ¹ | | | | | Límites: Distritos: Piura, Castilla, Catacaos, Cura Mori y La Arena. Horario: de 8 am a 8 pm (no incluye domingos ni feriados) |
| | TRUJILLO 0801-10500 0800-19191 ¹ | | | | | |
| * Sujeto a disponibilidad. (1) Llamada gratuita. (2) Exámenes derivados de la consulta a domicilio: Exámenes de Laboratorio (adulto): incluye hemograma completo, hemoglobina (Hb), glucosa, colesterol total, examen completo de orina, urocultivo y parasitológico simple (x1) Exámenes de Laboratorio (niño): incluye hemograma completo, hemoglobina (Hb), glucosa, examen completo de orina, urocultivo, Rx. inflamatoria en heces y parasitológico simple (x1) (3) Entrega de medicamentos es bajo petitorio. | | | | | | |

ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN BASE ESENCIAL
TRABAJADORES, CÓNYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS

| TELECONSULTA¹ | | Copago | Cubierto al |
|--|---|---------------|--------------------|
| Servicio de telesalud, que permite realizar un diagnóstico personalizado, que incluye la prescripción de exámenes de laboratorio y medicamentos, de acuerdo al estado de salud del usuario, en diagnósticos agudos de baja complejidad (teleconsulta) o usuarios con diagnóstico crónico. | | | |
| CONSULTA MÉDICA TELESANITAS DOC (01) 680-3040 | Especialidades: Medicina General, Medicina Interna, Pediatría, Cardiología, Neumología, Endocrinología, Psiquiatría, Psicología y Nutrición. Frecuencia de Consultas: 1 vez al mes, salvo criterio médico por descompensación de enfermedad. Psicología: Máximo 2 teleconsultas al mes. Nutrición: Máximo 1 teleconsulta al mes. | S/. 30 | 100% |
| EXÁMENES DE LABORATORIO | Prescrito por TELESANITAS DOC, de acuerdo a pertinencia médica. | Sin Copago | 80% |
| MEDICINAS² | Prescrito por TELESANITAS DOC, de acuerdo a pertinencia médica y petitorio. Lima: Entregado por medio de delivery. Provincias: Entregado de manera presencial en cadena de farmacia. | Sin Copago | 80% |

* Sujeto a disponibilidad.
(1) Cobertura activada por **SANITAS EN LINEA**.
(2) Entrega de medicamentos es bajo petitorio.

| ATENCIÓN ODONTOLÓGICA¹ | | Copago | Cubierto al |
|--|---|---------------|--------------------|
| Consulta Odontológica y Procedimientos. | | | |
| RED ODONTOLÓGICA | Cerdent (ver anexo Red IPRESS) Sonreir (Miraflores) Centros Odontológicos afiliados de Lima (Ver anexo Red de IPRESS) Arequipa: Clinicentro ABSI Ortodont Huaraz: Cl. Dental Bolognesi Trujillo: Becerril Clínica Dental | S/. 30 | 100% |
| | Trujillo: Oral Med Servicios y Representaciones Generales EIRL Centros Odontológicos afiliados de provincias (Ver anexo Red de IPRESS) Centro Odontológico Americano (COA) | S/. 60 | 100% |
| MEDICINAS² | Medicinas GENÉRICAS relacionadas con atenciones odontológicas (INCLUYE antibióticos, analgésicos y/o anti-inflamatorios). Farmacias de cadenas: Inkafarma*, MiFarma* (incluye BTL, Arcangel y Fasa) | Sin Copago | 100% |
| | Medicinas de DENOMINACIÓN COMERCIAL con atenciones odontológicas (INCLUYE antibióticos, analgésicos y/o anti-inflamatorios). Farmacias de cadenas: Inkafarma*, MiFarma* (incluye BTL, Arcangel y Fasa) | Sin Copago | 80% |
| | Medicinas relacionadas con atenciones odontológicas (INCLUYE antibióticos, analgésicos y/o anti-inflamatorios). Farmacias de centros odontológicos afiliados al plan de salud. | Sin Copago | 60% |
| | Medicinas relacionadas con atenciones odontológicas (INCLUYE antibióticos, analgésicos y/o anti-inflamatorios). Farmacias de clínicas afiliadas al plan de salud. | Como Amb | Como Amb |

(1) Copago por pieza tratada y por especialidad. Servicios brindados: a) Examen clínico y odontograma. b) Profilaxis y destartaje simple (placa blanda, limpieza manual simple sin uso de cavitron o equivalentes). c) Restauraciones, que incluyen colocación de amalgamas y resinas. d) Endodoncias. e) Exodoncias simples y complejas (se excluyen exodoncias de caninos, terceras molares y supernumerarios con necesidad de cirugía especializada, así como exodoncias por requerimiento estético y ortodóntico). f) Apicectomías. g) Pulpectomías. h) Pulpotomías. i) Fluorización y colocación de sellantes en niños menores de 12 años y adultos mayores de 59 años. j) Radiografías (bite wing, periapical, oclusal).
NO CUBRE: Ortodoncia, Rehabilitación Oral y Prótesis.
(2) La receta médica tiene una vigencia de 7 días calendario contados a partir de la fecha de expedición.
(*) Incluye Delivery bajo las condiciones de disponibilidad del prestador (**Inkafarma 315-9009, MiFarma 612-5000**)
En ciudades donde no exista prestador odontológico afiliado, podrá hacerse uso de éste beneficio en la red de clínicas donde exista disponibilidad.

**ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN BASE ESENCIAL
TRABAJADORES, CÓNYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS**

| ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA | | | | Copago | Cubierto al |
|--|--|------------------------------|------------|-------------------|--------------------|
| Consulta, Laboratorio, Imágenes, Procedimientos, etc. | | | | | |
| CONSULTA AMBULATORIA, EXÁMENES AUXILIARES Y PROCEDIMIENTOS | Arbrayss | Instituto Oftalmológico Wong | Norvisión | S/. 30 | 100% |
| | Oculaser | Oftalmica | Opeluca | | |
| | Optima Vision | TG Laser | Vistasalud | | |
| Arequipa: Oftalmosalud Trujillo: Oftalmovisión Piura: BM Clínica de Ojos | | | | | |
| Cajamarca: BM Clínica de Ojos | | | | | |
| Oftalmosalud (San Isidro) | Oftalmosalud (Surco) | Oftalmosalud (Los Olivos) | | S/. 50 | 100% |
| Red de Clínicas de Lima y Provincias afiliadas al plan de salud | | | | Como Amb | Como Amb |
| CIRUGÍA AMBULATORIA | Arbrayss | Instituto Oftalmológico Wong | Norvisión | S/. 90 | 100% |
| | Oculaser | Oftalmica | Opeluca | | |
| | Optima Vision | TG Laser | Vistasalud | | |
| | Arequipa: Oftalmosalud Trujillo: Oftalmovisión | | | | |
| Oftalmosalud (San Isidro) | Oftalmosalud (Surco) | Oftalmosalud (Los Olivos) | | S/. 150 | 100% |
| Red de Clínicas de Lima y Provincias afiliadas al plan de salud | | | | Como Cir Amb | Como Cir Amb |
| MEDICINAS¹ | Medicinas GENÉRICAS relacionadas con atenciones oftalmológicas. Farmacias de cadenas: Inkafarma*, MiFarma* (incluye BTL, Arcangel y Fasa) | | | Sin Copago | 100% |
| | Medicinas de DENOMINACIÓN COMERCIAL con atenciones oftalmológicas. Farmacias de cadenas: Inkafarma*, MiFarma* (incluye BTL, Arcangel y Fasa) | | | Sin Copago | 80% |
| | Medicinas relacionadas con atenciones oftalmológicas. Farmacias de centros oftalmológicos afiliados al plan de salud | | | Sin Copago | 60% |
| | Medicinas relacionadas con atenciones oftalmológicas en: Oftalmosalud (San Isidro) Oftalmosalud (Surco) Oftalmosalud (Los Olivos) | | | Sin Copago | 55% |
| | Medicinas relacionadas con atenciones oftalmológicas. Farmacias de clínicas afiliadas al plan de salud | | | Como Amb | Como Amb |
| | | | | | |
| (1) La receta médica tiene una vigencia de 7 días calendario contados a partir de la fecha de expedición. | | | | | |
| (*) Incluye Delivery bajo las condiciones de disponibilidad del prestador (Inkafarma 315-9009, MiFarma 612-5000). | | | | | |

| EXCIMER LÁSER | | | | Copago | Cubierto al |
|--|------------|---------|-----------|-----------------|--------------------|
| Cirugía Refractiva de Miopía, Hipermetropía y Astigmatismo | | | | | |
| RED EXCIMER | Arbrayss | Opeluca | Norvisión | S/. 850 por ojo | 100% |
| | Vistasalud | | | | |
| Tecnología Lasik. Incluye los siguientes procedimientos: Topografía corneal (según indicación médica) y Paquimetría Ultrasónica Ocular (según indicación médica). Atenciones pre operatorias, consultas y medicamentos post operatorios se brindan en los centros oftalmológicos, de acuerdo a su red y plan de salud. NO INCLUYE: Wave Front. (*) Sólo aplica crédito, NO reembolso. | | | | | |

| ATENCIÓN NUTRICIONAL¹ | | | | Copago | Cubierto al |
|--|---|-------------------|---------------|---------------|--------------------|
| 1. Consulta Nutricional Ambulatoria | | | | | |
| RED NUTRICIÓN | Cl. Limatambo (Minka) | C.M. Medicis | Integramédica | S/. 40 | 100% |
| | Suiza Lab (Miraflores) | Suiza Lab (Surco) | | | |
| | Arequipa: C.M. García Bragagnini | | | | |
| C.M Jockey Salud | | | | S/. 50 | 100% |

ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN BASE ESENCIAL
TRABAJADORES, CÓNYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS

| ATENCIÓN NUTRICIONAL ¹ | Copago | Cubierto al |
|---|--------|-------------|
| 2. Consulta Nutricional a Domicilio | | |
| Consulta Nutricional Inicial: Peso, talla, IMC, grasa corporal y registro de ficha nutricional. Consulta Nutricional de Seguimiento: Dietas especializadas, otros. | S/. 50 | 100% |
| NO INCLUYE: Exámenes auxiliares y medicinas. (1) Para acceder al servicio, los afiliados deben llamar a SANITAS EN LINEA . (2) Condiciones del Servicio: Coordinación con mínimo de 24 horas de anticipación. Las atenciones serán programadas previa cita, de acuerdo a la disponibilidad del especialista y disponibilidad del asegurado. Horarios: Lunes a Sábado de 09:00 a 20:00hrs. No incluye Domingos ni feriados. Perfil Profesional: Licenciada en Nutrición. Cobertura: Norte: Hasta Los Olivos Sur: Hasta Villa El Salvador Este: Hasta el Óvalo Santa Anita Oeste: Hasta La Punta (Callao) | | |

| ATENCIÓN HOSPITALARIA ¹ | Copago | Cubierto al |
|---|---|-------------------|
| 1. Atención Hospitalaria | | |
| RED HOSPITALARIA 4 Cl. AUNA Bellavista Cl. San Juan Bautista | Cl. Los Andes Cl. Versailles Cl. Mundo Salud | S/. 600 100% |
| RED HOSPITALARIA 5 Cl. Jesús del Norte Cl. Providencia | Cl. Maison de Santé (Lima) C.M. San Judas Tadeo Cl. Santa Martha del Sur | S/. 750 100% |
| RED HOSPITALARIA 6 Cl. Cayetano Heredia Cl. Good Hope Cl. Maison de Santé (Chorrillos) Cl. Stella Maris | Cl. Centenario Peruano Japonesa Cl. Limatambo (San Juan de Lurigancho) Cl. Maison de Santé (Surco) Cl. Vesalio Cl. San Gabriel Medavan (Cirugía Ambulatoria) | S/. 1,000 100% |
| RED HOSPITALARIA 7 Cl. Limatambo (San Isidro) | Cl. Javier Prado | S/. 1,000 100% |
| (1) Se aplica un COPAGO ÚNICO según la clínica, por toda la hospitalización sin importar el número de días ni el tipo de hospitalización (incluye Unidad de Cuidado Intensivo). Sujeto a exclusiones y limitaciones. (2) Sujeto a exclusiones y limitaciones. | | |

ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN BASE ESENCIAL
TRABAJADORES, CÓNYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS

| ATENCIÓN HOSPITALARIA¹ | | | | Copago | Cubierto al |
|---|---|----------------------------------|---|---------------|--------------------|
| 1. Atención Hospitalaria | | | | | |
| RED HOSPITALARIA D | Cl. AUNA Miraflores (Piura) | Cl. Huánuco (Huánuco) | Cl. La Luz (Tacna) | S/. 400 | 100% |
| | Cl. Los Condes (Ica) | Cl. Los Fresnos (Cajamarca) | Clínica Materno Infantil Norte (Trujillo) | | |
| | Cl. Ortega (Huancayo) | Cl. Santa Ana (Cajamarca) | Cl. San Antonio (Trujillo) | | |
| | Cl. San José (Cusco) | Cl. San Vicente (Ica) | Cl. Tresa (Piura) | | |
| | Clínicas afiliadas de provincias excepto las precisadas en la Red Hospitalaria B, C y D. (Ver anexo Red de IPRESS) | | | | |
| RED HOSPITALARIA E | Cl. Ana Stahl (Iquitos) | Cl. AUNA Servimédicos (Chiclayo) | Cl. AUNA Vallesur (Arequipa) | S/. 750 | 100% |
| | Cl. Carita Feliz (Piura) | Cl. Del Pacífico (Chiclayo) | Cl. Isabel (Tacna) | | |
| | Cl. SAN PABLO La Merced (Trujillo) | Cl. San Pedro (Chimbote) | Cl. Santa María (Chimbote) | | |
| | Cl. SANNA Sanchez Ferrer (Trujillo) | | | | |
| RED HOSPITALARIA F | | Cl. Arequipa (Arequipa) | Cl. AUNA Camino Real (Trujillo) | S/. 800 | 100% |
| | Cl. Peruano Americana (Trujillo) | Cl. Promedic (Tacna) | Cl. San Juan de Dios (Arequipa) | | |
| RED HOSPITALARIA G | Mac Salud (Cusco) | Cl. San Pablo (Arequipa) | | S/. 800 | 100% |
| MEDICINAS² | Medicinas relacionadas con atenciones hospitalarias. Farmacias de clínicas afiliadas al plan de salud | | | Sin Copago | 100% |
| (1) Se aplica un COPAGO ÚNICO según la clínica, por toda la hospitalización sin importar el número de días ni el tipo de hospitalización (incluye Unidad de Cuidado Intensivo). Sujeto a exclusiones y limitaciones. | | | | | |
| ATENCIÓN HOSPITALARIA¹ | | | | Copago | Cubierto al |
| 2. Atención Hospitalaria en Casa. Servicio orientado al manejo de patologías hospitalarias de baja complejidad, en casa, determinado previa evaluación médica. | | | | | |
| RED HOSPITALIZACIÓN EN CASA | Experta | | | S/. 600 | 100% |
| (1) Cobertura activada por SANITAS EN LINEA o por evaluación del caso del área de salud. | | | | | |
| (2) Se aplica un COPAGO ÚNICO, de manera mensual. | | | | | |
| (3) Sujeto a exclusiones, limitaciones y disponibilidad. | | | | | |

ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN BASE ESENCIAL
TRABAJADORES, CÓNYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS

| ATENCIÓN DE MATERNIDAD¹ | | | | Copago | Cubierto al |
|---|---|--|--|---------------|--------------------|
| 1. Parto natural y/o múltiple, control pre-natal y post-natal y atenciones ambulatorias por complicaciones de la gestación (estreñimiento, hiperemesis gravídica, infección urinaria y vaginitis). | | | | | |
| RED GRATUITA DE MATERNIDAD EN LIMA | Cl. AUNA Bellavista Cl. Good Hope Cl. Los Andes Cl. Maison de Santé (Surco) Cl. Providencia C.M. San Judas Tadeo | Cl. Cayetano Heredia Cl. Javier Prado Cl. Limatambo (San Isidro) Cl. Maison de Santé (Chorrillos) Cl. Montefiori Cl. San Gabriel Cl. Santa Martha del Sur Cl. Vesalio | Cl. Centenario Peruano Japonesa Cl. Jesús del Norte Cl. Limatambo (San Juan de Lurigancho) Cl. Maison de Santé (Lima) Cl. Mundo Salud Cl. San Juan Bautista Cl. Stella Maris | Sin Copago | 100% |
| RED GRATUITA DE MATERNIDAD D | Cl. Huánuco (Huánuco) Cl. Los Fresnos (Cajamarca) Cl. Ortega (Huancayo) Cl. San Vicente (Ica) | Cl. La Luz (Tacna) Cl. Materno Infantil Norte (Trujillo) Cl. San Antonio (Trujillo) Cl. Santa Ana (Cajamarca) | Cl. Los Condes (Ica) Cl. Miraflores (Piura) Cl. San José (Cusco) Cl. Tresa (Piura) | Sin Copago | 100% |
| Clínicas afiliadas de provincias excepto las precisadas en la Red Maternidad B, C y D. (Ver anexo Red de IPRESS) | | | | | |
| RED GRATUITA DE MATERNIDAD E | Cl. ABSI (Arequipa) Cl. AUNA Vallesur (Arequipa) Cl. SAN PABLO La Merced (Trujillo) Cl. Santa María (Chimbote) | Cl. Ana Stahl (Iquitos) Cl. Del Pacifico (Chiclayo) Cl. San Pedro (Chimbote) Hospital Privado (Chiclayo) | Cl. AUNA Servimédicos (Chiclayo) Cl. SANNA Sánchez Ferrer (Trujillo) | Sin Copago | 100% |
| RED GRATUITA DE MATERNIDAD F | Cl. San Pablo (Arequipa) Cl. Peruano Americana (Trujillo) | Cl. Arequipa (Arequipa) Cl. Promedic (Tacna) | Cl. AUNA Camino Real (Trujillo) | Sin Copago | 100% |
| MEDICINAS² | Medicinas relacionadas con atenciones de maternidad ambulatoria. Farmacias de clínicas afiliadas al plan de salud | | | Sin Copago | 100% |
| (1) Se considera una ecografía por trimestre, salvo complicaciones prenatales. | | | | | |
| (2) La receta tiene una vigencia de 7 días calendario contados a partir de la fecha de expedición. | | | | | |
| (a) Sólo atenciones ambulatorias. | | | | | |

ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN BASE ESENCIAL
TRABAJADORES, CÓNYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS

| ATENCIÓN DE MATERNIDAD¹ | | | | Copago | Cubierto al |
|--|---|--|--|---------------|--------------------|
| 2. Cesárea, Aborto no provocado y Atenciones hospitalarias por complicaciones de la gestación. | | | | | |
| RED MATERNIDAD HOSPITALARIA 4 | Cl. AUNA Bellavista Cl. Mundo Salud | Cl. Jesús del Norte Cl. San Juan Bautista | Cl. Los Andes Cl. Vesalio | S/. 800 | 100% |
| RED MATERNIDAD HOSPITALARIA 5 | Cl. Montefiori Cl. Santa Martha del Sur | Cl. Providencia | C.M. San Judas Tadeo | S/. 950 | 100% |
| RED MATERNIDAD HOSPITALARIA 6 | Cl. Cayetano Heredia Cl. Maison de Santé (Lima) Cl. Stella Maris | Cl. Centenario Peruano Japonesa Cl. Limatambo (San Juan de Lurigancho) Cl. Maison de Santé (Surco) | Cl. Good Hope Cl. Maison de Santé (Chorrillos) Cl. San Gabriel | S/. 1,200 | 100% |
| RED MATERNIDAD HOSPITALARIA 7 | Cl. Javier Prado | Cl. Limatambo (San Isidro) | | S/. 1,200 | 100% |
| RED MATERNIDAD HOSPITALARIA D | Cl. AUNA Miraflores (Piura) Cl. Los Condes (Ica) Cl. Ortega (Huancayo) Cl. San José (Cusco) | Cl. Huánuco (Huánuco) Cl. Los Fresnos (Cajamarca) Cl. Santa Ana (Cajamarca) Cl. San Vicente (Ica) | Cl. La Luz (Tacna) Cl. Materno Infantil Norte (Trujillo) Cl. San Antonio (Trujillo) Cl. Tresa (Piura) | S/. 800 | 100% |
| Clínicas afiliadas de provincias excepto las precisadas en la Red Maternidad Hospitalaria B, C y D. | | | | | |
| RED MATERNIDAD HOSPITALARIA E | Cl. Ana Stahl (Iquitos) Cl. Del Pacifico (Chiclayo) Cl. SAN PABLO La Merced (Trujillo) Cl. SANNA Sánchez Ferrer (Trujillo) | Cl. AUNA Servimédicos (Chiclayo) Hospital Privado (Chiclayo) Cl. San Pedro (Chimbote) | Cl. AUNA Vallesur (Arequipa) Cl. Santa María (Chimbote) | S/. 1,200 | 100% |
| RED MATERNIDAD HOSPITALARIA F | Cl. San Pablo (Arequipa) Cl. Peruano Americana (Trujillo) | Cl. Arequipa (Arequipa) Cl. Promedic (Tacna) | Cl. AUNA Camino Real (Trujillo) Cl. San Juan de Dios (Arequipa) | S/. 1,200 | 100% |
| MEDICINAS² | Medicinas relacionadas con atenciones de maternidad hospitalarias. Farmacias de clínicas afiliadas al plan de salud | | | Sin Copago | 100% |
| <p>(1) Se considera una ecografía por trimestre, salvo complicaciones prenatales.</p> <p>(*) El bebé nacido de usuaria de LA EPS con derecho a los servicios de atención médica obstétrica del parto, será beneficiario de los servicios de salud intrahospitalarios requeridos durante el periodo neonatal, incluyendo pruebas de tamizaje neonatal (hasta los 28 días de vida) y la atención de las enfermedades congénitas o causadas por deficiencias de maduración. Dicha cobertura durante el periodo neonatal produce continuidad para el niño nacido en el plan si es afiliado dentro de los 30 días de producido el nacimiento.</p> | | | | | |

**ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN BASE ESENCIAL
TRABAJADORES, CÓNYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS**

| ENFERMEDADES CONGÉNITAS DEL RECIÉN NACIDO | | Copago | Cubierto al |
|--|--|---|------------------------|
| Cobertura en la red de clínicas afiliadas al plan de salud | | Como Amb / Hosp | Como Amb / Hosp |
| ATENCIÓN DE EMERGENCIAS | | Copago | Cubierto al |
| Se entiende como emergencia toda condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud, o que pueden dejar secuelas invalidantes en el asegurado. | | | |
| EMERGENCIA | Atenciones médicas las 24 horas brindadas a través de la red de Clínicas Afiliadas. | | |
| AMBULANCIA POR EMERGENCIA¹ | LIMA 219-1919 | Límites: Norte: Ancón. Sur: Hasta Villa El Salvador. Este: Hasta Chosica (Puente Los Ángeles). Oeste: La Punta Callao. * Temporada Verano: Del 15 de diciembre al 15 de abril, hasta kilómetro 130 por el sur. | Sin Copago 100% |
| | TRUJILLO 0800-19191* | Límites: Norte: Esperanza y Huanchaco (no aeropuerto). Sur: Moche, Delicias, Salaverry. Este: Buenos Aires. Oeste: Florencia de Mora, Porvenir, Laredo. | |
| | AREQUIPA 0800-19191* | Límites: Zona 1: Cerro Colorado, Paucarpata, Alto Selva Alegre, Yanahuara, Cayma, José Luis Bustamante y Rivero (parte baja), Cercado Zona 2: Cerro Colorado, Zamacola (parte alta) y Ciudad Municipal, Yura, Paucarpata (parte alta), Hunter, Tiabaya y Uchumayo | |
| | CUSCO 0800-19191* | Límites: Cusco Ciudad: Incluye Cusco, Santiago, Wanchaq, San Sebastián y San Jerónimo. Cusco Periferie I: Incluye Poroy, Ccorca y Saylla. Cusco Periferie II: Incluye Urubamba, Calca, Anta, Pisac, Paruro, Paucartambo, Canchis, Acomayo, Quispicanchi. | |
| TRANSPORTE POR EVACUACIÓN | Aplica sólo cuando el proveedor donde se encuentra el paciente hospitalizado no cuenta con la capacidad resolutive necesaria para su atención. El transporte por evacuación se realizará en ambulancia terrestre y/o avión comercial nacional, al establecimiento de salud con capacidad resolutive mas cercado (sólo ida). La autorización y activación la realiza el área médica de SANITAS PERÚ EPS. Incluye acompañante, únicamente, en menores de edad. | | |
| REEMBOLSO | El beneficio de reembolso solo es aplicable en los casos que se trate de una atención de emergencia debidamente comprobada por el área de médica de SANITAS PERÚ EPS y en zonas donde no existan prestadores vinculadas. | | |
| MEDICINAS | Cobertura de medicinas según pertinencia médica. | | |
| (1) El servicio está sujeto a triaje médico por SANITAS EN LINEA para confirmación de pertinencia médica. (*) En caso de no ser una emergencia (prioridad I y II), se aplicará copago respectivo. (*) En caso de ser un traslado programado, corresponde el copago de S/. 50. | | | |

ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN BASE ESENCIAL
TRABAJADORES, CÓNYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS

| CONTINUIDAD DE EMERGENCIA ACCIDENTAL AMBULATORIA¹ | | Copago | Cubierto al |
|--|---|---------------|--------------------|
| Incluye, únicamente: Controles ambulatorios, exámenes de laboratorio de control, exámenes radiología convencional de control, sesión de terapia física, curaciones, retiro de puntos, cambio y/o retiro de vendaje/yeso. Válido sólo para prestadores indicados en el plan de salud. | | | |
| Lima y Provincia | | Sin Copago | 100% |
| (1) SANITAS PERÚ EPS cubre la continuidad de la emergencia accidental ambulatoria, hasta máximo 90 días calendarios, contados desde la fecha de ocurrencia del accidente, dentro del mismo establecimiento de salud donde se produjo la atención inicial y sólo aplica a aquellas atenciones que utilizaron exclusivamente el servicio de Emergencia. NO APLICA: Hospitalizaciones o Cirugía Ambulatoria derivadas del accidente que provocó la Emergencia. | | | |
| ATENCIÓN DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | | Copago | Cubierto al |
| 1. Consulta de Medicina Física y Rehabilitación, Terapia Física Ambulatoria y Terapia del Lenguaje. | | | |
| CONSULTA MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | ALIVIAR Fisisalud OSI | S/. 30 | 100% |
| | REHMED HOME Arequipa: Saint Lucie Cl. Chacarilla | S/. 50 | 100% |
| | Red de Clínicas de Lima y Provincias afiliadas al plan de salud | Como Amb | Como Amb |
| TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN¹ | ALIVIAR Fisisalud OSI | Sin Copago | 90% |
| | REHMED HOME Arequipa: Saint Lucie Cl. Chacarilla | Sin Copago | 80% |
| | Red de Clínicas de Lima y Provincias afiliadas al plan de salud, donde exista la especialidad. | Sin Copago | 90% |
| VIH - SIDA¹ | | Copago | Cubierto al |
| Consulta con Médico Designado, Exámenes Complementarios, Medicamentos. | | | |
| CONSULTA MÉDICA | Para acceder al servicio, los afiliados deben llamar a SANITAS EN LINEA para coordinar una cita con un médico especialista, programar exámenes complementarios y/o coordinar la entrega de medicamentos. | S/. 49 | 100% |
| EXÁMENES COMPLEMENTARIOS | | S/. 49 | 100% |
| MEDICINAS² | | Sin Copago | 70% |
| (1) Según lo indicado en el PEAS. (2) Medicamentos se brindan por reembolso. | | | |

ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN BASE ESENCIAL
TRABAJADORES, CÓNYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS

| ATENCIÓN DE SALUD MENTAL ¹ | | | Copago | Cubierto al | |
|--|---|----------------------------------|-------------------|-------------|------|
| 1. Consulta Psicológica, Psicoterapia, Consulta Psiquiátrica y Hospitalización Psiquiátrica. Corresponde a las condiciones PEAS: Alcoholismo, Ansiedad, Depresión y Esquizofrenia. | | | | | |
| CONSULTA PSICOLÓGICA | Fesalud (Los Olivos) | Fesalud (San Juan de Lurigancho) | S/. 20 | 100% | |
| | Plenamente | Integramédica | C.M. Medicis | | |
| | Cl. Limatambo (Minka) | Suiza Lab (Miraflores) | Suiza Lab (Surco) | S/. 50 | 100% |
| | Cl. Vesalio | | | | |
| | Cl. Chacarilla | | | S/. 80 | 100% |
| | Arequipa: Tu Salud | | | S/. 25 | 100% |
| | Arequipa: C.M. García Bragagnini | | S/. 50 | 100% | |
| PSICOTERAPIA² | Plenamente | Cl. Chacarilla | C.M. Medicis | S/. 50 | 100% |
| CONSULTA PSIQUIÁTRICA | Plenamente | Cl. Vesalio | | S/. 50 | 100% |
| HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA³ | Cl. Vesalio | | Como Hosp | Como Hosp | |
| MEDICINAS⁴ | Medicinas GENÉRICAS relacionadas con atenciones ambulatorias. Farmacias de cadenas: Inkafarma*, MiFarma* (incluye BTL, Arcangel y Fasa) | | Sin Copago | 100% | |
| | Medicinas de DENOMINACIÓN COMERCIAL relacionadas con atenciones ambulatorias. | | Sin Copago | 80% | |
| | Medicinas relacionadas con atenciones ambulatorias. Farmacias de clínicas afiliados al plan de salud, dentro de la cobertura de atención de salud mental. | | Sin Copago | Como Amb | |
| <p>(1) Según lo indicado en el PEAS.</p> <p>(2) La psicoterapia debe desprenderse de una consulta psicológica.</p> <p>(3) Hasta un máximo de 45 días al año. Según disponibilidad de camas para diagnósticos psiquiátricos cubiertos. De acuerdo a exclusiones y limitaciones.</p> <p>(4) La receta médica tiene una vigencia de 7 días calendario contados a partir de la fecha de expedición. Medicamentos de acuerdo a petitorio.</p> <p>(*) Incluye Delivery bajo las condiciones de disponibilidad del prestador (Inkafarma 315-9009, MiFarma 612-5000)</p> <p>(*) Sólo aplica crédito, NO reembolso.</p> | | | | | |

ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN BASE ESENCIAL
TRABAJADORES, CÓNYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS

| ATENCIÓN DE SALUD MENTAL¹ | | Copago | Cubierto al |
|--|---|---------------|--------------------|
| 2. Beneficios Adicionales de Salud Mental. | | | |
| ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA O PSICOTERAPEÚTICA | Plenamente | S/. 65 | 100% |
| PSICOTERAPIA INDIVIDUAL PSICOLÓGICA | Plenamente | S/. 50 | 100% |
| PSICOTERAPIA DE PAREJA | Plenamente | S/. 50 | 100% |
| PSICOTERAPIA FAMILIAR | Plenamente | S/. 50 | 100% |
| EVALUACIÓN PSICOLÓGICA | Plenamente | S/. 50 | 100% |
| ORIENTACIÓN VOCACIONAL | Plenamente | S/. 50 | 100% |
| EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA COMPLETA | Plenamente | S/. 50 | 100% |
| TERAPIA GRUPAL | Plenamente | S/. 50 | 100% |
| (1) Un copago por cada sesión. (2) La evaluación psicológica puede ser: Completa, de Personalidad, de Inteligencia y de Ansiedad y Depresión. El copago se pagará por cada sesión. (*) NO incluye medicamentos y hospitalización. (*) Sólo aplica crédito, NO reembolso. | | | |
| ATENCIÓN PREVENTIVO PROMOCIONALES | | Copago | Cubierto al |
| 1. Tamizaje Neonatal¹ | | | |
| TAMIZAJE NEONATAL | Red de Clínicas de Lima y Provincias afiliadas al plan de salud | Sin Copago | 100% |
| (1) El beneficio incluye los exámenes para descartar de catarata congénita, fenilcetonuria, fibrosis quística, hipoacusia, hiperplasia suprarrenal e hipotiroidismo congénito. Cobertura para recién nacidos, hasta los 28 días de nacido. (*) Aplica crédito y reembolso. | | | |
| ATENCIÓN PREVENTIVO PROMOCIONALES | | Copago | Cubierto al |
| 2. Inmunizaciones Ambulatorias (Vacunas)¹ | | | |
| INMUNIZACIONES (VACUNAS) | Centro de Vacunación de la Cl. Javier Prado | Sin Copago | 100% |
| (1) Vacunas de acuerdo al cronograma de vacunación del MINSa, detallado en el plan de salud. (*) Sólo aplica crédito, NO reembolso. | | | |
| ATENCIÓN PREVENTIVO PROMOCIONALES | | Copago | Cubierto al |
| 3. Estimulación Temprana¹ | | | |
| ESTIMULACIÓN TEMPRANA | Prenatal Waiting for your Baby Escuela para Embarazadas Cl. Mundo Salud Arequipa: Prenatal | Sin Copago | 100% |
| (1) Cobertura para niños hasta los 2 años, 11 meses y 30 días. (*) Sólo aplica crédito, NO reembolso. | | | |

ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN BASE ESENCIAL
TRABAJADORES, CÓNYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS

| ATENCIÓN PREVENTIVO PROMOCIONALES | | Copago | Cubierto al |
|---|---|------------|-------------|
| 4. Control de Niño Sano¹ | | | |
| CONTROL DE NIÑO SANO | Red de Clínicas de Lima y Provincias, detalladas en la Red de Maternidad, afiliadas al plan de salud, que cuenten con la cobertura. | Sin Copago | 100% |
| (1) Cobertura para niños hasta los 11 años, 11 meses y 30 días. (*) Sólo aplica crédito, NO reembolso. | | | |

| ATENCIÓN PREVENTIVO PROMOCIONALES | | Copago | Cubierto al |
|--|--|------------|-------------|
| 5. Chequeo Preventivo Anual¹ | | | |
| CHEQUEO PREVENTIVO ANUAL | Arbrayss Láser ⁴ C.M. Medicis Centro Odontológico Americano ⁵ | Sin Copago | 100% |
| | Cerdent ⁵ Fesalud (Los Olivos) ² Fesalud (San Juan de Lurigancho) ² | | |
| | Cl. Limatambo (San Isidro) Cl. Good Hope Cl. Limatambo (Minka) | | |
| | Cl. Limatambo (San Juan de Lurigancho) Cl. Vesalio Oftálmica ⁴ | | |
| | Opeluce ⁴ Optima Visión ⁴ Suiza Lab (Miraflores) | | |
| | Suiza Lab (Surco) Arequipa: Cl. AUNA Vallesur ³ Cl. ABSI | | |
| | Oftalmosalud ⁴ Chiclayo: Cl. AUNA Servimédicos ³ Cl. San Pedro | | |
| | Chimbote: Cl. Santa María de Chimbote Cusco: Cl. Pardo Iquitos: Cl. Ana Stahl | | |
| | Piura: Cl. SANNA Belén C.M. SANNA Talara | | |
| | Puno: Cl. Americana de Juliaca ⁵ C.M. Tourist Health | | |
| | Trujillo: Cl. AUNA Camino Real ³ Cl. San Antonio Oftalmovisión ⁴ | | |
| (1) Cobertura desde los 12 años, de acuerdo protocolo indicado en el plan de salud. (2) No brinda chequeo oftalmológico y mamografía. (3) No brinda chequeo odontológico. (4) Sólo brinda chequeo oftalmológico. (5) Sólo brinda chequeo odontológico. (*) Sólo aplica crédito, NO reembolso. | | | |

| ATENCIÓN PREVENTIVO PROMOCIONALES | | Copago | Cubierto al |
|--|-------------------------|------------|-------------|
| Programa Crónico "Vive Sano"¹: Programa especializado para los pacientes que cuenten con el diagnóstico confirmado de asma, diabetes mellitus, no insulino dependiente tipo 2, no complicada, dislipidemia o hipertensión arterial no complicada. | | | |
| PROGRAMA VIVE SANO | SANITAS EN LINEA | Sin Copago | 100% |
| (1) La inscripción al programa de pacientes crónicos es personal. La aceptación se brindará previo acuerdo de condiciones y confirmación de diagnóstico. Incluye: Educación para la salud, Consulta Médica, Exámenes de Laboratorio y Medicamentos de acuerdo a petitorio y protocolo, detallado en plan de salud. (2) NO incluye: Diagnóstico de la enfermedad. (3) Servicio sujeto a disponibilidad y localidad. (*) Sólo aplica crédito, NO reembolso. | | | |

ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN BASE ESENCIAL
TRABAJADORES, CÓNYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS

| 5. BENEFICIOS ADICIONALES | | | |
|---|---|---------------|--------------------|
| ACUPUNTURA¹ | | Copago | Cubierto al |
| CONSULTA MÉDICA Y TERAPIA (SÓLO CRÉDITO) | OSI | S/. 40 | 100% |
| (1) Beneficio brindado únicamente en el prestador mencionado. (2) NO incluye: Agujas descartables. (*) Sólo aplica crédito, NO reembolso. | | | |
| PLANIFICACIÓN FAMILIAR (HASTA S/. 25,000) | | Copago | Cubierto al |
| SÓLO CRÉDITO | Ligadura de Trompas: Cl. Vesalio Vasectomía e Inserción y Retiro de DIU: Cl. Vesalio (por única vez y no incluye recanalización) | Sin Copago | 100% |
| (*) Sólo aplica crédito, NO reembolso. | | | |
| HOMEOPATÍA¹ | | Copago | Cubierto al |
| CONSULTA MÉDICA (SÓLO CRÉDITO) | OSI | S/. 60 | 100% |
| (1) Beneficio brindado únicamente en el prestador mencionado. (2) NO incluye: Preparados y/o Medicamentos. (*) Sólo aplica crédito, NO reembolso. | | | |
| PSICOPROFILAXIS¹ | | Copago | Cubierto al |
| SÓLO CRÉDITO | Escuela para Embarazadas Prenatal Waiting for your Baby Arequipa: Prenatal Chimbote: Santa María de Chimbote Uroginec Puno: Cl. Americana de Juliaca | Sin Copago | 100% |
| (1) A partir del 4to mes de gestación, según cronograma del prestador. (*) Sólo aplica crédito, NO reembolso. | | | |
| PROTESIS QUIRÚRGICAS Y STENTS¹ (HASTA S/. 18,000) | | Copago | Cubierto al |
| SÓLO CRÉDITO | Red de Clínicas de Lima y Provincias afiliadas al plan de salud. Beneficio que cubre prótesis internas y stents. | Sin Copago | 100% |
| (1) Tope máximo del beneficio por vigencia de póliza: S/. 18,000. (2) Se excluyen prótesis dentales. (*) Sólo aplica crédito, NO reembolso. | | | |

**ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN BASE ESENCIAL
TRABAJADORES, CÓNYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS**

| QUIROPRÁCTICO¹ | | Copago | Cubierto al |
|--|------------|---------------|--------------------|
| CONSULTA Y TERAPIA (SÓLO CRÉDITO) | OSI | S/. 50 | 100% |
| (1) Beneficio brindado únicamente en el prestador mencionado. (2) NO incluye: Medicamentos. (*) Sólo aplica crédito, NO reembolso. | | | |

| TERAPIA HORMONAL PARA DIABETES MELLITUS, MENOPAUSIA, HIPOTIROIDISMO, OSTEOPOROSIS Y LOS DIAGNÓSTICOS CONSIDERADOS EN EL PEAS¹ | | Copago | Cubierto al |
|--|--|-----------------|--------------------|
| SÓLO CRÉDITO | Red de Clínicas de Lima y Provincias afiliadas al plan de salud, donde existe la especialidad y capacidad resolutive. Se cubre terapia hormonal basada en las indicaciones aprobadas por la FDA y MBE para dichos medicamentos. | Como Amb / Hosp | Como Amb / Hosp |
| (1) Los tratamientos deben contar con la pertinencia médica correspondiente y con los criterios de severidad para su uso. (*) Sólo aplica crédito, NO reembolso. | | | |

7.- COTIZACION DE APORTES (Trabajadores, conyuges e hijos hasta los 18 años)

| Aportes mensuales Incluyen tributos de ley y gastos | Aportes adicionales al Plan Base Peas |
|--|--|
| TITULAR SOLO | S/. 96.00 |
| TITULAR + 1 DEPEND. | S/. 192.00 |
| TITULAR + 2 DEPEND. | S/. 288.00 |
| TITULAR + 3 DEPEND. | S/. 384.00 |
| TITULAR + 4 o más DEPEND. | S/. 480.00 |

PERIODO DE EVALUACIÓN : Semestral con posibilidad de revisión de acuerdo a la siniestralidad

8.- MÉTODO DE REAJUSTE DE RETRIBUCIONES

| RANGOS DE SINIESTRALIDAD | COPAGO | COBERTURA | VARIACIÓN DE APORTES |
|---------------------------------|------------------------------------|------------------|---|
| S > 70% y S <= 100% | COPAGO*(1+inflación médica) | No cambia | TARIFA*(1+inflación médica)*(1+Siniestralidad - 70%) |
| S > 100% | COPAGO*(1+inflación médica) | No cambia | TARIFA*(1+inflación médica)*(1+Siniestralidad - 70%) |

ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN BASE ESENCIAL
TRABAJADORES, CÓNYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS

CONDICIONES

La aplicación del reajuste es procedente siempre que la EPS cumpla con brindar la información contemplada en la Clausula Décimo séptima del presente Contrato.

Previamente a la aplicación del reajuste de los aportes y dentro de los plazos acordados entre las partes, LA EPS deberá haber cumplido con presentar a la ENTIDAD EMPLEADORA, un reporte de la siniestralidad, debidamente sustentado y analizado, señalando las medidas orientadas a la racionalización del gasto. El reajuste de copagos o aportes (si los hubiera) serán aplicados semestralmente a partir del primer día del séptimo mes de vigencia del plan. Este plazo podrá ser en periodos menores, por acuerdo de partes. La retribución pactada en el presente Contrato, estará afecta a los resultados anuales obtenidos por Inflación médica.

Los datos utilizados para el cálculo de reajuste incluyen tributos de ley y gastos.

ECUACIÓN DE SINIESTRALIDAD

| | | |
|----------|----------|-------------------|
| S | = | $\frac{P + R}{A}$ |
|----------|----------|-------------------|

S = Siniestralidad (%)

P = Prestaciones Netas Liquidadas en los primeros 4 meses del período de validación para el reajuste (últimos seis meses). **Sin incluir los montos de las prestaciones catastróficas o excepcionales por su alto costo.**

A = Aportes Netos De los 6 últimos meses

R = Reservas : Promedio de prestaciones liquidadas de los primeros 4 meses del período de validación para el reajuste (últimos seis meses), multiplicado por 2.

9.- CONDICIONES, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

| | |
|-------------------------------|--|
| PEAS | VER ANEXO CONDICIONES, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES |
| NO PEAS | VER ANEXO CONDICIONES, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES |
| Validez de Cartas de Garantía | El Volante de Autorización de Servicios o Carta de Garantía tendrá una vigencia de 30 días calendario, siempre que, al momento de su utilización, el afiliado se encuentre vigente . |

10.- ESTABLECIMIENTOS VINCULADOS POR REDES.

VER ANEXO RED DE PRESTADORES

ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN BASE PLUS
TRABAJADORES, CÓNYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS
COLEGIO DE ARQUITECTOS

CS 06 - CM 461

FECHA DE INICIO DE COBERTURA

01/03/2022

1.- COBERTURA :

Son los planes que se ofertan al trabajador, sus derechohabientes legales y a otros beneficiarios del trabajador cuyas coberturas, sumas aseguradas, beneficios, redes y aportes descritos se adicionan al Plan Base Peas, Plan Base Esencial y Plan Base Plus. Se encuentran sujetos a los límites, prestaciones y condiciones estipulados libremente por las partes y se financian con aportes adicionales. Para el caso, la cobertura complementaria se brindará según lo establecido en el Anexo 2 del Decreto Supremo N° 009-97-SA.

2.-COBERTURA COMPLEMENTARIA: NO PEAS

a. Comprende la atención de contingencias no incluidas en el PEAS que permiten dar integridad, oportunidad y continuidad a las prestaciones de salud. Se encuentra sujeta a los límites, prestaciones y condiciones estipulados libremente por las partes, sin que implique la pérdida del derecho del trabajador de mantener las mismas en EsSalud.
b. La continuidad de cobertura de preexistencias no incluidas en el PEAS se atenderán en las Clínicas indicadas en la red del Plan de Salud contratado.

3.- SUMA ASEGURADA

COBERTURA OBLIGATORIA: ILIMITADA

COBERTURA COMPLEMENTARIA: ILIMITADA

4.- DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

| ATENCIÓN AMBULATORIA¹ | | Copago | Cubierto al |
|---|--|-------------------|--------------------|
| 1. Consultas, Laboratorio y Anatomía Patológica², Radiología y Exámenes Auxiliares. | | | |
| RED AMBULATORIA 9 | Cl. Detecta | S/. 55 | 100% |
| MEDICINAS³ | Medicinas GENÉRICAS relacionadas con atenciones ambulatorias. Farmacias de cadenas: Inkafarma³, MiFarma³ (incluye BTL, Arcangel y Fasa) | Sin Copago | 100% |
| | Medicinas de DENOMINACIÓN COMERCIAL relacionadas con atenciones ambulatorias. | Sin Copago | 80% |
| | Medicinas relacionadas con atenciones ambulatorias. Farmacias de clínicas afiliadas a la red Ambulatoria 9 | Sin Copago | 50% |

(1) Se aplica copago por cada servicio brindado (consulta, laboratorio, imágenes, etc). En el caso de órdenes de laboratorio y radiología convencional, se aplicará un copago por cada orden médica, independiente del número de servicios solicitados. Las órdenes médicas tienen una vigencia de 7 días calendario.

(*) Sujeto a las fechas de funcionamiento de la Clínica.

(3) La receta médica tiene una vigencia de 7 días calendario contados a partir de la fecha de expedición.

(4) Incluye Delivery bajo las condiciones de disponibilidad del prestador (**Inkafarma 315-9009, MiFarma 612-5000**)

ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN BASE PLUS
TRABAJADORES, CÓNYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS

| ATENCIÓN AMBULATORIA | | Copago | Cubierto al |
|---|--|-------------------|-------------|
| 2. Cirugía Ambulatoria (Sin internamiento) y Procedimientos Endoscópicos¹. | | | |
| RED AMBULATORIA 9 | Cl. Detecta | S/. 165 | 100% |
| MEDICINAS² | Medicinas GENÉRICAS relacionadas con atenciones ambulatorias. Farmacias de cadenas: Inkafarma², MiFarma² (incluye BTL, Arcangel y Fasa) | Sin Copago | 100% |
| | Medicinas de DENOMINACIÓN COMERCIAL relacionadas con atenciones ambulatorias. | Sin Copago | 80% |
| | Medicinas relacionadas con atenciones ambulatorias. Farmacias de clínicas afiliadas a la red Ambulatoria 9 | Sin Copago | 50% |
| <p>(1) Para procedimientos endoscópicos, en caso de requerir estudio anatómo patológico, se cancelará un copago adicional según clínica de procedencia.</p> <p>(2) La receta médica tiene una vigencia de 7 días calendario contados a partir de la fecha de expedición.</p> <p>(3) Incluye Delivery bajo las condiciones de disponibilidad del prestador (Inkafarma 315-9009, MiFarma 612-5000)</p> | | | |

| ATENCIÓN HOSPITALARIA ¹ | | Copago | Cubierto al |
|---|-------------|-----------|-------------|
| 1. Atención Hospitalaria | | | |
| RED HOSPITALARIA | Cl. Detecta | S/. 1,000 | 100% |
| <p>(1) Se aplica un COPAGO ÚNICO según la clínica, por toda la hospitalización, sin importar el número de días ni el tipo de hospitalización (incluye Unidad de Cuidado Intensivo). Sujeto a exclusiones y limitaciones.</p> | | | |

| ATENCIÓN ONCOLÓGICA ¹ (Cobertura por Cancer) | | Copago | Cubierto al |
|---|---|------------|-------------|
| La cobertura oncológica se activa una vez confirmado el diagnóstico oncológico con el resultado de anatomía patológica por parte del prestador especializado. | | | |
| ACOMPañAMIENTO ONCOLÓGICO | SANITAS EN LINEA | Sin Copago | 100% |
| ONCOLOGÍA AMBULATORIA² | Cl. Detecta Centro de Oncología de la Mujer Centro Oncológico Aliada | Sin Copago | 100% |
| | Cl. Centenario Peruano Japonesa Cl. Good Hope | | |
| ONCOLOGÍA HOSPITALARIA³ | Cl. Detecta Cl. Centenario Peruano Japonesa Cl. Good Hope | Sin Copago | 100% |
| | Red de Clínicas de Provincias afiliadas al plan de salud, que cuenten con la especialidad oncológica. | | |
| OTRAS AYUDAS DIAGNÓSTICAS ONCOLÓGICAS | Cl. Detecta Centro de Oncología de la Mujer Centro Oncológico Aliada | Sin Copago | 100% |
| | Red de Clínicas de Provincias afiliadas al plan de salud, que cuenten con la especialidad oncológica. | | |
| PETSCAN | PetScan Perú / CAMN | Sin Copago | 100% |
| RADIOTERAPIA | Cl. Detecta Centro Oncológico Aliada | Sin Copago | 100% |
| | Red de Clínicas de Provincias afiliadas al plan de salud, que cuenten con la especialidad oncológica. | | |
| TERAPIA BIOLÓGICA ONCOLÓGICA | Anticuerpos Monoclonales, Antiangiogénicos, Inhibidores del Proteosoma, Inhibidores de la Tirosin Kinasa, Factores Estimulantes de Colonia, Tratamiento con Interferón. | Sin Copago | 100% |
| <p>(1) De acuerdo a las Guías de Manejo Oncológico del National Comprehensive Cancer Network - NCCN (www.nccn.org) y del NCI - National Cancer Institute (www.cancer.gov) de los Estados Unidos. Cobertura en prestadores especializados, de acuerdo al plan de salud.</p> <p>(2) Contempla en la cobertura oncológica ambulatoria: Laboratorio clínico, Radiología convencional y Quimioterapia sin internamiento.</p> <p>(3) Contempla en la cobertura oncológica hospitalaria: Cirugía oncológica y quimioterapia con internamiento.</p> | | | |

**ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN BASE PLUS
TRABAJADORES, CÓNYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS**

| ATENCIÓN ONCOLÓGICA¹ (Cobertura por Cancer) | | Copago | Cubierto al |
|---|--|---------------|--------------------|
| La cobertura oncológica se activa una vez confirmado el diagnóstico oncológico con el resultado de anatomía patológica por parte del prestador especializado. | | | |
| COMPLICACIONES MEDICAS DERIVADAS DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO | Atenciones médicas no oncológicas producto del caso oncológico. Complicaciones Post Quirúrgicas: Hemorragias Quirúrgicas y Dehiscencia de Anastomosis de Tubo Digestivo. Complicaciones Post Quimioterapia: Toxicidad Hematológica (neutropenia febril, pancitopenia, anemia y trombocitopenia), Toxicidad Gastrointestinal (emesis, deshidratación, mucositis de tracto digestivo), Transtorno Metabólico (hipercalcemia tumoral) y Shock Anafiláctico. Complicaciones Post Radioterapia: Radiodermatitis Grados I y II, Mucositis, Proctitis, Cistitis, Esofagitis y Neumonitis Actínicas. Otros: Trombosis de Catéter Port Implantable. | Sin Copago | 100% |
| MEDICINAS ONCOLÓGICAS | Cl. Detecta Centro Oncológico Aliada Cl. Centenario Peruano Japonesa Cl. Good Hope Red de Clínicas de Provincias afiliadas al plan de salud, que cuenten con la especialidad oncológica. | Sin Copago | 100% |
| <p>(1) De acuerdo a las Guías de Manejo Oncológico del National Comprehensive Cancer Network - NCCN (www.nccn.org) y del NCI - National Cancer Institute (www.cancer.gov) de los Estados Unidos. Cobertura en prestadores especializados, de acuerdo al plan de salud.</p> <p>(2) Contempla en la cobertura oncológica ambulatoria: Laboratorio clínico, Radiología convencional y Quimioterapia sin internamiento.</p> <p>(3) Contempla en la cobertura oncológica hospitalaria: Cirugía oncológica y quimioterapia con internamiento.</p> | | | |

7.- COTIZACION DE APORTES (Trabajadores, conyuges e hijos hasta los 18 años)

| Aportes mensuales Incluyen tributos de ley y gastos | Aportes adicionales al Plan Base Esencial |
|--|--|
| TITULAR SOLO | S/. 5.00 |
| TITULAR + 1 DEPEND. | S/. 10.00 |
| TITULAR + 2 DEPEND. | S/. 15.00 |
| TITULAR + 3 DEPEND. | S/. 20.00 |
| TITULAR + 4 o más DEPEND. | S/. 25.00 |

PERIODO DE EVALUACIÓN : Semestral con posibilidad de revisión de acuerdo a la siniestralidad

8.- MÉTODO DE REAJUSTE DE RETRIBUCIONES

| RANGOS DE SINIESTRALIDAD | COPAGO | COBERTURA | VARIACIÓN DE APORTES |
|---------------------------------|------------------------------------|------------------|---|
| S > 70% y S <= 100% | COPAGO*(1+inflación médica) | No cambia | TARIFA*(1+inflación médica)*(1+Siniestralidad - 70%) |
| S > 100% | COPAGO*(1+inflación médica) | No cambia | TARIFA*(1+inflación médica)*(1+Siniestralidad - 70%) |

**ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN BASE PLUS
TRABAJADORES, CÓNYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS**

CONDICIONES

La aplicación del reajuste es procedente siempre que la EPS cumpla con brindar la información contemplada en la Clausula Décimo séptima del presente Contrato.

Previamente a la aplicación del reajuste de los aportes y dentro de los plazos acordados entre las partes, LA EPS deberá haber cumplido con presentar a la ENTIDAD EMPLEADORA, un reporte de la siniestralidad, debidamente sustentado y analizado, señalando las medidas orientadas a la racionalización del gasto. El reajuste de copagos o aportes (si los hubiera) serán aplicados semestralmente a partir del primer día del séptimo mes de vigencia del plan. Este plazo podrá ser en periodos menores, por acuerdo de partes. La retribución pactada en el presente Contrato, estará afecta a los resultados anuales obtenidos por Inflación médica.

Los datos utilizados para el cálculo de reajuste incluyen tributos de ley y gastos.

ECUACIÓN DE SINIESTRALIDAD

| | | |
|----------|----------|--------------|
| S | = | P + R |
| | | A |

S = Siniestralidad (%)

P = Prestaciones Netas Liquidadas en los primeros 4 meses del período de validación para el reajuste (últimos seis meses). **Sin incluir los montos de las prestaciones catastróficas o excepcionales por su alto costo.**

A = Aportes Netos De los 6 últimos meses

R = Reservas : Promedio de prestaciones liquidadas de los primeros 4 meses del período de validación para el reajuste (últimos seis meses), multiplicado por 2.

9.- CONDICIONES, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

| | |
|-------------------------------|--|
| PEAS | VER ANEXO CONDICIONES, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES |
| NO PEAS | VER ANEXO CONDICIONES, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES |
| Validez de Cartas de Garantía | El Volante de Autorización de Servicios o Carta de Garantía tendrá una vigencia de 30 días calendario, siempre que, al momento de su utilización, el afiliado se encuentre vigente . |

10.- ESTABLECIMIENTOS VINCULADOS POR REDES.

VER ANEXO RED DE PRESTADORES

ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN ADICIONAL 1
TRABAJADORES, CONYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS
COLEGIO DE ARQUITECTOS

CS 06 - CM 462

FECHA DE INICIO DE COBERTURA

01/03/2022

| 1. - COBERTURA : | | | | | |
|--|--|--------------------------|-------------------------------|-------------------|--------------------|
| Son los planes que se ofertan al trabajador, sus derechohabientes legales y a otros beneficiarios del trabajador cuyas coberturas, sumas aseguradas, beneficios, redes y aportes descritos se adicionan al Plan Base Peas, Plan Base Esencial y Plan Base Plus. Se encuentran sujetos a los límites, prestaciones y condiciones estipulados libremente por las partes y se financian con aportes adicionales. Para el caso, la cobertura complementaria se brindará según lo establecido en el Anexo 2 del Decreto Supremo N° 009-97-SA. | | | | | |
| 2.- SUMA ASEGURADA | | | | | |
| COBERTURA COMPLEMENTARIA: | | ILIMITADA | | | |
| PLAN BASE PEAS + BASE ESENCIAL + BASE PLUS: | | ILIMITADA | | | |
| 3.- DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS | | | | | |
| ATENCIÓN AMBULATORIA¹ | | | | Copago | Cubierto al |
| 1. Consultas, laboratorio y anatomía-patológica, radiología y exámenes auxiliares. | | | | | |
| RED AMBULATORIA 10 | Cl. Internacional MDC (San Isidro) | Cl. Internacional (Lima) | Cl. Internacional (San Borja) | S/. 65 | 100% |
| | C.M. Jockey Salud | C.M. Pediátrico MEDIKIDS | Cl. SANNA El Golf | | |
| | Cl. Internacional MDC (Surco) | | | | |
| RED AMBULATORIA 11 | Cl. Santa Isabel | Cl. San Pablo (Surco) | Cl. Tezza | S/. 90 | 100% |
| RED AMBULATORIA 12 | Cl. Ricardo Palma (San Isidro) | | | S/. 100 | 100% |
| Medicinas² | Medicinas GENÉRICAS relacionadas con atenciones ambulatorias. | | | Sin Copago | 100% |
| | Farmacias de cadenas: Inkafarma*, MiFarma* (incluye BTL, Arcangel y Fasa) | | | Sin Copago | 80% |
| | Medicinas de DENOMINACIÓN COMERCIAL relacionadas con atenciones ambulatorias. Farmacias de cadenas: Inkafarma*, MiFarma* (incluye BTL, Arcangel y Fasa) | | | Sin Copago | 50% |
| Medicinas relacionadas con atenciones ambulatorias. Farmacias de clínicas afiliadas al Plan | | | Sin Copago | | |
| (1) Se aplica copago por cada servicio brindado (consulta, laboratorio, imágenes, etc). En el caso de órdenes de laboratorio y radiología convencional, se aplicará un copago por cada orden médica, independiente del número de servicios solicitados. Las órdenes médicas tienen una vigencia de 7 días calendario. | | | | | |
| (2) La receta médica tiene una vigencia de 7 días calendario contados a partir de la fecha de expedición | | | | | |
| (*) Incluye Delivery bajo las condiciones de disponibilidad del prestador (Inkafarma 315-9009, MiFarma 612-5000) | | | | | |

| ATENCIÓN AMBULATORIA | | | | Copago | Cubierto al |
|--|--------------------------------|-------------------------------|-------------------|---------------|--------------------|
| 2. Cirugía Ambulatoria (sin internamiento) y procedimientos endoscópicos¹. | | | | | |
| RED AMBULATORIA 10 | Cl. Internacional (Lima) | Cl. Internacional (San Borja) | C.M. Jockey Salud | S/. 195 | 100% |
| | C.M. Pediátrico MEDIKIDS | Cl. SANNA El Golf | | | |
| RED AMBULATORIA 11 | Cl. Santa Isabel | Cl. San Pablo (Surco) | Cl. Tezza | S/. 270 | 100% |
| RED AMBULATORIA 12 | Cl. Ricardo Palma (San Isidro) | | | S/. 300 | 100% |
| (1) Para procedimientos endoscópicos, en caso de requerir Estudio Anatómico Patológico, se cancelará un copago adicional según clínica de procedencia. | | | | | |

ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN ADICIONAL 1
TRABAJADORES, CONYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS

| ATENCIÓN AMBULATORIA | | Copago | Cubierto al |
|---|--|-------------------|--------------------|
| 2. Cirugía Ambulatoria (sin internamiento) y procedimientos endoscópicos. | | | |
| Medicinas¹ | Medicinas GENÉRICAS relacionadas con atenciones ambulatorias. Farmacias de cadenas: Inkafarma*, MiFarma* (incluye BTL, Arcangel y Fasa) | Sin Copago | 100% |
| | Medicinas de DENOMINACIÓN COMERCIAL relacionadas con atenciones ambulatorias. Farmacias de cadenas: Inkafarma*, MiFarma* (incluye BTL, Arcangel y Fasa) | Sin Copago | 80% |
| | Medicinas relacionadas con atenciones ambulatorias. Farmacias de clínicas afiliadas al Plan | Sin Copago | 50% |
| (1) La receta médica tiene una vigencia de 7 días calendario contados a partir de la fecha de expedición (*) Incluye Delivery bajo las condiciones de disponibilidad del prestador (Inkafarma 315-9009, MiFarma 612-5000) | | | |

| ATENCIÓN ODONTOLÓGICA¹ | | Copago | Cubierto al |
|--|--|---------------|--------------------|
| Red Odontológica | C.M. Jockey Salud | Como Amb | 100% |
| MEDICINAS² | Medicinas relacionadas con atenciones odontológicas (INCLUYE antibióticos, analgésicos y/o anti-inflamatorios). Farmacias de clínicas afiliadas al plan de salud. | Como Amb | Como Amb |
| (1) Copago por pieza tratada y por especialidad. Servicios brindados: a) Examen clínico y odontograma. b) Profilaxis y destarraje simple (placa blanda, limpieza manual simple sin uso de cavitrón o equivalentes). c) Restauraciones, que incluyen colocación de amalgamas y resinas. d) Endodoncias. e) Exodoncias simples y complejas (se excluyen exodoncias de caninos, terceras molares y supernumerarios con necesidad de cirugía especializada, así como exodoncias por requerimiento estético y ortodóntico). f) Apicectomías. g) Pulpectomías. h) Pulpotomías. i) Fluorización y colocación de sellantes en niños menores de 12 años y adultos mayores de 59 años. j) Radiografías (bite wing, periapical, oclusal). NO CUBRE: Ortodoncia, Rehabilitación Oral y Prótesis. (2) La receta médica tiene una vigencia de 7 días calendario contados a partir de la fecha de expedición. (*) Incluye Delivery bajo las condiciones de disponibilidad del prestador (Inkafarma 315-9009, MiFarma 612-5000) En ciudades donde no exista prestador odontológico afiliado, podrá hacerse uso de éste beneficio en la red de clínicas donde exista disponibilidad. | | | |

| ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA | | Copago | Cubierto al |
|---|---|---|--------------------|
| Consulta, laboratorio, imágenes, procedimientos, etc. | | | |
| Atención Médica Oftalmológica | Consulta Ambulatoria, exámenes y | En la red de clínicas del Plan de salud | Como amb |
| | Cirugía | En la red de clínicas del Plan de salud | Como amb |
| Medicinas¹ | Medicinas GENÉRICAS relacionadas con atenciones oftalmológicas. Farmacias de cadenas: Inkafarma*, MiFarma* (incluye BTL, Arcangel y Fasa) | Sin Copago | 100% |
| | Medicinas de DENOMINACIÓN COMERCIAL relacionadas con atenciones oftalmológicas Farmacias de cadenas: Inkafarma*, MiFarma* (incluye BTL, Arcangel y Fasa) | Sin Copago | 80% |
| | Medicinas relacionadas con atenciones oftalmológicas. Farmacias de clínicas afiliadas al Plan de salud. | Sin Copago | Como Amb |
| (1) La receta médica tiene una vigencia de 7 días calendario contados a partir de la fecha de expedición (*) Incluye Delivery bajo las condiciones de disponibilidad del prestador (Inkafarma 315-9009, MiFarma 612-5000) | | | |

ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN ADICIONAL 1
TRABAJADORES, CONYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS

| ATENCIÓN HOSPITALARIA* | | | | Copago | Cubierto al |
|--|--|-------------------------------|-------------------|---------------|--------------------|
| RED HOSPITALARIA 9 | Cl. Internacional (Lima) | Cl. Internacional (San Borja) | Cl. SANNA El Golf | S/. 1,000 | 100% |
| RED HOSPITALARIA 10 | Cl. San Pablo (Surco) | Cl. Santa Isabel | Cl. Tezza | S/. 1,450 | 100% |
| RED HOSPITALARIA 11 | Cl. Ricardo Palma (San Isidro) | | | S/. 1,850 | 100% |
| Medicinas¹ | Medicinas relacionadas con atenciones Hospitalarias. Farmacias de clínicas afiliadas al Plan de salud. | | | Sin Copago | Como hosp |
| (1) Se aplica un COPAGO ÚNICO según la clínica, por toda la hospitalización, sin importar el número de días ni el tipo de hospitalización (incluye Unidad de Cuidado Intensivo). Sujeto a exclusiones y limitaciones. | | | | | |

| ATENCIÓN DE MATERNIDAD** | | | | Copago | Cubierto al |
|---|---|--|---|---------------|--------------------|
| Parto natural y/o múltiple, control pre-natal y post-natal y atenciones ambulatorias por complicaciones de la gestación. | | | | | |
| RED DE MATERNIDAD EN LIMA 1 | Cl. Internacional (Lima) C.M. Jockey Salud (a) | Cl. Internacional (San Borja) SANNA Cl. El Golf | Cl. Internacional - Medicentro San Isidro(a) | Sin Copago | 100% |
| RED DE MATERNIDAD LIMA 2 | Cl. San Pablo (Surco) | Cl. Santa Isabel Cl. Tezza | Cl. Ricardo Palma (San Isidro) | Sin Copago | 100% |
| Medicinas¹ | Medicinas relacionadas con atenciones de maternidad ambulatorias. Farmacias de clínicas afiliadas al Plan de salud. | | | Sin Copago | Como mat amb |
| (a) Sólo atenciones de maternidad ambulatorias | | | | | |
| (1) La receta médica tiene una vigencia de 7 días calendario contados a partir de la fecha de expedición | | | | | |

ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN ADICIONAL 1
TRABAJADORES, CONYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS

| ATENCIÓN DE MATERNIDAD | | | Copago | Cubierto al | |
|---|--|-------------------------------|-------------------|---------------|-----------|
| Cesárea, aborto no provocado y atenciones hospitalarias por complicaciones de la gestación. | | | | | |
| RED MATERNIDAD HOSPITALARIA 8 | Cl. Internacional (Lima) | Cl. Internacional (San Borja) | Cl. SANNA El Golf | S/. 1,200 | 100% |
| RED MATERNIDAD HOSPITALARIA 9 | Cl. San Pablo (Surco) | Cl. Santa Isabel | Cl. Tezza | S/. 1,350 | 100% |
| RED MATERNIDAD HOSPITALARIA 10 | Cl. Ricardo Palma (San Isidro) | | | S/. 1,750 | 100% |
| Medicinas¹ | Medicinas relacionadas con atenciones de maternidad hospitalarias. Farmacias de clínicas afiliadas al Plan de salud. | | | Sin Copago | Como hosp |
| <p>(1) Las medicinas no relacionadas con la maternidad, recetadas al alta de la atención hospitalaria, están sujetas a copagos ambulatorios de la clínica en la que se produjo la atención o de farmacias afiliadas.</p> <p>El bebé nacido de usuaria de LA EPS con derecho a los servicios de atención médica obstétrica del parto, será beneficiario de los servicios de salud intrahospitalarios requeridos durante el periodo neonatal, incluyendo pruebas de tamizaje neonatal (hasta los 28 días de vida) y la atención de las enfermedades congénitas o causadas por deficiencias de maduración. Dicha cobertura durante el periodo neonatal produce continuidad para el niño nacido en el plan si es afiliado dentro de los 30 días de producido el nacimiento.</p> | | | | | |
| ENFERMEDADES CONGÉNITAS | | | Copago | Cubierto al | |
| Cobertura en la red de clínicas afiliadas al Plan de salud. | | | Como Amb/Hosp | Como Amb/Hosp | |
| ATENCIÓN DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | | | Copago | Cubierto al | |
| 1. Consulta de Medicina Física y Rehabilitación, Terapia Física Ambulatoria y Terapia del Lenguaje. | | | | | |
| CONSULTA MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | Red de Clínicas de Lima y Provincias afiliadas al plan de salud | | | Como amb | Como amb |
| TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN¹ | Red de Clínicas de Lima y Provincias afiliadas al plan de salud, donde exista la especialidad. | | | Sin Copago | 80% |
| TERAPIA DEL LENGUAJE² | C.M. San Judas Tadeo | | | S/. 30 | 100% |
| | Cl. Chacarilla | | | S/. 50 | 100% |
| | Arequipa: Saint Lucie Prenatal | | | S/. 35 | 100% |
| | Arequipa: San Juan de Dios | | | S/. 40 | 100% |
| (2) Un copago por cada sesión de terapia del lenguaje. | | | | | |
| 2. Terapia Física Domiciliaria. | | | | | |
| TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DOMICILIARIA¹ | FisioSalud | REHMED HOME | | S/. 25 | 100% |
| | Arequipa: Saint Lucie | | | | |
| (1) Un copago por cada sesión de terapia física domiciliaria. | | | | | |

ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN ADICIONAL 1
TRABAJADORES, CONYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS

| ATENCIÓN DE SALUD MENTAL¹ | | Copago | Cubierto al |
|--|--|-------------------|--------------------|
| 1. Consulta Psicológica, Psicoterapia, Consulta Psiquiátrica y Hospitalización Psiquiátrica. Corresponde a las condiciones PEAS: Alcoholismo, Ansiedad, Depresión y Esquizofrenia. | | | |
| CONSULTA PSICOLÓGICA | Cl. Internacional (Lima) | S/. 80 | 100% |
| CONSULTA PSIQUIÁTRICA | Cl. Internacional (Lima) | S/. 80 | 100% |
| MEDICINAS⁴ | Medicinas GENÉRICAS relacionadas con atenciones ambulatorias. Farmacias de cadenas: Inkafarma*, MiFarma* (incluye BTL, Arcangel y Fasa) | Sin Copago | 100% |
| | Medicinas de DENOMINACIÓN COMERCIAL relacionadas con atenciones ambulatorias. | Sin Copago | 80% |
| | Medicinas relacionadas con atenciones ambulatorias. Farmacias de clínicas afiliados al plan de salud, dentro de la cobertura de atención de salud mental. | Sin Copago | Como Amb |
| <p>(1) Según lo indicado en el PEAS. (2) La psicoterapia debe desprenderse de una consulta psicológica. (3) Hasta un máximo de 45 días al año. Según disponibilidad de camas para diagnósticos psiquiátricos cubiertos. De acuerdo a exclusiones y limitaciones. (4) La receta médica tiene una vigencia de 7 días calendario contados a partir de la fecha de expedición. Medicamentos de acuerdo a peticitorio. (*) Incluye Delivery bajo las condiciones de disponibilidad del prestador (Inkafarma 315-9009, MiFarma 612-5000) (*) Sólo aplica crédito, NO reembolso.</p> | | | |

| ATENCIÓN PREVENTIVO PROMOCIONALES | | Copago | Cubierto al |
|--|--------|---------------|--------------------|
| Inmunizaciones a Domicilio (Vacunas)¹ | | | |
| INMUNIZACIONES A DOMICILIO (VACUNAS) | BIOVAC | Sin Copago | 100% |
| <p>(1) Vacunas comerciales de acuerdo al cronograma de vacunación del MINSA, detallado en el plan de salud. (2) Cobertura activada por SANITAS EN LINEA, con 24 horas de anticipación, como mínimo. (3) No se ofrece la vacuna de BCG a domicilio, únicamente en la sede del prestador. (4) Horario de Atención: Lunes a Viernes de 09:30hrs a 12:30hrs y de 15:30hrs a 18:00hrs. Última solicitud a las 17:00hrs. No brinda atención Sábados, Domingos ni feriados. (5) Alcance: Barranco, Breña, Cercado, Chorrillos, Jesús María, La Molina, La Victoria, Miraflores, Pueblo Libre, San Borja, San Isidro, San Juan de Miraflores, San Luis, San Miguel, Surco y Surquillo. (*) Sólo aplica crédito, NO reembolso.</p> | | | |

ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN ADICIONAL 1
TRABAJADORES, CONYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS

| Control de Niño Sano¹ | | | | |
|--|---|--------------------------|-------------------------------|--------------------|
| CONTROL DE NIÑO SANO | Red de Clínicas de Lima y Provincias, detalladas en la Red de Maternidad, afiliadas al plan de salud, que cuenten con la cobertura. | | Sin Copago 100% | |
| (1) Cobertura para niños hasta los 11 años, 11 meses y 30 días. (*) Sólo aplica crédito, NO reembolso. | | | | |
| PLANIFICACIÓN FAMILIAR (HASTA S/. 25,000) | | | | |
| SÓLO CRÉDITO | Ligadura de Trompas: Cl. Santa Isabel | | Sin Copago 100% | |
| | Vasectomía e Inserción y Retiro de DIU: Cl. Vesalio (por única vez y no incluye recanalización) | | | |
| (*) Sólo aplica crédito, NO reembolso. | | | | |
| ATENCIÓN ONCOLÓGICA¹ (Cobertura por Cancer) | | | Copago | Cubierto al |
| La cobertura oncológica se activa una vez confirmado el diagnóstico oncológico con el resultado de anatomía patológica por parte del prestador especializado. | | | | |
| ACOMPAÑAMIENTO ONCOLÓGICO | SANITAS EN LINEA | | | Sin Copago 100% |
| ONCOLOGÍA AMBULATORIA² | Oncosalud | Cl. Internacional (Lima) | Cl. Internacional (San Borja) | Sin Copago 100% |
| | SANNA Cl. El Golf | | | |
| ONCOLOGÍA HOSPITALARIA³ | Oncosalud | Cl. Internacional (Lima) | Cl. Internacional (San Borja) | |
| | SANNA Cl. El Golf | | | |
| OTRAS AYUDAS DIAGNÓSTICAS ONCOLÓGICAS | Oncosalud | Cl. Internacional (Lima) | Cl. Internacional (San Borja) | |
| | SANNA Cl. El Golf | | | |
| RADIOTERAPIA | Oncosalud | | | |
| TERAPIA BIOLÓGICA ONCOLÓGICA | Anticuerpos Monoclonales, Antiangiogénicos, Inhibidores del Proteosoma, Inhibidores de la Tirocin Kinasa, Factores Estimulantes de Colonia, Tratamiento con | | | |
| (1) De acuerdo a las Guías de Manejo Oncológico del National Comprehensive Cancer Network - NCCN (www.nccn.org) y del NCI - National Cancer Institute (www.cancer.gov) de los Estados Unidos. Cobertura en prestadores especializados, de acuerdo al plan de salud. (2) Contempla en la cobertura oncológica ambulatoria: Laboratorio clínico, Radiología convencional y Quimioterapia sin internamiento. | | | | |

**ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN ADICIONAL 1
TRABAJADORES, CONYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS**

| NUTRICIÓN ENTERAL Y PARENTERAL | | Copago | Cubierto al |
|---|---|-----------------|--------------------|
| De acuerdo a pertinencia médica y como parte del beneficio hospitalario. Red de Clínicas Lima y Provincias afiliadas al Plan. | | Sin Copago | 100% |
| CIRUGÍA PREVENTIVA DE MAMAS Y OVARIOS¹ | | Copago | Cubierto al |
| SÓLO CRÉDITO | Cl. Detecta Beneficio cubre el tratamiento quirúrgico para la prevención del cáncer de mama y de ovarios en las afiliadas con mutaciones en los genes BRCA 1 y/o BRCA 2. El tratamiento quirúrgico incluye la mastectomía bilateral y/o la salpingo ooforectomía bilateral (extirpación de los ovarios y trompas). | Como Hosp | Como Hosp |
| (1) No cubre el costo de las pruebas genéticas (BRCA 1 o BRCA 2). (2) NO incluye la reconstrucción mamaria. (3) Beneficio sólo aplica en Lima y en el prestador descrito: Cl. Detecta. (*) Sólo aplica crédito, NO reembolso. | | | |
| ALIMENTACIÓN PARA ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE HOSPITALIZADO¹ | | Copago | Cubierto al |
| SÓLO CRÉDITO | Servicio de alimentación gratuita para un acompañante. El servicio ofrece de manera gratuita: 1 desayuno, 1 almuerzo y 1 cena al día, servida por la clínica durante el tiempo que dure el internamiento. | Sin Copago | 100% |
| (1) Beneficio brindado para hospitalizaciones oncológicas (sin importar la edad del paciente) y para hospitalizaciones no oncológicas (menores de 18 años y mayores de 65 años). (2) Beneficio contempla la red de clínicas de Lima, excepto: Cl. Tezza. (3) Beneficio contempla las siguientes clínicas de Provincia: Cl. Ana Stahl (Iquitos), Cl. Arequipa (Arequipa), Cl. Carita Feliz (Piura), Cl. Pardo (Cusco), Cl. San José (Cusco), Cl. San Juan de Dios (Arequipa). (*) Sólo aplica crédito, NO reembolso. | | | |
| ENFERMEDADES CONGÉNITAS NO CONOCIDAS¹ (HASTA S/. 35,000) | | Copago | Cubierto al |
| SÓLO CRÉDITO | Red de Clínicas de Lima y Provincias afiliadas al plan de salud. Beneficio cubre cualquier condición o malformación presente desde el nacimiento de la persona y que ha transcurrido de forma asintomática e inadvertida a lo largo de su vida. | Como Amb / Hosp | Como Amb / Hosp |
| (1) Tope máximo del beneficio por vigencia de póliza: S/. 35,000. (2) Beneficio contempla las siguientes condiciones: Comunicación Interauricular del Corazón (CIA), Malformaciones Arteriovenosas Cerebrales (MAV) y Quiste Tirogloso. (3) El diagnóstico debe realizar durante la cobertura del plan de salud. (4) El afiliado debe mantener la afiliación para mantener el beneficio. (*) Sólo aplica crédito, NO reembolso. | | | |
| BLANQUEAMIENTO DENTAL¹ (HASTA S/. 350) | | Copago | Cubierto al |
| SÓLO REEMBOLSO | Blanqueamiento dental, una vez por vigencia de póliza, según condiciones y tope máximo. | Sin Copago | 100% |
| (1) Tope máximo a reembolsar por vigencia de póliza: S/. 350. (2) Sólo para mayores de 18 años. (*) Sólo aplica reembolso. | | | |

ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN ADICIONAL 1
TRABAJADORES, CONYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS

| MONTURAS Y CRISTALES O LENTES DE CONTACTO¹ (HASTA S/. 250) | | Copago | Cubierto al |
|--|---|-----------------|--------------------|
| SÓLO REEMBOLSO | Beneficio brinda el reembolso por: Cristales, Monturas o Lentes de Contacto. | Sin Copago | 100% |
| (1) Tope máximo del beneficio por vigencia de póliza: S/. 250. (2) Sólo aplica para aquellas personas que tengan afectada la agudeza visual. (3) NO se cubren: Lentes de contacto sin medida, lentes de seguridad para el trabajo. (4) Para solicitar el reembolso se debe adjuntar la indicación médica firmada y sellada por el médico oftalmólogo, incluyendo la medida de vista, junto con los documentos usuales de reembolso. (*) Sólo aplica reembolso. | | | |
| SEGUNDA OPINIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL¹ | | Copago | Cubierto al |
| SÓLO CRÉDITO | Beneficio que brinda, en caso se requiera y bajo pertinencia del área de auditoría médica, una segunda opinión nacional o internacional (la cual aplica sólo en Colombia), para el manejo y/o tratamiento médico de alguna patología compleja, sea ambulatoria, quirúrgica u hospitalaria. | Sin Copago | 100% |
| (1) La activación del beneficio es previa autorización y revisión de historia médica completa, según pertinencia médica, del área de auditoría médica de SANITAS PERÚ EPS. (2) El expediente deberá contener: Historia Médica Completa, Exámenes Auxiliares, Otras Ayudas Diagnósticas. La recopilación del expediente se encuentra a cargo y gestión del afiliado. (*) Sólo aplica crédito, NO reembolso. | | | |
| TERAPIA BIOLÓGICA PARA CASOS NO ONCOLÓGICOS¹ | | Copago | Cubierto al |
| SÓLO CRÉDITO | Beneficio que brinda terapia con "Anticuerpos Monoclonales" aprobados por la FDA y que cuenten con Medicina Basada en Evidencias (MBE). En caso de las siguientes enfermedades: Enfermedades Cardíacas: Infarto al Corazón. Enfermedades Gastrointestinales: Colitis Ulcerativa, Enfermedad de Crohn. Enfermedades Neurológicas: Esclerosis Múltiple. Enfermedades Oftalmológicas: Enfermedades Maculares. Enfermedades Respiratorias: Asma. Enfermedades Reumatológicas: Artritis Juvenil, Artritis Reumatoide, Artritis por Psoriasis, Espondilitis Anquilosante, Lupus Eritematoso y Osteoporosis. | Como Amb / Hosp | Como Amb / Hosp |
| (1) Las enfermedades deben contar con el diagnóstico definitivo, de acuerdo a las guías vigentes. (2) Los tratamientos deben contar con la pertinencia médica correspondiente y con los criterios de severidad para su uso. (*) Sólo aplica crédito, NO reembolso. | | | |

**ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN ADICIONAL 1
TRABAJADORES, CONYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS**

| TERAPIA HORMONAL PARA DIABETES MELLITUS, MENOPAUSIA, HIPOTIROIDISMO, OSTEOPOROSIS Y LOS DIAGNÓSTICOS CONSIDERADOS EN EL PEAS¹ | | Copago | Cubierto al |
|--|---|-----------------|--------------------|
| SÓLO CRÉDITO | <p>Red de Clínicas de Lima y Provincias afiliadas al plan de salud, donde existe la especialidad y capacidad resolutive.</p> <p>Se cubre terapia hormonal basada en las indicaciones aprobadas por la FDA y MBE para dichos medicamentos.</p> | Como Amb / Hosp | Como Amb / Hosp |
| <p>(1) Los tratamientos deben contar con la pertinencia médica correspondiente y con los criterios de severidad para su uso. (*) Sólo aplica crédito, NO reembolso.</p> | | | |

| 5.- COTIZACION DE APORTES (Trabajadores, conyuges e hijos hasta los 18 años) | |
|---|--|
| Aportes mensuales Incluyen tributos de ley y gastos | Aportes adicionales al Plan Base Plus |
| TITULAR SOLO | S/. 46.00 |
| TITULAR + 1 DEPEND. | S/. 92.00 |
| TITULAR + 2 DEPEND. | S/. 138.00 |
| TITULAR + 3 DEPEND. | S/. 184.00 |
| TITULAR + 4 o más DEPEND. | S/. 230.00 |

PERIODO DE EVALUACIÓN : Semestral con posibilidad de revisión de acuerdo a la siniestralidad

| 6.- MÉTODO DE REAJUSTE DE RETRIBUCIONES | | | |
|--|-----------------------------|------------------|--|
| RANGOS DE SINIESTRALIDAD | COPAGO | COBERTURA | VARIACIÓN DE APORTES |
| S > 70% y S <= 100% | COPAGO*(1+inflación médica) | No cambia | TARIFA*(1+inflación médica)*(1+Siniestralidad - 70%) |
| S > 100% | COPAGO*(1+inflación médica) | No cambia | TARIFA*(1+inflación médica)*(1+Siniestralidad - 70%) |

**ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN ADICIONAL 1
TRABAJADORES, CONYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS**

CONDICIONES

La aplicación del reajuste es procedente siempre que la EPS cumpla con brindar la información contemplada en la Clausula Décimo séptima del presente Contrato.
Previamente a la aplicación del reajuste de los aportes y dentro de los plazos acordados entre las partes, LA EPS deberá haber cumplido con presentar a la ENTIDAD EMPLEADORA, un reporte de la siniestralidad, debidamente sustentado y analizado, señalando las medidas orientadas a la racionalización del gasto. El reajuste de copagos o aportes (si los hubiera) serán aplicados semestralmente a partir del primer día del séptimo mes de vigencia del plan. Este plazo podrá ser en periodos menores, por acuerdo de partes. La retribución pactada en el presente Contrato, estará afecta a los resultados anuales obtenidos por Inflación médica.
Los datos utilizados para el cálculo de reajuste incluyen tributos de ley y gastos.

ECUACIÓN DE SINIESTRALIDAD

| | |
|------------|-------------------|
| S = | $\frac{P + R}{A}$ |
|------------|-------------------|

S = Siniestralidad (%)

P = Prestaciones Netas Liquidadas en los primeros 4 meses del período de validación para el reajuste (últimos seis meses); **Sin incluir los montos de las prestaciones catastróficas o excepcionales por su alto costo.**

A = Aportes Netos De los 6 últimos meses

R = Reservas : Promedio de prestaciones liquidadas de los primeros 4 meses del período de validación para el reajuste (últimos seis meses), multiplicado por 2.

7.- CONDICIONES, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

| | |
|-------------------------------|--|
| PEAS | VER ANEXO CONDICIONES, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES |
| NO PEAS | VER ANEXO CONDICIONES, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES |
| Validez de Cartas de Garantía | El Volante de Autorización de Servicios o Carta de Garantía tendrá una vigencia de 30 días calendario, siempre que, al momento de su utilización, el afiliado se encuentre Vigente . |

ESTABLECIMIENTOS VINCULADOS POR REDES.

VER ANEXO RED DE PRESTADORES

ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN ADICIONAL 2
TRABAJADORES, CONYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS
COLEGIO DE ARQUITECTOS

CS 06 - CM 463

FECHA DE INICIO DE COBERTURA

1/03/2022

1.- COBERTURA :

Son los planes que se ofertan al trabajador, sus derechohabientes legales y a otros beneficiarios del trabajador cuyas coberturas, sumas aseguradas, beneficios, redes y aportes descritos se adicionan al Plan Base Peas, Plan Base Esencial, Plan Base Plus y Plan Adicional 1. Se encuentran sujetos a los límites, prestaciones y condiciones estipulados libremente por las partes y se financian con aportes adicionales. Para el caso, la cobertura complementaria se brindará según lo descrito en el Anexo 2 del Decreto Supremo N° 009-97-SA.

2.- SUMA ASEGURADA

COBERTURA COMPLEMENTARIA: ILIMITADA

PLAN BASE PEAS + BASE ESENCIAL + BASE PLUS + ADICIONAL 1: ILIMITADA

3.- DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

| ATENCIÓN AMBULATORIA ¹ | | | Copago | Cubierto al |
|---|--|--|----------------------------|-----------------|
| 1. Consultas, laboratorio y anatomía-patológica, radiología y exámenes auxiliares. | | | | |
| RED AMBULATORIA 13 | Cl. AngloAmericana (La Molina) Cl. San Felipe (Jesús María) | Cl. AngloAmericana (Miraflores) Cl. Delgado | Cl. San Felipe (La Molina) | S/. 115 100% |
| Medicinas² | Medicinas GENÉRICAS relacionadas con atenciones ambulatorias. | | Sin Copago | 100% |
| | Farmacias de cadenas: Inkafarma*, MiFarma* (incluye BTL, Arcangel y Fasa) | | Sin Copago | 100% |
| | Medicinas de DENOMINACIÓN COMERCIAL relacionadas con atenciones ambulatorias. | | Sin Copago | 80% |
| | Farmacias de cadenas: Inkafarma*, MiFarma* (incluye BTL, Arcangel y Fasa) | | Sin Copago | 50% |
| Medicinas relacionadas con atenciones ambulatorias. | | Sin Copago | 50% | |
| Farmacias de clínicas afiliadas al plan de salud | | Sin Copago | 50% | |
| <p>(1) Se aplica copago por cada servicio brindado (consulta, laboratorio, imágenes, etc). En el caso de órdenes de laboratorio y radiología convencional, se aplicará un copago por cada orden médica, independiente del número de servicios solicitados. Las órdenes médicas tienen una vigencia de 7 días calendario.</p> <p>(2) La receta médica tiene una vigencia de 7 días calendario contados a partir de la fecha de expedición</p> <p>(*) Incluye Delivery bajo las condiciones de disponibilidad del prestador (Inkafarma 315-9009, MiFarma 612-5000)</p> | | | | |

| ATENCIÓN AMBULATORIA | | | Copago | Cubierto al |
|--|--|-------------------------------|----------------------------|-----------------|
| 2. Cirugía Ambulatoria (sin internamiento) y procedimientos endoscópicos¹. | | | | |
| RED AMBULATORIA 13 | Cl. AngloAmericana (La Molina) Cl. AngloAmericana | Cl. San Felipe Cl. Delgado | Cl. San Felipe (La Molina) | S/. 345 100% |
| Medicinas² | Medicinas GENÉRICAS relacionadas con atenciones ambulatorias. | | Sin Copago | 100% |
| | Farmacias de cadenas: Inkafarma*, MiFarma* (incluye BTL, Arcangel y Fasa) | | Sin Copago | 100% |
| | Medicinas de DENOMINACIÓN COMERCIAL relacionadas con atenciones ambulatorias. | | Sin Copago | 80% |
| | Farmacias de cadenas: Inkafarma*, MiFarma* (incluye BTL, Arcangel y Fasa) | | Sin Copago | 50% |
| Medicinas relacionadas con atenciones ambulatorias. | | Sin Copago | 50% | |
| Farmacias de clínicas afiliadas al Plan de salud. | | Sin Copago | 50% | |
| <p>(1) Para procedimientos endoscópicos, en caso de requerir estudio anatómico patológico, se cancelará un copago adicional según clínica de procedencia.</p> <p>(2) La receta médica tiene una vigencia de 7 días calendario contados a partir de la fecha de expedición. (*) Incluye delivery bajo las condiciones de disponibilidad del prestador (Inkafarma 315-9009, MiFarma 612-5000)</p> | | | | |

ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN ADICIONAL 2
TRABAJADORES, CONYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS

| ATENCIÓN OFTALMOLOGICA | | | Copago | Cubierto al | |
|--|---|---|----------------------------|--------------------|--------------|
| Consulta, laboratorio, imágenes, etc. | | | | | |
| Atención Médica Oftalmológica | Consulta Ambulatoria, exámenes y procedimientos. | En la red de clínicas afiliadas al plan de salud. | Como Amb | 100% | |
| | Cirugía | En la red de clínicas afiliadas al plan de salud. | Como Amb/Hosp | 100% | |
| Medicinas¹ | Medicinas GENÉRICAS relacionadas con atenciones oftalmológicas. Farmacias de cadenas: Inkafarma*, MiFarma* (incluye BTL, Arcangel y Fasa) | | Sin Copago | 100% | |
| | Medicinas de DENOMINACIÓN COMERCIAL relacionadas con atenciones oftalmológicas. Farmacias de cadenas: Inkafarma*, MiFarma* (incluye BTL, Arcangel y Fasa) | | Sin Copago | 80% | |
| | Medicinas relacionadas con atenciones oftalmológicas. Farmacias de clínicas afiliadas al Plan de salud. | | Sin Copago | 50% | |
| (1) La receta médica tiene una vigencia de 7 días calendario contados a partir de la fecha de expedición (*) Incluye Delivery bajo las condiciones de disponibilidad del prestador (Inkafarma 315-9009, MiFarma 612-5000) | | | | | |
| ATENCIÓN HOSPITALARIA* | | | Copago | Cubierto al | |
| RED HOSPITALARIA 12 | Cl. Angloamericana | Cl. San Felipe | Cl. Delgado | S/. 2,000 | 100% |
| Medicinas¹ | Medicinas relacionadas con atenciones Hospitalarias. Farmacias de clínicas afiliadas al Plan de salud. | | | Sin Copago | Como hosp |
| (1) Se aplica un COPAGO ÚNICO según la clínica, por toda la hospitalización, sin importar el número de días ni el tipo de hospitalización (incluye Unidad de Cuidado Intensivo). Sujeto a exclusiones y limitaciones. (1) Las medicinas recetadas al alta de la atención hospitalaria están sujetas a copagos ambulatorios de la clínica en la que se produjo la atención o de farmacias afiliadas. | | | | | |
| ATENCIÓN DE MATERNIDAD** | | | Copago | Cubierto al | |
| Parto natural y/o múltiple, control pre-natal y post-natal y atenciones ambulatorias por complicaciones de la gestación. | | | | | |
| RED DE MATERNIDAD EN LIMA 3 | Cl. Delgado | Cl. San Felipe | Cl. San Felipe (La Molina) | Sin Copago | 100% |
| Medicinas¹ | Medicinas relacionadas con atenciones de maternidad ambulatorias. Farmacias de clínicas afiliadas al Plan de salud. | | | Sin Copago | Como mat amb |
| (1) La receta médica tiene una vigencia de 7 días calendario contados a partir de la fecha de expedición (**) Una (01) ecografía por trimestre, salvo complicaciones prenatales | | | | | |
| ATENCIÓN DE MATERNIDAD | | | Copago | Cubierto al | |
| Cesárea, aborto no provocado y atenciones hospitalarias por complicaciones de la gestación. | | | | | |
| RED MATERNIDAD HOSPITALARIA 11 | Cl. San Felipe (Jesús María) | | Cl. Delgado | S/. 2,400 | 100% |
| Medicinas | Medicinas relacionadas con la gestación. Farmacias de clínicas afiliadas al Plan de salud. | | | Sin Copago | Como hosp |
| (*) Las medicinas recetadas al alta de la atención de Parto natural y/o múltiple están sujetas a condiciones de reembolso de medicinas de maternidad ambulatorias El bebé nacido de usuaria de LA EPS con derecho a los servicios de atención médica obstétrica del parto, será beneficiario de los servicios de salud intrahospitalarios requeridos durante el periodo neonatal, incluyendo pruebas de tamizaje neonatal (hasta los 28 días de vida) y la atención de las enfermedades congénitas o causadas por deficiencias de maduración. Dicha cobertura durante el periodo neonatal produce continuidad para el niño nacido en el plan si es afiliado dentro de los 30 días de producido el nacimiento. | | | | | |
| ENFERMEDADES CONGÉNITAS DEL RECIÉN NACIDO | | | Copago | Cubierto al | |
| Cobertura en la red de clínicas afiliadas al Plan. | | | Como Amb/Hosp | Como Amb/Hosp | |

ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN ADICIONAL 2
TRABAJADORES, CONYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS

| ATENCIÓN DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | | Copago | Cubierto al |
|--|--|---------------|--------------------|
| 1. Consulta de Medicina Física y Rehabilitación, Terapia Física Ambulatoria y Terapia del Lenguaje. | | | |
| CONSULTA MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | Red de Clínicas de Lima y Provincias afiliadas al plan de salud | Como Amb | Como Amb |
| TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN¹ | Red de Clínicas de Lima y Provincias afiliadas al plan de salud, donde exista la especialidad. | Sin copago | 80% |

| ATENCIÓN DE SALUD MENTAL¹ | | Copago | Cubierto al |
|---|------------------------------|---------------|--------------------|
| 1. Consulta Psicológica, Psicoterapia, Consulta Psiquiátrica y Hospitalización Psiquiátrica. Corresponde a las condiciones PEAS: Alcoholismo, Ansiedad, Depresión y Esquizofrenia. | | | |
| CONSULTA PSICOLÓGICA | Cl. San Felipe (Jesús María) | S/. 80 | 100% |

(1) Según lo indicado en el PEAS.

| ATENCIÓN PREVENTIVO PROMOCIONALES | | Copago | Cubierto al |
|--|---|---------------|--------------------|
| Tamizaje Neonatal¹ | | | |
| TAMIZAJE NEONATAL | Red de Clínicas de Lima y Provincias afiliadas al plan de salud | Sin Copago | 100% |
| (1) El beneficio incluye los exámenes para descartar de catarata congénita, fenilcetonuria, fibrosis quística, hipoacusia, hiperplasia suprarrenal e hipotiroidismo congénito. Cobertura para recién nacidos, hasta los 28 días de nacido. (* Aplica crédito y reembolso. | | | |

| Control de Niño Sano¹ | | Copago | Cubierto al |
|---|---|---------------|--------------------|
| CONTROL DE NIÑO SANO | Red de Clínicas de Lima y Provincias, detalladas en la Red de Maternidad, afiliadas al plan de salud, que cuenten con la cobertura. | Sin Copago | 100% |
| (1) Cobertura para niños hasta los 11 años, 11 meses y 30 días. (* Sólo aplica crédito, NO reembolso. | | | |

| ATENCIÓN ONCOLÓGICA¹ (Cobertura por Cancer) | | Copago | Cubierto al |
|--|---|---------------|--------------------|
| La cobertura oncológica se activa una vez confirmado el diagnóstico oncológico con el resultado de anatomía patológica por parte del prestador especializado. | | | |
| ACOMPañAMIENTO ONCOLÓGICO | SANITAS EN LINEA | Sin Copago | 100% |
| ONCOLOGÍA AMBULATORIA² | Cl. San Felipe (Jesús María) | Sin Copago | 100% |
| ONCOLOGÍA HOSPITALARIA³ | Cl. San Felipe (Jesús María) | Sin Copago | 100% |
| OTRAS AYUDAS DIAGNÓSTICAS ONCOLÓGICAS | Cl. San Felipe (Jesús María) | Sin Copago | 100% |
| TERAPIA BIOLÓGICA | Anticuerpos Monoclonales, Antiangiogénicos, Inhibidores del Proteosoma, Inhibidores de la Tirocin Kinasa, Factores Estimulantes de Colonia, Tratamiento con Interferón. | Sin Copago | 100% |
| (1) De acuerdo a las Guías de Manejo Oncológico del National Comprehensive Cancer Network - NCCN (www.nccn.org) y del NCI - National Cancer Institute (www.cancer.gov) de los Estados Unidos. Cobertura en prestadores especializados, de acuerdo al plan de salud. (2) Contempla en la cobertura oncológica ambulatoria: Laboratorio clínico, Radiología convencional y Quimioterapia sin internamiento. (3) Contempla en la cobertura oncológica hospitalaria: Cirugía oncológica y quimioterapia con internamiento. | | | |

ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN ADICIONAL 2
TRABAJADORES, CONYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS

| ATENCIÓN ONCOLÓGICA¹ (Cobertura por Cancer) | | Copago | Cubierto al |
|---|---|---------------|--------------------|
| La cobertura oncológica se activa una vez confirmado el diagnóstico oncológico con el resultado de anatomía patológica por parte del prestador especializado. | | | |
| COMPLICACIONES MEDICAS DERIVADAS DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO | Atenciones médicas no oncológicas producto del caso oncológico. Complicaciones Post Quirúrgicas: Hemorragias Quirúrgicas y Dehiscencia de Anastomosis de Tubo Digestivo. Complicaciones Post Quimioterapia: Toxicidad Hematológica (neutropenia febril, pancitopenia, anemia y trombocitopenia), Toxicidad Gastrointestinal (emesis, deshidratación, mucositis de tracto digestivo), Trastorno Metabólico (hipercalcemia tumoral) y Shock Anafiláctico. Complicaciones Post Radioterapia: Radiodermitis Grados I y II, Mucositis, Proctitis, Cistitis, Esofagitis y Neumonitis Actínicas. Otros: Trombosis de Catéter Port Implantable. | Sin Copago | 100% |
| PROGRAMA CONTIGO⁴ | SANITAS EN LINEA Cuidado paliativo en el hogar y tratamiento del dolor. Atención multidisciplinaria (médico, enfermera, psicología, nutrición y asistencia social) para mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos en estado terminal de la enfermedad, brindando atención ambulatoria y en su domicilio, donde se cubrirá el manejo paliativo (aliviar el sufrimiento) en esta etapa del cáncer. Para casos de atención domiciliaria, incluye medicamentos sintomáticos, soluciones para hidratación, bomba de infusión, oxímetro de pulso y oxígeno, siempre y cuando tenga la indicación del médico tratante. | Sin Copago | 100% |
| MEDICINAS ONCOLÓGICAS | Cl. San Felipe (Jesús María) | Sin Copago | 100% |
| (1) De acuerdo a las Guías de Manejo Oncológico del National Comprehensive Cancer Network - NCCN (www.nccn.org) y del NCI - National Cancer Institute (www.cancer.gov) de los Estados Unidos. Cobertura en prestadores especializados, de acuerdo al plan de salud. (2) Contempla en la cobertura oncológica ambulatoria: Laboratorio clínico, Radiología convencional y Quimioterapia sin internamiento. (3) Contempla en la cobertura oncológica hospitalaria: Cirugía oncológica y quimioterapia con internamiento. (4) Sujeto evaluación por al área médica de SANITAS PERÚ EPS. Criterios de Ingreso: Presencia de una enfermedad neoplásica maligna avanzada, progresiva e incurable, sin opción de mejoría con tratamientos oncológicos, y con pronóstico de vida inferior a 4 meses (periodo comprendido entre enfermedad incurable avanzada y la situación de agonía), en un contexto de fragilidad progresiva. Escala PPI mayor a 6 y escala Zubrod mayor a 3. No Incluye: Tratamientos dirigidos al cáncer, terapias preventivas, antimicrobianos, anticoagulantes, inotropos/vasopresores, coloides, transfusiones, manejo de úlceras de presión, otros mobiliarios (mesas, silla de ruedas, monitores, ventiladores mecánicos) y otros ítems comprendidos en las exclusiones de su contrato. * Sólo aplica crédito, NO reembolso. | | | |

| BENEFICIOS ADICIONALES | | | |
|--|--|---------------|--------------------|
| PROTESIS QUIRÚRGICAS Y STENTS¹ (HASTA S/. 18,000) | | Copago | Cubierto al |
| SÓLO CRÉDITO | Red de Clínicas de Lima y Provincias afiliadas al plan de salud. Beneficio que cubre prótesis internas y stents. | Sin Copago | 100% |
| (1) Tope máximo del beneficio por vigencia de póliza: S/. 18,000. (2) Se excluyen prótesis dentales. (*) Sólo aplica crédito, NO reembolso. | | | |

| NUTRICIÓN ENTERAL Y PARENTERAL | | Copago | Cubierto al |
|--|--|---------------|--------------------|
| De acuerdo a pertinencia médica y como parte del beneficio hospitalario. Red de Clínicas Lima y Provincias afiliadas al Plan. | | Sin Copago | 100% |

ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN ADICIONAL 2
TRABAJADORES, CONYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS

| ALIMENTACIÓN PARA ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE HOSPITALIZADO¹ | | Copago | Cubierto al |
|---|---|-----------------|--------------------|
| SÓLO CRÉDITO | Servicio de alimentación gratuita para un acompañante. El servicio ofrece de manera gratuita: 1 desayuno, 1 almuerzo y 1 cena al día, servida por la clínica durante el tiempo que dure el internamiento. | Sin Copago | 100% |
| (1) Beneficio brindado para hospitalizaciones oncológicas (sin importar la edad del paciente) y para hospitalizaciones no oncológicas (menores de 18 años y mayores de 65 años). (2) Beneficio contempla la red de clínicas de Lima, excepto: Cl. Tezza. (3) Beneficio contempla las siguientes clínicas de Provincia: Cl. Ana Stahl (Iquitos), Cl. Arequipa (Arequipa), Cl. Carita Feliz (Piura), Cl. Pardo (Cusco), Cl. San José (Cusco), Cl. San Juan de Dios (Arequipa). (*) Sólo aplica crédito, NO reembolso. | | | |
| AUDÍFONOS¹ (HASTA S/. 800) | | Copago | Cubierto al |
| SÓLO REEMBOLSO | Audífonos, una vez por vida, según condiciones y tope máximo. | Sin Copago | 100% |
| (1) Tope máximo a reembolsar por única vez, por audífono: S/. 800. (*) Sólo aplica reembolso. | | | |
| COBERTURA MÉDICA INTERNACIONAL¹ | | Copago | Cubierto al |
| SÓLO CRÉDITO | Assist Card | Sin Copago | 100% |
| (1) Exclusivo para afiliados en plan de salud. Ver condiciones adjuntas en el anexo SANITAS PREMIUM PLUS. (*) Sólo aplica crédito, NO reembolso. | | | |
| DESASTRES NATURALES¹ (HASTA S/. 200,000) | | Copago | Cubierto al |
| SÓLO CRÉDITO | Red de Clínicas de Lima y Provincias afiliadas al plan de salud, que se encuentren desde la red 1 y 8 en Lima, redes A y B en Provincias. Beneficio cubre los gastos médicos de curación y/o tratamiento médico por lesiones sufridas a consecuencia de accidentes por desastres naturales en el territorio nacional, incluidos pero no limitados a: Terremotos, Tsunami, Tormentas e Inundaciones. | Como Amb / Hosp | Como Amb / Hosp |
| (1) Tope máximo del beneficio por vigencia de la póliza: S/. 200,000. (2) Plazo máximo de la atención médica del beneficio: 12 meses desde el evento o a la recuperación del mismo. (3) El afiliado debe mantener la afiliación para mantener el beneficio. (4) NO incluye o contempla: Gastos de Sepelio, Transporte Aéreo o Terrestre. (*) Sólo aplica crédito, NO reembolso. | | | |
| ENFERMEDADES EPIDÉMICAS¹ (HASTA S/. 5,000) | | Copago | Cubierto al |
| SÓLO CRÉDITO | Red de Clínicas de Lima y Provincias afiliadas al plan de salud. Beneficio cubre los gastos médicos de epidemias declaradas por el Ministerio de Salud. | Como Amb / Hosp | Como Amb / Hosp |
| (1) Tope máximo del beneficio por vigencia de póliza: S/. 5,000. (2) El afiliado debe mantener la afiliación para mantener el beneficio. (*) Sólo aplica crédito, NO reembolso. | | | |

ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN ADICIONAL 2
TRABAJADORES, CONYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS

| GASTOS DE ENFERMERÍA ACOMPAÑANTE¹ (HASTA S/. 5,000) | | Copago | Cubierto al |
|--|--|---------------|--------------------|
| SÓLO REEMBOLSO | Beneficio cubre los gastos de una enfermera acompañante, en domicilio, bajo INDICACIÓN MÉDICA, debido a una enfermedad o accidente catastrófica. La indicación médica debe sustentar la necesidad, contemplar las horas y plazo del requerimiento. | Sin Copago | 100% |
| (1) Tope máximo del beneficio por vigencia de póliza: S/. 5,000. (2) El afiliado debe mantener la afiliación para mantener el beneficio. (3) Para solicitar el reembolso se deje adjuntar la indicación médica y el recibo por honorarios de profesional de enfermería. (*) Sólo aplica reembolso. | | | |

| ENFERMEDADES CONGÉNITAS NO CONOCIDAS¹ (HASTA S/. 35,000) | | Copago | Cubierto al |
|---|---|-----------------|--------------------|
| SÓLO CRÉDITO | Red de Clínicas de Lima y Provincias afiliadas al plan de salud. Beneficio cubre cualquier condición o malformación presente desde el nacimiento de la persona y que ha transcurrido de forma asintomática e inadvertida a lo largo de su vida. | Como Amb / Hosp | Como Amb / Hosp |
| (1) Tope máximo del beneficio por vigencia de póliza: S/. 35,000. (2) Beneficio contempla las siguientes condiciones: Comunicación Interauricular del Corazón (CIA), Malformaciones Arteriovenosas Cerebrales (MAV) y Quiste Tirogloso. (3) El diagnóstico debe realizarse durante la cobertura del plan de salud. (4) El afiliado debe mantener la afiliación para mantener el beneficio. (*) Sólo aplica crédito, NO reembolso. | | | |

| GASTOS POR TRANSPLANTE DE ÓRGANOS¹ (HASTA S/. 25,000) | | Copago | Cubierto al |
|--|---|---------------|--------------------|
| SÓLO REEMBOLSO | Beneficio brinda el reembolso en caso de transplante de los siguientes órganos: Córnea, Corazón, Hígado, Médula Ósea y Pulmón. Se excluye el transplante de cualquier otro órgano no nombrado, partes de órganos, tejidos o células. | Sin Copago | 100% |
| (1) Tope máximo del beneficio por única vez: S/. 25,000. (2) El afiliado debe mantener la afiliación para mantener el beneficio. (3) El beneficio aplica sólo para el receptor del órgano. (4) El reembolso se realizará posterior a la cirugía, siempre y cuando la institución cuente con la certificación para dicho procedimiento. (5) Beneficio sólo a nivel nacional. (*) Sólo aplica reembolso. | | | |

| ORTODONCIA¹ (HASTA S/. 2,500) | | Copago | Cubierto al |
|---|---|---------------|--------------------|
| SÓLO REEMBOLSO | Beneficio que brinda tratamientos ortodónticos. Edad máxima de cobertura: 40 años. | Sin Copago | 80% |
| (1) Tope máximo del beneficio por única vez: S/. 2,500. (2) Aplica sólo con ortodoncistas con número de registro de especialista. (*) Sólo aplica reembolso. | | | |

| RECONSTRUCCIÓN MAMARIA ONCOLÓGICA¹ (HASTA S/. 18,000) | | Copago | Cubierto al |
|---|--|---------------|--------------------|
| SÓLO CRÉDITO | Red de Clínicas de Lima y Provincias afiliadas al plan de salud, donde existe la especialidad y capacidad resolutive. | Como Hosp | 100% |
| (1) Tope máximo del beneficio por vigencia de póliza: S/. 18,000. (2) Sólo en caso de mastectomía radical por cancer. (*) Sólo aplica crédito, NO reembolso. | | | |

| PRÓTESIS POR RECONSTRUCCIÓN MAMARIA ONCOLÓGICA¹ (HASTA S/. 3,000) | | Copago | Cubierto al |
|---|--|---------------|--------------------|
| SÓLO CRÉDITO | Red de Clínicas de Lima y Provincias afiliadas al plan de salud, donde existe la especialidad y capacidad resolutive. | Como Hosp | 100% |
| (1) Tope máximo del beneficio por vigencia de póliza: S/. 3,000. (*) Sólo aplica crédito, NO reembolso. | | | |

**ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN ADICIONAL 2
TRABAJADORES, CONYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS**

| TERAPIA HORMONAL PARA DIABETES MELLITUS, MENOPAUSIA, HIPOTIROIDISMO, OSTEOPOROSIS Y LOS DIAGNÓSTICOS CONSIDERADOS EN EL PEAS¹ | | Copago | Cubierto al |
|---|--|-----------------|--------------------|
| SÓLO CRÉDITO | Red de Clínicas de Lima y Provincias afiliadas al plan de salud, donde existe la especialidad y capacidad resolutive. Se cubre terapia hormonal basada en las indicaciones aprobadas por la FDA y MBE para dichos medicamentos. | Como Amb / Hosp | Como Amb / Hosp |
| (1) Los tratamientos deben contar con la pertinencia médica correspondiente y con los criterios de severidad para su uso. (* Sólo aplica crédito, NO reembolso.) | | | |

| TERRORISMO¹ (HASTA S/. 25,000) | | Copago | Cubierto al |
|--|--|-----------------|--------------------|
| SÓLO CRÉDITO | Red de Clínicas de Lima y Provincias afiliadas al plan de salud. Beneficio cubre los gastos médicos de curación y/o tratamiento médico por lesiones sufridas a consecuencia de terrorismo; excepto en participación activa, terrorismo biológico, químico y nuclear, según tope y condiciones detallados en el plan de salud. | Como Amb / Hosp | Como Amb / Hosp |
| (1) Tope máximo del beneficio por vigencia de la póliza: S/. 25,000. (2) Plazo máximo de la atención médica del beneficio: 12 meses desde el evento o a la recuperación del mismo. (3) El afiliado debe mantener la afiliación para mantener el beneficio. (4) NO incluye o contempla: Gastos de Sepelio, Transporte Aéreo o Terrestre. (* Sólo aplica crédito, NO reembolso.) | | | |

| ZAPATOS CORRECTIVOS O PLANTILLAS¹ (HASTA S/. 500) | | Copago | Cubierto al |
|---|---|---------------|--------------------|
| SÓLO REEMBOLSO | Beneficio que cubre el costo de zapatos correctivos o plantillas. | Sin Copago | 100% |
| (1) Tope máximo del beneficio por vigencia de la póliza, por zapato o plantilla: S/. 500. (* Sólo aplica reembolso.) | | | |

| 4.- COTIZACION DE APORTES (Trabajadores, conyuges e hijos hasta los 18 años) | |
|---|--|
| Aportes mensuales Incluyen tributos de ley y gastos | Aportes adicionales al Plan Adicional 1 |
| TITULAR SOLO | S/. 102.00 |
| TITULAR + 1 DEPEND. | S/. 204.00 |
| TITULAR + 2 DEPEND. | S/. 306.00 |
| TITULAR + 3 DEPEND. | S/. 408.00 |
| TITULAR + 4 o más DEPEND. | S/. 510.00 |

PERIODO DE EVALUACIÓN : Semestral con posibilidad de revisión de acuerdo a la siniestralidad

| 5.- MÉTODO DE REAJUSTE DE RETRIBUCIONES | | | |
|--|------------------------------------|------------------|---|
| RANGOS DE SINIESTRALIDAD | COPAGO | COBERTURA | VARIACIÓN DE APORTES |
| S > 70% y S <= 100% | COPAGO*(1+inflación médica) | No cambia | TARIFA*(1+inflación médica)*(1+Siniestralidad - 70%) |
| S > 100% | COPAGO*(1+inflación médica) | No cambia | TARIFA*(1+inflación médica)*(1+Siniestralidad - 70%) |

**ANEXO 1
SANITAS EMPRESARIAL POTESTATIVO CORPORATIVO
PLAN ADICIONAL 2
TRABAJADORES, CONYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS**

| CONDICIONES | | | | |
|--|--|-------------------|---|-------------------|
| <p>La aplicación del reajuste es procedente siempre que la EPS cumpla con brindar la información contemplada en la Clausula Décimo séptima del presente Contrato.</p> <p>Previamente a la aplicación del reajuste de los aportes y dentro de los plazos acordados entre las partes, LA EPS deberá haber cumplido con presentar a la ENTIDAD EMPLEADORA, un reporte de la siniestralidad, debidamente sustentado y analizado, señalando las medidas orientadas a la racionalización del gasto. El reajuste de copagos o aportes (si los hubiera) serán aplicados semestralmente a partir del primer día del séptimo mes de vigencia del plan. Este plazo podrá ser en periodos menores, por acuerdo de partes. La retribución pactada en el presente Contrato, estará afecta a los resultados anuales obtenidos por Inflación médica. Los datos utilizados para el cálculo de reajuste incluyen tributos de ley y gastos.</p> | | | | |
| ECUACIÓN DE SINIESTRALIDAD | | | | |
| <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 10px;">S</td> <td style="padding: 10px;">=</td> <td style="padding: 10px;">$\frac{P + R}{A}$</td> </tr> </table> | | S | = | $\frac{P + R}{A}$ |
| S | = | $\frac{P + R}{A}$ | | |
| <p>S = Siniestralidad (%) P = Prestaciones Netas Liquidadas en los primeros 4 meses del período de validación para el reajuste (últimos seis meses); Sin incluir los montos de las prestaciones catastróficas o excepcionales por su alto costo.</p> <p>A = Aportes Netos De los 6 últimos meses R = Reservas : Promedio de prestaciones liquidadas de los primeros 4 meses del período de validación para el reajuste (últimos seis meses), multiplicado por 2.</p> | | | | |
| 6.- CONDICIONES, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES | | | | |
| PEAS | VER ANEXO CONDICIONES, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES | | | |
| NO PEAS | VER ANEXO CONDICIONES, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES | | | |
| Validez de Cartas de Garantía | El Volante de Autorización de Servicios o Carta de Garantía tendrá una vigencia de 30 días calendario, siempre que, al momento de su utilización, el afiliado se encuentre Vigente . | | | |
| ESTABLECIMIENTOS VINCULADOS POR REDES. | | | | |
| VER ANEXO RED DE PRESTADORES | | | | |

| RED DE IPRESS VINCULADAS EPS | | | | | | | | | |
|--|------------------------|-------------|---|--|----------------------------|---|------------------------|-----------|--------------|
| Lista referencial. Prevalen las clínicas detalladas en el Plan de Salud elegido. | | | | | | | | | |
| CÓDIGO RIPRESS (HISTÓRICO) | CÓDIGO ÚNICO DE IPRESS | RUC | RAZÓN SOCIAL | NOMBRE COMERCIAL | TELÉFONOS | DIRECCIÓN | DISTRITO | PROVINCIA | DEPARTAMENTO |
| ATENCIÓN AMBULATORIA, HOSPITALARIA Y DE MATERNIDAD LIMA | | | | | | | | | |
| 990027C | 00009250 | 20100251176 | CLÍNICA BELLAVISTA S.A.C | Clinica Bellavista | (01) 204-9600 | Av. Las Gaviotas 207 Urb San José | Bellavista | Callao | Callao |
| 1200007 | 00011182 | 20101098681 | PROMOTORA ASISTENCIAL S.A.C CLINICA LIMA TAMBO | Consultorio Limatambo sede Minka | (01) 652 7474 | Av. Argentina 3093 local 214 Calle 3 Pabellón 4 Multimercados Zonales | Callao | Callao | Callao |
| 1304665 | 00009144 | 20512867741 | CLINICA MEDICA ZEGARRA S.A.C. | Clinica Versalles | (01) 620-9638 | AV. TUPAC AMARU N° 1801. URB. HUAQUILLAY | Comas | Lima | Lima |
| | 00021094 | 20101098681 | PROMOTORA ASISTENCIAL S.A.C CLINICA LIMA TAMBO | Limatambo sede Minka II | (01) 652 7474 | Av. Argentina 3093 CC Minka Av. Playa Meiggs Calle 3 Pabellón N° 5 Local 402 2do piso | Callao | Callao | Callao |
| 1406456 | 00017862 | 20550793742 | SMA SERVICIOS MEDICOS AMBULATORIOS SA | Clinica Internacional - Mediceentro Bellavista | (01) 619-6161 | AV. OSCAR R. BENAVIDES3866 EDIFICIO 3 MALL. AVENTURA PLAZA BELLAVISTA | Bellavista | Callao | Callao |
| 980008C | 00009409 | 20100121809 | ADMINISTRADORA CLÍNICA RICARDO PALMA S.A. | Clinica Ricardo Palma sede San Isidro | (01) 224-2224 | AV. JAVIER PRADO ESTE 1066 | San isidro | Lima | Lima |
| 990086C | 00008746 | 20337889167 | ASOCIACION PASTORAL DE SERVICIOS MEDICOS ASISTENCIALES GOOD HOPE DE LA ISLA | Clinica Good Hope | (01) 610 7300 | AV. MALECON BALTA N° 956, 934, 944 Y AV. GRAU N° 755 | Miraflores | Lima | Lima |
| 070891C | 00008325 | 20101267467 | ASOCIACION PERUANO JAPONESA | Clinica Centenario Peruano Japonesa | (01) 208-8000 | Av. Paso De Los Andes N° 675 | Pueblo Libre | Lima | Lima |
| 010348C | 00010464 | 20107695584 | BRITISH AMERICAN HOSPITAL S.A | Clinica Anglo Americana sede La Molina | (01) 616 8990 | Av. La Fontana N° 362 Urb. Residencial Monterrico Sur | La Molina | Lima | Lima |
| 980010C | 00009123 | 20107695584 | BRITISH AMERICAN HOSPITAL S.A | Clinica Anglo Americana sede San Isidro | (01) 616 8900 | JR. ALFREDO SALAZAR NRO 350 – SAN ISIDRO | San Isidro | Lima | Lima |
| 1301455 | 00009868 | 20512065849 | CENTRO MEDICO CLINICA RICARDO PALMA SEDE PLAZA LIMA SUR SAC | Centro Médico Plaza Lima Sur de la Clinica Ricardo Palma | (01) 617 8200 | Av. Prolongación Paseo de la República s/n Urb. Matellini | Chorrillos | Lima | Lima |
| 980020C | 00011401 | 20175508610 | CENTRO MEDICO CLINICA SAN JUDAS TADEO S.A. | Clinica San Judas Tadeo | (01) 219 1100 | CALLE MANUEL RAYGADA N° 170 (ANEXO EN CALLE LAUREANO MARTINEZ N° 140) - URB EL CAMPILLO | San Miguel | Lima | Lima |
| 1408686 | 00019167 | 20553108153 | CENTRO MEDICO SOLSALUD SAC | Centro Médico MEDICIS | (01) 637 2973 | Av. Javier Prado Oeste No 304 | Magdalena del Mar | Lima | Lima |
| 070926C | 00010109 | 20512164073 | CENTROS MEDICOS DEL PERU S.A. | Centro Médico Jockey Salud | (01) 712 3456 | Av. Javier Prado Este 4200 | Santiago de Surco | Lima | Lima |
| 040670C | 00008215 | 20100054184 | CLINICA INTERNACIONAL S.A. | Clinica Internacional - Mediceentro San Isidro | (01) 619 6161 | Av. Paseo de la República 3058, San Isidro | San Isidro | Lima | Lima |
| 980001C | 00015610 | 20100054184 | CLINICA INTERNACIONAL S.A. | Clinica Internacional - Sede Lima | (01) 619 6161 | Jr. Washington N° 1471 | Lima | Lima | Lima |
| 990004C | 00009682 | 20100054184 | CLINICA INTERNACIONAL S.A. | Clinica Internacional - Sede San Borja | (01) 619-6161 | Av. Guardia Civil N° 385 | San Borja | Lima | Lima |
| 1406844 | 00017772 | 20100054184 | CLINICA INTERNACIONAL S.A. | Clinica Internacional - Torre Nueva Sede San Borja | (01) 6196161 anexo 5139 | AVENIDA GUARDIA CIVIL MANZANA. A-4 LOTE 2 Y 3 URB. CÔRPAC | San Borja | Lima | Lima |
| 990002C | 00012633 | 20100122368 | CLÍNICA JAVIER PRADO S.A | Clinica Javier Prado | (01) 211 4141 | Av. Javier Prado Este N° 499 Urb. Jardín Lima | San isidro | Lima | Lima |
| 080947C | 00010182 | 20517738701 | CLINICA JESÚS DEL NORTE S.A.C. | Clinica Jesús del Norte | (01) 613 4444 | AV CARLOS IZAGUIRRE N 153 | Independencia | Lima | Lima |
| 990028C | 00011750 | 20348622812 | CLINICA LOS ANDES SAC | Clinica Los Andes | (01) 221 0468 | Ca. Asunción N°177 | Miraflores | Lima | Lima |
| 1302131 | 00010603 | 20515290142 | CLÍNICA MÉDICA CAYETANO HEREDIA | Clinica Médica Cayetano Heredia | (01) 207 6200 | AV. HONORIO DELGADO 370 INGENIERIA SMP | San Martín de Porres | Lima | Lima |
| 1301300 | 00009641 | 20509876712 | CLINICA MUNDO SALUD S.A.C. | CLÍNICA MUNDO SALUD | (01) 523-5900 | AV. CARLOS IZAGUIRRE N° 1234 | LOS OLIVOS | LIMA | LIMA |
| | 00008271 | 20508790971 | CLÍNICA NUEVO SAN JUAN S.A.C. | Clinica San Juan Bautista | (01) 610 4545 | AV. PROCERES DE LA INDEPENDENCIA 1764, MZ. G, LOTES 10-11-20-21 - URB. LAS FLORES | San Juan de Lurigancho | Lima | Lima |
| 980005C | 00009116 | 20100162742 | CLINICA SAN FELIPE S.A. | Clinica San Felipe sede Jesús María | (01) 219 0000 | Av. Gregorio Escobedo N° 650 | Jesús María | Lima | Lima |
| 060870C | 00011795 | 20100162742 | CLINICA SAN FELIPE S.A. | Clinica San Felipe sede La Molina | (01) 219 0000 | Av. Javier Prado Este N° 4841 – La Molina | La Molina | Lima | Lima |
| 030616C | 00014501 | 20505018509 | CLINICA SAN GABRIEL S.A.C. | Clinica San Gabriel | (01) 614 2222 | AV. LA MARINA 2945-2949-2955-2965 MARANGA | San Miguel | Lima | Lima |
| | 00017754 | 20107463705 | CLINICA SAN PABLO S.A.C. | Clinica San Pablo Sede Asia | (01) 530 7888 | CENTRO COMERCIAL SUR PLAZA BOULEVARD KM 96.5 CARRETERA PANAMERICANA | San Vicente Cañete | Cañete | Lima |
| 980021C | 00009988 | 20107463705 | CLÍNICA SAN PABLO S.A.C. | Clinica San Pablo sede Surco | (01) 610-3333 | Av. El Polo 789 Urb El Derby de Monterrico | Santiago de Surco | Lima | Lima |
| 980016C | 00013383 | 20100375061 | CLINICA SANTA ISABEL S.A.C. | Clinica Santa Isabel | (01) 417 4100 | Av. Guardia Civil N° 135 | San Borja | Lima | Lima |
| 080945C | 00018985 | 20517737560 | CLINICA SANTA MARIA DEL SUR S.A.C. | Clinica Santa María del Sur | (01) 615 6767 | Av. Belisario Suárez N° 998 Zona C | San Juan de Miraflores | Lima | Lima |
| 980009C | 00009989 | 20117357113 | CONGREGACIÓN HIJAS DE SAN CAMILO | Clinica Tezza | (01) 610 5050 | Jr. El Polo N° 570, Urb. Monterrico | Santiago de Surco | Lima | Lima |
| 050831C | 00010251 | 20101165389 | CSALUD S.A. | MAISON DE SANTÉ - SEDE CHORRILLOS | (01) 619 6000 | Av. Chorrillos N° 171 173 | Chorrillos | Lima | Lima |
| 000200C | 00008281 | 20101165389 | CSALUD S.A. | MAISON DE SANTÉ - SEDE SURCO | (01) 619 6000 | Jr. Miguel Aljovín N° 208 222 | Lima | Lima | Lima |
| 1407199 | 00015118 | 20101165389 | CSALUD S.A. | MAISON DE SANTÉ - SEDE SURCO | (01) 619-6000 | AV. BENAVIDES N° 5362 | SANTIAGO DE SURCO | LIMA | LIMA |
| | 00012206 | 20515468499 | DETECTA CENTRO ONCOLÓGICO S.A.C. | DETECTA | (01) 217-5100 / 9991-34140 | AV. ANGAMOS ESTE N° 2688 | SURQUILLO | LIMA | LIMA |

| CÓDIGO RIPRESS (HISTÓRICO) | CÓDIGO ÚNICO DE IPRESS | RUC | RAZÓN SOCIAL | NOMBRE COMERCIAL | TELÉFONOS | DIRECCIÓN | DISTRITO | PROVINCIA | DEPARTAMENTO |
|--|------------------------|-------------|--|---|---------------|--|------------------------|-----------|--------------|
| ATENCIÓN AMBULATORIA, HOSPITALARIA Y DE MATERNIDAD LIMA | | | | | | | | | |
| 000176C | 00012975 | 20263805021 | ESPECIALIDADES MÉDICAS UNIVERSAL S.A. | Clinica de Especialidades Médicas | (01) 225 9925 | Jr. Eduardo Ordóñez N° 468 | San Borja | Lima | Lima |
| 1406690 | 00017820 | 20549045848 | INTEGRAMEDICA PERU S.A.C. | INTEGRAMÉDICA MEGAPLAZA | (01) 634-1000 | AV. ALFREDO MENDIOLA N° 3698. C.C. MEGAPLAZA TIENDA A13 | INDEPENDENCIA | LIMA | LIMA |
| 1100029 | 00012666 | 20477983708 | INVERCONSULT S.A. | CLÍNICA PROVIDENCIA | (01) 660-6000 | Ca. Carlos Gonzáles N° 250 260 Urb. Maraña | San Miguel | Lima | Lima |
| 1408279 | 00019049 | 20501781291 | MEDIC SER SAC | Clinica Delgado | (01) 513 7900 | Av. Angamos Oeste N° 450-490 | Miraflores | Lima | Lima |
| 040766C | 00025749 | 20303766848 | MEDICINA AVANZADA S.A. | Clinica Medavan | (01) 261 1737 | Jr. Flora Tristán N° 206, Magdalena del Mar | Magdalena del Mar | Lima | Lima |
| | 00009602 | 20100339936 | MEDICINA EXTERNA S.A. MEDEX | MEDEX | (01) 319-1530 | AV. REPUBLICA DE PANAMA N° 3065 CC. BANCO CONTINENTAL | SAN ISIDRO | LIMA | LIMA |
| 1200498 | 00012944 | 20538891585 | MEDIKIDS S.A.C. | Medikids | (01) 275-0190 | Av. Caminos del Inca N° 1670 | Santiago de Surco | Lima | Lima |
| 980013C | 00010743 | 20428080671 | NUESTRA SEÑORA DEL SAGRADO CORAZÓN | Clinica Stella Maris | (01) 463 6666 | Av. Paso de Los Andes N° 923 | Pueblo Libre | Lima | Lima |
| 1302587 | 00011517 | 20100349061 | OMNIA MEDICA SAC | Control Vital | (01) 627 1000 | AVENIDA JAVIER PRADO NO. 2674 | San Borja | Lima | Lima |
| 980017C | 00009437 | 20101098681 | PROMOTORA ASISTENCIAL S.A.C CLINICA LIMA TAMBO | Clinica Limatambo Sede San Isidro | (01) 617-1111 | Av. Republica de Panama N° 3606 | San Isidro | Lima | Lima |
| 1304000 | 00009090 | 20101098681 | PROMOTORA ASISTENCIAL S.A.C CLINICA LIMA TAMBO | Clinica Limatambo sede San Juan de Lurigancho | (01) 415-1600 | AV. PROCERES DE LA INDEPENDENCIA 2701 - Y GANIMIDES 106 - 110 | San Juan de Lurigancho | Lima | Lima |
| 000193C | 00010084 | 20375069238 | RENAL SERVICE S.A.C. | Renal Service | (01) 4752427 | Av. Guardia Civil N° 337 (Dentro de Clínica San Borja) | San Borja | Lima | Lima |
| 19030 | 00019030 | 20563648202 | SERVICIOS DE SALUD FESALUD S.A.C. | Fesalud sede Los Olivos | (01) 6254600 | AVENIDA AV. ALFREDO MENDIOLA N° 7769 | Los Olivos | Lima | Lima |
| 20737 | 00020737 | 20563648202 | SERVICIOS DE SALUD FESALUD S.A.C. | Fesalud sede San Juan de Lurigancho | (01) 6254680 | AVENIDA AV. PROCERES DE LA INDEPENDENCIA 1734 | San Juan de Lurigancho | Lima | Lima |
| 1405542 | 00009153 | 20461665820 | SERVICIOS DE SALUD MONTEFIORI SAC | Clinica Montefiori | (01) 437 5151 | AV. SEPARADORA INDUSTRIAL N° 1818-1820 (ANTES 380-390) MZ. A1. LT 17-24, URB. CACTUS | La Molina | Lima | Lima |
| 050801C | 00008398 | 20507264108 | SISTEMAS DE ADMINISTRACION HOSPITALARIA S.A.C. | SANNA - CLÍNICA EL GOLF | (01) 635-5000 | Av. Aurelio Miroquesada 1030 | San Isidro | Lima | Lima |
| | 00024132 | 20507264108 | SISTEMAS DE ADMINISTRACION HOSPITALARIA S.A.C. | SANNA - CENTRO CLÍNICO CHACARILLA | (01) 635-5000 | Av. Primavera N° 336 Urb. Chacarilla Del Estanque | Santiago de Surco | Lima | Lima |
| 1405561 | 00017726 | 20507264109 | SISTEMAS DE ADMINISTRACION HOSPITALARIA S.A.C. | SANNA - CENTRO CLÍNICO LA MOLINA | (01) 635-5000 | Av. Raúl Ferrero Rebagliati Mz. C-2 Lote 01 Urb. El Remanso de la Molina I | La Molina | Lima | Lima |
| | 00026642 | 20507264108 | SISTEMAS DE ADMINISTRACION HOSPITALARIA S.A.C. | SANNA - CENTRO CLÍNICO MIRAFLORES | (01) 635-5000 | AV. ALFREDO BENAVIDES N° 1936 | MIRAFLORES | LIMA | LIMA |
| | 00023249 | 20330025213 | SUIZA LAB SAC | Suiza Lab sede La Molina | (01) 612 6666 | Av. La Encalada N° 1090 | Santiago de Surco | Lima | Lima |
| 000172C | 00008943 | 20330025213 | SUIZA LAB SAC | Suiza Lab sede Miraflores | (01) 612 6666 | Av. Angamos Oeste N° 300 | Miraflores | Lima | Lima |
| 980018C | 00009850 | 20100178401 | VESALIO S.A. | Clinica Vesalio | (01) 618 9999 | Cl. Joseph Thompson N° 140, Urb. Santo Tomás | San Borja | Lima | Lima |

| ATENCIÓN AMBULATORIA, HOSPITALARIA Y DE MATERNIDAD PROVINCIAS | | | | | | | | | |
|---|----------|-------------|---|--|-------------------------------|--|----------------|------------|-----------|
| 990018C | 00016552 | 20282804329 | CLINICA ROBLES S.A.C. | Clinica Robles | (043) 32-2453 | Jr. Manuel Villavicencio N° 512 | Chimbote | Santa | Ancash |
| 010300C | 00012671 | 20107463705 | CLINICA SAN PABLO S.A.C. | Clinica San Pablo sede Huaraz | (043) 421-698 | Jr. Huavías N° 172 | Independencia | Huaraz | Ancash |
| | 00012048 | 20107463705 | CLINICA SAN PABLO S.A.C. | Policlínico Yanacancha II | (01) 610-3333 | CAMPAMENTO MINERO YANACANCHIA | San Marcos | Huari | Ancash |
| 1407684 | 00015375 | 20445226590 | CLINICA SAN PEDRO S.A.C. | Clinica San Pedro | (043) 32-1930 | JR. MANUEL VILLAVICENCIO N° 481 | Chimbote | Santa | Ancash |
| 1200436 | 00013164 | 20531842279 | CLINICA SANTA MARIA DE CHIMBOTE S.A.C. | Clinica Santa María de Chimbote | (043) 32-5073 | Jr. Elias Aguirre N° 761 - Bolívar Bajo | Chimbote | Santa | Ancash |
| 1200427 | 10987 | 20531856229 | INSTITUTO MEDICO ESPECIALIZADO UROGINEC E.I.R.L. | Uroginec | (043) 325457 | Jr. Saenz Peña N° 173 | Chimbote | Santa | Ancash |
| 1405169 | 00015093 | 20491050706 | POLICLINICO MEDIC SALUD S.R.L. | Policlínico Medic Salud Challhuahuacho | 9653-96807 | Av. Cristo de los Andes S/N | Challhuahuacho | Cotabambas | Apurímac |
| 1406828 | 00017900 | 20558561506 | AB&SI S.A.C | Clinicentro Absi | 959373770 | Av. Ejército 101, Local 103-104 | Yanahuara | Arequipa | Arequipa |
| | 00024733 | 20456195912 | CENTRO MEDICO DIVINO NIÑO MOLLENDO S.A.C. | Centro Médico Divino Niño | (054) 293729 | Prolongación Mariscal Castilla Mz D Lote 1 | Mollendo | Islay | Arequipa |
| 1302981 | 00014765 | 20163652201 | CENTRO MEDICO MONTE CARMELO S.C.R.L. | Centro Médico Monte Carmelo | (054) 23-1444 | Ca. Francisco Gómez de la Torre N° 119 Urb. Victoria Cercado | Arequipa | Arequipa | Arequipa |
| 000250C | 00013722 | 20100207941 | CLINICA AREQUIPA S.A | Clinica Arequipa | (054) 59-9000 | Esq. Puente Grau Y Av. Bolognesi S/N | Arequipa | Arequipa | Arequipa |
| 990141C | 00015730 | 20162580672 | CLINICA SAN JUAN DE DIOS DE AREQUIPA | Clinica San Juan de Dios de Arequipa | (054) 38-2400 | Av. Ejercito N° 1020 | Cayma | Arequipa | Arequipa |
| 1303455 | 00016744 | 20454135432 | CLINICA VALLESUR S.A | Clinica Vallesur | (054) 28-1019 | Av. La Salle N°116 y N° 108 Cercado | Arequipa | Arequipa | Arequipa |
| | 00009249 | 20369796314 | GARCIA BRAGAGNINI S.R.L. | Policlínico García Bragagnini | (054) 27-2614 | Av. Trinidad Moran J-2, Urb. León XIII | Cayma | Arequipa | Arequipa |
| | 00021551 | 20154489895 | MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE AREQUIPA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD MUNICIPAL (HOSPITAL GERIATRICO MUNICIPAL) | (054) 205804 | AV. PUMACAHUA S/N | Cerro Colorado | Arequipa | Arequipa |
| | 16441 | 20559318958 | POLICLINICO EL PACIFICO CAMANÁ S.R.L. | Policlínico El Pacifico Camaná | (054) 572-950 | Jr. Moquegua N° 232 | Camaná | Camaná | Arequipa |
| | 14756 | 20456210229 | S.O. TU SALUD S.A.C. | Centro Médico Tusalud | (054) 274635 | URBANIZACION VALENCIA H6 | Yanahuara | Arequipa | Arequipa |
| 1405528 | 00012907 | 20507264108 | SISTEMAS DE ADMINISTRACION HOSPITALARIA S.A.C. | SANNA Clínica del Sur (Centro Médico Galeno) | (054) 60-5900 | Av. Bolognesi 134 | Yanahuara | Arequipa | Arequipa |
| 030606C | 00008154 | 20323231118 | EMPRESA PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD EL NAZARENO S.R.L. | Clinica El Nazareno | (066) 31-4517 | Jr. Quínuá N° 428 | Ayacucho | Huamanga | Ayacucho |
| 990037C | 00009591 | 20113711834 | CLINICA LIMATAMBO CAJAMARCA SAC | Clinica Limatambo Cajamarca | (076) 36-4241 | Jr. Puno N° 265 | Cajamarca | Cajamarca | Cajamarca |
| 000296C | 00009234 | 20453503047 | SERVICIOS DE SALUD LOS FRESNOS SAC | Clinica Los Fresnos | (076) 36-4046 | Jr. Los Nogales N° 179, Urb. El Ingenio | Cajamarca | Cajamarca | Cajamarca |
| | 19315 | 20529581565 | SERVICIOS MEDICOS LA PROVIDENCIA SRL | Clinica Santa Ana | (076) 506-393 | Jr. Ayacucho N° 936 | Cajamarca | Cajamarca | Cajamarca |
| 1200392 | 00009262 | 20507264108 | SISTEMA DE ADMINISTRACION HOSPITALARIA S.A.C | SANNA Centro Clínico Cajamarca | (076) 36-8473 | Jr. Los Cedros 214 – Urbanización El Ingenio | Cajamarca | Cajamarca | Cajamarca |
| 990169C | 00010014 | 20443095137 | CLINICA DR. VICTOR PAREDES E.I.R.L | Dr. Víctor Paredes | (084) 22-5265 | CALLE LECHUGAL N°405 | Cusco | Cusco | Cusco |
| 1408659 | 00011338 | 20114868192 | CLINICA PARDO EIRL | Clinica Pardo | (084) 24-0387 | Av. de la Cultura 710 | Wanchaq | Cusco | Cusco |
| 1408631 | 00011339 | 20450531058 | CLINICA SAN JOSE S.A.C. | Clinica San José | (084) 24-3367 | Av. Los Incas N° 1408 | Wanchaq | Cusco | Cusco |
| | 00026110 | 20600307178 | GRUPO L&B SERVICIOS MEDICOS E.I.R.L | CENTRO PEDIATRICO NEUMOLÓGICO TONITO | (062) 518-085 | JR. SAN CRISTOBAL N°408. PISO 1. | HUÁNUCO | HUÁNUCO | HUÁNUCO |
| 091039C | 00011592 | 20228715523 | CLINICA HUÁNUCO E.I.R.LTDA. | Clinica Huánuco | (062) 514-026 | Jr Constitución N° 980 | Huanuco | Huánuco | Huánuco |
| 1301399 | 00010559 | 20310529126 | CLINICA DANIEL A. CARRION S.A.C. | Clinica Daniel A. Carrión | (056) 26-2667 / (056) 26-1144 | Av. San Idelfonso N° 226- Jr. Lima N°566 | Chincha Alta | Chincha | Ica |
| | 00017493 | 20534952067 | CLINICA GAXAY E.I.R.L. | CLINICA GAXAY | (056) 267-606 | AV. AMÉRICA MZ. B LT. 03 | CHINCHA ALTA | CHINCHA | ICA |
| 1200400 | 00013386 | 20534214317 | CLINICA LAS CONDES S.A.C. | Clinica Las Condes | (056) 21-4149 | Av. Conde de Nieva 1073 Urb Luren | Ica | Ica | Ica |
| 1304356 | 00012765 | 20495176615 | CLINICA MEDICA QUIRURGICA SAN VICENTE SAC | Clinica San Vicente | (056) 22-7263 | Av. Los Maestros N° 422 Urb. San Jose | Ica | Ica | Ica |
| 101130C | 00009660 | 20494306043 | CLINICA SEÑOR DE LUREN DE ICA S.A.C. | Clinica Señor de Luren | (056) 21-1989 | Av. San Martín N° 536 | Ica | Ica | Ica |
| 1304317 | 00009651 | 20494276462 | ECOLAB PERU SAC | Clinica Las Américas | (067) 53-2679 | Av. Las Americas N° 901, Urb. Los Bancarios D-32, | Pisco | Pisco | Ica |

| ATENCIÓN AMBULATORIA, HOSPITALARIA Y DE MATERNIDAD PROVINCIAS | | | | | | | | | |
|---|----------|-------------|---|--|-------------------------------|---|----------------------|------------------|-------------|
| 1304565 | 00009648 | 20534588152 | INVERSIONES DI FLORIO S.A.C. | Clinica Tataje | (056) 21-8471 | Av. Conde de Nieva 360 Urb Luren | Ica | Ica | Ica |
| 1302569 | 00008024 | 20485947273 | CLINICA CAYETANO HEREDIA S.R.L. | Clinica Cayetano Heredia | (064) 24-7087 | Av. Huancavelica N° 745 | El Tambo | Huancayo | Junin |
| 1406829 | 00008858 | 20130297685 | CLINICA ORTEGA S.R.L. | Clinica Ortega | (064) 23-2921 | Av. Daniel Alcides Carrion N° 1124 | Huancayo | Huancayo | Junin |
| 1406850 | 00018404 | 20544206410 | CLINICA LA MERCED S.A.C. | Clinica San Pablo Trujillo | (044)485244 | Av. Husares de Junin 690-Urb La Merced | Trujillo | Trujillo | La Libertad |
| 990165C | 00013395 | 20274301636 | CLINICA MATERNO INFANTIL DEL NORTE S.A. | Clinica Materno Infantil del Norte | (044) 20-2850 | Av. Manuel Vera Enriquez N° 777 Urb. Primavera | Trujillo | Trujillo | La Libertad |
| 990082C | 00013373 | 20131914416 | CLINICA PERUANO AMERICANA S.A. | Clinica Peruano Americana | (044) 24-2493 | AV. MANSICHE N° 810 URB. SANTA INES | Trujillo | Trujillo | La Libertad |
| 080966c | 00012301 | 20481701709 | CLINICA SAN ANTONIO SAC | Clinica San Antonio | (044) 20-2597 | AV VICTOR LARCO N 620-630 URB SAN ANDRES | Trujillo | Trujillo | La Libertad |
| 010448C | 00010581 | 20136096592 | CLINICA SANCHEZ FERRER S.A. | SANNA - Clinica Sanchez Ferrer | (044) 74-9100 | Los Laureles N°436, Urb. California | Victor Larco Herrera | Trujillo | La Libertad |
| 1304375 | 00016830 | 20546292658 | GSP TRUJILLO S.A.C. | Clinica Camino Real Auna | 980710994 | JR Bolognesi 565 - Centro Histórico | Trujillo | Trujillo | La Libertad |
| 1407759 | 8730 | 20480657323 | BM CLINICA MENDOZA S.A.C. | BM CLÍNICA MENDOZA | (074) 226-136 | AV. SESQUICENTENARIO N° 416 URB. SANTA VICTORIA | CHICLAYO | CHICLAYO | LAMBAYEQUE |
| 990089C | 00008750 | 20103269319 | CLINICA DEL PACIFICO S.A. | Clinica del Pacifico | (074) 209039 | Av. José Leonardo Ortiz N° 420 | Chiclayo | Chiclayo | Lambayeque |
| | 14162 | 20394723259 | HOSPITAL METROPOLITANO S.A. | Hospital Privado Metropolitano sede La Conquista | (074) 257777 | CALLE CONQUISTA 420, URB. LATINA | José Leonardo Ortiz | Chiclayo | Lambayeque |
| 1405807 | 00008151 | 20394723259 | HOSPITAL METROPOLITANO S.A. | Hospital Privado Metropolitano sede Manuel Izaga | (074) 272828 | Calle Manuel Maria Izaga N° 154 | Chiclayo | Chiclayo | Lambayeque |
| 000292C | 00008229 | 20394674371 | SERVIMEDICOS S.A.C. | Servimédicos Auna | (074) 221585 | Calle Manuel María Izaga N° 621 | Chiclayo | Chiclayo | Lambayeque |
| 990033C | 00010883 | 20230608688 | INVERSIONES MEDICAS GALENO S.A.C. | Clinica San Pedro | (01) 2324841 | Av. Echenique N° 641 | Huacho | Huaura | Lima |
| 990029C | 00012854 | 20227729709 | ASOCIACION PASTORAL DE SERVICIOS MEDICOS ASISTENCIALES CLINICA ADVENTISTA ANA STAHL | Clinica Adventista Ana Stahl | (065) 252535 | Av. La Marina N° 285 | Iquitos | Maynas | Loreto |
| | 00024686 | 20602167519 | CLINICA DEL SUR S.A.C. | CLINICA DEL SUR | (053) 636-666 / (053) 636-777 | CA. LAS GARDENIAS MZ. A LT. 1 | MOQUEGUA | MARISCAL NIETO | MOQUEGUA |
| 091072C | 00017230 | 20449320086 | POLICLINICO SANTA CATALINA S.A.C. | Policlínico Santa Catalina | (053) 461015 | Av. Simon Bolivar D-27 Urb. Santa Catalina | Moquegua | Mariscal Nieto | Moquegua |
| 050792C | 00012449 | 20489301823 | MAGOL SRL | Clinica Gonzales | (063) 421515 | Av. Daniel A Carrion N° 099, Urb. San Juan Pampa | Yanacancha | Pasco | Pasco |
| 990014C | 00011396 | 20316068708 | ADMINISTRADORA CLINICA TRESA S.A | Clinica Tresa | (073) 382213 | AV A N 108 B | Pariñas | Talara | Piura |
| 1100018 | 00012261 | 20526375468 | CLINICA J&C INMACULADA CONCEPCION S.A.C. | Clinica Inmaculada | (073) 504898 | Av. José de Lama N° 1011 - Urb. Santa Rosa | Sullana | Sullana | Piura |
| 1304686 | 00013494 | 20102756364 | CLINICA MIRAFLORES S.A. | Clinica Miraflores Auna | (073) 343037 | Ca. Las Dalías Mz A Lt 12 - Urb. Miraflores | Castilla | Piura | Piura |
| 1200314 | 00012262 | 20526109237 | CLINICA SANTA ROSA SULLANA SAC | Clinica Santa Rosa Sullana | (073) 505870 | Av. Panamericana , 332 - Urb. Santa Rosa | Sullana | Sullana | Piura |
| 000217C | 00011498 | 20440936424 | CLINICA TORRES S.A | Clinica Torres | (073) 381967 | AV A N 98 2do Piso | Pariñas | Talara | Piura |
| 990072C | 00010777 | 20102982020 | CLINICA VIRGEN DEL PILAR | Clinica Virgen del Pilar | (073) 502278 | Ca. Bolívar N° 285 | Sullana | Sullana | Piura |
| | 25208 | 20483432951 | GRUPO CARITA FELIZ SOCIEDAD ANONIMA - GRUPO CARITA FELIZ S.A | GRUPO CARITA FELIZ | (073) 324-662 | CA. HUANCVELICA N° 1039. URB. 4 DE ENERO. | PIURA | PIURA | PIURA |
| 091078C | 00010723 | 20525758428 | HOSPITAL PRIVADO DEL PERU S.A.C. | Hospital Privado del Perú | (073) 285570 | Fundo Puyuntala Km 5 carretera Piura - catacaos caserío simbila | Catacaos | Piura | Piura |
| 1304203 | 00010699 | 20526109661 | SANTA BEATRIZ SERVICIOS MEDICOS S.A.C | Centro Médico Santa Beatriz | (073) 382418 | Av. Grau (A) N°100 | Pariñas | Talara | Piura |
| 1407144 | 00018310 | 20507264108 | SISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA S.A.C | SANNA Clínica Belén | (073) 285960 | Calle San Cristobal N° 267 Urb. El Chipe | Piura | Piura | Piura |
| 1200232 | 13490 | 20507264108 | SISTEMAS DE ADMINISTRACION HOSPITALARIA S.A.C. | SANNA Centro Clínico Talara | 943613655 | AVENIDA AV. FRANCISCO BOLOGNESI 167 URB. BARRIO PARTICULAR | Pariñas | Talara | Piura |
| 1406062 | 16511 | 20507264108 | SISTEMAS DE ADMINISTRACION HOSPITALARIA SAC | SANNA Centro Clínico Talara I | 943613655 | AV. EL EJERCITO 121 - URB. BARRIO PARTICULAR | Pariñas | Talara | Piura |
| 990091C | 00010815 | 20321856145 | ASOCIACION PASTORAL DE SERVICIOS MEDICOS ASISTENCIALES DE LA I.A.S.D. | Clinica Americana de Juliaca | (051) 321369 | JR. LORETO N° 315/ URB LA RINCONADA | Juliaca | San Roman | Puno |
| 1301203 | 00009770 | 20447676606 | CORPORACION ROCA PERU S.R.L. | Clinica Tourist's Health | (051) 365909 | Jr. Moquegua 191 | Puno | Puno | Puno |
| 990030C | 00008269 | 20104124802 | SERVICIOS MEDICOS LIONEL FLORES E HIJOS SAC - CLÍNICA SAN MARTIN | Clinica San Martín | (042) 523680 | Jr. San Martín N° 274 | Tarapoto | San Martín | San Martín |
| | 27462 | 20601756901 | CLINICA LA LUZ TACNA S.A.C. | CLÍNICA LA LUZ | (052) 638-720 / 9892-10393 | AV. MANUEL A. ODRÍA N° 702 | TACNA | TACNA | TACNA |
| 1304516 | 00015875 | 20226013696 | PROTECCION MEDICA S.A.C | Clinica Promedic | (052) 242414 | Calle Blondell N° 425 | Tacna | Tacna | Tacna |
| 060858C | 00011466 | 20519907144 | SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD SANTA ANA S.A.C. | Clinica Isabel | (052) 242401 | C. Arica N° 151 | Tacna | Tacna | Tacna |
| 070909C | 00007795 | 20525350429 | JHON RIVERA CONTRERAS | Sermeditum (Clínica de la Familia) | (072) 521251 | Av. Tumbes Norte 1079, Salamanca | Tumbes | Tumbes | Tumbes |
| 070905C | 00008841 | 20393276194 | CLINICA AMAZONICA E.I.R.L. | Clinica Amazónica | (061) 578432 | AV.SAENZ PEÑA N°421 | Calleria | Coronel Portillo | Ucayali |
| 010487C | 00012118 | 20128890891 | CLINICA MONTE HOREB S.A. | Clinica Monte Horeb | (061) 571689 | Jr. Inmaculada N° 529 | Calleria | Coronel Portillo | Ucayali |

| ATENCION OFTALMOLOGICA (LIMA Y PROVINCIAS) | | | | | | | | | |
|--|----------|-------------|---|--|---|---|-------------------|-----------|-------------|
| | 15693 | 20454814178 | OFTALMOSALUD AREQUIPA SAC | Oftalmosalud Arequipa | (054) 287373 | AV. MARISCAL BENAVIDES 307 URB. SELVA ALEGRE | Alto Selva Alegre | Arequipa | Arequipa |
| | 00025658 | 20603379064 | BM CORPORACION OFTALMOLOGICA E.I.R.L. | BM CLÍNICA DE OJOS | (076) 287-479 | AV. MARTIRES DE UCHURACAY N° 2694 PISO 2 URB. LOS EUCALIPTOS | CAJAMARCA | CAJAMARCA | CAJAMARCA |
| 050793C | 00008044 | 20440460837 | OFTALMOVISION E.I.R.L. | Oftalmovision | (044) 25-0922 | Av. América Norte N° 2120 Urb. Primavera | Trujillo | Trujillo | La Libertad |
| 030612C | 00009495 | 20256347301 | ARBRAYSS LASER SRL | Arbrayss Laser | (01) 437-1447 | Calle Francisco de Cuellar 253, Urb. Las Flores | Lima | Lima | Lima |
| 1302819 | 00015927 | 20511096279 | CLINICA DE OJOS D'OPELUCE S.A.C | Clinica de Ojos Opeluce | (01) 206-4700 | Av. Arequipa 1885 | Lince | Lima | Lima |
| | 00023852 | 20205557181 | INSTITUTO OFTALMOSALUD S.A.C. | Oftalmosalud sede Los Olivos | (01) 990918454 | AVENIDA CARLOS ALBERTO IZAGUIRRE 1250 | Los Olivos | Lima | Lima |
| 980006C | 00009505 | 20205557181 | INSTITUTO OFTALMOSALUD S.A.C. | Oftalmosalud sede San Isidro | (01) 990918454 | Javier Prado Este N°1142 | San Isidro | Lima | Lima |
| 1301099 | 13900 | 20205557181 | INSTITUTO OFTALMOSALUD S.A.C. | Oftalmosalud sede Surco | (01) 3552222 | JIRON EL POLO N° 670, OFIC. A-401, A-402, A-403, Av. Guardia Civil 554. Urb. Corpac | Santiago de Surco | Lima | Lima |
| 050809C | 00010739 | 20508167459 | INSTITUTOS OFTALMOLOGICOS ESPECIALIZADOS DR. CARLOS | Instituto Oftalmológico Wong | (01) 226-4452 / (01) 993502568 | | San Isidro | Lima | Lima |
| 080967C | 00011741 | 20509262579 | NORVISION SAC | Norvision | (01) 333 1920 | Av. Paso de los Andes 850 | Pueblo libre | Lima | Lima |
| 101107C | 00009483 | 20523075463 | OCLULASER CENTRO DE MICROCIURUGIA Y LASER S.A.C. - | Oculaser | (01) 265 4833 | Av Arenales N° 1181 Urb. Santa Beatriz | Lima | Lima | Lima |
| 1304232 | 00015461 | 20543755908 | OFTALMEDICA SUR S.A.C. | VISTASALUD | (01) 434-1985 / (01) 678-9484 / (01) 436-2121 | AV. LA ENCALADA N° 923 URB. CENTRO | SANTIAGO DE SURCO | LIMA | LIMA |
| | 00018626 | 20162053206 | OFTALMICA S.A.C. | Oftalmica | (01) 277 9320 | AVENIDA SAN BORJA NORTE 794 | San Borja | Lima | Lima |
| 1301507 | 00015182 | 20349635845 | OPTIMA VISION S.R.L | Optima Vision | (01) 445-1715 | AV. ANGAMOS OESTE N° 884 | Miraflores | Lima | Lima |
| 990009C | 00008388 | 20136596561 | TG LASER OFTALMICA S.A. | TG Láser Oftálmica | (01) 410-6565 | Av. Dos de Mayo N° 666 | San Isidro | Lima | Lima |
| | 00025632 | 20603379064 | BM CORPORACION OFTALMOLOGICA E.I.R.L. | BM CLÍNICA DE OJOS | (073) 594-216 | AV. INDEPENDENCIA N° 216 PISO 2 INTERIOR 3 URB. MIRAFLORES | CASTILLA | PIURA | PIURA |
| CENTROS ONCOLÓGICOS | | | | | | | | | |
| 040741C | 00008917 | 20507775889 | ONCOCARE S.A.C. | Aliada | (01) 224 4088 | Av. José Galvez Barrenechea 1044 - Urb. Corpac | San Isidro | Lima | Lima |
| 091056C | 00013034 | 20503444012 | SERVICIOS MEDICOS GALDOS S.A.C. | Centro de Oncología de la Mujer | (01) 372-0855 - (01) 372-7407 | CALLE MONTE GRANDE N°109 OFICINAS 205-304 | Santiago de Surco | Lima | Lima |
| 1303235 | 00016297 | 20381170412 | ONCOCENTER PERU S.A.C. | Oncosalud sede Benavides | (01) 513 7900 | Av. Benavides N° 2525 | Miraflores | Lima | Lima |
| | 00018686 | 20381170412 | ONCOCENTER PERU S.A.C. | Oncosalud sede La Encalada | (01) 5137906 | AVENIDA LA ENCALADA 938 | Santiago de Surco | Lima | Lima |
| 1304447 | 00016786 | 20381170412 | ONCOCENTER PERU SAC | Oncosalud sede San Borja | (01) 513 7900 | AV. GUARDIA CIVIL | San Borja | Lima | Lima |
| 1406470 | 00017634 | 20381170412 | ONCOCENTER PERU SAC | Oncosalud sede San Borja | (01) 513 7900 | AV. GUARDIA CIVIL N°227-229, URB. CORPAC | San Borja | Lima | Lima |
| 000174C | 00009845 | 20381170412 | ONCOCENTER PERU S.A.C. | Radiooncología | (01) 422 5520 | Av. Paseo de la República N° 3650 - 3658 | San Isidro | Lima | Lima |
| CENTROS DE IMÁGENES Y LABORATORIOS | | | | | | | | | |
| 1406773 | 00016047 | 20445586022 | MASTER IMAGEN S.R.L. | Tomografías del Norte | 043-326986 | Av. José Galvez N° 1480 P.J. El Progreso | Chimbote | Santa | Ancash |
| | 00023103 | 20434870781 | CENTRO DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SUR S.A.C. | CADYT SUR | (054) 665-855 | CA. MISTI N° 604, INTERIOR 1 | YANAHUARA | AREQUIPA | AREQUIPA |
| 1304542 | 00016946 | 20498682601 | RESONANCIA MAGNETICA DEL SUR SA | Remasur | (054) 25-5792 / (054) 27-0652 | Cl. Leon Velarde N° 108 | Yanahuara | Arequipa | Arequipa |
| 1304520 | 00012003 | 20370957704 | SEDIMED S.R.L. | Sedimed | (054)- 200070 | Calle Plaza Juan Manuel Polar N° 103 Urb Vallecito | Arequipa | Arequipa | Arequipa |
| 1406679 | 00015506 | 20527248052 | CENTRO DE DIAGNOSTICO MEDICO DETECTA S.C.R.L | Diagnóstico Médico Detecta | (084)-233278 | AV DE LA CULTURA NRO 1420 | Wanchaq | Cusco | Cusco |
| | 00013652 | 20498682601 | RESONANCIA MAGNETICA DEL SUR S.A.C. | REMASUR | (084) 234-711 | AV. LOS INCAS N° 1408 | WANCHAQ | CUSCO | CUSCO |
| 1406778 | 00016734 | 20526112963 | DISCOVERY DIAGNOSTICO EIRL | Resonorte | (044) 23- 4444 | Av. Jesus de Nazareth N° 650 San Nicolas | Trujillo | Trujillo | La Libertad |
| 040748C | 00016976 | 20507781773 | TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA S.A.C | TOMONORTE | (044) 2071111 | CA. COLOMBIA N° 109 URB. EL RECREO | TRUJILLO | TRUJILLO | LA LIBERTAD |
| | 00008373 | 20301806664 | DPI DEL PERU S.A. | DPI | (01) 202-3333 | Av. Dos de Mayo 602 | San Isidro | Lima | Lima |
| 080963C | 00010214 | 20536058690 | MEDIAPERU S.A. | Resomasa sede Emilio Cavenecia | (01) 421-5370 | AV. EMILIO CAVENECIA N° 265 | San Isidro | Lima | Lima |
| 980019C | 00009183 | 20536058690 | MEDIAPERU S.A. | Resomasa sede Javier Prado | (01) 212-2034 | Av. Javier Prado Este 1178 | San Isidro | Lima | Lima |
| 1301475 | 00009617 | 20520615394 | PET CT PERU SA | Petscan | (01) 652-3815 / (01) 652-3816 | Av. Petit Thouars 4340 | Miraflores | Lima | Lima |
| 990012C | 00008890 | 20297451023 | RESONANCIA MÉDICA S.R. LTDA. | Resocentro sede Petit Thouars | (01) 221-1630 | Av. Petit Thouars 4427 | Miraflores | Lima | Lima |
| | 00011956 | 20538866041 | SCAN MEDIC SOCIEDAD ANONIMA CERRADA- SC MEDIC S.A.C. | Resonancia Magnética Abierta SCI Medic | (01) 355-2265 | Jr. Via Lactea N° 454 Urb. Haras Tyber | Santiago de Surco | Lima | Lima |
| 030653C | 00009784 | 20504080197 | SERVICIOS MÉDICOS DE DIAGNÓSTICO S.A. | Cimedic sede Av. Arequipa | (01) 442-2222 | Av Arequipa N° 3362 | San Isidro | Lima | Lima |
| 1304234 | 00015986 | 20504080197 | SERVICIOS MÉDICOS DE DIAGNÓSTICO S.A. | Cimedic sede Petit Thouars | (01) 442-2222 | AV. PETIT THOUARS N° 3969 | San Isidro | Lima | Lima |
| 990062C | 00008209 | 20304706211 | SYNLAB PERU S.A.C | Medlab sede Miraflores | (01) 203-5900 | Av. Andrés Santa Cruz 361 - | Miraflores | Lima | Lima |
| 000225C | 00017794 | 20304706211 | SYNLAB PERU S.A.C | Medlab sede Surco | (01) 372-0121 | Cl Montegrande N° 103 Esq. Av. Primavera 304 | Santiago de Surco | Lima | Lima |
| 1303213 | 00016066 | 20297451023 | RESONANCIA MEDICA S.R.L. | Resocentro sede Piura | (073) 324336 | Av. San Ramón N° 549/553 Urb. El Chipe | Piura | Piura | Piura |
| | 00021023 | 20498682601 | RESONANCIA MAGNETICA DEL SUR S.A.C | REMASUR | (052) 638-500 | PROL. DANIEL ALCIDES CARRIÓN N° 360 | TACNA | TACNA | TACNA |
| CURSO PSICOPROFILACTICO DE PREPARACION PARA EL PARTO | | | | | | | | | |
| | 00024136 | 20602047424 | CONSULTORIA Y ASESORIA PRENATAL S.A.C. | Prenatal sede Arequipa | (54)574406 | CALLE MELGAR NUMERO 111 PISO 1 LOTE 2 URBANIZACION EL | Cayma | Arequipa | Arequipa |
| 101095C | 8936 | 20492387623 | ESCUELA PARA EMBARAZADAS E.I.R.L. | Escuela para embarazadas sede Lince | (01) 265 7335 | AV AREQUIPA 2080 3ER PISO OFICINAS 307 Y 308 | Lince | Lima | Lima |
| 1302357 | 15953 | 20492387623 | ESCUELA PARA EMBARAZADAS E.I.R.L. | Escuela para embarazadas sede Miraflores | (01) 997332065 | Av. José Pardo 541 Oficina 110 | Miraflores | Lima | Lima |
| | 00024708 | 20427170021 | SERVICIOS PRENATAL S.A.C. | PRENATAL SEDE MIRAFLORES | (01) 241-5771 | CALLE CHICLAYO N° 770, 1ER PISO | MIRAFLORES | LIMA | LIMA |
| | 00025252 | 20427170021 | SERVICIOS PRENATAL S.A.C. | PRENATAL SEDE SURCO | (01) 241-5771 | CALLE LOS TULIPANES N° 150, 2DO PISO | SURCO | LIMA | LIMA |
| 1304661 | 00016655 | 20519031290 | WAITING FOR YOUR BABY SAC | Waiting For Your Baby | (01) 225 6940 | CALLE BEETHOVEN 622-626 URB SAN BORJA SUR | San borja | Lima | Lima |

| CENTROS DE TERAPIA FISICA Y REHABILITACION | | | | | | | | | |
|--|----------|-------------|---|---|---------------------------------|--|-------------------|----------|-------------|
| 1304400 | 00016129 | 20539513681 | SAINT LUCIE MEDICAL CENTER S.A.C. | SAINT LUCIE MEDICAL CENTER S.A.C | (054) 23-3642 | Cile Sanchez Trujillo 103- Urb. La Perla | Arequipa | Arequipa | Arequipa |
| 1302141 | 00015479 | 20544106971 | CLINICA PRIMAVERA S.A.C. | Clinica Chacarilla | (01) 610-7777 / (01) 610 - 3333 | Av. Primavera 999 - Urb. Chacarilla | San Borja | Lima | Lima |
| | 00027333 | 20603325291 | FAST RECOVER S.A.C. | FISIO SALUD | (01) 9873-27809 | AV. JOSÉ GALVEZ BARRENECHEA N° 148 | SAN ISIDRO | LIMA | LIMA |
| | 00025744 | 20602504540 | G&M FISIOTERAPIA Y REHABILITACION S.A.C. | ALIVIAR | (01) 455-3013 | AV. PRIMAVERA N° 517. URBANIZACION CHACARILLA DEL ESTANQUE SEML SÓTANO | SANTIAGO DE SURCO | LIMA | LIMA |
| 010305C | 00009783 | 20431738806 | ORGANIZACION DE SALUD INTERCONTINENTAL S.A. | Policlínico OSI | (01) 446 3693 | Cl. Gonzáles Prada 385 | Miraflores | Lima | Lima |
| | 23573 | 20507046291 | REHMED HOME E.I.R.L. | Rehmed Home | (01) 990897431 | CALLE CABO NICOLAS GUTARRA 599 | Pueblo libre | Lima | Lima |
| ATENCION ODONTOLOGICA (LIMA Y PROVINCIAS) | | | | | | | | | |
| 1301330 | 00012747 | 20402988941 | CLINICA DENTAL BOLOGNESI E.I.R.L. | Clinica Dental Bolognesi (Dental Breeze) | (043) 327335 | V. FRANCISCO BOLOGNESI N° 175 | Chimbote | Santa | Ancash |
| 1405459 | 00012157 | 20454876955 | AMDBENT S.R.L. | Centro Odontológico Amdent | (054) 27-2104 | CALLE URUBAMBA N° 205, DEPARTAMENTO N° 1 | Yanahuara | Arequipa | Arequipa |
| 1406585 | 00017625 | 20455179859 | CENTRO ODONTOLOGICO HARTLEY MURILLO E.I.R.L. | Centro Odontológico Hartley Murillo | (054) 25-4519 | Mz H Lote 1 Urb. Valencia | Yanahuara | Arequipa | Arequipa |
| | 00008961 | 20454293003 | CENTRO ODONTOLOGICO QUIROZ S.R.L. | Clidentika | (054) 281-720 | Pj. Santa Rosa N° 101 | Arequipa | Arequipa | Arequipa |
| 1406027 | 00017174 | 10294763681 | ELVIS JULIO ALPACA CHAVEZ | Consultorio Dental Elvis Alpaca | (054) 25-2337 | Cile. Puente Grau 505 ofc 408 | Arequipa | Arequipa | Arequipa |
| 990167C | 00009506 | 20412084145 | Future Dent S.R.L. | Future Dent | (054) 271-970 | CALLE LAS ORQUIDEAS NRO. 107 | Cayma | Arequipa | AREQUIPA |
| 1301430 | 00008144 | 20486238322 | CLINICA DENTAL IMAGEN S.A.C | Clinica Dental Imagen | (064) 24 - 9898 | calle real 716 2do piso | El tambo | Huancayo | Junín |
| 1301292 | 00008092 | 20481403783 | Centro Odontologico Revoredo E.I.R.L. | Centro Odontologico Revoredo | (044) 231-716 | CALLE HEREDIA NRO. 395 URB. SAN ANDRES | Trujillo | Trujillo | La Libertad |
| 1100024 | 00012297 | 20482008853 | ORAL MED SERVICIOS Y REPRESENTACIONES GENERALES E.I.R.L. | Oral Med | (044) 28-5505 | MZ. J - LT. 29 - URB. SAN ANDRÉS 5ª ETAPA | Trujillo | Trujillo | La Libertad |
| 020541c | 00007770 | 10178918244 | SEGUNDO ROBERTO BECERRIL RODRIGUEZ | Clinica Dental Becerril | (044) 25 - 5562 | Calle Los Rubies N° 103 - Of. 301 - Urb. Santa Inés - Trujillo | Trujillo | Trujillo | La Libertad |
| 060855C | 00010028 | 20509327883 | BELLE DENT S.R.L. | Belle Dent | (01) 222-7073 | Av. Paseo de La República 3691. Of. 802 | San Isidro | Lima | Lima |
| 101099C | 00009404 | 20505313501 | CENTROS DE ODONTOLOGIA INTEGRAL SONREIR SAC | Sonreir | (01) 447-9888 | Av. 28 de Julio 553 | Miraflores | Lima | Lima |
| 000249C | 00013237 | 20470202042 | CLINICA DENTAL LAS PALMERAS SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - CLIDENPAL S.A.C. | Dental Las Palmeras | (01) 222-7769 | AV JAVIER PRADO OESTE 1465 2DO PISO (CONS DENTAL) Y 3ER PISO | San Isidro | Lima | Lima |
| | 00009562 | 20223140506 | CLINICA ODONTOLOGICA CANO ALVAREZ E.I.R.L. | CENTRO ODONTOLOGICO CANO ALVAREZ SEDE LIMA | (01) 445-2656 | AV. REDUCTO N° 900 | MIRAFLORES | LIMA | LIMA |
| 1304890 | 00017183 | 20474012086 | CROE S.R.LTDA. | CENTRO DE REHABILITACION ORAL Y ESTETICA S.R.LTDA. (CROE S.R.LTDA.) | (01)37-20609 | Av. Del Pinar 134 Of. 404 Chacarilla del estanque. | Santiago de Surco | Lima | Lima |
| 010411C | 00016846 | 20474012086 | CROE SRL | CROE S.R.LTDA. (CROE MIRAFLORES) | (01) 717-6990 | Av. Alfredo Benavides 1579 Int 304 | Miraflores | Lima | Lima |
| 000228C | 00012169 | 20214333903 | CLINICA DENTAL URRUNAGA E I R LTDA | Clinica Dental Urrunaga | (01) 652-35016 | FITZCARRALD N° 201 | Iquitos | Maynas | Loreto |
| | 00011811 | 20223140506 | CLINICA ODONTOLOGICA CANO ALVAREZ E.I.R.L. | CENTRO ODONTOLOGICO CANO ALVAREZ SEDE TALARA | (073) 382-660 | JR. ARICA N° 116 | PARIÑAS | TALARA | PIURA |
| ATENCION ODONTOLOGICA - CERDENT | | | | | | | | | |
| 1408843 | 00018721 | 20296554996 | CENTRO DE REHABILITACION DENTAL ESPECIALIZADA S.A.C. | Cerdent sede Cayma | 054-259934 | URBANIZACION SEÑORIAL A-8 | Cayma | Arequipa | Arequipa |
| | 00014896 | 20296554996 | CENTRO DE REHABILITACION DENTAL ESPECIALIZADA S.A.C. | Cerdent sede Arequipa | 054-204016 | CALLE SAN JOSE 214A, INT C | Arequipa | Arequipa | Arequipa |
| | 00024745 | 20296554996 | CENTRO DE REHABILITACION DENTAL ESPECIALIZADA S.A.C. | CERDENT SEDE ICA | (056) 216-889 | AV. CUTERVO N° 130. URB. SAN ISIDRO | ICA | ICA | ICA |
| 1304504 | 00009771 | 20296554996 | CENTRO DE REHABILITACION DENTAL ESPECIALIZADA S.A.C. | Cerdent sede Carlos Izaguirre | (01) 485-1051 | Av. Carlos Izaguirre N°1122 Urb. Las Palmeras | Los Olivos | Lima | Lima |
| 1301285 | 00010210 | 20296554996 | CENTRO DE REHABILITACION DENTAL ESPECIALIZADA S.A.C. | Cerdent sede La Marina | (01) 452-2339 | Av. La Marina N°2270 Of. N° 301 | San Miguel | Lima | Lima |
| 040696C | 00008385 | 20296554996 | CENTRO DE REHABILITACION DENTAL ESPECIALIZADA S.A.C. | Cerdent sede San Isidro | (01) 421-6631 | Cl Lord Cochrane 240 | San Isidro | Lima | Lima |
| 1405544 | 00016288 | 20296554996 | CENTRO DE REHABILITACION DENTAL ESPECIALIZADA S.A.C. | Cerdent sede Surco | 999448027 | CALLE LOS ANTARES MZ A5 LOTE 1 OF 801A LA ALBORADA SURCO | Santiago de surco | Lima | Lima |
| 1200996 | 00015599 | 20296554996 | CENTRO DE REHABILITACION DENTAL ESPECIALIZADA S.A.C. | Cerdent sede Benavides | (01) 24-36468 | AVENIDA BENAVIDES 1555 OFICINA 903 | Miraflores | Lima | Lima |
| 1302421 | 00010520 | 20296554996 | CENTRO DE REHABILITACION DENTAL ESPECIALIZADA S.A.C. | Cerdent sede Jesús María | (01) 424-4685 | AV.BRASIL 1435 1ER PISO - JESUS MARIA | Jesús María | Lima | Lima |
| | 00010352 | 20296554996 | CENTRO DE REHABILITACION DENTAL ESPECIALIZADA S.A.C. | Cerdent sede San Miguel | (01) 452-4281 | Jr. Chachani N° 145, Cons 3, Urb Maranga | San Miguel | Lima | Lima |
| 1407539 | 00015103 | 20296554996 | CENTRO DE REHABILITACION DENTAL ESPECIALIZADA S.A.C. | Cerdent sede Iquitos | 965679186 | JIRON HUALLAGA N° 200 - 204 | Iquitos | Maynas | Loreto |
| 1302419 | 00015317 | 20296554996 | CENTRO DE REHABILITACION DENTAL ESPECIALIZADA S.A.C. | Cerdent sede Piura | (073) 30-8691 | Av. Vice M-14, Urb Santa Ana | Piura | Piura | Piura |

| CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----------|-------------|--|--|---------------|--|------------------------|------------------|-------------|
| 040699C | 00008202 | 20112280201 | CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C | CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO - SEDE CENTRAL | (01) 421-6323 | Av. Juan de Arona N° 425 | San Isidro | Lima | Lima |
| 060834C | 00018506 | 20112280201 | CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C | COA SEDE HUARAZ | (043) 425-135 | JR. JUAN BAUTISTA MEJIA N° 858 | HUARAZ | HUARAZ | ANCASH |
| 060838C | 00020252 | 20112280201 | CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C | COA SEDE CAYMA | (054) 272-716 | CA. SEVILLA N° 107 URB. LOS SAUCES | CAYMA | AREQUIPA | AREQUIPA |
| 060835C | 00010436 | 20112280201 | CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C | COA SEDE CAJAMARCA | (076) 369-456 | JR. DOS DE MAYO N° 360 | CAJAMARCA | CAJAMARCA | CAJAMARCA |
| 060836C | 00010420 | 20112280201 | CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C | COA SEDE CUSCO | (084) 262020 | CA. ABRAHAM VALDELOMAR A-17 URB. SANTA MONICA | WANCHAQ | CUSCO | CUSCO |
| 081026C | 00009621 | 20112280201 | CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C | COA SEDE ICA | (056) 21-6345 | CA. DOMINGO ELÍAS 129 URB. LUREN | ICA | ICA | ICA |
| 060837C | 00014550 | 20112280201 | CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C | COA SEDE HUANCAYO | (064) 211-004 | JR. ANCASH N° 231 | HUANCAYO | HUANCAYO | JUNÍN |
| 060842C | 00013230 | 20112280201 | CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C | COA SEDE TRUJILLO | (044) 286-921 | CA. SANTA URSULA N° 109 ESQUINA AV. AMERICA DEL SUR URB. LA MERCED | TRUJILLO | TRUJILLO | LA LIBERTAD |
| | 00026708 | 20112280201 | CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C | COA SEDE CHICLAYO | (074) 223-877 | AV. JOSE BALTA N°039 | CHICLAYO | CHICLAYO | LAMBAYEQUE |
| | 00012672 | 20112280201 | CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C | COA SEDE CALLAO | (01) 453-3276 | AV. GUARDIA CHALACA N° 1362 URB. SANTA MARINA | CALLAO | CALLAO | LIMA |
| 1200435 | 00014357 | 20112280201 | CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C | COA SEDE BARRANCO | (01) 247-6892 | JR. ALFONSO UGARTE 250 | BARRANCO | LIMA | LIMA |
| 1301252 | 00014784 | 20112280201 | CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C | COA SEDE COMAS | (01) 535-8144 | AV. EL MAESTRO PERUANO N°430 MZ. I LOTE 6 URB. CARABAYLLO 2° ETAPA | COMAS | LIMA | LIMA |
| 1200424 | 00013245 | 20112280201 | CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C | COA SEDE JESÚS MARÍA | (01) 4241443 | JR. HUIRACOCCHA N° 1486 | JESÚS MARÍA | LIMA | LIMA |
| 060848C | 00010036 | 20112280201 | CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C | COA SEDE LA MOLINA | (01) 436-2883 | CA. SANTA MAGDALENA SOFIA N° 109 URB. CAMACHO | LA MOLINA | LIMA | LIMA |
| 111170C | 00011499 | 20112280201 | CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C | COA SEDE SANTA CATALINA | (01) 471-3998 | JR. VOTO BERNALES N° 399 URB. SANTA CATALINA | LA VICTORIA | LIMA | LIMA |
| 060846C | 00008537 | 20112280201 | CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C | COA SEDE LIMA CENTRO | (01) 427-0158 | JR. CAMANA N° 780 OFICINA 508 | LIMA | LIMA | LIMA |
| 060845C | 00023749 | 20112280201 | CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C | COA SEDE LOS OLIVOS | (51) 523-2190 | AV. CARLOS ALBERTO IZAGUIRRE N° 1268 MZ. K LT. 8 URB. GAMARRA DE LEON VELARDE ANGELICA I ETAPA | LOS OLIVOS | LIMA | LIMA |
| | 00024505 | 20112280201 | CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C | COA SEDE AURORA ESPECIALIDADES | (01) 530-4614 | AV. ROOSEVELT N° 5790 PISO 3 INT. 301 | MIRAFLORES | LIMA | LIMA |
| 1405454 | 00010215 | 20112280201 | CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C | COA SEDE AURORA | (01) 447-5190 | AV. ROOSEVELT (EX. REPUBLICA DE PANAMA) N° 5806 | MIRAFLORES | LIMA | LIMA |
| 1100021 | 00012041 | 20112280201 | CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C | COA SEDE PUEBLO LIBRE | (01) 330-7492 | AV. JUAN PABLO FERNANDINI N° 1573 | PUEBLO LIBRE | LIMA | LIMA |
| | 00023924 | 20112280201 | CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C | COA SEDE PRIMAVERA | (01) 648-0253 | AV. PRIMAVERA N° 643 INT. 503 MZ. 22 LT. 13 URB. CHACARILLA DEL ESTANQUE IV | SAN BORJA | LIMA | LIMA |
| 1301279 | 00010892 | 20112280201 | CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C | COA SEDE SAN BORJA | (01) 225-0809 | AV. JOAQUIN MADRID N° 235 URB. LAS CAMELIAS | SAN BORJA | LIMA | LIMA |
| | 00027114 | 20112280201 | CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C | COA SEDE SAN ISIDRO | (01) 421-6323 | AV. PETIT THOUARS N° 3470 | SAN ISIDRO | LIMA | LIMA |
| 1200423 | 00014113 | 20112280201 | CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C | COA SEDE JAVIER PRADO | (01) 475-1717 | AV. JAVIER PRADO ESTE N° 1692 1ER PISO | SAN ISIDRO | LIMA | LIMA |
| 060849C | 00008567 | 20112280201 | CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C | COA SEDE SAN JUAN DE LURIGANCHO | (01) 458-6472 | CA. LAS CHULPAS N° 296 OFICINA 201-202 URB. ZARATE | SAN JUAN DE LURIGANCHO | LIMA | LIMA |
| 091087C | 00009547 | 20112280201 | CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C | COA SEDE SAN JUAN DE MIRAFLORES | (01) 466-1128 | AV. GUILLERMO BILLINGHURST N° 619 MZ. G LT. 33 ZONA D URB. SAN JUAN | SAN JUAN DE MIRAFLORES | LIMA | LIMA |
| | 00023441 | 20112280201 | CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C | COA SEDE SAN MIGUEL EL CAMPILLO | (01) 636-1105 | CA. AYARSA DE MORALES N° 237 URB. EL CAMPILLO | SAN MIGUEL | LIMA | LIMA |
| 060873C | 00008583 | 20112280201 | CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C | COA SEDE SAN MIGUEL | (01) 451-5553 | CA. MONSEÑOR JORGE DINTILHAC 717 URB. PANCHO 1ERA ETAPA | SAN MIGUEL | LIMA | LIMA |
| 1100015 | 00011860 | 20112280201 | CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C | COA SEDE SURQUILLO | (01) 440-1021 | CA. LAS TIENDAS N° 331 DPTO. 101 | SURQUILLO | LIMA | LIMA |
| | 00026558 | 20112280201 | CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C | COA SEDE SURCO | (01)279-1930 | AV.CAMINOS DEL INCA N° 1554 URB.LAS GARDENIAS | SURCO | LIMA | LIMA |
| | 00012577 | 20112280201 | CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C | COA SEDE MOQUEGUA | (053) 463-446 | MZ. D LT. 1 URB. EL HUAYCO | MOQUEGUA | MARISCAL NIETO | MOQUEGUA |
| 060847C | 00015614 | 20112280201 | CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C | COA SEDE PIURA | (073) 305-820 | AV. GRAU N° 1050 LT. D-1 | PIURA | PIURA | PIURA |
| 060850C | 00010379 | 20112280201 | CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C | COA SEDE PUNO | (051) 366-390 | JR. DEUSTUA N° 754 | PUNO | PUNO | PUNO |
| 060874C | 00010380 | 20112280201 | CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C | COA SEDE JULIACA | (051) 325-462 | JR. PIURA N° 482 PARQUE GRAU | JULIACA | SAN ROMAN | PUNO |
| 091088C | 00008117 | 20112280201 | CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C | COA SEDE TARAPOTO | (042) 520-016 | JR. RICARDO PALMA N° 262 | TARAPOTO | SAN MARTIN | SAN MARTIN |
| 101137C | 00017115 | 20112280201 | CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C | COA SEDE TACNA | (052) 413-136 | AV. BILLINGHURTS N° 358 CERCADO | TACNA | TACNA | TACNA |
| 091067C | 00007865 | 20112280201 | CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C | COA SEDE TUMBES | (072) 522-771 | CA. LOS ANDES N° 121 | TUMBES | TUMBES | TUMBES |
| 060841C | 00008213 | 20112280201 | CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C | COA SEDE PUCALLPA | (061) 573-075 | JR. ATAHUALPA N° 139 | CALLERIA | CORONEL PORTILLO | UCAYALI |

| CENTRO DENTAL SAN JOSE | | | | | | | | | |
|------------------------|----------|-------------|---|--|---------------------|--|-------------------|-------------|-------------|
| 050789C | 00013333 | 20546690203 | CENTRO DENTAL SAN JOSE S.A.C. | Dental San José sede Bellavista | (01) 452-5396 | Av. Oscar Benavides 5016 Dpto.402 Urb. San José | Bellavista | Callao | Callao |
| 1508994 | 00019104 | 20546690203 | CENTRO DENTAL SAN JOSE S.A.C. | Dental San José sede Cajamarca | (076) 34-3693 | Jr. Los Sauces N° 415 Urb. Los Rosales | Cajamarca | Cajamarca | Cajamarca |
| 1406855 | 00016408 | 20546690203 | CENTRO DENTAL SAN JOSE S.A.C. | Dental San José sede Cusco | (084) 22-4445 | AV. EL SOL #346 OFICINA #303 | Cusco | Cusco | Cusco |
| 1406846 | 00009962 | 20546690203 | CENTRO DENTAL SAN JOSE S.A.C. | Dental San José sede Huaraz | (01) 434-24497 | JIRON SIMON BOLIVAR 794 2DO PISO | Huaraz | Huaraz | Ancash |
| 1301337 | 00014440 | 20546690203 | CENTRO DENTAL SAN JOSE S.A.C. | Dental San José sede Ica | (056) 25-8262 | Ca. El Parque N° 153 Urb. Res. La Angostura | Ica | Ica | Ica |
| 020596C | 00013677 | 20546690203 | CENTRO DENTAL SAN JOSE S.A.C. | Dental San José sede Los Olivos | (01) 522-1511 | AV. SANTIAGO ANTUNEZ DE MAYOLO 1008 DPTO 301 (01 CONSULTORIO) URB COVIDA | Los Olivos | Lima | Lima |
| 1406337 | 00013784 | 20546690203 | CENTRO DENTAL SAN JOSE S.A.C. | Dental San José sede Paita | (073) 21-2387 | Jr. San Martín N° 146 | Paita | Paita | Piura |
| 990023C | 00013678 | 20546690203 | CENTRO DENTAL SAN JOSE S.A.C. | Dental San José sede San Borja | (01) 225-9510 | Av. Géminis N E-27 Urb. Papa Juan XXIII | San Borja | Lima | Lima |
| 040770C | 00013676 | 20546690203 | CENTRO DENTAL SAN JOSE S.A.C. | Dental San José sede San Isidro | (01) 422-8306 | Cl. Las Camelias N° 741- B 3° Piso | San Isidro | Lima | Lima |
| | 00024432 | 20546690203 | CENTRO DENTAL SAN JOSE S.A.C. | Dental San José sede San Miguel | (01) 225-9510 | Av. Rafael Escardó N° 771. Urb. Maranga | San Miguel | Lima | Lima |
| 1302820 | 00011352 | 20546690203 | CENTRO DENTAL SAN JOSE S.A.C. | Dental San José sede Trujillo | (044) 22-1170 | Ca. Argentina N° 291 Urb. El Rectero | Trujillo | Trujillo | La Libertad |
| 1405898 | 00016617 | 20546690203 | CENTRO DENTAL SAN JOSE | Dental San José sede Yanahuara | (054) 25-9669 | Av. Abelardo Quiñones B-5 | Yanahuara | Arequipa | Arequipa |
| PODOLOGIA | | | | | | | | | |
| 1302763 | 11088 | 20511850136 | INVERSIONES GENERALES SALUDABLES SAC | INVERSIONES GENERALES SALUDABLES SAC (PIES SALUDABLES) | (01) 221-3750 | JR. SOLEDAD N°113 OF. 202 LINCE | Lince | Lima | Lima |
| FUNERARIAS | | | | | | | | | |
| NA | NA | 20475625545 | FUNERARIA SAN MARTIN S.R.L. | Funeraria San Martin | (01)4811520 | AV. HONORIO DELGADO NRO. 192 URB. INGENIERIA (ALTURA PUERTA 5 DE LA UNI) | San Martin Porres | Lima | Lima |
| NA | NA | 10061026270 | PIMENTEL RAMIREZ OSCAR CESAR | Oscar Pimentel | 985793005 | NRO. 1570 GRAL CORDOVA | Lince | Lima | Lima |
| NA | NA | 20418896915 | MAPFRE PERÚ VIDA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS | Agustín Merino | (01) 471-0105 | DOMINGO CUETO 305 | Lince | Lima | Lima |
| NA | NA | 20418896915 | MAPFRE PERÚ VIDA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS | Finisterre | 472-5878 | CALLE DOMINGO CUETO NRO. 323 LIMA - LIMA - LINCE | LINCE | Lima | Lima |
| NA | NA | 20418896915 | MAPFRE PERÚ VIDA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS | Finisterre | 054-234732 | CALLE GUTIERREZ DE LA FUENTE NRO. 301 - 303 URB. IV CENTENARIO CERCADO DE AREQUIPA - AREQUIPA - AREQUIPA | AREQUIPA | Arequipa | Arequipa |
| NA | NA | 20418896915 | MAPFRE PERÚ VIDA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS | Finisterre | 084-251846 | AV. DE LA CULTURA NRO. 9 URB. MANUEL PRADO CUSCO - CUSCO - CUSCO | CUZCO | Cusco | Cusco |
| NA | NA | 20418896915 | MAPFRE PERÚ VIDA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS | Finisterre | 056-262308 | AV. LUIS MASSARO NRO. 350 ICA - CHINCHA - CHINCHA ALTA | Chincha Alta | Chincha | Ica |
| NA | NA | 20418896915 | MAPFRE PERÚ VIDA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS | Finisterre | 056-231272 | JR. CASTRO VIRREYNA NRO. 137 CERCADO DE ICA - ICA - ICA | ICA | Ica | Ica |
| NA | NA | 20418896915 | MAPFRE PERÚ VIDA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS | Finisterre | 01-2323801 OPCIÓN 9 | AV. TUPAC AMARU NRO. 433 -435 LIMA - HUAURA - HUACHO | HUACHO | Huaura | Lima |
| NA | NA | 20418896915 | MAPFRE PERÚ VIDA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS | Finisterre | 076-361392 | AV. MARIO URTEAGA NRO. 102 -104 CAJAMARCA - CAJAMARCA - CAJAMARCA | CAJAMARCA | Cajamarca | Cajamarca |
| NA | NA | 20418896915 | MAPFRE PERÚ VIDA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS | Finisterre | 076-432122 | AV. MESONES MURO NRO. 349 CHACHAPOYAS | Chachapoyas | Chachapoyas | Amazonas |
| NA | NA | 20418896915 | MAPFRE PERÚ VIDA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS | Finisterre | 074-237941 | AV. SALAVERRY NRO. 660 - 664 URB. PATAZCA LAMBAYEQUE - CHICLAYO - CHICLAYO | CHICLAYO | Chiclayo | Lambayeque |
| NA | NA | 20418896915 | MAPFRE PERÚ VIDA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS | Finisterre | 043-321288 | JR. JOSE OLAYA NRO. 456 -462 C.U.CASCO URBANO ANCASH - SANTA - CHIMBOTE | CHIMBOTE | Santa | Ancash |
| NA | NA | 20418896915 | MAPFRE PERÚ VIDA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS | Finisterre | 073-309360 | CAL AREQUIPA NRO. 504 (ESQUINA CON JR. HUANUCO 500) PIURA - PIURA - PIURA | PIURA | Piura | Piura |
| NA | NA | 20418896915 | MAPFRE PERÚ VIDA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS | Finisterre | 044-231426 | AV. GERÓNIMO DE LA TORRE NRO. 239 URB. LAS QUINTANAS LA LIBERTAD - TRUJILLO - TRUJILLO | TRUJILLO | Trujillo | La Libertad |
| NA | NA | 20418896915 | MAPFRE PERÚ VIDA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS | Finisterre | 064-235244 | JR. CUZCO NRO. 598 (ESQUINA JR. MOQUEGUA 190) JUNIN - HUANCAYO - HUANCAYO | HUANCAYO | Huancayo | Junin |
| NA | NA | 20418896915 | MAPFRE PERÚ VIDA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS | Finisterre | 065-231004 | JR. HUALLAGA NRO. 188 (ESQUINA CON JR.PUTUMAYO N.412) LORETO - MAYNAS - IQUITOS | IQUITOS | Maynas | Loreto |
| NA | NA | 20418896915 | MAPFRE PERÚ VIDA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS | Finisterre | 042-526208 | JR. GREGORIO DELGADO NRO. 492 JR. GREGORIO DELGADO 496) SAN MARTIN - SAN MARTIN - TARAPOTO | TARAPOTO | San Martin | San Martin |
| NA | NA | 20530045472 | FUNERARIA RAMOS S.A.C. | Funeraria Ramos | (073)340991 | AV. INDEPENDENCIA NRO. | Castilla | Piura | Piura |
| NA | NA | 20274359987 | FUNERARIA RAMIREZ E.I.R.LTDA. | Funeraria Ramirez EIRL | (044)272322 | Cile. Ayacucho 840 | Trujillo | Trujillo | La Libertad |
| NA | NA | 10181912079 | SALAS VASQUEZ SANTOS ENRIQUE | Funeraria Salas | (044)425383 | JR. PABLO DE OLAVIDE NRO. 263 URB. RAZURI | Trujillo | Trujillo | La Libertad |

| PRESTADORES DE AMBULANCIA Y CMD | | | | | | | | | |
|---|----------|-------------|--|--|---------------------------------|--|----------------------|----------|-------------|
| | 00021551 | 20154489895 | MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE AREQUIPA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD MUNICIPAL (HOSPITAL GERIATRICO MUNICIPAL) | (054) 205804 | AV. PUMACAHUA S/N | Cerro Colorado | Arequipa | Arequipa |
| 1408659 | 00011338 | 20114868192 | CLINICA PARDO EIRL | CLINICA PARDO | (084) 240387 | Av. de la Cultura 710 | Wanchaq | Cusco | Cusco |
| 080989C | 00010114 | 20506535442 | MISION MEDICA SAC | MISIÓN MÉDICA SEDE TRUJILLO | (044) 230077 (044) 230222 | AVENIDA AVENIDA ALFONSO UGARTE 673 AVENIDA ALFONSO UGARTE 673 | Trujillo | Trujillo | La Libertad |
| 1406772 | 00018130 | 20525367747 | CONSORCIO MEDICO DESCENTRALIZADO SAC | CONSORCIO MÉDICO SEDE LIMA | (01) 743 7933 | CALLE SOR TITA 136 DPTO 305 URB BENAVIDES | Miraflores | Lima | Lima |
| | 00026777 | 20602059261 | MEDICALL PERU E.I.R.L. | EXPERTTA | (01) 680-3050 | AV. ARICA N° 628 INT. N° 401 | MIRAFLORES | LIMA | LIMA |
| 1405266 | 00017420 | 20553136521 | CORPORACION ESTRATEGIAS & SALUD EIRL | ESTRATEGIA & SALUD | (01) 6527070 | AV. GENERAL SALAVERRY NRO. 2415 INT. 403 | Pueblo libre | Lima | Lima |
| | 00023920 | 20251011461 | DOCTOR + S.A.C. | SANNA DIVISIÓN AMBULATORIA | (01) 626 8880 | CALLE Victor Alzamora NUMERO 460 URBANIZACIÓN Del Medico | Surquillo | Lima | Lima |
| | 00023967 | 20600884230 | EMERLIFE SAC | EMERLIFE | (01) 265 2893 | JIRÓN SINCHI ROCA 2471 PISO 2 URBANIZACIÓN RISSO | Lince | Lima | Lima |
| 1200994 | 00014539 | 20536428969 | HEALTH PERUVIAN BUSINESS EPESALUD S.A.C. | EPESALUD | (01) 2213731 | JR. DÁVALOS N° 251 | Barranco | Lima | Lima |
| | 00027654 | 20603710658 | SERVICHECK SALUD S.A.C. | MAYDAY | (01) 347-2087 / (01) 9913-85603 | AV. MARISCAL NIETO N° 171 PISO 1 URB. EL PINO | SAN LUIS | LIMA | LIMA |
| 1100008 | 00012366 | 20506535442 | MISION MEDICA SAC | MISIÓN MÉDICA SEDE LIMA | (01) 435 7777 | AV. JAVIER PRADO ESTE 3542 | San Borja | Lima | Lima |
| 1100026 | 00009985 | 20493146042 | S.O.S. EMERGENCIAS MEDICAS S.A.C. | S.O.S. EMERGENCIAS MEDICAS | (01) 5696969 | JIRÓN JR. CAJAMARCA 3854 | SAN MARTIN DE PORRES | Lima | LIMA |
| | 00025563 | 20517932851 | SEGURICEL S.A.C. | SEGURICEL | (01) 448-1278 | AV. SANTIAGO DE SURCO N° 3152 | SANTIAGO DE SURCO | LIMA | LIMA |
| 1304575 | 00015728 | 20515292781 | SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA INTEGRAL S.A.C. | ALERTA MÉDICA | (01) 225 8668 | AV. REPUBLICA DE PANAMA NRO. 3418 DPTO. 602 INT. P-6 URB. LIMATAMBO | San Isidro | Lima | Lima |
| | 00023036 | 20489473365 | SERVICIOS MEDICOS AKIMAR E. I. R. L. | AKIMAR | (01) 592 3605 / (01) 996414988 | JIRÓN SAN JOSE NUMERO 160 PISO 1 DEPARTAMENTO 101 | Pueblo libre | Lima | Lima |
| 000191C | 00015463 | 20178974620 | SERVICIOS SERVIAL SAC | CARDIOMOVIL | (01) 610 3300 | JR. EL POLO 789 DPTO. 601 MZ. C URB. EL DERBY DE MONTEERRICO | Santiago de Surco | Lima | Lima |
| 081003C | 00009295 | 20523293533 | SUIZA ALERTA S.A.C. | SUIZA ALERTA | (01) 612-6688 | AV. ANGAMOS OESTE N° 300 | MIRAFLORES | LIMA | LIMA |
| | 00024107 | 20525367747 | CONSORCIO MEDICO DESCENTRALIZADO SAC | CONSORCIO MÉDICO SEDE PIURA | (01) 9564-85819 | URB. LOS PINOS MZ. H LT. 7 | PARIÑAS | TALARA | PIURA |
| FARMACIA | | | | | | | | | |
| NA | NA | 20331066703 | INRETAIL PHARMA S.A. | INKAFARMA | | AV. Defensores del Morro | Chorrillos | Lima | Lima |
| NA | NA | 20512002090 | MIFARMA S.A.C. | BOTICAS MIFARMA, PUNTOFARMA | | Calle Victor Alzamora Nro. 147 Urb. Santa Catalina | La Victoria | Lima | Lima |
| NA | NA | 20384891943 | BOTICAS Y SALUD S.A.C. | BOTICAS Y SALUD | | JR. Alfred Rosenblat N° 145 Urb. Huertos de San Antonio (1°, 2°, 3°, 4° y 5° Piso) | SANTIAGO DE SURCO | LIMA | LIMA |
| CENTRO DE VACUNACIÓN | | | | | | | | | |
| | 26841 | 20537307103 | BIOLOGICOS Y VACUNAS S.A.C | BIOVAC | (01) 360-7717 | CA. CORONEL INCLAN N° 235 DPTO N° 301 | MIRAFLORES | LIMA | LIMA |
| | 24455 | 20537307103 | BIOLOGICOS Y VACUNAS S.A.C | BIOVAC | (01) 360-7717 | AV. AYACUCHO N° 1340 1ER PISO | SANTIAGO DE SURCO | LIMA | LIMA |
| | 23213 | 20100122368 | CLINICA JAVIER PRADO S A | Centro de Vacunación Internacional de la Clínica Javier Prado | 440-2000 | CALLE LOS GERANIOS NUMERO 160 | Lince | Lima | Lima |
| CENTRO DE VACUNACIÓN A DOMICILIO | | | | | | | | | |
| | 24455 | 20537307103 | BIOLOGICOS Y VACUNAS S.A.C | BIOLOGICOS Y VACUNAS S.A.C. (BIOVAC) | (01) 360-7717 | Av Ayacucho 1340 1er Piso | Santiago de surco | Lima | Lima |

SANITAS PREMIUM PLUS(*)**

| ATENCIÓN MÉDICA INTERNACIONAL (Asistencia por accidente - Assist Card) | Copago | Cubierto al |
|---|---------------|--------------------|
| Cobertura a través de Assist Card | Sin Copago | 100% |

Durante tus viajes al resto del mundo, Sanitas Perú EPS te ofrece asistencia médica en caso de emergencia médica o accidental hasta por US\$35,000.00 por cada viaje y con una validez máxima por viaje de 90 días consecutivos contados a partir de la fecha de arribo al país. Para utilizar el servicio debes llamar a la Central de ASSIST-CARD más cercana a los siguientes números telefónicos:

• Para llamar a Assist card Lima (Perú) : Llamada por cobro revertido desde cualquier país **00 51 1 5125002**

También se puede usar el **APP ASSIST CARD** (requiere descarga a través de **Google Play** o **App Store**). Asistencia online las 24 horas al día todos los días del año

ASSIST-CARD lo atenderá las 24 horas del día los 365 días del año en su idioma.

En caso que el problema de salud sea grave, diríjase directamente al Centro de Salud más cercano.

Luego dentro de las 24 horas siguientes, el usuario de Sanitas Perú EPS o cualquier persona que lo acompañe deberá comunicarse con la Central ASSIST-CARD, proporcionando toda la información relativa al evento y a la asistencia recibida. De esta forma, la Central ASSIST-CARD se pondrá en contacto con el Centro Asistencial donde se encuentra el usuario, para así controlar en todas sus fases la prestación del servicio (cargos económicos del servicio, calidad de la atención recibida, seguimiento del caso).

Si el servicio no se informa, la atención se cataloga como "auto-asistencia" y en este caso ASSIST-CARD queda exonerada de los costos y demás responsabilidades de la atención.

Coberturas Adicionales:**

- Asistencia Médica por Preexistencia: Hasta US\$500.00 (Siempre y cuando sea una emergencia producida por la preexistencia)
- Gastos odontológicos de urgencia (lo relacionado a infección y trauma): Hasta US\$200.00 (Siempre y cuando sea parte de la
- Reembolsos de Medicamentos Recetados
- Traslado de Familiar por Hospitalización
- Estadía de Familiar por Hospitalización: Hasta US\$600.00 (máx. US\$120.00 por día)
- Gastos de Hotel por Convalecencia: Hasta US\$600.00 (máx. US\$120.00 por día)
- Localización de equipaje extraviado
- Compensación por equipaje extraviado adicional al de la línea aérea: Hasta US\$500.00
- Sin límite de edad
- Permanencia máxima de 90 días (por viaje)

Reembolso de gastos médicos: ASSIST-CARD efectuará reembolso de gastos médicos realizados en una situación de emergencia,

Eventos excluidos: Quedan expresamente excluidos del sistema de asistencia médica gratuita los siguientes eventos:

ASSIST-CARD no tomará a su cargo exámenes o internaciones tendientes a evaluar la condición médica de las enfermedades preexistentes y/o para descartar su relación con la afección que motiva la asistencia.

b) Las asistencias por enfermedades endémicas y/o epidémicas en países con emergencia sanitaria en caso que el viajero no haya procedido a seguir las sugerencias y/o indicaciones sobre restricciones de viaje y/o tratamiento profiláctico y/o vacunación emanadas de autoridades sanitarias (quedan excluidas las inmunizaciones).

c) Afecciones, enfermedades o lesiones derivadas directa o indirectamente de empresa criminal del titular.

d) Afecciones, enfermedades o lesiones resultantes de intento de suicidio o de intención de cometer suicidio o causadas intencionalmente por el titular a sí mismo.

- e) Tratamiento de enfermedades o estados patológicos producidos por intencional ingestión o administración de tóxicos (drogas), narcóticos, o por la utilización de medicamentos sin orden médica. Asimismo, afecciones, enfermedades o lesiones derivadas de la ingestión de bebidas alcohólicas de cualquier tipo.
- f) Enfermedades, lesiones, afecciones o consecuencias o complicaciones resultantes de tratamientos o atención dada por personas o profesionales no pertenecientes al Equipo Médico o Farmacéutico de ASSIST-CARD.
- g) Las asistencias que puedan ocurrir a consecuencia de entrenamiento, práctica o participación activa en toda clase de competencias deportivas. Además quedan expresamente excluidas las asistencias que puedan ocurrir a consecuencia de la práctica de deportes peligrosos o de alto riesgo, incluyendo, pero no limitado a: motociclismo, automovilismo, boxeo, polo, ski acuático, jet ski, wave runner, moto de nieve, cuatriciclos, vehículos todo terreno, skate, parasail, buceo, aladeltismo, alpinismo, surf, windsurf, etc. Asimismo, quedan excluidas las asistencias que puedan ocurrir como consecuencia de la practica de ski, snowboard y/u otros deportes invernales no mencionados en el párrafo anterior fuera de pistas reglamentarias y autorizadas.
- h) Viajes aéreos en aviones no destinados al transporte público.
- i) Partos. Controles, exámenes y complicaciones de gestación. Abortos, cualquiera sea su etiología.
- j) Cualquier tipo de enfermedad mental.
- k) Controles de tensión. Hipertensión arterial y sus consecuencias.
- l) Síndrome de inmunodeficiencia humana, SIDA y HIV en todas sus formas, así como sus agudizaciones, secuelas y consecuencias. Enfermedades venéreas.
- m) Los tratamientos odontológicos, oftalmológicos u otorinolaringológicos, salvo la atención de urgencia descrita en estas Condiciones Generales de los Servicios ASSIST-CARD.
- n) Los chequeos o exámenes médicos de rutina, incluso aquellos que no sean relacionados con una enfermedad diagnosticada y comprobada, así como aquellos que no sean consecuencia directa de una enfermedad o accidente objeto del servicio ASSIST-CARD.
- o) La edad del Titular, cuando ésta exceda el límite establecido en las presentes Condiciones Generales.
- p) Riesgos profesionales: Si el motivo del viaje del Titular fuese la ejecución de trabajos o tareas que involucren un riesgo profesional. En todos los casos, los servicios descritos en estas Condiciones Generales serán complementarios de los que deban prestarse por parte de entidades asistenciales y de seguros según las normas de seguridad industrial y de riesgos laborales aplicables en el país donde se presente la enfermedad o accidente objeto del servicio.
- q) Afecciones, enfermedades o lesiones derivadas directa o indirectamente de riña (salvo que se tratase de legítima defensa), huelga, actos de vandalismo o tumulto popular en que el Titular hubiese participado como elemento activo. El intento de o la comisión de un acto ilegal y, en general, cualquier acto doloso o criminal del Titular, incluido el suministro de información falsa o diferente de la realidad.

Gastos excluidos: Se encuentran excluidos además los siguientes gastos:

- a) Las visitas médicas de control, chequeos y tratamientos prolongados, salvo que sean previa y expresamente autorizadas por el Departamento Médico de ASSIST-CARD.
- b) Gastos de prótesis, órtesis, síntesis de todo tipo, incluyendo pero no limitados a: artículos de ortopedia, prótesis dentales, audífonos, anteojos, lentes de contacto, férulas, muletas, nebulizadores, respiradores, etc.
- c) Gastos de hotel, restaurante y gastos de taxis, a menos que hayan sido expresamente autorizados por el Centro Operativo de ASSIST-CARD.
- e) Muy importante: En caso de constatar que el motivo del viaje fuera el tratamiento de una enfermedad de base, y que el tratamiento actual tiene alguna vinculación directa o indirecta con la dolencia previa, ASSIST-CARD queda eximida de prestar sus servicios, de conformidad con lo previsto en las presentes Condiciones Generales. A tal fin ASSIST-CARD se reserva el derecho de investigar la conexión del hecho actual con la dolencia previa.

Si tiene alguna inquietud antes de su viaje puede comunicarse con la Central de Assit Card en Lima a los teléfonos 5125002

*Para los servicios prestados fuera del país el asegurado asume la responsabilidad directa por las atenciones recibidas por el prestador

** Para información más detallada, ingresar a la web sanitasperu.com/planesdesalud/Cobertura-Internacional

(***)Los beneficios en atenciones ambulatorias y odontológicas que se brindan a través de nuestro Plan MEDISANITAS EMPRESARIAL PLUS los podrá visualizar en nuestra web: www.sanitasperu.com, donde se registrará el detalle del beneficio y el porcentaje de descuento al que tienen acceso como usuario de nuestro Plan.

PROGRAMA "VIVE SANO"
HIPERTENSION ARTERIAL (HTA) NO COMPLICADA
INCLUSIÓN (ingreso voluntario)

- Paciente afiliado a SANITAS PERU EPS con diagnóstico confirmado de HTA no complicada.
- Paciente que ha firmado la ficha de inscripción y carta de compromiso al programa vive sano

COBERTURA

- Consulta médica periódica
 - Primera entrevista: se confirma diagnóstico, se presenta beneficios, se realiza la firma de la ficha de ingreso al programa y carta de compromiso.
 - Control médico periódico en Lima, puede realizarse en el domicilio / centro laboral / teleconsulta o de manera presencial según disponibilidad del prestador
 - Control médico periódico en provincia (Trujillo, Piura, Iquitos, Arequipa, Chiclayo o Tarma) puede realizarse desde teleconsulta o de manera presencial según disponibilidad del prestador
 - La frecuencia de la consulta médica es mensual o puede espaciarse, de acuerdo a la evaluación médica de control de la enfermedad.
- Evaluación nutricional semestral
- Evaluación preventiva oftalmológica anual: fondo de ojo y tonometría
- Exámenes de laboratorio anuales
 - Glicemia
 - Colesterol Total LDL, HDL, Triglicéridos (2 controles más si los resultados son anormales)
 - Creatinina
 - Acido úrico
 - TGP
 - Microalbuminuria
 - Examen completo de orina
- Procedimientos
 - Electrocardiograma anual
- Indicación de Medicamentos para el manejo de HTA no complicada (sólo medicamentos incluidos en el petitorio ambulatorio de SANITAS PERU EPS).
- Educación en salud

DIABETES MELLITUS (DM) NO INSULINODEPENDIENTE TIPO 2 NO COMPLICADA
INCLUSIÓN (ingreso voluntario)

- Paciente afiliado a SANITAS PERU EPS con diagnóstico confirmado de DM no insulino dependiente tipo 2 no complicada
- Paciente que ha firmado la ficha de inscripción y carta de compromiso al programa vive sano

COBERTURA

- Consulta médica periódica
 - Primera entrevista: se confirma diagnóstico, se presenta beneficios del programa, se realiza la firma la ficha de ingreso al programa y carta de compromiso.
 - Control médico periódico en Lima, puede realizarse en el domicilio / centro laboral / teleconsulta o de manera presencial según disponibilidad del prestador
 - Control médico periódico en provincia (Trujillo, Piura, Iquitos, Arequipa, Chiclayo, Tarma) puede realizarse desde teleconsulta o de manera presencial según disponibilidad del prestador
 - La frecuencia de la consulta médica es mensual o puede espaciarse, de acuerdo a la evaluación médica de control de la enfermedad
 - Evaluación nutricional bimestral
 - Evaluación por podología 04 veces al año
 - Evaluación preventiva oftalmológica anual: fondo de ojo y tonometría
 - Exámenes de laboratorio anuales
 - Glicemia mensual
 - Hemoglobina glicosilada (trimestral)
 - Colesterol Total LDL, HDL, Triglicéridos (2 controles más si los resultados son anormales)
 - Creatinina
 - Microalbuminuria
 - TGP
 - Acido urico
 - Hemograma completo
 - Examen completo de orina
 - Indicación de Medicamentos para el manejo de la DM no insulino dependiente tipo 2 no complicada (sólo medicamentos incluidos en el petitorio ambulatorio de SANITAS PERU EPS)
 - Educación en salud
 - Aplicación gratuita de vacuna de Influenza y Neumococo en el Centro de Vacunación Internacional de la Clínica Javier
- EXCLUSIONES**
- Glucómetro, tiras reactivas, jeringas para administración de insulina y edulcorantes.

DISLIPIDEMIA (DSL)

INCLUSIÓN (ingreso voluntario)

- Paciente afiliado a SANITAS PERU EPS con diagnóstico confirmado de Dislipidemia.
- Paciente que ha firmado la ficha de inscripción y carta de compromiso al programa vive sano

COBERTURA

- Consulta médica periódica
 - Primera entrevista: se confirma diagnóstico, se presenta beneficios del programa, se realiza la firma la ficha de ingreso al programa y carta de compromiso
 - Control médico periódico en Lima, puede realizarse en el domicilio / centro laboral / teleconsulta o de manera presencial según disponibilidad del prestador
 - Control médico periódico en provincia (Trujillo, Piura, Iquitos, Arequipa, Chimbote, Tacna) puede realizarse desde teleconsulta o de manera presencial según disponibilidad del prestador
 - La frecuencia de la consulta médica es mensual o puede espaciarse, de acuerdo a la evaluación médica de control de la enfermedad.
- Evaluación nutricional bimensual
- Exámenes de Laboratorio anuales
 - Glicemia
 - Colesterol Total LDL, HDL, Triglicéridos (trimestral)
 - Creatinina
 - Acido úrico
 - TGP y TGO (semestral)
 - Creatinfosfoquinasa
 - Examen completo de orina
- Procedimientos
 - Electrocardiograma anual
- Indicación de Medicamentos para el manejo de dislipidemia (sólo medicamentos Incluidos en el petitorio ambulatorio de SANITAS PERU EPS)
- Educación en salud

ASMA

INCLUSIÓN (ingreso voluntario)

- Paciente afiliado a SANITAS PERU EPS con diagnóstico confirmado de asma a partir de los 7 años de edad
- Paciente que ha firmado la ficha de inscripción y carta de compromiso al programa vive sano

COBERTURA

- Consulta médica periódica
 - Primera entrevista: se confirma diagnóstico, se presenta beneficios del programa, se realiza la firma la ficha de ingreso al programa y carta de compromiso.
 - Control médico periódico en Lima, puede realizarse en el domicilio / centro laboral / teleconsulta o de manera presencial según disponibilidad del prestador
 - Control médico periódico en provincia (Trujillo, Piura, Iquitos, Arequipa, Chimbote, Tacna) puede realizarse desde teleconsulta o de manera presencial según disponibilidad del prestador
 - La frecuencia de la consulta médica es mensual o puede espaciarse, de acuerdo a la evaluación médica de control de la enfermedad.
 - Exámenes de imágenes
 - Radiografía de tórax al ingreso para descarte inicial según indicación médica
 - Procedimientos:
 - Espirometría Anual (1 control más si los resultados son anormales)
 - Flujometría Mensual
 - Indicación de Medicamentos para el manejo del asma (sólo medicamentos Incluidos en el petitorio ambulatorio de SANITAS PERU EPS)
 - Educación en salud.
- #### CONSIDERACIONES ADICIONALES
- Aplicación gratuita de vacuna de Influenza en el Centro de Vacunación Internacional de la Clínica Javier Prado.

| REQUERIMIENTO DE CARTA DE GARANTÍA (CG) | | |
|---|--------------------|---|
| TIPO DE SERVICIO | ORDEN MÉDICA | VOLANTE DE AUTORIZACIÓN (CARTA DE GARANTÍA) |
| CONSULTA AMBULATORIA | | |
| Consulta de Emergencia | NO | NO |
| Consulta Especialista (1a vez y controles) | NO | NO |
| Consulta Odontológica | NO | NO |
| Consulta de Psicología | NO | NO |
| EXÁMENES AUXILIARES SIMPLES | | |
| Laboratorio Clínico | SI | NO |
| Laboratorio Clínico a Domicilio | SI | NO |
| Anatomía - Patológica | SI | NO |
| Radiología Convencional (Rayos X) | SI | NO |
| EXÁMENES AUXILIARES COMPLEJOS | | |
| Electromiografías, Velocidad de Conducción, Electrocardiograma, Electroencefalogramas, Espirometría, Monitoreo Fetal, Colposcopia diagnóstica, Audiometría, Logo-Audiometría, Impedanciometría, Laringoscopia Indirecta y Ecografías en General (Incluye vasculares, cardiología y oftalmología), HOLTER 24 horas, MAPA 24 horas, prueba de esfuerzo, biopsia dirigida, densitometría ósea, histerosalpingografía y mamografía. | SI | NO |
| Tomografía Axial Computarizada, Tomografía Espiral Multicorte, Resonancia Nuclear Magnética, Medicina Nuclear | SI | SI |
| Exámenes de Diagnóstico Especializado y Procedimientos Diagnósticos de Cardiología, Neurología, Neumología, Otorrinolaringología, Olfamología, Urología, y demás especialidades en las cuales se llevan a cabo procedimientos de apoyo al diagnóstico. | SI | NO |
| PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS | | |
| Cirugía Ambulatoria de Emergencia o Programada | SI | SI |
| Endoscopia Digestiva, Respiratoria, Urológica o de cualquier especialidad | SI | SI |
| Quimioterapia-Radioterapia | SI | SI |
| Terapias de Rehabilitación física y del Lenguaje | SI | NO |
| Terapias de Rehabilitación física a domicilio | SI | NO |
| PROCEDIMIENTOS HOSPITALARIOS | | |
| Hospitalización x tratamiento médico (incluye UCI) | SI | SI |
| Hospitalización x tratamiento quirúrgico (Incluye UCI) | SI | SI |
| OTROS SERVICIOS | | |
| Medicamentos | SI , Receta Médica | No requiere. (*) |
| Traslado en Ambulancia** | SI | NO |
| Odontología: Tratamiento de Caries (examen , radiografía periapical, curación anterior con resina y posterior con amalgama) | SI | NO |
| Odontología: Tratamiento de otra especialidad en la misma pieza dental (endoncia) | SI | NO |
| * Cubre sólo los medicamentos incluidos en el Petitorio de SANITAS PERU EPS | | |
| **Sólo en casos de traslados donde el médico determine que no es emergencia y que es urgencia, se deberá pagar un copago adicional equivalente a 1 consulta a domicilio | | |

**CONDICIONES, EXCLUSIONES
Y LIMITACIONES AFILIADOS REGULARES Y POTESTATIVOS**

El anexo de exclusiones se revisa de manera general y en conjunto con el plan de Salud en el que se encuentra el afiliado.

Los beneficios cubiertos bajo el presente contrato serán pagados de acuerdo a lo estipulado en los planes de salud. Ninguna exclusión considerada NO PEAS compromete la cobertura de los diagnósticos contemplados en el PEAS. Los planes de salud contratados bajo el presente documento no cubren los gastos derivados o relacionados de acuerdo a lo siguiente:

A. Del Sistema de Seguridad Social:

Con el fin de que la Seguridad Social se desarrolle en el marco de la equidad, solidaridad y eficiencia que la debe regir, las prestaciones de salud tendrán exclusiones relacionadas con (Anexo 3 - Decreto Supremo N° 001-98-SA):

- a) Todo procedimiento o terapia que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria.
 - 1. Cirugías Electivas (no recuperativas ni rehabilitadoras)
 - 2. Cirugía plástica y/o estética
 - 3. Odontología Estética
 - 4. Tratamiento de Ortodoncia y Periodoncia
 - 5. Curas de reposo y sueño
 - 6. Lentes de contacto.
- b) Todo daño derivado de la autoeliminación o lesiones autoinflingidas.

No se cubren las consecuencias ni complicaciones de tratamientos médicos y/o quirúrgicos no cubiertos por el presente Plan de Salud así como los gastos relacionados con lo siguiente:

La EPS podrá racionalizar el suministro de prótesis, ortesis y otros (sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés, etc.), así como los procedimientos, terapias o intervenciones más complejas de alto costo y con baja posibilidad de recuperación. Para la determinación de tales limitaciones serán de aplicación las normas que dicte ESSalud.

Exclusiones y limitaciones adicionales de las prestaciones de No Peas

Las exclusiones adjuntas, aplican al plan de salud contratado salvo que se encuentren dentro del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) o estén incluidas como coberturas específicas en el plan de salud, caso en el serán otorgadas únicamente bajo la modalidad y condiciones expresamente señaladas en el plan.

No se cubren causas, consecuencias, ni complicaciones de un tratamiento médico y/o quirúrgico no cubierto por este plan, así como los gastos relacionados con lo siguiente:

- 1. Enfermedades o malformaciones congénitas, genéticas o hereditarias, conocidas o no por el usuario, y las afecciones preexistentes a la fecha de afiliación de un usuario al contrato, en ambos casos declaradas o no, así como aquellas que puedan derivarse de éstas, sin perjuicio de que se puedan diagnosticar durante la ejecución del contrato, sobre bases científicas sólidas. Quedan exceptuadas de exclusión las enfermedades de este grupo comprendidas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), las que serán cubiertas según lo indicado en dicho plan. También se exceptúan de esta exclusión aquellos con derecho a continuidad de cobertura de acuerdo a la Ley N° 29561 – Ley que establece la Continuidad en la Cobertura de Preexistencias en el Plan de Salud de las Entidades Prestadoras de Salud. El afiliado en nombre propio y en el de los usuarios en cuyo favor estipula y/o cada uno de estos o sus Representantes Legales, o el titular de cada grupo familiar deben manifestar al momento de suscribir la Solicitud de Afiliación, si padecen o han padecido afecciones, lesiones o enfermedades recidivas o que requieran o hubieran requerido estudios, investigaciones o tratamientos clínicos, quirúrgicos o de rehabilitación a base de drogas u otros agentes externos*.
- 2. Tratamiento y operaciones derivadas de pie plano, varo, valgo.
- 3. Estudios, pruebas y tratamientos genéticos (incluyendo los orientados al feto). Se aplica excepción a los usuarios que cuentan con cobertura de Enfermedades Congénitas en los que los estudios y pruebas genéticas, si estarán sujetas a cobertura*.
- 4. Ecografías 3D y 4D.
Como excepción, en el caso de diagnóstico ecográfico de malformación congénita en la ecografía bidimensional, se cubrirán un máximo de 3 ecografías 3D adicionales.
- 5. Gastos cuyo objeto principal sea el chequeo médico y despistaje de enfermedades en una persona sana. Tampoco los gastos relacionados a evaluaciones para obtención de licencias, empleo u otros. Se exceptúa lo estipulado en el plan de salud.
- 6. Vacunas distintas a las ofrecidas en el calendario de inmunizaciones vigente brindado por el ministerio de

- 7 Lentes de contacto, monturas, lentes para monturas o intervenciones quirúrgicas para corrección de refracción, tales como miopía, hipermetropía, astigmatismo o presbicia.
- 8 Cirugía reconstructiva, dermatología estética, cosmética o plástica.
(Incluida la reconstrucción post cirugía oncológica)
- 9 Tratamiento médico ni quirúrgico de várices ni telangiectasias con fines estéticos.
- 10 Tratamientos odontológicos de periodoncia y ortodoncia, o cualquier procedimiento con fines estéticos o cosméticos. No se cubren cirugías odontológicas, cirugía bucal ni alteraciones de la articulación temporomandibular.
- 11 Mamoplastía reductora ni cirugías por ginecomastia.
- 12 Tratamiento ni evaluaciones por insuficiencia o sustitución hormonal (en casos de trastorno de crecimiento), raquitismo ni anorexia nerviosa.
- 13 Tratamientos quirúrgicos de sobrepeso, obesidad, obesidad mórbida, y los derivados de estos diagnósticos. No se cubren la liposucción, lipoescultura e inyecciones reductoras de grasa u otros métodos liporeductores.
- 14 Tratamiento médico o quirúrgico del melasma, alopecia u otros trastornos dermatológicos con fines estéticos. Tampoco colocación o retiro de tatuajes, ni piercing.
- 15 Sustancias exfoliativas, despigmentantes, jabones, champús, cremas neutras y bloqueadores solares. Se exceptúa los diagnósticos documentados en la historia clínica de los CIE-10 L57, L58 o L59.
- 16 No se cubren lágrimas naturales. Se exceptúa el síndrome de ojo seco por artritis reumatoide, diabetes, esclerodermia, lupus y síndrome de Sjögren.
- 17 Diagnóstico, estudios y tratamientos o cirugías para esterilización, fertilización (tanto en infertilidad primaria como secundaria). En los casos de fertilización asistida documentada en la Historia Clínica de la madre o a través de documentación médica confiable relacionada a la gestación, no se cubrirá ninguna atención de maternidad de la madre ni tampoco las atenciones médicas por prematuridad de los hijos nacidos de la gestación asistida. No se cubrirán tampoco las secuelas relacionadas a la prematuridad en estos niños. Así mismo, tratamientos, cirugías y procedimientos para anticoncepción y/o esterilización y/o fertilización (excepto: ligadura de trompas y vasectomía), disfunción eréctil, trastorno de la libido y cambio de sexo.
- 18 Trastornos del desarrollo psicomotor adquirido y del lenguaje de etiología adquirida. Se exceptúa los causados por traumatismos, neoplasias o accidentes cerebrovasculares, en los que la terapia de rehabilitación se extenderá hasta un periodo máximo de 180 días.
- 19 Acupuntura, quiropraxia, cuidados podiátricos y tratamientos de rehabilitación en gimnasios. No se cubre homeopatía ni medicina no tradicional de cualquier tipo.
- 20 Gastos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades psiquiátricas y psicológicas definidas en el capítulo V del CIE-10 de la Organización Mundial de Salud (OMS), a excepción de los diagnósticos F00 al F10, F20, F32, F41 y diagnósticos derivados de ellos. No están cubiertas las curas de
- 21 Enfermedades y tratamientos resultantes del uso o adicción a las drogas, estupefacientes o uso excesivo de alcohol en forma aguda o crónica; así como, las lesiones por accidentes que se produzcan en situación de embriaguez o bajo influencia de drogas si dicha situación de embriaguez o influencia de drogas es registrada en la historia clínica. En caso de embriaguez también podrá solicitarse con el dosaje respectivo (nivel sérico > 0.5 g/dl).
- 22 Lesiones o enfermedades a consecuencia de actos de guerra, revoluciones y de fenómenos catastróficos de la naturaleza, así como los que resulten de la participación activa en motines, huelgas, conmoción civil, terrorismo o actos delictivos.
- 23 Lesiones autoinfligidas o producidas voluntariamente o estando mentalmente insano, intento de suicidio, peleas, riñas. Se exceptúan aquellas en que se demuestre que se ha tratado de legítima defensa y aquellas producidas por los diagnósticos F20 y F32.
- 24 Lesiones provenientes de accidentes de trabajo, salvo los que tengan carácter individual. Y enfermedades profesionales. Esta exclusión aplica para todas las actividades comprendidas en el seguro complementario de trabajo de riesgo.
- 25 Gastos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de complicaciones médicas producidas por el incumplimiento de las prescripciones médicas indicadas por el médico tratante.
- 26 Lesiones como consecuencia directa o indirecta de fusión o fisión nuclear, isótopos radioactivos, así como radioterapia y rayos X sin supervisión médica.
- 27 Epidemias NO PEAS, declaradas como tales por el Ministerio de Salud (MINSa) o pandemias declaradas por la Organización Mundial de Salud (OMS).
- 28 Infección por VIH, Síndrome Inmunológico Deficiencia Adquirida (SIDA) y el Síndrome complejo relativo al SIDA (SCRS), sus consecuencias y complicaciones. Quedan exceptuados de exclusión lo comprendido en el PEAS.
- 29 Cuidado por enfermeras, técnicas o auxiliares de enfermería adicionales a las ofrecidas en la clínica durante la estancia hospitalaria, ni en domicilio, ni los insumos usados por estos. Para otros servicios paramédicos como medicina física y rehabilitación se requiere de la indicación y supervisión del médico especialista colegiado.
- 30 Comida y cama para acompañantes. Todo tipo de servicios de confort personal durante la hospitalización, como habitación tipo suite, radios, televisores, teléfonos, batas, biberones, pañales, quitaesmalte y toallas higiénicas. Todo tipo de transporte o alojamiento no especificado en el plan de salud.

- 31 La EPS no estará obligada a asumir gasto alguno en que haya incurrido el usuario al utilizar la prestación de un servicio al médico y/o centro asistencial no perteneciente al cuadro médico vigente, así como a profesionales de la salud que no cuente con la colegiatura y constancia de habilidad médica correspondiente.
- 32 Trasplante de órganos y tejidos, y su costo. No están cubiertos tampoco los implantes cocleares ni los implantes de células madre en cualquier zona anatómica y la consecución de ellos. Condiciones que provengan como resultado de o tengan relación a un trasplante. Exámenes, evaluaciones, estudios de histocompatibilidad y pruebas de selección de posibles donantes.
- 33 Internamiento u hospitalización en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería, entre otros.
- 34 Medicamentos elaborados a base de derivados o componentes de sangre o plasma (sangre total, paquetes globulares, plaquetas, plasma, plasma rico en plaquetas, albúmina, factores de coagulación, entre otros). No se cubre la consecución de los mismos, ni cualquier método de aféresis (por ejemplo: plasmaféresis, plaquetoféresis). Únicamente dará cobertura económica al costo de las pruebas de compatibilidad, los insumos necesarios para la transfusión y las pruebas a los donantes de las unidades transfundidas al afiliado.
- 35 Todos los gastos efectuados por concepto de vitaminas y minerales, salvo las requeridas para carencias vitamínicas documentadas, control prenatal y postnatal, osteopenia, osteoporosis y vitamina K en hemorragias.
- 36 Leches maternizadas. Se exceptúa en casos de imposibilidad documentable de lactancia materna solo durante los días de hospitalización del recién nacido y exclusivamente durante la etapa puerperal.
- 37 Suplementos alimenticios, suplementos nutricionales, productos naturales (hierbas y sus derivados, levaduras, probióticos), estimulantes del apetito, anabólicos, antioxidantes, productos geriátricos y reconstituyentes. Medicamentos neurotónicos y nootrópicos.
- 38 Inmunoterapia, lisados bacterianos, medicamentos inmunoestimulantes.
- 39 En caso de trastornos alérgicos, no se cubren procedimientos de desensibilización (panel de alergias).
- 40 Panel respiratorio (FilmArray u otros similares).
- 41 Equipos médicos como: bombas de insulina, glucómetros, tiras reactivas y lancetas, termómetros, tensiómetros, equipos de oxigenoterapia, nebulizadores, CPAP, BPAP o similares por considerarse de uso
- 42 Suministro de ningún tipo de ortesis, bragueros, plantillas, anteojos, lentes, muletas, sillas de ruedas, u otros aparatos o equipos ortopédicos, prótesis de cualquier clase, excepto stent coronario y prótesis articulares, siempre que se cumpla con los requisitos exigidos para el efecto, y hasta los topes indicados en el plan de salud. También están comprendidas en esta exclusión las válvulas artificiales, piezas anatómicas, marcapasos, aloinjertos, injertos artificiales, implantes y dispositivos médicos internos o externos de cualquier tipo, así como los procedimientos, materiales e insumos médicos necesarios para su colocación y/o fijación; exceptuando los materiales de osteosíntesis utilizados en la reducción de fracturas óseas, que si tienen cobertura.
- 43 Kits de pruebas rápidas para diagnóstico de embarazo en orina, aspiradores, respirador o ventilador mecánico, pulsoxímetros, estimulador cerebral, equipos ambulatorios de rehabilitación, cama clínica, mantas térmicas o similares, equipos artificiales o mecánicos, así como artefactos diseñados para reemplazar órganos humanos, medias para várices, audífonos y demás ayudas o implantes auditivos, entre otros. Esta exclusión aplica tanto para compra como para alquiler.
- 44 Los siguientes grupos farmacológicos para diagnósticos no oncológicos: Modificadores de la respuesta biológica interferones, interleucinas, factor estimulante de colonias, anticuerpos monoclonales, inhibidores de tirosinkinasa, antiangiogénicos, inhibidores del proteosoma, terapia génica u otros similares.
- 45 Nimodipidino se cubre solo en casos de hemorragia subaracnoidea.
- 46 Ningún medicamento ambulatorio que no se encuentre dentro del petitorio de medicamentos ambulatorio vigente de Sanitas, el mismo se encuentra publicado en nuestro portal web (www.sanitasperu.com).
- 47 Todos los gastos relacionados al incumplimiento de las indicaciones médicas por decisión del propio paciente, así como la automedicación en perjuicio de su curación y/o rehabilitación. No se cubren tratamientos, procedimientos o medicamentos otorgados o expedidos sin indicación o receta médica ni cualquier estudio, tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a un diagnóstico determinado.
- 48 No se reconocerán honorarios por encima de lo pactado con los proveedores de salud, y en el caso de reembolso, honorarios superiores a la tarifa pactada en el plan de salud. Tampoco se reconocerán sobrecostos de medicamentos, insumos, material médico o procedimientos diagnósticos o terapéuticos por encima de los costos establecidos por Sanitas EPS (tanto a crédito como a reembolso).

49 Tratamientos realizados en el extranjero o medicamentos no comercializados a nivel nacional, o que no cuenten con registro sanitario emitido por DIGEMID.

50

Todo equipo, servicios, tratamientos, fármacos, insumos o procedimientos médico de reciente implementación o nueva tecnología deberá tener el debido sustento científico que brinde un beneficio clínico relevante frente a los fármacos, insumos o procedimientos médicos ya existentes o considerados médicamente no necesarios (Medicina Basada en Evidencias, nivel de Evidencia IIa de la Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ) y deberá ser presentado por el proveedor de salud y, contractualmente aprobado por la EPS. No se cubren productos, servicios, procedimientos, insumos, medicamentos o tratamientos experimentales, o en fase de período de prueba o investigación.

51

Si un siniestro que debió ser rechazado por encontrarse excluido de cobertura hubiese sido cubierto por error, la EPS no estará obligada a continuar asumiendo el gasto por atenciones relacionadas a dicho siniestro a partir de la fecha de identificación del error.

Continuidad de las enfermedades preexistentes

La EPS se compromete a brindar continuidad a las enfermedades preexistentes de los hijos mayores de 18 a 28 años, que cambien de EPS o de plan de salud, siempre que se cumpla con lo siguiente:

- a) Que, al momento del diagnóstico de la enfermedad, los hijos mayores de 18 a 28 años se encuentren bajo la cobertura de un PEAS y de un plan complementario, y que hayan transcurrido noventa (90) días desde su afiliación.
- b) Que la inscripción de los hijos mayores de 18 a 28 años, en el nuevo plan de salud complementario se efectúe dentro de los treinta (60) días de extinta la anterior relación contractual.
- c) Que la preexistencia de los hijos mayores de 18 a 28 años se haya generado durante la vigencia del plan complementario anterior, no se haya encontrado excluida bajo ese contrato y que, además, se trate de un beneficio cubierto también por el plan complementario solicitado. Asimismo, si la preexistencia no está excluida, motivo que no fue declarada oportunamente, declaración falsa o reticente, esta condición no será cubierta en el nuevo plan complementario siendo totalmente excluida del contrato.
Se deja constancia que LA EPS podrá limitar la cobertura de las preexistencias a los límites que tenía esa condición en el plan donde se evidenció el diagnóstico. LA EPS podrá analizar el impacto económico de las preexistencias y fijar la prima de manera acorde en cada caso.

**ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN
(TRABAJADORES Y DERECHOHABIENTES LEGALES)**

| Evaluación y Control de riesgos según edad | | | | | | | | |
|--|------------------|-------|----------------------------------|------|------------------|-------|-------------------|------|
| PROCEDIMIENTO ANUAL | MUJERES | | | | HOMBRES | | | |
| | 12-17 | 18-39 | 40-59 | >59 | 12-17 | 18-39 | 40-59 | >59 |
| Consulta Méd. (Ex. Clínico completo) | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Tacto rectal | - | - | - | - | - | - | SI | SI |
| Examen ginecológico | SI*** | SI | SI | SI | - | - | - | - |
| Examen de mamas | CM | SI | SI | SI | - | - | - | - |
| Evaluación Oftalmológica | | | | | | | | |
| Examen externo del ojo* | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Descarte de estrabismo* | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Agudeza visual* | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Fondo de ojo* | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Descarte de glaucoma* | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Evaluación Odontológica | | | | | | | | |
| Atención Odontológica Básica | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Profilaxis dental y/o Destartraje Simple | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Aplicación de Sellantes | 4 dientes máximo | - | - | - | 4 dientes máximo | - | - | - |
| Fluorización | - | - | - | SI | - | - | - | SI |
| Exámenes de Auxiliares | | | | | | | | |
| Hemograma Completo | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Glucosa | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Colesterol | SI** | SI | SI | SI | SI** | SI | SI | SI |
| HDL Colesterol | SI** | SI | SI | SI | SI** | SI | SI | SI |
| Triglicéridos | SI** | SI | SI | SI | SI** | SI | SI | SI |
| Examen de orina | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Antígeno Prostático (PSA) | - | - | - | - | - | - | SI para > 50 años | SI |
| Sangre oculta en heces (thevenon) | - | - | SI para > 50 años | SI | - | - | SI para > 50 años | SI |
| VDRL | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| HIV (Elisa) | - | SI** | SI** | SI** | - | SI** | SI** | SI** |
| Electrocardiograma | - | SI | SI | SI | - | SI | SI | SI |
| Mamografía bilateral | - | - | CM 40-50 años. SI para > 50 años | | - | - | - | - |
| Colonoscopia diagnóstica (no terapéutica) | - | - | >50 años | | - | - | >50 años | |
| Radiografía torax | CM | SI | SI | SI | CM | SI | SI | SI |
| Papanicolaou | SI*** | SI | SI | SI | - | - | - | - |
| Evaluación Psicológica | | | | | | | | |
| Control de psicología | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |

CM: de acuerdo a criterio médico

* Solo en la red de prevención

* La colonoscopia se realizara cada 5 años.

** Para grupos de Riesgo

*** Adolescentes con vida sexual activa

| CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE NIÑO SANO | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| HASTA LOS 11 AÑOS, 11 MESES Y 30 DÍAS | | | | | | | | | |
| COBERTURAS | N° CONSULTAS, SESIONES Y/O EXÁMENES | | | | | | | | |
| | RN (0 a 28 d.) | 29 d. a < 1 a. | 1 año | 2 años | 3 años | 4 años | 5 años | 6 años | 7 a 11 años |
| Consulta Pediátrica, incluye: | 2 consultas, 1 cada 15 días | 1 consulta mensual hasta completar 11 atenciones | 6 consultas, 1 atención cada 2 meses | 4 consultas, 1 atención trimestral | 4 consultas, 1 atención trimestral | 4 consultas, 1 atención trimestral | 1 consulta anual | 1 consulta anual | 1 consulta anual |
| Control de peso | | | | | | | | | |
| Control de talla | | | | | | | | | |
| Control de maduración de órganos | | | | | | | | | |
| Control de maduración de sentidos | | | | | | | | | |
| Evaluación de acuerdo al crecimiento y desarrollo del niño (gatear, primeros pasos, etc) | | | | | | | | | |
| Evaluación Odontológica | | | | | | | | | |
| Atención Odontológica Básica** | | 2 consultas, 1 atención cada 6 meses | 2 consultas, 1 atención cada 6 meses | 2 consultas, 1 atención cada 6 meses | 2 consultas, 1 atención cada 6 meses | 2 consultas, 1 atención cada 6 meses | 2 consultas, 1 atención cada 6 meses | 2 consultas, 1 atención cada 6 meses | 2 consultas, 1 atención cada 6 meses |
| Aplicación de barniz y/o gel de flúor** | | | | | 2 consultas, 1 atención cada 6 meses | 2 consultas, 1 atención cada 6 meses | 2 consultas, 1 atención cada 6 meses | 2 consultas, 1 atención cada 6 meses | |
| Aplicación de Sellante por diente** | | | | | 1 consulta (4 dientes máximo) | 1 consulta (4 dientes máximo) | 1 consulta (4 dientes máximo) | 1 consulta (4 dientes máximo) | 1 consulta (4 dientes máximo) |
| Evaluación Oftalmológica | | | | | | | | | |
| Detección de alteraciones visuales | | | | | 1 consulta anual | 1 consulta anual | 1 consulta anual | 1 consulta anual | 1 consulta anual |
| Exámenes de Auxiliares | | | | | | | | | |
| Hemograma completo | 1 | 2 exámenes, 1 cada 6 meses | 2 exámenes, 1 cada 6 meses | 2 exámenes, 1 cada 6 meses | 1 examen anual | 1 examen anual | 1 examen anual | 1 examen anual | 1 examen anual |
| Grupo Sanguíneo y Factor RH | 1 | | | | | | | | |
| Tamizaje neonatal: Todos los RN*** | | | | | | | | | |
| Hipotiroidismo congénito | 1 | | | | | | | | |
| Hiperplasia Suprarrenal | | | | | | | | | |
| Fenilcetonuria | | | | | | | | | |
| Fibrosis quística | | | | | | | | | |
| Descarte de Catarata | | | | | | | | | |
| Descarte de Hipoacusia | | | | | | | | | |
| Glicemia por tira reactiva: procedimiento alternativo para paciente en riesgo de Diabetes Mellitus | 1* | | | | | | | | |
| Glucosa cuantitativa en sangre: procedimiento alternativo para paciente en riesgo de Diabetes Mellitus | 1* | | | | | | | | |
| Prueba de sífilis (VDRL): sólo grupo de riesgo sífilis congénita | 1* | | | | | | | | |
| Gota gruesa - frotis: grupo de riesgo malaria congénita y tripanosomiasis americana | 1* | | | | | | | | |
| Examen Parasitológico simple | | | 1 examen anual | 1 examen anual | 1 examen anual | 1 examen anual | 1 examen anual | 1 examen anual | 1 examen anual |
| Tratamiento: en relación a los exámenes de laboratorio realizados | | | | | | | | | |
| Suplemento de micronutrientes* | | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Hierro | | | | | | | | | |
| Tratamiento antiparasitario*: | | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Mebendazol o | | | | | | | | | |
| Albendazol | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | |
| * Para Grupos de Riesgo | | | | | | | | | |
| ** Solo en Centros Odontológicos afiliados a la red de prevención | | | | | | | | | |
| *** Se da cobertura por reembolso hasta S/. 350.00 nuevos soles. | | | | | | | | | |

| OTRAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN | | | | | | | | |
|--|------------------------|-------|-------|-----|------------------------|-------|-------|-----|
| PROCEDIMIENTO ANUAL | MUJERES | | | | HOMBRES | | | |
| | 12-17 | 18-39 | 40-59 | >59 | 12-17 | 18-39 | 40-59 | >59 |
| Espermatograma en post Vasectomía* | - | - | - | - | - | 1 | 1 | - |
| Planificación familiar (atención y consejería) | Hasta 4 (según método) | | | | Hasta 4 (según método) | | | |
| Procedimiento de inserción y retiro DIU** | | SI | SI | SI | - | - | - | - |
| Vasectomía a solicitud* | - | - | - | - | - | SI | - | - |
| Ligadura de Trompas a solicitud* | - | SI | - | - | - | - | - | - |

* Cobertura en clínicas designadas según red

** No cobertura de dispositivo DIU

| ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|--------|-----------------|-----------------|-----------|------------------|-------------------------------------|----------------------------------|------------------------|
| VACUNAS | RECIÉN NACIDO | 2º mes | 3º mes | 4º mes | 5º mes | 6º mes | 7º mes | 8º mes | 12º mes | 15º mes | 18º mes | 4º año | > 5 años | 2 - 59 años | > 60 años | MUJERES | MUJERES EN EDAD FÉRTIL (12-49 años) | VARONES EN RIESGO (15 - 64 años) | GESTANTE |
| Tuberculosis (BCG) ¹ | SI | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Hepatitis B (HvB) ² | SI | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | SI ² | SI ² | - | - | - | - | 2º trimestre |
| Polio inactivada (IPV o Salk) ³ | - | SI | - | SI | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Pentavalente ⁴ : DPT, HvB, Hib | - | SI | - | SI | - | SI | - | - | - | - | SI | SI | - | - | - | - | - | - | - |
| Neumococo ⁵ | - | SI | - | SI | - | - | - | - | SI | - | - | - | - | - | SI | - | - | - | - |
| Varicela ⁶ | - | - | - | - | - | - | - | - | SI | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Antiamarillica ⁷ | - | - | - | - | - | - | - | - | SI | - | - | - | - | SI | - | - | - | - | - |
| Difteria, Pertusis y Tétanos (DPT) ⁸ | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | SI | SI | - | - | - | - | - | - | - |
| Tétano y difteria (dT Adulto) ⁸ | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | SI (3 dosis) | SI | 2º trimestre (2 dosis) |
| Toxoide Diftotétano Pediátrico (Dt) ⁹ | - | - | - | SI | - | SI | - | - | - | - | SI | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Virus de Papiloma Humano (VPH) ¹⁰ | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | SI ¹⁰ | - | - | - |
| Influenza ¹¹ | - | - | - | - | - | - | SI | SI | - | - | - | - | - | SI | SI | - | - | - | a partir del 4º mes |
| Tétano y difteria (dTpa) ¹² | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 3º trimestre (1dosis) |
| Haemophilus influenza tipo B (HvB) ¹³ | - | SI | - | SI | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Antipolio Oral (APO o Sabin) ¹⁴ | - | - | - | - | - | SI | - | - | - | - | SI | SI | - | - | - | - | - | - | - |
| Rotavirus ¹⁵ | - | SI | - | SI | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Sarampión, Paperas, Rubeola (SPR) ¹⁶ | - | - | - | - | - | - | - | - | SI | - | SI | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Profilaxis Antirrábica ¹⁷ | VER CONDICIONES | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(1) Recién nacidos (0-28 días), con peso igual o mayor a 2000 gr. Prioritariamente dentro de las 12 horas de nacido o durante el primer año de vida si no recibió la vacuna. De 1 a 5 años previo descarte de infección de tuberculosis.

(2) Recién nacido (en las primeras 12 horas de nacido) > de 5a. que no han completado 3 dosis de vacuna pentavalente y/o no muestra evidencia de haber recibido las 3 dosis (pentavalente o hepatitis B), en ningún caso se reinicia el esquema. 16- 56a. que no han recibido y/o completado esquema de vacunación. Gestante (2 trimestre) que no haya completado el esquema de 3 dosis

(3) Niños con VIH o nacidos de madres con VIH recibirán 3 dosis de IPV y no APO.

(4) De 1 a 4 años 11 meses y 29 días, sin vacunación previa se aplica el esquema (3 dosis con un intervalo mínimo de 2 meses entre dosis y dosis). Refuerzo 18 meses y 4 años

(5) Los NI vacunados de neumococo entre 12 y 23 meses con 29 días 2 dosis recibirán 2 dosis con intervalo mínimo de un mes entre cada dosis. Los niños de 2 a 4 años con comorbilidades (neuropatías, cardiopatías, diabetes,

hemofilia, infección por VIH, síndrome de Down, neoplasia, esplenectomizados e inmunosuprimidos) que no recibieron la vacunación previamente deben recibir una dosis. Adultos > de 60 años

(6) A partir de los 12 meses hasta los 2 años 11 meses y 29 días.

(7) De 2 a 59 años de edad, que acredite no haber recibido vacuna y que vive en regiones endémicas y expulsoras. Sólo aplica para el Centro Internacional de Vacunación de la Clínica Javier Prado.

(8) dT en mujeres de edad reproductiva (MER) de 12 a 49 años. Población de varones en riesgo (agricultores, recicladores, artesanos de madera, metalmecánica, trabajadores de limpieza, personas privadas de libertad).

(9) DT pediátrico de 2 a 4 años 11 meses y 29 días: 2 dosis (18 meses y 4 años 11 meses y 29 días) como refuerzo, con un intervalo de 6 meses entre dosis y dosis.

(10) Niñas y adolescentes de 5º grado de primaria regular de instituciones educativas públicas y privadas. Asimismo, niñas de 9 años hasta los 13 años 11 meses y 29 días. Intervalo de 6 meses.

(11) En > de 1 año (1 dosis) < 2 años (1 dosis) Pacientes entre 2 años a 59 años 11 meses y 29 días con comorbilidades. Gestantes a partir de las 20 semanas y puérperas. Personal de salud.

(12) Solo para gestantes de 27 a 36 semanas de gestación.

(13) Para casos que tienen reacción anafiláctica a la pentavalente. 1 a 4 años en caso no se han vacunado.

(14) Refuerzo a los 18 meses y 4 años

(15) Solo se coloca la vacuna hasta los 5 meses 29 días, (1 dosis) y 7 meses 29 días (2 dosis).

(16) Se puede vacunar a niños y adolescentes según contexto epidemiológico del país.

(17) Aplicación de:

Vacunación post exposición, con vacuna antirrábica, o

Vacunación post exposición, con vacuna antirrábica, más aplicación del suero antirrábico (inmunoglobulina), la cual debe ser realizada bajo vigilancia médica a fin de determinar la presencia de reacciones postvacunales

Reembolso hasta S./ 250 por vacuna.

DEFINICIONES

- 1 **MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA.** Es el uso juicioso y prudente basado en la mejor evidencia médica disponible para tomar decisiones directamente relacionadas con el cuidado de la salud. La evidencia médica se refiere a los resultados de los estudios clínicos realizados a nivel nacional e internacional, cuyas conclusiones y recomendaciones son aplicables al paciente. La práctica de la medicina basada en evidencias constituye actualmente el estándar para el ejercicio de la medicina.
- 2 **NIVEL DE EVIDENCIA IIa.** Dentro de toda la gama de apoyo diagnóstico en medicina, existen estudios cuyo diseño permite brindar mejores recomendaciones. A la calificación de estos estudios se les denomina Niveles de Evidencia y van en una escala del I (mejor diseño con conclusiones sólidas) al IV (pobre diseño con conclusiones carentes de solidez). El nivel de evidencia IIa, según la clasificación de la Agency for Healthcare Research and Quality (instituto internacional que vela por la adecuada atención médica), se define como las conclusiones brindadas proceden de un estudio comparativo, prospectivo, no aleatorio; es decir que este tipo de estudios compara, por ejemplo, un tratamiento estándar contra una nueva terapia en la que la distribución de los pacientes no fue al azar, lo cual reduce la calidad de las conclusiones. Para SANITAS PERU EPS el nivel IIa de evidencia es el límite para determinar la fortaleza de la indicación de un estudio, terapia, insumo o fármaco y por consiguiente la decisión de cobertura del mismo será basada en este nivel de evidencia.
- 3 **BENEFICIO CLÍNICO RELEVANTE.** Es el beneficio adicional que puede tener una nueva terapia o tratamiento en comparación con una terapia estándar, de efectividad ya probada. Los estudios clínicos realizados para probar un nuevo tratamiento tienen que demostrar que este tiene mayor efectividad y/o seguridad que la terapia estándar.
- 4 **FDA (Food and Drug Administration).** Organización norteamericana que regula y supervisa la seguridad de alimentos, suplementos dietéticos, medicamentos, vacunas, productos sanguíneos y equipos médicos; sus conclusiones son tomadas por la comunidad médica internacional como un patrón de referencia para la prescripción adecuada de lo mencionado anteriormente.
- 5 **NCCN (National Comprehensive Cancer Network).** Organización Norteamericana compuesta por la alianza de 21 centros de cáncer en los Estados Unidos de América, la mayoría de las cuales son designadas por el Instituto Nacional de Cancer de los Estados Unidos. Su misión principal es el desarrollo y publicación de Guías de Práctica Clínica para el tratamiento del Cancer
- 6 **NCI (National Cancer Institute).** Es la principal agencia del gobierno federal de los Estados Unidos dedicada a la investigación y capacitación sobre el cáncer. Dirige y apoya la investigación, capacitación y distribución de información médica, así como otros programas relacionados con las causas, el diagnóstico, la prevención y el tratamiento del cáncer.

OBLIGACIONES A CARGO DE LA EPS Y TIEMPOS DE ESPERA Para Contratos Regulares

Periodos de espera aplican siempre a las coberturas y servicios médicos indicados en el plan de salud escogido.

LA EPS se obliga para con el ASEGURADO a contratar con los profesionales y las entidades vinculadas, de acuerdo con la disponibilidad de cada uno de ellos, la prestación de los servicios médicos, quirúrgicos y hospitalarios en favor de los usuarios que así lo requieran, para la prevención y/o tratamiento de las enfermedades, afecciones y/o lesiones amparadas por el presente contrato, e igualmente se obliga a pagar directamente a los profesionales y a las entidades vinculadas el valor total de los servicios y suministros, todo ello dentro de los términos y bajo las condiciones estipuladas en este contrato.

Las siguientes condiciones aplican para aquellos afiliados que han perdido el derecho a la continuidad de cobertura según lo establecido en el reglamento de la Ley 29561 y para aquellos afiliados que ingresen en los meses siguientes a la fecha de vigencia inicial del contrato con la Entidad Empleadora.

- 1 A partir de la fecha de cobertura de cada usuario en particular, y durante su permanencia en el contrato en calidad de tal, LA EPS se obliga para con el ASEGURADO y sus dependientes, a contratar y pagar en favor de cada uno de aquellos, la prestación de los siguientes servicios:
 - 1.1 Consulta:
 - 1.1.1 Consulta de medicina general y de las especialidades incluidas en el cuadro médico (red) vigente (incluye teleconsulta): este servicio se prestará, mediante cita previa, en los consultorios o lugares de atención de los respectivos profesionales, cuyas direcciones y números telefónicos figuran en la mencionada Guía del Usuario y Cuadro Médico.
 - 1.1.2 Consulta médica domiciliaria: LA EPS ofrece a sus usuarios el servicio de consulta médica general y pediatría en su residencia, cuando por su estado de salud así se justifique, a solicitud del usuario y de acuerdo con la disponibilidad de médico para el efecto. Este servicio se prestará en aquellas ciudades que así lo indique el cuadro médico (red) vigente. Los medicamentos recetados por el médico tratante están sujetos a los copagos detallados en el Plan de Salud.
 - 1.1.3 Odontología:
 - 1.1.3.1 Odontología preventiva: el usuario tiene derecho anual como parte del chequeo preventivo.
 - 1.1.3.1.1 Examen clínico: comprende diagnóstico, elaboración del plan de tratamiento y del respectivo presupuesto.
 - 1.1.3.1.2 Profilaxis: control de la placa bacteriana e higiene oral, eliminando manchas y sarro
 - 1.1.3.1.3 Fluorización: aplicaciones tópicas de flúor, en la población infantil.
 - 1.1.3.2 Atención de emergencias odontológicas:
 - 1.1.3.2.1 Por dolor: tiene como finalidad disminuir o eliminar el dolor causado por infecciones, abscesos, caries, pulpitis o hemorragias.
Este servicio comprende drenajes, pulpotomías, radiología y exodoncias no quirúrgicas.
 - 1.1.3.2.2 Por trauma: tiene como finalidad solucionar la situación de emergencia ocasionada por un accidente. Se excluyen los tratamientos posteriores requeridos (implantes, prótesis y cualquier otra intervención o cirugía reconstructiva), con motivo de accidente o emergencia de cualquier índole.
 - 1.2 Otros Servicios: LA EPS igualmente contratará la prestación de los siguientes servicios en forma exclusiva, los cuales se prestarán previa prescripción de un médico de una entidad vinculada:
 - 1.2.1 Rayos X, ecografías, radioscopias y cistografías; si para la práctica del respectivo procedimiento se requiere de la aplicación de medios de contraste, éstos serán a cargo de LA EPS.
 - 1.2.2 Electrocardiogramas.
 - 1.2.3 Análisis clínicos y biológicos.
 - 1.2.4 Análisis anatomopatológicos.
 - 1.2.5 Oxigenoterapia.
 - 1.2.6 Transfusiones de sangre: Será a cargo de LA EPS el costo de las pruebas de clasificación sanguínea (plasma fresco congelado, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas y del respectivo acto médico), pero no la consecución de los mismos ni otros derivados o componentes de la sangre y/o plasma.
 - 1.2.7 Ambulancia terrestre: Para el traslado del usuario, dentro de la ciudad, al Centro Asistencial y viceversa, siempre que por el estado de salud del usuario se precise de este servicio, previa certificación de un médico o entidad vinculada de acuerdo con la disponibilidad del respectivo vehículo. Para reconocer los servicios de ambulancia en los casos de emergencia vital inmediata, será la Entidad Vinculada que reciba al ASEGURADO enfermo o accidentado la que facilite la certificación diciendo por qué causa se precisó este servicio, la cual deberá ser tramitada ante LA EPS.
 - 1.2.8 Medicina de emergencia vital inmediata y cirugías en casos de emergencia vital inmediata: LA EPS contratará la prestación de los servicios médicos y quirúrgicos en caso de Emergencia Vital Inmediata, así como en los abortos espontáneos, en las entidades vinculadas para tal efecto de acuerdo con lo especificado en la Guía del Usuario – Red de IPRESS, siempre que la causa que origine tal emergencia no sea una de aquellas definidas como Limitación Contractual.
 - 1.2.9 Cirugía menor: entendiéndose como aquella intervención que se realiza con anestesia local y en forma
 - 1.2.10 Asistencia en los partos pretérmino, siempre y cuando se cumpla el requisito de haber iniciado la gestación después de fecha de cobertura.
 - 1.2.11 Fisioterapia y rehabilitación directamente relacionada con dicha fisioterapia: electrorradioterapia superficial y profunda, onda corta, rayos infrarrojos, rayos ultravioletas y corrientes eléctricas. Estos servicios se prestarán con carácter ambulatorio y como tratamiento subsidiario de enfermedades o dolencias reversibles.

- 1.2.12 Terapia respiratoria.
- 1.2.13 Medicamentos ambulatorios comercializados legalmente en Perú, que se formulen por médico o entidad vinculada, según el petitorio definido por LA EPS.
- 1.2.14 Medios complementarios de diagnóstico: encefalogramas, electroencefalogramas, monitoria fetal, electromiografía, audiometría y otros definidos en el plan de salud.
- 1.2.15 Atenciones ocasionadas por la práctica de deportes de alto riesgo.
- 1.3. Reembolsos:

Solamente en casos de emergencia y si el usuario se hallare en cualquier zona del país, que no sea su domicilio y en donde LA EPS no tenga sede, ni contratada la prestación de servicios con médicos o instituciones de la localidad, el usuario podrá tomar este servicio con médicos o entidades no vinculadas a LA EPS cancelando su valor y presentando a LA EPS la solicitud de reembolso, el cual se hará si cumple los siguientes requisitos:

 - 1.3.1 Presentación de una carta explicativa acompañada de las facturas originales completas, número del RUC de la institución que atendió la emergencia, nombre y nombre del médico que atendió el caso con colegiatura y registro nacional de especialista, e historia clínica completa en la que se incluya: motivo de consulta, diagnóstico, procedimientos realizados, conducta a seguir y número de DNI/CE del usuario atendido.
 - 1.3.2 LA EPS sólo aceptará reembolsos presentados hasta quince (15) días calendario después de ocurrida la emergencia.
 - 1.3.3 Sólo se reintegrarán gastos correspondientes a la atención de emergencias, las cuales serán previamente evaluadas y catalogadas como tales por parte del Comité Médico de LA EPS; cumplidos estos requisitos, el reembolso se realizará a los treinta (30) días de la recepción de los documentos en LA EPS.
Lo anterior también aplicará para aquellos casos en los que servicios con cobertura contractual no pudieran ser prestados por falta de disponibilidad total de profesionales o instituciones vinculadas a LA EPS, no obstante existir convenio con los mismos.
- 1.4. Asistencia en Accidentes de Tránsito Terrestre:

Comprenderá la atención de las lesiones sufridas por el usuario en accidentes de tránsito terrestre, ya sea en vehículo propio, de alquiler o de cualquier tipo, como conductor, pasajero o peatón.
La asistencia al lesionado se prestará en régimen ambulatorio o, si el caso lo requiere, con internamiento hospitalario, siendo de cuenta de LA EPS los gastos de asistencia al usuario lesionado, así como el tratamiento de rehabilitación en régimen ambulatorio o no.
Todos estos servicios serán atendidos por los médicos y/o Entidades vinculadas a LA EPS y los internamientos hospitalarios se efectuarán en entidades vinculadas a LA EPS.

Es entendido que LA EPS estará exonerada de darle cumplimiento a lo establecido en la presente Cláusula, de llegar a comprobarse la comisión de una infracción de tránsito o culpa por parte del usuario afectado, debiendo reembolsarse en favor de la primera todos aquellos gastos en que hubiese incurrido por concepto del accidente, según el procedimiento establecido en el numeral 1.3 de la Cláusula Quinta (condiciones particulares) del presente contrato.

2. A PARTIR DEL PRIMER DÍA DEL TERCER (3) MES DE VIGENCIA ININTERRUMPIDA DEL PRESENTE CONTRATO, individualmente considerada respecto de la fecha de cobertura a LA EPS de cada usuario en particular, independientemente de la antigüedad que se le hubiere reconocido por la compañía, LA EPS se obliga a contratar:

- 2.1 Medios complementarios de diagnóstico: ecocardiogramas, pruebas de esfuerzo, holter, doppler, ventriculografías, arteriografías, exploraciones eléctricas, pruebas funcionales del riñón e hígado, artrografías, mamografías, tomografías axiales computarizadas, urografías, resonancia magnética nuclear convencional, coronariografía y mielografía, todo de acuerdo con lo estipulado en el presente Contrato. Si para la práctica del respectivo procedimiento se requiere de la aplicación de medios de contraste, éstos serán a cargo de LA EPS.
- 2.2 Hemodiálisis aguda o diálisis peritoneal: este servicio se prestará en régimen de internado o ambulatorio, según el requerimiento, y la previa prescripción de un médico afiliado a la red de prestadores de la EPS y con autorización de la misma, exclusivamente durante los días de su ocurrencia, en el tratamiento de insuficiencias renales de carácter reversible, siempre que tales enfermedades hayan sido contraídas con posterioridad a la fecha de cobertura del usuario al presente Contrato, con exclusión expresa de afecciones crónicas, preexistentes o no a la celebración del contrato.
- 2.3 Cirugía ambulatoria y procedimientos endoscópicos: este servicio asistencial comprenderá los procedimientos e intervenciones en las especialidades del Cuadro Médico Vigente.
- 2.4 Asistencia hospitalaria: este servicio asistencial será contratado por LA EPS, para ser prestado de acuerdo con la disponibilidad de la entidad vinculada, a los usuarios que así lo requieran, previa prescripción de un médico o Entidad Vinculada a la LA EPS, debidamente autorizada por LA EPS, en entidad adscrita y bajo las modalidades y términos establecidos a continuación.
 - 2.4.1 Hospitalización para tratamiento médico, quirúrgico, o en unidad de cuidados intensivos: comprende la contratación y pago de la hospitalización, los productos anestésicos y los medicamentos formulados y suministrados intrahospitalariamente y que sean comercializados legalmente en Perú, el quirófano, los equipos utilizados durante la respectiva hospitalización, los honorarios de los profesionales autorizados por LA EPS para la respectiva atención y los demás servicios suministrados al usuario intrahospitalariamente por la entidad vinculada. El período máximo para cada hospitalización será determinado por el médico tratante o por los médicos de la Entidad Vinculada, previa autorización de LA EPS mediante la expedición de la respectiva autorización de servicios (Carta de Garantía).
 - 2.4.2 Hospitalización para tratamiento psiquiátrico en Entidad Vinculadas adscritas y autorizadas por SUSALUD: La hospitalización para tratamiento psiquiátrico, queda limitada a un periodo máximo de cuarenta y cinco (45) días durante cada año de vigencia del presente contrato, no acumulable año a año.
- 2.5 Atención hospitalaria en casa: de acuerdo a las condiciones del plan de salud vigente.

- 2.6 Tratamiento quimioterapéutico: El servicio médico especializado será prestado previa orden escrita de profesional afiliado a la red de prestadores vigente en todos los ciclos necesarios, tanto en el régimen ambulatorio como hospitalario, si éste se precisare.
Queda entendido que en dicho tratamiento los medicamentos citostáticos y hormonales requeridos serán de acuerdo al Petitorio de Medicamentos Ambulatorios que establezca LA EPS. Cuando para el tratamiento oncológico adecuado se requiera el internamiento hospitalario, el médico, que atienda al usuario, lo deberá solicitar por escrito a la misma, la que lo autorizará si procede, en entidad vinculada, a cada usuario que así lo precise.
- 2.7 Braquiterapia, Radioterapia y Cobaltoterapia: estos servicios serán prestados a los usuarios en las entidades adscritas designadas por LA EPS previa prescripción del médico afiliado a la red de prestadores.
- 2.8 Diagnóstico y tratamiento para salud mental de acuerdo al PEAS.
- 2.5 Beneficios adicionales: acupuntura, alimentación para acompañante, gastos de enfermera acompañante, homeopatía y quiropraxia; de acuerdo a las condiciones especificadas en el plan de salud.
- 3 A PARTIR DEL PRIMER DIA DEL SÉPTIMO (7) MES DE VIGENCIA ININTERRUMPIDA DEL PRESENTE CONTRATO, individualmente considerada respecto de la fecha de cobertura a LA EPS de cada usuario en particular, independientemente de la antigüedad que se le hubiere reconocido por la compañía, LA EPS se obliga a contratar:**
- 3.1 Cirugías y/o procedimientos para revascularización coronaria (angioplastias, bypass aortocoronario y otros).
- 3.2 Cirugías vertebro medulares e intracraneanas de cualquier naturaleza.
- 3.3 Medicina nuclear: para tratamientos o exploraciones de las dolencias que lo precisen en las entidades vinculadas que LA EPS designe, y por indicación escrita de un especialista.
- 3.4 Excimer laser.
- 3.5 El suministro de stent coronario medicado y no medicado.
- 3.6 El suministro de prótesis quirúrgicas, hasta los montos indicados en el plan de salud vigente del usuario, por cada año de vigencia del contrato, no acumulables por año, siempre que no se requiera como consecuencia de una patología preexistente.
- 3.7 Beneficios adicionales: audífonos, blanqueamiento dental, botox para casos terapéuticos, desastres naturales, monturas y cristales, terrorismo y zapatos correctivos; de acuerdo a las condiciones especificadas en el plan de salud.
- 4 A PARTIR DEL PRIMER DIA DEL DÉCIMO (10) MES DE VIGENCIA ININTERRUMPIDA DEL PRESENTE CONTRATO, individualmente considerada respecto de la fecha de cobertura a LA EPS de cada usuario en particular, independientemente de la antigüedad que se le hubiere reconocido por la compañía, LA EPS se obliga a contratar:**
- 4.1 Asistencia de aborto, maternidad hospitalaria y cesárea, siempre y cuando se cumpla el requisito de haber iniciado la gestación después de fecha de cobertura.
- 4.2 Atención Neonatal:
El bebé nacido de usuaria de LA EPS con derecho a los servicios de atención médica obstétrica del parto, será beneficiario de los servicios de salud intrahospitalarios requeridos durante el periodo neonatal, incluyendo la atención de las enfermedades congénitas o causadas por deficiencias de maduración.
Dicha cobertura durante el periodo neonatal produce continuidad en caso de ser incluido el bebé en el contrato en calidad de usuario, siempre y cuando el bebé sea incluido como usuario en el plan de salud dentro de los 30 días de producido el nacimiento. Por lo tanto, las enfermedades o malformaciones congénitas o sus consecuencias, conocidas en cualquier momento, no se considerarán como preexistencias y por ello tendrán cobertura de acuerdo a las estipulaciones y condiciones del Plan de Salud.
- 5 A PARTIR DEL PRIMER DIA DEL DÉCIMO TERCER MES (13) MES DE VIGENCIA ININTERRUMPIDA DEL PRESENTE CONTRATO, individualmente considerada respecto de la fecha de cobertura a LA EPS de cada usuario en particular, independientemente de la antigüedad que se le hubiere reconocido por la compañía, LA EPS se obliga a contratar:**
- 5.1 Diagnóstico y tratamiento para el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) y sus complicaciones. Diagnóstico y tratamiento para la Infección por VIH (Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana) y sus complicaciones. Ambos casos de acuerdo a petitorio.
- 5.2 Enfermedades congénitas no conocidas.
- 5.3 Medicamentos, fármacos o agentes biológicos, incluidos los medicamentos monoclonales, para aquellos diagnósticos contemplados en el PEAS (Plan Esencial de Aseguramiento en Salud).
- 5.5 Beneficios adicionales: cirugía preventiva de mama y ovarios, ortodoncia y reconstrucción mamaria oncológica; de acuerdo a las condiciones especificadas en el plan de salud.
- 6 A PARTIR DEL PRIMER DIA DEL VIGÉSIMO QUINTO (25) MES DE VIGENCIA ININTERRUMPIDA DEL PRESENTE CONTRATO, individualmente considerada respecto de la fecha de cobertura a LA EPS de cada usuario en particular, independientemente de la antigüedad que se le hubiere reconocido por la compañía, LA EPS se obliga a contratar:**
- 6.1 Gastos por trasplante de órganos de acuerdo a las condiciones especificadas en el plan de salud.

OBLIGACIONES A CARGO DE LA EPS Y TIEMPOS DE ESPERA Para Contratos Potestativos

Periodos de espera aplican siempre a las coberturas y servicios médicos indicados en el plan de salud escogido.

LA EPS se obliga para con el AFILIADO a contratar con los profesionales y las entidades vinculadas, de acuerdo con la disponibilidad de cada uno de ellos, la prestación de los servicios médicos, quirúrgicos y hospitalarios en favor de los usuarios que así lo requieran, para la prevención y/o tratamiento de las enfermedades, afecciones y/o lesiones amparadas por el presente contrato, e igualmente se obliga a pagar directamente a los profesionales y a las entidades vinculadas el valor total de los servicios y suministros, todo ello dentro de los términos y bajo las condiciones estipuladas en este contrato.

- 1 A partir de la fecha de cobertura de cada usuario en particular, y durante su permanencia en el contrato en calidad de tal, LA EPS se obliga para con el AFILIADO y sus dependientes, a contratar y pagar en favor de cada uno de aquellos, la prestación de los siguientes servicios:
 - 1.1 Consulta:
 - 1.1.1 Consulta de medicina general y de las especialidades incluidas en el cuadro médico (red) vigente (incluye teleconsulta): este servicio se prestará, mediante cita previa, en los consultorios o lugares de atención de los respectivos profesionales, cuyas direcciones y números telefónicos figuran en la mencionada Guía del Usuario y
 - 1.1.2 Consulta médica domiciliaria: LA EPS ofrece a sus usuarios el servicio de consulta médica general y pediatría en su residencia, cuando por su estado de salud así se justifique, a solicitud del usuario y de acuerdo con la disponibilidad de médico para el efecto. Este servicio se prestará en aquellas ciudades que así lo indique el cuadro médico (red) vigente. Los medicamentos recetados por el médico tratante están sujetos a los copagos
 - 1.1.3 Odontología:
 - 1.1.3.1 Odontología preventiva: el usuario tiene derecho anual como parte del chequeo preventivo.
 - 1.1.3.1.1 Examen clínico: comprende diagnóstico, elaboración del plan de tratamiento y del
 - 1.1.3.1.2 Profilaxis: control de la placa bacteriana e higiene oral, eliminando manchas y sarro localizado.
 - 1.1.3.1.3 Fluorización: aplicaciones tópicas de flúor, en la población infantil.
 - 1.1.3.2 Atención de emergencias odontológicas:
 - 1.1.3.2.1 Por dolor: tiene como finalidad disminuir o eliminar el dolor causado por infecciones, abscesos, caries, pulpitis o hemorragias. Este servicio comprende drenajes, pulpotomías, radiología y exodoncias no quirúrgicas.
 - 1.1.3.2.2 Por trauma: tiene como finalidad solucionar la situación de emergencia ocasionada por un accidente. Se excluyen los tratamientos posteriores requeridos (implantes, prótesis y cualquier otra intervención o cirugía reconstructiva), con motivo de accidente o emergencia
 - 1.2 Otros Servicios: LA EPS igualmente contratará la prestación de los siguientes servicios en forma exclusiva, los cuales se prestarán previa prescripción de un médico de una entidad vinculada:
 - 1.2.1 Rayos X, ecografías, radioscopias y cistografías: si para la práctica del respectivo procedimiento se requiere de la aplicación de medios de contraste, éstos serán a cargo de LA EPS.
 - 1.2.2 Electrocardiogramas.
 - 1.2.3 Análisis clínicos y biológicos.
 - 1.2.4 Análisis anatomopatológicos.
 - 1.2.5 Oxigenoterapia
 - 1.2.6 Transfusiones de sangre: Será a cargo de LA EPS el costo de las pruebas de clasificación sanguínea (plasma fresco congelado, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas y del respectivo acto médico), pero no la consecución de los mismos ni otros derivados o componentes de la sangre y/o plasma.
 - 1.2.7 Ambulancia terrestre: Para el traslado del usuario, dentro de la ciudad, al Centro Asistencial y viceversa, siempre que por el estado de salud del usuario se precise de este servicio, previa certificación de un médico o entidad vinculada de acuerdo con la disponibilidad del respectivo vehículo. Para reconocer los servicios de ambulancia en los casos de emergencia vital inmediata, será la Entidad Vinculada que reciba al USUARIO enfermo o accidentado la que facilite la certificación diciendo por qué causa se precisó este servicio, la cual deberá ser tramitada ante LA EPS.
 - 1.2.8 Medicina de emergencia vital inmediata y cirugías en casos de emergencia vital inmediata: LA EPS contratará la prestación de los servicios médicos y quirúrgicos en caso de Emergencia Vital Inmediata, así como en los abortos espontáneos, en las entidades vinculadas para tal efecto de acuerdo con lo especificado en la Guía del Usuario – Red de IPRESS, siempre que la causa que origine tal emergencia no sea una de aquellas definidas como Limitación Contractual.
 - 1.2.9 Cirugía menor: entendiéndose como aquella intervención que se realiza con anestesia local y en forma
 - 1.2.10 Asistencia en los partos pretérmino, siempre y cuando se cumpla el requisito de haber iniciado la gestación después de fecha de cobertura.
 - 1.2.11 Fisioterapia y rehabilitación directamente relacionada con dicha fisioterapia: electrorradioterapia superficial y profunda, onda corta, rayos infrarrojos, rayos ultravioletas y corrientes eléctricas. Estos servicios se prestarán con carácter ambulatorio y como tratamiento subsidiario de enfermedades o dolencias reversibles.
 - 1.2.12 Terapia respiratoria.
 - 1.2.13 Medicamentos ambulatorios comercializados legalmente en Perú, que se formulen por médico o entidad vinculada, según el petitorio definido por LA EPS.
 - 1.2.14 Medios complementarios de diagnóstico: encefalogramas, electroencefalogramas, monitoria fetal, electromiografía, audiometría y otros definidos en el plan de salud.

- 1.2.15 Atenciones ocasionadas por la práctica de deportes de alto riesgo.
- 1.3 Reembolsos:
Solamente en casos de emergencia y si el usuario se hallare en cualquier zona del país, que no sea su domicilio y en donde LA EPS no tenga sede, ni contratada la prestación de servicios con médicos o instituciones de la localidad, el usuario podrá tomar este servicio con médicos o entidades no vinculadas a LA EPS cancelando su valor y presentando a LA EPS la solicitud de reembolso, el cual se hará si cumple los siguientes requisitos:
- 1.3.1 Presentación de una carta explicativa acompañada de las facturas originales completas, número del RUC de la institución que atendió la emergencia, nombre y nombre del médico que atendió el caso con colegiatura y registro nacional de especialista, e historia clínica completa en la que se incluya: motivo de consulta, diagnóstico, procedimientos realizados, conducta a seguir y número de DNI/CE del usuario atendido.
 - 1.3.2 LA EPS sólo aceptará reembolsos presentados hasta quince (15) días calendario después de ocurrida la emergencia.
 - 1.3.3 Sólo se reintegrarán gastos correspondientes a la atención de emergencias, las cuales serán previamente evaluadas y catalogadas como tales por parte del Comité Médico de LA EPS; cumplidos estos requisitos, el reembolso se realizará a los treinta (30) días de la recepción de los documentos en LA EPS.
Lo anterior también aplicará para aquellos casos en los que servicios con cobertura contractual no pudieran ser prestados por falta de disponibilidad total de profesionales o instituciones vinculadas a LA EPS, no obstante existir convenio con los mismos.
- 1.4. Asistencia en Accidentes de Tránsito Terrestre:
Comprenderá la atención de las lesiones sufridas por el usuario en accidentes de tránsito terrestre, ya sea en vehículo propio, de alquiler o de cualquier tipo, como conductor, pasajero o peatón.
La asistencia al lesionado se prestará en régimen ambulatorio o, si el caso lo requiere, con internamiento hospitalario, siendo de cuenta de LA EPS los gastos de asistencia al usuario lesionado, así como el tratamiento de rehabilitación en régimen ambulatorio o no.
Todos estos servicios serán atendidos por los médicos y/o Entidades vinculadas a LA EPS y los internamientos hospitalarios se efectuarán en entidades vinculadas a LA EPS.
Es entendido que LA EPS estará exonerada de darle cumplimiento a lo establecido en la presente Cláusula, de llegar a comprobarse la comisión de una infracción de tránsito o culpa por parte del usuario afectado, debiendo reembolsarse en favor de la primera todos aquellos gastos en que hubiese incurrido por concepto del accidente, según el procedimiento establecido en el numeral 1.3 de la Cláusula Tercera (condiciones particulares) del presente contrato.
- 2. A PARTIR DEL PRIMER DIA DEL CUARTO (4) MES DE VIGENCIA ININTERRUMPIDA DEL PRESENTE CONTRATO, individualmente considerada respecto de la fecha de cobertura a LA EPS de cada usuario en particular, independientemente de la antigüedad que se le hubiere reconocido por la compañía, LA EPS se obliga a contratar:**
- 2.1 Consulta odontológica ambulatoria.
 - 2.2 Medios complementarios de diagnóstico: ecocardiogramas, pruebas de esfuerzo, holter, doppler, ventriculografías, arteriografías, exploraciones eléctricas, pruebas funcionales del riñón e hígado, artrografías, mamografías, tomografías axiales computarizadas, urografías, resonancia magnética nuclear convencional, coronariografía y mielografía, todo de acuerdo con lo estipulado en el presente Contrato. Si para la práctica del respectivo procedimiento se requiere de la aplicación de medios de contraste, éstos serán a cargo de LA EPS.
 - 2.3 Terapia del lenguaje: Este servicio se prestará en las ciudades en que haya profesionales Fonoaudiólogos.
 - 2.4 Atención hospitalaria en casa: de acuerdo a las condiciones del plan de salud vigente.
 - 2.5 Beneficios adicionales: acupuntura, homeopatía y quiropraxia; de acuerdo a las condiciones especificadas en el plan de salud.

3 A PARTIR DEL PRIMER DIA DEL SÉPTIMO (7) MES DE VIGENCIA ININTERRUMPIDA DEL PRESENTE CONTRATO, individualmente considerada respecto de la fecha de cobertura a LA EPS de cada usuario en particular, independientemente de la antigüedad que se le hubiere reconocido por la compañía, LA EPS se obliga a contratar:

- 3.1 Cirugía ambulatoria y procedimientos endoscópicos: este servicio asistencial comprenderá los procedimientos e intervenciones en las especialidades del Cuadro Médico Vigente.
- 3.2 Medicina nuclear: para tratamientos o exploraciones de las dolencias que lo precisen en las entidades vinculadas que LA EPS designe, y por indicación escrita de un especialista.
- 3.3 Asistencia hospitalaria: este servicio asistencial será contratado por LA EPS, para ser prestado de acuerdo con la disponibilidad de la entidad vinculada, a los usuarios que así lo requieran, previa prescripción de un médico o Entidad Vinculada a la LA EPS, debidamente autorizada por LA EPS, en entidad adscrita y bajo las modalidades y términos establecidos a continuación.
 - 3.3.1 Hospitalización para tratamiento médico, quirúrgico, o en unidad de cuidados intensivos: comprende la contratación y pago de la hospitalización, los productos anestésicos y los medicamentos formulados y suministrados intrahospitalariamente y que sean comercializados legalmente en Perú, el quirófano, los equipos utilizados durante la respectiva hospitalización, los honorarios de los profesionales autorizados por LA EPS para la respectiva atención y los demás servicios suministrados al usuario intrahospitalariamente por la entidad vinculada. El período máximo para cada hospitalización será determinado por el médico tratante o por los médicos de la Entidad Vinculada, previa autorización de LA EPS mediante la expedición de la respectiva autorización de servicios (Carta de Garantía)
- 3.4 En forma complementaria, LA EPS prestará a los usuarios que así lo requieran, previa prescripción de un profesional o Entidad Vinculada a la LA EPS y mediando autorización de ésta, los servicios de Procedimientos Auxiliares de Técnicas Quirúrgicas.
- 3.5 Beneficios adicionales: alimentación para acompañante, botox en casos terapéuticos y gastos de enfermera acompañante; de acuerdo a las condiciones especificadas en el plan de salud.

4 A PARTIR DEL PRIMER DIA DEL DÉCIMO (10) MES DE VIGENCIA ININTERRUMPIDA DEL PRESENTE CONTRATO, individualmente considerada respecto de la fecha de cobertura a LA EPS de cada usuario en particular, independientemente de la antigüedad que se le hubiere reconocido por la compañía, LA EPS se obliga a contratar:

- 4.1 Asistencia de aborto, maternidad hospitalaria y cesárea, siempre y cuando se cumpla el requisito de haber iniciado la gestación después de fecha de cobertura.
- 4.2 Atención Neonatal:

El bebé nacido de usuaria de LA EPS con derecho a los servicios de atención médica obstétrica del parto, será beneficiario de los servicios de salud intrahospitalarios requeridos durante el periodo neonatal, incluyendo la atención de las enfermedades congénitas o causadas por deficiencias de maduración.

Dicha cobertura durante el periodo neonatal produce continuidad en caso de ser incluido el bebé en el contrato en calidad de usuario, siempre y cuando el bebé sea incluido como usuario en el plan de salud dentro de los 30 días de producido el nacimiento. Por lo tanto, las enfermedades o malformaciones congénitas o sus consecuencias, conocidas en cualquier momento, no se considerarán como preexistencias y por ello tendrán cobertura de acuerdo a las estipulaciones y condiciones del Plan de Salud.

5 A PARTIR DEL PRIMER DIA DEL DÉCIMO TERCER MES (13) MES DE VIGENCIA ININTERRUMPIDA DEL PRESENTE CONTRATO, individualmente considerada respecto de la fecha de cobertura a LA EPS de cada usuario en particular, independientemente de la antigüedad que se le hubiere reconocido por la compañía, LA EPS se obliga a contratar:

- 5.1 Tratamiento quimioterapéutico: El servicio médico especializado será prestado previa orden escrita de profesional afiliado a la red de prestadores vigente en todos los ciclos necesarios, tanto en el régimen ambulatorio como hospitalario, si éste se precisare.

Queda entendido que en dicho tratamiento los medicamentos citostáticos y hormonales requeridos serán de acuerdo al Petitorio de Medicamentos Ambulatorios que establezca LA EPS. Cuando para el tratamiento oncológico adecuado se requiera el internamiento hospitalario, el médico, que atienda al usuario, lo deberá solicitar por escrito a la misma, la que lo autorizará si procede, en entidad vinculada, a cada usuario que así lo precise.
- 5.2 Braquiterapia, Radioterapia y Cobaltoterapia: estos servicios serán prestados a los usuarios en las entidades adscritas designadas por LA EPS previa prescripción del médico afiliado a la red de prestadores.
- 5.3 Hemodiálisis aguda o diálisis peritoneal: este servicio se prestará en régimen de internado o ambulatorio, según el requerimiento, y la previa prescripción de un médico afiliado a la red de prestadores de la EPS y con autorización de la misma, exclusivamente durante los días de su ocurrencia, en el tratamiento de insuficiencias renales de carácter reversible, siempre que tales enfermedades hayan sido contraídas con posterioridad a la fecha de cobertura del usuario al presente Contrato, con exclusión expresa de afecciones crónicas, preexistentes o no a la celebración del contrato.
- 5.4 Excimer laser
- 5.5 Beneficios adicionales: audífonos, blanqueamiento dental, cirugía preventiva de mama y ovarios, desastres naturales, monturas y cristales, terapia hormonal para diabetes mellitus, menopausia, hipotiroidismo, osteoporosis y los diagnósticos considerados en el peas, terrorismo, zapatos correctivos; de acuerdo a las condiciones especificadas en el plan de salud.

6 A PARTIR DEL PRIMER DIA DEL DÉCIMO NOVENO (19) MES DE VIGENCIA ININTERRUMPIDA DEL PRESENTE CONTRATO, individualmente considerada respecto de la fecha de cobertura a LA EPS de cada usuario en particular, independientemente de la antigüedad que se le hubiere reconocido por la compañía, LA EPS se obliga a contratar:

- 6.1 Diagnóstico y tratamiento para salud mental de acuerdo al PEAS.
- 6.2 Hospitalización para tratamiento psiquiátrico en Entidad Vinculadas adscritas y autorizadas por SUSALUD: La hospitalización para tratamiento psiquiátrico, queda limitada a un periodo máximo de cuarenta y cinco (45) días durante cada año de vigencia del presente contrato, no acumulable año a año.

7 A PARTIR DEL PRIMER DIA DEL VIGÉSIMO QUINTO (25) MES DE VIGENCIA ININTERRUMPIDA DEL PRESENTE CONTRATO, individualmente considerada respecto de la fecha de cobertura a LA EPS de cada usuario en particular, independientemente de la antigüedad que se le hubiere reconocido por la compañía, LA EPS se obliga a contratar:

- 7.1 Diagnóstico y tratamiento para el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) y sus complicaciones. Diagnóstico y tratamiento para la Infección por VIH (Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana) y sus complicaciones. Ambos casos de acuerdo a petitorio.
- 7.2 Cirugías y/o procedimientos para revascularización coronaria (angioplastías, bypass aortocoronario y otros).
- 7.3 Cirugías vertebro medulares e intracraneanas de cualquier naturaleza.
- 7.4 Enfermedades congénitas no conocidas.
- 7.5 Medicamentos, fármacos o agentes biológicos, incluidos los medicamentos monoclonales, para aquellos diagnósticos
- 7.6 Beneficios adicionales: ortodoncia y reconstrucción mamaria oncológica; de acuerdo a las condiciones especificadas en el plan de salud.

8 A PARTIR DEL PRIMER DIA DEL TRIGESIMO SÉPTIMO (37) MES DE VIGENCIA ININTERRUMPIDA DEL PRESENTE CONTRATO, individualmente considerada respecto de la fecha de cobertura a LA EPS de cada usuario en particular, independientemente de la antigüedad que se le hubiere reconocido por la compañía, LA EPS se obliga a contratar:

- 8.1 El suministro de stent coronario medicado y no medicado.
- 8.2 El suministro de prótesis quirúrgicas, hasta los montos indicados en el plan de salud vigente del usuario, por cada año de vigencia del contrato, no acumulables por año, siempre que no se requiera como consecuencia de una patología preexistente.
- 8.3 Gastos por trasplante de órganos de acuerdo a las condiciones especificadas en el plan de salud.