



Programa de Salud  
**Vive Sano**



**Programa Vive Sano**

# Nuestra propuesta



El Programa Vive Sano está orientado a tener un control clínico del paciente, el cual se realiza por medio de consultas ambulatorias que pueden ser realizadas en casa o por teleconsulta cubiertas al 100%.

\*Atención por teleconsulta o en casa solo aplica en Lima.



# ¿A quiénes está dirigido?

Este programa está dirigido a todos nuestros usuarios con enfermedades como:



## Hipertensión Arterial

No complicada



## Diabetes tipo 2

No insulino dependiente  
No complicada



## Dislipidemia



## Asma



# Beneficios

- Disminución del uso del ambulatorio por las mismas enfermedades.
- Disminución de eventos hospitalarios por complicaciones de enfermedad.
- Disminución de eventos de emergencia.
- Disminución de polifarmacia.
- Manejo de hospitalización en casa en caso de descompensación.
- Prevención de eventos como IMA y ACV.
- Servicio de call center 24 horas en caso de descompensación y traslado.
- Nefroprotección.
- Educación del paciente y su familia a través de eventos.

# Estructura del programa

Nuestro modelo preventivo le da un cuidado especial a los pacientes con diagnóstico crónico con la finalidad de retardar las complicaciones propias de la enfermedad y mejorar la calidad de vida.



Red de prestadores en  
Lima y provincias



Perfil del profesional  
de salud



Protocolo de exámenes



Petitorio de  
medicamentos



Consulta de control  
y seguimiento



Call center disponible  
las 24 horas



Historia clínica  
electrónica



Indicadores de  
gestión



# Condiciones del Beneficio

**Tener el diagnóstico confirmado de:**

- Hipertensión Arterial.
- Diabeter Mellitus Tipo 2.
- Dislipidemia o Asma
- Bronquial.

**No cubre medicinas, ni exámenes no especializados en el beneficio para diagnósticos agudos.**

**Las atenciones de hospitalización, emergencias (distintas a las atenciones ambulatorias antes mencionadas) podrán ser atendidas en la red de salud aplicando el copago correspondiente**

**Al ingresar al beneficio, el paciente deberá firmar la Hoja de Inscripción y Carta de Compromiso que significa haber sido informado y haber aceptado cumplir con sus normas.**

# ¿Cómo me pre inscribo?



Descarga nuestra carta de compromiso (general o para el Plan Base Peas y Sanitas Vital) y la ficha de preinscripción al Programa Vive Sano ingresando [aquí](#).



Una vez firmada la carta de compromiso y completada la ficha de preinscripción, se deben adjuntar los documentos y la receta médica al siguiente correo: **[programasdesalud@sanitasperu.com](mailto:programasdesalud@sanitasperu.com)**.  
Con ello se evaluará el diagnóstico crónico.

# Ficha y Carta de Compromiso



## FICHA DE INSCRIPCIÓN PROGRAMA VIVE SANO

Fecha de inscripción: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
N° de DNI/ CE/ Pasaporte: \_\_\_\_\_ Teléfono(s): \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Distrito: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Estimado(a) afiliado(a):

Mediante la presente nos es grato invitarlo(a) a participar en el Programa de Control y Seguimiento de Enfermedades Crónicas que Sanitas Perú S.A EPS le ofrece para un mejor seguimiento de sus problemas de salud.

Le ofrecemos brindarle el tratamiento médico más adecuado basado en la evidencia científica actualizada de mayor contundencia, con los especialistas que Sanitas EPS y \_\_\_\_\_ le ofrecen, bajo las condiciones del Programa y según las especificaciones de su plan de salud, para las siguientes patologías:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_



## Carta de Compromiso

Yo, \_\_\_\_\_ identificado(a) con DNI( ) CE( ) Pasaporte ( ) \_\_\_\_\_, acepto inscribirme voluntariamente en el "Programa VIVE SANO", programa por el cual Sanitas Perú S.A EPS busca realizar el Control y Seguimiento de mis Enfermedades Crónicas y me ofrece bajo las condiciones del Programa y según las especificaciones de mi plan de salud.

Me comprometo a seguir las indicaciones que mi médico tratante y los profesionales del equipo de salud del Programa VIVE SANO me ofrezcan dentro del desarrollo del Programa, y cumplir con el tratamiento farmacológico y no farmacológico recetado.

Asumo el compromiso de acudir a las actividades educativas que realice el programa y alcanzar el peso recomendado por los especialistas, siguiendo las pautas que me brinden para adoptar hábitos saludables.

Me comprometo a no efectuar consultas ambulatorias en forma paralela por el(los) mismo(s) diagnóstico(s) incluido(s) en el presente documento, ya sea en otro centro o con otro médico que no forme parte del equipo de médicos del programa VIVE SANO.

Declaro conocer que el programa VIVE SANO no contempla la atención ambulatoria de las eventuales complicaciones de mi enfermedad. Toda situación de emergencia o urgencia médica, así como necesidad de transferencia u hospitalización derivadas de estas complicaciones, serán atendidas bajo las condiciones regulares indicadas en mi plan de salud y no forman parte del Programa VIVE SANO.

Declaro haber sido instruido que al ingresar al programa VIVE SANO, recibiré atenciones cada mes según el diagnóstico que padezca, y de ser necesario será atendido en una menor periodicidad. Una vez que mi enfermedad se encuentre controlada y de acuerdo a criterio médico, mi control médico y evaluación se realizará cada dos (02) o tres (03) meses, sin que se vea afectada la frecuencia del seguimiento telefónico mensual hecho por una enfermera adscrita al Programa VIVE SANO ni la entrega de mis medicamentos.

Declaro conocer que en caso de evidencia de un mal control de mi enfermedad crónica por incumplimiento de las indicaciones del Programa VIVE SANO relacionadas a visitas médicas, tratamiento farmacológico, consulta nutricional, cambios en mi estilo de vida, consulta por podología (en diabetes), y asistencia a talleres y/o a las actividades educativas, se reevaluará mi permanencia dentro del Programa VIVE SANO, realizando un seguimiento del cumplimiento de indicaciones por un periodo de 03 meses. Finalizado ese periodo, y de continuar con el incumplimiento, se procederá a mi retiro del Programa VIVE SANO y deberá seguir mis atenciones por consulta ambulatoria.

Declaro haber sido informado que está permitido realizar solo dos (02) reprogramaciones al año de las visitas médicas concertadas, reprogramación que deberá ser notificada con 48 horas de anticipación a la cita programada.

Entiendo que puedo abandonar el Programa VIVE SANO en el momento que desee siempre que lo comunique por lo menos con siete (07) días útiles de anticipación a mi próxima cita programada y que podrá inscribirse nuevamente en el Programa cuando cumpla las condiciones médicas y administrativas para hacerlo.



## CARTA DE COMPROMISO PROGRAMA VIVE SANO

Yo, \_\_\_\_\_ identificado(a) con DNI( ) CE( ) Pasaporte ( ) \_\_\_\_\_, acepto inscribirme voluntariamente en el "Programa Vive Sano", que Sanitas me ofrece de acuerdo a lo establecido en mi plan de salud.

Me comprometo a seguir las indicaciones que mi médico tratante y los profesionales del equipo de salud del Programa Vive Sano me ofrezcan dentro del desarrollo del programa, y cumplir con el Tratamiento farmacológico y no farmacológico recetado.

Asumo el compromiso de acudir a las actividades educativas que realice el programa y alcanzar el peso recomendado por los especialistas, siguiendo las pautas que me brinden para adoptar hábitos saludables.

Me comprometo a no efectuar consultas ambulatorias en forma paralela por el(los) mismo(s) diagnóstico(s) incluido(s) en el presente documento, ya sea en otro centro o con otro médico que no forme parte del equipo de médicos del programa.

Declaro conocer que el Programa Vive Sano no contempla la atención ambulatoria de las eventuales complicaciones de mi enfermedad. Toda situación de emergencia o urgencia médica, así como necesidad de transferencia u hospitalización derivadas de estas complicaciones, serán atendidas bajo las condiciones regulares indicadas en mi plan de salud.

Se me ha explicado claramente que si mi enfermedad estuviera bien controlada desde el ingreso al programa, recibiré atenciones cada dos (02) o tres (03) meses --según el diagnóstico que padezca--, y si no fuera así, será atendido mensualmente. Una vez que mi enfermedad se encuentre controlada --y de acuerdo a criterio médico-- mi evaluación se realizará cada dos (02) o tres (03) meses, sin que se vea afectada la frecuencia del seguimiento telefónico mensual hecho por una enfermera dentro del Programa, ni la entrega de mis medicamentos.

Declaro conocer que en caso de evidencia de un mal control de mi enfermedad crónica por incumplimiento de las indicaciones indicadas en el programa relacionadas a visitas médicas, tratamiento farmacológico, consulta nutricional, cambios en mi estilo de vida, consulta por podología (en diabetes), y asistencia a talleres y/o a las actividades educativas, se reevaluará mi permanencia dentro del Programa Vive Sano, realizando un seguimiento del cumplimiento de indicaciones por un periodo de 03 meses. Finalizado ese periodo, y de continuar con el incumplimiento, se procederá a mi retiro del Programa Vive Sano y seguiré mis atenciones por consulta ambulatoria.



# Prestadores del programa

**Lima**

**\*Consortio  
\*SALUD A365**

**Domicilio/  
Teleconsulta**

**Arequipa**

**\*ABSI  
\*Valle Sur**

**Presencial**

**Piura**

**\*SALUD  
A365**

**Teleconsulta**

**Chimbote**

**\*Clínica Santa  
María de  
Chimbote**

**Presencial**

**Trujillo**

**\*Clínica  
La Merced**

**Presencial**

**Iquitos**

**\*SALUD  
A365**

**Teleconsulta**

**Tacna**

**\*SALUD  
A365**

**Teleconsulta**



📍 Calle Amador Merino Reyna N.492 - San Isidro | Sanitas en Línea: (01) 219 1919

[www.sanitasperu.com](http://www.sanitasperu.com)

