



Manual Guía del Afiliado

¡Queremos darte la bienvenida!

Agradecemos tu decisión de compartir con nosotros el cuidado de tu salud y la de tu familia. **Este manual tiene como objetivo brindarte información para que utilices de manera sencilla** las coberturas y beneficios de tu plan de salud; así como **absolver tus principales dudas respecto a su funcionamiento.**

Aprende a usar tu plan de salud en **cuatro simples pasos:**

1

¿Cómo y cuándo utilizar tu plan de salud?

2

Beneficio latencia
(solo contratos regulares)

3

Preguntas
frecuentes

4

Gestión de
reclamos

Canales de atención:

Antes de comenzar, te brindamos nuestros diferentes canales de atención, para que puedas comunicarte con nosotros en caso tengas alguna duda o consulta adicional:

-  **Sanitas en Línea: 219 1919 o 0800 19191.**
-  **Canal virtual para medicamentos: 955973936.**
-  **Atención en plataforma: Av. Amador Merino Reyna 492, San Isidro, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.**
-  **www.sanitasperu.com**



1 ¿Cómo utilizar tu plan de salud?

Modalidades de atención

Dependiendo de las coberturas de tu plan, podrás atenderte bajo dos modalidades: **crédito o reembolso**.

1. Modalidad Crédito

Modalidad en la cual te atiendes en una clínica o centro médico afiliado a tu plan de salud, donde solo pagarás por dos conceptos: el deducible y el coaseguro. **Sanitas** cubre el resto del costo de la atención:

Deducible (copago fijo): monto fijo que debes pagar directamente en la clínica o centro médico elegido cada vez que realices una consulta médica, incluso por aquellas consultas derivadas del diagnóstico original. Para conocer las

clínicas o centros médicos donde tienes acceso, así como sus respectivos deducibles, consulta tu plan de salud.

Coaseguro (copago variable): porcentaje del gasto médico por procedimientos, insumos, medicamentos y/o exámenes auxiliares (imágenes y laboratorio) que deberás pagar directamente en la clínica o centro médico elegido. Para conocer las clínicas o centros médicos donde tienes acceso, así como sus respectivos coaseguros, consulta tu plan de salud.

Ejemplo práctico en cobertura ambulatoria

Si tu plan dice:
deducible
de s/**35**



Pagas
s/**35**
para
atenderte

Si el médico te receta medicamentos o te indica realizar exámenes por un total de s/200:

Si tu plan dice:
cubierto
al 90%



Pagas **10%**
por coaseguro
s/**20**

Aplica un copago por cada orden de imágenes o laboratorio.

Es decir
pagas solo
s/**55**
por el total de
la atención

Sanitas cubre
la diferencia
del costo total

Procedimiento de atención modalidad “Crédito”:

Programa tu cita vía telefónica o en la clínica, centro médico, odontológico u oftalmológico de tu elección que esté dentro de la red de tu plan.



Acércate al centro de salud en la fecha programada con tu Documento Nacional de Identidad (DNI, carné de extranjería o pasaporte).



Recibe la orden de atención que la clínica generará y acude a caja a cancelar el deducible.



Asiste a tu cita y sigue las indicaciones de tu médico.



En caso de que el médico solicite exámenes adicionales o medicinas, deberás asumir el coaseguro correspondiente. Asimismo, ciertos tipos de exámenes pueden requerir una Carta de Garantía, es decir, un documento de precertificación que solicita la clínica o centro médico a **Sanitas**.

 **Recuerda** En una misma atención (ambulatoria, emergencia, hospitalaria, maternidad, etc.) los consumos por el sistema de crédito son excluyentes con el sistema de reembolso, es decir, si se escoge una de estas dos modalidades, el íntegro de la atención irá por uno de los dos sistemas; no es posible utilizar una mezcla entre ambos.

2. Modalidad Reembolso(*)

Esta modalidad, que solo aplica para ciertos planes, te atiendes en una clínica o centro médico no afiliado a tu plan de salud, donde pagarás el 100 % del gasto médico para luego solicitar a **Sanitas** el reembolso de acuerdo a las condiciones de tu plan de salud (consulta médica, procedimiento, insumos, medicamentos y exámenes auxiliares). Para conocer las condiciones y requisitos, tabla de limitaciones y exclusiones de los reembolsos, revisa tu plan de salud.



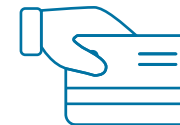
Imprime la solicitud de reembolso desde la web **www.sanitasperu.com**



Atiéndete con tu médico tratante y pídele que selle y complete la solicitud.



Presenta en nuestras plataformas la solicitud de reembolsos, las facturas y/o honorarios profesionales y otros documentos de tu atención (**ver detalles en tu plan de salud o manual de reembolsos**).



Recibe tu liquidación con el monto a reembolsar más el abono en tu cuenta bancaria.

- (*) Aplica tarifario de reembolso (disponible en nuestra web).
- (*) Se devuelve una parte de los gastos correspondientes a tus atenciones médicas.
- (*) Tienes 90 días calendario desde tu atención para presentar tu solicitud.
- (*) Todas las facturas deben salir a nombre de SANITAS PERÚ S. A. (RUC 20523470761).
- (*) Existen condiciones especiales de acuerdo a tu plan de salud.
- (*) Todas las solicitudes de reembolso deben incluir la consulta médica (consulta + exámenes + receta o solo consulta).

1 ¿Cuándo utilizar tu plan de salud?

Coberturas y beneficios

Con tu plan de salud de **Sanitas** tienes la mejor opción en salud.



Recuerda El alcance de las coberturas y beneficios que se muestran dependerá del Plan de Salud contratado.

01 Cuando te sientes enfermo



Cuentas con la protección de tu salud de manera ambulatoria y hospitalaria

02 Cuando tienes una emergencia



cuentas con asistencia integral en una red amplia de clínicas a nivel nacional

03 Cuando quieres cuidar de ti y los tuyos



cuentas con un programa integral de prevención para niños y adultos

04 Para mejorar tu calidad de vida



cuentas con un programa integral odontológico y oftalmológico, así como programas de acompañamiento*

05 Cuando estás pensando tener hijos



cuentas con un programa integral de maternidad durante y después del embarazo

06 Cuando luchas contra el cáncer



cuentas con un programa integral oncológico

*Aplica según la cobertura de tu plan de salud contratado.



Cobertura Ambulatoria

¿Qué es y qué cubre?

La atención ambulatoria es el beneficio de acceder a todas las consultas médicas que se realizan en una clínica o centro médico, que tienen como objetivo el cuidado de tu salud y no requieren una estadía hospitalaria. Esta cobertura comprende un copago por cada servicio:

Incluye consulta médica ambulatoria o *domiciliaria, *exámenes de laboratorio y anatomía patológica, *radiología e imágenes y medicamentos.

¿Dónde y cómo me atiendo?

Puedes atenderte en las clínicas o centros médicos afiliados a tu plan de salud siguiendo estos pasos:

-  Revisa tu plan de salud para ver qué clínicas están a tu disposición.
-  Separa una cita en la clínica de tu elección y en la especialidad que necesitas, identifícate como usuario **Sanitas**.
-  Acércate a caja presentando tu DNI y cancela el copago o deducible.
-  En caso tu médico tratante dertermine que necesitas exámenes médicos o medicamentos, deberás cancelar el copago correspondiente.

 **Recuerda** No estarán cubiertos los procedimientos, diagnósticos, ni medicamentos excluidos o cuando se trate de una enfermedad preexistente. Las órdenes médicas tienen vigencia de 07 días calencario. Revisa tu plan de salud para identificar tu red de clínicas disponibles, así como los copagos y deducibles que aplican.

*Aplica para ciertos planes





*Médico a domicilio

¿Qué es y qué cubre?

Son atenciones médicas que se brindan a domicilio para diagnósticos de baja complejidad incluyendo exámenes de laboratorio y medicinas según petitorio cubiertas al 100 %.

Te podrás atender en las especialidades de Medicina General y Pediatría. En las provincias de Lima, Arequipa, Talara, Piura y Trujillo.

Recuerda • Aplica según el plan de salud contratado.

- Revisa tu plan de salud para que conozcas el radio de acción y las especialidades médicas que te ofrecemos.
- Enfermedades ambulatorias agudas de baja complejidad (no emergencia).
- Atención mediante citas programadas.
- Sujeto a disponibilidad de nuestro proveedor.

¿Dónde y cómo me atiendo?

Un médico te visitará en tu hogar para realizar la atención médica siguiendo estos pasos:



Llama a nuestra central **SANITAS en Línea** al **219-1919** o **0800-19191, Opción 1**. Se programará la visita del médico a tu domicilio.



Luego de la atención médica, cancela al doctor el deducible.



Si el médico te receta medicinas, estas te serán entregadas en el momento. Si te receta exámenes de laboratorio se coordinará la toma a tu domicilio.

Exámenes de Laboratorio (adulto): Incluye hemograma completo, hemoglobina (Hb), glucosa, perfil lipídico, examen completo de orina, urocultivo, parasitológico simple (x1).

Exámenes de Laboratorio (niño): Incluye hemograma completo, hemoglobina (Hb), glucosa, examen completo de orina, urocultivo, reacción inflamatoria en heces, parasitológico simple (x1).

Teleconsulta

¿Qué es y qué cubre?

Son atenciones médicas de baja complejidad a través de llamadas o videollamadas.

A través de nuestro servicio de Teleconsulta podrás recibir diagnósticos personalizados que incluye: prescripción de exámenes de laboratorio y medicación de acuerdo al estado de salud.

¿Dónde y cómo me atiendo?

Puedes reservar una cita con el prestador establecido en tu Plan de Salud. También puedes comunicarte con nuestro prestador Expertta al número 680 3040, de lunes a viernes de 8:00 am a 6:00 pm. Se te agendará un médico del staff de acuerdo a disponibilidad.



El médico tratante se pondrá en contacto contigo en la fecha y hora pactada.



En caso tu médico determine que necesitas exámenes médicos o medicamentos, te enviará vía Whatsapp tus órdenes médicas. En un período de 24 horas se pondrán en contacto contigo para la coordinación.



Por la entrega de farmacia deberás cancelar el copago variable. Genéricos al 100% y comerciales 20%.



Recuerda

Para mayor información sobre tiempos de espera y formas de entrega de medicamentos, consulta tu plan de salud.



Medicina general



Medicina interna



Cardiología



Psicología



Psiquiatría



Pediatría



Nutrición



Dermatología



Ginecología



Asistente Virtual, Sofi

¿Qué es y qué cubre?

La nueva asistente virtual, Sofi, es nuestro BOT de whatsapp que te ayudará de manera rápida y segura en la coordinación de entrega de tus medicamentos.

¿Dónde y cómo me atiende?

Tramita tus medicamentos con Sofi en el horario de atención de lunes a sábado de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.



Puedes escribirle por whatsapp al número **955973936**. Ella te responderá para atenderte.



Sofi está preparada para ayudarte en tu Cobertura de Medicamentos:



Coordinación de medicamentos.



Consultar sobre el estatus de entrega de tus medicamentos.

Si recibes atención en cualquier clínica adscrita de la red, puedes solicitar la receta médica y comunicarte con Sofi para pedir el medicamento a domicilio. Estos llegarán a la comodidad de tu casa sin tener que pagar por el delivery.



Atención hospitalaria

¿Qué es y qué cubre?

El beneficio de atención hospitalaria se refiere al internamiento por indicación médica en una clínica o centro médico que incluye la utilización del servicio de habitación, atención general de enfermería y el servicio de alimentación.

Incluye honorarios de los médicos tratantes, habitación simple, exámenes auxiliares y medicamentos.



Importante: Esta cobertura es autorizada a través de Cartas de Garantía y su aprobación depende del cumplimiento de las condiciones indicadas en su plan de salud.

Procedimiento de atención hospitalaria programada:

¿Dónde y cómo me atiendo?

Podrás hospitalizarte en las clínicas o centros médicos afiliados a tu plan de salud siguiendo estos pasos:



El médico tratante determinará si necesitas hospitalizarte. De ser el caso, te dará una orden para la hospitalización.



Acércate a admisión hospitalaria con la orden. La clínica se encargará de tramitar con SANITAS la carta de garantía necesaria.



Luego de ser aprobada la carta, tu hospitalización será programada y deberás acercarte a la clínica.



Finalizando tu hospitalización, deberás pagar el deducible, copago y los gastos no cubiertos de acuerdo a tu plan de salud.

Para conocer la lista de gastos no cubiertos:

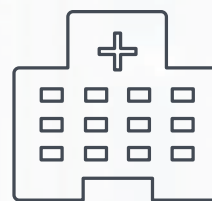
¡Ingresa aquí!





Procedimiento de atención hospitalaria no programada (emergencia):

Cuando es resultado de una emergencia y es necesario hospitalizar al paciente.



En caso de ser internado por emergencia, la clínica te brindará la atención médica requerida y posteriormente regularizarás la carta de garantía con SANITAS dentro de las 24 horas.



Es importante la presentación de tu Documento Nacional de Identidad (DNI, carné de extranjería o pasaporte). En caso no cuentes con este o estés incapacitado, la clínica deberá proceder con la atención de acuerdo a lo indicado en la ley de emergencia.

Atención emergencia

¿Qué es y qué cubre?

Una emergencia es una situación repentina e inesperada que podría poner en peligro inminente tu vida o en grave riesgo tu salud. La misma requiere atención y procedimientos médicos inmediatos.

Existen dos tipos de emergencia:

Accidental: Hecho producido por un accidente que es una situación imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad. Por ejemplo, la fractura de un brazo.

Médica: es aquella que no es consecuencia de un accidente y requiere atención y procedimientos médicos inmediatos. Por ejemplo, un infarto al corazón.

Sin costo para el asegurado, incluye el traslado en ambulancias, procedimientos médicos, exámenes auxiliares y medicamentos hasta la estabilización del paciente.

Tenga en cuenta que es el médico tratante quien determina si el caso corresponde a una emergencia o a una urgencia según normativa vigente Ley General de Salud N°26842.



¿Dónde y cómo me atiendo?

Podrás atenderte en las clínicas o centros médicos afiliados a tu plan de salud siguiendo estos pasos:



Acércate al servicio de Emergencia de alguna de las clínicas afiliadas y presenta tu DNI para ser atendido.



El médico te atenderá y determinará si se trata de una emergencia o una urgencia. Sanitas no interviene en esta definición. Si no fuera una emergencia, deberás abonar el copago que corresponda y que se indica en tu plan de salud.



En caso se tratase de una emergencia accidental o médica, los gastos serán cubiertos al 100%. Ten en cuenta que si a causa de la emergencia requieres ser hospitalizado o intervenido quirúrgicamente, aplicarán las condiciones de cobertura hospitalaria que tenga tu Plan de Salud.

Recuerda

Una vez estabilizada la emergencia se aplicarán los copagos respectivos ya sea que se derive a una atención ambulatoria u hospitalización. Los gastos por una emergencia previos a la hospitalización o atención ambulatoria son asumidos SANITAS al 100%.





Continuidad de emergencia accidental

¿Qué es y qué cubre?

Brinda controles médicos por continuidad de una emergencia accidental a costo cero para el asegurado, teniendo en cuenta que los controles se brindan en la clínica donde se produjo la atención inicial con un plazo máximo de 90 días transcurridos después del accidente. Esta cobertura incluye: controles ambulatorios, exámenes de laboratorio de control, exámenes radiológicos de control, sesión de terapia física, retiro de puntos y retiro de yeso.



Recuerda

No incluye hospitalizaciones o cirugía ambulatoria derivada del accidente. No se cubren aparatos ortopédicos ni ortésicos, tales como: cabestrillos, collarines, muletas, entre otros. Aplica solo para los servicios atendidos en tópico de emergencia, no derivados a cirugía ni hospitalarios.





03 Cuando quieres cuidar de ti y los tuyos

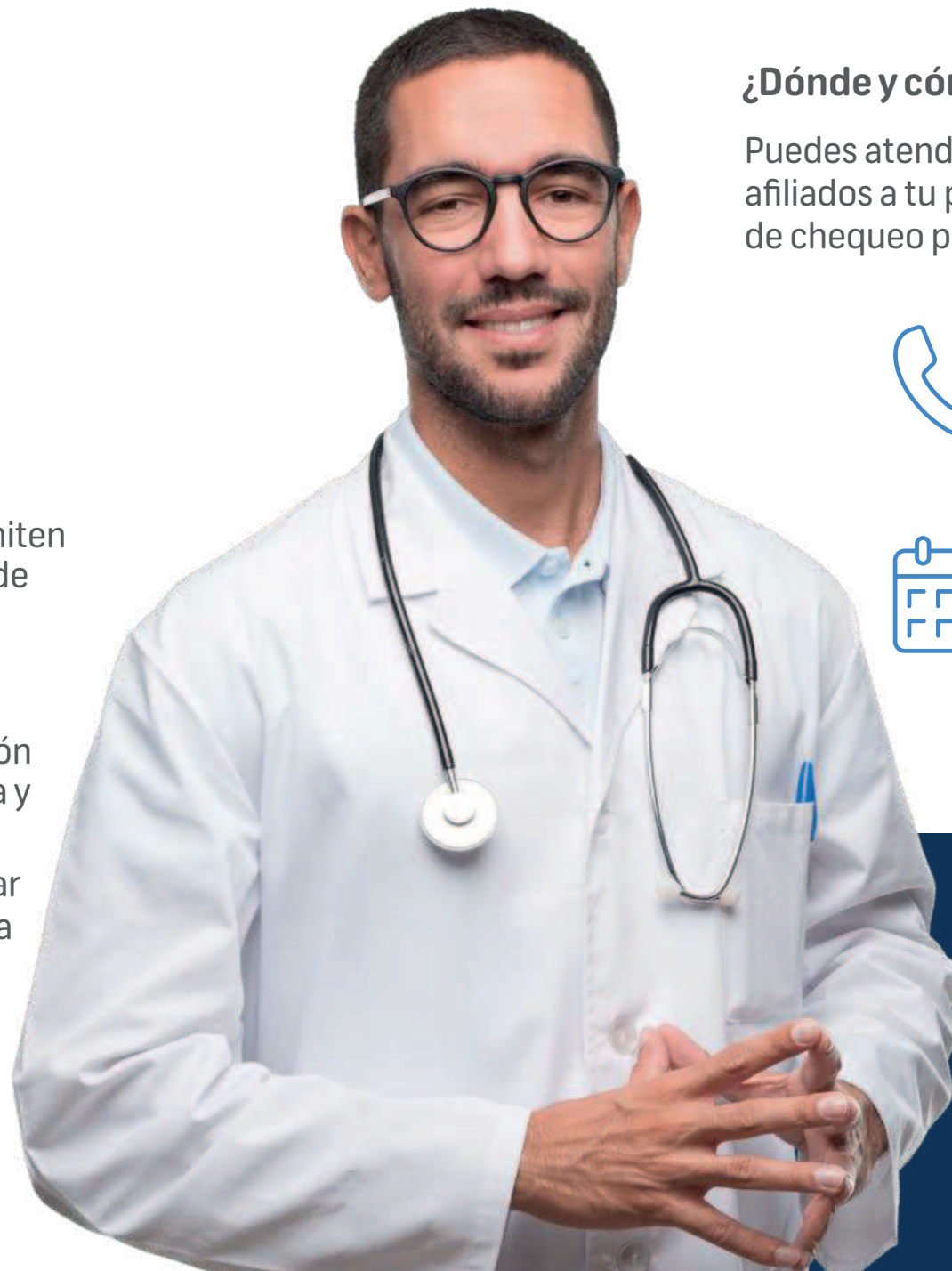
Chequeos preventivos

¿Qué es y qué cubre?

Son exámenes médicos que permiten identificar los factores de riesgo de una persona sana para prevenir enfermedades en el futuro.

Te brindamos los siguientes exámenes: laboratorio, evaluación médica, evaluación oftalmológica y odontológica.

Tú y tus familiares pueden solicitar su chequeo preventivo de manera gratuita una vez al año.



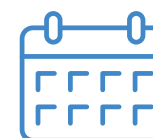
¿Dónde y cómo me atiendo?

Puedes atenderte en las clínicas o centros médicos afiliados a tu plan de salud asignado para el servicio de chequeo preventivo siguiendo estos pasos:



Programa tu cita vía telefónica

llamando directamente a la clínica o centro médico de tu elección que esté dentro de la red de tu plan de salud.



Acércate al centro de salud en la fecha programada, 10 a 15 minutos antes de la consulta, con tu Documento Nacional de Identidad (DNI, carné de extranjería o pasaporte).



Recuerda

- Si vas a realizarte un análisis de laboratorio, acude en ayunas.
- La consulta con el médico y los exámenes auxiliares deben ser realizados en un solo momento.
- Recoger tus resultados en 10 días útiles y/o revisarlos vía web en caso el proveedor lo brinde.



03 Cuando quieres cuidar de ti y los tuyos

*Control Niño Sano

¿Qué es y qué cubre?

- Consta de una evaluación pediátrica la primera semana de nacido y una evaluación mensual durante el primer año de vida del Niño, posteriormente se cubrirán las evaluaciones según cronograma detallado en el plan de salud hasta los 11 años.
- Es un control gratuito que se brinda en las clínicas estipuladas en tu plan de salud.
- Para acceder a este servicio el niño debe haber sido inscrito en **Sanitas**.

*Aplica para ciertos planes



¿Dónde y cómo me atiendo?

Tus hijos se pueden atender en las clínicas o centros médicos de tu preferencia, asignados en tu plan de salud.

Recuerda

El programa de Control del Niño Sano no incluye farmacias ni exámenes auxiliares. Si tu niño está enfermo en este tipo de cita y necesita medicamentos o exámenes auxiliares, ya no es un control, sino que se debe cambiar a consulta médica. Revisa tu plan de salud en el anexo de prevención para que conozcas los tipos de exámenes e inmunizaciones disponibles.



03 Cuando quieres cuidar de ti y los tuyos

*Programa de vacunación

¿Qué cubre?

Cubre las vacunas del esquema de vacunación del MINSA.

¿Dónde y cómo me atiendo?

Centro de Vacunación: Puedes atenderte en el Centro de Vacunación de la APEPS (Asociación de EPS), ubicado en la Clínica Javier Prado (calle Los Geranios 160, a la espalda de la clínica). Teléfono: 440-2000, anexo 436.

A DOMICILIO*

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 09:30 hrs a 12:30 hrs y de 15:30 hrs a 18:00 hrs. Última solicitud a las 17:00 hrs. 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. **No aplica reembolsos.**

*Aplica de acuerdo a tu plan de salud contratado.

Coberturas y beneficios

Podrás atenderte siguiendo estos pasos:

- Programa tu cita telefónica directamente con el prestador seleccionado.
- Acércate en la fecha programada con tu DNI, carné de extranjería o pasaporte, el de tu niño y **tu cartilla de vacunación (la cual será entregada por primera vez por el centro de vacunación).**
- La enfermera realizará el registro correspondiente para indicar cuál es la vacuna que se debe aplicar.
- Finalmente, la enfermera aplicará la vacuna.





Esquema MINSA	Recién nacido	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	7 meses	8 meses	1 año	15 meses	18 meses	4 años	MEF Gestante	60 a+
Tipo de vacuna*														
BCG (antituberculosis)					SÍ									
Hepatitis B (HvB)	SÍ													
Polio Inyectable (IPV)		SÍ		SÍ										
Polio (oral)**						SÍ					SÍ			
Pentavalente (DPT + Hemófilus inf y Hep B)		SÍ		SÍ		SÍ								
Neumococo		SÍ		SÍ					SÍ					SÍ
Influenza (contra la gripe)***							SÍ							SÍ
Rotavirus		SÍ		SÍ										
Sarampión, rubeola y paperas									SÍ					
DPT (Difteria, tos convulsiva y tétanos)											SÍ			
DT (Difteria y tétanos)												SÍ		
Varicela									SÍ					

* La aplicación de vacunas en el Centro de la APEPS dependerá del abastecimiento del Ministerio de Salud y el protocolo se actualizará según las directivas del MINSA. ** Si el niño ha iniciado su esquema de vacunación con Polio Oral se completa el mismo con Polio Oral (las 3 dosis) y no requiere refuerzos. *** Su aplicación es estacional.



Esquema Sanitas	Recién nacido	2 meses	4 meses	6 meses	1 año	18 meses	4 años	12 años
Tipo de vacuna*	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
BCG (antituberculosis)	SÍ							
Polio		SÍ				SÍ		
DPT (Difteria, tos convulsiva y tétanos)		SÍ				SÍ		
Sarampión					SÍ			
Paperas					SÍ			
Rubeóla (contra la gripe)					SÍ			
DT (Difteria y tétanos)								SÍ

*En este esquema las edades a vacunarse son referenciales, es decir, todo niño menor de 12 años puede recibir cualquier vacuna, según indicación médica y de acuerdo al rango de edad establecida en el esquema de vacunación MINSA.

Atención odontológica

¿Qué es y qué cubre?

Cubre diagnósticos y tratamientos odontológicos según el plan contratado. Incluye consulta odontológica, limpieza mediante profilaxis simple, curaciones, extracciones, endodoncias, fluorización y sellantes en niños menores de 12 años. radiografías, ortodoncia, blanqueamiento (**sujeto a las condiciones del plan de salud**) y prótesis dental (exclusivo del plan). El copago y deducible asumido por el asegurado dependerá de la clínica o centro médico de atención.

¿Dónde y cómo me atiendo?

Podrás atenderte en las clínicas o centros médicos afiliados a tu plan de salud siguiendo los mismos pasos de la atención ambulatoria siempre que este cuente con la cobertura:

- 1 Revisa tu plan de salud para ver qué clínicas están a tu disposición.
- 2 Separa una cita en la clínica de tu elección y en la especialidad que necesitas.
- 3 Acércate a caja presentando tu DNI y cancela el deducible.
- 4 En caso tu médico tratante determine que necesitas exámenes médicos o medicamentos, deberás cancelar el copago correspondiente.

Recuerda

El alcance de las coberturas y beneficios odontológicos dependerá del plan de salud contratado.



Atención oftalmológica

¿Qué es y qué cubre?

Nuestra consulta oftalmológica incluye: medición de vista, medicamentos y exámenes auxiliares.

Es importante indicar que el copago a pagar por estos servicios dependerá del plan de salud. Se brinda cobertura según el plan de salud contratado.

¿Dónde y cómo me atiendo?

Podrás atenderte en las clínicas o centros médicos afiliados a tu plan de salud siguiendo los mismos pasos de la atención ambulatoria.

- 1 Revisa en tu plan de salud vigente las clínica o centros oftalmológicos disponibles.
- 2 Una vez que hayas elegido el prestador, comunícate con su central telefónica y reserva tu cita.
- 3 El día de tu atención, acércate a caja, presenta tu DNI y cancela el copago de acuerdo a tu plan de salud.
- 4 Recuerda que si el médico te ha prescrito receta médica, puedes hacer la compra en la clínica o en la cadena Inkafarma. No olvides llevar la receta original.



Recuerda

Recuerda revisar la cobertura y las exclusiones en tu plan de salud.

Programas Preventivos

● Programa Vive Sano

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 %. Está dirigido a todos aquellos usuarios con enfermedades como hipertensión arterial no complicada, dislipidemia, asma y diabetes tipo 2 no insulínica y no complicada.

Para más información:

¡Ingresa aquí! 

● Programa Krystal

Desarrollado para nuestros usuarios que padecen de enfermedades crónicas concomitantes, limitantes y progresivas con fallo de órgano, donde existe sobreutilización de servicios en todos los niveles y ámbitos de atención, polifarmacia, deterioro funcional para las actividades de la vida cotidiana o necesidades complejas en salud

Para más información:

¡Ingresa aquí! 

● Programa Contigo

Brinda una atención integral a través del cuidado, basado en el soporte y acompañamiento para mejorar la calidad de vida de las personas a las que cuidamos que padecen de enfermedades oncológicas y no oncológicas en estado avanzado o terminal.

Para más información:

¡Ingresa aquí! 



Atención por maternidad

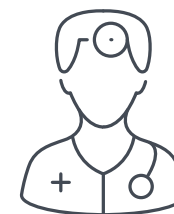
¿Qué es y qué cubre?

Beneficio diseñado para cuidar la salud de la madre gestante y la del bebé durante el embarazo, en el momento del parto y después del mismo. La cobertura inicia con un eco o prueba de embarazo sanguínea que confirme la gestación.



Para recibir información sobre tu cobertura en esta nueva etapa, déjanos tu nombre completo, número de celular y los resultados confirmando tu gestación al correo **sanitasenlinea@sanitasperu.com**

En el momento del parto: brinda cobertura para el parto natural, múltiple o cesárea, incluyendo también exámenes auxiliares y medicamentos provenientes del parto.



Después del embarazo: brinda controles postnatales para la mamá y el acompañamiento necesario durante el crecimiento del recién nacido hasta los 12 años de edad a través de nuestro Programa Control del Niño Sano, que incluye: tamizaje neonatal, consulta pediátrica, control de peso y talla, vacunas según MINSA, estimulación temprana hasta los 2 años, 11 meses, 29 días, atención odontológica básica, descarte de parasitosis y anemia (*); y tratamiento antiparasitario o hierro.

Debes tener en cuenta que la cobertura aplica según el plan contratado. Revisa los tiempos de espera y continuidad.

(*) Aplica para ciertos planes



¿Dónde y cómo me atiendo?

Puedes atenderte en las clínicas o centros médicos afiliados a tu plan de salud siguiendo estos pasos:

- 01 | Este beneficio se inicia con la evidencia clínica y/o de laboratorio y/o estudio de imágenes que confirme la gestación.
- 02 | La atención puede ser a crédito o por reembolso (solo en planes que incluyan el beneficio de reembolso), a excepción de la psicoprofilaxis que solo es a crédito.
- 03 | Consulta el procedimiento de atención a créditos y por reembolso en las páginas 04 y 05.

**Consideraciones:**

Solo se consideran consultas pre y postnatales a todas aquellas consultas que verifiquen el estado de salud de la madre gestante y la del bebé en gestación, no por otra enfermedad que se presente o sospeche en la paciente. Excepto las infecciones urinarias, vulvovaginitis, estreñimiento, vómitos del embarazo no especificados, se deben diagnosticar en la consulta prenatal.

En caso que se sospeche o presente una enfermedad, se cubrirá según las condiciones de tu plan para otras enfermedades.

Consultas y exámenes	Los primeros 7 meses	Octavo mes	Noveno mes	Después del embarazo
Consultas prenatales	7 citas (1 x mes)	2 citas (1 x quincena)	4 citas (1 x semana)	
Exámenes auxiliares	Exámenes cubiertos dentro del control prenatal			
	·Hemograma, Hgb, Hcto Glucosa			
	·Creatinina			
	·Grupo sanguíneo Factor Rh			
	·VDRL			
	·Elisa VIH			
	·Examen completo de orina			
PAP	1 en el 1er. trimestre			
Ecografías	3 ecografías obstétricas convencionales a razón de una por trimestre			
Psicoprofilaxis	A partir del 4to. mes y según esquema del proveedor			
Consultas postnatales				2 citas médicas

Suplemento de Micronutrientes

Hierro, Calcio, Ácido Fólico o Suplementos vitamínicos específicos para gestantes.

Enfermedades congénitas

¿Qué es y qué cubre?

Se considera una enfermedad congénita a un defecto físico, desorden orgánico, malformación, embriopatía, persistencia de tejido o estructura embrionaria o fetal, que haya sido adquirida como consecuencia de un defecto hereditario o que estaba presente en el momento del nacimiento.

SANITAS otorgará la cobertura de enfermedades congénitas a todos aquellos recién nacidos cuyo nacimiento se haya producido bajo la cobertura del plan de salud de Sanitas y que hayan sido inscritos dentro de los 30 días calendario siguientes al nacimiento.

La presente cobertura se otorgará de acuerdo a lo especificado en tu plan de salud.

¿Dónde y cómo me atiendo?

Puedes atenderte en las clínicas o centros médicos afiliados a nivel nacional según el plan de salud contratado, consultando el procedimiento de atención a crédito y por reembolso en las páginas 3 y 4.



*Atención oncológica

¿Qué es y qué cubre?

Es el beneficio de tu plan de salud que te brinda atención en caso de padecer cáncer.

Se inicia cuando se ha establecido el diagnóstico definitivo de cáncer (neoplasia maligna) demostrado por un resultado anátomo - patológico. Este estudio puede exonerarse en los siguientes casos:

- **Cuando existe alta probabilidad** de neoplasia maligna del sistema nervioso central según informe de estudio por imágenes, siempre y cuando la lesión no sea accesible técnicamente a una biopsia para confirmación patológica.
- **Testículo:** Cuando hay sospecha de neoplasia maligna por estudios de imágenes.
- **Riñón:** Cuando hay sospecha de neoplasia maligna por estudio de imágenes.
- **Páncreas:** Cuando hay sospecha de neoplasia maligna por estudios de imágenes y marcador tumoral.
- **Próstata:** Sospecha clínica de cáncer con imágenes y elevación del marcador tumoral (PSA) en pacientes mayores de 75 años.
- **Hígado:** Sospecha por elevación sostenida del marcador tumoral y estudios de imágenes que muestran masa tumoral hepática.



Este beneficio cubre lo siguiente

Oncología ambulatoria:

Consultas médicas especializadas, quimioterapia, exámenes, procedimientos médicos especiales, siempre y cuando estén directamente relacionados al diagnóstico oncológico.

Oncología hospitalaria y de emergencia:

Consultas médicas especializadas, quimioterapia, cirugías y hospitalización, exámenes y procedimientos médicos especiales, siempre y cuando estén directamente relacionados al diagnóstico oncológico.

Radioterapia, cirugía oncológica, imagenología y PETSCAN:

Se brindará cobertura de acuerdo a la red de proveedores oncológicos detallada en el plan de salud.

Terapia oncológico:

De acuerdo a las guías de manejo oncológico del NCCN hasta la categoría de evidencia y consenso 2A vigentes al momento de la atención se brindará solamente para los tipos de cáncer y estudios clínicos aprobados por la Food and Drug Administration (FDA), European Medicine Agency (EMA) o Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). Incluye factores estimulantes de colonias, anticuerpos monoclonales, inhibidores de la tirosina quinasa, inhibidores del proteosoma y antiangiogénicos.

*Todas las coberturas se darán de acuerdo a lo indicado en su plan de salud.



Este beneficio no cubre lo siguiente

Cuando el cáncer sea una enfermedad preexistente a la afiliación al plan de salud.

Tratamientos en el extranjero.

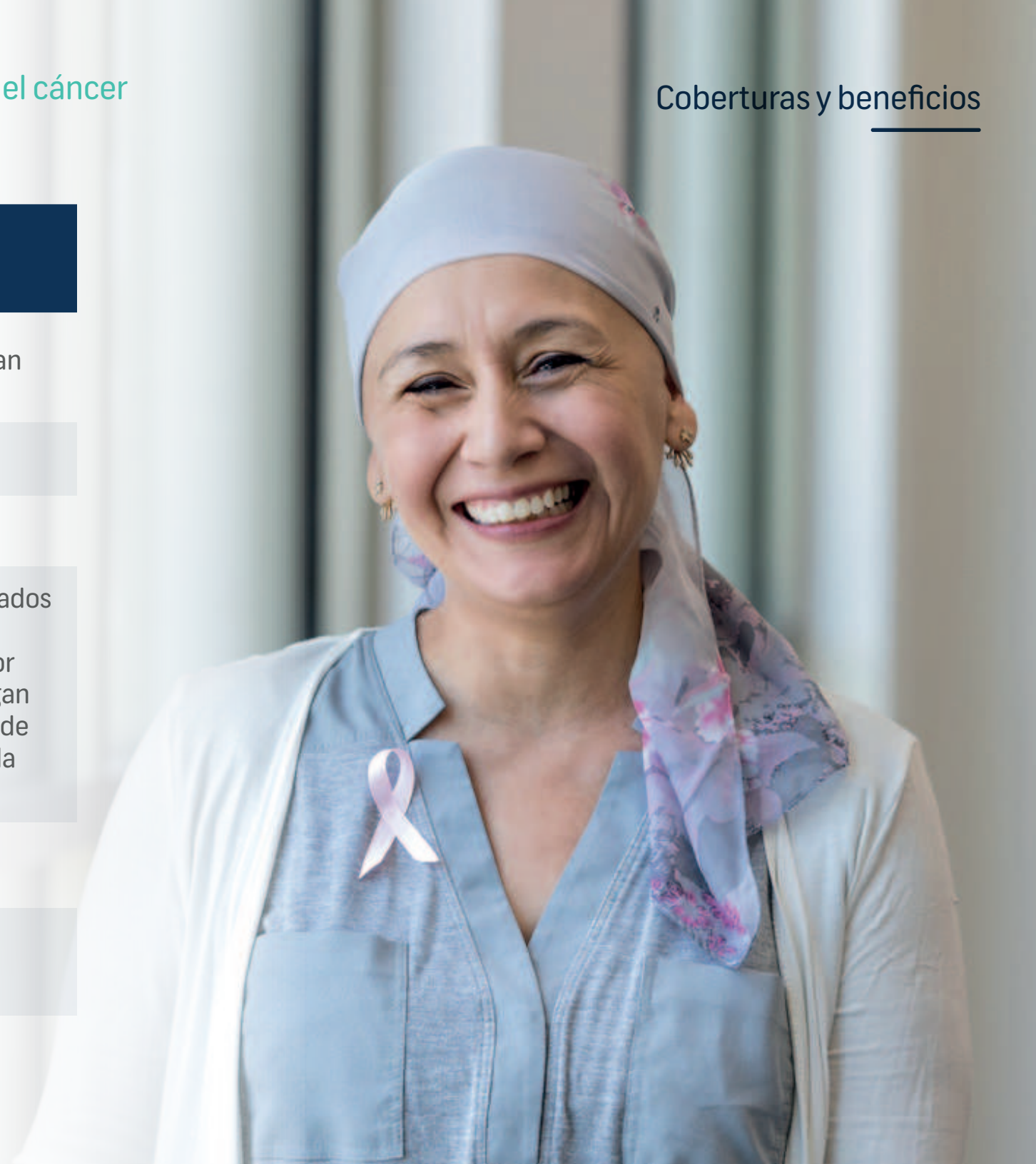
Trasplantes de órganos.

Tratamientos experimentales, ni medicamentos oncológicos no aprobados por la FDA (Food And Drug Administration - www.fda.gov), European Medicine Agency (EMA - www.ema.european.eu) o Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH - www.cadth.ca), o que tengan categorías de evidencia y consenso mayor a 2A de acuerdo a las Guías de Manejo Oncológico de NCCN - www.nccn.org vigentes al momento de la atención, ni las complicaciones por la utilización de los mismos.

Medicamentos oncológicos no comercializados a nivel nacional.

Exámenes, diagnósticos y procedimientos terapéuticos no disponibles a nivel nacional.

Cualquier otra exclusión descrita en su plan de salud.



¿Dónde y cómo me atiendo?

Podrás atenderte en las clínicas o centros médicos afiliados a tu plan de salud siguiendo estos pasos:



2 Beneficio latencia

(solo contratos regulares)

*Cobertura de latencia por desempleo

¿Qué es y qué cubre?

Es la cobertura que te permite acceder a servicios médicos hasta 12 meses a pesar de estar en una situación de desempleo. La duración de la cobertura dependerá del número de aportes a EsSalud que se haya hecho durante los últimos 3 años antes de la fecha de cese.

Nuestros afiliados regulares, en caso de desempleo o suspensión perfecta de labores, tanto el titular como sus derechohabientes tendrán derecho a las prestaciones de prevención, promoción y atención de salud de capa simple en los centros médicos que se estipulan en el plan de salud.

Recuerda que, son beneficiarios del periodo de latencia el trabajador cesado, el cónyuge o concubino y los hijos menores de 18 años o hijos incapacitados en forma total y permanente para el trabajo afiliados a **Sanitas** (aunque en tu plan de salud hayan tenido cobertura hasta edades mayores a la señalada).





Períodos aportados
en los 3 años previos
al cese o pérdida de
cobertura

01

De 5 a 9 meses
De 10 a 14 meses
De 15 a 19 meses
De 20 a 24 meses
De 25 a 29 meses
De 30 a más meses



Total de período de
latencia

02

2 meses
4 meses
6 meses
8 meses
10 meses
12 meses



Solo PEAS
(A cargo de la EPS)
No PEAS
(A cargo de EsSalud)

03

Primer mes
2 primeros meses
3 primeros meses
4 primeros meses
5 primeros meses
6 primeros meses



No PEAS y
maternidad (A cargo
de EsSalud)

04

Segundo mes
2 siguientes meses
3 siguientes meses
4 siguientes meses
5 siguientes meses
6 siguientes meses

*Solo aplica a planes regulares



Recuerda

Latencia Artículo 37.- En caso de desempleo, los afiliados regulares que cuenten con un mínimo de 30 meses de aportación durante los tres años precedentes al cese y sus derechohabientes, tienen derecho a prestaciones médicas previstas en los Artículos 11 y 12 de este reglamento, durante un período de latencia por desempleo de doce meses, contados a partir de la fecha de cese. Durante los primeros 06 meses se mantiene el derecho a las prestaciones vigentes en el momento del cese, incluyendo la capa compleja, a cargo del IPSS. Durante los 06 meses siguientes, la cobertura corresponderá solamente la capa compleja más las prestaciones médicas por maternidad, a cargo del IPSS. Cuando una entidad empleadora cambie de EPS, la nueva EPS contratada deberá asumir las obligaciones de la anterior derivada de la aplicación del presente artículo. Artículo modificado por el Artículo 1 del Decreto Supremo No 004- 2000-TR, publicado el 02-06-2000, cuyo texto es el siguiente: "Latencia Artículo 37.- En caso de desempleo o suspensión perfecta de labores que genere la pérdida del derecho de cobertura, los afiliados regulares que cuenten con un mínimo de 05 meses de aportación, consecutivos o no, durante los 03 años precedentes al cese o suspensión perfecta de labores, y sus derechohabientes, tienen el derecho a las prestaciones médicas previstas en los Artículos 11 y 12 de este reglamento, a razón de 02 meses de latencia por cada 05 meses de aportación. Los períodos de latencia que se generen no podrán exceder de 12 meses consecutivos, contados a partir de la fecha de cese o pérdida de la cobertura ocasionada por la suspensión perfecta de labores. Los periodos de aportación que se hayan computado efectivamente para otorgar períodos de latencia, no se considerarán para el cómputo de los períodos de calificación de los próximos períodos de latencia que se generen.

2 Beneficio latencia

(solo contratos regulares)

¿Cómo activo la cobertura?

Sigue los pasos que se detallan a continuación para acogerte a los beneficios del período de latencia:

- Para obtener la cobertura de Latencia, el usuario deberá haber terminado el vínculo laboral con su empresa; así mismo el estatus de su plan de salud deberá ser Suspendido.
- El usuario deberá ingresar a **www.sanitasperu.com** para descargar la Declaración jurada, la cual tendrá que completar y enviar al correo de **Sanitas en Línea: sanitasenlinea@sanitasperu.com**, para que se proceda con la activación del período de Latencia.
- **Sanitas habilitará la cobertura de Latencia en el plazo de 24 horas por 30 días.**
- El usuario debe enviar al correo electrónico de EsSalud (**plataformaenlinea@essalud.gob.pe**) la solicitud de activación de su latencia adjuntando sus datos: nombres y apellidos del trabajador, DNI y liquidación con cese laboral.
- Una vez realizado el trámite, EsSalud nos remitirá un correo con la conformidad y el periodo correspondiente de Latencia para actualizar el plazo de cobertura.
- Si el cliente no recibe la conformidad por parte de EsSalud sobre la carta de cobertura de desempleo hasta el último día del mes de solicitud de activación de latencia, se procederá a cambiar el estado del cliente de latente a suspendido.

2 Beneficio latencia

(solo contratos regulares)

Canales de atención y contacto

Canal Telefónico

Sanitas en Línea: **219 1919**

Central de Emergencias

- **Opción 0:** Atención de emergencias cuando hay vidas en riesgo.
- **Opción 1:** Programa una cita o conversa con un médico.

Central de Consultas

- Realiza tu preinscripción al Programa Vive Sano.
- Resuelve las dudas que tengas sobre tu plan de salud.

Horario de atención: Lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.
Sábados de 8:00 a. m. a 2:00 p. m.

Canal Virtual Asistido

Correo de atención al cliente: **sanitasenlinea@sanitasperu.com**

Resolvemos tus dudas sobre tu plan de salud:

- Solicita una copia de tu plan de salud.
- Realiza tu trámite de cancelación (contratos potestativos).
- Consulta sobre tu trámite de latencia.
- Solicita tu siniestralidad.
- Solicita información sobre tu estado de cuenta.
- Realiza el trámite cargo en cuenta y la actualización de tarjeta.
- Solicita la actualización de tus datos.
- Otros trámites y solicitudes.

Al momento de recibir tu consulta o requerimiento te informaremos los pasos a seguir y el tiempo de atención.



3 Preguntas frecuentes



¿Qué son los diagnósticos PEAS?

En el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, comprende lo ordenado a través de la Ley Marco del Aseguramiento en Salud (Ley 29344), que indica los diagnósticos que se cubren y el alcance de dicha cobertura. Para más información:

[¡Ingresa aquí!](#) 

¿Qué son las enfermedades preexistentes?

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

¿Las EPS cubren enfermedades preexistentes?

Las EPS cubren la atención de todas las dolencias preexistentes de aquellas enfermedades que corresponden a la cobertura obligatoria según la Ley PEAS (Ley N°29344 - Marco de Aseguramiento Universal en Salud).

Para dar continuidad de cobertura de preexistencias de No PEAS del plan de salud contratado, se deberá cumplir con:

- Al momento del diagnóstico, contar con cobertura adicional de No PEAS.
- La preexistencia no debe estar excluida de la póliza.
- La preexistencia no debe estar excluida de la póliza por declaración inoportuna, falsa o reticente.

Para tener derecho a la continuidad se debe cumplir:

- Inscribirse al plan de salud potestativo o regular, dentro de los 90 días calendario posteriores a la cancelación del anterior plan.
- Si se aplica el beneficio de continuidad de cobertura de preexistencias de No PEAS, no se aplican periodos de carencia ni ni espera para dichos diagnósticos.



3

Preguntas frecuentes



¿Existe algún período de espera para recibir las prestaciones de la EPS?

En el caso de maternidad, para afiliados potestativos, el período de espera es de 9 meses, salvo sea un diagnóstico de maternidad indicado en el PEAS. Es condición para el goce de las prestaciones que la gestante se encuentre afiliada a la EPS al tiempo de la concepción.

¿Tengo derecho a cobertura de diagnósticos preexistentes y enfermedades congénitas?

Se cubren los diagnósticos preexistentes incluidos en el PEAS, como este lo indica; las enfermedades congénitas serán cubiertas a todos aquellos recién nacidos cuyo nacimiento se haya producido bajo la cobertura del plan de salud de Sanitas y que hayan sido inscritos dentro de los 30 días calendario siguientes al calendario.

¿Qué son los tiempos de espera?

Periodo en el cual ciertos diagnósticos y/o procedimientos no serán cubiertos

¿Qué es una cobertura?

Beneficio que ampara al afiliado en la red de prestadores dispuestos en su plan de salud a nivel nacional.

¿Qué es una carta de garantía?

Es el documento que autoriza el gasto tramitado por la clínica o el proveedor del servicio médico. La carta de garantía tiene una vigencia de 30 días (a excepción de cartas de garantía para medicamentos, que tienen una duración de 03 días), siempre y cuando el afiliado se encuentre vigente para el plan de salud.

¿Qué son los gastos no cubiertos?

Son todos aquellos consumos que no están cubiertos por el plan de salud y/o pertenecen a las exclusiones de su plan, por lo cual, deberán ser asumidos por el usuario en su totalidad.

¿Qué es un afiliado?

Persona inscrita en el plan de salud y que goza de las coberturas descritas en el plan contratado.

¿Qué tipo de póliza tiene un afiliado regular?

Tipo de póliza regular, que corresponde a los trabajadores activos de una empresa que laboren en relación de dependencia y sus derechohabientes.

3

Preguntas frecuentes



¿Qué es el beneficio máximo anual?

Este beneficio se define como el límite máximo disponible para la suma de todos los gastos de capa compleja durante la vigencia del plan. Dicho límite no podrá exceder en ningún caso el límite contratado.

¿Qué es una clínica y/o centro médico afiliado?

Clínica y/o centro médico que se encuentra adscrito a la red de atención de SANITAS.

¿Qué es la declaración de salud?

Declaración formulada por los afiliados de su estado de salud y el de sus beneficiarios que tiene el carácter de ser una declaración jurada y que, por lo tanto, debe ser veraz y lo más precisa posible. Sanitas resguarda y protege la información de todos sus afiliados de acuerdo a la ley de confidencialidad de información.

¿Cómo puedo pagar la mensualidad?

Usted podrá afiliar una vía de cobro para débito bancario cargo a cuenta, pagar en bancos o banca por internet. Es importante mencionar que en caso usted cambie su tarjeta afiliada (robo, caducidad u otro motivo) deberá comunicar a Sanitas la nueva tarjeta. También puede ver las formas de pago en nuestra página web.

¿Se debe incluir a todos los derechohabientes en la EPS?

En caso de afiliados regulares, sí. Según la filosofía del sistema de seguridad social, los trabajadores y sus derechohabientes deben tener una cobertura de salud, ya sea en EsSalud o en una EPS. Si un trabajador se afilia a una EPS, tanto él como sus derechohabientes pierden la cobertura de la Capa Simple en EsSalud y la trasladan a dicha EPS. Por tal motivo, es obligatorio, de acuerdo a ley, afiliar a sus derechohabientes, de no hacerlo, estos quedarían desprotegidos de cobertura de salud.

Sin embargo, si están afiliados a otra EPS o EsSalud a través del cónyuge, que labora en otra entidad empleadora, ya no resulta indispensable que el primero los afilie a su EPS.

¿Cómo se brinda la continuidad en maternidad?

Si ha aportado 09 meses o más en otra EPS, se elimina el tiempo de espera para maternidad en contratos potestativos. En caso que provenga de EsSalud, se considera que tiene continuidad si han aportado 03 meses consecutivos o 04 meses alternados en los últimos 06 meses de aportación.

3

Preguntas frecuentes



¿Qué son los topes de cobertura?

Son las condiciones y límites de aplicación de los beneficios de una cobertura, los cuales permite especificar hasta dónde podemos llegar en la concesión de beneficios.

¿Qué son los tipos de usuario?

Es una clasificación de la población asegurada, por ejemplo: titular, cónyuges, hijos y padres.

¿Cuando se afilia a una EPS, se pierde el derecho a seguir en EsSalud?

No, los trabajadores regulares que se afilien a una EPS seguirán manteniendo su derecho de atención por EsSalud para los diagnósticos de No PEAS.

Si estoy afiliado a una EPS, ¿pierdo las prestaciones económicas brindadas por EsSalud?

Para afiliados regulares las prestaciones económicas brindadas por EsSalud, como los subsidios de maternidad, incapacidad temporal y lactancia, seguirán siendo otorgadas por EsSalud al trabajador a pesar que esté afiliado a una EPS.

¿Qué sucede con la cobertura si un trabajador se retira de la empresa?

En caso de desempleo y de suspensión perfecta de labores, los afiliados pasan al período de latencia, es decir, gozarán de hasta 6 meses de cobertura en PEAS a través de Sanitas y de hasta 12 meses de cobertura en No PEAS a través de EsSalud, siempre y cuando el trabajador cuente con un mínimo de cinco meses de aportación en los últimos 3 años precedentes al cese, acogándose a 2 meses de período de latencia por cada 5 meses de aportación. El período de latencia para los casos de suspensión perfecta de labores serán de aplicación a partir de la fecha de pérdida del derecho de cobertura. Usted podrá atenderse en las clínicas especificadas para tal fin según su Plan de Salud.

¿Cómo se brinda la continuidad en maternidad?

Si ha aportado 9 meses o más en otra EPS, se elimina el tiempo de espera para maternidad en contratos potestativos.

En caso que provenga de EsSalud, se considera que tiene continuidad si han aportado 3 meses consecutivos o 4 meses alternados en los últimos 6 meses de aportación.

4

Gestión de reclamos

Procedimiento de reclamos

¿Qué es una consulta?

Solicitud de información presentada por una persona natural o jurídica a la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS, a través de los canales puestos a disposición por estas, a fin de que emitan su pronunciamiento sobre las materias relacionadas a sus competencias.

¿Qué es un reclamo?

Manifestación verbal o escrita, efectuada ante la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS, por un usuario o tercero legitimado ante la insatisfacción de los servicios, prestaciones o coberturas solicitadas a, o recibidas de, las IAFAS o IPRESS, o que dependan de las UGIPRESS.

La interposición del reclamo no constituye vía previa para acudir en queja ante SUSALUD.

Canales de comunicación



Verbal: presencial o comunicación telefónica.



Medio electrónico: página web o correo electrónico.

¿A través de qué medios puedes realizar tus reclamos y/o consultas?

E-mail reclamos: defensoriadelusuario@sanitasperu.com
Sanitas en línea: 01-2191919, Opción 2.
Plataformas de atención

4

Gestión de reclamos

Procedimiento de reclamos

¿Cómo es el proceso de atención de reclamos?

- **Procedimiento de atención:**
 - **Recepción:** a través de los diferentes canales de atención (Sanitas en línea, correo, plataformas)
 - **Asignación de un número correlativo.**
 - **Atención y/o derivación por competencia.**
 - **Investigación, resultado y notificación.**

De no ser competencia de la IAFAS, se derivará a la IPRESS en un plazo no mayor a 2 días útiles.

¿Cómo es el proceso de consultas?

Procedimiento de atención:

- **Recepción**
- **Resultado y respuesta**

¿En cuánto tiempo daremos respuesta?

Reclamos: 30 días útiles

Consultas: 05 días útiles. La atención de las consultas y reclamos es gratuita.

¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con la respuesta?

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 22 del Reglamento para la atención de los Reclamos y quejas de los usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento de Salud - IAFAS, de no encontrarse de acuerdo, en todo o en parte, con el resultado de su reclamo, puede acudir en queja ante la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD.

Web: portales.susalud.gob.pe/web/portal.



Manual Guía del Afiliado