

Cuidamos la salud de tus trabajadores:

Guía del empleador



Índice

Bienvenido(a) a Sanitas Perú EPS	03
¿Quiénes somos en Keralty?.....	05
Lo que debes conocer de tu EPS	06
Nuestro plan de prevención para tus colaboradores	07
¿Qué contiene el documento de Plan de Salud EPS?.....	08
¿Cómo funciona el sistema de la EPS?.....	09
¿Cuánto debo aportar a EsSalud?.....	10
Inclusiones y cambio de plan	11
¿Qué documentos deben presentar nuestros colaboradores y familiares en su afiliación para garantizar la continuidad de sus diagnósticos preexistentes?.....	13
Proceso de facturación.....	14
¿Cómo descargo mi factura electrónica?.....	15
¿Dónde puedo pagar?	16
Lo que debes saber sobre la activación de latencia	18

¿Qué es el periodo de latencia?.....	19
¿Quiénes son los beneficiarios?.....	20
¿Qué debo hacer para gozar del beneficio de latencia?.....	21
Clínicas que brindan atención durante el periodo de latencia	22
Cálculo para otorgar el periodo de latencia.....	23
¿A través de qué canal se atienden nuestros requerimientos administrativos como empresa?.....	24
¿Cómo solicito la desvinculación de un colaborador a la EPS?.....	25
Desafiliación.....	26
Exclusión y/o cancelación	27
ANS de los procesos claves	28
¿A dónde deben comunicarse mis colaboradores en caso de una emergencia o consulta de su Plan de Salud?.....	29

¡Bienvenido(a) a **Sanitas Perú EPS,**

tu mejor alternativa en el mundo de la salud! Gracias por confiar la salud de tus colaboradores y de sus familias a nuestra EPS.

Contamos con un equipo de profesionales comprometidos para que tu experiencia en el cuidado de tu salud sea la mejor. Te invitamos a leer la siguiente guía que contiene información fundamental para la correcta administración de tu contrato EPS.



Estamos a tu disposición a través de tu ejecutivo de servicio para cualquier consulta sobre la administración de tu EPS.

Este canal es exclusivo para el empleador, ya que para usuarios tenemos canales de atención especializados.

Si no conoces a tu ejecutivo de servicio, puedes escribir al correo sanitasenlinea@sanitasperu.com, desde donde te brindarán esta información.

¿Quiénes **somos** en **Keralty**?

¡Conócenos más aquí! 

Somos un grupo de empresas privadas comprometidas en mantener saludable a la población a través de un Modelo de Salud Integral propio, basado en la prevención, identificación y gestión de riesgos en la salud, así como en el control y cuidado de la enfermedad y dependencia.

El éxito de nuestro Modelo de Salud nos ha permitido llegar a varios países, asociándonos localmente con entidades que nos permiten entender la cultura y las necesidades de la población, para así adaptar nuestros servicios a las realidades particulares de cada región y en toda la cadena de valor en salud y bienestar, lo que nos hace únicos en el mundo. Estamos presentes en Colombia, Estados Unidos, México, Brasil, España, Venezuela, Filipinas y Perú.

Hoy, millones de personas en el mundo confían su salud y bienestar en nuestras manos, por ello, nuestras compañías trabajan en equipo, con excelencia, crecimiento, compromiso y eficiencia, para abordar lo sanitario, lo social y comunitario a través del talento humano, como su principal activo, y siendo un reflejo permanente de nuestra identidad cultural en la compasión, reciprocidad, justicia, respeto y solidaridad.

Somos miles de personas en el mundo, unidos de corazón y en acción bajo el mismo propósito:

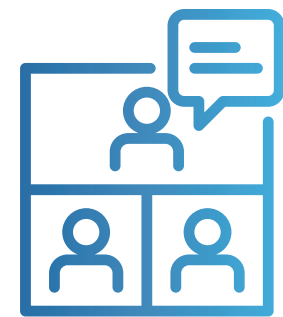
¡Cuidar de ti y crecer cuidando, cada día, de más personas en el mundo!



Lo que debes conocer de tu EPS

Nuestro plan de prevención para tus colaboradores

Al contratar su plan de EPS con Sanitas, usted ha brindado no solo las coberturas preventivas que contiene y están descritas detalladamente en su plan de salud, sino que también tendrán la oportunidad de participar de nuestras actividades de prevención masivas:



Charlas online para conocer nuestros planes de salud y beneficios.



Conferencias digitales en temas de prevención y cuidado de la salud brindadas por especialistas en cada tema.



Charlas online sobre actividades físicas, bienestar y calidad de vida.

¿Cómo te notificaremos los eventos?

Te enviaremos el cronograma con las fechas a tu correo personal para que te registres.

¿Por dónde se dan las charlas?

Se dan a través de la plataforma Zoom

*Los usuarios y dependientes pueden actualizar sus datos de contacto para recibir nuestras notificaciones llamando al **219 1919** o a través del correo **sanitasenlinea@sanitasperu.com**

¡Conoce **aquí** nuestras actividades del mes!

¿Qué contiene el documento de Plan de Salud EPS?

Para el correcto uso del Plan de Salud contratado, es fundamental conocer el documento del mismo, por lo tanto, es clave que el empleador se asegure que todos sus colaboradores lo conozcan y lo tengan en su poder, para un mejor entendimiento de las coberturas, condiciones, tiempos de espera, exclusiones y red de prestadores que tendrán.

Por lo general, las condiciones establecidas en la contratación tienen una duración de un (01) año, tiempo en que deberá ser renovado y ajustado según las condiciones de siniestralidad e inflación que se evaluarán y se comunicarán al empleador con 60 días de anticipación al fin de la vigencia del contrato.



¿Cómo funciona el sistema de la EPS?

Se llama afiliado regular a todos aquellos trabajadores activos de una empresa que laboren en relación de dependencia, sus derechohabientes legales, cónyuge, conviviente, hijos menores de edad o hijos mayores de edad incapacitados total y permanentemente para trabajar.

Para el caso de los afiliados regulares, las empresas, por ley, aportan 9 % de la planilla a EsSalud para que sus trabajadores estén cubiertos ante la eventualidad de cualquier enfermedad que puedan presentar sin hacer distinción para todos los diagnósticos de atenciones más frecuentes y menos complicadas (PEAS) y los casos de mayor severidad (NO PEAS). Si quieres conocer más detalles sobre el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, puedes acceder a nuestra Guía PEAS en el siguiente link:

[¡Ingresa aquí! !\[\]\(c3d993ca47bfe2a953c700506ce31fa0_img.jpg\)](#)

Si deseas conocer el Decreto Supremo:

[¡Ingresa aquí! !\[\]\(e3f8612927870f2e0f9f5989e6dd3064_img.jpg\)](#)



¿Cuánto debo aportar a EsSalud?

Al elegir una EPS, el 9 % que la empresa aportaba a EsSalud se divide en un 2.25 % para la EPS elegida y 6.75 % que sigue aportando a EsSalud. Al afiliarse a una EPS, el trabajador conserva su derecho de atenderse en EsSalud para los diagnósticos no cubiertos por su EPS y acceder a los subsidios de ley, quedando a cargo de la EPS la cobertura obligatoria de todos los diagnósticos PEAS y demás diagnósticos contemplados según las coberturas del Plan de Salud contratado.

El 9 % del aporte se distribuye en:

EsSalud 6.75 %

Capa compleja

Enfermedades más graves y menos frecuentes.

EPS 2.25 %

Capa simple

Enfermedades menos graves y más frecuentes.

Subsidios de ley

Lactancia, maternidad, descanso médico posteriores a 21 días y otros.

Capa compleja

Enfermedades más graves y menos frecuentes.



Inclusiones y cambio de plan



Declaración personal de salud (DPS)

Verifica que la DPS cuente con todos los datos del titular y los dependientes.



Presenta los requisitos

Adjunta una copia de los DNI del titular y los dependientes.
A. En caso de convivientes: Declaración Jurada de Concubinato.
B. En caso de ser casados, adjuntar la partida de matrimonio.



Recién nacidos

Para afiliar a un recién nacido a un contrato vigente dentro de los 30 días de su fecha de nacimiento, enviar un correo electrónico a su ejecutivo de servicio corporativo.



Fechas de cierre

Es importante tener en cuenta las fechas de cierre de solicitudes de inclusiones.

Las solicitudes de afiliación digital deben ser enviadas a su asesor comercial o corredor.

Para ver los requisitos:

¡Ingresa aquí! 

Inclusiones y cambio de plan

Tipo de movimiento	Detalle de referencia		Vigencia	Nota
Inclusión	Colaborador antiguo	Hasta el día 15	Retroactivo al 1°	En caso de que el trabajador o derecho habiente provenga de otra EPS deberá adjuntar a la solicitud la constancia de afiliación y reporte de atenciones originales con una antigüedad no mayor a 30 días.
		A partir del día 16	1° día del mes siguiente	
	Colaborador nuevo	Durante todo el día	Retroactivo al 1°	
	Recién nacido	Dentro de los primeros 30 días de nacido	1° día del mes de nacimiento	
Cambio de plan	Plan adicional 2 al Plan adicional 1 o Plan base.	Hasta el día 25	1° día del mes siguiente	Solo en el mes de renovación, los trabajadores pueden solicitar la migración a un plan superior.
	Plan adicional 1 al Plan base	A partir del día 26 hasta el último día útil del mes	1° día del mes sub-siguiente	
	Plan base al Plan adicional 1 o adicional 2	Solo hasta el día 15 en el mes de renovación	1° día del mes	
	Plan adicional 1 al adicional 2		1° día del mes en renovación	

*Cierre comercial (Inclusión de acuerdo a calendario de operaciones, el horario como máximo es al mediodía.

**Cambio de Plan por renovación como máximo el día 15 del mismo mes (Renovación).

***Importante: Respetar las fechas establecidas (no se aceptan retroactivos).

¿Qué documentos deben presentar nuestros colaboradores y familiares en su afiliación para garantizar la continuidad de sus diagnósticos preexistentes?

- ◆ Solicitud de afiliación (correctamente llenada, sin enmendaduras y firmada). Original, copia o digital.
- ◆ DNI, CE o Pasaporte del titular y dependientes (en caso de recién nacido, partida de nacimiento).
- ◆ En caso de ser familiar, debe incluir las constancias de parentesco (Ejemplo: Acta de matrimonio o concubinato, partida de nacimiento).
- ◆ Constancia de donde se detalles los Diagnósticos de Preexistencias no cubiertas (firmadas por la anterior aseguradora).
- ◆ Reporte de Siniestralidad (NO se acepta en Excel, el formato debe ser en original o copia con sello y debe comprender todos los años en los que estuvo afiliado a su anterior o anteriores EPS).

¡Descarga **aquí** los formatos de afiliación!

Nota: Estos documentos deben ser tramitados con tu corredor de seguros o agente comercial para que sean revisados y enviados posteriormente a la EPS para su procesamiento y emisión.

Proceso de facturación

Mes 01

DO	LU	MA	MI	JU	VI	SA
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	21	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

Mes 02

DO	LU	MA	MI	JU	VI	SA
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

- Emisión de la primera facturación del mes.
- Emisión de la segunda facturación del mes (donde se detallan los movimientos adicionales del mes).
 - Las vigencias son del primer al último día del mes, no existen vigencias parciales.
 - Las exclusiones serán recibidas por Sanitas hasta el último día hábil del mes (cese).
- Cierre de Inclusiones, con vigencia retroactiva al mes en curso.
- Cierre de exclusiones, con vigencia al mes siguiente (del día 16 al 25 de cada mes).

Tomando como ejemplo facturación del “Mes 02” puede recibir 1 o 2 comprobantes en el mes.

- **Primer ciclo de facturación:** Se emite el 1er día hábil y refleja:
 - Asegurados del “Mes 01”.
 - Inclusiones recibidas y trabajadas hasta el día 25 del “Mes 01”, con vigencia 1ero del “Mes 02”.
 - Exclusiones recibidas y trabajadas hasta el 25 del “Mes 01”, con vigencia 1ero del “Mes 02”.
- **Segundo ciclo de facturación:** Se emite el día 21 de cada mes y refleja todas las novedades (inclusiones y exclusiones) que no ingresaron en el primer ciclo de facturación.
 - Exclusiones ingresadas del 26 al 31 del “Mes 01”.
 - Inclusiones recibidas y trabajadas hasta el 15 del “Mes 02”, vigencia retroactiva el 1ero del “Mes 02”.

¿Cómo descargo mi factura electrónica?

Recuerda que para mantener tus coberturas activas debes garantizar el pago oportuno de tus facturas. En esta sección, te explicamos cómo acceder a tu factura:

¡Ingresa aquí! 

- ◆ El botón te direccionará a ingresar los datos de tu número de factura, fecha de emisión y monto que hemos enviado en formato digital al correo electrónico que nos has proporcionado al iniciar la contratación.
- ◆ Marca la casilla de verificación y procede a descargar el documento.
- ◆ Si no estás recibiendo nuestros correos corporativos, debes comunicarte con tu ejecutivo de servicio corporativo para la actualización de datos de tu empresa.



¿Dónde puedo pagar?



Vía web o app:

BCP

Ingresa a la web o app del BCP:

Escoge las siguientes opciones: Servicios / Sanitas Perú S. A. EPS / Mensualidad / Número de referencia: Ingresa tu número de contrato que inicia con 61XXXXXXX o 70XXXXXXX / Selecciona el documento a pagar.

BBVA

Ingresa a la web o app del BBVA:

Escoge las siguientes opciones: Pagar servicio / Agregar servicio a pagar / Sanitas Perú S. A. / Mensualidades / Ingresa tu número de contrato que inicia con 61XXXXXXX o 70XXXXXXX / Selecciona el documento a pagar

Nota: Recuerda que los documentos deben ser pagados uno a uno.

¡Ingresa **aquí** para ver los medios de pago!

¿Dónde puedo pagar?



Agente o Ventanillas del Banco

BCP

- ◆ Indica que cancelarás a la cuenta recaudadora “Mensualidades” de **Sanitas Perú SA – EPS**.
- ◆ Indica el código 04980.
- ◆ Indica tu número de contrato que inicia con 61XXXXXXX o 70XXXXXXX.
- ◆ Indica el número de factura a pagar.

BBVA

- ◆ Indica el pago a la cuenta recaudadora de Sanitas Perú SA – EPS.
- ◆ Indica el código 826.
- ◆ Indica tu número de contrato que inicia con 61XXXXXXX o 70XXXXXXX.
- ◆ Indica el número de factura a pagar.

Nota: Para pagos con cheques puede acercarse a la ventanilla de los bancos BCP y BBVA, considerando girar un cheque por cada documento y el importe exacto a nombre de **SANITAS PERÚ SA – EPS**. También puedes afiliar tu tarjeta VISA de crédito o débito para hacer el cobro mensualmente de manera automática (el primer día del mes). Envíanos un correo a cobranzas@sanitasperu.com y te guiaremos en el proceso.

Importante: Recuerda estar al día en tus pagos, ya que corres el riesgo de afectar las atenciones según lo indicado en tu contrato.

Lo que debes saber sobre **la activación de latencia**



¿Qué es el periodo de latencia?



Es el periodo durante el cual, en caso de desempleo o suspensión perfecta de labores que genere la pérdida del derecho de cobertura, los afiliados regulares a Sanitas Perú EPS tendrán derecho a prestaciones de prevención, promoción y atención de la salud por diagnósticos médicos incluidos dentro del listado del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS (antes capa simple) durante la primera mitad del periodo total que les corresponda de acuerdo al número de aportes efectuados por su empleador.

Durante la segunda mitad de este periodo, es su derecho atenderse por diagnósticos que no estén incluidos en el PEAS (antes capa compleja) y por maternidad en EsSalud.

(*) Conforme al Decreto Supremo N°011-2020-TR para los casos de suspensión perfecta de labores dispuestos al amparo de dicha norma, podrás continuar atendiéndote por Sanitas Perú EPS siempre que tú o tu empleador hayan decidido continuar aportando el íntegro de la prima correspondiente al Plan de Salud afiliado. En caso contrario, tus atenciones deberán continuar a través de EsSalud.

¿Quiénes son los beneficiarios?

Recuerda que solo podrán acceder al beneficio del periodo de latencia los afiliados regulares, es decir, el titular (trabajador cesado), su cónyuge o concubino y los hijos menores de 18 años, o hijos mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo que hayan estado afiliados a Sanitas.

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.

Es importante informar al trabajador que, si se reincorpora laboralmente durante el periodo de latencia, EsSalud y Sanitas suspenderán esta cobertura. El nuevo empleador activará su cobertura en EsSalud o EPS según corresponda.



¿Qué debo hacer para gozar del beneficio de latencia?

Si bien EsSalud es la entidad encargada de activar de manera automática el periodo de latencia, una vez que el empleador haya reportado el cese, se debe recomendar a los excolaboradores lo siguiente:

El trabajador deberá completar y enviar la declaración jurada al correo **sanitasenlinea@sanitasperu.com**, para iniciar el trámite de la activación del periodo de latencia.

[¡Descárgala aquí!](#)

- ◆ Sanitas habilitará la cobertura de latencia en el plazo de 24 hora hábiles por 30 días.
- ◆ Seguidamente, 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, el usuario deberá remitirnos una copia de la constancia de latencia para actualizar el plazo de cobertura.
- ◆ Si el cliente no envía 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.

[Para mayor información visita nuestra página aquí](#) 



Clínicas que brindan atención durante el periodo de latencia

En Lima:

- ◇ Clínica Vesalio.
- ◇ Clínica Stella Maris.
- ◇ Clínica Centenario Peruano Japonés.
- ◇ COA (Odontología).

En Provincia

- ◇ Arequipa: Clínica San Juan de Dios.
- ◇ Trujillo: Clínica Sánchez Ferrer.
- ◇ Piura: Clínica Miraflores.
- ◇ Chiclayo: Hospital Metropolitano.
- ◇ Cusco: Clínica San José.

Cálculo para otorgar el periodo de latencia

Periodos aportados en los 03 años previos al cese o pérdida de cobertura

De 05 a 09 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 periodo de latencia

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

De capa simple (a cargo de la EPS) y capa compleja (a cargo de EsSalud)

Primer mes
Dos primeros meses
Tres primeros meses
Cuatro primeros meses
Cinco primeros meses
Seis primeros meses

Capa compleja y maternidad (a cargo de EsSalud)

Segundo mes
Dos siguientes meses
Tres siguientes meses
Cuatro siguientes meses
Cinco siguientes meses
Seis siguientes meses

Latencia Artículo 37.- En caso de desempleo, los afiliados regulares que cuenten con un mínimo de treinta 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 periodo de latencia por desempleo de doce meses, contados a partir de la fecha de cese. Durante los primeros seis meses se mantiene el derecho a las prestaciones vigentes en el momento del cese, incluyendo la capa compleja, a cargo del IPSS. Durante los seis 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 derivadas 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 cinco meses de aportación, consecutivos o no consecutivos durante los 3 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 dos meses de latencia por cada cinco meses de aportación. Los periodos de latencia que se generen no podrán exceder de doce 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 periodos de latencia, no se considerarán para el cómputo de los periodos de calificación de los próximos periodos de latencia que se generen.

¿A través de qué canal se atienden nuestros requerimientos administrativos como empresa?

Contamos con un canal exclusivo de atención para los administradores de los contratos EPS. Por lo general, quien gestiona estos requerimientos son el área de desarrollo humano, bienestar, gerencia administrativa o gerencias generales de nuestras empresas afiliadas. Los requerimientos más frecuentes son:

- ◊ Solicitud de cambio de tipo de Plan de Salud.
- ◊ Validación de vigencias de usuarios.
- ◊ Consultas sobre facturación.
- ◊ Actualización de datos del contratante y destinatarios de comunicaciones.
- ◊ Solicitud de desvinculaciones a la EPS.
- ◊ Incidencias que no han podido ser resueltas por los canales de atención al usuario, tales como call center, plataforma de atención y otros destinados exclusivamente a usuarios finales.

Nota: El correo de su ejecutivo de servicio ha sido informado junto con la entrega de esta guía en el correo de bienvenida.



¿Cómo solicito la desvinculación de un colaborador a la EPS?

Proceso de exclusión: Actualmente las exclusiones deben ser canalizadas mediante correo electrónico de tu ejecutivo de servicio corporativo asignado, quien te orientará en el proceso y te brindará los pasos a seguir para realizar tu exclusión y/o cancelación

Planes Corporativos

Hasta el día 25 por cualquier motivo.
Hasta las 12 hrs. del último día hábil del mes por cese.

Planes Individuales y/o familiares

Hasta el día 25 por cualquier motivo.

Nota

- ◊ Indicar datos completos del usuario a excluir y motivo de exclusión.
- ◊ Si mantiene deuda al momento de la cancelación de contrato, se deberá regularizar el pago y reingresar la solicitud de cancelación rigiéndose a las fechas establecidas.
- ◊ Para la exclusión del cónyuge o hijos menores de 18 años, se deberá acreditar que el primero sea titular en EsSalud o cuenta con otra EPS.

Para ver los requisitos:

¡Ingresa aquí!

Desafiliación

Titular regular



A través de la solicitud formal del cliente. Cuando es excluido el titular, los derechohabientes legales también.

Derechohabientes legales



- Cónyuge.
- Conviviente.
- Hijo menor de 18 años o mayor de 18 años.

Otros beneficiarios



- Hijo mayor de 18 años.
- Padre.

Fechas de cierre



Es importante tener en cuenta las fechas de cierre de solicitudes de desafiliación.

Exclusión y/o cancelación

Tipo de movimiento	Detalle de referencia		Vigencia	Nota
Exclusión y/o cancelación	Regular plan padres, plan hijos menores de 18 años.	Hasta el día 25 por cualquier motivo; solo en caso de cese, hasta las 12 hrs. Del último día hábil del mes.	1° día del mes siguiente	Indicar motivo de exclusión y/o cancelación.
	Potestativo familiar	Hasta el día 25 por cualquier motivo.	1° día del mes siguiente	Si mantiene deuda al momento de la cancelación del contrato, se deberá regularizar el pago para iniciar el requerimiento.
	Potestativo corporativo			Para la exclusión del cónyuge o hijos menores de 18 años, se deberá acreditar que el primero sea titular en EsSalud o cuente con otra EPS.
				Hasta el día 25 por cualquier motivo.
				Si mantiene deuda al momento de la cancelación del contrato se deberá regularizar el pago para proceder con el requerimiento.

ANS de los procesos claves

24 hrs.

CARTAS DE GARANTÍA

90 % de cartas aprobadas en 06 horas Salvo aquellos casos que requieran concurrencia.

08 días

ABONO DE REEMBOLSOS

Útiles con abono en cuenta

72 hrs.

TIEMPO DE AFILIACIÓN EPS

Desde el momento que se presenta en mesa de partes, la ficha de afiliación con todos los soportes requeridos.

01 día

CONSTANCIAS INDIVIDUALES

Útil desde el momento que es solicitado a su ejecutivo.

48 hrs.

KITS DIGITALES

Desde el momento que se ejecute la emisión y siempre que tengamos el correo del usuario final.

72 hrs.

REPORTE DE SINIESTRALIDAD

Útil desde el momento que es solicitado a su ejecutivo.



¿A dónde deben comunicarse mis colaboradores en caso de una emergencia o consulta de su Plan de Salud?

Central de Emergencias

Sanitas en Línea: 219 1919 o 0 800 19191

Horario de atención: 24 horas los 365 días

- ◊ Opción 0: Atención de emergencias cuando una vida está en riesgo.
- ◊ Opción 1: Programa una cita o conversa con un médico.
- ◊ Asimismo, puedes solicitar un médico a domicilio, orientación médica o programar tu cita para nuestro servicio de Teleconsulta

Central de Consultas

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.

- ◊ Realiza tu preinscripción al Programa Vive Sano.
- ◊ Resuelve las dudas que tengas sobre tu Plan de Salud.
 - ◊ Consulta los centros de atención de tu plan.
 - ◊ Conoce más sobre tu deducible y coaseguro.
 - ◊ Programa tus vacunas a domicilio.
 - ◊ Infórmate sobre el chequeo preventivo.
 - ◊ Conoce el estado de tu carta de garantía.

