



Manual Guía del Afiliado Sanitas con **Cobertura PEAS**



¡Queremos darte la bienvenida!

Gracias por confiar en nosotros para cuidar tu salud y la de tu familia. Este manual tiene como objetivo proporcionarte información clara para que puedas utilizar las coberturas y beneficios de tu plan de salud, así como para resolver tus principales dudas sobre su funcionamiento.

Aprende a usar tu plan de salud en cuatro pasos:

- 1. *¿Cómo y cuándo utilizar tu plan de salud con cobertura PEAS?***
- 2. *Beneficio latencia (solo para contratos regulares)***
- 3. *Preguntas frecuentes***
- 4. *Gestión de reclamos***

Canales de atención:

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.



Atención en Plataforma:

Calle Amador Merino Reyna 492, San Isidro
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.



Canal virtual para medicamentos:

Comunícate con nuestra asistente virtual
Sofi al 955973936.



www.sanitasperu.com



¿Qué es el PEAS?

El **Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)** contiene una lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones seleccionadas por el Ministerio de Salud (MINSA), comunicadas en el Decreto Supremo N°023-2021-SA publicado en el diario oficial "El Peruano" el 25 de julio de 2021. Este decreto actualiza el PEAS y deroga el Decreto Supremo N°016-2009-AS, **incluyendo 162 condiciones asegurables que cubren 1691 diagnósticos.**

Importante

Debes tener en cuenta que para hacer uso de los servicios cubiertos por tu plan, tanto el diagnóstico, como los procedimientos y/o exámenes deben estar incluidos en el PEAS.



¿Cómo utilizar el plan de salud?

Modalidad de atención

Para hacer uso de los servicios cubiertos por tu plan de salud PEAS, podrás realizar el pago por dos conceptos: **Copago fijo y Coaseguro.**

Deducible (copago fijo):

Es el 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 poder conocer las clínicas y centros médicos donde tienes acceso, así como sus respectivos deducibles, consulta tu plan de salud.

Coaseguro (copago variable):

Es el 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.

Ejemplos:

Cobertura Ambulatoria

Si tu plan dice:
Deducible de
s/35



Para atenderte
solo pagas
s/35

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 Rx o laboratorio.

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

Sanitas cubre
la diferencia
del costo total

1. ¿Cuándo utilizar tu plan de salud?



⬇ Recuerda:

El alcance de las coberturas y beneficios que se muestran corresponden a las 162 condiciones asegurables y a los 1691 diagnósticos contemplados en el PEAS.

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



Cuando te sientes enfermo

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, exámenes de laboratorio y anatomía patológica, radiología e imágenes, y medicamentos según la cobertura contemplada en el PEAS.

¿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 determine que necesitas exámenes médicos o medicamentos, acércate al counter de admisión para validar el diagnóstico y asegurarte que los exámenes, solicitados están contemplados en el PEAS; realizada esta confirmación deberás cancelar el copago correspondiente.

⬇ Importante :

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

*Aplica para ciertos planes de salud.



Cuando te sientes enfermo

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 tu cita llamando a Sanitas en Línea al 219 1919 (opción 1) o al 0800 19191. Para casos de salud mental (psicología y psiquiatría), puedes comunicarte con los prestadores indicados en tu plan de salud que ofrezcan el servicio de teleconsulta, o también llamar a Sanitas en Línea.

↓ Importante:

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



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 que se encuentren dentro de la cobertura PEAS, Sanitas te enviará vía WhatsApp tus órdenes médicas.



En un período de 24 horas se pondrán en contacto contigo para la coordinación de los exámenes médicos, de contar con indicación de medicamentos las farmacias afiliadas se pondrán en contacto para la entrega de medicamentos; El servicio de delivery y recojo en tienda esta sujeto a la disponibilidad de las farmacias.



Medicina general



Medicina Interna



Pediatría



Nutrición



Psicología



Psiquiatría



Cuando te sientes enfermo

Asistente virtual Sofi

¿Qué es y qué cubre?

La nueva asistente virtual, Sofi, es nuestra asistente virtual de WhatsApp que te ayudará de manera rápida y segura en la coordinación de entrega de tus medicamentos, de acuerdo a tu cobertura de salud, siempre y cuando el diagnóstico forme parte de la cobertura PEAS.

¿Dónde y cómo me atienden?

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

Comunícate con Sofi | **955 973 936**
vía WhatsApp

Recibirás una respuesta para atenderte. Completa tus datos y un agente de farmacia coordinará tu receta con nuestras farmacias afiliadas.



Sofi está preparada para ayudarte en tu Cobertura de Medicamentos:



Coordinación de medicamentos en la comodidad de tu casa o trabajo.



Consultar sobre el estatus de entrega de tus medicamentos.

Si recibes atención en cualquier clínica afiliada a nuestra red, puedes solicitar la receta médica y contactarte conmigo para pedir tu medicamento a domicilio. Este llegará a la comodidad de tu casa sin coste adicional por el envío. En caso de que tu zona no esté habilitada para este servicio, coordinaremos el recojo en el local de farmacia más cercano.





Cuando te sientes enfermo

Atención Hospitalaria para diagnósticos bajo cobertura PEAS

¿Qué es y qué cubre?

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

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

Conoce la lista de gastos no cubiertos:

¡Ingresa aquí! 

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.



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



Cuando te sientes enfermo

Procedimiento de atención hospitalaria programada:



En caso de ser internado por emergencia, la clínica te brindará la atención médica requerida y posteriormente regularizará la carta de garantía con Sanitas dentro de las 24 horas. Recuerda que tu cobertura de salud es para diagnósticos PEAS que contemplen hospitalización.



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





Cuando te sientes enfermo

Atención de 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. Recuerda que tu cobertura de salud aplica diagnósticos incluidos en el PEAS.

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.

Ten 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.





Cuando te sientes enfermo

¿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 y el diagnóstico está incluido dentro de la cobertura de tu plan PEAS, deberás abonar el copago que correspondiente que se indica 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.

⚠ Importante:

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 por Sanitas al 100%.





Ante una emergencia

Continuidad de emergencia accidental

¿Dónde y cómo me atiendo?

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. En caso que la emergencia accidental derive a un servicio hospitalario o cirugía ambulatoria, los controles posteriores serán atendidos bajo cobertura ambulatoria con copago y coaseguros correspondientes a tu plan de salud.

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.





Para 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.





Para cuidar de ti y los tuyos

Control del Niño Sano

¿Qué es y qué cubre?

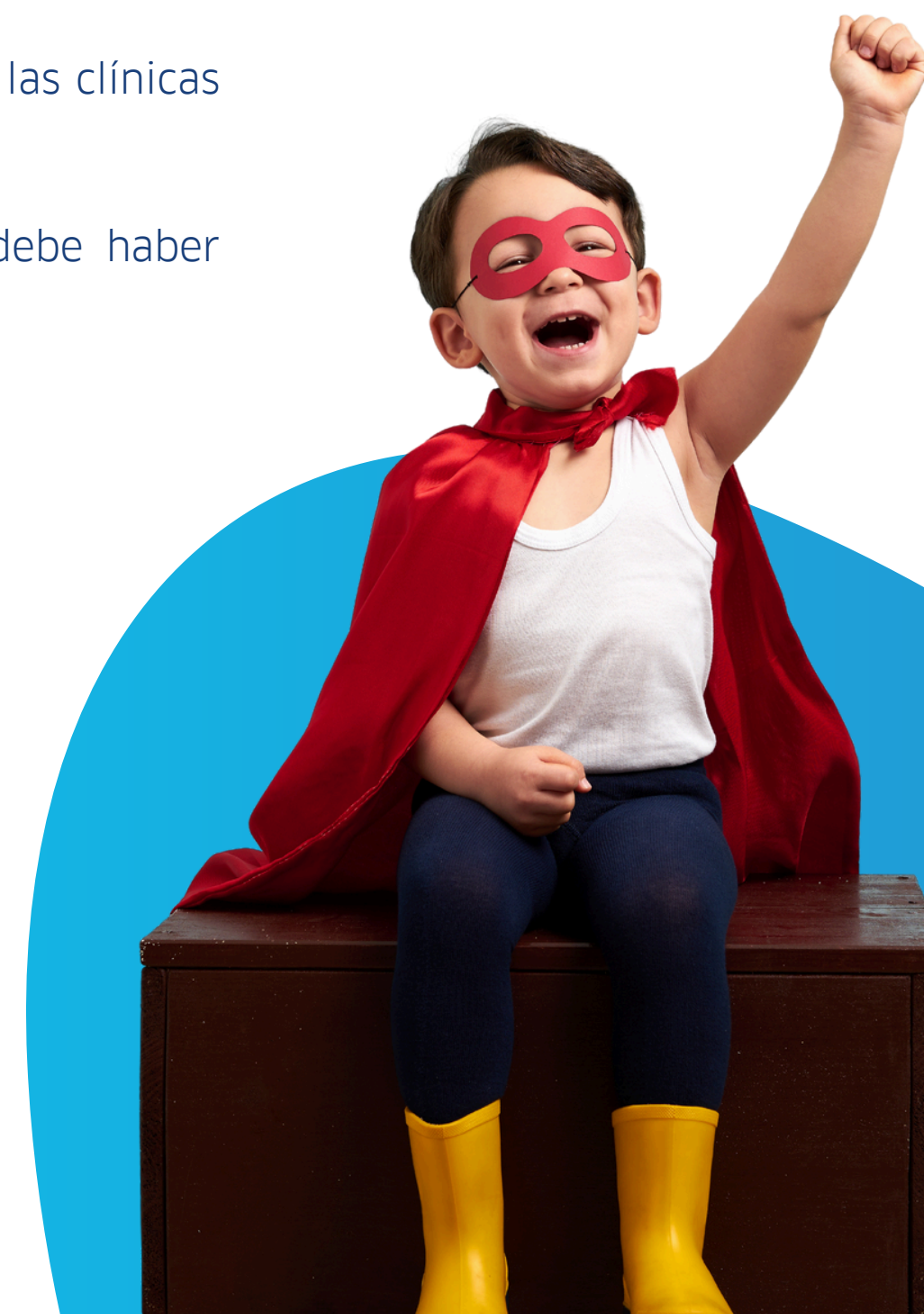
- Consta de una evaluación pediátrica la primera semana de nacido y una evaluación mensual durante el primer año de vida del niño.
- Posteriormente se cubrirán las evaluaciones según cronograma detallado en el plan de salud hasta los 11 años.
- Es un control gratuito que se brinda en las clínicas estipuladas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

¿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.





Para cuidar de ti y los tuyos

Programa de vacunación

¿Qué es y qué cubre?

Cubre las vacunas según el esquema de vacunación del Ministerio de Salud (MINSA).

¿Dónde y cómo me atiendo?

Centro de Vacunación: puedes atenderte en el Centro de Vacunación de la ApEpS (Asociación de EpS).

📍 Clínica Javier prado (calle Los Geranios 160, a la espalda de la clínica)

☎ 440-2000, anexo 436.

Podrás atenderte siguiendo estos pasos:



Programa tu cita telefónica directamente con el prestador seleccionado y contemplado en tu plan de salud.



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 y luego la aplicará.





Para cuidar de ti y los tuyos

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												
Polio (oral)**						SÍ					SÍ			
Pentavalente (DpT+ Hemófilus inf y Hep B)		SÍ		SÍ		SÍ								
Neumococo		SÍ		SÍ					SÍ					SÍ
Influenza (contra la gripe)***							SÍ		ANUAL					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.



Para cuidar de ti y los tuyos

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		S				S		
DPT (Difteria, tos convulsiva y tétanos)		Í				Í		
Sarampión			S		S		S	
Paperas			Í		Í		Í	
Rubeóla (contra la gripe)					S			
DT (Difteria y tétanos)					Í			
					S			SÍ
					Í			

*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.



Para cuidar tu bienestar

Atención odontológica

¿Qué es y qué cubre?

Cubre diagnósticos y tratamientos odontológicos según el PEAS.

Incluye consulta odontológica, limpieza mediante profilaxis simple, curaciones, extracciones simples, endodoncias, fluorización y sellantes en niños menores de 12 años. Radiografías bite wing, periapical y oclusal (sujeto a las condiciones del plan de salud). El copago y deducible asumido por el asegurado dependerá de la clínica o centro médico de atención. No cubre ortodoncia, rehabilitación oral, ni prótesis.

¿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 de salud PEAS.

Podrás atenderte 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.



Acércate a caja presentando tu DNI y cancela el deducible.



En caso tu médico determine que necesitas exámenes médicos o medicamentos, deberás cancelar el copago fijo y/o coaseguro siempre y cuando el diagnóstico y procedimiento esté incluido en tu plan de salud PEAS.

⬇ Recuerda:

- El alcance de las coberturas y beneficios odontológicos dependerá del plan PEAS





Para cuidar tu bienestar

Atención oftalmológica

¿Qué es y qué cubre?

Nuestra consulta oftalmológica incluye la medición de la vista, medicamentos y exámenes auxiliares según la cobertura especificada en el PEAS. Es importante indicar que el copago fijo y/o coaseguro a pagar por estos servicios dependerá del plan de salud.

¿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.

Podrás atenderte siguiendo estos pasos:



Revisa en tu plan de salud vigente las clínica o centros oftalmológicos disponibles.



Una vez que hayas elegido el prestador, comunícate con su central telefónica y reserva tu cita.



En el día de tu atención, acércate a caja, presenta tu DNI y cancela el copago fijo y/o coaseguro según tu plan de salud



En caso tu médico determine que necesitas exámenes médicos o medicamentos, deberás cancelar el copago fijo y/o coaseguro siempre y cuando el diagnóstico y procedimiento esté incluido en tu plan de salud PEAS.

⬇ Recuerda:

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





Pensando en tener hijos

Programas Preventivos



Programa de Salud Sanitas

Vive Sano

¿Qué es y a quiénes está dirigido?

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



Hipertensión Arterial

No complicada



Dislipidemia



Asma



Diabetes tipo 2

No insulino dependiente
No complicada

*Atención por Teleconsulta o en casa solo aplica en Lima.

*Medicamentos genéricos, según petitorio de programa, coberturados al 100%.





Pensando en tener hijos

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 ecografía o prueba de embarazo sanguínea que confirme la gestación.



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, consultas pediátricas, control de peso y talla, vacunas según el MINSA, estimulación temprana hasta los 2 años, 11 meses y 29 días, atención odontológica básica, descarte de parasitosis y anemia, y tratamiento antiparasitario o de hierro.

⬇ Recuerda:

- Debes tener en cuenta que la cobertura aplica para los diagnósticos contemplados en el PEAS. Revisa los tiempos de espera y continuidad.





Pensando en tener hijos

Atención por maternidad

¿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 de ginecología.



Acércate a caja presentando tu DNI y cancela el coaseguro.



En caso tu médico determine que necesitas exámenes, estos estarán sujetos a la cobertura pre natal del PEAS.



Los multivitamínicos prenatales están cubiertos al 100%. Lo puedes solicitar en la misma clínica o a través de 'Sofi', tu asistente virtual.

⬇ Importante:

En caso el médico determine un diagnóstico de complicación del embarazo y requiera exámenes y/o medicamentos, estos estarán sujetos a la cobertura de salud PEAS.





Pensando en tener hijos

Consideraciones:

Se consideran consultas pre y postnatales únicamente aquellas que verifiquen el estado de salud de la madre gestante y del bebé en gestación, excluyendo otras enfermedades que se presenten o se sospechen en la paciente. Excepto los diagnósticos de infección urinaria, vulvovaginitis, y vómitos del embarazo no especificado (hiperémesis gravídica), los cuales deben diagnosticarse en la consulta prenatal y están contemplados bajo la cobertura de complicaciones del embarazo.

Si dentro de los controles pre natales el médico emite un diagnóstico no relacionado a la gestación que requiera exámenes y/o medicamentos, estos se cubrirán con el copago fijo y coaseguro de atención ambulatoria.



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 - Hemograma, Hgb, Hcto Glucosa - Creatinina - Grupo sanguíneo Factor Rh - Exámenes cubiertos dentro - VDRL - Elisa VIH - Examen completo de orina	Exámenes cubiertos del control prenatal			
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.

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 PEAS en los centros médicos asignados para la cobertura de latencia.

- Clínica Centenario Peruano Japonesa
- Clínica Stella Maris
- Clínica Vesalio
- COA

¿Quiénes son los beneficiarios?

Son beneficiarios del periodo de latencia el titular, 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).

*Solo aplica a planes regulares.
No aplica si el trabajador se reincorpora laboralmente a otra empresa.



¿Cómo activo la cobertura de latencia?

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.



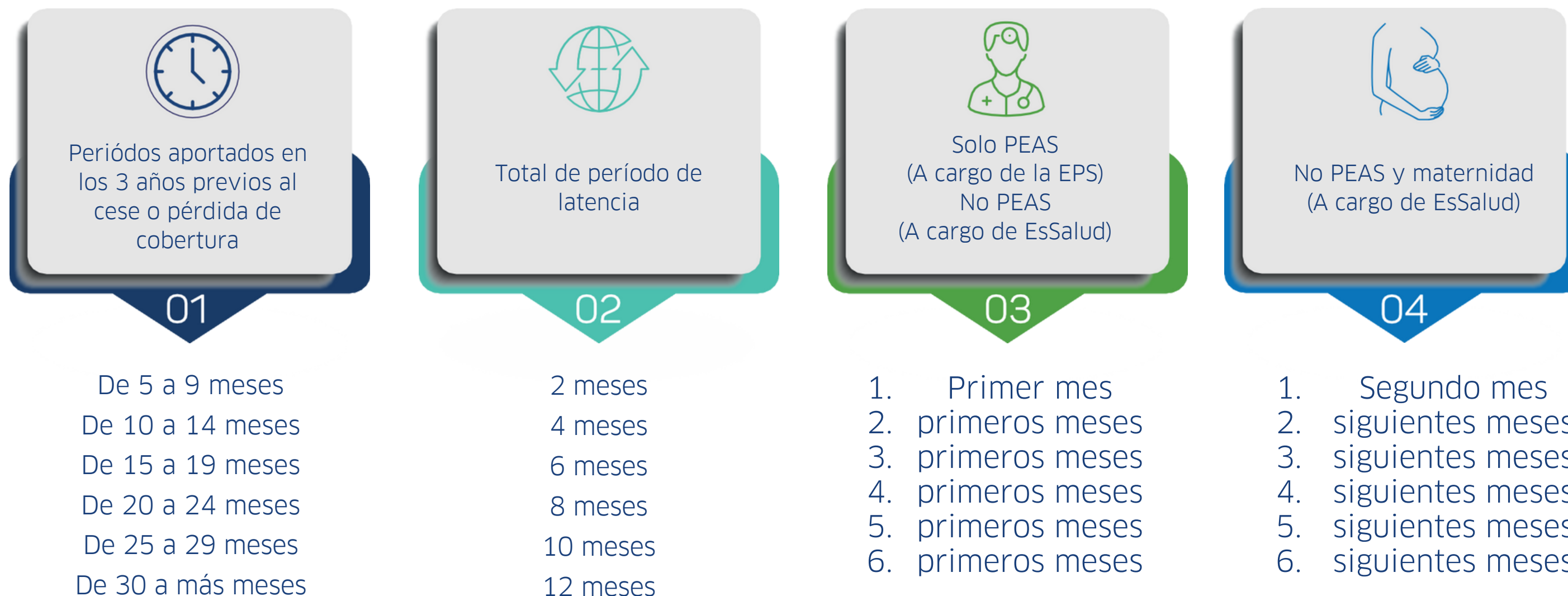
Una vez realizado el trámite, EsSalud nos remitirá un correo con la conformidad y el periodo correspondiente de Latencia para actualizar el plazo de cobertura.



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.



Cálculo para otorgar el periodo de latencia



*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

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 (PEAS), 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 espera para dichos diagnósticos.

¿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.

¿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 afiliarse a 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.

¿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 aún estando 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 1.
Plataformas de atención:

Lima: Calle Amador Merino Reyna 492, San Isidro
Arequipa: Av. Ejército 101, Yanahuara

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.





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

www.sanitasperu.com

