

**ANEXO 1**  
**MEDISANITAS POTESTATIVO PEAS**  
**TRABAJADORES, CÓNYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS**

CS 06 - CM 360

**FECHA DE INICIO DE COBERTURA**

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

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

**3.- SUMA ASEGURADA**

**COBERTURA OBLIGATORIA: ILIMITADA**

**4.- DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS**

ATENCIÓN AMBULATORIA <sup>1</sup>			Copago	Cubierto al
<b>1. Consultas, laboratorio y anatomía-patológica<sup>4</sup>, radiología y exámenes auxiliares<sup>2</sup>.</b>				
<b>RED AMBULATORIA 1</b>	FESALUD (San Juan de Lurigancho)	FESALUD (Los Olivos)	S/. 20	100%
	Cl. Jesús del Norte	Cl. Vesalio	S/. 30	100%
	Cl. Maison de Santé (Lima)	Cl. Santa María del Sur		
	Cl. Bellavista (Ex San José Reaño Ríos)	Cl. Ricardo Palma (Chorrillos)		
Cl. Los Andes (Miraflores)				
<b>RED AMBULATORIA 2</b>	Cl. Centenario Peruano Japonesa	Cl. Stella Maris	S/. 35	100%
	SMA Santa Anita	SMA Bellavista		
	Cl. Montefiori			
<b>RED AMBULATORIA 3</b>	Cl. Good Hope	Cl. Maison de Santé (Chorrillos)	S/. 40	100%
	Medavan (Cirugía Ambulatoria)	Cl. de Especialidades Médicas		
<b>RED AMBULATORIA 4</b>		Cl. Limatambo (San Isidro)	S/. 50	100%
<b>Medicinas<sup>3</sup></b>	Medicinas relacionadas con atenciones ambulatorias. Farmacias de clínicas afiliadas a la red Ambulatoria 1, 2 y 3		Sin Copago	60%
	Medicinas relacionadas con atenciones ambulatorias. Farmacias de clínicas afiliadas a la red Ambulatoria 4		Sin Copago	55%

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

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

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

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

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

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

**ANEXO 1  
MEDISANITAS POTESTATIVO PEAS  
TRABAJADORES, CÓNYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS**

ATENCIÓN AMBULATORIA				Copago	Cubierto al
<b>2. Cirugía Ambulatoria (sin internamiento) y procedimientos endoscópicos<sup>1</sup>.</b>					
<b>RED AMBULATORIA 1</b>	Cl. Jesús del Norte Cl. Bellavista (Ex San José Reaño Ríos) Cl. Los Andes (Miraflores)	Cl. Vesalio Cl. San Juan Bautista Cl. Maison de Santé (Lima)	Cl. San Gabriel Cl. Ricardo Palma (Chorrillos) Cl. Santa María del Sur	S/. 90	100%
<b>RED AMBULATORIA 2</b>	Cl. Centenario Peruano Japonesa Cl. Montefiori	Cl. Stella Maris	Cl. Providencia C.M. San Judas Tadeo	S/. 105	100%
<b>RED AMBULATORIA 3</b>	Cl. Good Hope Medavan (Cirugía Ambulatoria)	Cl. Maison de Santé (Chorrillos) Cl. de Especialidades Médicas	Cl. Cayetano Heredia (San Martín de Porres)	S/. 120	100%
<b>RED AMBULATORIA 4</b>		Cl. Limatambo (San Isidro)	Cl. Javier Prado	S/. 150	100%
<b>Medicinas<sup>2</sup></b>	Medicinas relacionadas con atenciones ambulatorias. Farmacias de clínicas afiliadas a la red Ambulatoria 1, 2 y 3			Sin Copago	60%
	Medicinas relacionadas con atenciones ambulatorias. Farmacias de clínicas afiliadas a la red Ambulatoria 4			Sin Copago	55%

(1) Para procedimientos endoscópicos, en caso de requerir Estudio Anatómo Patológico, se cancelará un copago adicional según clínica de procedencia. Cobertura de acuerdo a PEAS

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

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

<b>MÉDICO A DOMICILIO*</b> : Consulta médica (incluye exámenes de laboratorio <sup>2</sup> y medicinas según petitorio)			Copago	Cubierto al
<b>Consulta Domiciliaria (Medicina General, Pediatría*) SANITAS EN LINEA 219-1919 - Nivel Nacional 0800-19191</b>	<b>LIMA</b> 219-1919 0800-19191	<b>Límites:</b> Norte: Ancón. Sur: Hasta Villa El Salvador. Este: Hasta Chosica (Puente Los Ángeles). Oeste: La Punta Callao. <b>Horario:</b> <b>Médico General:</b> Lunes a Domingo, las 24 horas del día (incluye feriados) <b>Pediatría:</b> Lunes a Viernes: 7am - 9pm. Sábados y Domingos sujetos a disponibilidad de prestador y previa programación.	S/. 60	100%

\* De acuerdo a PEAS. Sujeto a disponibilidad | (1) Llamada gratuita | (2) Exámenes derivados de la consulta a 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, Rx. inflamatoria en heces, parasitológico simple (x1)

Entrega de medicamentos es bajo petitorio

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA <sup>1</sup>				Copago	Cubierto al
<b>Red Odontológica</b>	C.R.O.E. (Miraflores, Surco) Cl. Dental San José	Sonreir (Miraflores) C. Odontológico Americano	Cerdent	S/. 30	100%
<b>Medicinas<sup>2</sup></b>	Medicinas relacionadas con atenciones odontológicas (INCLUYE antibióticos, analgésicos y/o anti-inflamatorios). Farmacias de clínicas afiliadas al Plan Base			Sin Copago	60%

(1) De acuerdo al PEAS. Copago por pieza tratada y por especialidad. No cubre ortodoncia, rehabilitación oral ni prótesis. | (2) La receta médica tiene una vigencia de 7 días calendario contados a partir de la fecha de expedición.

**En ciudades donde no exista prestador odontológico afiliado, podrá hacerse uso de éste beneficio en la red de clínicas donde exista disponibilidad.**

**ANEXO 1  
MEDISANITAS POTESTATIVO PEAS  
TRABAJADORES, CÓNYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS**

<b>ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA<sup>1</sup></b>		<b>Copago</b>	<b>Cubierto al</b>
<b>Consulta, laboratorio, imágenes, procedimientos, etc.<sup>2</sup></b>			
<b>Consulta Ambulatoria, exámenes y procedimientos.</b>	Red de Clínicas de Lima afiliadas al plan Base	Como Amb	Como Amb
<b>Cirugía Ambulatoria</b>	Red de Clínicas de Lima afiliadas al plan Base	Como Cir Amb	Como Cir Amb
<b>Medicinas<sup>1</sup></b>	Medicinas relacionadas con atenciones oftalmológicas Farmacias de clínicas afiliadas a la red Ambulatoria 1,2 y 3	Sin Copago	60%
	Medicinas relacionadas con atenciones oftalmológicas Farmacias de clínicas afiliadas a la red Ambulatoria 4	Sin Copago	55%

(1) De acuerdo a PEAS. La receta médica tiene una vigencia de 7 días calendario contados a partir de la fecha de expedición

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

<b>ATENCIÓN HOSPITALARIA*</b>		<b>Copago</b>	<b>Cubierto al</b>
<b>RED HOSPITALARIA 1</b>	Cl. Jesús del Norte	Cl. Los Andes (Miraflores)	S/. 450
	Cl. Bellavista (Ex San José Reaño Ríos)	Cl. San Juan Bautista	
<b>RED HOSPITALARIA 2</b>	Cl. Montefiori	Cl. Maison de Santé (Lima)	S/. 600
	C.M. San Judas Tadeo	Cl. Santa María del Sur	
<b>RED HOSPITALARIA 3</b>	Cl. Centenario Peruano Japonesa	Cl. Vesalio	S/. 850
	Cl. Good Hope	Cl. Stella Maris	
	Cl. Cayetano Heredia (San Martín de Porres)	Cl. de Especialidades Médicas	
	Cl. Javier Prado	Cl. Limatambo (San Isidro)	
<b>Medicinas<sup>1</sup></b>	Medicinas relacionadas con atenciones Hospitalarias. Farmacias de clínicas afiliadas a la red Hospitalarias 1, 2 y 3		Sin Copago

\*De acuerdo a PEAS. Se aplica un **COPAGO ÚNICO** según la clínica, por toda la hospitalización sin importar el número de días ni el tipo de hospitalización (incluye Unidad de Cuidado Intensivo)

(1) Las medicinas recetadas al alta de la atención hospitalaria están sujetas a copagos ambulatorios de la clínica en la que se produjo la atención o de farmacias afiliadas.

<b>ATENCIÓN DE MATERNIDAD*</b>		<b>Copago</b>	<b>Cubierto al</b>
<b>Parto natural y/o múltiple, control pre-natal y post-natal y atenciones ambulatorias por complicaciones de la gestación.</b>			
<b>RED GRATUITA DE MATERNIDAD EN LIMA</b>	Cl. Jesús del Norte	Cl. Centenario Peruano Japonesa	Cl. Good Hope
	Cl. Centenario Peruano Japonesa	Cl. Vesalio	Cl. San Gabriel
	Cl. Los Andes (Miraflores)	Cl. Stella Maris	Cl. Maison de Santé (Chorrillos)
	Cl. Santa María del Sur	Cl. Providencia	Cl. San Juan Bautista
	Cl. Bellavista (Ex San José Reaño Ríos)	Cl. Cayetano Heredia (San Martín de Porres)	
	C.M. San Judas Tadeo		
<b>Medicinas<sup>1</sup></b>	Medicinas relacionadas con atenciones de maternidad ambulatoria. Farmacias de clínicas afiliadas a la red gratuita de Maternidad en Lima.		Sin Copago

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

(\*) De acuerdo a PEAS. 1 ecografía por trimestre, salvo complicaciones prenatales

**ANEXO 1  
MEDISANITAS POTESTATIVO PEAS  
TRABAJADORES, CÓNYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS**

<b>ATENCIÓN DE MATERNIDAD</b>				<b>Copago</b>	<b>Cubierto al</b>
<b>Cesárea, aborto no provocado y atenciones hospitalarias por complicaciones de la gestación.</b>					
<b>RED MATERNIDAD HOSPITALARIA 1</b>	Cl. Jesús del Norte Cl. Bellavista (Ex San José Reaño Ríos)	Cl. Los Andes (Miraflores) Cl. San Juan Bautista	Cl. Vesalio	S/. 450	100%
<b>RED MATERNIDAD HOSPITALARIA 2</b>	Cl. Montefiori	Cl. Santa María del Sur Cl. Providencia	C.M. San Judas Tadeo	S/. 600	100%
<b>RED MATERNIDAD HOSPITALARIA 3</b>	Cl. Centenario Peruano Japonesa Cl. Good Hope Cl. Cayetano Heredia (San Martín de Porres)	Cl. Stella Maris	Cl. San Gabriel Cl. Maison de Santé (Lima) Cl. Maison de Santé (Chorrillos)	S/. 850	100%
<b>Medicinas<sup>1</sup></b>	Medicinas relacionadas con atenciones de maternidad hospitalarias. Farmacias de clínicas afiliadas a la red Maternidad Hospitalarias 1, 2 y 3			Sin Copago	100%

(1) **Únicamente de acuerdo al PEAS.** Las medicinas no relacionadas con la maternidad, recetadas al alta de la atención hospitalaria, están sujetas a copagos ambulatorios de la clínica en la que se produjo la atención

El bebé nacido de usuaria de LA EPS con derecho a los servicios de atención médica obstétrica del parto, será beneficiario de los servicios de salud intrahospitalarios requeridos durante el periodo neonatal, incluyendo pruebas de tamizaje neonatal (hasta los 28 días de vida) y la atención de las enfermedades congénitas o causadas por deficiencias de maduración. Dicha cobertura durante el periodo neonatal produce continuidad para el niño nacido en el plan si es afiliado dentro de los 30 días de producido el nacimiento.

<b>ENFERMEDADES CONGÉNITAS (de acuerdo a PEAS)</b>				<b>Copago</b>	<b>Cubierto al</b>	
Para bebés nacidos de embarazos cubiertos por el plan de salud y que fueron afiliados dentro de los 30 días de producido el nacimiento. Cobertura en la red de clínicas afiliadas al Plan Base.				Como Amb/Hosp	Como Amb/Hosp	
<b>PSICOPROFILAXIS</b>				<b>Copago</b>	<b>Cubierto al</b>	
PSICOPROFILAXIS en LIMA: Prenatal y Escuela para Embarazadas. Curso de preparación para el Recién Nacido que empieza en el 4to mes del bebé. Esquema del curso de acuerdo a programación de prestador				Sin copago	100%	
<b>ATENCIÓN DE EMERGENCIAS</b>				<b>Copago</b>	<b>Cubierto al</b>	
Se entiende como emergencia toda condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud, o que pueden dejar secuelas invalidantes en el asegurado.						
<b>Emergencia</b>	Atenciones médicas las 24 horas brindadas a través de la red de Clínicas Afiliadas.					
<b>Ambulancia por Emergencia<sup>1</sup></b>	<b>LIMA 219-1919</b>	<b>Límites:</b> Norte: Ancón. Sur: Hasta Villa El Salvador. Este: Hasta Chosica (Puente Los Ángeles). Oeste: La Punta Callao. Del 15 de diciembre al 15 de abril hasta kilometro 130 por el sur)			Sin Copago	100%
<b>Medicinas</b>	Cobertura de medicinas según pertinencia médica.					

(1) El servicio está sujeto a triaje médico por **SANITAS EN LINEA** para confirmación de pertinencia médica. Sujeto a disponibilidad del prestador

(2) Sujeto a disponibilidad del prestador y a copago en caso se determine que no fue emergencia (pertinencia médica). El traslado en ambulancia terrestre para **no emergencias** es de 50 soles

\* Llamada gratuita

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

**ANEXO 1  
MEDISANITAS POTESTATIVO PEAS  
TRABAJADORES, CÓNYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS**

ATENCIÓN PREVENTIVO PROMOCIONALES (de acuerdo a PEAS)				Copago	Cubierto al
<b>CHEQUEO PREVENTIVO ANUAL</b>					
<b>LIMA:</b> Limatambo San Juan de Lurigancho, Limatambo Minka, Vesalio, Suiza Lab (Surco y Miraflores)				Sin Copago	100%
<b>(1) No brinda los servicios de chequeo odontológico. (2) No brinda servicios de chequeo oftalmológico ni mamografía.</b>					
<b>PLANIFICACION FAMILIAR</b>					
<b>Ligadura de Trompas:</b> Cl. Vesalio <b>Vasectomía e Inserción y Retiro de DIU :</b> Cl. Vesalio (por única vez y no incluye recanalización)				Sin Copago	100%
<b>CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO**</b>					
Good Hope	Cl. Vesalio	Cl. Centenario Peruano Japonesa	Cl. Javier Prado	Sin copago	100%
Cl. Stella Maris	Cl. Maison de Santé (Lima)	Cl. Maison de Santé (Chorrillos)	Cl. Limatambo (San Isidro)		
Cl. Jesús del Norte	Cl. San Gabriel				
Cl. Providencia	Cl. Santa María del Sur	C.M. San Judas Tadeo			
FESALUD (Los Olivos)	FESALUD (San Juan de Lurigancho)				
<b>(**) Crecimiento y desarrollo del niño hasta los 11 años, 11 meses y 30 días.</b>					
<b>ESTIMULACION TEMPRANA*</b>					
<b>LIMA:</b> Prenatal, Escuela para Embarazadas y C.M. San Judas Tadeo				Sin Copago	100%
Curso de preparación para el recién nacido. Esquema del curso de acuerdo a programación de prestador.					
<b>(*) Estimulación temprana para el niño hasta los 2 años, 11 meses y 30 días.</b>					
<b>INMUNIZACIONES***</b>					
Centro de Vacunación Cl. Javier Prado (***) (Ver tabla de Inmunizaciones)				Sin Copago	100%
<b>(***) Las vacunas a cubrir serán de acuerdo al Calendario de Inmunizaciones del Ministerio de Salud.</b>					
<b>PROGRAMA VIVE SANO (de acuerdo al PEAS)</b>					
Para los pacientes que cuenten con el diagnóstico confirmado de las siguientes enfermedades: - <b>Hipertensión arterial no complicada</b> - <b>Diabetes mellitus no insulino dependiente tipo 2 no complicada</b> - <b>Asma</b> - <b>Dislipidemia</b> La inscripción al Programa de Pacientes Crónicos es personal y será previa aceptación del paciente de acuerdo a las condiciones de cada diagnóstico. Incluye: educación para la salud, consulta médica y exámenes de laboratorio y medicamentos de acuerdo a petitorio. La evaluación oftalmológica, nutricional y podología será según el diagnóstico del paciente. No incluye diagnóstico de la enfermedad. Ver detalle en hoja PROGRAMA DE PACIENTES CRÓNICOS			<b>LIMA: SANITAS EN LINEA 219-1919</b>		Sin Copago 100%
<b>5. BENEFICIOS ADICIONALES</b>					
<b>MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN*</b>				<b>Copago</b>	<b>Cubierto al</b>
<b>Consulta</b>	Red de Clínicas en Lima afiliadas al plan Base donde exista la especialidad			Como Amb	100%
<b>Terapia física y Rehabilitación</b>	Red de Clínicas en Lima afiliadas al Plan Base donde exista la especialidad			Sin Copago	90%
<b>(*) De acuerdo al PEAS. La terapia será derivada de un diagnóstico PEAS si es que el diagnóstico lo requiere.</b>					

**ANEXO 1  
MEDISANITAS POTESTATIVO PEAS  
TRABAJADORES, CÓNYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS**

<b>SALUD MENTAL (de acuerdo a PEAS)</b>		<b>Copago</b>	<b>Cubierto al</b>
<b>Consulta Psicológica</b>			
<b>LIMA:</b> FESALUD (San Juan de Lurigancho)	FESALUD (Los Olivos)	S/. 20	100%
<b>LIMA:</b> Cl. Good Hope	Vesalio	S/. 50	100%
<b>Psicoterapia*</b>			
<b>LIMA:</b>	Cl. Good Hope	S/. 50	100%
<b>Consulta Psiquiátrica</b>			
<b>LIMA:</b> Vesalio	Cl. Good Hope	S/. 50	100%
<b>Hospitalización Psiquiátrica (hasta 45 días al año)**</b>			
Cl. San Pablo Sede Surco		Como Hosp	Como Hosp
(*) La psicoterapia será derivada de una consulta psicológica			
(**) Según disponibilidad de camas para diagnósticos psiquiátricos cubiertos, de acuerdo a exclusiones y limitaciones. De acuerdo a PEAS. Se aplica un <b>COPAGO ÚNICO</b> según la clínica, por toda la hospitalización sin importar el número de días ni el tipo de hospitalización (incluye Unidad de Cuidado Intensivo)			
<b>SALUD MENTAL (de acuerdo a PEAS)</b>		<b>Copago</b>	<b>Cubierto al</b>
<b>Medicinas<sup>1</sup></b>	Medicinas relacionadas con atenciones ambulatorias. Farmacias de clínicas que brinden consulta psiquiátrica en las Cl. Vesalio, Cl. Good Hope	Sin Copago	60%

(1) La receta médica tiene una vigencia de 7 días calendario contados a partir de la fecha de expedición (medicamentos de acuerdo a petitorio).

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

\* Según lo indicado en el PEAS.

<b>7.- COTIZACION DE APORTES (Trabajadores, cónyuges e hijos hasta los 18 años)</b>	
<b>Aportes mensuales Incluyen tributos de ley y gastos</b>	<b>Aporte Plan Base</b>
<b>De 0 a 9 años</b>	S/. 95.00
<b>De 10 a 14 años</b>	S/. 53.00
<b>De 15 a 44 años hombres</b>	S/. 72.00
<b>De 15 a 44 años mujeres</b>	S/. 114.00
<b>De 45 a 59 años</b>	S/. 155.00
<b>De 60 a 64 años</b>	S/. 305.00
<b>De 65 a 69 años</b>	S/. 384.00
<b>De 70 a más</b>	S/. 525.00

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

<b>8.- MÉTODO DE REAJUSTE DE RETRIBUCIONES</b>			
<b>RANGOS DE SINIESTRALIDAD</b>	<b>COPAGO</b>	<b>COBERTURA</b>	<b>VARIACIÓN DE APORTES</b>
S > 70% y S <= 100%	<b>COPAGO*(1+inflación médica)</b>	<b>No cambia</b>	<b>TARIFA*(1+inflación médica)*(1+Siniestralidad - 70%)</b>
S > 100%	<b>COPAGO*(1+inflación médica)</b>	<b>No cambia</b>	<b>TARIFA*(1+inflación médica)*(1+Siniestralidad - 70%)</b>

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

**ANEXO 1  
MEDISANITAS POTESTATIVO PEAS  
TRABAJADORES, CÓNYUGES E HIJOS HASTA 18 AÑOS**

**ECUACIÓN DE SINIESTRALIDAD**

<b>S</b>	=	$\frac{P + R}{A}$
----------	---	-------------------

S = Siniestralidad (%)

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

A = Aportes Netos De los 6 últimos meses

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

**9.- INFORMACIÓN REGLAMENTARIA**

**Afiliados Regulares:** Son todos los titulares (trabajadores en planilla) y sus derechohabientes legales (cónyuge o concubina/ e hijos menores de 18 años, así como los hijos mayores con incapacidad total y permanente para el trabajo) con derecho a prestaciones de salud.

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

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

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

**10.- CONDICIONES, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES**

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

**11.- ESTABLECIMIENTOS VINCULADOS POR REDES.**

VER ANEXO RED DE PRESTADORES

**RED DE IPRESS VINCULADAS EPS**

CÓDIGO RIPRESS (HISTÓRICO)	CÓDIGO ÚNICO DE IPRESS	RUC	RAZÓN SOCIAL	NOMBRE COMERCIAL	TELÉFONOS	DIRECCIÓN	DISTRITO	PROVINCIA	DEPARTAMENTO
<b>ATENCIÓN AMBULATORIA, HOSPITALARIA Y DE MATERNIDAD LIMA</b>									
990027C	00009250	20100251176	CLÍNICA BELLAVISTA S.A.C	CLÍNICA BELLAVISTA S.A.C. (CLÍNICA BELLAVISTA)	(01) 464-3356	Av. Las Gaviotas 207 Urb San José	Bellavista	Callao	Callao
1301455	00009868	20512065849	CENTRO MÉDICO CLÍNICA RICARDO PALMA SEDE PLAZA LIMA SUR SAC	CENTRO MEDICO CLINICA RICARDO PALMA SEDE PLAZA LIMA SUR (CLINICA RICARDO PALMA CENTRO MEDICO PLAZA LIMA SUR)	(01) 617-8200	Av. Prolongación Paseo de la República s/n Urb. Matellini	Chorrillos	Lima	Lima
000200C	00008281	20101165389	CSALUD S.A.	CLINICAS MAISON DE SANTE SOCIEDAD ANONIMA (CLUB DE LA SALUD) LIMA	(01) 619-6000	Jr. Miguel Aljovin N° 208 222	Lima	Lima	Lima
050831C	00010251	20101165389	CSALUD S.A.	CLINICA MAISON DE SANTE DEL SUR (CLUB DE LA SALUD)	(01) 619-6000	Av. Chorrillos N° 171 173	Chorrillos	Lima	Lima
1406456	00017862	20550793742	SMA SERVICIOS MEDICOS AMBULATORIOS SA	SMA SERVICIOS MEDICOS AMBULATORIOS SA (CLINICA INTERNACIONAL MEDICENTRO BELLAVISTA)	997381330 /998130636	AV. OSCAR R. BENAVIDES3866 EDIFICIO 3 MALL AVENTURA PLAZA BELLAVISTA	Bellavista	Callao	Callao
1407196	00017978	20550793742	SMA SERVICIOS MEDICOS AMBULATORIOS SA	MEDICENTRO SANTA ANITA DE LA CLINICA INTERNACIONAL	998130636 / 962306101/ 998150651	CARRETERA CARRETERA CENTRAL 111 EDIFICIO MEDICO 5TO PISO, AVENTURA PLAZA SANTA ANITA	Santa Anita	Lima	Lima
1408686	00019167	20553108153	CENTRO MEDICO SOLSALUD SAC	CENTRO MEDICO SOLSALUD SAC (MEDICIS)	(01) 637-2973	Av. Javier Prado Oeste No 304	Magdalena del Mar	Lima	Lima
990086C	00008746	20337889167	ASOCIACIÓN PASTORAL DE SERVICIOS MÉDICOS ASISTENCIALES GOOD HOPE DE LA IASD	Clínica Good Hope	(01) 610-7300	AV. MALECON BALTA N° 956, 934, 944 Y AV. GRAU N° 755	Miraflores	Lima	Lima
990028C	00011750	20348622812	CLÍNICA LOS ANDES SAC	Clínica Los Andes	(01) 221-0468	Ca. Asunción N°177	Miraflores	Lima	Lima
070891C	00008325	20101267467	ASOCIACIÓN PERUANO JAPONESA	Clínica Centenario Peruano Japonesa	(01) 218-1017	Av. Paso De Los Andes N° 675	Pueblo Libre	Lima	Lima
980013C	00010743	20428080671	NUESTRA SEÑORA DEL SAGRADO CORAZÓN	Clínica Stella Maris	(01) 463-6666	Av. Paso de Los Andes N° 923	Pueblo Libre	Lima	Lima
000176C	00012975	20263805021	ESPECIALIDADES MÉDICAS UNIVERSAL S.A.	Clínica de Especialidades Médicas	(01) 225-9925	Jr. Eduardo Ordoñez N° 468	San Borja	Lima	Lima
980018C	00009850	20100178401	VESALIO S.A.	Clínica Vesalio	(01) 618-9999	Cl. Joseph Thompson N° 140, Urb. Santo Tomás	San Borja	Lima	Lima
990002C	00012633	20100122368	CLÍNICA JAVIER PRADO S.A	Clínica Javier Prado	(01) 211 4141	Av. Javier Prado Este N° 499 Urb. Jardín Lima	San Isidro	Lima	Lima
980017C	00009437	20101098681	PROMOTORA ASISTENCIAL S.A.C CLÍNICA LIMA TAMBO	Clínica Limatambo Sede San Isidro	(01) 442 4670	Av. Republica de Panama N° 3606	San Isidro	Lima	Lima
980020C	00011401	20175508610	CENTRO MEDICO CLINICA SAN JUDAS TADEO S.A.	Clínica San Judas Tadeo	(01) 219-1100	CALLE MANUEL RAYGADA N° 170 (ANEXO EN CALLE LAUREANO MARTINEZ N° 140) - URB EL CAMPILLO	San Miguel	Lima	Lima
1100029	00012666	20477983708	INVERCONSULT S.A.	Clínica Providencia	(01) 442-4352	Ca. Carlos Gonzáles N° 250 260 Urb. Maranga	San Miguel	Lima	Lima
030616C	00014501	20505018509	CLINICA SAN GABRIEL S.A.C.	Clínica San Gabriel	(01) 614-2222	AV. LA MARINA 2945-2949-2955-2965 MARANGA	San Miguel	Lima	Lima
080947C	00010182	20517738701	CLINICA JESÚS DEL NORTE S.A.C.	Clínica Jesús del Norte	(01) 613-4444	AV CARLOS IZAGUIRRE N 153	Independencia	Lima	Lima
	00008271	20508790971	CLÍNICA NUEVO SAN JUAN S.A.C.	Clínica San Juan Bautista	(01) 610-4545	AV. PROCERES DE LA INDEPENDENCIA 1764, MZ. G, LOTES 10-11-20-21 - URB. LAS FLORES	San Juan de Lurigancho	Lima	Lima
080945C	00018985	20517737560	CLÍNICA SANTA MARIA DEL SUR S.A.C.	Clínica Santa María del Sur	(01) 615 6767	Av. Belisario Suárez N° 998 Zona C	San Juan de Miraflores	Lima	Lima
1405542	00009153	20461665820	SERVICIOS DE SALUD MONTEFIORI SAC	Clínica Montefiori	(01) 437-5151	AV. SEPARADORA INDUSTRIAL N° 1818-1820 (ANTES 380-390) MZ. A1. LT 17-24, URB. CACTUS	La Molina	Lima	Lima
1302131	00010603	20515290142	CLÍNICA MÉDICA CAYETANO HEREDIA	CLÍNICA MÉDICA CAYETANO HEREDIA	(01) 207-6200	AV. HONORIO DELGADO 370 INGENIERIA SMP	San Martín de Porres	Lima	Lima
19030	00019030	20563648202	SERVICIOS DE SALUD FESALUD S.A.C.	FESALUD	(01) 6254600	AVENIDA AV. ALFREDO MENDIOLA N° 7769	Los Olivos	Lima	Lima
20737	00020737	20563648202	SERVICIOS DE SALUD FESALUD S.A.C.	SERVICIO DE SALUD FESALUD S.A.C. (FESALUD)	(01) 6254680	AVENIDA AV. PROCERES DE LA INDEPENDENCIA 1734	San Juan de Lurigancho	Lima	Lima
<b>ATENCIÓN OFTALMOLOGICA (LIMA Y PROVINCIAS)</b>									
030612C	00009495	20256347301	ARBRAYSS LASER SRL	ARBRAYSS LASER SRL	(01) 437-1447	Calle Francisco de Cuellar 253, Urb. Las Flores	Lima	Lima	Lima
1302819	00015927	20511096279	CLINICA DE OJOS D'OPELUCE S.A.C	CLINICA DE OJOS D'OPELUCE	(01) 206-4700	Av. Arequipa 1885	Lince	Lima	Lima
050809C	00010739	20508167459	INSTITUTOS OFTALMOLOGICOS ESPECIALIZADOS DR. CARLOS WONG CAM S.A.C	INSTITUTO OFTALMOLOGICO WONG	(01) 226-4452 / 993502568	Av. Guardia Civil 554. Urb. Corpac	San Isidro	Lima	Lima
080967C	00011741	20509262579	NORVISION SAC	Norvisión SAC	(01) 333-1920	AV. Paso de los Andes 850	Pueblo libre	Lima	Lima
101107C	00009483	20523075463	OCULASER CENTRO DE MICROCIROUGIA Y LASER S.A.C. - OCULASER S.A.C.	OCULASER SAC	(01) 265-4833	Av Arenales N° 1181 Urb. Santa Beatriz	Lima	Lima	Lima
	00018626	20162053206	OFTALMICA S.A.C.	Oftalmica S.A.C.	(01) 277-9320	AVENIDA SAN BORJA NORTE 794	San Borja	Lima	Lima
1301507	00015182	20349635845	OPTIMA VISION S.R.L	Optima Visión S.R.L.	(01) 445-1715	Av. Angamos Oeste N° 884	Miraflores	Lima	Lima
990009C	00008388	20136596561	TG LASER OFTALMICA S.A.	TG Láser Oftálmica S.A.	(01) 410-6565	Av. Dos de Mayo N° 666	San Isidro	Lima	Lima
<b>CENTROS DE IMÁGENES Y LABORATORIOS</b>									
990062C	00008209	20304706211	SYNLAB PERU S.A.C	MEDLAB S.A.C.	(01) 203-5900	Av. Andrés Santa Cruz 361 - 367	Miraflores	Lima	Lima
000225C	00017794	20304706211	SYNLAB PERU S.A.C	MEDLAB S.A.C.	(01) 372-0121	Ci Montegrande N° 103 Esq. Av. Primavera 304	Santiago de Surco	Lima	Lima
	00008373	20301806664	DPI DEL PERU S.A.	DPI DEL PERU S.A.	(01) 202-3333	Av. Dos de Mayo 602	San Isidro	Lima	Lima
030653C	00009784	20504080197	SERVICIOS MÉDICOS DE DIAGNÓSTICO S.A.	CIMEDIC	(01) 442-2222	Av Arequipa N° 3362	San Isidro	Lima	Lima
1304234	00015986	20504080197	SERVICIOS MÉDICOS DE DIAGNÓSTICO S.A.	CIMEDIC	(01) 442-2222	AV. PETIT THOUARS N° 3969	San Isidro	Lima	Lima
1301475	00009617	20520615394	PET CT PERU SA	PETSCAN Perú	(01) 652-3815 / (01) 652-3816	Av. Petit Thouars 4340	Miraflores	Lima	Lima
	00011956	20538866041	SCAN MEDIC SOCIEDAD ANONIMA CERRADA- SC MEDIC S.A.C.	Resonancia Magnética Abierta SCI Medic	(01) 355-2265	Jr. Via Lactea N° 454 Urb. Haras Tyber	Santiago de surco	Lima	Lima
<b>CURSO PSICOPROFILACTICO DE PREPARACIÓN PARA EL PARTO</b>									
1302357	00015953	20492387623	ESCUELA PARA EMBARAZADAS E.I.R.L.	Escuela para embarazadas	01-997332065	Av. Jose Pardo 541 Oficina 110	Miraflores	Lima	Lima
101095C	8936	20492387623	ESCUELA PARA EMBARAZADAS E.I.R.L.	ESCUELA PARA EMBARAZADAS E.I.R.L. (PREPARACION PARA EL PARTO)	(01) 265 - 7335	AV AREQUIPA 2080 3ER PISO OFICINAS 307 Y 308	Lince	Lima	Lima
1304661	00016655	20519031290	WAITING FOR YOUR BABY SAC	Waiting For Your Baby	(01) 225-6940	CALLE BEETHOVEN 622-626 URB SAN BORJA SUR	San borja	Lima	Lima
1200668	00014888	20427170021	SERVICIOS PRENATAL SAC	Prenatal	(01) 241-5771	AV. EL POLO 670, OFICINA 303-A-SURCO	Santiago de Surco	Lima	Lima
	00024708	20427170021	SERVICIOS PRENATAL S.A.C.	Prenatal	(01) 241-5771	CALLE CHICLAYO NÚMERO 770 PISO 1	Miraflores	Lima	lima

ATENCION ODONTOLÓGICA (LIMA Y PROVINCIAS)									
ATENCION ODONTOLÓGICA - CERDENT									
040696C	00008385	20296554996	CENTRO DE REHABILITACION DENTAL ESPECIALIZADA S.A.C.	Cerdent sede San Isidro	(01) 421-6631	CI Lord Cochrane 240	San Isidro	Lima	Lima
1200996	00015599	20296554996	CENTRO DE REHABILITACION DENTAL ESPECIALIZADA SAC	CERDENT SAC	(01) 24-36468	AVENIDA BENAVIDES 1555 OFICINA 903	Miraflores	Lima	Lima
1301285	00010210	20296554996	CENTRO DE REHABILITACION DENTAL ESPECIALIZADA S.A.C.	CENTRO DE REHABILITACION DENTAL ESPECIALIZADA S.A.C. (CERDENT S.A.C.)	(01) 452-2339	Av. La Marina N°2270 Of.N° 301	San Miguel	Lima	Lima
	00010352	20296554996	CERDENT SAC	CERDENT SAN MIGUEL	(01) 452-4281	Jr. Chachani N° 145, Cons 3, Urb Maranga	San Miguel	Lima	Lima
1302421	00010520	20296554996	CERDENT SAC	CERDENT.SAC	(01) 424-4685	AV.BRASIL 1435 1ER PISO - JESUS MARIA	Jesús María	Lima	Lima
1304504	00009771	20296554996	CENTRO DE REHABILITACION DENTAL ESPECIALIZADA S.A.C.	CERDENT SAC	(01) 485-1051	Av. Carlos Izaguirre N°1122 Urb. Las Palmeras	Los Olivos	Lima	Lima
1405544	00016288	20296554996	CENTRO DE REHABILITACION DENTAL ESPECIALIZADA S.A.C.CERDENT	CENTRO DE REHABILITACION DENTAL ESPECIALIZADA CERDENT (CERDENT)	999448027	CALLE LOS ANTARES MZ A5 LOTE 1 OF 801A LA ALBORADA SURCO	Santiago de surco	Lima	Lima
CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO									
040699C	00008202	20112280201	CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C	CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO - SEDE CENTRAL	(01) 421-6323	Av. Juan de Arona N° 425	San Isidro	Lima	Lima
040704C	00008201	20112280201	CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C	CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO - SEDE DE ESPECIALIDADES	(01) 421-6323	Calle Manuel A Fuentes N° 260	San Isidro	Lima	Lima
1200423	00014113	20112280201	CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO - JAVIER PRADO	(01) 475 1717	AV JAVIER PRADO ESTE 1692 1ER PISO	San Isidro	Lima	Lima
1200435	00014357	20112280201	CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO - BARRANCO	(01) 247 6892	JR. ALFONSO UGARTE 250	Barranco	Lima	Lima
1405454	00010215	20112280201	CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C.	CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO - AURORA	(01) 447-5190	Av. Roosevelt (Ex. Republica de Panama) N° 5806	Miraflores	Lima	Lima
1100021	00012041	20112280201	CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C	CONSULTORIO ODONTOLÓGICO AMERICANO - PUEBLO LIBRE	994718224	Av. Juan Pablo Fernandini N° 1573	Pueblo libre	Lima	Lima
1200424	00013245	20112280201	CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	COA	998 677 681	JR. HUIRACOCHA N° 1486	Jesús María	Lima	Lima
	00012672	20112280201	CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C.	CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO CALLAO	(01) 453-3276	Av. Guardia Chalaca N° 1362 Urb. Santa Marina	Callao	Callao	Lima
060848C	00010036	20112280201	CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A	CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO SA - LA MOLINA	(01) 436-2883	Ca. Santa Magdalena Sofia N° 109 Urb. Camacho	La Molina	Lima	Lima
060846C	00008537	20112280201	CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C.	CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO-LIMA CENTRO	(01) 427-0158	Jr. Camana N° 780 Oficina 508	Lima	Lima	Lima
1301252	00014784	20112280201	CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C.	CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO - COMAS	(01) 535-8144	Av. El Maestro Peruano N°430 Mz. I Lote 6 Urb. Carabaylo 2° Etapa	Comas	Lima	Lima
1301279	00010892	20112280201	CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C.	CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO - SAN BORJA	(01) 225-0809	Av. Joaquin Madrid N° 235 Urb. Las Camelias	San Borja	Lima	Lima
091087C	00009547	20112280201	CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C.	CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C. - SAN JUAN DE MIRAFLORES	(01) 466-1128	Av. Guillermo Billinghurst N° 619 Mz G Lt 33 Zona D Urb. San Juan	San Juan de Miraflores	Lima	Lima
060873C	00008583	20112280201	CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C.	CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO - SAN MIGUEL	(01) 451-5553	Ca. Monseñor Jorge Dintilhac 717 - Urb. Pando 1era Etapa	San Miguel	Lima	Lima
080935C	00011748	20112280201	CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A	CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO-LAS GARDENIAS	(01) 279-1930	Ca. Monserrate Este N° 208 Urb. Las Gardenias	Santiago de Surco	Lima	Lima
060849C	00008567	20112280201	CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO SAC	Centro Odontologico Americano	(01) 458-6472	Ca. Las Chulpas N° 296 Oficina 201 -202 Zarate	San Juan de Lurigancho	Lima	Lima
1100015	00011860	20112280201	CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO - SURQUILLO	(01) 440 01021	CALLE LAS TIENDAS N°331 DPTO- 101	Surquillo	Lima	Lima
111170C	00011499	20112280201	CENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C	CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A-SANTA CATALINA	(01) 471-3998	Jr.Voto Bernales N° 399 - Urb. Santa Catalina	La Victoria	Lima	Lima
	00023156	20112280201	CENTRO MÉDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C.	CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO - ESPECIALIDADES ARONA	(01) 421 -6323	AVENIDA JUAN DE ARONA NÚMERO 402	San Isidro	Lima	Lima
	00024505	20112280201	CENTRO MÉDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C.	CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO - AURORA ESPECIALIDADES	51)1-5304614	AVENIDA ROOSEVELT NÚMERO 5790 PISO 3 INTERIOR 301	Miraflores	Lima	Lima
	00023924	20112280201	CENTRO MÉDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C.	CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO - PRIMAVERA	51)-1- 6480253	AVENIDA PRIMAVERA NÚMERO 643 INTERIOR 503 MANZANA Z-2 LOTE 13 URBANIZACIÓN CHACARILLA DEL ESTANQUE IV	SAN BORJA	Lima	Lima
	00023441	20112280201	CENTRO MÉDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C.	CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO - SAN MIGUEL EL CAMPILLO	51) 1-6361105	CALLE AYARSA DE MORALES NÚMERO 237 URBANIZACIÓN EL CAMPILLO	San Miguel	Lima	Lima
060845C	00023749	20112280201	CENTRO MÉDICO ODONTOLÓGICO AMERICANO S.A.C.	CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO - LOS OLIVOS	(51) 1-5232190	AVENIDA CARLOS ALBERTO IZAGUIRRE NÚMERO 1268 MANZANA K LOTE 8 URBANIZACIÓN GAMARRA DE LEON VELARDE ANGELICA I ETAPA	LOS OLIVOS	Lima	Lima

PODOLOGÍA									
1302763	11088	20511850135	INVERSIONES GENERALES SALUDABLES SAC	INVERSIONES GENERALES SALUDABLES SAC (PIES SALUDABLES)	(01) 221-3750	JR. SOLEDAD N°113 OF. 202 LINCE	Lince	Lima	Lima
PRESTADORES DE AMBULANCIA Y CMD									
1406772	00018130	20525367747	CONSORCIO MEDICO DESCENTRALIZADO SAC	CONSORCIO MEDICO DESCENTRALIZADO SAC (CMD)	(01)-7437933	CALLE SOR TITA 136 DPTO 305 URB BENAVIDES	Miraflores	Lima	Lima
	00023967	20600884230	EMERLIFE SAC	EMERLIFE SAC	(01) 265-2893	JIRÓN SINCHI ROCA 2471 PISO 2 URBANIZACIÓN RISSO	Lince	Lima	Lima
1304575	00015728	20515292781	SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA INTEGRAL S.A.C.	SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA INTEGRAL S.A.C. (ALERTA MEDICA)	(01) 2258668	AV. REPUBLICA DE PANAMA NRO. 3418 DPTO. 602 INT. P-6 URB. LIMATAMBO	San Isidro	Lima	Lima
000191C	00015463	20178974620	SERVICIOS SERVIAL SAC	SERVICIOS SERVIAL SAC (CARDIOMOVIL)	(01) 610- 3300	JR. EL POLO 789 DPTO. 601 MZ. C URB. EL DERBY DE MONTE RICO	Santiago de Surco	Lima	Lima
1100008	00012366	20506535442	MISION MEDICA SAC	MISION MEDICA SAC	01-4357777	AV. JAVIER PRADO ESTE 3542	San Borja	Lima	Lima
080989C	00010114	20506535442	MISION MEDICA SAC	MISION MEDICA SAC	044-230077 044230222	AVENIDA AVENIDA ALFONSO UGARTE 673 AVENIDA ALFONSO UGARTE 673	Trujillo	Trujillo	La Libertad
	00023920	20251011461	DOCTOR + S.A.C.	Sanna División Ambulatoria	(01) 626-8880	CALLE Victor Alzamora NÚMERO 460 URBANIZACIÓN Del Medico	Surquillo	Lima	Lima
081003C	00009295	20523293533	SUIZA ALERTA S.A.C.	SUIZA ALERTA	(01) 612-6688	AVENIDA ANGAMOS OESTE 300	Miraflores	Lima	Lima
1405266	00017420	20553136521	CORPORACION ESTRATEGIAS & SALUD EIRL	CORPORACION ESTRATEGIAS & SALUD EIRL (ESTRATEGIA SALUD)	(01)-6527070	AV. GENERAL SALAVERRY NRO. 2415 INT. 403 LIMA - LIMA - SAN ISIDRO	Pueblo libre	Lima	Lima
1200994	00014539	20536428969	HEALTH PERUVIAN BUSINESS EPESALUD S.A.C.	HEALTH PERUVIAN BUSINESS EPESALUD S.A.C. (HEALTH PERUVIAN BUSINESS EPESALUD)	(01)-2213731	AV DEL EJERCITO 749, OFICINA 213	Miraflores	Lima	Lima
	00023036	20489473365	SERVICIOS MEDICOS AKIMAR E. I. R. L.	SERVICIOS MEDICOS AKIMAR E. I. R. L. (AMBULANCIAS AKIMAR)	(01) 592 3605 /996414988	JIRÓN SAN JOSE NÚMERO 160 PISO 1 DEPARTAMENTO 101	Pueblo libre	Lima	Lima
1100026	00009985	20493146042	S.O.S. EMERGENCIAS MEDICAS S.A.C.	S.O.S. EMERGENCIAS MEDICAS	01-5696969	JIRÓN JR. CAJAMARCA 3854	SAN MARTIN DE PORRES	Lima	LIMA
	00021551	20154489895	MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE AREQUIPA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD MUNICIPAL (HOSPITAL GERIATRICO MUNICIPAL)	(054) 205804	AV. PUMACAHUA S/N	Cerro Colorado	Arequipa	Arequipa
1408659	00011338	20114868192	CLÍNICA PARDO EIRL	PARDO	(084) 24-0387	Av. de la Cultura 710	Wanchaq	Cusco	Cusco
FARMACIA									
NA	NA	20331066703	INRETAIL PHARMA S.A.	INKAFARMA		AV. Defensores del Morro Nro. 1277 Villa Baja	Chorrillos	Lima	Lima
NA	NA	20512002090	MIFARMA S.A.C.	BOTICAS MIFARMA, PUNTOFARMA		Calle Victor Alzamora Nro. 147 Urb. Santa Catalina	La Victoria	Lima	Lima
NA	NA	20384891943	BOTICAS Y SALUD S.A.C.	BOTICAS Y SALUD		JR. Alfred Rosenblat N° 145 Urb. Huertos de San Antonio (1°, 3°, 4° y 5° Piso)	SANTIAGO DE SURCO	LIMA	LIMA
CENTRO DE VACUNACIÓN									
	23213	20100122368	CLINICA JAVIER PRADO S A	CLINICA JAVIER PRADO S A (CENTRO DE VACUNACION INTERNACIONAL DE LA CLINICA JAVIER PRADO)	440-2000	CALLE LOS GERANIOS NÚMERO 160	Lince	Lima	Lima

## PROGRAMA VIVE SANO

### HIPERTENSION ARTERIAL NO COMPLICADA

---

#### **INCLUSIÓN (ingreso voluntario)**

- ° Paciente afiliado a SANITAS PERU EPS con diagnóstico confirmado de HTA no complicada.
- ° Paciente que ha firmado el documento de aceptación de incorporación al Programa.

#### **COBERTURA**

- ° Consulta médica periódica

Primera entrevista: Se confirma diagnóstico, se presenta beneficios del Programa y se firma aceptación de incorporación.

Control médico periódico en Lima, se realiza de manera presencial según disponibilidad del prestador

La frecuencia de la consulta médica es mensual o puede espaciarse, de acuerdo a la evaluación médica de control de la enfermedad.

- ° Evaluación Nutricional semestral.
- ° Evaluación Preventiva Oftalmológica anual: Refracción, Fondo de ojo y Tonometría.
- ° Exámenes de Laboratorio anuales
  - Glicemia
  - Colesterol Total LDL, HDL, Triglicéridos (2 controles más si los resultados son anormales)
  - Creatinina
  - Acido úrico
  - TGP
  - Examen completo de orina
- ° Procedimientos
  - Electrocardiograma anual
- ° Indicación de Medicamentos para el manejo de HTA (Solo medicamentos incluidos en el Petitorio de Hipertensión de SANITAS PERU EPS).
- ° Educación en salud.

### DIABETES MELLITUS NO INSULINDEPENDIENTE TIPO 2 NO COMPLICADA (DM)

---

#### **INCLUSIÓN (ingreso voluntario)**

- ° Paciente afiliado a SANITAS PERU EPS con diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus no insulino dependiente, no complicada.
- ° Paciente que ha firmado el documento de aceptación de incorporación al programa.

#### **COBERTURA**

- ° Consulta médica periódica

Primera entrevista: Se confirma diagnóstico, se presenta el programa y se firma aceptación de incorporación.

Control médico periódico en Lima, se realiza de manera presencial según disponibilidad del prestador

La frecuencia de la consulta médica es mensual o puede espaciarse, de acuerdo a la evaluación médica de control de la enfermedad.

- ° Evaluación Nutricional Semestral
- ° Evaluación Nutricional y Podológica 04 veces al año.
- ° Evaluación Preventiva Oftalmológica anual: Refracción, Fondo de ojo y Tonometría.
- ° Exámenes de laboratorio anuales
  - Glicemia mensual
  - Hemoglobina glicosilada, semestral
  - Colesterol Total LDL, HDL, Triglicéridos (2 controles más si los resultados son anormales)
  - Creatinina
  - Microalbuminuria
  - TGP
  - Examen completo de orina
- ° Indicación de Medicamentos para el manejo de la Diabetes (Solo medicamentos Incluidos en el Petitorio de Diabetes de SANITAS PERU EPS)
- ° Educación en salud.

#### **EXCLUSIONES**

- ° Glucómetro, tiras reactivas, jeringas para administración de insulina y edulcorantes.

## **DISLIPIDEMIA**

---

### **INCLUSIÓN (ingreso voluntario)**

- ° Paciente afiliado a SANITAS PERU EPS con diagnóstico confirmado de Dislipidemia.
- ° Paciente que ha firmado el documento de aceptación de incorporación al programa.

### **COBERTURA**

- ° Consulta médica periódica

Primera entrevista: Se confirma diagnóstico, se detecta complicaciones, se presenta el programa y se firma aceptación de incorporación.

Control médico periódico en Lima, se realiza de manera presencial según disponibilidad del prestador

La frecuencia de la consulta médica es mensual o puede espaciarse, de acuerdo a la evaluación médica de control de la enfermedad.

- ° Evaluación Nutricional semestral.
- ° Exámenes de Laboratorio anuales
  - Glicemia
  - Colesterol Total LDL, HDL, Triglicéridos (2 controles más si los resultados son anormales)
  - Creatinina
  - Acido úrico
  - TGP
  - Examen completo de orina
- ° Procedimientos
  - Electrocardiograma anual
- ° Indicación de Medicamentos para el manejo de Dislipidemia (Solo medicamentos incluidos en el Petitorio de Dislipidemia de SANITAS PERU EPS)
- ° Educación en salud

## **ASMA**

---

### **INCLUSIÓN (ingreso voluntario)**

- ° Paciente afiliado a SANITAS PERU EPS con diagnóstico confirmado de Asma a partir de los 7 años de edad.
- ° Paciente que ha firmado el documento de aceptación de incorporación al programa.

### **COBERTURA**

- ° Consulta médica periódica

Primera entrevista: Se confirma diagnóstico, se detectan complicaciones, se presenta el programa y se firma aceptación de incorporación.

Control médico periódico en Lima, se realiza de manera presencial según disponibilidad del prestador

La frecuencia de la consulta médica es mensual o puede espaciarse, de acuerdo a la evaluación médica de control de la enfermedad.

- ° Exámenes de imágenes.
  - Radiografía de tórax al ingreso para descarte inicial según indicación médica.
- ° Procedimientos:
  - Espirometría trimestralmente
- ° Indicación de Medicamentos para el manejo de Asma (Solo medicamentos incluidos en el Petitorio de Asma de SANITAS PERU EPS)
- ° Educación en salud.

### **CONSIDERACIONES ADICIONALES**

- ° Tratamiento de bronquitis infecciosa aguda intercurrente y SÍNTOMAS de rinitis por un periodo máximo de 7 días, sólo si están presentes en el momento del control médico del Programa. El tratamiento de Rinitis alérgica como patología NO está contemplado en el programa.
- ° Aplicación gratuita de vacuna de Influenza en el Centro de Vacunación Internacional de la Clínica Javier Prado.

**REQUERIMIENTO DE CARTA DE GARANTÍA (CG)**

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

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

**A. Del Sistema de Seguridad Social:**

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

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

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

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

**Exclusiones y limitaciones adicionales de las prestaciones de No Peas**

- 1. Adicionalmente a las exclusiones y limitaciones indicadas en el numeral precedente, se considerarán excluidas de coberturas las siguientes:
  - 1.1 Enfermedades que sean consecuencia de malformaciones, imperfecciones, deformaciones y/o anomalías congénitas o genéticas y la corrección de las mismas; salvo la de los bebés nacidos de la madre usuaria de LA EPS cuyo nacimiento fue cubierto por el Plan de Salud e inscrito al mismo dentro del plazo establecido en la Cláusula Cuarta de las Condiciones Generales.
  - 1.2 Enfermedades o malformaciones congénitas, genéticas o hereditarias, conocidas o no por el usuario, y las afecciones preexistentes a la fecha de afiliación de un usuario al contrato, en ambos casos declaradas o no, así como aquellas que puedan derivarse de éstas, sin perjuicio de que se puedan diagnosticar durante la ejecución del contrato, sobre bases científicas sólidas. Quedan exceptuadas de exclusión las enfermedades de este grupo comprendidas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), las que serán cubiertas según lo indicado en dicho plan. También se exceptúan de esta exclusión aquellos con derecho a continuidad de cobertura de acuerdo a la Ley N° 29561 – Ley que establece la Continuidad en la Cobertura de Preexistencias en el Plan de Salud de las Entidades Prestadoras de Salud. El Afiliado en nombre propio y en el de los usuarios en cuyo favor estipula y/o cada uno de estos o sus Representantes Legales, o el titular de cada grupo familiar deben manifestar al momento de suscribir la Solicitud de Afiliación, si padecen o han padecido afecciones, lesiones o enfermedades recidivas o que requieran o hubieran requerido estudios, investigaciones o tratamientos clínicos, quirúrgicos o de rehabilitación a base de drogas u otros agentes externos.
 

Expresándolo así, la afección se tendrá como preexistente y, en consecuencia, ajena a las prestaciones contractuales pactadas.

En anexo que forma parte integral del contrato, se incluyen las preexistencias y demás exclusiones de cada usuario en particular, identificadas inicialmente, sin perjuicio de su actualización con las que se identifiquen sobre bases científicas sólidas durante la ejecución del contrato.
  - 1.3 Cirugía Estética para fines de embellecimiento, o cirugía plástica reparadora para tratar afecciones preexistentes a la fecha de afiliación de un usuario al contrato. Reconstrucción post cirugía oncológica, con fines estéticos. Liposucción, lipoescultura o cualquier método liporeductor.
 

Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de obesidad (cualquiera sea el grado) y de la anorexia nerviosa, y las complicaciones de ambas, así como programas de reducción de peso. No se cubren las inyecciones reductoras de grasa u otros métodos liporeductores

Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos ni quirúrgicos relacionados a ginecomastia y/o gigantomastia. Mamoplastía reductora. Asimismo cirugía por diastasis de músculos rectos del abdomen.

Tratamientos quirúrgicos y procedimientos para insuficiencia venosa superficial de extremidades como várices y telangiectasias.
  - 1.4 Gastos ambulatorios u hospitalarios cuyo objeto principal sea el diagnóstico, screening, despistaje de enfermedades y/o chequeo médico, en usuario sano. Se exceptúan los servicios de esta índole incluidos en el Plan de Salud y el PEAS.
  - 1.5 Tratamientos médicos relacionados con los diagnósticos comprendidos en el capítulo V, Trastornos Mentales y del Comportamiento, del Código Internacional de Enfermedades CIE 10, que incluye drogadicción y alcoholismo. Consulta psiquiátrica para psicoanálisis, evaluaciones y tratamientos psicológicos. Tratamiento de Autismo, Curas de reposo o de sueño, trastornos de déficit o hiperactividad de atención. Enfermedades y/o accidentes causados o provenientes del consumo de estupefacientes o alcohol, en forma aguda o crónica, y de la adicción a drogas ilícitas; así como las lesiones por accidentes que se produzcan en situación de embriaguez o bajo influencia de drogas registrados en la historia clínica y/o con el dosaje respectivo (caso del alcohol: nivel sérico > 0.5 g/dl). Tratamientos psiquiátricos o psicológicos por drogadicción, así como los psicofármacos (ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos, anfetamínicos y derivados). El listado de enfermedades que son materia de esta exclusión corresponde a prestaciones no incluidas en el PEAS. Asimismo, quedan exceptuados de esta exclusión los medicamentos que figuran en el petitorio farmacológico de Sanitas Peru EPS.
  - 1.6 Lesiones que se hubiere causado el usuario voluntariamente o encontrándose en estado de enajenación mental temporal o permanente, incluyéndose dentro de estas lesiones las originadas por la negligencia en el cumplimiento de las prescripciones médicas indicadas por el médico.

- 1.7 Intento de suicidio.
- 1.8 Lesiones provenientes de accidentes de trabajo, salvo los que tengan carácter individual.
- 1.9 Enfermedades profesionales.
- 1.10 Maternidad en Capa Compleja – NO PEAS - ya sea de la afiliada o de la cónyuge o concubina del afiliado siempre que la fecha de concepción sea anterior al ingreso de la afiliada al plan de salud y no tuviera derecho a continuidad de cobertura de acuerdo a la Ley N° 29561 – Ley que establece la Continuidad en la Cobertura de Preexistencias en el Plan de Salud de las Entidades Prestadoras de Salud.
- 1.11 Tratamientos, procedimientos, evaluación y estudios de fertilidad o infertilidad, tanto primaria como secundaria, y sus consecuencias patológicas. En los casos de fertilización asistida documentada en la Historia Clínica de la madre o a través de documentación médica confiable relacionada a la gestación, no se cubrirá ninguna atención de maternidad en no PEAS de la madre ni tampoco las atenciones médicas por prematuridad de los hijos nacidos de la gestación asistida. No se cubrirán tampoco las secuelas relacionadas a la prematuridad en estos niños. Así mismo, tratamientos, cirugías y procedimientos para anticoncepción y/o esterilización y/o fertilización (excepto Ligadura de Trompas y Vasectomía), disfunción eréctil, trastorno de la libido y cambio de sexo.
- 1.12 Tratamientos orientados al feto y estudios para detección o confirmación de anomalías congénitas o genéticas.
- 1.13 Ecografías 3D y 4D.
- 1.14 Infección por VIH, Síndrome Inmunológico Deficiencia Adquirida (SIDA) y el Síndrome complejo relativo al SIDA (SCRS), sus consecuencias y complicaciones. Quedan exceptuados de exclusión lo comprendido en el PEAS.
- 1.15 Epidemias de Capa Compleja – NO PEAS -, declaradas como tales por el Ministerio de Salud o Pandemias declaradas por la Organización Mundial de la Salud.
- 1.16 Lesiones o enfermedades a consecuencia de actos de guerra, revoluciones y de fenómenos catastróficos de la naturaleza, así como los que resulten de la participación activa en motines, huelgas, conmoción civil, terrorismo o actos delictivos.
- 1.17 Lesiones como consecuencia directa o indirecta de fusión o fisión nuclear, isótopos radioactivos así como radioterapia y rayos X sin supervisión médica.
- 1.18 Medicamentos no comercializados en Perú, así como los elaborados a base de derivados o componentes de sangre o plasma (sangre total, paquetes globulares, plaquetas, plasma, plasma rico en plaquetas, albúmina, factores de coagulación, entre otros). No se cubre la consecución de los mismos, incluyendo cualquier método de aféresis (plasmaféresis, plaquetoféresis, por ejemplo) . Únicamente dará cobertura económica al costo de las pruebas de compatibilidad, los insumos necesarios para la transfusión y las pruebas a los donantes de las unidades transfundidas al afiliado, de conformidad con lo establecido en el numeral 1.2.6. de la Cláusula Tercera del presente contrato.
- 1.19 Ansiolíticos y otras medicinas (hipnóticos y sedantes), a excepción de las comprendidas en el petitorio farmacológico de Sanitas Peru EPS, y cuando se usan como coadyuvantes de la anestesia. o como tratamiento de la Ansiedad y/o Depresión, o cualquier otra patología considerada en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.

Medicina complementaria, alternativa y/o tradicional. Tratamientos de acupuntura, hierbas y sus derivados, tratamientos quiroprácticos, cuidados podiátricos y tratamientos de rehabilitación en gimnasios o centros no reconocidos por el Colegio Médico del Perú. No se cubre Homeopatía, medicamentos homeopáticos, medicamentos no tradicionales, productos de origen biológico, extractos naturales, animales o vegetales, ni sus derivados. No se cubre Viscosuplementación para condromalacia patelar y para patologías articulares.

- 1.20 Vitaminas, multivitamínicos, suplementos alimenticios y/o nutricionales, probióticos, levaduras, minerales, reconstituyentes, energizantes, estimulantes del apetito, anabólicos, antioxidantes, productos geriátricos, medicamentos neurotónicos, nootrópicos, psicofármacos, vacunas (excepto las establecidas en el PEAS); solo se cubrirán vitaminas, minerales y antianémicos en los casos de enfermedades anemias carenciales comprobada con exámenes auxiliares, gestación y puerperio. No se cubre inmunoterapia, lisados bacterianos ni medicamentos inmunoestimulantes.
- 1.21 Medicamentos modificadores de la respuesta biológica tales como interferones, interleukinas, factores estimuladores de colonias, anticuerpos monoclonales, inhibidores de la tirosina quinasa, antiangiogénicos, inhibidores del proteosoma y otros similares.  
Tratamiento con inmunoglobulinas.

Medicamentos para tratamiento por insuficiencia o sustitución hormonal, tales como hormona del crecimiento, eritropoyetina, análogos de la somatostatina, inhibidores de las hormonas entre otras, excepto los tratamientos de hipotiroidismo, menopausia, osteoporosis y diabetes mellitus. También se exceptúa de esta exclusión cualquier suplementación hormonal considerada en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

Medicamentos o tratamientos prescritos con fines de prevención primaria o secundaria a excepción de los siguientes medicamentos: ácido acetilsalicílico, warfarina, clopidogrel, heparinas, metformina, profilácticos para migraña y antibioprofilaxis en cirugía.

Medicamentos o tratamientos utilizados con fines placebo o que no hubieran demostrado utilidad.

Dermatología estética (ejemplo para comedones), cosmética, cirugía plástica. Tratamiento médico o quirúrgico del melasma, alopecia u otros trastornos dermatológicos con fines estéticos. Tampoco colocación o retiro de Tatuajes ni piercing. Cremas, cremas neutras, productos exfoliativos, despigmentantes, jabones, champús medicados o no medicados, bloqueadores solares y cualquier otro producto de línea cosmética.

Lágrimas naturales.

Los medicamentos considerados en la "Lista de Exclusiones y Limitaciones, Otros procedimientos, Medicamentos e insumos no cubiertos" por LA EPS que se encuentran vigentes a la fecha. Este listado está sujeto a modificaciones en concordancia con lo indicado en el punto 7. El listado acompaña al contrato.

Cirugías odontológicas y cirugía bucal (Periodontitis, Maloclusión, patologías de la Articulación Temporo Mandibular, síndrome craneomandibular y desórdenes u otras alteraciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa articulación.), excepto en los casos de emergencia accidental o médica. No se cubren prótesis dentales. Tratamientos odontológicos de periodoncia, ortodoncia y rehabilitación oral (prótesis e implantes dentales).

2. La EPS en desarrollo de este contrato, no estará obligada en ningún caso al suministro de medicamentos en el tratamiento ambulatorio y medicamentos para tratamiento quimioterapéutico del cáncer, salvo lo dispuesto en el numeral 1.2.14 de la cláusula tercera del presente contrato.

Tampoco estará obligada al suministro de ningún tipo de ortesis, bragueros, plantillas, anteojos, lentes, muletas, sillas de ruedas, u otros aparatos o equipos ortopédicos, prótesis de cualquier clase, excepto stent coronario y prótesis articulares de hombro, cadera o rodilla siempre que se cumpla con los requisitos exigidos para el efecto, y hasta los topes indicados en el plan de salud. También están comprendidas en esta exclusión las válvulas artificiales, piezas anatómicas, marcapasos, aloinjertos, injertos artificiales, implantes y dispositivos médicos internos o externos de cualquier tipo, así como procedimientos, materiales e insumos médicos necesarios para su colocación y/o fijación; exceptuando los materiales de osteosíntesis utilizados en la reducción de fracturas óseas, que si tienen cobertura.

Dispositivos para la columna: separadores interespinosos e invertebrales (Coflex, Diam, DCI, entre otros). Tampoco se cubren las cirugías híbridas de columna ni los procedimientos mínimamente invasivos: nucleoplastia, radiofrecuencia, discectomía láser, infiltración o neulolisis facetaarias, proloterapia, ozonoterapia, biacuplastia.

Cuidados de los pies relacionados con callos, pies planos, arcos débiles, pies débiles y soportes de zapatos de cualquier tipo, así como de zapatos y plantillas ortopédicas. Tratamiento y operaciones derivadas de pie plano, varo, valgo.

Trasplante de órganos y tejidos. Organos y tejidos para trasplantes, al igual que implante de Células madre, y la consecución de ellos. Condiciones que provengan como resultado de o tengan relación a un trasplante. Trasplantes experimentales. Exámenes, evaluaciones, estudios de histocompatibilidad y pruebas de selección de posibles donantes.

Monturas, lentes para monturas, lentes de contacto, así como la cirugía correctiva de defectos de la refracción visual (queratoplastia, queratotomía, excimer láser, wave front y otros).

Equipos, instrumental e insumos médicos en general, como medidores de colesterol, glucómetros, tiras reactivas para estos equipos, Kits de pruebas rápidas para diagnóstico de embarazo en orina, termómetros, tensiómetros, equipos de oxigenoterapia, nebulizadores, aspiradores, respirador o ventilador mecánico, pulsoxímetros, CPAP, BPAP, estimulador cerebral, equipos ambulatorios de rehabilitación, cama clínica, mantas térmicas, o similares, medias para várices, audífonos y demás ayudas o implantes auditivos, entre otros. Esta exclusión aplica tanto para compra como para alquiler. Equipos artificiales o mecánicos, así como artefactos diseñados para reemplazar órganos humanos.

Pruebas de hipersensibilidad, generales o específicas, pruebas de provocación, procedimientos de inmunoterapia y desensibilización, autovacunas.

No se cubre reembolso de ningún tipo de gasto realizado por el "EL AFILIADO", tanto en el Perú como en el extranjero, salvo lo estipulado en la cláusula 1.3 del presente contrato.

Tratamientos realizados en el extranjero y medicamentos no comercializados en el territorio nacional.

3. En hospitalización no se cubre entre otras: implementos de uso personal, extras de cafetería, alimentación y cama de acompañante, servicio especial de enfermería, todo tipo de servicios de confort personal durante la hospitalización, como radios, televisores, teléfonos, batas, etc., todo tipo de transporte o alojamiento no especificado en el plan de salud, y elementos tales como biberones, leche maternizada en cualquier presentación para el recién nacido, pañales, quitaesmalte y toallas higiénicas. Tampoco estarán cubiertos el cuidado por enfermeras, técnicas o auxiliares de enfermería adicionales a las ofrecidas en la clínica durante la estancia hospitalaria, ni en el domicilio. Para otros servicios paramédicos como Medicina Física y rehabilitación se requiere de la indicación y supervisión del Médico especialista colegiado.

4. La EPS no estará obligada a asumir gasto alguno en que haya Incurrido el usuario al solicitar la prestación de un servicio al médico y / o centro asistencial no perteneciente al Cuadro Médico vigente, o sin el previo cumplimiento de los requisitos establecidos para la utilización de los servicios, salvo lo previsto en el numeral 1.3 de la Cláusula Tercera del presente contrato.

5. No se cubren tratamientos, procedimientos o medicamentos otorgados o expedidos sin indicación o receta médica ni cualquier estudio, tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a un diagnóstico determinado durante el servicio médico recibido.
6. No se reconocerán honorarios por encima de lo pactado con los Proveedores de Salud, y en el caso de reembolso honorarios superiores a la Tarifa pactada en el Plan de Salud. Tampoco se reconocerán sobrecostos de medicamentos, insumos, material médico o procedimientos diagnósticos o terapéuticos por encima de los costos establecidos por Sanitas Perú EPS (tanto a crédito como a reembolso).
7. Todos los gastos relacionados al incumplimiento de las indicaciones médicas por decisión del propio paciente, así como la automedicación en perjuicio de su curación y/o rehabilitación.  

Todo equipo, insumo, medicamento, implante, dispositivo o procedimiento médico/quirúrgico de reciente introducción o de nueva tecnología deberá contar con el debido sustento científico que compruebe un beneficio clínico relevante frente a los equipos, insumos, medicamentos o procedimientos médicos ya existentes (Medicina basada en la evidencia, nivel de Evidencia II A de la Agency for Healthcare Reserch and Quality – AHRQ). Además, deberá ser presentado por el proveedor de salud y contractualmente aprobado por la EPS para poder ser cubierto. No se cubren productos o servicios en fase experimental o en fase de investigación.

Todo equipo, insumo, medicamento, implante, dispositivo, procedimiento médico/quirúrgico o tratamiento que se encuentre en fase experimental y/o período de prueba, o cuya indicación no esté aprobada por la FDA y/o la Organización Mundial de la Salud para el diagnóstico o procedimiento solicitado. Tampoco serán cubiertos aunque aprobados por la FDA pero prescritos para enfermedades diferentes para los que fueron aprobados.

No están cubiertos los servicios, procedimientos o tratamientos considerados médicamente no necesarios (no sustentados en Medicina Basada en Evidencia, Nivel de Evidencia IIa de la Agency for Healthcare Reserch and Quality – AHRQ).

Estudios, procedimientos y tratamientos médicos o quirúrgicos oncológicos no estándares, es decir, que no hayan sido aceptados y aprobados como “estándares” por entidades reconocidas internacionalmente como NCI (National Cancer Institute) y NCCN (National Cancer Comprehensive Network).

Para patologías oncológicas, sólo se cubrirá un (1) Pet Scan al año.
8. Atenciones, tratamientos o procedimientos realizados por personas que no sean médicos profesionales colegiados.
9. Internamiento u hospitalización en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería, entre otros.
10. Si un siniestro que debió ser rechazado por encontrarse excluido de cobertura hubiese sido cubierto por error, la EPS no estará obligada a continuar asumiendo el gasto por atenciones relacionadas a dicho siniestro a partir de la fecha de identificación del error.

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

Evaluación y Control de riesgos según edad								
PROCEDIMIENTO ANUAL	MUJERES				HOMBRES			
	12-17	18-39	40-59	>59	12-17	18-39	40-59	>59
Consulta Méd. (Ex. Clínico completo)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Tacto rectal	-	-	-	-	-	-	SI	SI
Examen Ginecológico	SI***	SI	SI	SI	-	-	-	-
Examen de mamas	CM	SI	SI	SI	-	-	-	-
<b>Evaluación Oftalmológica</b>								
Examen externo del ojo*	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Descarte de estrabismo*	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Agudeza visual*	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Fondo de ojo*	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Descarte de glaucoma*	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
<b>Evaluación Odontológica</b>								
Atención Odontológica Básica	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Profilaxis dental y/o Destartraje Simple	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Aplicación de Sellantes	4 dientes máximo	-	-	-	4 dientes máximo	-	-	-
Fluorización	-	-	-	SI	-	-	-	SI
<b>Exámenes de Auxiliares</b>								
Hemograma Completo	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Glucosa	SI**	SI	SI	SI	SI**	SI	SI	SI
Colesterol	SI**	SI	SI	SI	SI**	SI	SI	SI
HDL Colesterol	SI**	SI	SI	SI	SI**	SI	SI	SI
Triglicéridos	SI**	SI	SI	SI	SI**	SI	SI	SI
Examen de orina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Antígeno Prostático (PSA)	-	-	-	-	-	-	SI para > 50 años	SI
Sangre oculta en heces	-	-	-	1	-	-	-	SI
VDRL	CM	CM	CM	CM	CM	CM	CM	CM
HIV (Elisa)	-	SI**	SI**	SI**	-	SI**	SI**	SI**
Electrocardiograma	-	CM	CM	CM	-	CM	CM	CM
Mamografía bilateral	-	-	CM 40-50 a. SI para > 50 años		-	-	-	-
Radiografía torax	-	CM	CM	CM	-	CM	CM	CM
Papanicolaou	SI***	SI	SI	SI	-	-	-	-
<b>Evaluación Psicológica</b>								
Control de Psicología	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

**CM: de acuerdo a Criterio Medico**

\*\* Para grupos de Riesgo

\* Solo en la red de prevención

\*\*\* Adolescentes con vida sexual activa

CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE NIÑO SANO									
HASTA LOS 11 AÑOS, 11 MESES Y 30 DÍAS									
COBERTURAS	N° CONSULTAS, SESIONES Y/O EXÁMENES								
	RN (0 a 28 d.)	29 d. a < 1 a.	1 año	2 años	3 años	4 años	5 años	6 años	7 a 11 años
Consulta Pediátrica, incluye:	2 consultas, 1 cada 15 días	1 consulta mensual hasta completar 11 atenciones	6 consultas, 1 atención cada 2 meses	4 consultas, 1 atención trimestral	4 consultas, 1 atención trimestral	4 consultas, 1 atención trimestral	1 consulta anual	1 consulta anual	1 consulta anual
Control de peso									
Control de talla									
Control de maduración de órganos									
Control de maduración de sentidos									
Evaluación de acuerdo al crecimiento y desarrollo del niño (gatear, primeros pasos, etc)									
<b>Evaluación Odontológica</b>									
Atención Odontológica Básica**		2 consultas, 1 atención cada 6 meses	2 consultas, 1 atención cada 6 meses	2 consultas, 1 atención cada 6 meses	2 consultas, 1 atención cada 6 meses	2 consultas, 1 atención cada 6 meses	2 consultas, 1 atención cada 6 meses	2 consultas, 1 atención cada 6 meses	2 consultas, 1 atención cada 6 meses
Aplicación de barniz y/o gel de flúor**					2 consultas, 1 atención cada 6 meses				
Aplicación de Sellante por diente**							1 consulta (4 dientes máximo)	1 consulta (4 dientes máximo)	1 consulta (4 dientes máximo)
<b>Exámenes de Auxiliares</b>									
Hemoglobina, hematocrito	1	2 exámenes, 1 cada 6 meses	2 exámenes, 1 cada 6 meses	2 exámenes, 1 cada 6 meses					
Grupo Sanguíneo y Factor RH	1								
<b>Tamizaje neonatal:</b> Todos los RN***	1								
Hipotiroidismo congénito									
Hiperplasia Suprarrenal									
Fenilcetonuria									
Fibrosis quística									
<b>Glicemia por tira reactiva:</b> procedimiento alternativo para paciente en riesgo de Diabetes Mellitus	1*								
<b>Glucosa cuantitativa en sangre:</b> procedimiento alternativo para paciente en riesgo de Diabetes Mellitus	1*								
<b>Prueba de sífilis (VDRL):</b> sólo grupo de riesgo sífilis congénita	1*								
<b>Gota gruesa - frotis:</b> grupo de riesgo malaria congénita y tripanosomiasis americana	1*								
Examen Parasitológico simple			1 examen						
<b>Tratamiento:</b> en relación a los exámenes de laboratorio realizados									
Suplemento de micronutrientes*		SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Hierro									
Quimioterapia antiparasitaria*		SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Mebendazol o									
Albendazol									
<b>TOTAL</b>									
* Para Grupos de Riesgo									
** Solo en Centros Odontológicos afiliados a la red de prevención									
*** Se da cobertura por reembolso hasta S/. 306.00 nuevos soles.									

OTRAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN								
PROCEDIMIENTO ANUAL	MUJERES				HOMBRES			
	12-17	18-39	40-59	>59	12-17	18-39	40-59	>59
Espermatograma en post Vasectomía *	-	-	-	-	-	1	1	-
Planificación Familiar (Atención y Consejería)	Hasta 4 (según método)				Hasta 4 (según método)			
Vasectomía a solicitud *	-	-	-	-	-	SI	-	-
Ligadura de Trompas a solicitud *	-	SI	-	-	-	-	-	-
Evaluación de Medicina Preventiva y Manejo - Tamizaje de Violencia Familiar	4	-	-	1	4	-	-	1
<b>Inmunizaciones</b>								
Hepatitis B	3	-	-	-	3	-	-	-
Rubeola	1	1 no inmunizados		-	1	1 no inmunizados		-
Fiebre Amarilla	1	1 para no inmunizados			1	1 para no inmunizados		
dT	1	2 para no inmunizados			1	2 para no inmunizados		

\* Cobertura en clínicas designadas según Red.

ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN																			
VACUNAS	RECIÉN NACIDO	2° mes	3° mes	4° mes	5° mes	6° mes	7° mes	8° mes	12° mes	15° mes	18° mes	4° año	> 5 años	2 - 59 años	> 60 años	MUJERES	MUJERES EN EDAD FÉRTIL (12-49 años)	VARONES EN RIESGO (15 - 64 años)	GESTANTE
Tuberculosis (BCG)	SI <sup>1</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hepatitis B (HvB)	SI <sup>2</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	SI (3 dosis) <sup>2</sup>	-	-	-	-	-	-
Polio inactivada (IPV o Salk) <sup>3</sup>	-	SI	-	SI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antipolio Oral (APO o Sabin)	-	-	-	-	-	SI	-	-	-	-	SI	SI	-	-	-	-	-	-	-
PENTAVALENTE <sup>4</sup> : DPT, HvB, Hib	-	SI	-	SI	-	SI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sarampión, Paperas, Rubeola (SPR)	-	-	-	-	-	-	-	-	SI	-	SI	-	-	-	-	-	-	-	-
ROTAVIRUS	-	SI	-	SI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NEUMOCOCO <sup>5</sup>	-	SI	-	SI	-	-	-	-	SI	-	-	-	-	-	SI	-	-	-	-
VARICELA <sup>6</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	SI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ANTIAMARILICA <sup>7</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	SI	-	-	-	SI	-	-	-	-	-
Difteria, Pertusis y Tétanos (DPT)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	SI	SI	-	-	-	-	-	-	-
Tétano y difteria (dT Adulto) <sup>8</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	SI (3 dosis)	SI	2° trimestre (2 dosis)
Toxoide Diftotétano Pediátrico (Dt) <sup>9</sup>	-	-	-	SI	-	SI	-	-	-	-	SI	-	-	-	-	-	-	-	-
Virus de Papiloma Humano (VPH)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	SI <sup>10</sup>	-	-	-
INFLUENZA <sup>11</sup>	-	-	-	-	-	-	SI	SI	-	-	-	-	-	-	SI	-	-	-	a partir del 4° mes
PROFILAXIS ANTIRRABICA <sup>12</sup>	VER CONDICIONES																		

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

(2) Recién nacido (en las primeras 12 horas de nacido) y mayor de 5 años que no han completado 3 dosis de vacuna pentavalente y/o no muestra evidencia de haber recibido las 3 dosis (pentavalente o hepatitis B), en ningún caso se reinicia el esquema.

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

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

(5) Los NO vacunados de neumococo entre 12 y 23 meses con 29 días 2 dosis recibirán 2 dosis con intervalo mínimo de un mes entre cada dosis. Los niños de 2 a 4 años con comorbilidad (nefropatías, cardiopatías, diabetes, hemoglobinopatías, infección por VIH, síndrome de Down, neoplasia, esplenectomizados e inmunosuprimidos), que no recibieron la vacunación previamente deben recibir una dosis.

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

(7) De 2 a 59 años de edad, que acredite no haber recibido vacuna. Población que vive en regiones endémicas y expulsoras. Se dará pautas especiales en caso de brote.

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

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

(10) Niñas y adolescentes de 5° grado de primaria regular de instituciones educativas públicas y privadas. Asimismo, niñas de 9 años hasta los 13 años 11 meses y 29 días que por alguna razón no estén estudiando.

(11) Influenza entre los 7 meses y 23 meses con 29 días. Pacientes entre 2 años y 64 años 11 meses y 29 días con comorbilidades.

(12) Aplicación de:

Vacunación post exposición, con vacuna antirrábica, o

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

Se administran 5 dosis (los días 0, 3, 7, 14 y 28)

## DEFINICIONES

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

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

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

1 A partir de la fecha de cobertura de cada usuario en particular, y durante su permanencia en el contrato en calidad de tal, LA EPS se obliga para con el AFILIADO y sus dependientes, a contratar y pagar en favor de cada uno de aquellos, la prestación de los siguientes servicios:

**1.1. Consulta:**

- 1.1.1. Consulta de Medicina General y de las especialidades incluidas en el cuadro médico (Red) vigente: Este servicio se prestará, mediante cita previa, en los consultorios o lugares de atención de los respectivos profesionales, cuyas direcciones y números telefónicos figuran en la mencionada Guía del Usuario y Cuadro Médico.
- 1.1.2. Consulta Médica Domiciliaria: LA EPS ofrece a sus usuarios el servicio de consulta médica general y pediatría en su residencia, cuando por su estado de salud así se justifique, a solicitud del usuario y de acuerdo con la disponibilidad de médico para el efecto. Este servicio se prestará en aquellas ciudades que así lo indique el cuadro médico (Red) vigente. Los medicamentos recetados por el médico tratante están sujetos a los copagos detallados en el Plan de Salud.
- 1.1.3. Odontología:
  - 1.1.3.1. Odontología Preventiva: A los siguientes servicios de prevención, el usuario tiene derecho cada seis (6) meses, dos (2) veces al año.
    - 1.1.3.1.1. Examen Clínico: Comprende diagnóstico, elaboración del plan de tratamiento y del respectivo presupuesto.
    - 1.1.3.1.2. Profilaxis: Control de la Placa Bacteriana e higiene Oral, eliminando manchas y sarro localizado.
    - 1.1.3.1.3. Fluorización: Aplicaciones tópicas de flúor, en la población infantil.
  - 1.1.3.2. Atención de Emergencias Odontológicas:
    - 1.1.3.2.1. Por dolor: Tiene como finalidad disminuir o eliminar el dolor causado por infecciones, abscesos, caries, pulpitis o hemorragias. Este servicio comprende drenajes, pulpotomías, radiología y exodoncias no quirúrgicas.
    - 1.1.3.2.2. Por trauma: Tiene como finalidad solucionar la situación de emergencia ocasionada por un accidente. Se excluyen los tratamientos posteriores requeridos (implantes, prótesis y cualquier otra intervención o cirugía reconstructiva), con motivo de accidente o emergencia de cualquier índole.
  - 1.1.3.3. Exámenes de Laboratorio Clínico.

**1.2. Otros Servicios:** LA EPS igualmente contratará la prestación de los siguientes servicios en forma exclusiva, los cuales se prestarán previa prescripción de un médico entidad vinculada:

- 1.2.1. Rayos X, Ecografías, Radioscopias, Radiografías, Ortodiogramas y Cistografías; si para la práctica del respectivo procedimiento se requiere de la aplicación de Medios de Contraste, éstos serán a cargo de LA EPS.
- 1.2.2. Electrocardiogramas.
- 1.2.3. Análisis Clínicos y Biológicos
- 1.2.4. Análisis Anatomopatológicos
- 1.2.5. Oxigenoterapia
- 1.2.6. Transfusiones de sangre: Será a cargo de LA EPS el costo de las pruebas de clasificación sanguínea (plasma fresco congelado, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas y del respectivo acto médico), pero no la consecución de los mismos ni otros derivados o componentes de la sangre y/o plasma.
- 1.2.7. Ambulancia terrestre: Para el traslado del usuario, dentro de la ciudad, al Centro Asistencial y viceversa, siempre que por el estado de salud del usuario se precise de este servicio, previa certificación de un médico o entidad vinculada de acuerdo con la disponibilidad del respectivo vehículo. Para reconocer los servicios de Ambulancia en los casos de emergencia vital inmediata, será la Entidad Vinculada que reciba al USUARIO enfermo o accidentado la que facilite la certificación diciendo por qué causa se precisó este servicio, la cual deberá ser tramitada ante LA EPS.
- 1.2.8. Medicina de emergencia Vital Inmediata y Cirugías en casos de emergencia Vital Inmediata: LA EPS contratará la prestación de los servicios médicos y quirúrgicos en caso de Emergencia Vital Inmediata, así como en los abortos espontáneos, en las entidades vinculadas para tal efecto de acuerdo con lo especificado en la Guía del Usuario – Red de IPRESS, siempre que la causa que origine tal emergencia no sea una de aquellas definidas como Limitación Contractual.
- 1.2.9. Cirugía Menor: Entendiéndose como aquella intervención que se realiza con anestesia local y en forma ambulatoria.
- 1.2.10. Asistencia en los Partos Pretérmino, siempre y cuando se cumpla el requisito de haber iniciado la gestación después de fecha de cobertura.
- 1.2.11. Fisioterapia y Rehabilitación directamente relacionada con dicha fisioterapia: electrorradioterapia superficial y profunda, onda corta, rayos infrarrojos, rayos ultravioletas y corrientes eléctricas. Estos servicios se prestarán con carácter ambulatorio y como tratamiento subsidiario de enfermedades o dolencias reversibles.
- 1.2.12. Terapia del Lenguaje: Este servicio se prestará en las ciudades en que haya profesionales Fonoaudiólogos.
- 1.2.13. Terapia Respiratoria.
- 1.2.14. 1.2.14 Medicamentos Ambulatorios comercializados legalmente en Perú, que se formulen por médico o entidad vinculada, según el petitorio definido por LA EPS.
- 1.2.15. Medios complementarios de diagnóstico: Encefalogramas, Electroencefalogramas, Monitoria Fetal, Electromiografía, Audiometría y otros definidos en el plan de Salud.
- 1.2.16. Atenciones ocasionadas por la práctica de deportes de alto riesgo.

### 1.3. Reembolsos:

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

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

### 1.4. Asistencia en Accidentes de Tránsito Terrestre:

Comprenderá la atención de las lesiones sufridas por el usuario en accidentes de tránsito terrestre, ya sea en vehículo propio, de alquiler o de cualquier tipo, como conductor, pasajero o peatón.

La asistencia al lesionado se prestará en régimen ambulatorio o, si el caso lo requiere, con internamiento hospitalario, siendo de cuenta de LA EPS los gastos de Asistencia al usuario lesionado, así como el tratamiento de rehabilitación en régimen ambulatorio o no.

Todos estos servicios serán atendidos por los médicos y/o Entidades vinculadas a LA EPS y los internamientos hospitalarios se efectuarán en entidades vinculadas a LA EPS.

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

## 2. **A PARTIR DEL PRIMER DIA DEL CUARTO (4) MES DE VIGENCIA ININTERRUMPIDA DEL PRESENTE CONTRATO, individualmente considerada respecto a la fecha de cobertura de cada usuario en particular, LA EPS. prestará los siguientes servicios a los usuarios que así lo requieran, previa prescripción de un profesional o entidad vinculada a LA EPS y mediando autorización de la misma, en las Red de IPRESS vinculadas.**

- 2.1. Asistencia Quirúrgica: Este servicio asistencial comprenderá los procedimientos e intervenciones en las especialidades del Cuadro Médico Vigente.
- 2.2. Isótopos Radioactivos: Para tratamientos o exploraciones de las dolencias que lo precisen en las entidades vinculadas que LA EPS designe, y por indicación escrita de un especialista.
- 2.3. Medios complementarios de diagnóstico: Ecocardiogramas, Pruebas de Esfuerzo, Holter, Doppler, Ventriculografías, Arteriografías, Exploraciones Eléctricas, Endoscopias y Pruebas Funcionales del Riñón e Hígado, Artrografías, Mamografías, Tomografías axiales computarizadas, Urografías, Medicina Nuclear, Resonancia Magnética Nuclear convencional, Coronariografía y Mielografía, todo de acuerdo con lo estipulado en el presente Contrato. Si para la práctica del respectivo procedimiento se requiere de la aplicación de Medios de Contraste, éstos serán a cargo de LA EPS.
- 2.4. Asistencia hospitalaria: Este servicio asistencial será contratado por LA EPS, para ser prestado de acuerdo con la disponibilidad de la entidad vinculada, a los usuarios que así lo requieran, previa prescripción de un médico o Entidad Vinculada a la LA EPS, debidamente autorizada por LA EPS, en entidad adscrita y bajo las modalidades y términos establecidos a continuación.
  - 2.4.1. Hospitalización para tratamiento médico, quirúrgico, o en unidad de cuidados intensivos: Comprende la contratación y pago de la hospitalización, los productos anestésicos y los medicamentos formulados y suministrados intrahospitalariamente y que sean comercializados legalmente en Perú, el quirófano, los equipos utilizados durante la respectiva hospitalización, los honorarios de los profesionales autorizados por LA EPS para la respectiva atención y los demás servicios suministrados al usuario intrahospitalariamente por la entidad vinculada. El periodo máximo para cada hospitalización será determinado por el médico tratante o por los médicos de la Entidad Vinculada, previa autorización de LA EPS mediante la expedición de la respectiva autorización de servicios (Carta de Garantía).
  - 2.4.2. Hospitalización para tratamiento Psiquiátrico en Entidad Vinculadas adscritas y autorizadas por la SEPS: La hospitalización para tratamiento psiquiátrico, queda limitada a un periodo máximo de cuarenta y cinco (45) días durante cada año de vigencia del presente contrato, no acumulable año a año.
- 2.5. En forma complementaria, LA EPS prestará a los usuarios que así lo requieran, previa prescripción de un profesional o Entidad Vinculada a la LA EPS y mediando autorización de ésta, los servicios de Procedimientos Auxiliares de Técnicas Quirúrgicas.

- 3. A PARTIR DEL PRIMER DIA DEL DÉCIMO (10) MES DE VIGENCIA ININTERRUMPIDA DEL PRESENTE CONTRATO, individualmente considerada respecto de la fecha de cobertura de cada usuaria en particular, de acuerdo con lo establecido en las condiciones generales de contratación LA EPS se obliga, previa autorización escrita de la misma, a contratar para los usuarios del respectivo grupo familiar, los servicios de atención médica obstétrica del parto o cesárea, en entidad vinculada a LA EPS, siendo a su cargo el pago del tratamiento, medicamentos producidos en Perú y hospitalización requeridos.**

**Atención Neonatal:**

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

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

- 4. A PARTIR DEL PRIMER DIA DEL DÉCIMO TERCER MES (13) MES DE VIGENCIA ININTERRUMPIDA DEL PRESENTE CONTRATO, individualmente considerada respecto de la fecha de cobertura de cada usuario en particular, LA EPS se obliga a contratar la prestación de los servicios de Oncología, hemodiálisis y diálisis peritoneal para las enfermedades subsidiarias de esta especialidad. Estos servicios comprenden:**
- 4.1. Tratamiento quimioterapéutico: El servicio médico especializado será prestado previa orden escrita de profesional afiliado a la red de prestadores vigente en todos los ciclos necesarios, tanto en el régimen ambulatorio como hospitalario, si éste se precisare. Queda entendido que en dicho tratamiento los medicamentos citostáticos y hormonales requeridos serán de acuerdo al Petitorio de Medicamentos Ambulatorios que establezca LA EPS. Cuando para el tratamiento oncológico adecuado se requiera el internamiento hospitalario, el médico, que atiende al usuario, lo deberá solicitar por escrito a la misma, la que lo autorizará si procede, en entidad vinculada, a cada usuario que así lo precise.
- 4.2. Braquiterapia, Radioterapia y Cobaltoterapia: Estos servicios serán prestados a los usuarios en las entidades adscritas designadas por LA EPS previa prescripción del médico afiliado a la red de prestadores.
- 4.3. Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal: Este servicio se prestará en régimen de internado o ambulatorio, según el requerimiento, y la previa prescripción de un médico afiliado a la red de prestadores de la EPS y con autorización de la misma, exclusivamente durante los días de su ocurrencia, en el tratamiento de insuficiencias renales de carácter reversible, siempre que tales enfermedades hayan sido contraídas con posterioridad a la fecha de cobertura del usuario al presente Contrato, con exclusión expresa de afecciones crónicas, preexistentes o no a la celebración del contrato.
- 5. A PARTIR DEL PRIMER DIA DEL VIGÉSIMO QUINTO (25) MES DE VIGENCIA ININTERRUMPIDA DEL PRESENTE CONTRATO, individualmente considerada respecto de la fecha de cobertura a LA EPS de cada usuario en particular, independientemente de la antigüedad que se le hubiere reconocido por la compañía, LA EPS se obliga a contratar:**
- 5.1. Diagnóstico y tratamiento para el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) y sus complicaciones. Diagnóstico y tratamiento para la Infección por VIH (Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana) y sus complicaciones. Ambos casos de acuerdo a petitorio.
- 5.2. Cirugías y/o procedimientos para Revascularización Coronaria (Angioplastías, Bypass Aortocoronario y otros)
- 5.3. Cirugías Vertebro Medulares e Intracraneanas de cualquier naturaleza
- 5.4. Medicamentos, fármacos o agentes biológicos, incluidos los medicamentos monoclonales, para aquellos diagnósticos contemplados en el PEAS (Plan Esencial de Aseguramiento en Salud).
- 6. A PARTIR DEL PRIMER DIA DEL TRIGESIMO SEPTIMO (37) MES DE VIGENCIA ININTERRUMPIDA DEL PRESENTE CONTRATO, individualmente considerada respecto de la fecha de cobertura a LA EPS de cada usuario en particular, independientemente de la antigüedad que se le hubiere reconocido por la compañía, LA EPS se obliga a contratar:**
- 6.1. El suministro de stent coronario medicado y no medicado.
- 6.2. El suministro de prótesis articulares de cadera, rodilla y hombro, hasta los montos indicados en el plan de salud vigente del usuario, por cada año de vigencia del contrato, no acumulables por año, siempre que no se requiera como consecuencia de una patología preexistente.