



Guía del Plan de Salud **POTESTATIVOS**



Sanitas



¡Hola!

En Sanitas queremos que siempre estés informado de todas las coberturas, beneficios y servicios de tu Plan de Salud. Por eso, hemos desarrollado esta guía en la que podrás encontrar toda la información necesaria relacionada con tu Plan.

ÍNDICE

1. ¿Cuáles son mis coberturas?

Cobertura ambulatoria	1
Cobertura de inmunizaciones (vacunas)	2
Cobertura de vacunas a domicilio	3
Cobertura chequeo preventivo anual	4
Cobertura control del niño sano	5
Cobertura estimulación temprana	6
Cobertura programa pacientes crónicos	6
Cobertura de medicamentos	7
Cobertura médico a domicilio	8
Cobertura emergencia médica y accidental	9
Cobertura de continuidad de emergencia accidental ambulatoria	10
Cobertura hospitalaria	10
Cobertura oncológica	12
Cobertura de maternidad	17
Telesanitas Doc	18
Cobertura odontológica	19
Cobertura oftalmológica	20
Cobertura VIH	21
Cobertura de salud mental	22

2. Beneficios

Beneficios Assist Card	14
------------------------	----

3. Servicios

Cartas de garantía	15
--------------------	----

4. Reclamos

16

1. ¿Cuáles son mis coberturas?

COBERTURA AMBULATORIA

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



1. Consulta médica ambulatoria o domiciliaria.



2. Exámenes de laboratorio y anatomía patológica*



3. Radiología e imágenes*



4. Exámenes auxiliares (Según tabla copagos).

Para tener derecho al tratamiento, exámenes u otros servicios médicos, debes acudir a la consulta presentando tu documento de identidad y cancelando el valor correspondiente al copago de la clínica o centro médico de tu preferencia, de acuerdo al Plan de Salud elegido.

Recuerde que la reserva de cita se hace directamente con el centro médico o clínica seleccionada, identificándote como usuario de EPS Sanitas. Ten en cuenta que las órdenes médicas tienen vigencia de 7 días calendario, si pierde la vigencia deberás solicitar una nueva consulta.

*Puede verificar los copagos y deducibles de estos servicios en su plan de salud

COBERTURA DE INMUNIZACIONES (VACUNAS)

Las vacunas que nuestro plan cubre son aquellas que se encuentran en el Calendario de Inmunización del Ministerio de Salud, el cual se brindará en el Centro de Vacunación de la Clínica Javier Prado (Lima), estas tienen cobertura al 100%.

En el caso de Arequipa, debes comunicarte con nuestra Central Sanitas en Línea al 219-1919.

¿A dónde debo acudir?

Lo puede visualizar en su plan contratado

*Cobertura aplica según plan contratado



COBERTURA VACUNAS A DOMICILIO

Prestador: BIOVAC

Es el beneficio que otorgamos solo en Lima, de acuerdo a los límites geográficos que figuran en el Plan de Salud y conforme al calendario de Inmunizaciones del Ministerio de Salud.

Los requisitos para brindarte este servicio son:

- Debes figurar como activo.
- En el caso de niños, debes presentar el carnet de vacunación al momento de la aplicación.
- En adultos mayores de 65 años y de acuerdo al calendario de vacunación que les corresponde Influenza, no hay requisito en relación a documento.
- No se aplicará la vacuna BCG (recién nacido) debido a que corresponde su aplicación en la clínica donde nació.

*Cobertura aplica según plan contratado

La solicitud del servicio se debe realizar a través de nuestra Central Sanitas en Línea al 2191919 o 0800-19191. El Horario de citas es de lunes a viernes de 9:30 a.m. a 12:30 p.m. y de 3:30 p.m. a 6:00 p.m. (siendo la última solicitud a las 5:00 p.m.) No se brinda atención sábados, domingos ni feriados. Distritos de alcance: Miraflores, San Isidro, Surco, La Molina, Jesús María, Pueblo Libre, San Miguel, San Juan de Miraflores, Cercado de Lima, Chorrillos, Barranco, La Victoria, San Luis, San Borja, Surquillo y Breña.

COBERTURA CHEQUEO PREVENTIVO ANUAL

Estas coberturas se centran en las evaluaciones médicas preventivas que tienen como finalidad diagnosticar de manera oportuna las enfermedades más frecuentes de acuerdo a tu edad y sexo. Cobertura al 100% para ti y tus dependientes inscritos en el Plan de Salud EPS.

¿Cómo debo acceder al servicio?

1. Programa tu cita vía telefónica en las clínicas que estén incluidas en tu Plan de Salud EPS.
2. Acércate a la clínica en la fecha programada, mínimo 10 a 15 minutos antes de la consulta, con tu documento de identidad (DNI o Carné de Extranjería).
3. Recibe la orden de atención que la clínica generará y sigue las instrucciones que te brindarán para iniciar el circuito del chequeo. La consulta con el médico y los exámenes auxiliares deben ser realizados en un mismo día.
4. Se entregarán los resultados del chequeo preventivo de manera individual y presencial en clínicas afiliadas y después de 15 días útiles de realizado el chequeo.
5. Seguir al pie de la letra las instrucciones que brinde el prestador sobre los protocolos de atención para esta cobertura

Nota: Las evaluaciones médicas no dan derecho a medicación o exámenes auxiliares no contemplados en el chequeo preventivo. Aplican restricciones que puedes ver en tu Plan de Salud.

*Cobertura aplica según plan contratado

*Cobertura desde los 12 años, de acuerdo protocolo indicado en el plan de salud.

*Sólo aplica crédito, NO reembolso.

CONTROL DE NIÑO SANO

Nuestro Control del Niño Sano está diseñado para brindar el acompañamiento necesario durante su crecimiento hasta los 11 años.



Tamizaje neonatal



Consulta pediátrica



Control de peso y talla



Vacunas según MINSA



Estimulación temprana hasta los 2 años



Atención odontológica básica



Descarte de parasitosis y anemia



Tratamiento antiparasitario o hierro

*Cobertura aplica según plan contratado



COBERTURA ESTIMULACIÓN TEMPRANA

El beneficio de estimulación temprana se brinda para los niños hasta los 2 años, 11 meses y 30 días. La programación de las citas depende del prestador.

COBERTURA PROGRAMA VIVE SANO

En tu Plan tenemos programas especiales para usuarios que cuenten con un diagnóstico confirmado de las siguientes enfermedades:

- Hipertensión arterial (HTA) no complicada
- Diabetes mellitus no insulino dependiente tipo 2 no complicada
- Dislipidemia
- Asma bronquial

La **Pre inscripción al Programa Vive Sano** es telefónica y será previa aceptación del usuario de acuerdo a las condiciones de cada diagnóstico.

La cobertura es al 100%. En tu hogar o trabajo (consultar tu Plan de Salud). Incluye: consulta médica, exámenes auxiliares, procedimientos, evaluación nutricional, oftalmológica, podología y entrega de medicamentos de acuerdo al protocolo de cada enfermedad.

En Lima, Trujillo, Arequipa, Chimbote y Piura: llamar a nuestra **Central Sanitas en Línea al 219-1919**

*Cobertura aplica según plan contratado

Nuestros prestadores:

- **Lima:** Consorcio Médico / Suiza Alerta / Medicis (presencial)
- **Arequipa:** Clinicentro ABSI
- **Trujillo:** Clínica La Merced
- **Piura:** Consorcio médico descentralizado (domicilio)
- **Chimbote:** Clínica Santa María de Chimbote (presencial)

COBERTURA DE MEDICAMENTOS



Cadenas de Farmacias

Nuestros proveedores de Inkafarma y Mifarma cuentan con una amplia red de locales a nivel nacional donde podrás recoger tus medicamentos.



Los horarios de atención son de acuerdo a la ciudad en los que se encuentren.

Recuerda, es importante para tu atención:



Presentarte como asegurado del convenio Sanitas.



Indicar al técnico, el número de DNI/ CE del paciente.



Entregar tu receta médica original vigente, con sello, firma del médico tratante y colegiatura.

*Cobertura aplica según plan contratado



Delivery de Farmacias

El servicio de Inkafarma y Mifarma, está disponible para coordinar la entrega de tus medicamentos. Recuerda que sanitas cubre el costo del envío.



Los horarios de atención son de lunes a sábado de 8:00 a.m. a 10:00 p.m.*

Recuerda, es importante para tu atención:



Comunicarte con:
InkaFarma al 01315 - 9009
Mifarma al 01612-5000

Presentarte como asegurado del convenio Sanitas.



Indicar al técnico, el número de DNI/ CE del paciente.



Entregar al motorizado tu receta médica original vigente, con sello, firma del médico tratante y colegiatura.



Whatsapp Sanitas Medicamentos

Ponemos a tu disposición un canal de entrega de medicamentos: WhatsApp Sanitas Medicamentos. Ahora podrás adquirir tus medicamentos desde tu celular.



Puedes programar tus pedidos de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 10:00 p.m. (Sujeto a zonas geográficas del local).

Recuerda, es importante para tu atención:



Registra el número de WhatsApp 971414470



Enviar una foto de una receta al número de WhatsApp y recibirás las indicaciones del equipo de WhatsApp.



Cobertura solo en Lima (sujetos a zonas de cobertura)**



Entregar al motorizado tu receta médica original vigente, con sello, firma del médico tratante y colegiatura.

- Tienes la opción de recibir las medicinas en tu domicilio. El motorizado comprobará lo entregado en la receta (*) y debes proceder a pagar lo indicado por el operador

*Debes entregar la receta original con menos de 7 días desde la fecha de expedición.

- Monto mínimo de delivery, alcance geográfico, horario y disponibilidad de medicamentos son de acuerdo a las cadenas de farmacias

Los medicamentos e insumos de farmacia están sujetos a las condiciones indicadas en tu Plan de Salud.

(*) Aplica para los afiliados de Sanitas Perú EPS cuya receta médica haya sido expedida y autorizada en las clínicas y/o centros médicos de su Plan de Salud.

Recuerda: La receta no debe contener borrones, tachaduras o enmadaduras. La receta debe indicar el diagnóstico.

COBERTURA MÉDICO A DOMICILIO

Siempre estamos pensando en ti, es por esto que contamos con un servicio de consulta médica domiciliaria que incluye exámenes de laboratorio y medicinas según petitorio.

Para acceder a este servicio debes llamar a nuestra central Sanitas en Línea al 219-1919 o al 0800-19191 donde recibirás orientación médica telefónica o el servicio de médicos a domicilio. Nuestros médicos pueden resolver tus consultas y te brindarán sugerencias de acción las 24 horas del día.

Condiciones del servicio (*):

- Los alcances de estas coberturas están descritos en tu plan de salud.

(*) Los límites geográficos y horarios están indicados en el Plan de Salud.

Para solicitar el servicio comunicarse con Sanitas en Línea al 219-1919. Luego de recibir tu llamada nos comunicaremos contigo informándote el nombre del médico que te atenderá y la hora de llegada, la cual depende de la disponibilidad de nuestros prestadores y el lugar donde te encuentres.

Te corresponde el copago que indica tu Plan de Salud, que incluye:

1. Consulta médica.
2. Medicamentos (de acuerdo a petitorio).
3. Exámenes de laboratorio (si el médico lo considera pertinente):
 - Exámenes de Laboratorio (adulto): incluye hemograma completo, hemoglobina (Hb), glucosa, perfil lipídico, examen completo de orina, urocultivo, parasitológico simple (x1)
 - Exámenes de Laboratorio (niño): incluye hemograma completo, hemoglobina (Hb), glucosa, examen completo de orina, urocultivo, reacción inflamatoria en heces, parasitológico simple (x1)

IMPORTANTE: Recuerda que la consulta de médicos a domicilio es una consulta médica programada. No es una consulta de emergencia ni para tratar enfermedades crónicas.

COBERTURA EMERGENCIA MÉDICA Y ACCIDENTAL

Una **emergencia** es una situación repentina e inesperada que **pone en peligro inminente tu vida o en grave riesgo tu salud**, requiere atención y procedimientos médicos inmediatos y es determinada por el médico tratante. Ten en cuenta que una situación de emergencia es diferente a una urgencia.

Urgencia se determina cuando se requiere atención médica, pero ni tu vida ni tu salud están en riesgo.

En el caso de urgencia, deberás realizar el pago copago correspondiente.

Debemos ser responsables al solicitar un servicio de emergencia. Si tienes un malestar crónico o una urgencia te recomendamos acudir a consulta con el especialista a una clínica afiliada, quienes te darán un tratamiento y control del malestar.

Asimismo, tienes a tu disposición nuestra Central Sanitas en Línea al 219-1919 o al 0800-19191 las 24 horas del día. Nuestros médicos calificados te orientarán.

Si vas directamente a una clínica afiliada, solo presenta tu DNI en el servicio de emergencias para ser atendido. Si a causa de la emergencia requieres ser hospitalizado o intervenido quirúrgicamente, aplicarán las condiciones de cobertura hospitalaria que tenga tu Plan de Salud.

Recuerda que el médico tratante es quien define si se trata de una emergencia o una urgencia, la EPS no interviene en esta definición.

COBERTURA DE CONTINUIDAD DE EMERGENCIA ACCIDENTAL AMBULATORIA

Cuando tienes una situación de emergencia accidental el plan tiene una cobertura, hasta máximo 90 días de ocurrida la emergencia y aplica dentro del mismo establecimiento de salud donde se produjo la atención inicial.

No aplica para atenciones derivadas de hospitalizaciones o cirugía ambulatoria por el accidente que provocó la emergencia. Cubre únicamente: controles ambulatorios, exámenes de laboratorio de control, exámenes de radiología convencional de control, sesión de terapia física, curaciones, retiro de puntos, cambio y/o retiro de vendaje/yeso. Vacunas antirrábica y antitetánica: mordedura de animales o insectos con reacción alérgica o heridas por objetos punzocortantes que requieran vacunas post evento, darle la cobertura al 100%,

*Válido solo en prestadores incluidos en las redes de atención del Plan de Salud.

COBERTURA HOSPITALARIA

El beneficio de atención hospitalaria se refiere al internamiento por indicación médica en una clínica que incluye la utilización del servicio de habitación, atención de especialidades médicas y enfermería.

La cobertura hospitalaria es un beneficio que debe estar autorizado por medio de una carta de garantía, sujeta a un copago que varía de acuerdo al Plan de Salud, a su red y si es provincia o Lima.

Tipos de Hospitalización

- Programada: El médico indica hospitalizar previa gestión de Carta de Garantía.
- No programada: Cuando es resultado de una emergencia y es necesario hospitalizar al paciente.

El usuario debe cumplir con las condiciones de su afiliación en caso tuviera carencia y/o tiempos de espera para tener derecho al beneficio de atención hospitalaria.

En algunos casos puede aplicarse tiempo de espera.

Importante: Sanitas no se hace responsable por atenciones brindadas al usuario sin el aval previo de contar con la aprobación de su Carta de Garantía. Si su médico tratante le ordena permanecer hospitalizado más días de los autorizados inicialmente por Sanitas Perú S.A. EPS, la clínica deberá tramitar la ampliación de la Carta de Garantía por la hospitalización, de acuerdo a la pertinencia médica.

Consulta para definir Riesgo Quirúrgico

Es un procedimiento ambulatorio sujeto a copago que se realiza previo a la atención hospitalaria o cirugía.

Copagos y deducibles según el plan contratado

Este no aplica para aquellas cirugías que se derivan de una emergencia (por ejemplo: Apendicitis), en caso de cirugía programada el riesgo quirúrgico estará incluido en el presupuesto de la Carta de Garantía y bajo nuestra cobertura hospitalaria.

COBERTURA ONCOLÓGICA

La cobertura oncológica inicia con la confirmación del resultado del estudio anatomopatológico solicitado por el médico especialista. Esta cobertura es al 100%.

En caso que tu médico tratante indique medicamentos no oncológicos en la receta, estos serán cubiertos como ambulatorios, es decir sujeto al porcentaje según tu Plan de Salud.

En caso que el prestador en el que te estén atendiendo no cuente con cobertura hospitalaria o cirugía ambulatoria o cualquier otra cobertura estipulada en tu Plan, podrán continuar con atención dentro de los prestadores oncológicos de tu mismo Plan de Salud que brinde esta cobertura; para ello tendrás que presentar los documentos médicos necesarios que el nuevo prestador requiera para otorgar continuidad de atención.

2. Reembolso

Este beneficio solo aplica en **situaciones de emergencia (riesgo de vida) en zonas alejadas donde no tenemos prestadores en convenio**. El trámite lo debes iniciar generando la solicitud de reembolso con los documentos sustentatorios de la emergencia. Al finalizar se realiza un abono en tu cuenta o se emite un cheque que te autorice. En caso que no se cumplan los requisitos, se rechaza el reembolso.

La recepción del reembolso se realiza en las oficinas de Sanitas Perú EPS. En Lima son presentados a través de nuestra plataforma de Atención al Cliente ubicada en Av. Rivera Navarrete 543 San Isidro. En Arequipa se presenta en nuestra oficina ubicada en Av. Ejército 101 Yanahuara y en Trujillo nuestra oficina está ubicada en Av. España 240 Ofic. 101. solo hasta 15 días calendario después de ocurrida la emergencia de acuerdo a lo especificado en el Plan de Salud y aplica para Plan Sanitas y Medisanitas.

El plazo de resolución de un reembolso es de 6 días hábiles después de presentado todo el expediente. Si el mismo es observado y devuelto, el reingreso dará inicio a un nuevo trámite. El plazo para el pago dependerá si solicitan cheque (demora aprox. 10 días) mientras que si es por abono en cuenta, son 8 días.

*Cobertura aplica según plan contratado

IMPORTANTE

- Todas las facturas deben estar a nombre de Sanitas Perú S.A. EPS, RUC 20523470761.
- Recibo por honorarios emitido por el médico tratante, en el que deben constar datos del usuario tales como número de identificación, nombres y apellidos, concepto o descripción del servicio e importes.
- Las facturas enviadas como sustento del reembolso no deben exceder los 90 días desde el inicio de la atención médica presentada.
- El no envío de alguno de los documentos requeridos será motivo de no aceptación del expediente presentado.

Documentos que debes presentar

Formato de abono en cuenta (importante para el pronto pago, llenarlo correctamente).

Formulario de solicitud de beneficio de reembolso que indique nombre del usuario, diagnóstico con firma y sello del médico tratante.

Factura original o recibo de honorarios médicos.

Si deseas más información consulta nuestra guía de reembolsos en nuestra web : <http://www.sanitasperu.com/tramites/reembolso>

ASSIST CARD

Si deseas utilizar este beneficio, no es necesario activarlo antes de tu viaje.
Si tienes alguna emergencia llámanos dentro de las 48 horas para brindarte el soporte necesario.



Cobertura hasta USD 35,000



Cobertura sin límite de edad



Conferencia médica gratuita



APP gratuita las 24 horas

*Cobertura aplica según plan contratado

3. Servicios

CARTAS DE GARANTÍA

Los responsables de solicitar la Carta de Garantía son las clínicas afiliadas, con información médica que sustente la cobertura. Sanitas recibe la solicitud de Carta de Garantía y revisa:

- Si el usuario ha cumplido con el tiempo de espera.
- Si el diagnóstico es pre-existente declarado o no declarado, si se debe dar continuidad en la atención o si es una exclusión del Plan de Salud.
- Si el usuario tiene deuda.

Posterior a ello, el médico auditor evalúa la solicitud y determina la aprobación o rechazo de la cobertura.

- Aprobada la Carta de Garantía puedes coordinar con la clínica afiliada, la cita para el procedimiento o la fecha de tu hospitalización.
- En casos de presentar algún cobro indebido posterior a tu atención o demora en el alta hospitalaria, puedes llamar a nuestra Central Sanitas en Línea al 219-1919 para brindarte apoyo.
- Los procedimientos que requieren Carta de Garantía están detallados en el Plan de Salud.
- Las Cartas de Garantía tienen una vigencia de 30 días.

4. Reclamos

Se podrá generar mediante las siguientes vías de comunicación:

Página web Sanitas Perú, accediendo al link de la defensoría del usuario y llenando un formato sencillo con la información requerida para el trámite ágil de tu reclamo o por mail **defensoriadelusario@sanitasperu.com** Plataforma de atención en Limay Arequipa: nuestros ejecutivos en plataforma tomarán nota de tu reclamo y procederán a tramitarlo ante la defensoría para iniciar la gestión del mismo. Te atenderemos en nuestra oficina principal Rivera Navarrete N° 543 (San Isidro), de lunes a viernes en el horario de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. y por Sanitas en línea al 219-1919.

Tiempos para manifestar un reclamo:

Puedes presentar tu reclamo a Sanitas Perú dentro de los treinta (30) días calendario de ocurrido o conocido el hecho que origina el reclamo. Vencido dicho plazo, la presentación del reclamo también se podrá efectuar al Centro de Conciliación y Arbitraje de la SUSALUD en forma escrita o a través de su página web: www.susalud.gob.pe

Todos los trámites relacionados con los reclamos de los usuarios son gratuitos.

Para más detalles ingresa en <http://www.sanitasperu.com/dus>

COBERTURA DE MATERNIDAD

La cobertura de maternidad promueve el cuidado de la salud de la madre y del recién nacido, mediante una atención médica oportuna.

Inicia al tener una prueba cuantitativa o eco que confirme la gestación. Se incluyen los siguientes beneficios según su plan de salud:

- * **Diagnóstico de maternidad en capa simple:** consultas de pre y postnatal, parto normal y parto múltiple espontáneo sin complicaciones.
- * **Diagnóstico de maternidad en capa compleja:** cesárea, aborto no provocado y/o amenaza de aborto y complicaciones orgánicas del embarazo.

Beneficios de la cobertura



Consulta prenatal
y posnatal



Parto natural
y Cesárea



Psicoprofilaxis



Atención de
enfermedades
congénitas



* Cobertura aplica según plan de salud contratado.

*Puede verificar los copagos y deducibles de estos servicios en su plan de salud

TELESANITAS DOC

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

Con este servicio podrás acceder a las siguientes especialidades:



Medicina General



Medicina Interna



Cardiología



Psicología



Psiquiatría



Pediatría



Neumología



Endocrinología



Nutrición



Dermatología



Ginecología



Reumatología



Geriatría



Medicina física

Programa tu cita llamando al **680 3040**

*Puede verificar los copagos y deducibles de estos servicios en su plan de salud



COBERTURA ODONTOLÓGICA

Te brindamos los mejores beneficios para garantizar el cuidado de tu salud dental.

Luego de un examen clínico determinaremos el tratamiento que debes seguir.

Las coberturas a las que podrás acceder son:



Fluorización



Profilaxis



Destartraje simple



Fisioterapia oral



Exodoncias



Tratamiento de caries



Endodoncias

Además, les brindamos el soporte que necesita en emergencias como:

Dolor grave: Con el objetivo de disminuir o eliminar el dolor causado por infecciones, abscesos, caries, pulpitis o hemorragias. Este servicio comprende drenajes, pulpotomías, radiografías y exodoncias no quirúrgicas.

Trauma: Con la finalidad de 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.

*Los beneficios de las coberturas dentales aplican según tu plan de salud contratado

IMPORTANTE: Todos aquellos servicios odontológicos no relacionados anteriormente, serán a cargo del afiliado, tales como tratamientos u otros diagnósticos. Para su comodidad, Sanitas Perú EPS ha acordado con los odontólogos adscritos tarifas especiales para sus usuarios. En caso de requerir atención odontológica para los servicios no cubiertos por Sanitas Perú EPS, los costos serán asumidos por el afiliado.



COBERTURA OFTALMOLÓGICA

Porque la salud de tus ojos es importante para nosotros, te ofrecemos una cobertura oftalmológica que cuenta con:

- Consulta ambulatoria
- Exámenes auxiliares y procedimientos
- Cirugía ambulatoria
- Medicamentos
- Excimer Láser: Cirugía Refractiva de Miopía, Hipermetropía y Astigmatismo
- Tecnología Lasik: Topografía corneal y Paquimetría Ultrasónica**
- Atenciones pre operatorias, consultas y medicamentos post operatorios*

*Los beneficios de las coberturas dentales aplican según tu plan de salud contratado



COBERTURA VIH

Para acceder al servicio, los afiliados deben comunicarse a Sanitas en Línea para coordinar una cita con un médico especialista, programar exámenes complementarios y la entrega de medicamentos.

Nuestras coberturas incluyen:

- Consulta con un médico designado.
- Exámenes complementarios
- Medicamentos

*Cobertura según lo indicado en el plan PEAS.

** Los medicamentos se brindan por reembolso.

***Copagos y deducibles de acuerdo al plan de salud contratado.



COBERTURA DE SALUD MENTAL

En caso necesites mejorar tu bienestar emocional y psicológico ponemos a tu disposición una serie de beneficios de acuerdo al plan PEAS.

Nuestras coberturas incluyen:

- Consulta psicológica
- Consulta Psiquiátrica
- Psicoterapia
- Hospitalización Psiquiátrica

Además, te brindamos un apoyo especializado en:

- Alcoholismo
- Ansiedad
- Depresión
- Esquizofrenia

*Red de clínicas según su plan contratado.

** Hospitalización hasta un máximo de 45 días al año. Según disponibilidad.

***Solo aplica crédito. No reembolso.

****La psicoterapia debe desprenderse de una consulta psicológica.



Recuerde que podrá visualizar a detalle todas las coberturas, exclusiones y beneficios adicionales en su plan de salud.

Si tiene alguna consulta, no dude en comunicarse a:

Sanitas en Línea

al 219 1919 o al correo: sanitasenlineasanitas@peru.com

www.sanitasperu.com

