



## MANUAL DEL AFILIADO

### CONDICIONES PARTICULARES

PLAN DE SALUD PADRES E HIJOS MAYORES

## PROGRAMA DE AUTOSEGURO MÉDICO FAMILIAR (PAMF)

Cuidamos lo que más amas

# **MANUAL DEL AFILIADO CONDICIONES PARTICULARES**

**PLAN DE SALUD PADRES E HIJOS MAYORES DE 18  
AÑOS HASTA LOS 25 AÑOS 11 MESES Y 29 DÍAS**

**IAFAS AUTOSEGURO  
FESUNAT**

## CONDICIONES PARTICULARES

A través del presente documento se describe a nivel de detalle las condiciones asegurables, prestaciones y servicios a los que, en función al plan optado, los **AFILIADOS** tienen derecho a lo siguiente:



# 1. MODALIDES DE ATENCIÓN

El afiliado podrá atenderse bajo dos modalidades: Crédito o Reembolso. Estas dos modalidades tienen sus procedimientos para lo cual debe elegir según la atención que requiera y según las condiciones estipuladas del plan elegido.

En caso de que un evento hospitalario inicie en un año calendario y continúe en el siguiente, dicho evento será cubierto bajo las condiciones del Plan de Salud vigentes al momento de su inicio. Esto significa que la renovación del plan en el nuevo año no generará acceso a los beneficios o coberturas actualizadas para dicho evento, ya que se considerará dentro de la vigencia correspondiente al año en que comenzó la hospitalización.

## 1.1 ATENCIÓN POR CRÉDITO

Bajo este sistema, cada vez que solicite una atención médica, deberá realizar los copagos a través de los medios que la entidad afiliada disponga (el deducible y el coaseguro) según lo establecido en la TABLA DE BENEFICIOS y gastos no cubiertos. La IAFAS FESUNAT cubre la diferencia del costo de la atención.

**Copago Fijo (deducible):** Es un pago fijo inicial por el derecho de acceder a la atención vía crédito. El pago se efectúa por cada consulta, inclusive por aquellas consultas derivadas del diagnóstico original.

**Copago Variable (coaseguro):** Es el porcentaje no cubierto por tu Plan que deberás asumir al finalizar tu atención. Aplica para gastos de farmacia, insumos, procedimientos y exámenes auxiliares (laboratorios e imágenes).

El coaseguro no aplica sobre el honorario médico de la consulta.

## 1.2 ATENCIÓN POR REEMBOLSO

Bajo esta modalidad se acepta solo en caso se atienda en un lugar donde no existan clínicas afiliadas al plan de salud en la zona y el afiliado no se encuentre en periodo de carencia.

Este beneficio es válido únicamente dentro del territorio nacional.

El afiliado deberá cancelar directamente al centro médico la totalidad de gastos incurridos (honorarios médicos, medicinas, laboratorio, radiografías, etc.), y luego solicitar a FESUNAT que te reintegre el monto cubierto por su Programa de Salud de los gastos efectuados, previa evaluación de documentos y aplicación del copago fijo (deducible) y copago variable (coaseguro) respectivo.

- **¿QUÉ DEBO HACER PARA OBTENER EL BENEFICIO?**

Deberá presentar, dentro de los 60 días posteriores a la atención como máximo, solo mediante correo a [reembolsos@sabsa.com.pe](mailto:reembolsos@sabsa.com.pe).

- a) Solicitud de Reembolso por la atención médica con la información completa y suscrita por el médico tratante.
- b) Comprobante de pago original y con valor contable del servicio recibido (boleta, factura electrónica o recibo por honorarios) correspondiente a Honorarios médicos, farmacia (medicamentos e insumos), exámenes auxiliares (laboratorio, imágenes, patología), u otros si es que aplica.

***Nota: El comprobante de pago con valor tributario debe ser emitido a nombre del paciente ó Factura a nombre de FONDO DE EMPLEADOS DE LA SUNAT (FESUNAT); con RUC 20499030810.***

c) Documentos médicos que acrediten la efectiva atención según sea el caso:

- Original de la receta prescrita (firmada y sellada) por el médico tratante.
- Original de la orden de exámenes auxiliares (Laboratorio, imágenes, patología, entre otros) solicitados por el médico tratante.
- Copia de los resultados de todos los exámenes realizados (análisis, radiografías, exámenes especializados, entre otros), si es que aplica.
- Fotocopia del reporte operatorio, en caso de intervención quirúrgica.
- Copia del resultado de anatomía patológica, si hubo patología.
- Copia de la epicrisis en caso de internamiento.
- Otros que acrediten el servicio recibido

• ¿QUÉ CONSIDERACIONES DEBO TENER?

- a) Los reembolsos se efectúan en base a auditoría médica y montos definidos, hasta los límites máximos señalados en el plan de salud del PAMF-FESUNAT. Por lo que el reembolso puede no reconocer la totalidad de lo gastado.
- b) SABSA podrá solicitar al afiliado informes médicos ampliatorios por procedimientos realizados, en caso sea necesaria información adicional que permita documentar mejor la situación de SALUD y facilite la atención de la SOLICITUD DE REEMBOLSO, lo que realizará dentro de los primeros veinte (20) días de los (30) días calendario que tiene para consentir el siniestro, es decir, aprobarlo o rechazarlo.
- c) En el caso de reembolsos por traslado de emergencia por ambulancia, se deberá presentar adicionalmente el informe de traslado debidamente llenado (diagnóstico, condición del paciente desde su traslado hasta su llegada, lugar de traslado, hora, firma y sello del médico).
- d) La solicitud de reembolso será abonada en la cuenta del titular del seguro en un plazo máximo de 30 días calendario de consentido el siniestro y de haber sido informado al trabajador.
- e) El beneficio no aplica en Lima
- f) Solo aplica cuando el evento ocurre dentro del Territorio Nacional.

• EN CASO DE REEMBOLSO POR SEPELIO, ¿QUÉ DEBO PRESENTAR?

- a) Solicitud de reembolso
- b) Certificado de defunción
- c) Acta de defunción (Solo en casos que el certificado de defunción sea manual)
- d) Comprobante de pago a nombre del titular y donde figure el nombre del fallecido.
- e) El afiliado deberá encontrarse activo en la IAFA al momento de reportar el siniestro.

***Nota: El comprobante de pago con valor tributario debe ser emitido a nombre del titular ó a nombre del fallecido.  
factura a nombre de FONDO DE EMPLEADOS DE LA SUNAT (FESUNAT); con RUC 20499030810.***

- f) La solicitud de reembolso será abonada en la cuenta del titular del seguro en un plazo máximo de 30 días calendario de consentido el siniestro y de haber sido informado al trabajador.
- g) La cobertura se brinda en el momento del fallecimiento, no pagos previos.
- h) Solo aplica cuando el evento ocurre dentro del Territorio Nacional.

## 2. ALCANCE DE LAS PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PLAN DE SALUD

### 2.1 ATENCIÓN POR EMERGENCIA

La emergencia es aquella atención que requiere procedimientos médicos inmediatos. No debemos confundir emergencia con una urgencia. Urgencia es cuando requiere atención médica, pero ni su vida ni su salud están en riesgo grave. La determinación de la condición de emergencia médica es realizada por el profesional médico encargado de la atención bajo responsabilidad quien determina si el caso es una Emergencia o una Urgencia. Si la atención no es considerada como EMERGENCIA deberá ser cubierta de acuerdo con las condiciones estipuladas en la **TABLA DE BENEFICIOS**.

Este tipo de atención cubre los gastos ocasionados por una situación interna o externa que origina una alteración de su salud, siempre que sea atendida dentro del plazo máximo de 24 horas de ocurrida. Existen dos tipos de emergencia: Médica y Accidental. Ambas son cubiertas por el PAMF-FESUNAT al 100%.



En caso de una EMERGENCIA ACCIDENTAL, de atención ambulatoria, los gastos serán cubiertos al 100% hasta la rehabilitación del asegurado, con un plazo máximo de hasta 60 días calendarios transcurridos después del accidente, siempre que los controles se brinden en la clínica donde se produjo la atención inicial. Los gastos posteriores a este periodo serán reconocidos como cualquier atención ambulatoria u hospitalaria, los mismos que serán afectos al COPAGO correspondiente señalado en la tabla de beneficios.

En caso una EMERGENCIA MÉDICA o ACCIDENTAL derive en una hospitalización o cirugía (ingreso a sala de operaciones), ésta será reconocida como una atención hospitalaria o ambulatoria según corresponda, por lo que estará sujeta a las condiciones de copago estipuladas en la TABLA DE BENEFICIOS de acuerdo a la RED a la que pertenece la clínica, desde el primer día de la atención hasta la estabilización del paciente y/o alta hospitalaria del paciente. Los gastos posteriores serán reconocidos como cualquier atención ambulatoria u hospitalaria y, por consiguiente, estarán afectos a los copagos correspondientes señalados en dicha tabla.

Son considerados una EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA o ACCIDENTAL los gastos médicos como consecuencia de:

- Paro cardíaco y/o respiratorio
- Dolor torácico de origen cardiovascular (coronario)

- Pérdida de conocimiento súbito
- Fracturas, luxaciones.
- Heridas cortantes que requieran tratamiento quirúrgico.
- Diarreas severas
- Deshidratación severa.
- Intolerancia oral moderada a severa.
- Cólicos vesiculares o renales u otros dolores abdominales intensos
- Envenenamiento
- Hemorragias
- Accidentes cerebrovasculares agudos
- Asfixias de cualquier origen
- Quemaduras mayores al 5% de la superficie corporal.
- Crisis Asmáticas
- Crisis Hipertensivas (presión arterial igual o mayor a 160/100mm.Hg.).
- Convulsiones
- Intoxicaciones
- Apendicitis
- Reacciones alérgicas
- Cualquier otra condición que requiera de atención médica inmediata y que sea considerada como un caso de emergencia por el médico tratante según las definiciones de EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA Y EMERGENCIA ACCIDENTAL.

Es importante señalar que las diferentes **IPRESS** pueden requerir al **AFILIADO** un depósito en garantía o sus equivalentes ante eventuales gastos no cubiertos por la **IAFAS** durante una atención de emergencia no limitando el alcance de la prestación.

- **PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN:**

Si requiere alguna orientación sobre la atención de emergencia, usted podrá comunicarse al Telf. (01) 743-1111. Esta central se encuentra operativa las 24 horas, los 365 días del año. Los ejecutivos de la Central de Atención al Cliente de SABSA le brindarán la asesoría necesaria para que se acerque al centro afiliado más cercano o coordinarán el servicio de ambulancia, de acuerdo a la cobertura geográfica, para el traslado del paciente en caso lo requiera sujeto a evaluación

## **EN LOS CENTROS MEDICOS AFILIADOS AL PLAN**

Presentará su documento de identidad (DNI o carné de extranjería) del afiliado al ejecutivo de admisión en la sala de emergencia del centro de salud para ser atendido.

Si no cuenta con su documento de identidad (DNI o carné de extranjería) al momento de una emergencia, recuerde que la clínica igual procederá con la atención médica inicial de acuerdo a lo indicado en la Ley de Emergencia.

En caso requiera atenciones hospitalarias o ambulatorias posteriores a la emergencia, deberá presentar su documento de identidad original.

## **SOLICITAR UNA AMBULANCIA:**

En caso sufra un accidente y requiere ser trasladado de emergencia algún centro médico y aún no ha recibido atención alguna, debe llamar la central de Emergencias de SABSA al número 743-1111, quienes coordinarán el envío de una ambulancia al lugar en el que se encuentre, según disponibilidad geográfica.

En caso no haya disponibilidad de unidades de transporte, el afiliado puede contratar un servicio de ambulancia el cual será reembolsable, previa revisión de auditoría médica. (Ver condiciones de reembolso).

**Este beneficio aplica solo para Lima vía crédito, en provincias es vía reembolso sujeto a auditoria.**

## **2.2 TRANSPORTE POR EVACUACIÓN DE EMERGENCIA**

Para casos de emergencia dentro del territorio nacional y solo cuando en la localidad donde se encuentre no exista la capacidad ni la infraestructura médica necesarias para su atención, se cubrirán los gastos de transporte.

El transporte será en ambulancia terrestre (Según disponibilidad geográfica) o en avión de línea comercial nacional de pasajeros (Para este último, el trámite deberá ser realizado por el familiar y estará sujeto a la modalidad de reembolso) hacia el establecimiento de salud con capacidad resolutive más cercano (previa autorización y certificación del médico tratante).

Se considera a un máximo de 2 pasajeros (paciente y profesional de salud) por evento.

Este beneficio solo considera el transporte de ida (para la atención inmediata de la emergencia). No cubre los gastos de alojamiento ni alimentación. Asimismo, se realiza previo visto bueno de auditoría médica de SABSA. No se cubren gastos adicionales no justificados (o requeridos por los afiliados) de espera de los proveedores de transporte. No aplica para situaciones que no sean de emergencia, aun cuando no haya la capacidad resolutive dentro de la localidad.

### **• PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN:**

El establecimiento de salud que presta la atención inicial de emergencia debe comunicarse con la Central de Emergencias de SABSA, al número 743-1111 en Lima y provincias; y brindar los datos del paciente, lugar de internamiento y médico tratante.

Los ejecutivos de la central de emergencia solicitarán la información requerida para la evaluación del caso. De cumplir los criterios se procede a la autorización de la evacuación. En coordinación con el médico tratante, los ejecutivos de la central determinarán detalles de evacuación.

Asimismo, coordinarán con los proveedores necesarios (de acuerdo con el tipo de emergencia), para evacuarlo al lugar requerido por el médico tratante y con los servicios de ambulancia para los traslados necesarios en la ciudad de destino.

### **• TRASLADOS EN AMBULANCIA PARA ATENCIÓN POR EMERGENCIA:**

En caso de presentar un evento de EMERGENCIA MÉDICA o ACCIDENTAL y requiere ser traslado de emergencia a un centro médico, debe llamar a la central de Emergencias de SABSA al número 743-1111, quienes coordinarán el envío de una ambulancia al lugar en el que se encuentre, según disponibilidad geográfica.

En caso no haya disponibilidad de unidades de transporte, el afiliado puede contratar un servicio de ambulancia el cual será reembolsable, previa revisión de auditoría médica. (Ver condiciones de reembolso).

**\*Este beneficio aplica solo para Lima vía crédito, en provincias es vía reembolso sujeto a auditoria.**

## **2.3 PROGRAMA PACIENTES CRÓNICOS**

El Programa está dirigido a todos los afiliados, sin límite de edad con la finalidad de brindar un manejo integral de su enfermedad de acuerdo a los protocolos establecidos.

Los beneficios del programa, para plan padres, con cobertura al 100% en consulta médica y en medicinas con denominación común internacional (genéricos); y con cobertura al 65% en medicinas con presentación de marca.

Para el plan hijos; con cobertura al 100% en consulta médica y en medicinas con denominación común internacional (genéricos); y con cobertura al 90% en medicinas con presentación de marca.

Asimismo, el paciente inscrito al programa de crónicos asume la responsabilidad de cumplir las indicaciones generales y **no recibir atenciones ambulatorias simultáneas por los mismos diagnósticos en las clínicas afiliadas a su plan de salud.**

El programa cuenta con los siguientes beneficios:

### 2.3.1 ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES CRÓNICOS:

Es un programa especializado para el cuidado de su salud, educativo, de monitoreo y control de enfermedades crónicas, creado a partir de las necesidades particulares que pudiera tener, cuyo objetivo es contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes y prevenir las complicaciones en el corto, mediano y largo plazo. Dirigido en exclusividad a los afiliados al PAMF-FESUNAT que estén diagnosticados con una o más de las siguientes enfermedades crónicas:

- Hipertensión Arterial
- Asma
- Dislipidemia
- Diabetes mellitus Tipo 2 no complicada
- Osteoporosis
- Hipotiroidismo
- Glaucoma
- Gastritis Crónica
- Enfermedad de Parkinson
- Enfermedad de Alzheimer
- Rinitis Alérgica Crónica
- Osteoartrosis
- Hiperplasia Benigna de la Próstata
- Enfermedad de Gota
- Anemia Ferropénica.

Incluye consultas Médicas especializadas, controles de laboratorio, evaluación nutricional, evaluación psicológica, procedimientos diagnósticos y medicinas. (Según guías de práctica clínica).

### 2.3.2 PROCESO DE INSCRIPCIÓN:

El ingreso al programa crónicos es voluntario. Para inscribirse, el afiliado deberá enviar un correo a las ejecutivas de servicio al cliente de SABSA a los siguientes correos:

- Elizabeth Morante – [emorante@sabsa.com.pe](mailto:emorante@sabsa.com.pe)
- Sandra Portocarrero – [sportocarrero@sabsa.com.pe](mailto:sportocarrero@sabsa.com.pe)

SABSA realiza la evaluación de los afiliados que son candidatos para ingresar al Programa de Pacientes Crónicos sin complicaciones sobre la base de criterios médicos y administrativos, y en concordancia con el alcance de la cobertura del programa.

Una vez se confirme que el afiliado se encuentra apto para ingresar al programa, éste es INVITADO a participar como paciente.

La confirmación diagnóstica de cualquiera de las enfermedades crónicas contempladas el programa es uno de los requisitos indispensables para el ingreso del afiliado.

El diagnóstico puede haber sido confirmado a través de atenciones ambulatorias en los proveedores de su plan de salud o provenir de otros sistemas de salud, sin embargo, SABSA se reserva el derecho a requerir una confirmación diagnóstica actualizada.

Luego que el afiliado reciba la confirmación de ingreso al programa, el proveedor ESTAR VITAL se pondrá en contacto con el paciente para coordinar la atención médica correspondiente.

Para los controles posteriores coordinará con 7 días previos a su consulta, la fecha que se programará su consulta médica ya sea presencial y/o virtual.

Asimismo, la ENTREGA DE MEDICINAS lo coordina directamente ESTAR VITAL dentro de las 24 horas de finalizado la atención, según el alcance de la cobertura geográfica definida para este beneficio.

### 2.3.3 ALCANCE GEOGRÁFICO:

La cobertura geográfica en Lima es la siguiente:

- **NORTE:**

Hasta el Km 15 Panamericana Norte, Los Olivos, Por el Centro: La Victoria – Santa Catalina, Balconcillos.

- **SUR:**

Chorrillos (La Encantada – las Brisas), San Juan de Miraflores (Av. Los Héroes hasta Av Miguel Iglesias – Hospital María Auxiliadora).

- **ESTE:**

San Juan de Lurigancho (Av. Próceres de la Independencia hasta Av. Sta. Rosa de Lima), Zárate, Ate (Carretera Central hasta Ceres)

- **OESTE:**

Callao: Callao, la Punta

En provincia el programa solo se brinda en la modalidad virtual.

### 2.3.4 DESCRIPCION DE SERVICIOS:

Detallamos los servicios que incluye cada protocolo de atención según la enfermedad que padezca.

#### DIABETES MELLITUS TIPO II

- Consulta médica especializada y evaluación integral del paciente: su frecuencia es mensual ocho consultas presenciales y cuatro virtuales.
- Evaluación nutricional ,2 controles anuales
- Evaluación preventiva oftalmológica anual: Fondo de ojo anual.
- Exámenes de laboratorio: Glucosa sérica, bimensual.
- Hemoglobina glicosilada, 2 controles anuales
- Hemograma Completo, anual
- Perfil de Lípidos, 2 controles anuales.
- TGP, anual
- Examen de Orina, anual
- Creatinina, anual.
- Microalbuminuria, anual.
- Ácido úrico, anual
- Podología, dos veces al año.
- Indicación de medicamentos para el manejo de la DIABETES.

## **DISLIPIDEMIA**

- Consulta médica especializada y evaluación integral del paciente: su frecuencia es mensual ocho consultas presenciales y cuatro virtuales.
- Evaluación nutricional, 2 controles anuales
- Evaluación preventiva oftalmológica anual: Fondo de ojo, anual
- Exámenes de laboratorio:
- Examen de orina, anual
- Hemograma, anual
- TGP, 2 controles anuales.
- Glucosa sérica, anual.
- Perfil de Lípidos, 3 controles anuales.
- Creatinina, anual.
- Ácido Úrico, anual.
- Microalbuminuria, anual.
- Procedimientos: Electrocardiograma anual.

## **HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

- Consulta médica especializada y evaluación integral del paciente: su frecuencia es mensual ocho consultas presenciales y cuatro virtuales.
- Evaluación nutricional, anual
- Evaluación preventiva oftalmológica anual: Fondo de ojo, anual
- Exámenes de laboratorio:
- Glucosa sérica, anual.
- Perfil de Lípidos, semestral.
- Colesterol, anual
- Creatinina, anual.
- Hemoglobina glicosilada, anual
- Hemograma completo, anual.
- Examen de orina, anual
- Ácido úrico, anual.
- Microalbuminuria, anual
- Electrocardiograma anual.
- Prueba de Esfuerzo, previa justificación médica.
- Ecocardiograma, previa justificación médica.
- Mapa, previa justificación médica.
- Indicación de medicamentos para el manejo de HTA.

## **ASMA BRONQUIAL**

- Consulta médica especializada y evaluación integral del paciente: su frecuencia es bimensual, cuatro consultas presenciales y dos virtuales.
- Evaluación nutricional, anual
- Exámenes de laboratorio:
- Hemograma completo, anual
- Espirometría, dos veces al año.

## **OSTEOPOROSIS**

- Consulta médica especializada y evaluación integral del paciente: su frecuencia es bimensual, cuatro consultas presenciales y dos virtuales
- Exámenes de laboratorio:
- Hemograma completo, anual
- Calcio sérico, anual
- Densitometría ósea, anual.

### **HIPERTENSIÓN ARTERIAL + DISLIPIDEMIA**

- Consulta médica especializada y evaluación integral del paciente: su frecuencia es mensual ocho consultas presenciales y cuatro virtuales.
- Evaluación Nutricional, dos veces al año
- Evaluación Preventiva Oftalmológica anual: Fondo de ojo anual
- Exámenes de Laboratorio:
- Glucosa sérica, anual.
- Perfil de Lípidos, tres veces al año
- Creatinina, anual.
- Ácido Úrico, anual.
- Microalbuminuria, anual.
- Examen de orina, anual
- Hemograma, anual
- TGP, anual
- Procedimientos:
- Electrocardiograma anual.
- Prueba de Esfuerzo, previa justificación médica.
- Ecocardiograma, previa justificación médica.
- Mapa, previa justificación médica.

### **HIPERTENSIÓN ARTERIAL + DIABETES**

- Consulta médica especializada y evaluación integral del paciente: su frecuencia es mensual ocho consultas presenciales y cuatro virtuales.
- Evaluación Nutricional, dos veces al año
- Evaluación Preventiva Oftalmológica anual: Fondo de ojo anual
- Exámenes de Laboratorio:
- Glucosa sérica, bimensual.
- Perfil de Lípidos, dos veces al año
- Colesterol, dos veces al año
- Hemoglobina glicosilada, dos veces al año.
- Creatinina, anual.
- Ácido Úrico, anual.
- Microalbuminuria, anual.
- Examen de orina, anual
- Hemograma, anual
- TGP, anual
- Procedimientos:
- Electrocardiograma anual.
- Podología, dos veces al año.
- Prueba de Esfuerzo, previa justificación médica.
- Ecocardiograma, previa justificación médica.
- Mapa, previa justificación médica

### **HIPERTENSIÓN ARTERIAL + ASMA**

- Consulta médica especializada y evaluación integral del paciente: su frecuencia es mensual ocho consultas presenciales y cuatro virtuales.
- Evaluación Nutricional, anual.
- Evaluación Preventiva Oftalmológica anual: Fondo de ojo anual
- Exámenes de Laboratorio:
- Glucosa sérica, anual.
- Perfil de Lípidos, dos veces al año
- Colesterol, anual
- Creatinina, anual.
- Ácido Úrico, anual.

- Microalbuminuria, anual.
- Examen de orina, anual
- Hemograma, anual
- Procedimientos:
- Electrocardiograma anual.
- Espirometría, dos veces al año
- Prueba de Esfuerzo, previa justificación médica.
- Ecocardiograma, previa justificación médica.
- Mapa, previa justificación médica

#### **HIPERTENSIÓN ARTERIAL+ OSTEOPOROSIS**

- Consulta médica especializada y evaluación integral del paciente: su frecuencia es mensual ocho consultas presenciales y cuatro virtuales.
- Evaluación Nutricional, anual.
- Evaluación Preventiva Oftalmológica anual: Fondo de ojo anual
- Exámenes de Laboratorio:
- Glucosa sérica, anual.
- Perfil de Lípidos, dos veces al año
- Creatinina, anual.
- Ácido Úrico, anual.
- Microalbuminuria, anual.
- Examen de orina, anual
- Hemograma, anual
- Calcio sérico, anual
- Procedimientos:
- Electrocardiograma anual.
- Densitometría ósea, anual.
- Prueba de Esfuerzo, previa justificación médica.
- Ecocardiograma, previa justificación médica.
- Mapa, previa justificación médica

#### **DIABETES MELLITUS TIPO II + DISLIPIDEMIA**

- Consulta médica especializada y evaluación integral del paciente: su frecuencia es mensual ocho consultas presenciales y cuatro virtuales.
- Evaluación Nutricional, dos veces al año.
- Evaluación Preventiva Oftalmológica semestral: fondo de ojo, anual
- Exámenes de Laboratorio:
- Glucosa sérica, bimensual
- Perfil de Lípidos, tres veces al año
- Creatinina, anual.
- Ácido Úrico, anual.
- Microalbuminuria, anual.
- Hemoglobina glicosilada, dos veces al año
- Examen de orina, anual
- Hemograma, anual
- TGP, dos veces al año.
- Podología, dos veces al año
- Electrocardiograma anual.

#### **DIABETES MELLITUS TIPO II + ASMA**

- Consulta médica especializada y evaluación integral del paciente: su frecuencia es mensual ocho consultas presenciales y cuatro virtuales.
- Evaluación Nutricional, dos veces al año.

- Evaluación Preventiva Oftalmológica semestral: fondo de ojo, anual
- Exámenes de Laboratorio:
- Glucosa sérica, bimensual
- Perfil de Lípidos, dos veces al año
- Colesterol, dos veces al año.
- Creatinina, anual.
- Ácido Úrico, anual.
- Microalbuminuria, anual.
- Hemoglobina glicosilada, dos veces al año
- Examen de orina, anual
- Hemograma, anual
- TGP, anual
- Podología, 2 veces al año.
- Espiometría, dos veces al año.

#### **DIABETES MELLITUS TIPO II + OSTEOPOROSIS**

- Consulta médica especializada y evaluación integral del paciente: su frecuencia es mensual ocho consultas presenciales y cuatro virtuales.
- Evaluación Nutricional, dos veces al año.
- Evaluación Preventiva Oftalmológica semestral: fondo de ojo, anual
- Exámenes de Laboratorio:
- Glucosa sérica, bimensual
- Perfil de Lípidos, dos veces al año
- Colesterol, dos veces al año.
- Creatinina, anual.
- Ácido Úrico, anual.
- Microalbuminuria, anual.
- Hemoglobina glicosilada, dos veces al año
- Examen de orina, anual
- Hemograma, anual
- TGP, anual
- Calcio sérico, anual
- Densitometría ósea, anual
- Podología, 2 veces al año.

#### **DISLIPIDEMIA + ASMA**

- Consulta médica especializada y evaluación integral del paciente: su frecuencia es mensual ocho consultas presenciales y cuatro virtuales.
- Evaluación Nutricional, dos veces al año.
- Evaluación Preventiva Oftalmológica semestral: fondo de ojo, anual
- Exámenes de Laboratorio:
- Glucosa sérica, anual
- Perfil de Lípidos, tres veces al año
- Colesterol, anual.
- Creatinina, anual.
- Ácido Úrico, anual.
- Microalbuminuria, anual.
- Hemoglobina glicosilada, dos veces al año
- Examen de orina, anual
- Hemograma, anual
- TGP, dos veces al año.
- Densitometría ósea, anual
- Podología, 2 veces al año.
- Electrocardiograma anual.
- Espiometría, dos veces al año

### **DISLIPIDEMIA+OSTEOPOROSIS**

- Consulta médica especializada y evaluación integral del paciente: su frecuencia es mensual ocho consultas presenciales y cuatro virtuales.
- Evaluación Nutricional, dos veces al año.
- Evaluación Preventiva Oftalmológica semestral: fondo de ojo, anual
- Exámenes de Laboratorio:
- Glucosa sérica, anual
- Perfil de Lípidos, tres veces al año
- Colesterol, dos veces al año
- Creatinina, anual.
- Ácido Úrico, anual.
- Microalbuminuria, anual.
- Examen de orina, anual
- Hemograma, anual
- TGP, dos veces al año.
- Densitometría ósea, anual
- Podología, 2 veces al año.
- Electrocardiograma anual.
- Espirometría, dos veces al año

### **ASMA+OSTEOPOROSIS**

- Consulta médica especializada y evaluación integral del paciente: su frecuencia es bimensual cuatro consultas presenciales y dos virtuales.
- Evaluación Nutricional, dos veces al año.
- Exámenes de Laboratorio:
- Hemograma, anual
- Calcio sérico, anual.
- Densitometría ósea, anual
- Espirometría, dos veces al año

### **DIABETES MELLITUS TIPO II + HIPERTENSIÓN + DISLIPIDEMIA**

- Consulta médica especializada y evaluación integral del paciente: su frecuencia es mensual ocho consultas presenciales y cuatro virtuales.
- Evaluación Nutricional, dos veces al año.
- Evaluación Preventiva Oftalmológica, semestral: fondo de ojo anual.
- Exámenes de Laboratorio:
- Glucosa sérica, bimensual.
- Perfil de Lípidos, tres veces al año.
- Colesterol, dos veces al año.
- Creatinina, anual.
- Ácido Úrico, anual.
- Microalbuminuria, semestral.
- Hemoglobina glicosilada, dos veces al año.
- Hemograma, anual.
- Examen de orina, anual
- TGP, dos veces al año.
- Electrocardiograma anual.
- Podología, 2 controles anuales
- Prueba de Esfuerzo, previa justificación médica.
- Ecocardiograma, previa justificación médica.
- Mapa, previa justificación médica.

### **DIABETES MELLITUS TIPO II + ASMA + DISLIPIDEMIA**

- Consulta médica especializada y evaluación integral del paciente: su frecuencia es mensual ocho consultas presenciales y cuatro virtuales.
- Evaluación Nutricional, dos veces al año.
- Evaluación Preventiva Oftalmológica, semestral: fondo de ojo anual.
- Exámenes de Laboratorio:
- Glucosa sérica, bimensual.
- Perfil de Lípidos, tres veces al año.
- Colesterol, dos veces al año.
- Creatinina, anual.
- Ácido Úrico, anual.
- Microalbuminuria, semestral.
- Hemoglobina glicosilada, dos veces al año.
- Hemograma, anual.
- Examen de orina, anual
- TGP, dos veces al año.
- Electrocardiograma anual.
- Espirometría, dos veces al año.
- Podología, 2 controles anuales
- Prueba de Esfuerzo, previa justificación médica.
- Ecocardiograma, previa justificación médica.
- Mapa, previa justificación médica.

### **DIABETES MELLITUS TIPO II + ASMA + HIPERTENSION ARTERIAL**

- Consulta médica especializada y evaluación integral del paciente: su frecuencia es mensual ocho consultas presenciales y cuatro virtuales.
- Evaluación Nutricional, dos veces al año.
- Evaluación Preventiva Oftalmológica, semestral: fondo de ojo anual.
- Exámenes de Laboratorio:
- Glucosa sérica, bimensual.
- Perfil de Lípidos, dos veces al año.
- Colesterol, dos veces al año.
- Creatinina, anual.
- Ácido Úrico, anual.
- Microalbuminuria, semestral.
- Hemoglobina glicosilada, dos veces al año.
- Hemograma, anual.
- Examen de orina, anual
- TGP, anual.
- Electrocardiograma anual.
- Espirometría, dos veces al año.
- Podología, 2 controles anuales
- Prueba de Esfuerzo, previa justificación médica.
- Ecocardiograma, previa justificación médica.
- Mapa, previa justificación médica.

### **ASMA + DISLIPIDEMIA + OSTEOPOROSIS**

- Consulta médica especializada y evaluación integral del paciente: su frecuencia es mensual, ocho consultas presenciales y cuatro virtuales.
- Evaluación Nutricional, dos veces al año.
- Evaluación Preventiva Oftalmológica, semestral: fondo de ojo anual.
- Exámenes de Laboratorio:
- Glucosa sérica, anual.
- Perfil de Lípidos, tres veces al año.

- Colesterol, dos veces al año.
- Creatinina, anual.
- Ácido Úrico, anual.
- Microalbuminuria, semestral.
- Hemograma, anual.
- Examen de orina, anual
- TGP, dos veces al año.
- Calcio sérico, anual.
- Electrocardiograma anual.
- Espirometría, dos veces al año.
- Densitometría ósea, anual

#### **ASMA + HIPERTENSION ARTERIAL + DISLIPIDEMIA**

- Consulta médica especializada y evaluación integral del paciente: su frecuencia es mensual, ocho consultas presenciales y cuatro virtuales.
- Evaluación Nutricional, dos veces al año.
- Evaluación Preventiva Oftalmológica, semestral: fondo de ojo anual.
- Exámenes de Laboratorio:
- Glucosa sérica, anual.
- Perfil de Lípidos, tres veces al año.
- Colesterol, dos veces al año.
- Creatinina, anual.
- Ácido Úrico, anual.
- Microalbuminuria, semestral.
- Hemograma, anual.
- Examen de orina, anual
- TGP, dos veces al año.
- Electrocardiograma anual.
- Espirometría, dos veces al año.

#### **ASMA + HIPERTENSION ARTERIAL + OSTEOPOROSIS**

- Consulta médica especializada y evaluación integral del paciente: su frecuencia es mensual, ocho consultas presenciales y cuatro virtuales.
- Evaluación Nutricional, dos veces al año.
- Evaluación Preventiva Oftalmológica, semestral: fondo de ojo anual.
- Exámenes de Laboratorio:
- Glucosa sérica, anual.
- Perfil de Lípidos, dos veces al año.
- Colesterol, dos veces al año.
- Creatinina, anual.
- Ácido Úrico, anual.
- Microalbuminuria, semestral.
- Hemograma, anual.
- Examen de orina, anual.
- Calcio sérico, anual.
- Electrocardiograma anual.
- Espirometría, dos veces al año.
- Densitometría ósea, anual.

#### **DIABETES MELLITUS TIPO II + DISLIPIDEMIA + OSTEOPOROSIS**

- Consulta médica especializada y evaluación integral del paciente: su frecuencia es mensual, ocho consultas presenciales y cuatro virtuales.
- Evaluación Nutricional, dos veces al año.

- Evaluación Preventiva Oftalmológica, semestral: fondo de ojo anual.
- Exámenes de Laboratorio:
- Glucosa sérica, bimensual.
- Perfil de Lípidos, tres veces al año.
- Colesterol, dos veces al año.
- Creatinina, anual.
- Ácido Úrico, anual.
- Microalbuminuria, semestral.
- Hemoglobina glicosilada, dos veces al año.
- Hemograma, anual.
- Examen de orina, anual
- TGP, dos veces al año.
- Calcio sérico, anual.
- Electrocardiograma anual.
- Densitometría ósea, anual.
- Podología, dos veces al año.
- Prueba de Esfuerzo, previa justificación médica.
- Ecocardiograma, previa justificación médica.
- Mapa, previa justificación médica.

#### **DIABETES MELLITUS TIPO II + HIPERTENSION ARTERIAL + OSTEOPOROSIS**

- Consulta médica especializada y evaluación integral del paciente: su frecuencia es mensual, ocho consultas presenciales y cuatro virtuales.
- Evaluación Nutricional, dos veces al año.
- Evaluación Preventiva Oftalmológica, semestral: fondo de ojo anual.
- Exámenes de Laboratorio:
- Glucosa sérica, bimensual.
- Perfil de Lípidos, dos veces al año.
- Colesterol, dos veces al año.
- Creatinina, anual.
- Ácido Úrico, anual.
- Microalbuminuria, semestral.
- Hemoglobina glicosilada, dos veces al año.
- Hemograma, anual.
- Examen de orina, anual
- TGP, anual.
- Calcio sérico, anual.
- Electrocardiograma anual.
- Densitometría ósea, anual.
- Podología, dos veces al año.

#### **HIPERTENSION ARTERIAL + DISLIPIDMIA + OSTEOPOROSIS**

- Consulta médica especializada y evaluación integral del paciente: su frecuencia es mensual, ocho consultas presenciales y cuatro virtuales.
- Evaluación Nutricional, dos veces al año.
- Evaluación Preventiva Oftalmológica, semestral: fondo de ojo anual.
- Exámenes de Laboratorio:
- Glucosa sérica, anual.
- Perfil de Lípidos, tres veces al año.
- Colesterol, dos veces al año.
- Creatinina, anual.
- Ácido Úrico, anual.
- Microalbuminuria, semestral.
- Hemograma, anual.
- Examen de orina, anual

- TGP, dos veces al año.
- Calcio sérico, anual.
- Electrocardiograma anual.
- Densitometría ósea, anual.

#### **ASMA +HIPERTENSION ARTERIAL + DISLIPIDMIA + DIABETES MELLITUS**

- Consulta médica especializada y evaluación integral del paciente: su frecuencia es mensual, ocho consultas presenciales y cuatro virtuales.
- Evaluación Nutricional, dos veces al año.
- Evaluación Preventiva Oftalmológica, semestral: fondo de ojo anual.
- Exámenes de Laboratorio:
- Glucosa sérica, bimensual.
- Hemoglobina glicosilada, dos veces al año.
- Perfil de Lípidos, tres veces al año.
- Colesterol, dos veces al año.
- Creatinina, anual.
- Ácido Úrico, anual.
- Microalbuminuria, semestral.
- Hemograma, anual.
- Examen de orina, anual
- TGP, dos veces al año.
- Electrocardiograma anual.
- Espirometría, dos veces al año.
- Podología, dos veces al año

#### **ASMA +HIPERTENSION ARTERIAL + OSTEOPOROSIS + DIABETES MELLITUS**

- Consulta médica especializada y evaluación integral del paciente: su frecuencia es mensual, ocho consultas presenciales y cuatro virtuales.
- Evaluación Nutricional, dos veces al año.
- Evaluación Preventiva Oftalmológica, semestral: fondo de ojo anual.
- Exámenes de Laboratorio:
- Glucosa sérica, bimensual.
- Hemoglobina glicosilada, dos veces al año.
- Perfil de Lípidos, dos veces al año.
- Colesterol, dos veces al año.
- Creatinina, anual.
- Ácido Úrico, anual.
- Microalbuminuria, semestral.
- Hemograma, anual.
- Examen de orina, anual
- TGP, anual.
- Electrocardiograma anual.
- Espirometría, dos veces al año.
- Densitometría ósea, anual.
- Podología, dos veces al año

#### **ASMA +HIPERTENSION ARTERIAL + OSTEOPOROSIS + DISLIPIDEMIA**

- Consulta médica especializada y evaluación integral del paciente: su frecuencia es mensual, ocho consultas presenciales y cuatro virtuales.
- Evaluación Nutricional, dos veces al año.
- Evaluación Preventiva Oftalmológica, semestral: fondo de ojo anual.
- Exámenes de Laboratorio:
- Glucosa sérica, anual.

- Perfil de Lípidos, tres veces al año.
- Colesterol, dos veces al año.
- Creatinina, anual.
- Ácido Úrico, anual.
- Microalbuminuria, semestral.
- Hemograma, anual.
- Examen de orina, anual
- TGP, dos veces al año.
- Calcio sérico, anual
- Electrocardiograma anual.
- Espirometría, dos veces al año.
- Densitometría ósea, anual.
- Podología, dos veces al año

#### **ASMA + DIABETES MELLITUS +HIPERTENSION ARTERIAL + OSTEOPOROSIS + DISLIPIDEMIA**

- Consulta médica especializada y evaluación integral del paciente: su frecuencia es mensual, ocho consultas presenciales y cuatro virtuales.
- Evaluación Nutricional, dos veces al año.
- Evaluación Preventiva Oftalmológica, semestral: fondo de ojo anual.
- Exámenes de Laboratorio:
- Glucosa sérica, bimensual.
- Hemoglobina glicosilada, dos veces al año
- Perfil de Lípidos, tres veces al año.
- Colesterol, dos veces al año.
- Creatinina, anual.
- Ácido Úrico, anual.
- Microalbuminuria, semestral.
- Hemograma, anual.
- Examen de orina, anual
- TGP, dos veces al año.
- Calcio sérico, anual
- Electrocardiograma anual.
- Espirometría, anual.
- Densitometría ósea, anual.
- Podología, dos veces al año

| PROGRAMA PACIENTES CRÓNICOS |                  |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |
|-----------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| ENFERMEDADES CRÓNICAS       |                  | HIPOTIROIDISMO                                               | ENFERMEDAD PARKINSON                                         | ENFERMEDAD ALZHEIMER                                         | ARTROSIS                                                     | HBP                                                          | GLAUCOMA                                                     | GASTRITIS CRONICA                                            | RINITIS ALERGICA CRÓNICA                                     | ANEMIA FERROPÉNICA                                           | ENFERMEDAD DE GOTA                                           |
| Consulta médica             |                  | DE MANERA BIMENSUAL* PRESENCIAL MEDICO INTERNISTA o GERIATRA | DE MANERA BIMENSUAL* PRESENCIAL MEDICO INTERNISTA o GERIATRA | DE MANERA BIMENSUAL* PRESENCIAL MEDICO INTERNISTA o GERIATRA | DE MANERA BIMENSUAL* PRESENCIAL MEDICO INTERNISTA o GERIATRA | DE MANERA BIMENSUAL* PRESENCIAL MEDICO INTERNISTA o GERIATRA | DE MANERA BIMENSUAL* PRESENCIAL MEDICO INTERNISTA o GERIATRA | DE MANERA BIMENSUAL* PRESENCIAL MEDICO INTERNISTA o GERIATRA | DE MANERA BIMENSUAL* PRESENCIAL MEDICO INTERNISTA o GERIATRA | DE MANERA BIMENSUAL* PRESENCIAL MEDICO INTERNISTA o GERIATRA | DE MANERA BIMENSUAL* PRESENCIAL MEDICO INTERNISTA o GERIATRA |
| Exámenes de Laboratorio     | HEMOGRAMA        | Anual                                                        | Anual                                                        | Anual                                                        | Anual                                                        | Anual                                                        | Anual                                                        | Anual                                                        | Anual                                                        | Cada 4 meses                                                 | Anual                                                        |
|                             | ÁCIDO ÚRICO      |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              | Cada 6 meses                                                 |
|                             | CREATININA       | NA                                                           | Anual                                                        | Anual                                                        | NA                                                           | Anual                                                        | NA                                                           | NA                                                           | NA                                                           | NA                                                           | NA                                                           |
|                             | TSH              | Cada 6 meses                                                 | NA                                                           | NA                                                           |                                                              | NA                                                           |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |
|                             | T4 LIBRE         | Cada 6 meses                                                 |                                                              |                                                              |                                                              | Cada 6 meses                                                 |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |
|                             | PSA TOTAL        | NA                                                           |                                                              |                                                              |                                                              | Cada 6 meses                                                 |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |
|                             | EXAMEN DE ORINA  |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              | NA                                                           |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |
|                             | LDL COLESTEROL   | Anual                                                        |                                                              | NA                                                           |                                                              | NA                                                           |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |
|                             | ELECTROLITOS     |                                                              | Anual                                                        | Anual                                                        |                                                              | NA                                                           |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |
|                             | TRANSAMINASA TGP | Anual                                                        | Anual                                                        | Anual                                                        | Anual                                                        | Anual                                                        | Anual                                                        |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |
| Evaluaciones                | Nutrición        | Anual                                                        | Anual                                                        | Anual                                                        | NA                                                           | NA                                                           | Anual                                                        | Anual                                                        | Anual                                                        | Anual                                                        |                                                              |
|                             | Fondo de ojo     | NA                                                           | NA                                                           | NA                                                           |                                                              |                                                              |                                                              | Anual                                                        | NA                                                           | NA                                                           |                                                              |
| PETITORIO                   | DCI              | Levotiroxina 25, 50, 75, 100, 125, 150 Ug Tab.               | Carbidopa/levodopa                                           | Memantina                                                    | Paracetamol                                                  | Tamsulosina                                                  | Timolol gts                                                  | Omeprazol , Lanzoprazol, Esomeprazol                         | Cetirizina, Loratadida , Desloratadina                       | Sulfato Ferroso                                              | Alopurinol 100mg, Alopurino 300mg                            |
|                             |                  |                                                              | Selegilina                                                   | Donepezilo                                                   | Tramadol via oral                                            | Dutasterida                                                  | Dorzolamida gotas                                            | Ranitidina via oral                                          | Prednisona , dexametasona. Via oral                          | Acido Folico                                                 | Ibuprofeno. Meloxicam, diclofenaco, ketoprofeno              |
|                             |                  |                                                              | Biperideno                                                   | Rivastigmina                                                 | Indometacina Spray (Moviflex)                                | Finasterida                                                  | Latanoprost gotas                                            | Magaldrato                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |
|                             |                  |                                                              | Amantadina                                                   | Galantamina                                                  | Ibuprofeno. Meloxicam, diclofenaco, ketoprofeno              | Solifenacina                                                 | Timolol + Brimonidina                                        | Metoclopramida                                               |                                                              |                                                              |                                                              |
|                             |                  |                                                              | Quetiapina                                                   | Quetiapina                                                   | Celecoxib                                                    | Tamsulon Duo                                                 | Timolol + Dorzolamida                                        | Mosaprida                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |
|                             |                  |                                                              | Donepezilo                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              | Simeticona                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |

2.3.5 CANALES DE ATENCIÓN Y HORARIOS

Central Telefónica de Estar Vital: (01) 6809060 / WhatsApp: 981211340

HORARIO DE ATENCIÓN:

- Lunes a viernes: 08:00 a.m. a 08:00 p.m.
- Sábados, Domingos y Feriados: 08:00 a.m. a 02:00 p.m.

2.4 ATENCIÓN MÉDICA POR CONDICIONES NO CRÓNICAS:

2.4.1 DESCRIPCION DE SERVICIOS

El objetivo es brindar atención médica por enfermedades comunes, que no ponen en riesgo la vida del paciente como dolor de cabeza, resfrío, problemas estomacales, malestar general entre otras. **No es para atender emergencias ni tratar enfermedades crónicas.**

Este servicio es brindado por el proveedor ESTAR VITAL:

- **ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO (MEDICINA GENERAL):** Es una consulta médica programada para enfermedades agudas de baja complejidad. Un equipo de médicos le atenderán en la comodidad de su hogar. Incluye triaje y evaluación médica por profesional en medicina general, entrega de medicinas, exámenes de laboratorio que necesite según evaluación médica como referencia a otras especialidades.

Este beneficio aplica de manera presencial para Lima. En provincia solo es modalidad virtual. En ambas modalidades, aplican los copagos (deducible y coaseguros) correspondientes.

- **CLÍNICA VIRTUAL (ATENCIÓN DE ESPECIALISTAS):** Es una consulta médica de manera virtual con un médico especialista.

La Clínica virtual ofrece las siguientes especialidades:

- Geriatría
- Medicina Interna
- Cardiología
- Endocrinología
- Gastroenterología
- Hematología
- Neumología

Las cuales se atienden mediante consultas virtuales, con un deducible y copagos correspondientes. No se realizan procedimientos, ni exámenes complementarios, ni imágenes.

El beneficio incluye; consulta especializada, entrega de medicinas hasta por 30 días según corresponda, y realización de exámenes de laboratorio de uso frecuente, de corresponder según la evaluación realizada.

La atención puede realizarse como interconsulta solicitada por médico tratante o a solicitud de paciente, previo triaje médico.

## 2.4.2 CANALES DE ATENCIÓN Y HORARIOS

Ante la necesidad de una atención médica programada a domicilio según límites geográficos (Lima) y/o virtual en Lima y Provincias el afiliado debe seguir el siguiente proceso:

- 1) Llamar a central telefónica del ESTAR VITAL.
- 2) Brinde los datos del paciente (nombre, dirección, entre otros).
- 3) Concluida la atención, el Médico de Tratante coordinará la entrega de sus medicamentos y/o la toma de muestra de análisis, si fuera el caso.
- 4) El laboratorio se pondrá en contacto contigo y coordinará los detalles. Los resultados serán enviados al paciente.
- 5) Estar Vital, coordinará la reevaluación con el médico especialista, para lectura de resultados.
- 6) En los casos que se requiera, el Médico extenderá una interconsulta y le orientará respecto a la especialidad o servicios al cual deberá acudir.

### HORARIO DE ATENCIÓN:

- Lunes a viernes: 08:00 a.m. a 08:00 p.m.
- Sábados, Domingos y Feriados: 08:00 a.m. a 02:00 p.m.

**Central Telefónica de Estar Vital: (01) 6809060 / WhatsApp: 981211340**

### Condiciones Atención presencial (dentro de la zona de cobertura):

- Para llamadas recibidas hasta las 12:00 p.m. se brindará la atención en el mismo día.
- Para llamadas recibidas después de las 12:00 p.m., se brindará atención al siguiente día.
- El rango de horario para la visita médica, se toma como referencia lo solicitado por el paciente.

### Condiciones Atención Virtual:

- Para llamadas recibidas hasta las 06:00 p.m., se brindará atención en el mismo día.
- Lunes a viernes: para llamadas recibidas después de las 06:00 p.m., se brindará atención al siguiente día.
- Sábados y domingos: para llamadas recibidas después de las 12:00 p.m., se brindará atención al siguiente día.
- Lunes a sábado: servicio de especialidades médicas

### Condiciones para la entrega de medicinas:

Dentro de las 24 horas de haber finalizado la atención (dentro de la zona de cobertura):

- Lunes a sábados: 09:00 a.m. a 07:00 p.m.
- Domingos: 09:00 a.m. a 12:00 p.m.

## 2.5 ATENCIÓN HOSPITALARIA

Una atención hospitalaria es todo tratamiento que requiere pasar al menos una noche internado en la clínica.

Esta atención cubre los gastos relacionados con su internamiento por conceptos de habitación y alimentación, medicinas, exámenes de laboratorio, exámenes preoperatorios, rayos X, exámenes especiales, sala de operaciones, de recuperación y unidad de cuidados intensivos, honorarios quirúrgicos, ayudantía, anestesiología y otros gastos necesarios de acuerdo a las tarifas pactadas, con la aplicación del deducible y copago estipulados en la **TABLA DE BENEFICIOS**, siempre y cuando no estén excluidas o considerados como gastos no cubiertos en el adjunto de "Gastos no cubiertos y exclusiones" del Plan de Salud, y que no sean condiciones de salud preexistentes de acuerdo a las normas vigentes.

• **PROCESO DE ATENCIÓN**

- 1) Coordinar con su médico la fecha en la cual se efectuará la hospitalización.
- 2) El médico le dará la orden para el procedimiento y deberá acudir al área de presupuestos del establecimiento de salud para realizar el trámite de la Carta de Garantía.
- 3) El establecimiento de salud solicitará la Carta de Garantía al PAMF-FESUNAT (en caso lo requiera), ingresando a la plataforma web SOLBEN de SABSA, con un mínimo de 3 días útiles antes de su utilización, salvo casos de emergencia.
- 4) SABSA validará que las coberturas y procedimientos solicitados sean los adecuados según el diagnóstico presentado, y enviará la respuesta en línea al establecimiento de salud sobre el estado de la solicitud. Esta respuesta se dará siempre y cuando el establecimiento de salud haya enviado la información debida, en un plazo no mayor de 48 horas. En caso de que haya alguna observación o necesidad de información adicional, también se comunicará a la clínica.
- 5) La carta de garantía es la autorización que la IAFAS Autoseguro FESUNAT otorga al centro de SALUD para realizar el procedimiento solicitado, siempre y cuando la atención hospitalaria esté cubierta. Esta incluirá los gastos por servicios de la clínica, los medicamentos y honorarios médicos. No debes pactar ni pagar honorarios adicionales.
- 6) Una vez emitida la Carta de Garantía, la clínica le comunicará el resultado telefónicamente.
- 7) Al momento de internarte solo debe presentar su documento de identidad (DNI o carné de extranjería) e indicar el motivo de la atención.
- 8) Al término de su hospitalización el afiliado firmará, en señal de conformidad, las facturas y demás documentos emitidos por la clínica debido a los gastos generados durante su atención hospitalaria. Asimismo, cancelará directamente a la clínica, los copagos que le correspondieran de acuerdo con lo establecido en su Programa de Salud.
- 9) El deducible a pagar por hospitalizaciones dependerá de la clínica donde ha decidido atenderse.

En caso de requerir una atención hospitalaria y/o quirúrgica NO programada, es decir si es internado por emergencia, el establecimiento de salud te brindará la atención médica requerida y posteriormente regularizará la Carta de Garantía con IAFAS FESUNAT dentro de las 24 horas hábiles.

Es importante destacar que las distintas IPRESS pueden solicitar al afiliado un depósito en garantía o su equivalente para cubrir posibles gastos no cubiertos por la IAFAS, sin que esto represente una restricción en la atención médica.

## **2.6 ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA**

**Atención Coberturada solo en Centros Oftalmológicos Especializados:** Se prioriza la atención en centros especializados en oftalmología, restringiendo consultas en clínicas, excepto en provincias, donde la red de atención permanece sin cambios y según las condiciones especificadas en la TABLA DE BENEFICIOS. Esto garantiza acceso a diagnósticos y tratamientos de alta calidad con tecnología avanzada y costos accesibles

## **2.7 ATENCIÓN ODONTOLÓGICA**

Atención dental solo en proveedores odontológicos afiliados a IAFAS FESUNAT y según las condiciones particulares especificadas en la TABLA DE BENEFICIOS, es decir, copagos fijos (deducibles) por cada pieza dentaria tratada y terminada.

Incluye:

- Consulta diagnóstica
- Curaciones, profilaxis simple
- Cirugía Bucal: Exodoncia simple
- Operatoria Dental: Obturación con resina

- Radiología Odontológica: Radiografía Bite Wing, Radiografía Periapical y Radiografía Oclusal

### 3. BENEFICIOS ADICIONALES

#### 3.1 BENEFICIO DE SALUD MENTAL

Es un beneficio que pone a su disposición especialistas que brindan atenciones para condiciones como Esquizofrenia, Ansiedad, Depresión, estrés entre otros que se encuentran descritos en la TABLA DE BENEFICIOS del IAFAS FESUNAT.

Las atenciones son exclusivamente a Crédito y previa cita. Por lo que debe programar su cita vía telefónica, web (de ser el caso), en proveedor indicado en su Programa de Salud.

Este beneficio no cubre medicamentos, hospitalizaciones ni tratamientos por emergencias.

#### 3.2 BENEFICIO DE SEPELIO

Este beneficio cubre el sepelio en los cementerios a elección de su familia, según las condiciones y/o topes del Plan de salud.

- El Paquete de Sepelio incluye: servicio funerario, servicio de sepultura o cremación (sin cinerario).
  - El servicio funerario incluye asistencia de director funerario, carroza de lujo, carro para ofrendas florales, capilla ardiente, candelabros de bronce iluminados o con velas naturales, tarjetero, manto especial, alfombra, Cristo resucitado posterior, soportes de ataúd, ataúd modelo natural Roma o duco Amadeus, adornos propios, acolchado en poliseda. Salón velatorio, preparación tanatológica del fallecido, trámite de inscripción de la partida de defunción según exigencia municipal, así como la tramitación, traslado e instalación del servicio.
  - En caso de cremación el servicio incluye también urna para cenizas de bronce, mármol travertino o madera con adornos de bronce, horno crematorio, derecho de salubridad y necropsia de ley. La urna es correspondiente a una caja que se utiliza para guardar las cenizas.
  - Al presentarse la necesidad de este servicio, los familiares del fallecido pueden llamar a la central de emergencia de SABSA (01)743-1111 para poder orientarlos a fin de brindarle el servicio.

Para la utilización de esta cobertura, se verificará en el Certificado de defunción, que el motivo y la circunstancia del fallecimiento esté amparada bajo la cobertura del Plan de salud.

Este beneficio no corresponde, es decir, no se brinda la cobertura de sepelio cuando la causa del fallecimiento sea por suicidio y/o muerte producto de la participación de un hecho delictivo, así como las estipuladas en el adjunto de exclusiones y gastos no cubiertos del IAFAS -FESUNAT

Solo aplica cuando el evento ocurre dentro del Territorio Nacional.

### 4. BENEFICIO ONCOLÓGICO (A TRAVÉS DE ONCOSALUD)

Es un beneficio que brinda atención y control en caso de padecer cáncer, luego que se obtenga un diagnóstico definitivo de cáncer (neoplasia maligna) demostrado por los resultados de anatomía patológica.

Luego de que el afiliado tenga el informe anatomo patológico positivo, se activará la cobertura oncológica y continuarán su atención oncológica para el PLAN DE PADRES sólo bajo el Programa ONCOCLASICO de ONCOSALUD.

Para el PLAN DE HIJOS sólo bajo el Programa ONCOPLUS de ONCOSALUD.

Este beneficio es opcional y se rige bajo las condiciones de la póliza oncológica grupal contratada por FESUNAT con Oncosalud.

## 5. EXCLUSIONES Y GASTOS NO CUBIERTOS

A fin de tener una explicación más clara y detallada de las exclusiones y limitaciones del autoseguro, deberá tenerse en cuenta que este plan de salud no cubre los gastos derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de:

1. Todo procedimiento o terapia que no contribuya a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria.
  - Cirugías electivas (no recuperativas ni rehabilitadoras).
  - Cirugía plástica.
  - Odontología Estética.
  - Tratamiento de periodoncia y ortodoncia.
  - Curas de reposo o del sueño.
  - Lentes de contacto.
2. Todo daño derivado de la autoeliminación o lesiones autoinfligidas.
3. Suministro de prótesis, órtesis y otros (sillas de ruedas, muletas, cabestrillos, muñequeras, rodilleras, plantillas de silicona, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés, todo lo relacionado a ortesis.), así como los procedimientos, terapias no convencionales.

Adicionalmente a las exclusiones y limitaciones indicadas no se cubrirán los gastos derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de:

- a) Preexistencias no declaradas en la solicitud de afiliación.
- b) Enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos y/o adquiridos al nacer, de origen genético (hereditario o no hereditario), tales como Aneurismas, Malformaciones Arterio Venosas, Fimosis, Pie Plano, entre otros.
- c) Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de obesidad (cualquiera que sea el grado), Cirugías Bariátricas y relacionadas, así como programas de reducción de peso y sus complicaciones.
- d) Consultas, pruebas auxiliares y tratamientos preventivos, curativos o rehabilitadores médicos, psicológicos y/o psiquiátricos relacionados con los diagnósticos comprendidos en el capítulo V, Trastornos Mentales y del Comportamiento, del Código Internacional de Enfermedades CIE 10, así como tratamientos para corregir trastornos de conducta, trastornos de la atención lenguaje, habilidades sociales y del aprendizaje; No se cubre electroencefalograma para cefaleas o problemas de memoria o atención. No se cubre medicamentos ansiolíticos, antidepresivo y similares.
- e) Tratamientos médicos ni quirúrgicos relacionados a ginecomastia, gigantomastia ni diástasis de músculos rectos del abdomen.
- f) Evaluación, estudios, procedimientos y tratamientos por infertilidad y/o fertilización asistida (incluyendo, pero no limitado a histerosalpingografía, crio preservación o estudios criogenéticas, inseminación artificial o implantación de embriones invitro o tratamientos hormonales). Tampoco se cubren los tratamientos anticonceptivos en general, el costo del DIU (dispositivo intrauterino) y sus complicaciones.
- g) Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos (cirugías, medicamentos) relacionados al cambio de sexo o para mejorar, mantener o restaurar una función sexual con o sin uso de prótesis.

- h) Tratamiento para pérdida o caída del cabello.
- i) Tratamientos quirúrgicos y procedimientos para insuficiencia venenosa superficial ni profunda de extremidades como várices y telangiectasias. Medias para várices.
- j) Vitaminas, minerales, fármacos nutrientes, productos nutracéuticos, alimentos ni preparados de nutrición oral o enteral con fines suplementarios o complementarios. No se cubre carboximaltosa de hierro, hierro por vía endovenosa. No se cubre nutrición parenteral en el domicilio. Únicamente, se cubre nutrición enteral y parenteral en pacientes hospitalizados, hasta el alta hospitalaria.
- k) Medicamentos y/o productos de propiedades antiasténicas, reconstituyentes y energizantes, estimulantes del apetito, anorexígenos, anabólicos, hepatoprotectores, estimulantes de funciones intelectuales cerebrales (nootrópicos) y productos de origen natural.
- l) Terapia inmune (desensibilización) para alergias, inmunoestimulantes, terapias biológicas preventivas y vacunas.
- m) Enfermedades, complicaciones y/o consecuencias médico-quirúrgicas ocasionadas por el consumo de alcohol, psicofármacos, drogas ilícitas y estupefacientes.
- n) Accidentes sufridos como consecuencia directa de consumo de alcohol, psicofármacos, consumo de estupefacientes o drogas ilícitas. En el caso de accidente vehicular, la no cobertura solo se aplica al conductor si es que el accidente fuera por alguno de los motivos antes mencionados.
- o) Pruebas diagnósticas (laboratorio, imágenes y/u otros estudios) o tratamientos (procedimientos médicos o quirúrgicos, insumos, dispositivos, implantes, equipos y/o medicamentos) que no hayan sido aprobados por la FDA (Food and Drug Administration) o la EMA (European Medicines Agency) para el diagnóstico solicitado, los cuales deben contar además con beneficio clínico y de significancia estadística demostrados a través de la evaluación en Medicina Basada en la Evidencia. Se consideran para beneficio de cobertura únicamente los niveles de recomendación fuerte a favor con calidad de evidencia alta a moderada de acuerdo con el sistema GRADE (1-A, 1-B). Tampoco se aprobará aquello que no se considere MEDICAMENTO NECESARIO. En cáncer rige adicionalmente la National Cancer Comprehensive Network de los Estados Unidos de Norte América (NCCN).
- p) Medicamentos aprobados por la FDA o EMA, pero prescritos para enfermedades diferentes para los que fueron aprobados
- q) No se cubre medicamentos análogos de GLP-1 con excepción de pacientes con diabetes tipo 2 con historial personal de enfermedad cardíaca/vascular establecida (Insuficiencia Cardíaca, Cardiopatías Coronaria Isquémica, Stroke, Insuficiencia renal crónica con depuración de creatinina menor de 60ml/min o Enfermedad Vascular Periférica, cuyos niveles de glucosa no se han logrado controlar adecuadamente (hemoglobina glicosilada sea mayor de 7.5%) , con el uso de hipoglicemiantes habituales durante al menos 6 meses de tratamiento regular. Serán prescritos exclusivamente por endocrinólogos
- r) Medicamentos que aun cuando hayan sido aprobados por la FDA o EMA, se encuentren señalados expresamente como excluido, medicamentos para Diabetes
- s) Medicamentos o tratamientos prescritos con fines de prevención primaria o secundaria.
- t) Excepciones: se cubre ácido acetil salicílico ("aspirina"), Warfarina, clopidogrel, heparinas, otros anticoagulantes orales, metformina, montelukast en asma, gastro protectores frente al uso de gastrolesivos, profilácticos para migraña y profilaxis antibiótica en cirugía.

- u)** Medicamentos y/o tratamientos utilizados con fines de placebo o de utilidad no demostrada. No se cubre edulcorantes.
- v)** Se cubre Materiales Quirúrgicos para cirugía de columna, como Set Vertebroplastia, Cages de Columna, Separadores interespinosos e intervertebrales (Coflex, Coflex-F, Diam, DCI, entre otros), con tope de cobertura de S/20,000 + Igv
- w)** Excepción: Se cubren: neurotomía o neurolisis facetarias y bloqueos radiculares o facetarios.
- x)** Tratamiento de la enfermedad, complicaciones y consecuencias de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en cualquiera de sus estadios, a partir de su diagnóstico serológico.
- y)** Cuidado podiátrico efectuado por el personal no médico, así como cuidados de los pies relacionados con callos, pies planos, arcos débiles, pies débiles y soporte de zapatos de cualquier tipo, así como de plantillas y zapatos ortopédicos, cirugías de Hallux Valgus.
- z)** Cuidados particulares de enfermería o técnicas de enfermería, sean durante la hospitalización o en el domicilio.
- aa)** Atenciones a domicilio, a excepción de lo detallado específicamente en el Plan de Salud.
- bb)** Gastos por concepto de compra de sangre, plasma, hemoderivados, tejidos, órganos. Tampoco se cubre albúmina humana, plasma rico en plaquetas ni tratamientos que impliquen el uso de células madre (StemCell).
- cc)** Los gastos por concepto de exámenes de donantes de sangre serán limitados a las unidades transfundidas al paciente.
- dd)** Tratamiento con hormona de crecimiento o testosterona para cualquier condición de salud, así como las pruebas de laboratorio o imágenes para su seguimiento. Medicamentos para tratamiento de osteopenia.
- ee)** Medicina complementaria, alternativa y/o tradicional como acupuntura, homeopatía, quiropraxis, Magnetoterapia, entre otros.
- ff)** Suministro de prótesis externas (oculares, de extremidades, audífonos, implante mamario, prótesis dentales, entre otros). No se cubren audífonos, gafas, implante coclear, lentes intraoculares multifocales ni trifocales.
- gg)** Se cubren los lentes intraoculares monofocales para tratamiento de cataratas. Se cubren las prótesis internas (reemplazos articulares y óseos, válvulas cardíacas, stents, diversores de flujo, injertos biológicos o artificiales, marcapaso cardíaco) bajo el beneficio de prótesis con tope de beneficio anual de S/18,000 (inc. IGV).
- hh)** Atenciones, tratamientos o procedimientos realizados por personas que no sean médicos u odontólogos profesionales colegiados. Se cubrirán las atenciones del personal no médico bajo las siguientes condiciones:
  - *Medicina física y rehabilitación asistidas por tecnólogos, cuando es en cumplimiento de las indicaciones del médico fisiatra.*
  - *Sesiones con el foniatra, cuando cumple las indicaciones del médico otorrino.*
  - *Evaluaciones neuropsicológicas, cuando son indicadas por el médico neurólogo.*
- ii)** Estudios, diagnósticos ni tratamiento para disfunción eréctil y trastornos de la libido.

- jj)** Cirugías relacionadas a la estructura dental (pieza dentaria, alveolo y hueso alveolar, encía y tejido periodontal). Independiente del profesional de la salud que la practique. Tampoco se cubren los implantes dentales, ortodoncia, los gastos relacionados con la higiene bucal ni las prótesis dentales. *Excepción: Las prótesis dentales sólo se cubren en caso de accidentes.*
- kk)** Tratamiento de condiciones de salud o patologías relacionadas a la articulación temporomandibular.
- ll)** Prácticas y/o carreras de automovilismo, motos terrestres y acuáticas, ala delta, paracaidismo, escalamiento de montaña, parapente, vuelo libre, práctica hípica, cacería mayor, pesca submarina, sandboard, móviles areneros, tirolesa o canopy, surfing, puéting ni otras prácticas deportivas de similar peligrosidad.
- mm)** Atenciones médicas o de salud (tratamientos, medicamentos, procedimientos), realizadas o procedentes del extranjero, sea por enfermedad o accidente.
- nn)** Lesiones o enfermedades adquiridas como consecuencia de actos de guerra, revoluciones, energía atómica o durante la prestación del servicio militar en cualquier fuerza, así como las que resulten de la participación activa en alteraciones del orden público, huelgas, motines, conmociones civiles, terrorismo, actos delictivos o criminales.
- oo)** Gastos por chequeos médicos preventivos y despistaje de enfermedades.
- pp)** Estudios, procedimientos y tratamientos médicos o quirúrgicos oncológicos que no hayan sido considerados en las categorías de evidencia y consenso nivel 1 o 2A por la NCCN (National Comprehensive Cancer Network de Estados Unidos de Norteamérica). Para más información (en inglés) puede consultar a: [www.nccn.org](http://www.nccn.org)
- qq)** Compra o alquiler de equipos médicos tales como: glucómetros, bombas de infusión, bombas de insulina (incluye insumos), termómetros, tensiómetros, respirador o ventilador mecánico, pulsoxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, assist cough, dispositivos CPAP, neuro estimuladores cerebrales, equipos ambulatorios para rehabilitación, entre otros. No se cubren tiras reactivas y lancetas para glucometría en atenciones ambulatorias. Excepción: sólo se cubren tiras reactivas y lancetas para glucometrías a los pacientes inscritos y controlados en el programa "Crónicos" y en pacientes hospitalizados.
- rr)** Estudios, pruebas o screening genéticos (intra o extrauterinos). Excepción: se cubren los estudios genéticos para cáncer recomendados por la NCCN para fines terapéuticos.
- ss)** Cobertura de maternidad y todo lo relacionado a este beneficio, incluyendo complicaciones (Abortos, Legrados, etc), Kits de pruebas rápidas para diagnóstico de embarazo en orina. Ecografías 3D y 4D en gestantes.
- tt)** Tratamientos para trastornos de déficit o hiperactividad de atención.
- uu)** Bloqueadores solares para fines preventivos y estéticos, así como los productos cosméticos, humectantes, exfoliantes, antiaging, despigmentantes, pigmentantes y productos para higiene personal.
- vv)** Sepelio para los casos en el que diagnóstico no sea o no haya sido materia de cobertura de esta póliza.
- ww)** cuota de aporte al fondo de conservación y mantenimiento, en caso de cremación no incluye ni cinerario correspondiente al espacio en el suelo para colocar las urnas, ni columbario correspondiente al espacio en la pared para colocar las urnas, ni aperturas de nichos, servicio de

catering, servicio de movilidad y traslado para acompañantes, traslados de resto de una ciudad a otra, entre otros.

- xx)** Viscosuplementación (ácido hialurónico, derivados y similares) para ninguna condición de salud osteoarticular. Microresonancia magnética.
- yy)** Referente al trasplante de órganos, las exclusiones por las que no se pagarán los beneficios por cualquier tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o suministro son:
  - *Condiciones que provengan como resultado de o tengan relación a un trasplante que no sea de los órganos cubiertos o que no haya sido previamente aprobado por la compañía.*
  - *Trasplantes experimentales.*
  - *Equipos artificiales o mecánicos, así como artefactos diseñados para reemplazar órganos humanos.*
  - *Exámenes, evaluaciones, estudios de histocompatibilidad y pruebas de selección de posibles donantes.*
  - *Trasplantes haploidénticos.*
  - *No se cubre reembolso en el Perú ni en el extranjero.*
- zz)** Gastos por complicaciones o consecuencias relacionadas a diagnósticos o tratamientos no cubiertos por el plan de salud contratado.
- aaa)** Terapia biológica o Inmunomoduladora.
- bbb)** Tratamiento Antiresortivo por vía endovenosa, excepto en Osteoporosis Severa o con fallo de respuesta a tratamientos previos, debidamente sustentada con informe médico y densitometría ósea.
- ccc)** Pruebas no invasivas para evaluación o diagnóstico de hígado graso, esteatohepatitis, fibrosis o cirrosis hepática (Fibromax, Fibrotest, Actitest, entre otras). No se cubre test de tolerancia a la insulina.
- ddd)** Score de calcio para enfermedades cardiovasculares y angiotomografía coronaria para decisión de terapia hipolipemiente.
- eee)** Dispositivos de cierre vascular mediante sutura o grapa post punción arterial percutánea (Perclose Proglide, Prostar, StarClose, entre otros).
- fff)** Paneles de diagnóstico rápido de patógenos múltiples para infecciones (Filmarray, Verigene, Maldi-tof) Excepción: estudio de líquido cefalorraquídeo.
- ggg)** No se cubre Toxina Botulínica para ninguna condición médica, Magnetoterapia, ni Terapia Ocupacional.
- hhh)** No se cubre procedimientos y pruebas complementarias nuevas, que no se encuentren convenidas con la red de proveedores.

Si se detecta un error en la cobertura de un medicamento y/o procedimiento excluido del plan de salud, FESUNAT quedará exenta de cualquier obligación de continuar asumiendo los gastos relacionados a partir de la fecha en que se identifique dicho error.

## 6. CENTRAL DE ASISTENCIA Y EJECUTIVOS

SABSA pone a su disposición Ejecutivos de Servicio en FESUNAT para ayudarle con los trámites hospitalarios o para resolver cualquier consulta sobre la cobertura o el uso de tu Plan de Salud.

Asimismo, nuestra la CENTRAL DE EMERGENCIA de la SABSA se encuentra disponible las 24 horas del día, los 365 días del año.

### CENTRAL DE ASISTENCIA DEL ASEGURADO

☎ (01) 743-1111 - Disponible las 24 horas, los 365 años del año.

📱 WhatsApp (01) 743-1111 - 998324371

Correo: [callcenter@sabsa.com.pe](mailto:callcenter@sabsa.com.pe)

### EJECUTIVOS DE SABSA

- Sandra Portocarrero  
Celular: 924-786-570 - [sportocarrero@sabsa.com.pe](mailto:sportocarrero@sabsa.com.pe)

- Elizabeth Morate  
Celular: 981-233-290 - [emorante@sabsa.com.pe](mailto:emorante@sabsa.com.pe)

Horario de Atención:

- Atención de 9 a 6 p.m. de lunes a viernes.

### CENTRAL DE ASISTENCIA ESTAR VITAL

☎ (01) 743-7933  
☎ (01) 680 9060  
**WhatsApp: 981211340**

Horario de Atención:

- De lunes a sábado de 08:00 a 20:00 hrs.
- Domingos y feriados de 08:00 a 14:00 hrs



[www.sabসা.com.pe](http://www.sabসা.com.pe)