

SEGURO MÉDICO FAMILIAR

SALUD TOTAL

Código SBS: AE2046410203



SUMA ASEGURADA	BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA: S/ 600,000
SUBLÍMITE PARA PREEXISTENCIAS	BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA: S/ 100,000

DESCRIPCION DE BENEFICIOS. COPAGOS INCLUYEN IGV.

Atención Ambulatoria Consultas, medicinas, laboratorio, exámenes auxiliares y procedimientos ambulatorios			Deducible S/	Cubierto al
Enfermedades No Preexistentes				
RED PREFERENTE MAPFRE	MAPFRE Centro Médico Independencia MAPFRE Centro Médico Magdalena	MAPFRE Centro Médico San Miguel MAPFRE Centro Médico Surco	S/. 35	90%
RED COMPLEMENTARIA	Clinica Ricardo Palma		S/. 65	90%
	Solo los casos que previamente hayan sido atendidos en la Red Preferente MAPFRE , y derivados mediante autorización escrita.			
Enfermedades Preexistentes				
RED PREFERENTE MAPFRE	MAPFRE Centro Médico Independencia MAPFRE Centro Médico Magdalena	MAPFRE Centro Médico San Miguel MAPFRE Centro Médico Surco	S/. 35	50%
RED COMPLEMENTARIA	Clinica Ricardo Palma		S/. 65	50%
	Solo los casos que previamente hayan sido atendidos en la Red Preferente MAPFRE , y derivados mediante autorización escrita.			

Clínica Digital MAPFRE			Deducible S/	Cubierto al
Video consulta	Por Medicina general, las 24 horas y 365 días del año. Incluye historia clínica electrónica y entrega de medicinas recetadas por el médico en modalidad de entrega o recojo en cadena afiliada. Acceso a través de la plataforma web Portal Clientes y en nuestra App MAPFRE.		S/. 35	90%
	Por Especialidades con reserva de cita online, dentro del horario de atención de lunes a sábados de 9am a 1pm y 2pm a 6pm según disponibilidad de la especialidad. Incluye historia clínica electrónica y entrega de medicinas bajo modalidad de entrega o recojo en cadena afiliada. Acceso a través de la plataforma web Portal Clientes y en nuestra App MAPFRE.		S/. 35	90%
Orientación Médica Telefónica	Asesoría médica por llamada a través de nuestro Call Center S124 213-3333 (LIMA) / 0801-1-1133 (PROVINCIAS) para asesoría sobre temas relacionados con la salud del asegurado, así como la coordinación de otros servicios como médico a domicilio, ambulancias de ser necesario o programación de una video consulta con un especialista, sujeto a disponibilidad. Este servicio está disponible las 24 horas y 365 días del año.		Sin Copago	100%
Chat Médico	Asesoría médica por chat a través de nuestra plataforma web Portal Clientes o App MAPFRE disponible para IOS y Android, para asesoría sobre temas relacionados con la salud del asegurado, así como la coordinación de otros servicios como médico a domicilio, ambulancias de ser necesario o programación de una video consulta con un especialista sujeto a disponibilidad. Este servicio está disponible las 24 horas y 365 días del año.		Sin Copago	100%
Autoevaluador Médico	Asistente médico basado en Inteligencia Artificial para el triaje, el pre diagnóstico y el soporte a la decisión clínica. Esta herramienta se encuentra dentro de la plataforma web Portal Clientes y en nuestra App MAPFRE.		Sin Copago	100%

Atención Hospitalaria			Deducible S/	Cubierto al
Enfermedades No Preexistentes				
RED COMPLEMENTARIA	Clínica Ricardo Palma		S/. 650	80%
	Atención hospitalaria por derivación de la Red Preferente MAPFRE			
Enfermedades Preexistentes				
RED COMPLEMENTARIA	Clínica Ricardo Palma		S/. 650	50%
	Atención hospitalaria por derivación de la Red Preferente MAPFRE			

Emergencia Accidental Ambulatoria			Deducible	Cubierto a
Se entiende como emergencia accidental todas aquellas derivadas de accidentes y que ponen en peligro la salud del asegurado, siempre que no requiera hospitalización y se atienda durante las primeras 24 horas siguientes a la fecha de ocurrencia.				
RED COMPLEMENTARIA	Clinica Ricardo Palma		Sin Deducible	100%

Emergencia Médica Ambulatoria		Deducible	Cubierto al
La condición de emergencia y la autorización para su atención son determinadas por el médico del servicio.			
RED COMPLEMENTARIA	Clínica Ricardo Palma	S/. 65	90%

Maternidad (Periodo de Espera 18 meses)		Deducible	Cubierto al	
Control pre-natal, post-natal y ecografías				
Maternidad Pre natal y Post natal se ofrece de acuerdo al Anexo A - PROGRAMA DE MATERNIDAD.				
RED PREFERENTE MAPFRE	MAPFRE Centro Médico Independencia MAPFRE Centro Médico Magdalena	MAPFRE Centro Médico San Miguel MAPFRE Centro Médico Surco	S/. 35	90%
	Consultas médicas relacionadas al control del embarazo			
Parto natural y/o múltiple, Cesárea, Aborto No provocado, Complicaciones del embarazo y circuncisión en recién nacidos únicamente mientras la madre se encuentre hospitalizada a causa del parto - Cobertura hasta S/15,000				
RED COMPLEMENTARIA	Clínica Ricardo Palma		S/. 650	90%
	Atención hospitalaria por derivación de la Red Preferente MAPFRE.			
Control del niño sano				
Consultas de control mensual del recién nacido hasta su primer año de vida. Se ofrece de acuerdo al Anexo B - CONTROL DEL NIÑO SANO.				
RED DE CENTROS MÉDICOS MAPFRE	MAPFRE Centro Médico Independencia MAPFRE Centro Médico Magdalena	MAPFRE Centro Médico San Miguel MAPFRE Centro Médico Surco	Sin deducible	100%
	Atenciones ambulatorias relacionadas al control del niño sano.Se otorga siempre que el parto haya sido cubierto por la presente póliza y la inscripción como dependiente se realice dentro de los 30 días de nacimiento.			

Enfermedades Congénitas		Deducible	Cubierto al
Hasta S/ 40,000 anual por persona	Para todos los nacidos dentro de la vigencia de la póliza y cuyo nacimiento fue amparado bajo la cobertura de maternidad, y su inscripción se haya realizado dentro de los 30 días de nacido.	Como Amb/ Hosp	Como Amb/ Hosp
	Sólo vía crédito en la red de clínicas afiliadas al plan bajo el beneficio ambulatorio u hospitalario.		

Enfermedades Congénitas No Conocidas (Periodo de Espera 24 meses)		Deducible	Cubierto al
Hasta S/ 40,000 Beneficio Máximo de por vida y persona	Cobertura de enfermedades congénitas no diagnosticadas antes de ingresar a su Plan de Salud: Malformaciones Arteriovenosas Cerebrales (MAV), Comunicación Interauricular del Corazón (CIA) y Quiste Tirogloso.	Como Amb/ Hosp	Como Amb/ Hosp
	Sólo vía crédito en la red de clínicas afiliadas al plan bajo el beneficio ambulatorio u hospitalario.		

Prótesis Quirúrgica		Deducible	Cubierto al
Hasta S/ 15,000 anual por persona	Cobertura de prótesis quirúrgicas internas; se excluye prótesis externas y dentales.	Sin deducible	100%
	Sólo vía crédito en la red de clínicas afiliadas al plan.		

Salud Mental		Deducible	Cubierto al
AMBULATORIO	MAPFRE Centro Médico Independencia MAPFRE Centro Médico Magdalena	S/ 35	50%
	Incluye consulta médica, exámenes auxiliares y medicinas.		
HOSPITALARIO	Clínica Ricardo Palma (Puede variar según la capacidad resolutive de la IPRESS)	S/ 650	50%
	Incluye consulta médica, exámenes auxiliares, medicinas y hospitalización.		

Atención Oftalmológica			Deducible	Cubierto al
RED PREFERENTE MAPFRE	MAPFRE Centro Médico Independencia MAPFRE Centro Médico Magdalena	MAPFRE Centro Médico San Miguel MAPFRE Centro Médico Surco	S/. 35	90%

Atención Odontológica		Deducible	Cubierto al
RED PREFERENTE MAPFRE	MAPFRE Centro Médico Independencia		

Nutrición en Consultorio (No cubre medicinas)			Deducible	Cubierto al
RED PREFERENTE MAPFRE	MAPFRE Centro Médico Independencia MAPFRE Centro Médico Magdalena	MAPFRE Centro Médico San Miguel MAPFRE Centro Médico Surco	S/. 35	90%

Oncología Cobertura por Cáncer Sujeto a Periodo de Espera de 10 meses			Deducible	Cubierto al
Consultas médicas especializadas Quimioterapia Exámenes especiales Cirugía Oncológica Radioterapia Atención por Hospitalización * Medicamentos sujetos al petitorio de la clínica.			Como Amb / Hosp	Como Amb / Hosp
Tratamientos y/o fármacos definidos como terapia biológica: Modificadores de la respuesta biológica, terapia blanco-dirigida, bioterapia o terapia modificadora de respuesta biológica y otros definidos como sustancias elaboradas por organismos vivos para tratar enfermedades: anticuerpos monoclonales, factores estimulantes de colonias, inhibidores de enzimas de la tirosinokinas y proteosomas e inmunoterapia.			Sin Deducible	10%
RED COMPLEMENTARIA	Clínica Ricardo Palma			

ASISTENCIAS

Médico a domicilio Se cubre atenciones ambulatorias agudas de baja complejidad, no emergencias. De acuerdo a programación y disponibilidad de los médicos especialistas. No cubre medicamentos ni exámenes auxiliares derivados de la atención.			Pago por atención
	Medicina General y Pediatría		S/. 90
	Sólo en Lima Metropolitana y Callao		

Chequeo preventivo		Tarifa Preferencial
RED PREFERENTE MAPFRE	El protocolo varía según género y edad; se especifica en el Anexo C	Varía según el protocolo

TARIFARIO

Rango de Edades	ASEGURADOS NUEVOS ⁽¹⁾		ASEGURADOS CON CONTINUIDAD ⁽²⁾	
	PRIMA COMERCIAL ANUAL	PRIMA COMERCIAL + IGV	PRIMA COMERCIAL ANUAL	PRIMA COMERCIAL + IGV
Hasta 5 años	S/ 2,383.42	S/ 2,812.44	S/ 3,099.27	S/ 3,657.14
De 6 a 17 años	S/ 1,779.84	S/ 2,100.22	S/ 2,314.41	S/ 2,731.01
De 18 a 29 años	S/ 2,224.80	S/ 2,625.27	S/ 2,892.24	S/ 3,412.85
De 30 a 35 años	S/ 2,503.93	S/ 2,954.64	S/ 3,255.83	S/ 3,841.88
De 36 a 40 años	S/ 2,994.21	S/ 3,533.17	S/ 3,893.40	S/ 4,594.22
De 41 a 44 años	S/ 3,463.89	S/ 4,087.40	S/ 4,503.16	S/ 5,313.73
De 45 a 50 años	S/ 4,052.02	S/ 4,781.39	S/ 5,268.45	S/ 6,216.78
De 51 a 55 años	S/ 5,197.38	S/ 6,132.91	S/ 6,756.80	S/ 7,973.03
De 56 a 60 años	S/ 6,281.97	S/ 7,412.73	S/ 8,166.87	S/ 9,636.91
De 61 a 65 años	S/ 7,658.05	S/ 9,036.50	S/ 9,955.98	S/ 11,748.06
De 66 a 69 años	S/ 9,714.96	S/ 11,463.66	S/ 12,629.86	S/ 14,903.24
De 70 a 75 años	S/ 11,655.48	S/ 13,753.47	S/ 15,152.33	S/ 17,879.75
De 76 a 80 años	S/ 12,837.92	S/ 15,148.75	S/ 16,690.12	S/ 19,694.35
De 81 años a más	S/ 14,288.16	S/ 16,860.03	S/ 18,575.02	S/ 21,918.53

Importante:

(1) Asegurados que no hayan tenido un seguro de salud en el sistema asegurador privado, o que habiéndolo tenido se encuentren fuera del plazo de continuidad o migración establecido por norma legal vigente.

(*) Tarifas vigentes a partir del 01.04.2026. Tarifas referenciales sujetas a evaluación de antecedentes médicos y criterios técnicos actuariales. La clasificación se realiza al momento de la suscripción.

(2) Asegurados provenientes del sistema EPS o Cía. de seguros que se encuentren dentro del periodo de continuidad o migración establecido por normativa legal vigente.

(**) Prima para titular, cónyuge e hijos dependientes en póliza según edad en la contratación del seguro de Salud.

La edad límite para asegurar con condición de hijos dependientes en póliza será hasta los veinticinco (25) años de edad.

Las primas están sujetas a variación en el tiempo y podrán incrementarse en función a la proyección de gastos médicos.

- OPCIONES DE FRACCIONAMIENTO DE PRIMA:
- Pago en 1 cuota sin interés, 4 cuotas trimestrales sin intereses, puede ser afiliado a cargo automático.
 - Fraccionamiento con 2 cuotas semestrales y 10 cuotas (aplican intereses con una TEA 16.5%)
 - Fraccionamiento en 12 cuotas obligatorio afiliación al cargo automático (no aplican intereses)

PERIODICIDAD:

Renovación anual.

COMERCIALIZACIÓN:

Corredores, comisión de 10% sobre la prima comercial para nueva venta y renovaciones.

SEGURO MÉDICO FAMILIAR

SALUD TOTAL



PERIODO DE CARENCIA

LA COMPAÑÍA no pagará beneficio alguno dentro de los primeros treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha de inclusión del ASEGURADO, salvo cuando se trate de las coberturas por accidente o las siguientes enfermedades (en su episodio agudo): apendicitis, accidente cerebro vascular, torsión testicular e infartos al miocardio.

Este período de carencia no regirá para los dependientes cuyo nacimiento fue amparado por la póliza, siempre y cuando fueran inscritos dentro de un período máximo de treinta (30) días.

PERIODO DE ESPERA

Sólo una vez que EL TITULAR y/o DEPENDIENTE haya cumplido diez (10) meses de permanencia ininterrumpida en esta póliza, LA COMPAÑÍA cubrirá los gastos médicos correspondientes a pruebas diagnósticas, procedimientos, tratamientos, complicaciones y sus consecuencias de las dolencias que se enumeran a continuación, siempre que no fueran pre-existentes:

- Litiasis o pólipo vesicular y/o de la vía biliar (incluye Litotripsia).
- Litiasis del sistema urinario (incluye Litotripsia).
- Fibroma del Útero, Quistes de Ovario, Endometriosis, Prolapso genitourinario, Colpocervicitis.
- Extracción de amígdalas y adenoides.
- Fibroadenoma Mamario, quistes o Displasia Fibroquística.
- Enfermedades de la próstata.
- Catarata, Glaucoma, Pterigion
- Nevus u Onicomiosis.
- Hemorroides y Várices.
- Hernias de cualquier tipo incluida la Hernia de Núcleo Pulposos.
- Diabetes, Hipertensión Arterial y Dislipidemia.
- Enfermedades de la columna vertebral.
- Cisticercosis.
- Artroscopia, artrosis, artritis, meniscopatía, quiste calcáneo, excepto a consecuencia de accidentes cubiertos por esta póliza.
- Cirrosis Hepática.
- Enfermedades Cerebrovasculares y Cardiovasculares (excepto infarto y accidentes cerebrovasculares agudos)
- Cáncer.
- Tumoraciones benignas.
- Asma.

Maternidad: Podrán gozar de este beneficio las mujeres aseguradas sea titular o dependiente cónyuge siempre que se encuentre asegurada un mínimo de dieciocho (18) meses consecutivos.

NOTA IMPORTANTE: El periodo de carencia y espera, en los casos que se haya contratado un seguro de asistencia médica previo, quedarán sin efecto a fin de no afectar la continuidad.

ANEXO A - PROGRAMA DE MATERNIDAD										
PERIODO DE EMBARAZO	1ER TRIMESTRE			2DO TRIMESTRE			3ER TRIMESTRE			POST PARTO
CONSULTAS	1er mes	2do mes	3er mes	4to mes	5to mes	6to mes	7mo mes	8vo mes	9no mes	(Hasta 42 días posteriores)
Ginecología	1	1	1	1	1	1	1	2 veces (quincenal)	4 veces (semanal)	2
Odontología	Una evaluación que incluye odontograma y profilaxis									
Psico Profiliaxis	7 sesiones programadas por entidad vinculada									
LABORATORIO										
Hemograma completo	1*								1	
Hemoglobina	1*						1			
Grupo sanguíneo y factor Rh	1*									
Glicemia en ayunas	1*									
Creatinina en sangre	1*									
Urea en sangre	1*									
VDRL o RPR	1*								1	
ELISA VIH 1/ VIH 2 (†)	1*									
Citopatología cervical o vaginal (PAP)	1*									
HB Ags	1*									
Examen completo de orina	1*						1			
Ecografía convencional (**)	1*				1				1	
VACUNAS										
HVB (adulto) (***)				SI						
Influenza (****)				SI						
dTpa (****)							SI			
SUPLEMENTOS NUTRICIONALES										
Hierro sólo o c/ ácido fólico (1)	30 tab	30 tab	30 tab	30 tab	30 tab	30 tab	30 tab	30 tab	30 tab	30 tab
Calcio más vitamina D (2)	30 tab	30 tab	30 tab	30 tab	30 tab	30 tab	30 tab	30 tab	30 tab	30 tab
* Se deberá contar con estas pruebas a más tardar en el 2do trimestre										
(†) Previa firma de consentimiento informado										
(**) Incluye perfil biofísico, diámetro cefálico, longitud del fémur, transiluminiscia nuchal.										
(***) Vacuna contra la hepatitis B. En aquellos que no han iniciado o completado el esquema de vacunación. Número de dosis: 03. Primera dosis: al primer contacto con el centro de salud. Segunda dosis: al mes de la primera. Tercera dosis: al mes de la segunda. Este esquema se aplica a la gestante a partir del segundo trimestre y que no hayan recibido en esquema completo de vacunación anteriormente. En mayores de 16 años.										
(****) A partir de la semana 20 de gestación										
(*****) Vacuna contra el tétanos, difteria y pertussis. Una dosis en el 3er trimestre (27 a 36 semanas de gestación)										
(1) Como sulfato, gluconato u otra sal. El Hierro se administra desde la semana 14 de gestación y durante el puerperio										
(2) Ejemplo: Supradyn prenatal, Vi-syneral prenatal, Natele. El calcio se administra desde la semana 20 de gestación										

ANEXO B - CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (CRED)							
Solo en la Red propia de MAPFRE y otros centros indicados en el plan de salud.							
HASTA LOS 11 AÑOS DE EDAD							
PROCEDIMIENTOS	RN (0 a 28 días)	29 días a < 1 año	01 año	02 años	03 años	04 años	5 a 11 años
Consulta pediátrica (Ver cuadro)	4	11	6	4	4	4	2
Control de peso	4	11	6	4	4	4	2
Control de talla	4	11	6	4	4	4	2
Control de maduración de órganos	4	11	6	4	4	4	2
Control de maduración de los sentidos	4	11	6	4	4	4	2
Sesión de estimulación temprana	2	6	6	4	NO	NO	NO
Evaluación Odontológica							
Atención odontológica básica**	NO	2	2	2	2	2	2
Fluorización**	NO	NO	NO	NO	2	2	2 (05 y 06 años)
Aplicación de sellante**	NO	NO	NO	NO	NO	NO	4 sellantes por año
Exámenes Auxiliares							
Hemoglobina , hematocrito	1	2	2	2	NO	NO	NO
Grupo sanguíneo y Rh	1	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Glicemia (tira reactiva o cuantitativa)	1*	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Tamizaje neonatal (hipotiroidismo congénito, hiperplasia suprarrenal, fenilcetonuria y fibrosis quística)	1	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Examen de heces (descarte de parasitosis)	NO	NO	1	1	1	1	1
Prueba de sífilis	1*	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Gota gruesa - frotis	1*	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Suplemento de micronutrientes(hierro)	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Quimioterapia antiparasitaria*	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI

** Sólo en centros odontológicos afiliados a la red de prevención

ANEXO C - EVALUACIÓN MÉDICA PREVENTIVA EN CENTROS MÉDICOS MAPFRE

EVALUACIÓN	MUJERES				HOMBRES			
	12-17	18-39	40-59	>59	12-17	18-39	40-59	>59
Evaluación clínica general	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Peso, talla e IMC	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Presión arterial	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
EVALUACIÓN GINECOLÓGICA								
Consulta ginecológica	SI**	SI	SI	SI				
Examen de mamas		SI	SI	SI				
Papanicolaou		> 21 años	SI	SI				
Mamografía bilateral			SI	SI				
Ecografía de mamas		>35 años	SI	SI				
EVALUACIÓN UROLÓGICA								
Consulta médica						SI	SI	SI
Tacto rectal (opcional)							SI	SI
Ecografía prostática							SI	SI
EVALUACIÓN OFTALMOLÓGICA								
Consulta oftalmológica	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Examen externo del ojo (estudio de cámara anterior)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Examen de agudeza visual	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Presión ocular	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
EVALUACIÓN ODONTOLÓGICA								
Odontograma	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Profilaxis supragingival	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
EXÁMENES AUXILIARES								
Hemograma completo	SI	SI	SI	SI		SI	SI	SI
Perfil lipídico (colesterol, LDL, HDL, VLDL y triglicéridos)		SI	SI	SI		SI	SI	SI
Creatinina sérica		SI	SI	SI		SI	SI	SI
Antígeno prostático (PSA)							>50 años	SI
Glucosa		SI	SI	SI		SI	SI	SI
Examen de orina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Electrocardiograma (EKG)		SI	SI	SI		SI	SI	SI
Radiografía simple de tórax		SI	SI	SI		SI	SI	SI
COSTO PREFERENCIAL	S/ 99.00	S/ 199.00	S/ 290.00	S/ 290.00	S/ 99.00	S/ 169.00	S/ 229.00	S/ 229.00

(*) Sedes: San Isidro (Av. Guardia Civil 664), Surco (Av. Caminos del Inca 238), Magdalena (Av. Javier Prado Oeste 2501), San Miguel (Ca. Cardenal Guevara 132) e Independencia (Av. Industrial Mz. D Lt. 12)

SI*: Adolescentes con vida sexual activa y en compañía de madre, padre o tutor legal.

CLÍNICAS Y CENTROS AFILIADOS A MAPFRE

CLÍNICAS Y CENTROS MEDICOS AFILIADOS EN LIMA

RED PREFERENTE MAPFRE

Nombre	Dirección	Teléfono	Código
MAPFRE CENTRO MEDICO INDEPENDENCIA	Av. Industrial 3616, Independencia	(01) 213-3333 Opción 02	1406722
MAPFRE CENTRO MEDICO SAN MIGUEL	Ca. Cardenal Guevara 132, San Miguel	(01) 213-3333 Opción 02	00023431
MAPFRE CENTRO MEDICO MAGDALENA	Av. Javier Prado Oeste 2511, Magdalena	(01) 213-3333 Opción 02	00023857
MAPFRE CENTRO MEDICO SURCO	Av. Caminos del Inca 244, Surco	(01) 213-3333 Opción 02	00026938

RED COMPLEMENTARIA

CLÍNICA RICARDO PALMA	Av. Javier Prado Este N° 1066, San Isidro	(01) 224-2224	980008C
-----------------------	---	---------------	---------