

SEGURO MÉDICO FAMILIAR
EL PREVISOR - PLAN A

CODIGO SBS AE0716400133

| | |
|-----------------------|---|
| SUMA ASEGURADA | BENEFICIO MÁXIMO POR PERSONA: US\$ 3,000,000 |
|-----------------------|---|

| Atención Ambulatoria | Deducibles | Cubierto al |
|-----------------------------|-------------------|--------------------|
|-----------------------------|-------------------|--------------------|

COBERTURA NACIONAL - CREDITO

LIMA

| Red | Clínicas | Deducibles | Cubierto al |
|-------|---|-----------------|-------------|
| Red 1 | Clínica Stella Maris, Clínica Padre Luis Tezza, Clínica Javier Prado, Clínica San Pablo (Cono Norte y Cono Sur), Clínica el Golf, Clínica San Gabriel, Clínica Santa Teresa Clínica San José, Clínica Maison de Santé (Lima y Sur), Clínica Los Andes, Clínica Vesalio, Clínica Montefiori, Clínica Internacional San Borja, CM Mapfre (Independencia, San Miguel, Magdalena y Surco) | \$10 / consulta | 90% |
| Red 2 | Clínica San Pablo (Surco), Clínic Ricardo Palma, Clínica Santa Isabel, Clínica Delgado | \$20 / consulta | 80% |
| Red 3 | Clínica San Felipe, Clínica, Clínica Anglo Americana | \$25 / consulta | 80% |

PROVINCIAS

| Red | Clínicas | Deducibles | Cubierto al |
|----------------|--|-----------------|-------------|
| Red Provincias | Clínica Feijoo (Tumbes), Clínica San Miguel (Piura), Clínica Miraflores (Piura), Clínica Belen (Piura), Clínica del Pacífico (Chiclayo), Clínica Sanchez Ferrer (Trujillo), Clínica Peruano Americana (Trujillo), Clínica Sociedad Virgen de la Puerta (Trujillo), Clínica Paredes (Cusco), Centro Médico Pardo (Cusco), Clínica Panamericana (Cusco), Clínica San Pablo (Huaraz), Clínica Los Fresnos (Cajamarca), Clínica Limatambo (Cajamarca), Hogar Clínica San Juan de Dios (Arequipa), Clínica Arequipa (Arequipa), Clínica Daniel A. Carrion (Ica), Clínica San Pedro (Huacho), Clínica Santa Ana (Tacna), Clínica Cayetano Heredia (Huancavelica), Clínica Ruhr Goyzueta (Huancayo), Clínica Adventista Ana Stahl (Iquitos) | \$10 / consulta | 90% |

COBERTURA NACIONAL - REEMBOLSO

| Atención Ambulatoria | Clínicas a nivel Nacional | Deducibles | Cubierto al |
|----------------------|---------------------------|------------------|-------------|
| | | \$ 30 / consulta | 70% |

COBERTURA INTERNACIONAL - CREDITO Y REEMBOLSO

| A través nuestra Central de Asistencia Internacional | Telf.: (51)-1-444-0606. | Deducibles | Cubierto al |
|--|-------------------------|------------|-------------|
| | | \$500/año | 80% |

| Clinica Digital MAPFRE | Copago S/. | Cubierto al |
|-------------------------------|-------------------|--------------------|
|-------------------------------|-------------------|--------------------|

| | | | |
|-------------------------------|---|------------|------|
| Video consulta | Por Medicina general en el horario de atención de 7am a 7pm y Pediatría en el horario de atención de 9 am a 9 pm, todos los 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. | Sin Copago | 90% |
| | Por Especialidades con reserva de cita online, dentro del horario de atención de lunes a sábados de 8am a 1pm y 2pm a 7pm 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. | Sin Copago | 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% |
| Prueba de descarte COVID-19 | Prueba de antígenos en los Centros Médicos Mapfre para descarte de COVID-19. Reserva de citas online desde la plataforma web Portal Clientes y en nuestra App MAPFRE. | S/. 50 | 100% |

**SEGURO MÉDICO FAMILIAR
EL PREVISOR - PLAN A**

CODIGO SBS AE0716400133

| Atención Médica a Domicilio a través de central de asistencia SI24 | | Deducibles | Cubierto al |
|--|--|--|-------------|
| SOLO COBERTURA NACIONAL | | | |
| Atención Médica a Domicilio Se brinda sólo en la ciudad de Lima a través de nuestra Central de Asistencia SI24 . Telf.: 231-3333 | | \$ 10.00 / consulta | 100% |
| Especialidades: Medicina Interna Pediatría | | | |
| Atención de Hospitalización | | Deducibles | Cubierto al |
| COBERTURA NACIONAL - CREDITO | | | |
| LIMA | | | |
| Red 1 | Clínica Stella Maris, Clínica Padre Luis Tezza, Clínica Javier Prado, Clínica San Pablo (Cono Norte y Cono Sur), Clínica el Golf, Clínica San Gabriel, Clínica Santa Teresa Clínica San José, Clínica Maison de Santé (Lima y Sur), Clínica Los Andes, Clínica Vesalio, Clínica Montefiori, Clínica Internacional San Borja, CM Mapfre (Independencia, San Miguel, Magdalena y Surco) | Sin deducible | 90% |
| Red 2 | Clínica San Pablo (Surco), Clínic Ricardo Palma, Clínica Santa Isabel, Clínica Delgado | 1 día de cuarto | 85% |
| Red 3 | Clínica San Felipe, Clínica Anglo Americana. | 1 día de cuarto | 80% |
| PROVINCIAS | | | |
| Red Provincias | Clínica Feijoo (Tumbes), Clínica San Miguel (Piura), Clínica Miraflores (Piura), Clínica Belen (Piura), Clínica del Pacifico (Chiclayo), Clínica Sanchez Ferrer (Trujillo), Clínica Peruano Americana (Trujillo), Clínica Sociedad Virgen de la Puerta (Trujillo), Clínica Paredes (Cusco), Centro Médico Pardo (Cusco), Clínica Panamericana (Cusco), Clínica San Pablo (Huaraz), Clínica Los Fresnos (Cajamarca), Clínica Limatambo (Cajamarca), Hogar Clínica San Juan de Dios (Arequipa), Clínica Arequipa (Arequipa), Clínica Daniel A. Carrion (Ica), Clínica San Pedro (Huacho), Clínica Santa Ana (Tacna), Clínica Cayetano Heredia (Huancavelica), Clínica Ruhr Goyzueta (Huancayo), Clínica Adventista Ana Stahl (Iquitos) | Sin deducible | 90% |
| COBERTURA NACIONAL - REMBOLSO | | | |
| Atención Hospitalaria | Clinicas a nivel Nacional | \$100/ cada hospit. | 90% |
| COBERTURA INTERNACIONAL - CREDITO | | | |
| A través nuestra Central de Asistencia Internacional | Telf.: 305 807 2497 | \$2,500 / año | 90% |
| COBERTURA INTERNACIONAL - REEMBOLSO | | | |
| A través nuestra Central de Asistencia Internacional | Telf.: 305 807 2497 | \$2,500 / año | 80% |
| Atención de los Servicios de Emergencia Ambulatoria | | Deducibles | Cubierto al |
| COBERTURA NACIONAL | | | |
| Emergencia Accidental Ambulatoria dentro de las primeras 48 horas Emergencia Médica y/o Accidental a Domicilio. En todas las clínicas afiliadas (Red1, Red2, Red3, Red Provincias) | | Sin deducible | 100% |
| COBERTURA INTERNACIONAL | | | |
| A través de nuestra Central de Asistencia Internacional . Telf.: 305 807 2497 | | Sin deducible | 100% |
| Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) | | Deducibles | Cubierto al |
| COBERTURA NACIONAL E INTERNACIONAL | | | |
| Después del 3er año hasta \$25,000.00 de por vida Después del 6to año hasta \$100,000.00 de por vida | | Según cobertura amb., hosp. y pool de clínicas afiliadas | 100% |
| Ambulancia Aérea hasta \$25,000.00 | | Deducibles | Cubierto al |
| COBERTURA NACIONAL E INTERNACIONAL | | | |
| Traslado sólo con aprobación de la compañía. Exclusivamente a través de nuestra Central de Asistencia Internacional . Telf.: 305 807 2497 | | Sin deducible | 100% |
| Transporte por Evacuación en el Perú | | Deducibles | Cubierto al |
| COBERTURA NACIONAL E INTERNACIONAL | | | |
| Traslado en ambulancia y/o avión comercial por emergencia médica y/o accidental. Exclusivamente a través de nuestra Central de Asistencia Internacional . Telf.: 305 807 2497 | | Sin deducible | 100% |

**SEGURO MÉDICO FAMILIAR
EL PREVISOR - PLAN A**

CODIGO SBS AE0716400133

| Asistencia en viajes | Deducibles | Cubierto al |
|--|---|-------------|
| COBERTURA NACIONAL E INTERNACIONAL | | |
| En el Perú y en el extranjero Limite de permanencia fuera del lugar de residencia 60 días Exclusivamente a través de nuestra Central de Asistencia Internacional. Telf.: (51) -1 - 444 - 0606 | Sin deducible | 100% |
| a) Transporte o repatriación sanitaria en caso de lesiones o enfermedad | Traslado a centro hospitalario, o domicilio habitual | |
| b) Transporte o repatriación de los asegurados acompañantes | Hasta su domicilio habitual o hasta el lugar donde el asegurado se encuentre | |
| c) Desplazamiento y estancia de un familiar, en caso de que la hospitalización del asegurado fuera superior a 5 días | En el Perú: Gastos de transporte (ida y vuelta) + gastos de estadía = \$40 por día, máximo \$120. | |
| | En el extranjero: Gastos de transporte (ida y vuelta) + gastos de estadía = \$75 por día, máximo \$750 | |
| d) Desplazamiento del asegurado por interrupción del viaje debido al fallecimiento de un familiar | Hasta el 2do. Grado de parentesco, hasta el lugar de inhumación; siempre que sea imposible hacerlo en el medio de transporte utilizado en dicho viaje | |
| e) Asistencia sanitaria por lesión o enfermedad del asegurado | \$ 6,000 por viaje y por asegurado | |
| f) Prolongación de la estancia del asegurado en el extranjero | Gastos de Hotel: \$75 /día, máximo \$750 | |
| g) Transporte o repatriación del asegurado fallecido de los demás acompañantes | Trámite y gastos de traslado del asegurado al Perú | |
| h) Transmisión de mensajes urgentes | Relativos al evento que dio origen a las prestaciones | |
| i) Envío de medicamentos urgentes fuera del Perú | Envío fuera del Perú sino es posible obtenerlos en el lugar donde se encuentre | |
| j) Desplazamientos urgentes por la ocurrencia de siniestro en el domicilio permanente del asegurado | Por siniestro grave que requiera la presencia urgente del asegurado | |
| COBERTURAS RELATIVAS A EQUIPAJES Y EFECTOS | | |
| Localización y transporte de los equipajes y efectos | Asesoría para la denuncia de robo o extravío, envío del equipaje | |
| Suministro de fondos en caso de extravío del equipaje en | Luego de 24 horas de earribo a lugar de destino: \$ 150 | |
| AMBITO TERRITORIAL DE LA COBERTURA DE ASISTENCIA | | |
| En el Perú y en el extranjero | a),b),c),d),g),j) | |
| Exclusivamente en el extranjero | e),h),i) : beneficios válidos por un período máximo de 60 días a partir de la fecha de inicio del viaje | |

| Atención de Maternidad | Deducibles | Cubierto al |
|---|--|----------------------|
| COBERTURA NACIONAL | | |
| Parto Natural, Césarea y Aborto no provocado, hasta \$4,000 | En Clínicas Afiliadas (Red1, Red2 Provincias, Red3, Red4) | Sin deducible 90% |
| COBERTURA INTERNACIONAL | | |
| Parto Natural, Césarea y Aborto no provocado, hasta \$4,000 | A través nuestra Central de Asistencia Internacional Telf.: 305 807 2497 | Sin deducible 90% |

SEGURO MÉDICO FAMILIAR
EL PREVISOR - PLAN A

CODIGO SBS AE0716400133

| Odontología | | Deducibles | Cubierto al |
|--|---|--|--|
| COBERTURA NACIONAL | | | |
| LIMA | | | |
| Por cada pieza dental tratada | GERDENT, MULTIDENT, CENTRO ODONTOLÓGICO SAN ISIDRO, CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO, DENTAL CARE, CENTRO ODONTOLÓGICO MONTEERRICO | \$15 | 100% |
| PROVINCIAS | | | |
| Por cada pieza dental tratada | CLINICA DENTAL CASO LAY (Chiclayo), CERDENT (Piura, Iquitos, Huancayo, Cusco, Arequipa), CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO (Cajamarca, Piura, Chiclayo, Trujillo, Huaraz, Huancayo, Cusco, Puno, Arequipa, Tacna, Pucallpa, Juliaca) | Desde S/. 35 | 0% |
| Oftalmología | | Deducibles (S/.) | Cubierto al |
| COBERTURA NACIONAL | | | |
| Examen completo de la vista | INSTITUTO OFTALMOLÓGICO WONG CONFA INSTITUTO OFTALMOLÓGICO OPELUCE OMNIA VISIÓN OFTALMOVISION | Desde S./45 | 100% |
| Enfermedades Congénitas hasta \$50,000 de por vida | | Deducibles | Cubierto al |
| COBERTURA NACIONAL E INTERNACIONAL | | | |
| Recien nacidos dentro de la cobertura de maternidad de la póliza. La cobertura tendrá efecto en las clínicas | | Sin deducible | 100% |
| Trasplante de órganos hasta US\$3,000,000 con un máximo de US\$500,000 al año | | Deducibles | Cubierto al |
| COBERTURA NACIONAL E INTERNACIONAL | | | |
| Gastos por concepto de hospitalización, cirugía y atención médica requeridos por trasplante de : riñón, corazón, hígado, pulmón, páncreas o médula ósea. | | Sin deducible | 100% |
| Enfermedades oncológicas | | Deducibles | Cubierto al |
| COBERTURA NACIONAL E INTERNACIONAL | | | |
| Gastos por concepto de atención ambulatoria y hospitalización en las clínicas afiliadas. | | Según cobertura amb., hosp. y pool de clínicas | Según cobertura amb., hosp. y pool de clínicas afiliadas |
| Prótesis quirúrgicas internas hasta US\$2,000 no renovables | | Deducibles | Cubierto al |
| COBERTURA NACIONAL E INTERNACIONAL | | | |
| Gastos por concepto de material quirúrgico traumatológico interno. | | Sin deducible | 100% |
| Chequeos Preventivos - Anual | | Deducibles | Cubierto al |
| COBERTURA NACIONAL - SOLO EN LIMA | | | |
| Evaluación: Clínica, exámenes auxiliares, ginecológica, cardiológica, oftalmológicas y odontológica. En Lima: CM MAPFRE Independencia, CM MAPFRE Surco, CM MAPFRE Magdalena, CM MAPFRE San Miguel, Clínica Montefiori, CM Jockey Salud Clínica, Limatambo, Clínica Los Andes, Clínica Vesalio, Clínica Limatambo - Sede Minka | | Sin deducible | 100% |
| Consulta de Segunda Opinión por Cirugía | | Deducibles | Cubierto al |
| SOLO COBERTURA NACIONAL | | | |
| Para todos los casos de cirugía electiva. | | Sin deducible | 100% |
| Gastos de Sepelio | | Deducibles | Cubierto al |
| COBERTURA NACIONAL hasta \$5,000.00 COBERTURA INTERNACIONAL hasta \$10,000.00 | | | |
| Gastos por concepto de ataúd, nicho pepetuo, capilla ardiente, carroza y gastos administrativos con motivo de fallecimiento por enfermedad o accidente. Servicio de crédito a través de FUNERARIA MERINO o FINISTERRE . Comuníquese a nuestra Central de Asistencia SI24 para más información al Telef. 213-3333. | | Sin deducible | 100% |

**SEGURO MÉDICO FAMILIAR
EL PREVISOR - PLAN A**

CODIGO SBS AE0716400133

| TARIFARIO ⁽¹⁾ | | |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| RANGO DE EDADES | PRIMA COMERCIAL ANUAL US\$ | PRIMA COMERCIAL ANUAL US\$ + IGV |
| Hasta 30 años | \$1,409 | \$1,662 |
| De 31 a 35 años | \$1,482 | \$1,749 |
| De 36 a 40 años | \$1,809 | \$2,135 |
| De 41 a 45 años | \$2,027 | \$2,392 |
| De 46 a 49 años | \$2,350 | \$2,773 |
| De 50 a 55 años | \$3,239 | \$3,822 |
| De 56 a 60 años | \$4,193 | \$4,948 |
| De 61 a 65 años | \$6,372 | \$7,519 |
| De 66 a 74 años | \$9,602 | \$11,331 |
| 1 Hijo | \$886 | \$1,046 |
| 2 Hijos | \$1,768 | \$2,086 |
| 3 Hijos | \$2,476 | \$2,921 |
| 4 Hijos | \$3,183 | \$3,756 |

Importante:

(1) Prima Comercial referencial en dólares sujeto a evaluación de antecedentes médicos, siniestralidad y criterios técnicos actuariales. 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 (aplican intereses con una TEA 16.5%)

PERIODICIDAD:

Renovación anual.

COMERCIALIZACIÓN:

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

SEGURO MÉDICO FAMILIAR EL PREVISOR - PLAN A

CODIGO SBS AE0716400133

PERIODO DE CARENCIA

LA COMPAÑÍA no pagará beneficio alguno dentro de los primeros treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha de

PERIODO DE ESPERA

Sólo una vez que EL TITULAR y/o DEPENDIENTE haya cumplido un 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 y Cirugía Eximer Láser (para corrección de miopía, hipermetropía y astigmatismo).
- Nevus u Onicomiosis.
- Hemorroides y Várices.
- Hernias de cualquier tipo incluida la Hernia de Núcleo Pulposo.
- Diabetes, Hipertensión Arterial y Dislipidemia.
- Hipotiroidismo e hipertiroidismo.
- 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.

Enfermedades Congénitas No Conocidas: Periodo de espera veinticuatro (24) meses.

Trasplante de órganos y tejidos: Periodo de espera veinticuatro (24) meses.

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 prevista en el Art. 29 de las Cláusulas Generales de Contratación dispuesto por MAPFRE PERÚ.

SEGURO MÉDICO FAMILIAR
EL PREVISOR - PLAN A

CODIGO SBS AE0716400133

| ANEXO 1 - PROGRAMA DE MATERNIDAD | | | | | | | | | | |
|---|---|---------|---------|---------------|---------|---------|---------------|----------|----------|------------|
| PERIODO DE EMBARAZO | 1ER TRIMESTRE | | | 2DO TRIMESTRE | | | 3ER TRIMESTRE | | | Post Parto |
| | 1er mes | 2do mes | 3er mes | 4to mes | 5to mes | 6to mes | 7mo mes | 8avo mes | 9eno mes | |
| CONSULTAS | | | | | | | | | | |
| Ginecología | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 2 |
| Odontología | Una evaluación que incluye odontograma y profilaxis | | | | | | | | | |
| Psico Profilaxis | 7 sesiones programadas por entidad vinculada | | | | | | | | | |
| LABORATORIO | | | | | | | | | | |
| Hemograma completo | 1 | | | | | | | | 1 | |
| Grupo sanguíneo y factor | 1 | | | | | | | | | |
| Glicemia en ayunas | 1 | | | | | | | | | |
| Creatinina | 1 | | | | | | | | | |
| VDRL o RPR | 1 | | | | | | | | | |
| ELISA VIH1 VIH2* | 1 | | | | | | | | | |
| HB AgS | | | | | | | | | 1 | |
| Examen completo de orina | 1 | | | | | | | | | |
| Ecografía convencional** | 1 | | | | | 1 | | | 1 | |
| SUPLEMENTOS NUTRICIONALES | | | | | | | | | | |
| Fierro¹: solo o c/ ácido fólico | 30tab | 30tab | 30tab | 30tab | 30tab | 30tab | 30tab | 30tab | 30tab | 30tab |
| Cálcio² más vit.D | 30tab | 30tab | 30tab | 30tab | 30tab | 30tab | 30tab | 30tab | 30tab | 30tab |

* Previa firma de consentimiento informado.

**Incluye perfil biofísico, diámetros cefálico, torácicos, longitud de femur, transluminiscencia nucal.

¹ Como sulfato, gluconato u otra sal.

² Como carbonato o citrato.

SEGURO MÉDICO FAMILIAR

EL PREVISOR - PLAN A

CODIGO SBS AE0716400133

| ANEXO 2 - CONTROL DEL NIÑO SANO | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|----------------|----------------|--|
| EDAD | RN | 2° Mes | 3° Mes | 4° Mes | 5° Mes | 6° Mes | 7° Mes | 8° Mes | 9° Mes | 10° Mes | 11° Mes | 12° Mes | |
| Evaluación Clínica | | | | | | | | | | | | | |
| Anamnesis | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | |
| Examen de aparatos y sist. | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | |
| Peso, talla, IMC | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | |
| Exámenes Auxiliares | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| Hemograma | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| Hemoglobina | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| Consulta Oftalmológica | | | | | | | | | | | | | |
| Exámen externo del ojo | - | - | - | SI | | | | | | | | | |
| Descarte de estrabismo | - | - | - | SI | | | | | | | | | |
| Medición de agudeza visual | - | - | - | SI | | | | | | | | | |
| Fondo de ojo s/ dilatación | - | - | - | SI | | | | | | | | | |
| Descarte de Glaucoma | - | - | - | SI | | | | | | | | | |
| Consulta Odontológica* | | | | | | | | | | | | | |
| Odontograma | | | | | | SI | | | | | | | |
| Profilaxis | | | | | | SI | | | | | | | |
| Fluorización (<13 años) | | | | | | SI | | | | | | | |
| Inmunizaciones** | SI | SI | SI | SI | | | | | | | | SI | |

* Solo en la Red propia de MAPFRE y odontológica indicada en el plan de salud, una vez al año.

** Según Guía de inmunizaciones

SEGURO MÉDICO FAMILIAR
EL PREVISOR - PLAN A

CODIGO SBS AE0716400133

ANEXO 3 GUIA DE INMUNIZACIONES

| VACUNAS | HOMBRES/MUJERES | | | | | | | | | | | | MUJERES |
|------------------------|-----------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-------|----------|----------|--------|--------------------|---------------|
| | RECIEN NACIDO | 2 Meses | 4 Meses | 6 Meses | 7 Meses | 8 Meses | 9 Meses | 1 Año | 15 Meses | 18 Meses | 4 Años | Mayores de 60 Años | MEF Gestantes |
| | BCG | Si | | | | | | | | | | | |
| HvB | Si | Si* | Si* | Si* | | | | | | | | | |
| IPV | | Si | Si | | | | | | | | | | |
| APO | | | | Si | | | | | | Si | Si | | |
| DIFTERIA | | Si* | Si* | Si* | | | | | | | | | |
| TOS CONVULSIVA | | Si* | Si* | Si* | | | | | | | | | |
| HiB | | Si* | Si* | Si* | | | | | | | | | |
| TETANOS | | Si* | Si* | Si* | | | | | | | | | |
| NEUMOCOCCO 1 | | Si | Si | | | | | Si | | | | | |
| INFLUENZA ¹ | | | | | Si | Si | | | | | | Si | |
| ROTAVIRUS ¹ | | Si | Si | | | | | | | | | | |
| SRP | | | | | | | | Si | | Si | | | |
| AMA | | | | | | | | | Si | | | | |
| DPT | | | | | | | | | | Si | Si | | |
| DT * | | | | | | | | | | | | | Si |

- BCG Bacilo Calmet Guerin TBC
- HvB Hepatitis B
- IPV Vacuna de Poliovirus Inactivada (Inyectable)
- APO Poliomeilitis Oral
- HiB Haemophilus influenza tipo B
- SRP Sarampion Rubeola y Paperas
- AMA AntiAmarilica
- DPT Difteria Tos convulsiva y Tetanos
- DT Difteria y Tetanos
- MEF Mujer en Edad Fertil

¹Solo en CENTRO DE VACUNACION DE APEPS Trabajaré exclusivamente con vacunas de esquema MINSA.

* Como Pentavalente

Nota: Pentavalente= DPT + HepatitisB + Haemophilus Influenza Tipo B
Hexavalente= Pentavalente + Polio

Vacunas coberturadas solo en IPRESS con beneficio de inmunización según su plan de salud.

| RED INMUNIZACIONES LIMA | | | |
|----------------------------|----------------------------------|--------------------|-----------|
| Nombre | Dirección | Teléfono | Código |
| CENTRO DE VACUNACION APEPS | Av. Las Orquideas N° 2839, Lince | (001) 2114141 A436 | 99-0002-C |

SEGURO MÉDICO FAMILIAR
EL PREVISOR - PLAN A

CODIGO SBS AE0716400133

| ANEXO 4 - PROGRAMA PREVENTIVO ANUAL | | | | | | | | |
|---|---------|---------|----------|---------|---------|----------|--------------------|---------------|
| PRUEBA | MUJERES | | | HOMBRES | | | NIÑOS ^a | ADOLESCENTES* |
| EVALUACION CLINICA | 18 a 39 | 40 a 49 | 50 a más | 18 a 39 | 40 a 49 | 50 a más | 2 a 12 | 13 a 17 |
| Anamnesis | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Examen clínico completo | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Peso, talla, IMC | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Presión Arterial | SI | SI | SI | SI | SI | SI | | |
| Tacto rectal | | | | | | SI | | |
| EXAMENES AUXILIARES | | | | | | | | |
| Hemograma | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Hemoglobina | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Colesterol total | SI | SI | SI | SI | SI | SI | | |
| Glucosa | SI | SI | SI | SI | SI | SI | | |
| Antígeno prostático | | | | | | SI | | |
| Electrocardiograma | | SI | SI | | SI | SI | | |
| Radiografía de Torax | SI | SI | SI | SI | SI | SI | | |
| CONSULTA GINECOLOGICA | | | | | | | | |
| Evaluación Ginecológica | SI | SI | SI | | | | | |
| Examen de mama | SI | SI | SI | | | | | |
| Papanicolau** | SI | SI | SI | | | | | |
| Mamografía | | SI *** | SI | | | | | |
| CONSULTA OFTALMOLOGICA | | | | | | | | |
| Exámen externo del ojo | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Descarte de estrabismo | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Medición de agudeza visual, incluye refracción en caso de que se requiera | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Fondo de ojo s/ dilatación | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Presión Ocular | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| CONSULTA ODONTOLOGICA * | | | | | | | | |
| Odontograma | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Profilaxis | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| Fluorización | | | | | | | SI | |

^a Dentro del programa de control de niño sano y adolescente

* Solo en la Red propia de Mapfre y odontológica indicada en el plan de salud, una vez al año.

**Mujeres adultas (>18). Requiere consentimiento de la paciente

*** Mamografía cada dos años.

CLÍNICAS Y CENTROS AFILIADOS A MAPFRE

CLÍNICAS Y CENTROS MEDICOS AFILIADOS LIMA

RED 1

| | |
|------------------------------------|---|
| MAPFRE CENTRO MEDICO INDEPENDENCIA | Av. Industrial Mz D Lt 12 Independencia |
| MAPFRE CENTRO MEDICO SAN MIGUEL | Calle Cardenal Guevara N°132, Esq. con Av. Rafael Escardó, San Miguel |
| MAPFRE CENTRO MEDICO MAGDALENA | Av. Javier Prado Oeste 2501 Piso 1 Magdalena |
| MAPFRE CENTRO MEDICO SURCO | Av. Caminos del Inca 238, Santiago de Surco |
| CLINICA STELLA MARIS | Av. Paseo de Los Andes 923 Pueblo Libre Telf. :463-6666 |
| CLINICA SAN LUCAS | Av. Guardia Civil 385. San Borja Telf. : 225-6900 |
| CLINICA JAVIER PRADO | Av. Javier Prado Este 1066. San Isidro Telf. : 440-2000 |
| CLINICA EL GOLF | Av. Aurelio Miro Quesada 1030. San Isidro Telf. : 264-3300 |
| CLINICA SAN PABLO ConoNorte | Av. Carlos Iza guirre 153. Independencia Telf. : 613-4444 |
| CLINICA SAN PABLO Cono Sur | Av. Belisario Suarez 998 Urb. Andrés Avelino Cáceres San Juan de Miraflores Telf.: 457-0827 |
| CLINICA SAN JOSE | Av. Las Gaviotas 207. Bellavista Callao Telf. : 452-5003 |
| CLINICA MAISON DE SANTELima | Jr. Miguel Aljovin 208-222 Lima Telf. : 428-8345 |
| CLINICA MAISON DE SANTESur | Av. Chorrillos 173. Chorrillos Telf. : 4670616 |
| CLINICA LOS ANDES | Calle Asunción 177 Miraflores Telf. : 221-0468 |
| CLINICA PADRE LUIS TEZZA | Av. El Polo 570. Monterrico. Surco Telf. : 610-5050 |
| CLINICA SAN GABRIEL | Av. La Marina 2955. San Miguel Telf. : 614-2222 |
| CLINICA VESALIO | Calle Joseph Thompson 140 Urb. Sto. Tomás – San Borja Telf.: 618-9999 |
| CLINICA MONTEFIORI | Av. Separadora Industrial 380 La Molina Telf.: 437-0900 |
| CLINICA SANTA TERESA | Calle Los Halcones 410 Urb. Jardín Surquillo – Telef.: 221-2027 |

RED 2

| | |
|-------------------------|---|
| CLINICA RICARDO PALMA | Av. Javier Prado Este 1060. San Isidro Telf. : 224-2224 |
| CLINICA DELGADO | Av. Angamos Oeste N° 450-490 Miraflores Telf. 377-7000 |
| CLINICA SAN PABLO Surco | Av. El Polo 789 Monterrico Telf. : 610-3333 |
| CLINICA SANTA ISABEL | Av. Guardia Civil 135. San Borja Telf. : 475-1347 |

RED 3

| | |
|-------------------------|---|
| CLINICA ANGLO AMERICANA | Calle Alfredo Salazar S/n. San Isidro Telf. : 221-3656 |
| CLINICA SAN FELIPE | Av. Gregorio Escobedo 650. Jesús María Telf. : 463-0909 |

CLÍNICAS Y CENTROS MEDICOS AFILIADOS PROVINCIA

RED PROVINCIAS

| | |
|----------------------------------|--|
| CLINICA FEIJOO | Av. Mariscal Castilla 305 Tumbes Telf.: (072) 525-341 |
| CLINICA DANIEL A. CARRION | Av. San Idelfonso 226 Chincha Alta - Chincha - Ica Telf.: (056) 262-667 |
| CLINICA SAN PEDRO | Av Echenique 641 - Huaho - Huaura -Lima Telf.: 232-4841 |
| CLINICA SANTA ANA | Calle Arica 151. Tacna Telf. : (052) 714-661 |
| CLINICA AREQUIPA | Esquina Puente Grau y Bolognesi. Arequipa Telf. : (054) 253-424 |
| CLINICA HOGAR SAN JUAN DE DIOS | Av. Ejército 1020 Cayma, Arequipa Telf.: (054)252-256 |
| CLINICA CAYETANO HEREDIA | Av. Huancavelica 745 El Tambo Huancayo Telf.: (064)252-998 |
| CLINICA RUHR GOYZUETA | Jr. Huancas 269, Huancayo Telf.: (064)233-051 |
| CLINICA SAN MIGUEL | Av. Los Cocos 111-153 Urb. Club Grau, Piura Telf.: (073) 304-610 |
| CLINICA MIRAFLORES | Las Dalías A-12 Urb. Miraflores, Castilla Piura Telf.: (073) 34303 |
| CLINICA BELEN | Av. Loreto 1139 Centro Ciudad, Piura Telf.: (073) 322-910 |
| CLINICA ADVENTISTA ANA STAHL | Av. La Marina 285 Iquitos Telf. : (065) 252-549 |
| CLINICA SÁNCHEZ FERRER | Calle Los Laureles 436 Trujillo Telf.: (044) 285-541 |
| CLINICA PERUANOAMERICANA | Av. Mansiche 810 Urb. Santa Inés Trujillo Telf. : (044) 231-261 |
| CLINICA SOC. VIRGEN DEALA PUERTA | Av. Manuel Vera Enriquez 777 Urb. Primavera, Trujillo Telf.: (044) 241-505 |

| | |
|--|---|
| CLINICA DEL PACIFICO | Av. José Leonardo Ortiz 420 Chiclayo Telf. : (074) 232-141 |
| CLINICA LOS FRESNOS | Jirón Los Nogales 179 Urb. El Ingenio, Cajamarca Telf.: (076)364-046 |
| CLINICA LIMATAMBO | Jr. Puno 263 Barrio Chontapaccha. Cajamarca Telf.: (076) 824-241 |
| CLINICA SAN PABLO HUARAZ | Jr. Huaylas 172 Centenario Huaraz Telf. : (043) 42-8811 |
| CLINICA PANAMERICANA | Urb. Larapa Grande C-1-7- San Jerónimo, Cusco Telf.: (084) 270-000 |
| CENTRO MEDICO PARDO | Av. De La Cultura 710. Wunchaq Cusco Telf. : (084) 264-162 |
| CLINICA PAREDES | Calle Lechugal 485 Cusco Telf. : (084) 225-265 |
| CLÍNICAS Y CENTROS ODONTOLÓGICOS AFILIADOS | |
| RED ODONTOLÓGICA | |
| CERDENT | Lord Cochrane 240. San Isidro Telf.: 421-6643/421-6631 Sucursales en Lima y 7 Sucursales en Provincias |
| MULTIDENT | Av. La Merced 227 Miraflores Telf: 273-3333/ 448-3288 8 Sucursales en Lima |
| DENTAL CARE | Calle Manuel A. Fuentes 969 San Isidro Telf.: 421-0367 |
| CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO | Av. Juand de Arona 425, San Isidro Telf.: 421-6323 9 Sucursales en Lima y 12 en provincia |
| CENTRO ODONTOLÓGICO SAN ISIDRO | Calle Manuel Bañón 236 San Isidro Telf.: 221-5853 |
| CENTRO ODONTOLÓGICO MONTE RRICO | Av. Prolongación Primavera 1654 -202 Monterrico Telf.: 34-41594 |
| CENTRO ODONTOLÓGICO CASO LAY | Av. Luis Gonzales 839, Segundo Piso, Chiclayo Telf.: (074) 23-9021 |
| CENTRO ODONTOLÓGICO SOCOLA | Av. Sullana 704, Piura Telf.: (073) 32-8774 |
| CENTRO ODONTOLÓGICO DANCUART | Centro Comercial La Salle Of. 2022, Arequipa Telf.: (054) 21-5227 |
| CLÍNICAS Y CENTROS OFTALMOLÓGICOS AFILIADOS | |
| RED OFTALMOLÓGICA | |
| INSTITUTO OFTALMOLÓGICO WONG | Av. Guardia Civil 554 Corpac San Isidro Telf. 226-4452 |
| OMNIA VISION | Intihuatana y Marginal de la Selva s/n Surco Telf. 449-1061/429-9494 |
| OPELUCE | Av. Arequipa 1885, Lince Telf.: 472-8829 |
| CONFIA INSTITUTO OFTALMOLÓGICO | Av. José Gálvez Barrenechea 356 Corpac San Isidro Telf. 475-3320 |
| OFTALMOSALUD | Av Javier Prado Este 1142 San Isidro Telf.: 224-1363 |
| BM CLINICA DE OJOS | Av. Sequicentenario 416, Urb. Santa Victoria, Chiclayo Telf.: (074) 20-8873 |
| OFTALMOVISION | Av. América Norte 2120, Urb. Primavera, Trujillo Telf.: (044) 25-0922 |
| OTRAS CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS AFILIADOS | |
| HYPERBARIC INTERNATIONAL GROUP | Av. Salaverry 3005, San Isidro Telf.: 264-1846 |
| SUIZA LAB | Calle Atahualpa 308, Miraflores Telf.: 612-6666 |
| PSICOSALUD | Jr. Arica 795, Miraflores Telf.: 243-6305 |
| ORGANIZACIÓN DE SALUD INTERCONTINENTAL | Calle Gonzales Prada 385, Miraflores Telf.: 446-3693 |
| CENTRO QUIROPRACTICO UNIVERSAL | Calle Monte Rosa 125- Of. 2C3 (2do. Piso), Centro Comercial Chacarilla, Surco Telf.: 372-7339 |
| QUIROMEDIC | Av. José Pardo 1101, Miraflores Telf.: 444-5347 |
| QUIROSALUD | Calle La Pradera 102, Chacarilla, Surco Telf.: 372-2708 |