

SEGURO MÉDICO FAMILIAR

EL PREVISOR - PLAN B

CODIGO SBS AE0746420004

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

Atención Ambulatoria		Deducibles	Cubierto al
COBERTURA NACIONAL - CREDITO Y REEMBOLSO			
Atención Ambulatoria	Clínicas a nivel Nacional	\$250/año	80%
COBERTURA INTERNACIONAL - CREDITO Y REEMBOLSO			
A través nuestra Central de Asistencia Internacional	Telf.: (51)-1-444-0606.	\$500/año	80%

Clínica 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.	S/. 30	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.	S/. 30	90%
Orientación Médica Telefónica	Asesoría médica por llamada a través de nuestro Call Center SI24 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%

Atención de Hospitalización		Deducibles	Cubierto al
COBERTURA NACIONAL - CREDITO Y REEMBOLSO			
Atención Hospitalaria	Clínicas a nivel Nacional	\$500/año	90%
COBERTURA INTERNACIONAL - CREDITO Y REEMBOLSO			
A través nuestra Central de Asistencia Internacional	Telf.: (51)-1-444-0606.	\$5,000/año	90%

Atención de los Servicios de Emergencia Ambulatoria		Deducibles	Cubierto al
COBERTURA NACIONAL			
Emergencia Accidental Ambulatoria dentro de las primeras 48 horas		Sin deducible	100%
En todas las clínicas afiliadas (Red 1, Red 2 provincias, Red 3, Red 4)			
COBERTURA INTERNACIONAL			
A través de nuestra Central de Asistencia Internacional. Telf.: (51)-1-444-0606		Sin deducible	100%

SEGURO MÉDICO FAMILIAR EL PREVISOR - PLAN B

CODIGO SBS AE0746420004

Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA)	Deducibles	Cubierto al
COBERTURA NACIONAL E INTERNACIONAL		
Después del 3er año hasta \$25,000.00 de por vida	Según cobertura	100%
Después del 6to año hasta \$100,000.00 de por vida		

Ambulancia Aérea hasta \$25,000.00	Deducibles	Cubierto al
COBERTURA NACIONAL E INTERNACIONAL		
Traslado sólo con aprobación de la compañía.	Sin deducible	100%
Exclusivamente a través de nuestra Central de Asistencia Internacional. Telf.: (51) -1 - 444 -		

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.	Sin deducible	100%
Exclusivamente a través de nuestra Central de Asistencia Internacional. Telf.: (51) -1 - 444 -		

Asistencia en viajes	Deducibles	Cubierto al
COBERTURA NACIONAL E INTERNACIONAL		
En el Perú y en el extranjero	Sin deducible	100%
Límite de permanencia fuera del lugar de residencia 60 días		
Exclusivamente a través de nuestra Central de Asistencia Internacional. Telf.: (51)-1-444-0606		

COBERTURAS ASISTENCIA EN VIAJES	CARACTERISTICAS
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 En el extranjero: Gastos de transporte (ida y vuelta) + gastos de estadía = \$75
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 en el	\$ 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	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 PERSONALES	
Localización y transporte de los equipajes y efectos personales	Asesoría para la denuncia de robo o extravío, envío del equipaje
Suministro de fondos en caso de extravío del equipaje en vuelo regular	Luego de 24 horas de arribo 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 (Pool A, Pool B, Pool C, Pool D)	Sin deducible	90%
COBERTURA INTERNACIONAL			
Parto Natural, Césarea y Aborto no provocado, hasta \$4,000	A través nuestra Central de Asistencia Internacional Telf.: (51) -1-444-0606.	Sin deducible	90%
Odontología		Deducibles	Cubierto al
COBERTURA NACIONAL			
LIMA			
Por cada pieza dental tratada	CERDENT, MULTIDENT, CENTRO ODONTOLÓGICO SAN ISIDRO, CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO, DENTAL CARE, CENTRO ODONTOLÓGICO MONTEERRICO		0%
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%
COBERTURA INTERNACIONAL			
Hasta \$300 solo por accidentes / año	A través nuestra Central de Asistencia Internacional Telf.: (51) - 1 -444-0606.	Sin deducible	100%
Oftalmología		Deducibles	Cubierto al
COBERTURA NACIONAL			
Examen completo de la vista	INSTITUTO OFTALMOLOGICO W/ONIC CONFIA INSTITUTO OFTALMOLÓGICO OPELUCE OMNIA VISIÓN OFTALMOVISION	Desde S/.45	0%
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		Sin deducible	100%
Transplante de Organos hasta \$3'000,000 con un máximo de \$500,000 al año		Deducibles	Cubierto al
COBERTURA NACIONAL E INTERNACIONAL			
Gastos por concepto de hospitalización, cirugía y atención médica requeridos por transplante de :		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
Material Quirúrgico Traumatológico Interno hasta \$.2,000 no renovables		Deducibles	Cubierto al
COBERTURA NACIONAL E INTERNACIONAL			
Gastos por concepto de material quirúrgico traumatológico interno.		Sin deducible	100%
Cheques Preventivos - Anual		Deducibles	Cubierto al
COBERTURA NACIONAL - SOLO EN LIMA			
Evaluación: Clínica, exámenes auxiliares, ginecológica, cardiológica, oftalmológicas y odontológica. En Lima: Centro Médico Independencia, Clínica Vesalio, Clínica Montefiori, Centro Médico Jockey Salud Clínica Limatambo, Clínica Los Andes, 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 B

CODIGO SBS AE0746420004

TARIFARIO ⁽¹⁾		
RANGO DE EDADES	PRIMA COMERCIAL ANUAL US\$	PRIMA COMERCIAL ANUAL US\$ + IGV
Hasta 30 años	\$1,286	\$1,517
De 31 a 35 años	\$1,353	\$1,597
De 36 a 40 años	\$1,649	\$1,946
De 41 a 45 años	\$1,853	\$2,187
De 46 a 49 años	\$2,151	\$2,538
De 50 a 55 años	\$3,001	\$3,541
De 56 a 60 años	\$3,867	\$4,563
De 61 a 65 años	\$5,814	\$6,861
De 66 a 74 años	\$8,681	\$10,244
Mayor a 75 años	\$10,847	\$12,800
1 Hijo	\$874	\$1,031
2 Hijos	\$1,763	\$2,080
3 Hijos	\$2,280	\$2,690
4 Hijos	\$2,657	\$3,135

Importante:

(1) Tarifas vigentes a partir del 01.09.2023. 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 B**

CODIGO SBS AE0746420004

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 Pulposos.
- 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 B

CODIGO SBS AE0746420004

ANEXO 1 - 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	8avo mes	9eno mes	
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										
Fierro ¹ : solo o c/ ácido fólico	30tab	30tab	30tab	30tab	30tab	30tab	30tab	30tab	30tab	30tab
Cálcio ² más vit.D	30tab	30tab	30tab	30tab	30tab	30tab	30tab	30tab	30tab	30tab

* Previa firma de consentimiento informado.

**Incluye perfil biofisico, diametros cefálico, torácicos, longitud de femur, transluminiscencia nual.

¹ Como sulfato, gluconato u otra sal.

² Como carbonato o citrato.

SEGURO MÉDICO FAMILIAR
EL PREVISOR - PLAN B

CODIGO SBS AE0746420004

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 B

CODIGO SBS AE0746420004

ANEXO 3 GUIA DE IMMUNIZACIONES													
VACUNAS	HOMBRES/MUJERES												MUJERES
	RECIENTE	2	4	6	7	8	9	1	15	18	4	Mayores	MEF
	NACIDO	Meses	Meses	Meses	Meses	Meses	Meses	Año	Meses	Meses	Años	de 60 Años	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 Guérin TBC
HvB	Hepatitis B
IPV	Vacuna de Poliovirus Inactivada (Inyectable)
APO	Poliomielitis Oral
HiB	Haemophilus influenza tipo B
SRP	Sarampión Rubéola y Paperas
AMA	AntiAmarilica
DPT	Difteria Tos convulsiva y Tetanos
DT	Difteria y Tetanos
MEF	Mujer en Edad Fértil

¹Solo en CENTRO DE VACUNACION DE APEPS Trabaja 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 IMMUNIZACIONES LIMA			
Nombre	Dirección	Teléfono	Código
CENTRO DE VACUNACION APEPS	Av. Las Orquídeas N° 2839, Lince	(001) 2114141 A436	99-0002-C

SEGURO MÉDICO FAMILIAR
EL PREVISOR - PLAN B

CODIGO SBS AE0746420004

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 Maria 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 Chinchipe - Chinchipe - Ica Telf.: (056) 262-667
CLINICA SAN PEDRO	Av Echenique 641 - Huacho - Huancayo -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 Dalias 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 DE LA 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 ODONTOLOGICOS AFILIADOS	
RED ODONTOLOGICA	
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
	Av. Juand de Arona 425, San Isidro Telf.: 421-6323
CENTRO ODONTOLOGICOAMERICANO	9 Sucursales en Lima y 12 en provincia
CENTRO ODONTOLOGICOSAN ISIDRO	Calle Manuel Bañón 236 San Isidro Telf.: 221-5853
CENTRO ODONTOLOGICOMONERRICO	Av. Prolongación Primavera 1654 -202 Monterrico Telf.: 34-41594
CENTRO ODONTOLOGICOCASO LAY	Av. Luis Gonzales 839, Segundo Piso, Chiclayo Telf.: (074) 23-9021
CENTRO ODONTOLÓGICOSOCOLA	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 OFTALMOLOGICOS AFILIADOS	
RED OFTALMOLOGICA	
INSTITUTO OFTALMOLOGICOWONG	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 INSTITUTOOFTALMÓLOGICO	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 MEDICOS 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