

SOLICITUD / CERTIFICADO RENTA HOSPITALARIA POR ACCIDENTE PLAN CONTIGO SALUD

Código SBS N°: AE0506110227
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias
Póliza N°: 7005-500000

IMPORTANTE

Esta Solicitud – Certificado de Seguro incluye un beneficio que consiste en una Asistencia en Salud, el mismo que es gestionado y operado por la empresa Health Care Administration Red Salud S.A.C, cuyo Manual de Uso consta como Anexo N° 1 al presente documento. Para solicitar cualquier beneficio de la Asistencia en Salud deberás llamar al (01) 445-3019 anexo 107 (Lima) y al 0800-47676 anexo 107 (provincias). Asimismo, podrás solicitar previamente una atención médica o reservar una cita médica en www.red-salud.com. Recuerda que para solicitar la Asistencia en Salud deberás identificarte como cliente de RED SALUD.

La Asistencia en Salud NO podrá ser brindada en caso no hayas llamado a los teléfonos indicados en el párrafo precedente o no hayas solicitado tu cita a través de la web www.red-salud.com Asimismo, ten en cuenta que la Asistencia en Salud cuenta con un período de carencia de 72 HORAS DESDE LA FECHA DE CONTRATACIÓN DE ESTE SEGURO, por lo que durante ese tiempo, no podrás solicitar la Asistencia en Salud.

DATOS DEL CONTRATANTE

Razón Social: Financiera Efectiva S.A.	RUC: 20441805960
Dirección: Cal. Santorín 167 Santiago de Surco	Teléfono: 01 641-2412
Página Web: www.efectiva.com.pe	

DATOS DE LA ASEGURADORA

Aseguradora: Rimac Seguros y Reaseguros	RUC: 20100041953
Dirección: Avenida Las Begonias N° 475	
Teléfono: 01 411-3000	Página web: www.rimac.com

DATOS DEL ASEGURADO

Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Nombre:	Fecha de Nacimiento: / /
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Tipo y N° de Documento:
Email:	Teléfono:
Dirección:	

PLAN (Marcar con una x)

1 año 2 años 3 años 4 años 5 años

Máximo de pólizas a contratar por cliente: Máximo 2 pólizas ambas estando activas. **En caso que se supere el máximo de Solicitudes - Certificados de Seguro contratados, dichos certificados de seguro contratados en exceso serán nulos.**

IMPORTANTE:

Con la firma del Asegurado en el presente documento, éste recibe el presente documento que consta de 14 páginas, y brinda su conformidad y aceptación a los términos y condiciones establecidos en este Certificado de Seguro.

Asimismo, el Asegurado confirma la exactitud y veracidad de sus declaraciones expresadas, indicando que cualquier declaración inexacta y/o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable, respecto de circunstancias conocidas por él y que hubiesen impedido la emisión de la presente Solicitud – Certificado de Seguro, o que surta efectos legales o modificado sus condiciones si la ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hará que se proceda a la nulidad del presente Certificado de Seguro.

El Asegurado podrá solicitar copia de la Póliza a la ASEGURADORA, sin perjuicio del pago que corresponda efectuar por dicho servicio adicional.

Lugar y fecha de emisión: _____, ____ de _____ de _____



Alfredo Marchini Saponara
Gerente Productos Individuales
Rimac Seguros y Reaseguros

ASEGURADO

SOLICITUD / CERTIFICADO RENTA HOSPITALARIA POR ACCIDENTE PLAN CONTIGO SALUD

Código SBS N°: AE0506110227
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias
Póliza N°: 7005-500000

IMPORTANTE

Esta Solicitud – Certificado de Seguro incluye un beneficio que consiste en una Asistencia en Salud, el mismo que es gestionado y operado por la empresa Health Care Administration Red Salud S.A.C, cuyo Manual de Uso consta como Anexo N° 1 al presente documento. Para solicitar cualquier beneficio de la Asistencia en Salud deberás llamar al (01) 445-3019 anexo 107 (Lima) y al 0800-47676 anexo 107 (provincias). Asimismo, podrás solicitar previamente una atención médica o reservar una cita médica en www.red-salud.com. Recuerda que para solicitar la Asistencia en Salud deberás identificarte como cliente de RED SALUD.

La Asistencia en Salud NO podrá ser brindada en caso no hayas llamado a los teléfonos indicados en el párrafo precedente o no hayas solicitado tu cita a través de la web www.red-salud.com Asimismo, ten en cuenta que la Asistencia en Salud cuenta con un período de carencia de 72 HORAS DESDE LA FECHA DE CONTRATACIÓN DE ESTE SEGURO, por lo que durante ese tiempo, no podrás solicitar la Asistencia en Salud.

DATOS DEL CONTRATANTE

Razón Social: Financiera Efectiva S.A.	RUC: 20441805960
Dirección: Cal. Santorín 167 Santiago de Surco	Teléfono: 01 641-2412
Página Web: www.efectiva.com.pe	

DATOS DE LA ASEGURADORA

Aseguradora: Rimac Seguros y Reaseguros	RUC: 20100041953
Dirección: Avenida Las Begonias N° 475	
Teléfono: 01 411-3000	Página web: www.rimac.com

DATOS DEL ASEGURADO

Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Nombre:	Fecha de Nacimiento: / /
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Tipo y N° de Documento:
Email:	Teléfono:
Dirección:	

PLAN (Marcar con una x)

1 año 2 años 3 años 4 años 5 años

Máximo de pólizas a contratar por cliente: Máximo 2 pólizas ambas estando activas. **En caso que se supere el máximo de Solicitudes - Certificados de Seguro contratados, dichos certificados de seguro contratados en exceso serán nulos.**

IMPORTANTE:

Con la firma del Asegurado en el presente documento, éste recibe el presente documento que consta de 14 páginas, y brinda su conformidad y aceptación a los términos y condiciones establecidos en este Certificado de Seguro.

Asimismo, el Asegurado confirma la exactitud y veracidad de sus declaraciones expresadas, indicando que cualquier declaración inexacta y/o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable, respecto de circunstancias conocidas por él y que hubiesen impedido la emisión de la presente Solicitud – Certificado de Seguro, o que surta efectos legales o modificado sus condiciones si la ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hará que se proceda a la nulidad del presente Certificado de Seguro.

El Asegurado podrá solicitar copia de la Póliza a la ASEGURADORA, sin perjuicio del pago que corresponda efectuar por dicho servicio adicional.

Lugar y fecha de emisión: _____, ____ de _____ de _____



Alfredo Marchini Saponara
Gerente Productos Individuales
Rimac Seguros y Reaseguros

ASEGURADO

COBERTURAS DEL PRODUCTO	
COBERTURA	Suma(s) Asegurada(s)
Renta Hospitalaria por Accidente (Máx. de 30 días al año consecutivos o no consecutivos).	S/ 50 por día
BENEFICIO	-----
Asistencia de Salud	Según Términos y Condiciones del Manual de Uso (ver Anexo N° 1 de este Certificado de Seguro).

PERÍODO DE CARENCIA PARA LA ASISTENCIA DE SALUD

El beneficio de Asistencia de Salud cuenta con un período de carencia de 72 horas desde la fecha de contratación del Titular y/o desde la fecha de afiliación de sus beneficiarios. Es decir, durante dicho período de tiempo, no se podrá hacer uso de dicho beneficio.

Ley 29733 – Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento:

Conforme a lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales (la “Ley”) y en el Decreto Supremo 003-2013/JUS - Reglamento de la Ley (el “Reglamento”), doy mi consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco, para que Rimac Seguros y Reaseguros (en adelante, RIMAC) realice el tratamiento de los datos personales que le proporcione de forma física o digital (los “Datos Personales”), con la finalidad de ejecutar cualquier relación contractual que mantengo y/o mantendré con la misma, así como para fines estadísticos y/o analíticos, y/o de comportamiento del cliente y/o para que evalúen la calidad del producto o servicio brindado. Declaro conocer mi derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento.

Autorizo para los fines señalados, que RIMAC pueda realizar un tratamiento por encargo a terceros de mis Datos Personales, pudiendo transferirlos a nivel nacional y/o internacional a las empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece RIMAC, además de otras empresas cuyo listado completo se encuentra en la página web www.rimac.com.pe, sujetándose a las mismas obligaciones y medidas de seguridad, técnicas y legales.

Declaro haber sido informado que conforme a la Ley y el Reglamento, mientras dure mi relación contractual con RIMAC y hasta por 10 años de culminada la misma, mis Datos Personales se almacenarán en el banco de datos de Clientes de titularidad de RIMAC, con domicilio en Av. Paseo de la República 3505 Piso 11 – San Isidro, Lima, estando además inscritos en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación “Clientes” con código RNPDP-PJP N° 1637.

Declaro conocer mi derecho a solicitar el acceso a mis Datos Personales y conocer su tratamiento, así como a solicitar su actualización, inclusión, rectificación, cancelación y supresión, pudiendo oponerme a su uso o divulgación, a través de cualquiera de las Plataformas de Atención de RIMAC. Teniendo a salvo además el ejercicio de la tutela de mis derechos ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales en vía de reclamación o al Poder Judicial para la acción de hábeas data.

PRIMA COMERCIAL ANUAL (INCLUYE IGV)

Plan (De acuerdo a la vigencia del seguro)	1 año	2 año	3 año	4 año	5 año
Prima Comercial Anual Total (inc. IGV)	S/ 118.80	S/ 237.60	S/ 356.40	S/ 475.20	S/ 594.00

Comisión del comercializador: Treinta y ocho punto quince por ciento sobre la prima comercial sin IGV.

Recuerda que la vigencia del Plan que contrates no podrá ser inferior al plazo del crédito que te ha otorgado el Contratante (Financiera Efectiva).

FORMA DE PAGO

Ten en cuenta que el pago de la prima anual lo realizarás mensualmente (fraccionada) al momento de pagar las cuotas de tu crédito, el cual te ha otorgado el Contratante (Financiera Efectiva).

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

PERSONAS ASEGURABLES

Edad mínima de ingreso: 18 años para Asegurado Titular.

Edad máxima de ingreso: 69 años y 364 días para Asegurado Titular.

EDAD LÍMITE DE PERMANENCIA

La edad máxima de permanencia bajo la cobertura de Renta Hospitalaria por Accidente es ilimitada.

No obstante, es importante tener en cuenta que la Asistencia de Salud que forma parte de este Certificado de Seguro en calidad de beneficio, cuenta con una edad máxima de ingreso de 69 años y 364 días. Si el asegurado solicitó un crédito antes de cumplirse la edad máxima de ingreso, la asistencia permanecerá vigente hasta la culminación de la vigencia del crédito, aun si es que a la fecha de fin de vigencia del crédito, el Asegurado ya haya superado la edad máxima antes citada.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Podrás arrepentirte de la contratación de este seguro, presentando una carta con copia de DNI en las Plataformas de RIMAC SEGUROS, dentro de los 15 días calendarios siguientes a la fecha de haber recibido esta Solicitud – Certificado de Seguro, siempre que no hayas utilizado las coberturas y/o beneficios otorgados por este seguro. Una vez ejercido el Derecho de Arrepentimiento, se procederá a devolver la totalidad de la prima pagada al Responsable de Pago. El Asegurado Titular podrá ejercer este derecho empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

DERECHO DE RESOLVER EL CERTIFICADO DE SEGURO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

Se podrá resolver este Certificado de Seguro mediante una carta a la ASEGURADORA, con una anticipación no menor de treinta (30) días, a la fecha en que surtirá efectos la resolución. Corresponde a la ASEGURADORA la prima por la vigencia corrida del Certificado de Seguro.

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA PRINCIPAL DE RENTA HOSPITALARIA POR ACCIDENTE

La ASEGURADORA cubre el cien por ciento (100%) del monto de la renta contratada por cada día que el ASEGURADO se encuentre hospitalizado, siempre y cuando la hospitalización supere las veinticuatro (24) horas y se realice en una Institución Hospitalaria legalmente constituida y sea justificada de acuerdo a los parámetros médicos vigentes de la ASEGURADORA.

El beneficiario es el Asegurado. En caso que el Asegurado falleciera en el periodo de tiempo en que se mantuviera hospitalizado, y no se haya solicitado la cobertura del presente Seguro, esta deberá ser solicitada por los BENEFICIARIOS o HEREDEROS LEGALES del Asegurado.

EXCLUSIONES

La presente Póliza no cubre ningún gasto originado por prestaciones médicas. Tampoco indemnizará al asegurado en caso las hospitalizaciones sean originadas, relacionadas o causadas por:

- Cirugía estética o plástica o reconstructiva, siempre que la misma no guarde relación con el accidente cubierto por la presente póliza.
- Cualquier afectación del estado de salud o lesiones cuando el acto generador del siniestro sea resultantes del uso no diagnosticado por un médico colegiado de drogas, fármacos, estupefacientes, narcóticos y alcohol, inclusive en situaciones de embriaguez por bebidas alcohólicas o bajo influencia de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos. En el caso de lesiones a consecuencia de accidentes en situación de embriaguez por bebidas alcohólicas se considerará que el ASEGURADO se encuentra en estado etílico o situación de embriaguez, y por lo tanto sujeto a esta exclusión, cuando el examen de alcoholemia tomado inmediatamente después del accidente arroje un resultado igual o mayor a 0.5gr./Lt. en caso que la muestra para el examen de alcoholemia no sea tomada inmediatamente después del accidente, para calcular el grado de alcohol en la sangre al momento del accidente, se considerará una disminución por hora de 0.15gr./Lt. desde el momento del accidente hasta la toma de la muestra. En el caso de situación bajo influencia de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos se considerará cualquier grado positivo de un examen toxicológico.

- c) Las afectaciones del estado de salud del ASEGURADO a consecuencia de la conducción de un vehículo motorizado sin contar con la licencia de conducir vigente que corresponda al tipo de vehículo según la normativa pertinente, y que esta inobservancia haya causado o contribuido al daño o afectación al ASEGURADO.
- d) Lesiones a consecuencia de actos de guerra, revoluciones y de fenómenos catastróficos de la naturaleza, servicio militar, así como los que resulten de la participación activa en actos delictivos, motines, huelgas, conmoción civil y terrorismo.
- e) Lesiones producidas voluntariamente o en estado mental insano como suicidio, intento de suicidio, auto lesión, auto mutilación, peleas, riñas, salvo en las que se demuestre legítima defensa, lo cual tendrá que probarse a través de una resolución judicial o un atestado policial.
- f) Hospitalizaciones originadas por negligencia del propio ASEGURADO en perjuicio de su rehabilitación incluyendo los casos en que el ASEGURADO se auto medique por propia cuenta.
- g) Prognatismo, problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular y craneomandibular, desórdenes u otras alteraciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y los relacionados con ellos, siempre que los mismos no guarden relación con el accidente cubierto por la presente póliza.
- h) Lesiones como consecuencia directa o indirecta de fusión o fisión nuclear, isótopos radioactivos así como radioterapia y rayos x sin supervisión médica.
- i) Los accidentes que se produzcan en la práctica de actividades y deportes que no guarden relación con la actividad u ocupación declarada por el ASEGURADO siendo aquellos los siguientes: conducción de automóviles o vehículos de competencia así como la participación en carreras de automóviles, motos, motonetas, bicicletas, motocross, downhill, la participación en concursos o prácticas hípicas, alpinismo o andinismo, cacería, pesca submarina o en alta mar, ala delta, parapente, puenting, paracaidismo, buceo, escalada, esquí, kayak, montañismo, rafting, rappel, snowboard, trekking, sky-surf, skateboard, mountain bike o ciclismo de montaña.
- j) Hospitalizaciones realizadas en instituciones legalmente no establecidas y hospitalizaciones por convalecencia.
- k) Por acto delictivo contra el ASEGURADO cometido en calidad de autor o Cómplice por el(los) BENEFICIARIO(S) HEREDERO(S) LEGAL(ES) dejando a salvo el derecho a recibir el capital garantizado de los restantes BENEFICIARIOS o HEREDEROS LEGALES, si los hubiere, así como su derecho de acrecer.
- l) Viajes aéreos y marítimos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en medios de transporte no comerciales, a excepción de embarcaciones recreacionales, que recorran itinerarios no fijos ni regulares; así como operaciones o viajes submarinos.
- m) Participación como conductor, copiloto o acompañante, en carreras o entrenamiento para carreras de automóviles, bicicletas, motocicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos, motocicletas náuticas, lanchas a motor, avionetas y de caballos.
- n) La práctica o desempeño de profesión u oficio claramente riesgoso, siendo aquellos los siguientes: bomberos, mineros, pilotos o tripulantes de nave aérea o marítima, miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales, ingenieros químicos, obreros de construcción, manipuladores de explosivos.
- o) Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza.
- p) Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales para ASEGURADOS que por su trabajo están considerados dentro del seguro complementario de trabajo de riesgo (SCTR).

AVISO A RIMAC PARA SOLICITAR LA COBERTURA DE RENTA HOSPITALARIA POR ACCIDENTE

Deberás dar aviso a RIMAC, dentro de los siete (07) días calendarios siguientes a la fecha de producido el accidente que dé lugar a una hospitalización, bajo los términos y condiciones de este Certificado de Seguro. No obstante lo antes indicado, la demora en el aviso no generará el rechazo de la solicitud de cobertura.

SOLICITUD DE COBERTURA DE RENTA HOSPITALARIA POR ACCIDENTE

Una vez culminada la hospitalización, se deberán presentar los siguientes documentos:

1. Factura o boleta de pago según corresponda y documento que acredite la hospitalización en el Hospital o Clínica donde se verifique el nombre del ASEGURADO hospitalizado, el periodo y el motivo de la hospitalización.
2. Copia Fedateada y foliada de la Historia Clínica del ASEGURADO, desde el ingreso al internamiento.
3. Original o Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado Médico con el o los diagnóstico(s) presentados.
4. Copia simple del Documento Nacional de Identidad del ASEGURADO.
5. En caso de fallecimiento del ASEGURADO durante el periodo de hospitalización, este documento solo deberá ser presentado en caso los BENEFICIARIOS cuenten con la copia del mismo.
6. En caso de fallecimiento del ASEGURADO, los HEREDEROS LEGALES deberán presentar -adicionalmente- lo siguiente:
 - a) Inscripción definitiva de la Declaratoria de Herederos, ya sea por Sucesión Intestada o por Testamento, en caso de no se hayan nombrado beneficiarios. Copia Certificada del Acta de
 - b) Defunción expedida por RENIEC. Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado de Defunción.
 - c) del Certificado de Defunción.
 - d) Copia simple del Documento Nacional de Identidad de los Herederos Legales. Si fuera extranjero, el Carné de Extranjería o en su defecto el Pasaporte.

Todos los documentos no deben tener una antigüedad mayor a tres (3) meses.
Los Centros Médicos que emitan pronunciamiento de acuerdo a los requisitos anteriores, deben ser legalmente reconocidos.

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la totalidad de la documentación para que se produzca la liquidación del Siniestro, la ASEGURADORA deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro.

En caso la ASEGURADORA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el ASEGURADO, BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para el pronunciamiento respecto a la procedencia del pago hasta que se presente la documentación e información correspondiente solicitada.

En caso que la ASEGURADORA no se pronuncie dentro del plazo de treinta (30) días señalado precedentemente, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido salvo que se solicite la prórroga de dicho plazo.

Una vez consentido el siniestro la ASEGURADORA tiene treinta (30) días calendarios para realizar el pago de la indemnización al ASEGURADO o a los Herederos Legales, según corresponda.

LUGARES AUTORIZADOS POR LA ASEGURADORA PARA SOLICITAR LAS COBERTURAS DE SEGURO

Oficinas en Lima:

Av. Las Begonias 475, San Isidro.
Av. Paseo de la República 3082, San Isidro.
Av. Comandante Espinar 689, Miraflores.

Oficinas en Provincia:

Arequipa: Pasaje. Belén 103, Urb. Vallecito (Telf. 054-381700).
Huancayo: Jr. Ancash 125, Huancayo (Telf. (064)-223233)
Trujillo: Av. America Oeste N° 750. Stand 1004-1006 (Telf. (044)-485200).
Chiclayo: Av. Salaverry 560, Urb. Patazca (Telf. (074)- 481400).
Piura: Calle Libertad 450 (Telf. (073)-284900)

MEDIOS HABILITADOS POR LA ASEGURADORA PARA PRESENTAR RECLAMOS

- Plataformas de Atención en Lima y Provincias y Central de Consultas
- Mediante carta dirigida a Rímac Seguros o a través de la página web o correo electrónico.
- Central de Consultas y Reclamos: (01)411-3000
- Correo electrónico: reclamos@rimac.com.pe
- Web: www.rimac.com

INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

Defensoría del Asegurado: www.defaseg.com.pe - Lima:(01) 421-0614 – Calle Amador Merino Reyna 307, Piso 9, San Isidro, Lima.

Indecopi: www.indecopi.gob.pe - (01) 224-7777 - Telf. gratuito de Provincias: 0-800-4-4040 / SEDE LIMA SUR: Calle de la Prosa 104, San Borja, Lima. / SEDE LIMA NORTE: Av. Carlos Izaguirre 988, Urb. Las Palmeras, Los Olivos, Lima.

Superintendencia de Banca y Seguros y AFP (SBS): www.sbs.gob.pe – LIMA: Plataforma de Atención al Usuario (PAU) Lima: Av. Dos de Mayo N° 1475 – San Isidro. La SBS cuenta con otras oficinas a nivel nacional.

El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.

Información adicional: La ASEGURADORA es responsable frente al Asegurado de las coberturas contratadas. Las comunicaciones cursadas por los Asegurados al Comercializador tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la ASEGURADORA. Los pagos efectuados al comercializador, se considerarán abonados a la ASEGURADORA.

MANUAL DE USO DEL BENEFICIO DE ASISTENCIA DE SALUD

Se deja constancia que la presente Red de Clínicas y/o Centros Médicos descritos en el presente listado, podrán sufrir modificaciones.

Te sugerimos que, antes de coordinar una cita, te informes acerca de la lista actualizada de la Red de Clínicas y/o Centros Médicos en www.red-salud.com/contigosalud

Este beneficio que forma parte de la Póliza de Seguro Renta Hospitalaria por Accidente es gestionado y operado por la empresa Health Care Administration Red Salud S.A.C con domicilio en la Av. José Pardo 601, Of. 502, Miraflores, Lima, a quien en adelante se denominará RED SALUD.

RIMAC SEGUROS no es responsable por cualquier daño o perjuicio que pudiera derivarse de la idoneidad del servicio que ofrece la empresa Health Care Administration Red Salud S.A.C.

El presente Manual de uso contiene los siguientes anexos:

- . Anexo 1: Condiciones y procedimientos para la atención médica.
- . Anexo 2: Procedimientos para solicitar los medicamentos en Inkafarma.
- . Anexo 3: Exclusiones.
- . Anexo 4: Periodo de carencia y periodos de espera.
- . Anexo 5: Detalles y descripciones de las coberturas del plan de salud.
- . Anexo 6: Exámenes de laboratorio cubiertos
- . Anexo 7: Diagnósticos cubiertos
- . Anexo 8: Obligaciones del contratante y/o afiliado.
- . Anexo 9: Red médica a nivel nacional.

ANEXO 1: CONDICIONES Y PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

CONDICIONES:

- a) Titular y/o Afiliado: Se denomina Afiliado y/o Titular al Asegurado bajo la Póliza de Seguro denominada “Renta Hospitalaria por Accidente”.
- b) Beneficiarios y/o Dependientes: Son beneficiarios y/o dependientes las personas inscritas por el Titular en la asistencia médica y tienen derecho a todas las coberturas médicas detalladas en el condicionado de salud.
- c) Podrán incluirse en este plan de salud las personas naturales entre los cero (0) años hasta los sesenta y nueve (69) años con trescientos sesenta y cuatro (364) días.
- d) El Titular y/o Afiliado y/o Beneficiario contarán con la presente asistencia, mientras la vigencia de la Póliza de Seguro “Renta Hospitalaria por Accidente” se encuentre activa. Los beneficios otorgados por la presente Asistencia se otorgan en la República del Perú, por lo que el Titular y/o sus Beneficiarios, para gozar de los beneficios de esta asistencia, se requiere que residan en el Perú.
- e) El Titular y/o Afiliado puede agregar como DEPENDIENTES a su cónyuge y/o hijos menores de 18 años, padres menores de 70 años o cualquier otra persona que sea parte del núcleo familiar, hasta un máximo de cuatro personas.
- f) **Para la inclusión de DEPENDIENTES, EL Titular deberá ingresar los datos personales de los BENEFICIARIOS en la siguiente página web www.red-salud.com/contigosalud o llamando a la central telefónica de RED SALUD (01)445-3019 anexo 107. La cobertura de los nuevos DEPENDIENTES se iniciará transcurridas setenta y dos (72) horas.**
- g) Conforme a lo dispuesto en la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, EL Afiliado y/o Dependientes toman conocimiento que y autoriza de forma expresa a RED SALUD podrá tratar sus datos personales para: fines estadísticos, comunicacionales relacionadas al servicio de asistencia, históricos, investigación en temas de salud o historias clínicas y cualquier otra actividad necesaria para la correcta prestación de los servicios de salud, cobertura y cumplimiento de diversas obligaciones legales por parte de RED SALUD.

PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA.

- a) Las atenciones para las distintas Prestaciones de Salud se encuentran sujetas a los horarios de atención y disponibilidad de los Establecimientos de Salud y de su equipo médico.
- b) Las prestaciones médicas otorgadas en el plan de salud para el Titular y/o Afiliado, estarán dadas únicamente por la Red de
- c) Proveedores médicos proporcionado por RED SALUD. La Red Médica está sujeta a cambios sin previo aviso.
El AFILIADO deberá asumir el costo de los Copagos que correspondan por las Prestaciones de Salud, conforme a lo señalado en el presente Manual de Uso de Asistencias.
- d) **El Titular y/o Afiliado que requieran las coberturas médicas ambulatorias contemplados en el presente documento, podrá coordinar su cita médica mediante estos 2 únicos canales de atención:**

ATENCIÓN TELEFÓNICA

- 1- Llama a la central telefónica de RED SALUD desde Lima (01)445-3019 anexo 107 y provincia 0800-47676 anexo 107 y solicita atención médica.
Horario de atención: Lunes a viernes de 9:00am a 6:30pm y sábados de 9:00am a 1:00pm.
- 2- El área de atención al cliente programa la cita médica.
- 3- Acércate al centro médico como afiliado de RED SALUD enseñando tu DNI en físico.

CITA MÉDICA ONLINE

- 1- Reserva tu cita médica en la web de RED SALUD: www.red-salud.com
- 2- RED SALUD se comunica contigo confirmando tu reserva.
- 3- Acércate al centro médico como afiliado de RED SALUD enseñando tu DNI en físico.

- e) Los medicamentos por esta atención médica, serán entregados al Titular y/o Afiliado en la farmacia del centro médico y de no existir la totalidad de los medicamentos en esta farmacia el afiliado deberá contactar con RED SALUD para coordinar la entrega de los medicamentos.
- f) De no existir algún proveedor médico en la zona donde se requiera el servicio, el Titular y/o Afiliado deberá contactarse con RED SALUD para proporcionarle la dirección de los Centros Médicos afiliados en la zona donde se encuentra y/o coordinar una cita con algún profesional médico más cercano.
- g) **Los Programas Preventivos no incluyen medicamentos, atenciones, exámenes y/o procedimientos no indicados expresamente en la Asistencia en Salud.** Queda aclarado que la naturaleza de estos programas es la prevención en salud y, por lo tanto, las atenciones para enfermedades, accidentes y/o malestares específicos, así como cualquier otra atención o situación que no califique como preventiva, no se encuentra incluida en estos programas.
- h) **Todos los exámenes incluidos en Los Programas Preventivos, serán ordenados en la consulta preventiva, no pudiendo el paciente requerirlos sin haber pasado por tal consulta y coordinarlo previamente con RED SALUD.**
- i) En cualquier caso, los servicios contemplados en este contrato se prestarán únicamente a quienes figuren como Titular y/o Afiliado dentro de la base de datos del plan de salud. El Titular y/o Afiliado asume la responsabilidad de informar a RED SALUD si hubiese alguna modificación de sus datos para mantener actualizada la información del Titular y/o Afiliado.
- j) En caso el Titular y/o Afiliado no cumpla adecuadamente con los requisitos indicados anteriormente, RED SALUD no asumirá responsabilidad ni gasto alguno relacionado con la no prestación de los servicios a que se refiere el presente contrato.

ANEXO 2: PROCEDIMIENTOS PARA SOLICITAR LOS MEDICAMENTOS EN INKAFARMA

Para solicitar los medicamentos en Inkafarma se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Haber pasado por consulta en nuestra red médica.
- Receta médica vigente no mayor a 7 días.

SOLICITA TUS MEDICAMENTOS EN INKAFARMA MEDIANTE ESTOS 3 CANALES DE ATENCIÓN:

Las zonas para coberturas de Delivery es restringido de acuerdo a zona geográfica por cadena de farmacia y si eres afiliado de Red Salud tus medicamentos no tienen costo de Delivery.

• CADENA DE FARMACIAS

- 1- Acércate a cualquier Inkafarma a nivel nacional.
- 2- Preséntate como afiliado de RED SALUD y enseña tu DNI en físico.
- 3- Entrega tu receta médica original vigente, con sello y firma del médico.

• DELIVERY INKAFARMA

- 1- Comunícate con Inkafarma al: 01315-9009 de lunes a domingo de 7:00 am a 11:00 pm.
- 2- Preséntate como afiliado de RED SALUD y brinda el N° de tu DNI.
- 3- Entrega al motorizado tu receta médica original.

• WHATSAPP RED SALUD PARA MEDICAMENTOS

- 1- Escríbenos al 999-908022 de lunes a viernes de 9:00 am a 6:30 pm y sábados de 9:00 am a 1:00 pm.
- 2- Envía una foto de tu receta médica y el número de tu Dni.
- 3- Entrega al motorizado tu receta médica original.

ANEXO 3: EXCLUSIONES PARA LAS COBERTURAS AMBULATORIAS

Si el TITULAR Y/O AFILIADO requiere recibir las coberturas mencionadas en el presente plan de salud, no tendrá derecho si el tratamiento requerido es a consecuencia de las exclusiones mencionadas a continuación:

- a) Enfermedades y/o lesiones preexistentes al momento de contratar el plan de salud. Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada o no por un profesional médico colegiado, conocida o no por el Titular y/o Afiliado y no resuelta en el momento previo al ingreso al presente plan de salud.
- b) Anomalías congénitas, trastornos que sobrevengan por tales anomalías, o se relacionen directamente con ellas.
- c) Exámenes y chequeos médicos de rutina.
- d) Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.
- e) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.
- f) Radiación nuclear.
- g) Participación activa del Titular y/o Afiliado en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- h) Participación activa del Titular y/o Afiliado en actos delictivos o en actos violatorios de leyes, normas o reglamentos públicos.
- i) Participación del Titular y/o Afiliado en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente como legítima defensa.
- j) Participación voluntaria del Titular y/o Afiliado como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- k) Práctica de los siguientes deportes de alto riesgo: buceo, caza submarina, canotaje, escalamiento de montañas y cuevas, puenting, paracaidismo, parapente, ala delta, boxeo y deportes ecuestres.
- l) Durante el desempeño de las siguientes actividades de alto riesgo: piloto, tripulante de avión, trabajo en minas de socavón, trabajo en torres o con líneas de alta tensión, manejo de explosivos o sustancias químicas, construcción, pesca, y miembros de las FF.AA o Policiales.
- m) Bajo la influencia de alcohol, drogas y/o estupefacientes.
- n) Intento de suicidio o lesiones intencionalmente auto infringidas, esté o no el Titular y/o Afiliado(s) en su sano juicio, o cualquier acto relacionado a tales sucesos.
- o) Tratamiento de la adicción a las drogas, alcoholismo, cualquier tipo de enfermedad mental, ansiedad, depresión, entre otros.
- p) Cirugía plástica o cosmética.

- q Curas de Reposo.
- r Embarazo, control del embarazo, parto, aborto o cualquier enfermedad o complicación surgida a causa de estos hechos.
- s Control de niño sano o controles pediátricos, vacunas.
- t Las enfermedades directas o denominadas oportunistas o lesiones secundarias al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
- u Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.
- v Cualquier tipo de consulta médica que no sean las de Medicina General, Pediatría, Ginecología o Urología.
- w Recetas médicas que no se emitan en la Red de Centros Médicos Afiliados.
- x Reembolsos de cualquier otro tipo, que no sea expresamente amparados por la presente cobertura y autorizados previamente por RED SALUD.
- y El presente plan de salud no cubrirá ninguna atención médica ambulatoria, diagnóstico, exámenes de laboratorio o rayos X, que no se encuentren descritos en el presente documento.

ANEXO 4: PERIODO DE CARENCIA

Periodo de tiempo durante el cual el TITULAR Y/O AFILIADO no recibe cobertura hasta después de las 72 horas de la fecha de afiliación del TITULAR Y/O AFILIADO al plan de salud.

ANEXO 5: CANTIDAD DE EVENTOS, DETALLE Y DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS DEL PLAN DE SALUD

CANTIDAD DE EVENTOS POR GRUPO FAMILIAR:

Plan	Atenciones médicas	Recetas médicas	Exámenes de laboratorio	Exámenes imagenología	Chequeo preventivo
1 año	6 eventos	6 eventos	6 eventos	6 eventos	6 eventos
2 años	12 eventos	12 eventos	12 eventos	12 eventos	12 eventos
3 años	18 eventos	18 eventos	18 eventos	18 eventos	18 eventos
4 años	24 eventos	24 eventos	24 eventos	24 eventos	24 eventos
5 años	30 eventos	30 eventos	30 eventos	30 eventos	30 eventos

DETALLE DEL PLAN DE SALUD

	COPAGO:	CUBIERTO AL:
Atención en Medicina General y especialidades: consultas médicas ambulatorias con profesional en Medicina General, Pediatría, Ginecología o Urología, según solicite el afiliado en nuestra red médica a nivel nacional (los eventos son por grupo familiar).	S/8.00 soles	100%
Recetas médicas: prescritas por el médico afiliado a Red Salud y derivadas de la atención médica ambulatoria, entregadas en presentación genérica, de acuerdo con el diagnóstico indicado en consulta (los eventos son por grupo familiar).	Sin copago	100%
Exámenes de laboratorio: exámenes derivados de la atención médica ambulatoria: examen de Bioquímica sanguínea, examen de heces, examen de orina, entre otros (los eventos son por grupo familiar).	Sin copago	100%
Imagenología: exámenes derivados de la atención médica ambulatoria, se consideran los siguientes: tomografías, ecografías, rayos x (los eventos son por grupo familiar).	Sin copago	100% (máximo S/200.00 por evento)
Chequeos preventivos (01 evento por grupo familiar): Chequeo preventivo adulto: incluye cita con médico general, control de peso, talla y hemograma completo. Incluye lectura de resultados. Chequeo preventivo infantil: incluye control de peso, talla, hemoglobina, parasitológico simple y test de Graham. Incluye lectura de resultados. Válido a partir de los 0 años a 13 años de edad.	Sin copago	100%
Referencias telefónicas: referencias de clínicas y centros médicos afiliados a la red médica a nivel nacional dentro del horario de atención de RED SALUD.	Sin copago	100% Ilimitado
Coordinación de citas: coordinación de citas con médicos afiliados a la red médica con 24 horas de anticipación dentro del horario de atención de RED SALUD	Sin copago	100% Ilimitado

DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS:

- Consultas médicas: atención médica ambulatoria otorgada por un profesional en Medicina General, Pediatría, Ginecología o Urología. Aplica copago de S/8.00 soles por cada consulta médica. Válido en nuestras clínicas o centros médicos afiliados a nuestra red médica a nivel nacional.
- Cobertura de medicamentos genéricos: las recetas médicas son de acuerdo al motivo principal de consulta prescrito por el médico tratante afiliado a RED SALUD. No aplica coaseguro por cada receta médica de acuerdo al plan de salud adquirido. No aplican reembolsos para recetas médicas.
- Cobertura de exámenes de laboratorio: Exámenes derivados de la atención médica de acuerdo al motivo principal de consulta prescrito por el médico tratante afiliado a EL PROVEEDOR
- Imagenología: no aplica copago de acuerdo al plan de salud adquirido. Los exámenes deberán ser indicados por el médico afiliado a RED SALUD, teniendo en cuenta las especificaciones descritas en el presente certificado. Válido en nuestras clínicas o centros médicos afiliados a nuestra red médica a nivel nacional. El presente plan de salud cubre únicamente los exámenes de acuerdo al diagnóstico principal de consulta indicados por alguno de los profesionales médicos afiliados a RED SALUD y son los siguientes: ecografías, tomografías, rayos x con un monto máximo de S/200 soles por evento por grupo familiar. Los exámenes de mamografías y otros similares o afines, no serán cubiertos por el presente plan de salud.

ANEXO 6: EXÁMENES DE LABORATORIO CUBIERTOS

Válido en nuestras clínicas o centros médicos afiliados a nuestra red médica a nivel nacional. No aplica coaseguro de acuerdo al plan de salud adquirido. Los exámenes deberán ser indicados por el médico afiliado a RED SALUD, teniendo en cuenta las especificaciones descritas en el presente certificado. La cobertura es de acuerdo al motivo principal de consulta prescrito por el médico tratante incluyendo y limitando a: exámenes de Hematología, Hemograma completo, Hematocritos, Recuento de plaquetas, Recuento de reticulocitos, Eritrosedimentación, Tiempo de coagulación, Tiempo de sangría, Tiempo de protombina (Quick), Tiempo parcial de tromboplastina (Aptt), Grupo sanguíneo y Factor RH, Coombs directo, Coombs indirecto, Investigación células LE, Factor antinúcleo (FAN), Investigación plasmodium (Gota Gruesa), Retracción del coágulo, Hierro sérico. Exámenes de Bioquímica Sanguínea.- Glucosa, Curva de tolerancia de glucosa, Urea, Creatinina, Ácido úrico, Colesterol, HDL, LDL, VLDL, Triglicéridos, Fosfolípidos, Lípidos totales, Proteínas totales y fracción, Proteinograma (electroforesis), Reserva alcalina, Cloro, Sodio, Fructosamina, Troponina, Calcio iónico, CPK, Potasio, Fósforo inorgánico, Timol coloidal, Bilirrubina TDI, Transaminasas (SGPT), Transaminasas (SGOT), Gama G transferasa (GGT), Fosfatasa alcalina, Fosfatasa alcalina total, Fosfatasa prostática, Amilasa, Deshidrogenasa láctica (LDH), Creatin fosfoquinasa, Magnesio, Litio, Lipasa. Exámenes de heces.- Parasitológico simple, Parasitológico seriado, Investigación oxiuros (Anal Swabb), HP Fecal, Sangre oculta, Sustancias reductoras, Coprocultivo – Antibiograma. Exámenes de orina.- Examen completo, Proteinuria de 24 hrs., Amilasuria, Microalbuminuria, Depuración de creatinina endógena (24 hrs.), Creatinuria, Ácido úrico (24 hrs.), Calcio (24 hrs.), Magnesio (24 hrs.), Magnesio (24 hrs.), Bacterioscópico en orina, Urocultivo – Antibiograma. Cualquier examen de laboratorio no indicado en la presente lista, no será cubierto por el presente plan de salud.

ANEXO 7: DIAGNÓSTICOS CUBIERTOS

El presente plan de salud cubre los diagnósticos especificados a continuación, así como otros derivados, conformando un total de 350 diagnósticos: Cólera: cólera debido a *Vibrio cholerae* O1, biotipo cholerae, cólera debido a *Vibrio cholerae* O1, biotipo el tor, cólera no especificado. Fiebres tifoidea y paratifoidea: fiebre tifoidea, fiebre paratifoidea a, fiebre paratifoidea b, fiebre paratifoidea c, fiebre paratifoidea, no especificada. Otras infecciones debidas a salmonella: enteritis debida a salmonella, septicemia debida a salmonella, infecciones localizadas debida a salmonella, otras infecciones especificadas como debidas a salmonella, infección debida a salmonella no especificada. Amebiasis: disentería amebiana aguda, amebiasis intestinal crónica, colitis amebiana no disentérica, ameboma intestinal, absceso amebiano del hígado, absceso amebiano del pulmón, absceso amebiano del cerebro, infección amebiana de otras localizaciones, amebiasis, no especificada. Otras enfermedades intestinales debidas a protozoarios: balantidiasis, giardiasis [lambliasis], criptosporidiosis, isosporiasis, otras enfermedades intestinales especificadas debidas a protozoarios, enfermedad intestinal debida a protozoarios, no especificada. Infecciones intestinales debidas a virus y otros organismos especificados: enteritis debida a rotavirus, gastroenteropatía aguda debida al agente de norwalk, enteritis debida a adenovirus, otras enteritis virales, infección intestinal viral, sin otra especificación, otras infecciones intestinales especificadas. Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso: diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso. Tos ferina (tos convulsiva): tos ferina debida a *Bordetella pertussis*, tos ferina debida a *Bordetella parapertussis*, tos ferina debida a otras especies de *Bordetella*, tos ferina no especificada, erisipela. Erisipela: erisipela. Sífilis precoz: sífilis genital primaria, sífilis primaria anal, sífilis primaria en otros sitios, sífilis primaria en otros sitios, sífilis secundaria de piel y membranas mucosas, otra sífilis secundaria, sífilis precoz latente, sífilis precoz, sin otra especificación. Sífilis tardía: sífilis cardiovascular, neurosífilis sintomática, neurosífilis asintomática, neurosífilis no especificada, otra sífilis tardía sintomática, sífilis tardía latente, sífilis tardía no especificada. Infección gonocócica: infección gonocócica del tracto genitourinario inferior sin absceso periuretral o de glándula accesoria, infección gonocócica del tracto genitourinario inferior con absceso periuretral y de glándulas accesorias, pelviperitonitis gonocócica y otras infecciones gonocócicas genitourinarias, infección gonocócica del ojo, infección gonocócica del sistema osteomuscular, faringitis gonocócica, infección gonocócica del ano y del recto, otras infecciones gonocócicas, infección, gonocócica, no especificada. Otras enfermedades de transmisión sexual debidas a clamidias: infección del tracto genitourinario inferior debida a clamidias, infección del pelviperitoneo y otros órganos genitourinarios debida a clamidias, infecciones del tracto genitourinario debidas a clamidias sin otra especificación, infección del ano y del recto debida a clamidias, infección de transmisión sexual de otros sitios debida a clamidias, chancro blando. Chancro blando: chancro blando. Tricomoniasis: tricomoniasis urogenital, tricomoniasis de otros sitios, tricomoniasis no especificada. Fiebre del dengue (dengue clásico): fiebre del dengue [dengue clásico]. Varicela: meningitis debida a la varicela, encefalitis debida a la varicela, neumonía debida a la varicela, varicela con otras complicaciones, varicela sin complicaciones. Herpes zoster: encefalitis debida a herpes zoster, meningitis debida a herpes zoster, herpes zoster con otros compromisos del sistema nervioso, herpes zoster ocular, herpes zoster diseminado, herpes zoster con otras complicaciones, herpes zoster sin complicaciones. Sarampión: sarampión complicado con encefalitis, sarampión complicado con meningitis, sarampión complicado con neumonía, sarampión complicado con otitis media, sarampión con complicaciones intestinales, sarampión con otras complicaciones, sarampión sin complicaciones. Rubeola (sarampión alemán): rubeola con complicaciones neurológicas, rubeola con otras complicaciones, rubeola sin complicaciones. Verrugas víricas: verrugas víricas. Hepatitis aguda tipo A: hepatitis aguda tipo A sin coma hepático, hepatitis aguda tipo A con coma hepático. Dermatomofitosis: tiña de la barba y del cuero cabelludo, tiña de las uñas, tiña de la mano, tiña del pie [tiña pedis], tiña del cuerpo [tiña corporis], tiña imbricada [tiña imbricata, tiña inguinal [tiña cruris], otras dermatomofitosis, dermatomofitosis no especificada. Otras micosis superficiales: pitiriasis versicolor, tiña negra, piedra blanca, piedra negra, otras micosis superficiales especificadas, micosis superficial sin otra especificación. Candidiasis: estomatitis candidiasica, candidiasis pulmonar, candidiasis de la piel y de las uñas, candidiasis de la vulva y de la vagina, candidiasis de otras localizaciones urogenitales, meningitis debida a candida, endocarditis debida a candida, septicemia debida a candida, candidiasis de otros sitios, candidiasis no especificada. Esquistosomiasis [bilharziasis]: esquistosomiasis debida a *Schistosoma haematobium* [esquistosomiasis urinaria], esquistosomiasis debida a *Schistosoma mansoni* [esquistosomiasis intestinal], esquistosomiasis debida a *Schistosoma japonicum*, dermatitis por cercarías, otras esquistosomiasis, esquistosomiasis no especificada. Equinococosis: infección del hígado debida a *Echinococcus granulosus*, infección del pulmón debida a *Echinococcus granulosus*, infección de hueso debida a *Echinococcus granulosus*, infección de otro órgano y de sitios múltiples debida a *Echinococcus granulosus*, infección debida a *Echinococcus granulosus* sin otra especificación, infección del hígado debida a *Echinococcus multilocularis*, infección de otro órgano y de sitios múltiples debida a *Echinococcus multilocularis*, infección debida a *Echinococcus multilocularis*, sin otra especificación, equinococosis del hígado no especificada, equinococosis, otra y la no especificada. Teniasis: teniasis debida a *Taenia solium*, infección debida a *Taenia saginata*, teniasis no especificada. Filariasis: filariasis debida a *Wuchereria bancrofti*, filariasis debida a *Brugia malayi*, filariasis debida a *Brugia timori*, loiasis, mansonieliasis, otras filariasis, filariasis no especificada.

Triquinosis: triquinosis. Anquilostomiasis y necatoriasis: anquilostomiasis, necatoriasis, otras enfermedades debidas a anquilostomas, enfermedad debida a anquilostomas no especificada. Ascariasis: ascariasis con complicaciones intestinales, ascariasis con otras complicaciones, ascariasis no especificada. Estrongiloidiasis: estrongiloidiasis intestinal, estrongiloidiasis cutánea, estrongiloidiasis diseminada, estrongiloidiasis no especificada. Tricuriasis: tricuriasis. Enterobiasis: enterobiasis. Pediculosis y phthiriasis: pediculosis debida a pediculus humanus capitis, pediculosis debida a pediculus humanus corporis, pediculosis sin otra especificación, phthiriasis, pediculosis y phthiriasis mixtas. Escabiosis: escabiosis. Anemias por deficiencia de hierro: anemia por deficiencia de hierro secundaria a pérdida de sangre (crónica), disfgia sideropenica, otras anemias por deficiencia de hierro, anemia por deficiencia de hierro sin otra especificación. Anemia por deficiencia de vitamina B12: anemia por deficiencia de vitamina b12 debida a deficiencia del factor intrínseco, anemia por deficiencia de vitamina b12 debida a mala absorción selectiva de vitamina b12 con proteinuria, deficiencia de trascobalamina II, otras anemias por deficiencia dietética de vitamina b12, otras anemias por deficiencia de vitamina b12, anemia por deficiencia de vitamina b12 sin otra especificación. Deficiencia de vitamina A: deficiencia de vitamina a con xerosis conjuntival, deficiencia de vitamina a con mancha de bitot y xerosis conjuntival, deficiencia de vitamina a con xerosis corneal, deficiencia de vitamina A con ulceración corneal y xerosis, deficiencia de vitamina A con queratomalacia, deficiencia de vitamina A con ceguera nocturna, deficiencia de vitamina A con cicatrices xeroftálmicas de la córnea, otras manifestaciones oculares de deficiencia de vitamina A, otras manifestaciones de deficiencia de vitamina A, deficiencia de vitamina A no especificada. Migraña: Migraña sin aura (migraña común), migraña con aura (migraña clásica). Conjuntivitis: conjuntivitis mucopurulenta, conjuntivitis atópica aguda, otras conjuntivitis aguda, conjuntivitis aguda no especificada, conjuntivitis crónica, blefarconjuntivitis, otras conjuntivitis, conjuntivitis no especificada. Otitis media no supurativa: otitis media aguda serosa, otra otitis media aguda no supurativa, otitis media crónica serosa, otitis media crónica mucoide, otras otitis medias crónicas no supurativas, otitis media no supurativa sin otra especificación. Rinofaringitis aguda: rinofaringitis aguda (resfriado común). Faringitis aguda: faringitis estreptocócica, faringitis aguda debida a otros microorganismos especificados, faringitis aguda no especificada. Amigdalitis aguda: amigdalitis estreptocócica, amigdalitis aguda debida a otros microorganismos especificados, amigdalitis aguda no especificada. Neumonía bacteriana no clasificable bajo otro concepto: neumonía por estafilococo, neumonía bacteriana no especificada. Bronquitis aguda: bronquitis aguda, bronquitis aguda debida a mycoplasma pneumoniae, bronquitis aguda debida a rinovirus, bronquitis aguda no especificada. Rinitis alérgica y vasomotora: rinitis vasomotora, rinitis alérgica debida al polen, otra rinitis alérgica estacional, otras rinitis alérgicas, rinitis alérgica no especificada. Bronquitis crónica simple y mucopurulenta: bronquitis crónica simple, bronquitis crónica mucopurulenta. Gastritis y duodenitis: gastritis aguda hemorrágica, otras gastritis agudas, gastritis alcohólica, gastritis crónica superficial, gastritis crónica atrófica, gastritis crónica no especificada, otras gastritis, gastritis no especificada, duodenitis, gastroduodenitis no especificada. Dispepsia: dispepsia. Síndrome del colon irritable: síndrome del colon irritable con diarrea, síndrome del colon irritable sin diarrea. Celulitis: celulitis de los dedos de la mano y del pie, celulitis de otras partes de los miembros, celulitis de la cara, celulitis del tronco, celulitis de otros sitios, celulitis de sitio no especificado. Dermatitis atópica: prurigo de besnier, otras dermatitis atópicas, dermatitis atópica no especificada. Dermatitis seborreica: seborrea capitis, dermatitis seborreica infantil, otras dermatitis seborreicas, dermatitis seborreica no especificada. Dermatitis del pañal: dermatitis del pañal. Dermatitis alérgica de contacto: dermatitis alérgica de contacto debida a metales, dermatitis alérgica de contacto debida a adhesivos, dermatitis alérgica de contacto debida a cosméticos, dermatitis alérgica de contacto debida a drogas en contacto con la piel, dermatitis alérgica de contacto debida a colorantes, dermatitis alérgica de contacto debida a otros productos químicos, dermatitis alérgica de contacto debida a alimentos en contacto con la piel, dermatitis alérgica de contacto debida a plantas, excepto las alimenticias, dermatitis alérgica de contacto debida a otros agentes, dermatitis alérgica de contacto de causa no especificada. Dermatitis de contacto por irritantes: dermatitis de contacto por irritantes debida a detergentes, dermatitis de contacto por irritantes debida a aceites y grasas, dermatitis de contacto por irritantes debida a disolventes, dermatitis de contacto por irritantes debida a cosméticos, dermatitis de contacto por irritantes debida a drogas en contacto con la piel, dermatitis de contacto por irritantes debida a otros productos químicos, dermatitis de contacto por irritantes debida a alimentos en contacto con la piel, dermatitis de contacto por irritantes debida a plantas excepto las alimenticias, dermatitis de contacto por irritantes debida a otros agentes, dermatitis de contacto por irritantes de causa no especificada. Dermatitis exfoliativa: dermatitis exfoliativa. Acné: acné vulgar, acné conglobado, acné varioliforme, acné tropical, acné infantil, acné excoriado de la mujer joven, otros acnés, acné no especificado. Poliartrosis: (osteo) artrosis primaria generalizada, nódulos de heberden (con artropatía), nódulos de bouchard (con artropatía), artrosis secundaria múltiple, (osteo) artrosis erosiva, otras poliartrosis, poliartrosis no especificada. Dorsalgia: paniculitis que afecta regiones del cuello y de la espalda, radiculopatía, cervicalgia, ciática, lumbago con ciática, lumbago no especificado, dolor en la columna dorsal, otras dorsalgias, dorsalgia no especificada. Síndrome nefrítico agudo: síndrome nefrítico agudo con anomalía glomerular mínima, síndrome nefrítico agudo con lesiones glomerulares focales y segmentarios, síndrome nefrítico agudo con cambios morfológicos no especificados. Cistitis: cistitis agudas, cistitis intersticial (crónica), otras cistitis crónicas, trigonitis, cistitis por irradiación, otras cistitis, cistitis no especificada. Enfermedades inflamatorias de próstata: prostatitis aguda, prostatitis crónica. Otras enfermedades inflamatorias de la vagina y de la vulva: vaginitis aguda, vaginitis subaguda y crónica, vulvitis aguda, vulvitis subaguda y crónica, absceso vulvar, ulceración de la vagina, ulceración de la vulva, otras inflamaciones especificadas de la vagina y de la vulva. Hemorragias de las vías respiratorias: epistaxis, hemorragia de la garganta, hemoptisis, hemorragia de otros sitios de las vías respiratorias, hemorragia de las vías respiratorias, no especificada. Tos: tos. Dolor de garganta y en el pecho: dolor de garganta, dolor en el pecho al respirar, dolor precordial, otros dolores en el pecho, dolor en el pecho no especificado. Dolor abdominal y pélvico: abdomen agudo, dolor abdominal localizado en parte superior, dolor pélvico y perineal, dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen, otros dolores abdominales y los no especificados. Nausea y vomito: nausea y vomito. Acidez: acidez. Flatulencia y afecciones afines: flatulencia y afecciones afines. Mareo y desvanecimiento: mareo y desvanecimiento. Cefalea: cefalea. Dolor no clasificado en otra parte: dolor agudo, dolor crónico intratable, otro dolor crónico, dolor no especificado. Malestar y fatiga: malestar y fatiga. Otros síntomas y signos generales: hipotermia no asociada con baja temperatura del ambiente, síntomas no especificos propios de la infancia, boca seca no especificada, dedos de la mano deformes, otros síntomas y signos generales especificados

ANEXO 8: OBLIGACIONES DEL TITULAR Y/O AFILIADO

- Identificarse en nuestra red médica como afiliado de RED SALUD y presentar su Documento Nacional de Identidad (DNI) en forma física.
- Abstenerse de realizar gastos o arreglos, que no formen parte de la cobertura, sin haber consultado previamente con RED SALUD.
- Dar aviso oportuno a RED SALUD en caso el Titular y/o Afiliado no reciba la atención médica de forma oportuna y/o de habersele presentado algún tipo de inconveniente al momento de recibir la prestación o servicio médico.
- El teléfono de RED SALUD al cual podrán comunicarse el Titular y/o Afiliado para cualquier consulta, reclamo o cita, son los siguientes: Lima (01) 445-3019 anexo 107 y Provincia 0800 – 47676 anexo 107 en el horario de Lunes a Viernes de 9:00 a.m. a 1:00 p.m. y 2:00 p.m. a 6:00 p.m. y los sábados de 9:00 a.m. 1:00 p.m.
- Si el Titular y/o Afiliado incumple con los procedimientos antes mencionados, RED SALUD queda liberado de cualquier responsabilidad que agrave o complique la situación médica del titular y/o afiliado.

MEDIOS HABILITADOS PARA PRESENTAR RECLAMOS DE LA ASISTENCIA EN SALUD:

El Titular y/o Afiliado, responsable del pago del plan de salud, puede hacer consultas o presentar reclamos por los servicios, en forma verbal o por escrito en la oficina principal de RED SALUD. Con cualquiera de los mecanismos señalados, se deberá presentar la siguiente información:

- Nombre completo del usuario Titular y/o Afiliado (reclamante).
- Fecha de reclamo.
- Motivo y detalle de reclamo.

El reclamo será atendido en un plazo que no debe exceder los diez (10) días hábiles contados a partir de la fecha de recepción del mismo.

ANEXO 9: RED MÉDICA A NIVEL NACIONAL

DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO	ESTABLECIMIENTO	DIRECCION
Amazonas	Bagua	La Peca	CLINICA VIRGEN ASUNTA - BAGUA	JR LOS CEDROS 618
Amazonas	Bongara	Florida	CLINICA VIRGEN ASUNTA - PEDRO RUIZ	JR ORTIZ ARRIETA 327 – PEDRO RUIZ
Amazonas	Chachapoyas	Chachapoyas	CLINICA VIRGEN ASUNTA - CHACHAPOYAS	JR UNION 489 - BARRIO LA LAGUNA
Ancash	Huaraz	Huaraz	CLINICA SAN PABLO - HUARAZ	JR. HUAYLAS 172
Ancash	Huaraz	Huaraz	FMC MEDICAL CENTER CENTRO DE DIAGNÓSTICO HUARAZ	AV. INDEPENDENCIA 1419 URB. EL BOSCO PALMIRA INDEPENDENCIA.
Ancash	Santa	Chimbote	CLINICA BELEN S.A.C.	AV. JOSÉ GÁLVEZ N° 1158 - EL PROGRESO
Ancash	Santa	Chimbote	CLÍNICA BELÉN S.A.C. (CLÍNICA JUAN PABLO II)	JR. MANUEL VILLAVICENCIO N° 376, CHIMBOTE
Ancash	Santa	Chimbote	CLÍNICA SANTA MARÍA DE CHIMBOTE	JR. ELÍAS AGUIRRE 761, A.H. BOLIVAR BAJO
Ancash	Santa	Nuevo Chimbote	CENTRO MÉDICO MI PEDIATRA	URB. LOS HÉROES MZ. I LT 45 NUEVO CHIMBOTE
Apurímac	Abancay	Abancay	CENTRO DIAGNÓSTICO LOS ÁNGELES	JR LIMA N° 609
Apurímac	Andahuaylas	Andahuaylas	CLINICA PERUANA DE LOS ANDES	JR. AYACUCHO 336
Arequipa	Arequipa	Arequipa	CENTRO MÉDICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN	CALLE CLORINDA MATTO DE TURNER 116 URB. PABLO VI
Arequipa	Arequipa	Arequipa	CENTRO MEDICO SOCIAL MARIA AUXILIADORA	CALLE SAN PEDRO 218-B
Arequipa	Cayma	Cayma	CLINICA SAN JUAN DE DIOS	AV. EJERCITO 1020
Arequipa	Arequipa	Cerro Colorado	CLINICA SAN PABLO - AREQUIPA	AV. METROPOLITANA, ESQUINA CON CALLE 7 URB. TERESA DE JESUS
Arequipa	Arequipa	Cerro Colorado	HOSPITAL GERIATRICO MUNICIPAL	AV. PUMACAHUA S/N
Arequipa	Arequipa	Jose Luis Bustamante y Rivero	POLICLÍNICO DIVINO NIÑO PRIMAVERA	URB. PRIMAVERA B-6 JOSE LUIS BUSTAMANTE Y RIVERO, AREQUIPA
Arequipa	Arequipa	Yanahuara	CLINICA ALIVIARI	CALLE LEÓN VELARDE N° 406
Arequipa	Camana	Camana	POLICLINICO EL PACIFICO CAMANA	JR. MOQUEGUA N° 232
Arequipa	Islay	Mollendo	CENTRO MEDICO DIVINO NINO MOLLENDO S.A.C	CALLE AREQUIPA 348
Ayacucho	Huamanga	Ayacucho	POLICLÍNICO SANTA MARÍA MAGDALENA	JR. BELLIDO 275
Cajamarca	Cajamarca	Cajamarca	CENTRO MÉDICO VILLA SALUD	JR. LOS NOGALES 392 URB. EL INGENIO

DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO	ESTABLECIMIENTO	DIRECCION
Cajamarca	Cajamarca	Cajamarca	CLÍNICA LIMATAMBO CAJAMARCA	JR. PUNO N° 265
Cajamarca	Cajamarca	Cajamarca	CENTRO CLÍNICO SANNA CAJAMARCA	LOS CEDROS 214, URB. EL INGENIO
Cajamarca	Chota	Chota	CLÍNICA PROSALUD	JIRÓN INCA GARCILAZO DE LA VEGA 111
Cajamarca	Cutervo	Cutervo	CLÍNICA ASUNCIÓN	JR. OROSCO NRO. 521
Cajamarca	Jaen	Jaen	POLICLÍNICO SAN MARCOS	CALLE HUAMANTANGA NUMERO 1114
Callao	Prov. Const. del Callao	Callao	CLINICA LIMATAMBO MINKA - CALLAO	AV. ARGENTINA 3093
Cusco	Cusco	Cusco	CLINICA SAN JOSE	AV. LOS INCAS NRO. 1408
Cusco	Cusco	Cusco	CLINICA PARDO	AV. LA CULTURA NRO. 710 CUSCO - CUSCO - WANCHAQ
Cusco	Cusco	Cusco	CLINICA PERUANO SUIZA	URB. QUISPICANCHIS AV. PERU K-3
Cusco	Cusco	San Sebastian	ASPRECE CUSCO (ANTES CENTRO MÉDICO SALAS)	AV. CAMINO REAL N° 106-A
Huanuco	Huanuco	Huanuco	CLINICA BOLIVAR	JR. BOLIVAR N° 490
Huanuco	Leoncio Prado	Rupa-Rupa	MEDICAL CENTER CENTRO DE DIAGNÓSTICO TINGO MARÍA	AV. FRANCISCO BOLOGNESI N° 24A, TUPAC AMARU
Ica	Ica	Ica	CLINICA TATAJE	AV. CONDE DE NIEVA N° 355, URB. LUREN ICA
Ica	Ica	Ica	CLINICA SENOR DE LUREN DE ICA	AV. SAN MARTIN N° 536, URBANIZACIÓN LA MORALES
Ica	Ica	Ica	POLICLÍNICO CONDE DE NIEVA	AV. CONDE DE NIEVA 537, URB. LUREN
Junin	Huancayo	Huancayo	POLICLINICO CONTINENTAL	JR. DOS DE MAYO N° 570 EL TAMBO
Junin	Huancayo	Huancayo	CLÍNICA SANTO DOMINGO	AV. FRANCISCO SOLANO 274
Junin	Huancayo	Huancayo	POLICLÍNICO CLÍNICA CAM	JR FRANCISCO SOLANO 368
Junin	Huancayo	Huancayo	CLINICA EL CARMEN	AV DANIEL A. CARRION 1597 Y ESQUINA CON JR. LIMA
La Libertad	Trujillo	Trujillo	HOSPITAL PRIMAVERA	AV. NICOLAS DE PIEROLA N° 872 URB. PRIMAVERA
La Libertad	Trujillo	Trujillo	CLÍNICA LA MERCED - SAN PABLO TRUJILLO	AV. HUSARES DE JUNIN 690 1RA ETAPA URB. LA MERCED
La Libertad	Trujillo	Trujillo	POLICLINICO SENOR DE LOS MILAGROS DE TRUJILLO	JR. FRANCISCO BOLOGNESI N° 382 - 386
La Libertad	Trujillo	Victor Larco Herrera	CIABU MEDICAL CENTER	CALLE LOS GIRASOLES N° 274 URB. SANTA EDELMIRA
Lambayeque	Chiclayo	Chiclayo	CLINICA METROPOLITANA	MANUEL MARIA IZAGA N° 154
Lambayeque	Chiclayo	Chiclayo	CENTRO MEDICO SINAI	CALLE FRANCISCO CUNEO N° 680 URB. PATAZCA
Lambayeque	Chiclayo	Chiclayo	HOSPITAL PRIVADO JUAN PABLO II	AV. GRAU. 1461 LA VICTORIA
Lima	Barranca	Barranca	CENTRO MEDIC ONCO VIDA SALUD	IC - 19 URB. LAS PALMERAS
Lima	Barranca	Barranca	CLINICA SAN PEDRO - BARRANCA	JR. PRIMAVERA 145
Lima	Huaral	Huaral	CLÍNICA SAN ANDRÉS	CALLE DE LOS INCAS 288, LOTIZADORA SENOR DE LOS MILAGROS MZ F LOTE 1 Y 2
Lima	Huaura	Huacho	CLINICA SAN PEDRO - HUACHO	AV. ECHENIQUE N° 641
Lima	Huaura	Huacho	CLÍNICA MÉDICO OCUPACIONAL LATIN LAB	JR. ALFONSO UGARTE 201
Lima	Huaura	Huacho	POLICLÍNICO MÁS SALUD	AV. SAN MARTIN 359
Lima	Lima	Ate	CLINICA ASOCIADAS	AV. METROPOLITANA MZ. E I LT. 38 URB. CERES II ETAPA
Lima	Lima	Ate	POLICLINICO MISION SALUD SAC	AV. NICOLAS AYLLON, MZ.B, LOTE 14, URB. VILLA VITARTE, C.C. KM 6.8

DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO	ESTABLECIMIENTO	DIRECCION
Lima	Lima	Carabayllo	POLICLÍNICO NIÑO DE LA ESPINA	AV. MARIANO CONDORCANQUI MZ U LT 7, URB SANTO DOMINGO 5° ETAPA
Lima	Lima	Chorrillos	CLINICA CHORRILLOS	AV. HUAYLAS N°URB. SAN JUDAS TADEO
Lima	Lima	Comas	CLINICA VERSALLES	AV. TÚPAC AMARU N° 1801 URBANIZACIÓN HUAQUILLAY
Lima	Lima	Independencia	CLINICA JESUS DEL NORTE	AV CARLOS IZAGUIRRE 153
Lima	Lima	Independencia	CLÍNICA LIMA NORTE	AV. CARLOS IZAGUIRRE 133
Lima	Lima	Jesus Maria	CENTRO CLINICO JESUS MARIA	AV. JOSE MARIA PLAZA 161
Lima	Lima	La Molina	CENTRO CLINICO SANNA LA MOLINA	AV. RAÚL FERRERO REBAGLIATI N°1256
Lima	Lima	La Victoria	CENTRO CLINICO GAMARRA	AV. MEXICO 1005
Lima	Lima	Los Olivos	CLINICA CORI	AV. CARLOS IZAGUIRRE NRO. 978
Lima	Lima	Los Olivos	CLÍNICA MÉDICA PRIMAVERA	JIRÓN LOS JAZMINES NÚMERO 122 URBANIZACIÓN URB. PRIMAVERA
Lima	Lima	Magdalena del Mar	CLINICA VIRGEN DEL ROSARIO	JR. CASTILLA 976
Lima	Lima	Miraflores	CENTRO CLINICO SANNA MIRAFLORES	AV. BENAVIDES 1936
Lima	Lima	Miraflores	POLICLINICO FAMISALUD	AV. AREQUIPA N° 4067 MIRAFLORES
Lima	Lima	Miraflores	CLINICA HIGUERETA	AV. BENAVIDES 2949, URBANIZACION ALEXANDER VON HUMBOLDT
Lima	Lima	Pueblo Libre (Magdalena Vieja)	POLICLINICO FAMILIAR SANTA ROSA	JR RODRIGUEZ DE MENDOZA 405
Lima	Lima	Puente Piedra	CENTRO MEDICO INTERNACIONAL	CALLE FRANCISCO BOLOGNESI N° 292
Lima	Lima	Puente Piedra	CLINICA MONTELUZ	AV. BUENOS AIRES 2307
Lima	Lima	Rimac	POLICLINICO SANTA CLARA	AV. SAMUEL DEL ALCAZAR 968 URB LA FLORIDA
Lima	Lima	San Borja	FMC MEDICAL CENTER CENTRO DIAGNÓSTICO - LIMA	AV. SAN BORJA SUR N ° 237
Lima	Lima	San Juan de Lurigancho	CLINICA LIMATAMBO - SAN JUAN DE LURIGANCHO	AV. PRÓCERES DE LA INDEPENDENCIA N° 2701
Lima	Lima	San Juan de Lurigancho	CLINICA NUEVO SAN JUAN - SAN JUAN BAUTISTA (GRUPO SAN PABLO)	AV. PROCERES DE LA INDEPENDENCIA 1764, SAN JUAN LURIGANCHO
Lima	Lima	San Juan de Miraflores	CLÍNICA SANTA MARTHA DEL SUR	AV BELISARIO SUAREZ 998, SAN JUAN DE MIRAFLORES
Lima	Lima	San Martin de Porres	POLICLÍNICO PERUANO ITALIANO	AV. DOMINICOS 2651 MZ. B LT. 04 ASOCIACION VIVIENDA MONTECARLO II ETAPA
Lima	Lima	San Miguel	CLINICA PROVIDENCIA	CALLE CARLOS GONZÁLES N° 250 - 260, URB. MARANGA
Lima	Lima	Santiago de Surco	CENTRO CLINICO SANNA CHACARILLA	AV. PRIMAVERA 336 URB. CHACARILLA
Loreto	Maynas	Iquitos	CLINICA ADVENTISTA ANA STAHL	AV. LA MARINA NRO 285
Loreto	Maynas	Iquitos	CLÍNICA SAN JUAN	CALLE RICARDO PALMA 838
Loreto	Maynas	Iquitos	CLÍNICA ESPECIALIZADA SANTA LUCIA	CALLE SAN MARTIN N° 144
Madre de Dios	Tambopata	Tambopata	FMC MEDICAL CENTER CENTRO DE DIAGNÓSTICO PUERTO MALDONADO	AV. MADRE DE DIOS 721
Moquegua	Mariscal Nieto	Moquegua	CLINICA GALENO	URBANIZACION SANTA CATALINA E-42
Moquegua	Mariscal Nieto	Moquegua	POLICLINICO SANTA CATALINA S.A.C.	URB. SANTA CATALINA D - 27 A UNA CUADRA DEL ESTADIO 25 DE NOVIEMBRE E-42
Pasco	Pasco	Chaupimarca	GLOBAL MEDIC LM	JR. LEONCIO PRADO 118, NIVEL 2, CHAUPIMARCA

DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO	ESTABLECIMIENTO	DIRECCION
Pasco	Pasco	Chaupimarca	GLOBAL MEDIC LM	JR. LEONCIO PRADO 118, NIVEL 2, CHAUPIMARCA
Pasco	Pasco	Yanacancha	CLINICA GONZALES	AV. DANIEL A. CARRIÓN N° 099
Piura	Piura	Catacaos	HOSPITAL PRIVADO DEL PERÚ	CARRETERA KM. 5 CARRETERA PIURA - CATACAOS / CASERIO SIMBILA
Piura	Piura	Piura	SIMEDIC DIAGNÓSTICA SAC (ANTES CENTRO MÉDICO PIURA)	AVENIDA AV. GRAU 750
Piura	Piura	Piura	SANNA CLINICA BELEN	AVENIDA SAN RAMÓN, 301 - URB. EL CHIPE
Piura	Sullana	Sullana	CLINICA SANTA ROSA SULLANA	AV. PANAMERICANA 332 URBANIZACIÓN SANTA ROSA
Piura	Talara	El Alto	CENTRO CLINICO SANNA TALARA	AV. BOLOGNESI 163-167 URB. BARRIO PARTICULAR, PARIÑAS
Piura	Talara	Pariñas	CLÍNICA VIGO 2000	AVENIDA H - 7
Puno	Puno	Puno	CLÍNICA PUNO	JR. RAMON CASTILLA NRO. 178 URB. SAN VICENTE DE PAUL
Puno	Puno	Puno	MEDICENTRO TOURIST'S HEALTH (EX CORP. ROCA)	JR. MOQUEGUA N° 191
Puno	San Roman	Juliaca	CENTRO MÉDICO DEL VALLE	JR. BENIGNO BALLÓN 968
San Martin	San Martin	Tarapoto	CORPORACIÓN MÉDICA SAN MARTÍN	JR. NICOLAS DE PIEROLA N° 162
San Martin	San Martin	Tarapoto	CENTRO MÉDICO VIRGEN DE GUADALUPE	JR. GIRASOLES 193, URB. LOS JARDINES
San Martin	San Martin	Tarapoto	SERVICIOS MÉDICOS LIONEL FLORES E HIJOS - CLÍNICA SAN MARTÍN	JR. SAN MARTÍN 274 PISO 1
Tacna	Tacna	Coronel Gregorio Albarracín L	CENTRO MÉDICO INTEGRAL VIDA Y SALUD	ASOCIACIÓN VILLA LA AGRONÓMICA MZ. K LTE. 24
Tacna	Tacna	Tacna	CLÍNICA ISABEL	CALLE ARICA N° 151
Tumbes	Tumbes	Tumbes	CLINICA DE LA FAMILIA	AV. TUMBES NORTE 1079-SALAMANCA
Tumbes	Tumbes	Tumbes	DRA. NADIA YSABEL FERNÁNDEZ LAMAS	MARIANO MELGAR MZ. N LOTE 14, TUMBES, TUMBES
Ucayali	Coronel Portillo	Calleria	CLINICA SANTA ANITA PUCALLPA	AV. SÁENZ PEÑA NO 737
Ucayali	Coronel Portillo	Calleria	CLÍNICA MONTE HOREB	JR. INMACULADA 529
Ucayali	Coronel Portillo	Calleria	CLÍNICA ESMEDIC	JR. PROGRESO 465