Plan Amigo Salud Ambulatorio

San Pablo Salud
Planes de Asistencia Médica

Beneficio máximo anual (Incluye IGV)	
Beneficio máximo anual incluido IGV por afiliado	**Hasta S/100,000**
Red de Clínicas	Clínica San Pablo La Victoria

Atenciones Ambulatorias	Deducibles (consultas médicas)	Copago (procedimientos y/o servicios)	Cubierto al
• Consultas con médicos especialistas	**S/50**	Sin copago	No aplica
• Medicamentos • Exámenes de laboratorio • Ecografía • Radiografía • Tomografía • Resonancia Magnética	Sin deducible	**30%**	**70%**

Beneficios Adicionales	Deducibles (consultas médicas)	Copago (procedimientos y/o servicios)	Cubierto al
• Consulta psicológica según condiciones del contrato (no aplican terapias y test). **Máximo 6 consultas al año.**	**S/50**	Sin copago	No aplica
• Servicio de Teleconsulta	Como atención ambulatoria	**30%**	**70%**
• Terapia física brindada exclusivamente por el centro especializado Chacarilla	Sin deducible	**30%**	**70%**
• Preexistencias y Enfermedades congénitas (de acuerdo al contrato).	Como atención ambulatoria	**70%**	**30%**
• Examen Odontológico	**S/50**	**30%**	**70%**
• Examen: Odontograma y radiografías periapical	Sin deducible	**30%**	**70%**
• Deducible por cada pieza tratada. • Extracciones simples y Obturaciones (curaciones) simples. • Pulpotomías y pulpectomías (hasta los 12 años de edad).	**S/50**	**30%**	**70%**
• Profilaxis simple y fluorización para los hijos afiliados hasta los 12 años de edad de forma anual.	Sin deducible	**30%**	**70%**

Aportes a Cargo del Afiliado

Aporte mensual por edades y en nuevos soles (Incluido IGV)

Edades	Aportes por Afiliado	Edades	Aportes por Afiliado	Edades	Aportes por Afiliado	Edades	Aportes por Afiliado
0-17	**S/56**	46	**S/100**	58	**S/215**	70	**S/471**
18-35	**S/64**	47	**S/106**	59	**S/237**	71	**S/481**
36	**S/74**	48	**S/112**	60	**S/262**	72	**S/491**
37	**S/77**	49	**S/118**	61	**S/286**	73	**S/501**
38	**S/80**	50	**S/123**	62	**S/309**	74	**S/511**
39	**S/83**	51	**S/126**	63	**S/332**	75	**S/521**
40	**S/86**	52	**S/134**	64	**S/355**	76	**S/531**
41	**S/89**	53	**S/142**	65	**S/378**	77	**S/541**
42	**S/91**	54	**S/150**	66	**S/401**	78	**S/551**
43	**S/93**	55	**S/158**	67	**S/416**	79	**S/561**
44	**S/95**	56	**S/173**	68	**S/436**	80	**S/571**
45	**S/97**	57	**S/193**	69	**S/456**	81 a más	**S/571**

Exclusiones Principales (Mayor detalle en el contrato)	• Emergencias y Urgencias • Hospitalización y uso de sala de operaciones • Chequeos Preventivos • Enfermedades Oncológicas • Maternidad • Gastos de Sepelio
Consideraciones	Los deducibles y copagos indicados en el Plan de Salud se duplican a partir de la 4ta consulta consecutiva atendida en un mismo mes.

Periodo de Espera

• Atención por consultorio externo	60 días
• Enfermedades crónicas: Diabetes mellitus, Asma, Hipotiroidismo, Hipertensión Arterial , Dislipidemia, EPOC y Fibrosis Pulmonar.	180 días
• Enfermedades preexistentes, excepto los diagnósticos que tengan periodo de espera específico.	180 días
• Endoscopias y colonoscopias diagnósticas	180 días
• Cobertura Odontológica	180 días
• Enfermedades Congénitas	364 días
• Cirrosis Hepática	364 días
• Todo procedimiento quirúrgico y no quirúrgico de origen ambulatorio como: Endoscopias y Colonoscopias terapeúticas. Cistoscopias, Broncoscopias, Toma de biopsias, Cirugías menores. *Sujeto a la prestación de servicio de la IPRESS *Los procedimientos solo serán otorgados en tópico o consultorio externo.	364 días

Versión: Octubre 2026