San Pablo Salud
Planes de Asistencia Médica

CARTILLA DE PLANES DE SALUD COMPLEMENTARIOS - INTEGRALES

RED DE CLÍNICAS

RED BASE (Solo atención ambulatoria)	RED 1	RED 2	RED 3A	RED 3B	RED 4
Medik Center San Pablo	Santa Martha del Sur	San Pablo Trujillo	San Pablo La Victoria	Jesús del Norte	San Pablo
	San Juan Bautista			San Gabriel	Centro Especializado Chacarilla
	San Pablo Huaraz			San Pablo Arequipa	

PROGRAMAS PREPAGO DE ASISTENCIA MÉDICA	PLUS SALUD	GOLD SALUD	TOP SALUD
Beneficio máximo anual incluido IGV por afiliado hasta los 60 años.	S/200,000	S/300,000	S/800,000
Beneficio máximo anual incluido IGV por afiliado desde los 61 años.			S/500,000

ATENCIÓN AMBULATORIA POR ENFERMEDAD / URGENCIAS (30 días de carencia)			DEDUCIBLES Y/O COPAGOS A CARGO DEL AFILIADO		
			PLUS SALUD	GOLD SALUD	TOP SALUD
Deducible por cada consulta médica.	AMBULATORIO	RED BASE	S/35	S/35	S/35
	AMBULATORIO O URGENCIAS	RED 1	S/40	S/40	S/40
		RED 2	S/50	S/50	S/50
		RED 3A	S/50	S/50	S/50
		RED 3B	S/60	S/60	S/60
		RED 4	S/84	S/84	S/84
Copagos sobre enfermedades diagnosticadas a partir del inicio del presente Contrato.	AMBULATORIO	RED BASE	40%	40%	40%
	AMBULATORIO O URGENCIAS	RED 1	24%	18%	12%
		RED 2			
		RED 3A	30%	24%	18%
		RED 3B			
		RED 4 - San Pablo (Surco)	40%	30%	20%
		RED 4 - Chacarilla	40%	36%	24%
Copagos sobre enfermedades diagnosticadas y/o tratadas con anterioridad (preexistencias) al inicio del presente Contrato y/o congénitas.	AMBULATORIO O URGENCIAS	RED BASE, RED 1, RED 2, RED 3A, RED 3B O RED 4	70%	60%	60%

ATENCIÓN DE EMERGENCIA MÉDICA Y/O QUIRÚRGICA (PRIODIDAD I y II)		DEDUCIBLES Y/O COPAGOS A CARGO DEL AFILIADO		
		PLUS SALUD	GOLD SALUD	TOP SALUD
Gastos producto de la atención de la emergencia (en el tópico de emergencia).	RED BASE, RED 1, RED 2, RED 3A, RED 3B O RED 4	Sin deducibles ni copagos	Sin deducibles ni copagos	Sin deducibles ni copagos

ATENCIÓN MÉDICA HOSPITALARIA (180 días de periodo de espera)		DEDUCIBLES Y/O COPAGOS A CARGO DEL AFILIADO		
		PLUS SALUD	GOLD SALUD	TOP SALUD
Deducibles y copagos sobre enfermedades diagnosticadas a partir del inicio del presente Contrato.	RED 1	Deducible 01 día de habitación Copago 24%	Deducible 01 día de habitación Copago 18%	Deducible 01 día de habitación Copago 12%
	RED 2			
	RED 3A	Deducible 01 día de habitación Copago 30%	Deducible 01 día de habitación Copago 24%	Deducible 01 día de habitación Copago 18%
	RED 3B			
	RED 4	Deducible 01 día de habitación Copago 40%	Deducible 01 día de habitación Copago 30%	Deducible 01 día de habitación Copago 20%
Copagos sobre enfermedades diagnosticadas y/o tratadas con anterioridad (preexistencias) al inicio del presente Contrato y/o congénitas.	RED 1, RED 2, RED 3A, RED 3B O RED 4	Sin deducibles	Sin deducibles	Sin deducibles
		70%	60%	60%

BENEFICIO DE MATERNIDAD (sin periodo de espera)		DEDUCIBLES Y/O COPAGOS A CARGO DEL AFILIADO		
		PLUS SALUD	GOLD SALUD	TOP SALUD
Deducible por Atención ambulatoria por consultas médicas pre y post natal.	RED 1, RED 2, RED 3A, RED 3B O RED 4	Como atención ambulatoria	Como atención ambulatoria	Como atención ambulatoria
Coaseguros por Atención Ambulatoria, medicinas, exámenes auxiliares y hasta 3 ecografías.		50%	50%	50%
Deducibles y Coaseguros por Hospitalización por parto normal , cesárea, gestación múltiple y complicaciones del embarazo.	RED 1	50%	50%	50%
	RED 2			
	RED 3A	50%	50%	50%
	RED 3B			
	RED 4	50%	50%	50%
Deducibles y Coaseguros a cargo del Afiliado, en caso de que el recién nacido requiera permanecer hospitalizado como consecuencia de bajo peso, parto prematuro y/o recién nacido pretérmino y/o enfermedad congénita y/o por alguna otra enfermedad y/o deficiencia adquirida antes del nacimiento, durante o con el nacimiento, los gastos serán asumidos bajo el beneficio y copagos de enfermedad congénita o preexistente.		70%	60%	60%

BENEFICIO DE MATERNIDAD (con periodo de espera de 330 días)		DEDUCIBLES Y/O COPAGOS A CARGO DEL AFILIADO		
		PLUS SALUD	GOLD SALUD	TOP SALUD
Deducible por Atención ambulatoria por consultas médicas pre y post natal.	RED 1, RED 2, RED 3A, RED 3B O RED 4	Como atención ambulatoria	Como atención ambulatoria	Como atención ambulatoria
Coaseguros por Atención Ambulatoria, medicinas, exámenes auxiliares y hasta 3 ecografías.				
Deducibles y Coaseguros por Hospitalización por parto normal , cesárea, gestación múltiple y complicaciones del embarazo.	RED 1	Deducible 01 día de habitación Copago 24%	Deducible 01 día de habitación Copago 18%	Deducible 01 día de habitación Copago 12%
	RED 2			
	RED 3A	Deducible 01 día de habitación Copago 30%	Deducible 01 día de habitación Copago 24%	Deducible 01 día de habitación Copago 18%
	RED 3B			
	RED 4	Deducible 01 día de habitación Copago 40%	Deducible 01 día de habitación Copago 30%	Deducible 01 día de habitación Copago 20%
Deducibles y Coaseguros a cargo del Afiliado, en caso de que el recién nacido requiera permanecer hospitalizado como consecuencia de bajo peso, parto prematuro y/o recién nacido pretérmino y/o enfermedad congénita y/o por alguna otra enfermedad y/o deficiencia adquirida antes del nacimiento, durante o con el nacimiento, los gastos serán asumidos bajo el beneficio y copagos de enfermedad congénita o preexistente.		70%	60%	60%

San Pablo Salud
Planes de Asistencia Médica

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA (180 días de periodo de espera)		DEDUCIBLES Y/O COPAGOS A CARGO DEL AFILIADO		
		PLUS SALUD	GOLD SALUD	TOP SALUD
Examen odontológico	RED 1, RED 2, RED 3A, RED 3B O RED 4	S/40	Sin Copago	Sin Copago
Examen Odontograma o Radiografía periapical.		50%	30%	20%
Deducible por cada pieza tratada. Extracciones simples y Obturaciones (curaciones) simples. Pulpotomías y pulpectomías (hasta los 12 años de edad).		S/ 35 | Copago 50%	S/ 30 | Copago 30%	S/ 25 | Copago 20%
Profilaxis simple y fluorización en gel para los hijos hasta los 12 años, de forma anua.l		50%	Sin Copago	Sin Copago

BENEFICIOS ADICIONALES	DEDUCIBLES Y/O COPAGOS A CARGO DEL AFILIADO		
	PLUS SALUD	GOLD SALUD	TOP SALUD
Atención oncológica	Como ambulatorio / hospitalario	Como ambulatorio / hospitalario	Como ambulatorio / hospitalario
Atención de emergencia a domicilio (servicio de ambulancia, solo Lima) *	Sin copago	Sin copago	Sin copago
Médico a domicilio (solo Lima, para enfermedades de baja complejidad)**	S/100 (incluye consulta, medicamentos y laboratorio)		
Consulta Psicológica según condiciones del contrato.	Como atención ambulatoria hasta S/500 anual	Como atención ambulatoria hasta S/600 anual	Como atención ambulatoria hasta S/800 anual
Chequeo médico anual hasta los 60 años.	S/50	S/30	Sin Deducible
Chequeo médico anual desde los 61 años.	S/100	S/70	S/50
Vacunación según Programa de Medicina Preventiva.	No cubre	No cubre	Sin Deducible
Inmunizaciones: Influenza (anual) y Neumococo (dosis única) desde 61 años.	Copago 50%	Copago 30%	Copago 20%
Servicio de Teleconsulta	Como atención ambulatoria	Como atención ambulatoria	Como atención ambulatoria
Teleconsulta - Medicina Interna y Geriatría desde 61 años.	Deducible S/ 35 Copago 20%	Deducible S/ 30 Copago 20%	Deducible S/ 25 Copago 20%
Gastos de sepelio (Incluido IGV)	Cubierto hasta S/3,500	Cubierto hasta S/5,000	Cubierto hasta S/10,000
Liberación de pago de aportes por fallecimiento de titular, hasta el vencimiento anual.	Por fallecimiento del Titular Contratante, hasta la primera renovación anual		

APORTES MENSUALES A CARGO DEL AFILIADO (Incluido IGV)			
Rango de Edades	PLUS SALUD	GOLD SALUD	TOP SALUD
Menor de 18 años de edad	S/84	S/114	S/156
De 18 a 35 años	S/102	S/129	S/197
De 36 a 40 años	S/110	S/148	S/218
De 41 a 45 años	S/133	S/177	S/267
De 46 a 50 años	S/156	S/194	S/329
De 51 a 55 años	S/202	S/256	S/406
De 56 a 60 años	S/292	S/351	S/565
De 61 a 65 años	S/478	S/580	S/845
De 66 a 70 años	S/688	S/815	S/1,304
De 71 a 75 años	S/826	S/978	S/1,304
De 76 años a más	S/826	S/978	S/1,304

DESCUENTOS			
DESCUENTO POR MODALIDAD DE PAGO	Frecuencia/Modalidad de pago	Para Cargo en Cuenta	Pago Efectivo
	Anual	12%	10%
	Mensual	5% Débito | 12% Crédito	0%
DESCUENTO POR GRUPO FAMILIAR	AFILIADOS		
	5% adicional	2 o más familiares directos al titular (padre, madre, cónyuge y/o hijos menores de 25 años). El descuento aplica a los familiares	
	50% adicional	A partir del 4 hijo, solo menores de 25 años. El descuento aplica sólo al hijo adicional.	
	Los hijos a partir de los 25 años no aplican para el descuento. El descuento por grupo familiar aplica solo el primer año de vigencia del plan contratado		

Notas

1. Los descuentos brindado en las modalidades, son únicamente para afiliaciones nuevas y no se consideran aquellos que vienen por cambio de contratante y/o cambio de plan.
2. Las boletas de venta o facturas electrónicas en línea estarán a su disposición en: www.sanpablo.com.pe/FFEE (Autorizado mediante Resolución N° 032-005-0000958 SUNAT).
3. El descuento adicional por cargo en cuenta será vigente mientras la tarjeta esté activa.
4. Los descuentos adicionales se aplican únicamente sobre la cuota regular.

OBSERVACIONES

1. Los deducibles y copagos a cargo del afiliado se duplican a partir de la 4ta consulta consecutiva atendida en un mismo mes, excepto para el Plan TOP SALUD.
2. Todos las atenciones, coberturas y beneficios adicionales se otorgan de acuerdo a lo estipulado en las cláusulas generales y particulares del Contrato.
3. Todos los deducibles y copagos incluyen IGV.
4. Las medicinas serán facturadas en base al precio de venta sugerido al público, establecido por los laboratorios en la publicación Kairós web: http://pe.kairosweb.com/ (excepto en la Clínica San Pablo La Victoria).
5. Los servicios y honorarios médicos profesionales serán facturados de acuerdo a las tarifas que las Clínicas tienen establecido con Planes de Protección en Salud Familiar S.A.C
6. La accesibilidad a todas las coberturas (con excepción de emergencias) se encuentran condicionadas a la aplicación de períodos de carencia y espera según se especifica en el anexo 2 del contrato.
7. Se excluye toda prestación y/o utilización de insumos no especificado en la cobertura detalladas en el contrato.

* El servicio de ambulancia es brindado exclusivamente por SERVICIOS SERVIAL S.A.C "CARDIOMÓVIL" siempre que el paciente se encuentre ubicado dentro de los siguientes límites de la ciudad de Lima: Por el Norte: hasta Covida , por el Sur: hasta Villa en Chorrillos , por el Este: hasta Santa Anita y por el Oeste: hasta la Punta en el Callao. Para solicitar el servicio llamar al 610-3300.

** El servicio de Médico a domicilio es ofrecido exclusivamente por SERVICIOS SERVIAL S.A.C "CARDIOMÓVIL". Para solicitar el servicio llamar al 610-3300.

Revisar todas las condiciones de uso en el Anexo 6.

Las condiciones del plan rigen a partir de la venta nueva de 16/10/2026, con inicio de vigencia 01/11/2026, y renovaciones de 10/2026.

IAFAS PLANES DE PROTECCIÓN EN SALUD FAMILIAR S.A.C. / RUC: 20608644467 / Dirección comercial: Av. El Polo N° 789 – Surco

Versión: 202610