



## Servicio Médico Familiar SEMEFA



*Un completo servicio de  
Prestaciones de Salud*

**MÍNIMAS APORTACIONES  
CON AMPLIOS BENEFICIOS**



Malecón Armendáriz N° 791 - Miraflores

Central: 213-1400

Directo: 213-1407

[semefa@cmp.org.pe](mailto:semefa@cmp.org.pe)

[www.cmp.org.pe](http://www.cmp.org.pe)



Beneficio Máximo Anual, por persona de:

**S/. 24,000.00**

**RELACIÓN DE SERVICIOS**

**PAGOS A CARGO DEL AFILIADO**

• Hospitalización	15% - 20% - 25%
• Cirugías y tratamientos sin hospitalización	20% - 25% - 30%
• Exámenes y procedimientos especializados	30% - 35%
• Emergencia médica	20% - 25%
• Emergencia accidental	SIN PAGO
• Maternidad	SIN PAGO
• Chequeo anual	25%
• Programa ONCO-Plus en convenio con ONCOSALUD, sin límite de cobertura y sin límite de edad	SIN PAGO
• Programa Odontológico Básico y otros Beneficios	

**PERIODO DE CARENCIA**

Para solicitar algún tipo de atención debe transcurrir el tiempo de carencia contado a partir de la fecha de afiliación.

1. 24 horas del día de afiliación, para atenciones en emergencia médica y accidental.
2. 90 días posteriores a la fecha de afiliación, en casos de exámenes, procedimientos ambulatorios, oncológicos, odontológicos y hospitalización.
3. 10 meses consecutivos, contados a partir de la fecha de afiliación, en casos de intervenciones quirúrgicas y maternidad.
4. 12 meses consecutivos, contados a partir de la fecha de afiliación para chequeos anuales, afiliados mayores de 50 años.





## REQUISITOS PARA LA AFILIACIÓN

### TITULAR

- Constancia de Habilidad
- 01 foto a color actualizada con fondo blanco
- Copia del DNI

### CÓNYUGE

- Copia de DNI
- Copia de Partida de Matrimonio o Certificado de Convivencia por notario
- 01 foto a color con fondo blanco
- En caso de ser viuda(o) deberá traer de manera adicional la partida de defunción

### HIJOS (HASTA LOS 24 AÑOS)

- Copia de DNI o Partida de Nacimiento (para menores de edad)
- 01 foto a color actualizada con fondo blanco

### PADRES

- Copia del DNI
- 01 foto actualizada con fondo blanco

Llenar la Solicitud de Afiliación en las oficinas del SEMEFA

Cancelación del primer mes en caja del CMP

APORTES	MENSUALES
De 0 a 30 años	SI. 66.00
De 31 a 40 años	SI. 76.00
De 41 a 60 años	SI. 106.00
De 61 años a más	SI. 126.00

## FORMAS DE PAGO

- Pago Directo: En la Caja N° 1 del CMP
- Descuento por Planilla: MINSA, ESSALUD y Universidades (UPCH / UNMSM)
- Pago en el Banco Continental:
  - Realizar el depósito en la cuenta corriente: N°0011-0661-60-010000495
  - Dictar número de colegiado al cajero, por este servicio el banco cobra una comisión de S/. 5.00
  - Cabe resaltar que el banco demora aprox. 45 días en hacer llegar los depósitos al CMP por tal motivo si el afiliado necesita atención médica se deberá comunicar con nuestras oficinas para actualizar el pago respectivo.

## **CLÍNICAS CON CONVENIO PARA HOSPITALIZACIÓN, EMERGENCIA MÉDICA Y ACCIDENTAL**

- Cayetano Heredia
- Centenario Peruano Japones
- Complejo Hospitalario San Pablo
- El Golf
- INEN
- Internacional
- Javier Prado
- Limatambo
- Los Andes
- Loayza
- Maison de Santé
- Ricardo Palma
- Santa Teresa
- Stella Maris
- Tezza
- Vesalio

## **INSTITUCIONES PARA EXAMENES ESPECIALIZADOS**

- Cardiocentro
- Carlos Cruz
- Cardiomedic
- Cerema
- Cedor SAC
- Cerfd
- Cimedic
- DPI del Perú
- Ecografía Pérez Fernández
- Emetac
- Graciela Citera SAC
- Inppares
- Instituto Oncológico Miraflores
- Litotripsia Javier Prado
- Litotripsia 2001
- Neuroavances
- Oncología SAC
- Radioterapia Lima
- Resonar Jockey Salud
- Resomasa
- Resonancia Médica
- Soporte Médico Urológico
- Tac Center
- Tomomedic

## **INSTITUCIONES PARA ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA**

- Contreras Campos Asociados
- FuturoVisión
- Inst. Ojos Primavera
- Norvisión
- Omniavisión
- Oftalmosalud
- OptimaVisión
- TG. Láser

## **CENTRO DE ATENCIONES ODONTOLÓGICAS**

- Centro Odontológico Americano  
Sedes en Lima y provincias

## **CLÍNICA E INSTITUCIONES EN PROVINCIAS**

- AREQUIPA
  - Arequipa S.A.
  - REMASUR
  - San Juan de Dios S.A.
- HUARAZ
  - San Pablo
- TRUJILLO
  - Peruano Americana S.A.
  - RESOMAG Center
  - Sánchez Ferrer S.A.
- PIURA
  - San Miguel S.A.



**Centro de Convenciones  
Colegio Médico del Perú**

# TABLA DE BENEFICIOS VIGENTE A PARTIR DEL 1° DE OCTUBRE DEL 2007

## CLÍNICAS GRUPO 1

Ricardo Palma, San Pablo, Javier Prado, Stella Maris, Tezza, Internacional San Borja

## CLÍNICAS GRUPO 2

INEN, Vesalio, Maison de Santé, Limatambo, SantaTeresa, Internacional, San Gabriel, San Pablo Norte, Cayetano Heredia, Los Andes, Centenario

## CLÍNICAS GRUPO 3

El Golf, Maison de Santé Este

Beneficio máximo anual (por persona)	SEMEFA	BENEFICIARIO		
		1	2	3
		DEDUCIBLE		
<b>S/. 24,000</b>				
<b>CLÍNICAS CON CONVENIO</b>				
<b>1. HOSPITALIZACIÓN</b>	80%, 85%, 75%	20%	15%	25%
		1er. día de habitación		
<b>2. CIRUGÍA Y TRATAMIENTOS SIN HOSPITALIZACIÓN</b> Litotricia, Cirugía menor, Endoscopías, etc. <b>*Paquetes oftalmológicos:</b> (según lista aprobada por el Semefa)	75%, 80%, 70%	25%	20%	30%
<b>3. EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALIZADOS</b> TAC, RMN, Gammagrafía, Angiografía, Densitometría ósea, Ecografías, EKG, Radiografía, Doppler arterial, Exámenes oftalmológicos, Medicina Física y Rehabilitación	70%, 65%	30%	30%	35%
<b>4. EMERGENCIA ACCIDENTAL</b> Gastos cubiertos durante las primeras 24 horas	100%	-	-	-
<b>5. EMERGENCIA MÉDICA</b> Gastos cubiertos durante las primeras 24 horas	80%, 75%	20%	20%	25%
<b>6. MATERNIDAD</b> Cesárea hasta S/2,800 Parto normal hasta S/1,800 Legrado uterino / Aborto hasta S/900.00	100% 80%, 75%	- 20%	- 20%	- 25%
<b>7. *CHEQUEO</b> Una vez al año a partir de los 50 años y después de 01 año de aportar al Semefa, según lista de análisis y exámenes aprobada por comité nacional de Semefa.	75%	25%	25%	-
<b>8. AMBULANCIA</b>	15%	85%	85%	-
<b>9. COBERTURA ONCOLÓGICA</b> <b>**PREEXISTENTES PROGRAMA CÁNCER</b>	90%, 95%	10%	5%	-
<b>CONVENIO CON ONCOSALUD EL PROGRAMA ONCOPLUS</b>				
<b>SIN LÍMITES DE EDAD - SIN LÍMITE DE COBERTURA</b>	100%			

### COBERTURA ODONTOLÓGICA EN CONVENIO CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO

NO SE RECONOCE MEDICINAS NI ANÁLISIS DE LABORATORIO POR CONSULTA AMBULATORIA

\*\*Pacientes Preexistentes del Programa de Cáncer tienen su BMA de S/18,000 para Programa de Cáncer y S/6000 para otras coberturas.

\* Se reconoce hasta los límites establecidos por Semefa, la diferencia lo asume el beneficiario.

PAQUETES QUIRÚRGICOS DE ACUERDO A CONVENIO OFTALMOLÓGICO	COSTO	SEMEFA	COASEGURO
EXTRACCIÓN DE CATARATA	1,432.00	75%	25%
EXTRACCIÓN DE CATARATA CON FACO CON IMPLANTE DE LIND	1,800.00	75%	25%
EXTRACCIÓN DE CATARATA SIN FACO CON IMPLANTE DE LIO	1,700.00	75%	25%
GLAUCOMA – IRIDECTOMÍA – GONOTOMÍA	1,490.00	75%	25%
GLAUCOMA – TRABECULECTOMÍA – SLT	1,310.00	75%	25%
CAPSULOTOMÍA POSTERIOR (POR SESIÓN)	357.00	70%	30%
CHALAZIÓN	175.50	70%	30%
DACRIOCISTOSIRINGOTOMÍA	900.00	70%	30%
DACRIOCISTORRINOSTOMÍA	1,100.00	70%	30%
DESPRENDIMIENTO DE RETINA	2,000.00	70%	30%
ENUCLEACIÓN DEL GLOBO OCULAR	1,309.00	70%	30%
ESCLERECTOMÍA CON EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR	1,842.00	70%	30%
ESTRABISMO (UNI BILATERAL)	800.00	70%	30%
EXCIÓN GLÁNDULA LAGRIMAL, EXCIÓN SACO LAGRIMAL	250.00	70%	30%
EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR CONJUNTIVAL O CORNEAL	250.00	70%	30%
EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR	714.00	70%	30%
FOTOCOAGULACIÓN SECTORIAL UNILATERAL (POR SESIÓN)	340.00	70%	30%
IRIDOTOMÍA – IRIDOPLASTIA UNILATERAL (POR SESIÓN)	340.00	70%	30%
INYECCIÓN INTRAVITREA MAGUEN / AVASTIN	1,100.00	75%	25%
LAVADO Y SONDÉO DEL TRACTO LAGRIMAL, CATETERIZACIÓN	80.00	70%	30%
NEUROTOMÍA DEL NERVIÓ ÓPTICO	800.00	70%	30%
PANFOTOCOAGULACIÓN RETINAL UNILATERAL (POR SESIÓN)	340.00	70%	30%
PTERIGIÓN / ECTOPIÓN / ENTROPIÓN	750.00	70%	30%
RETINA – RETINOPEXIA	1,290.00	70%	30%
SUTURA DE GLOBO OCULAR	700.00	70%	30%
SUTURA DE HERIDA CONJUNTIVAL O CORNEAL	500.00	70%	30%
TAPONAMIENTO DEL CONDUCTO LAGRIMAL	300.00	70%	30%
TRABECULOPLASTIA UNILATERAL	500.00	70%	30%
TRANSPLANTE DE CORNEA	2,000.00	50%	50%
TRATAMIENTO DE RAYOS LÁSER ESCLERÓTICA Y RETINA	500.00	70%	30%
VITRECTOMIA ANTERIOR	1,800.00	70%	30%
VITRECTOMIA POSTERIOR	2,800.00	70%	30%
QUERATOTOMÍA FOTOREFRACTIVA EXCIMER LÁSER (CADA OJO)	\$ 300	50%	50%
TERAPIA FOTODINÁMICA	\$ 1200	50%	50%

EXÁMENES ESPECIALIZADOS DE ACUERDO A CONVENIO OFTALMOLÓGICOS	COSTO	SEMEFA	COASEGURO
ANGIO. RETIN. UNILATERAL	170.00	70%	30%
ANGIO. RETIN. BILATERAL	200.00	70%	30%
APLICACIÓN DE RAYOS BETA	49.25	70%	30%
CAMPIMETRÍA Y/O PERIMETRÍA COMPUTARIZADA	50.00	70%	30%
ECBIOMETRÍA UNILATERAL	50.00	70%	30%
ECOGRAFÍA OCULAR GEN SCAN A, B, A/B	50.00	70%	30%
FOTOCOAGULACIÓN CON RAYOS LÁSER ARGÓN POR SESIÓN	300.00	70%	30%
FOTODISRUCCIÓN CON YAG LASER (CAPSULOTOMÍA, IRIDOTOMÍA) POR SESIÓN	300.00	70%	30%
GONIOSCOPIA	59.10	70%	30%
MICROSCOPIA ESPECULAR	98.50	70%	30%
PAQUIMETRÍA ULTRASÓNICA 1 O 2	73.88	70%	30%
RETINOGRAFÍA	59.10	70%	30%
TOMOGRAFÍA OCULAR	274.89	70%	30%

TODO LOS PRECIOS INCLUYEN EL I.G.V.

LOS PRECIOS DE LOS EXÁMENES ESPECIALIZADOS, FOTOCOAGULACIÓN, FOTODISRUCCIÓN, FOTODISRUCCIÓN CON YAG LASER, FOTODISRUCCIÓN CON YAG LASER (CAPSULOTOMÍA, IRIDOTOMÍA) POR SESIÓN, QUERATOTOMÍA FOTOREFRACTIVA EXCIMER LÁSER (CADA OJO) Y TERAPIA FOTODINÁMICA SON LOS ÚNICOS

## REQUISITOS PARA LA CARTA DE GARANTÍA

(Con clínicas y establecimientos médicos que se tiene convenio)

1. Estar al día en sus aportes mensuales al Semefa como también en las cuotas del Colegio Médico.
2. La orden del médico tratante con el diagnóstico presuntivo.
3. El presupuesto con el monto aproximado de la atención.
4. La clínica o institución con convenio enviará al fax: 213-1411 la orden y el presupuesto.
5. Semefa enviará de igual manera la carta de garantía al fax de la clínica.

**Mayor información: Teléf. 213-1400 Anexo: 1602 Directo: 213-1407 Fax: 213-1411 / 213-1414**  
E-mail: [semefa\\_cg@cmp.org.pe](mailto:semefa_cg@cmp.org.pe)

## REQUISITOS PARA EL REEMBOLSO

1. Estar al día en sus aportes mensuales al Semefa como también en las cuotas del Colegio Médico.
2. Si el afiliado desea saber el monto aproximado que se le va a reembolsar por su atención debe solicitar una Autorización de Reembolso del Semefa presentando la orden o el informe del médico tratante con el diagnóstico presuntivo y el presupuesto con el monto aproximado de la atención, en forma directa, por fax: 213-1411 o 213-1414 o por correo: [semefa\\_fac@cmp.org.pe](mailto:semefa_fac@cmp.org.pe)  
El trámite de Autorización de reembolso que evalúa el médico auditor del Semefa demora 24 horas desde el momento de recepción de los documentos solicitados.
3. Si ya se realizó la atención tiene como máximo 30 días calendarios desde la fecha de emisión de factura para presentar los documentos solicitados para el reembolso. Documentos presentados en forma extemporánea no será admitidos ni reconocidos por el Semefa.
4. Presentar la solicitud para reembolso (el cual es llenado en las oficinas de Semefa el día que se acerque a presentar sus documentos completos para el reembolso).
5. Factura original (usuario y SUNAT) a nombre del Colegio Médico del Perú, con RUC N° 20139589638.
6. En caso de exámenes especializado adjuntar copia de la orden médica con el diagnóstico presuntivo y copia de los resultados de los exámenes realizados.
7. En caso de hospitalización o intervención quirúrgica adjuntar copia del informe médico y/o epicrisis, reporte operatorio, detallado de farmacia, laboratorio y resultados de exámenes realizados.
8. Copia del DNI del titular (para emisión del cheque).
9. El reembolso se hará como máximo en 30 días calendarios de presentada la factura y será cobrada en la caja N°01 del Consejo Nacional para Lima y Callao, teniendo como base los Convenios firmados con clínicas y/o centros afiliados y lo que indique la Tabla de Beneficios, lo que puede significar que el monto del reembolso sea diferente al monto de la factura presentada. Para el caso de otros Consejos Regionales el cobro se efectuará en la caja del Consejo Regional respectivo.

**Mayor información: Teléf. 213-1400 Anexo: 1603 Fax: 213-1411**

## PERIODOS DE CARENIA

Para solicitar algún tipo de atención debe haber pasado su tiempo de carencia contado a partir de la fecha de afiliación.

1. 90 días posteriores a la fecha de inscripción, en casos de exámenes y procedimientos ambulatorios, según artículo 16 del Reglamento.
2. 10 meses consecutivos, contados a partir de la fecha de inscripción, en casos de intervenciones quirúrgicas y maternidad, según artículo 17, acápite 14.17 y 17.3 del Reglamento.



## SERVICIO MÉDICO FAMILIAR – SEMEFA

LÍMITE DE GASTOS POR PERSONA AL AÑO SIN LÍMITE DE EDAD

s/. 24,000.00

### RELACIÓN DE SERVICIOS QUE INCLUYE EL PLAN

SERVICIOS AMBULATORIOS	PAGOS A CARGO DEL AFILIADO
<ul style="list-style-type: none"><li>• Pago por consulta médica en clínicas (según código de ética)</li></ul>	sin pago
<ul style="list-style-type: none"><li>• Pago por medicinas y laboratorio</li></ul>	no cubre
<ul style="list-style-type: none"><li>• Pago por radiografías, exámenes especiales y otros servicios según grupo de clínicas</li></ul>	30%,35%
SERVICIOS HOSPITALARIOS	PAGOS A CARGO DEL AFILIADO
<ul style="list-style-type: none"><li>• Pago por hospitalización, valor de habitación</li></ul>	1 día
<ul style="list-style-type: none"><li>• Habitación, medicinas, otros servicios (según grupo de clínicas)</li></ul>	20%, 15%,25%
SERVICIO DE MATERNIDAD	PAGOS A CARGO DEL AFILIADO
<ul style="list-style-type: none"><li>• Solo para atenciones después de 10 meses de vigencia del contrato</li><li>• Parto normal, cesárea, parto múltiple, aborto, amenaza de aborto y complicaciones</li><li>• Que requieran hospitalización no incluye atención pre ni postnatal</li><li>• Hasta límite establecido en tabla de beneficios</li></ul>	al 100%
SERVICIOS ESPECIALES	PAGOS A CARGO DEL AFILIADO
<ul style="list-style-type: none"><li>• Gastos ambulatorios por accidente</li></ul>	sin pago
<ul style="list-style-type: none"><li>• Gastos ambulatorios emergencias médicas (según grupo de clínicas)</li></ul>	80%, 75%
<ul style="list-style-type: none"><li>• Consulta médicas posteriores a la emergencia</li></ul>	como ambulatorio
<ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermedades oncológicas (programa oncoplus)</li></ul>	sin pago