

## CONTRATO DE PRESTACIONES DE SALUD PREPAGADO

### PROGRAMA ONCOLÓGICO CONDICIONES GENERALES

Conste por el presente documento, las **CONDICIONES GENERALES** del **CONTRATO** de Prestaciones de Salud Prepagado, que celebran de una parte **ONCOSALUD S.A.C.**, con **RIAFAS N° 20006**, R.U.C. N° 20101039910, con domicilio en Av. Guardia Civil N° 571 - San Borja, representada por su Gerente General señor Juan Carlos Rodríguez Jaillier, identificado con C.E. N° 000804277, según poder inscrito en la partida electrónica N° 00558907 del registro de personas jurídicas de Lima, a quien en adelante se le denominará la **IAFAS**, y de la otra parte el **CONTRATANTE** quien consigna sus generales de ley en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**, que forma parte integrante de este **CONTRATO**, quien procede por su propio derecho y en representación de sus derechohabientes y/o dependientes y/o **AFILIADOS** propuestos sin relación de dependencia, según relación detallada en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**, quienes han optado por contratar la cobertura de prestaciones de salud prepagadas con la **IAFAS** y a quienes en adelante se denominarán como los **AFILIADOS** o el **AFILIADO**, según corresponda, en los términos y condiciones siguientes:

#### CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES

La **IAFAS** es una persona jurídica constituida y debidamente registrada ante la Superintendencia Nacional de Salud (**SUSALUD**), con arreglo a las disposiciones del TUO de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, y el Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud aprobado por el DS-008-2010-SA y demás disposiciones complementarias, cuyo objeto es el de brindar cobertura de aseguramiento en salud bajo la modalidad de prestación los servicios de salud prepagados.

El **AFILIADO**, es una persona natural que desea suscribir el presente **CONTRATO** de manera voluntaria y, por tanto, ha optado por la contratación de la cobertura de prestaciones de salud prepagados con la **IAFAS**, tanto para sí como para las demás personas incluidas en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**, que forma parte integrante del presente **CONTRATO**, a quienes en conjunto se denominará como los **AFILIADOS**.

#### CLÁUSULA SEGUNDA: OBJETO

En virtud del presente **CONTRATO** de Afiliación, en adelante el **CONTRATO**, la **IAFAS** otorga a los **AFILIADOS** cobertura de prestaciones de salud prepagados exclusivamente oncológicas de manera complementarias a la cobertura obligatoria (PEAS), conforme a los límites y condiciones señalados en las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**. Tanto la cobertura de servicios de salud prepagados y demás beneficios adicionales o especiales son de naturaleza voluntaria y se regirán conforme a las reglas establecidas en el **CONTRATO**.

## CLÁUSULA TERCERA: CONTENIDO

El **CONTRATO** consta de las siguientes partes integrantes:

1. **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN:** documento en el que el **CONTRATANTE** propone la relación de **AFILIADOS**, el Plan o Programa elegido y la modalidad de pago.
2. **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD:** documento en el que el **CONTRATANTE** informa los antecedentes médicos relevantes de sus dependientes, o personas no dependientes, propuestos para afiliación, al momento de suscribir la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**.
3. **CONDICIONES GENERALES:** las mismas que establecen las condiciones que rigen el presente **CONTRATO**, independientemente del **PLAN DE BENEFICIOS** contratado.
4. **CONDICIONES PARTICULARES:** contiene la descripción pormenorizada del alcance y limitaciones del **PLAN DE BENEFICIOS** contratado, incluyendo la red de **IPRESS**, copagos, deducibles, aportes adicionales y las obligaciones administrativas de las partes.

## CLÁUSULA CUARTA: DEFINICIONES

Para efectos de las presentes **CONDICIONES GENERALES**, y en lo que resulte aplicable a las **CONDICIONES PARTICULARES**, se entenderá por:

- a) **AFILIACIÓN INDIVIDUAL.-** Modalidad mediante la cual el **AFILIADO** formaliza su relación de aseguramiento en salud con una **IAFAS** a título personal, en virtud de un **CONTRATO** suscrito con esta. En el caso de los dependientes, la **IAFAS** respectiva deberá registrarlos individualmente, señalando expresamente cualquier limitación que le resulte aplicable respecto de la cobertura del titular.
- b) **AFILIADO.-** Persona que ha suscrito, o por quien se ha suscrito, un **CONTRATO** de Servicios de Salud Prepagados, a través del cual tiene derecho a los beneficios del plan o programa de salud contratado, previa aceptación por la **IAFAS**.
- c) **AFILIACIÓN COLECTIVA O CORPORATIVA.-** La que se realiza a través de cualquier organización, empresa o entidad empleadora, en virtud a un **CONTRATO**.
- d) **APORTE.-** Contraprestación económica establecida en el **CONTRATO** a favor de la **IAFAS**, de cargo del **AFILIADO** o **CONTRATANTE**, por los beneficios del plan o programa de salud contratado.

- e) **BENEFICIOS.**- Derechos del (los) **AFILIADO(s)**, según las condiciones establecidas en el plan o programa de salud contratado.
- f) **CONTRATO.**- Documento que contiene las **CONDICIONES GENERALES** y **CONDICIONES PARTICULARES** que suscribe la **IAFAS** con el **AFILIADO** o **CONTRATANTE**, para regular los derechos y las obligaciones de las partes, con relación a los beneficios ofrecidos en el plan o programa de salud. Formaliza la relación de aseguramiento y vincula a un **AFILIADO** con una **IAFAS**.
- g) **CONTRATANTE.**- Toda persona natural o jurídica que suscribe un **CONTRATO** de prestaciones de salud prepagado con una **IAFAS** por su propio derecho, en representación de terceros, o ambos. El **CONTRATANTE** es el único responsable frente a la **IAFAS** por el cumplimiento de las obligaciones contractuales asumidas.
- h) **CONTINUIDAD.**- Cobertura de diagnósticos preexistentes en caso que los afiliados cambien de **IAFAS** o plan contratado; la misma que se otorgará conforme a lo dispuesto en el Art. 100 del Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA.
- i) **COPAGO.**- Importe a pagar por el **AFILIADO** por los servicios médicos o beneficios solicitados, el cual puede estar expresado en un porcentaje del valor de la atención y/o en una cantidad fija, establecidos en el plan o programa de salud que forma parte integrante del presente **CONTRATO**.
- j) **DIRECTORIO MÉDICO.**- Listado de profesionales adscritos al plan o programa de salud, consignado por la **IAFAS** bajo el presente **CONTRATO**.
- k) **EXCLUSIONES.**- Son aquellas intervenciones de salud no cubiertas por el plan o programa de salud.
- l) **NOTA TÉCNICA.**- Es el documento que describe la metodología y las bases aplicadas para el cálculo del aporte del correspondiente plan o programa de salud, y que incluye la justificación de los gastos.
- m) **INFRAESTRUCTURA PROPIA.**- Aquellas **IPRESS** que se encuentran bajo control directo y exclusivo de una **IAFAS**, cualquiera que fuere el título legal bajo el cual se hubiere adquirido tal derecho, con el objetivo de brindar prestaciones de servicios de salud.
- n) **IPRESS.**- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, son todos aquellos establecimientos públicos, privados o mixtos categorizados y acreditados por la autoridad

competente y registrados en la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, autorizados para brindar los servicios de salud correspondiente a su nivel de atención.

- o) **IAFAS.**- Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, son aquellas instituciones públicas, privadas o mixtas creadas o encargadas de administrar los fondos destinados a financiar las prestaciones de salud u ofrecer cobertura de riesgos de salud a sus **AFILIADOS**.
- p) **PERIODO DE CARENCIA.**- Plazo mínimo de permanencia en el plan o programa de salud para tener derecho a los beneficios establecidos en éste, según lo establecido por norma o **CONTRATO**, según corresponda. Los períodos de carencia se contabilizan en forma individual por cada **AFILIADO**.
- q) **PLAN DE BENEFICIOS.**- Detalle o extracto de las coberturas, servicios y/o beneficios específicos a los que tiene derecho el **AFILIADO**, en función al programa de salud elegido en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**.
- r) **PREEXISTENCIA.**- Es cualquier condición de alteración del estado de salud con evidencia clínica, diagnosticada por un profesional de salud, consignada en una historia clínica u otro documento o registro con validez legal, no resuelta, y declarada o no, en el momento previo a llenar y suscribir la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** o el **CONTRATO**.

## CLÁUSULA QUINTA: COBERTURA Y CONDICIONES

La **IAFAS** otorga cobertura sobre las prestaciones de recuperación de la salud especificadas en las **CONDICIONES PARTICULARES** ante el padecimiento, por parte del **AFILIADO**, de alguna enfermedad oncológica diagnosticada dentro de la vigencia del presente **CONTRATO**. Así mismo, brinda las prestaciones preventivas y promocionales, descritas en las **CONDICIONES PARTICULARES** de salud referidas también a la prevención del riesgo oncológico.

## CLÁUSULA SEXTA: REQUISITOS DE SUSCRIPCION

Constituye un requisito previo y parte integral del **CONTRATO**, la suscripción de la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**, por parte del **CONTRATANTE**, en la que debe consignar, además de los datos de ley de LOS **AFILIADOS**; el **PLAN DE BENEFICIOS** optado, modalidad de pago de las aportaciones por efectuar, la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** sobre cada uno de los **AFILIADOS** y proporcionar el resultado del **EXAMEN DE ANTÍGENO PROSTÁTICO** según corresponda:

El **CONTRATANTE** deberá completar y suscribir la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** adjunta a la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**. En caso la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN** se haya

efectuado por algún medio virtual o no presencial, se deberá dejar igual constancia de la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** por la vía que la opción de afiliación establezca.

Los **AFILIADOS** varones de 61 años o más, propuestos como tales por EL **CONTRATANTE**, además deberán someterse, por cuenta propia y previa a una prueba de Antígeno Prostático Específico (PSA) y adjuntar los resultados a la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**, los cuales no deben tener una antigüedad mayor a 30 días con relación a fecha de recepción de la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN** por la **IAFAS**. Los resultados de la prueba de PSA deben ser emitidos por laboratorios que cuenten con la autorización y debida certificación de los entes reguladores de Centros de Salud y/o **IPRESS** del país.

Dentro de los primeros 60 días de la recepción de la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**, la **IAFAS**, podrá excluir, limitar o condicionar el otorgamiento de determinadas prestaciones contenidas en el presente **CONTRATO**, atribuibles o relacionadas directa o indirectamente a la información proporcionada en la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** y/o producto del resultado de la prueba de PSA, condicionamientos que deberá poner en conocimiento del **CONTRATANTE** con la debida oportunidad.

La eventual inconformidad del **CONTRATANTE**, con relación a los condicionamientos particulares formulados por la **IAFAS** con posterioridad a la recepción de la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**, determinará la anulación del **CONTRATO** y el derecho de devolución íntegra de los aportes a favor del **CONTRATANTE**, en tanto este último formule su desistimiento, por la vía comunicacional que considere conveniente, dentro de los 90 días siguientes a la fecha de notificación de las limitaciones particulares formuladas por la **IAFAS**.

En caso de cualquier reticencia, omisión, inexactitud u ocultamiento de información relativa a la condición de salud, por parte del **CONTRATANTE**, suscriptor de la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** y/o alteración en el resultado de la prueba de PSA, constituye incumplimiento de las obligaciones del **AFILIADO** y, en consecuencia, la **IAFAS** se reserva la facultad para resolver el **CONTRATO**, de forma automática con su sola notificación, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 1430° del Código Civil. En caso la **IAFAS** haya concedido coberturas, servicios o prestaciones a favor del **AFILIADO**, sin que a éste le corresponda ese derecho, podrá exigir el pago del valor de la totalidad de los servicios prestados de manera indebida.

Toda inclusión con posterioridad al inicio de la vigencia del presente **CONTRATO**, deberá contar con la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN** y **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**, respectiva aplicándose los mismos requisitos de afiliación aquí descritos y estará afecta a la aplicación de un nuevo **PERÍODO DE CARENCIA** para él o los nuevos **AFILIADOS** de acuerdo al Plan elegido.

El(los) afiliado(s) menor(es) de edad propuesto(s) por el **CONTRATANTE** que se consigne(n) sin una persona mayor de edad como titular, pagará(n) desde su afiliación la tarifa anual, de acuerdo al detalle descrito en el numeral 4 de las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**.

El **CONTRATANTE** declara contar con representación suficiente del (los) menor (es) de edad y estar plenamente facultado para suscribir el presente **CONTRATO**.

### **CLÁUSULA SÉPTIMA: PRESTACIONES DE RECUPERACION DE LA SALUD**

La cobertura de salud que la **IAFAS** otorga a favor del **AFILIADO** en virtud del presente **CONTRATO**, comprende las condiciones asegurables y prestaciones oncológicas contenidas en las **CONDICIONES PARTICULARES**, que correspondan a los conceptos de pertinencia, según las guías de práctica clínica de la **IAFAS** con base al cumplimiento de los siguientes criterios:

- 7.1 Que los procedimientos oncológicos se encuentren recomendados y comprendidos en las guías de práctica clínica de la **IAFAS** estos procedimientos deben estar acordes a su diagnóstico oncológico y sustentarse hasta en un nivel de evidencia 2A.
- 7.2 Que el tratamiento de quimioterapia y el(los) fármaco(s) oncológico(s) indicado(s), hayan concluido exitosamente la fase III de su ensayo clínico y se encuentren comprendidos en las guías de práctica clínica de la **IAFAS**
- 7.3 Que los procedimientos y tratamientos oncológicos se encuentren estrictamente relacionados al/los diagnóstico(s) oncológico(s) admitido(s) y sea(n) autorizado(s) por la **IAFAS**.
- 7.4 Que los tratamientos, exámenes y/o medios diagnósticos se encuentren disponibles y se ejecuten íntegramente en el país.
- 7.5 Que los medicamentos cuenten con la aprobación de DIGEMID y de la Food and Drug Administration (FDA) y se encuentren disponibles comercialmente en el país.

### **CLÁUSULA OCTAVA: PRESTACIONES PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES**

La cobertura contempla también el otorgamiento de exámenes de despistaje del cáncer en función a la periodicidad y amplitud descrita en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**. El íntegro de las prestaciones se realizará en la infraestructura propia de la **IAFAS**, resultando este beneficio personal y discrecional para el **AFILIADO**, no siendo transferible ni acumulable. El **AFILIADO** podrá hacer uso del íntegro de ese derecho en un periodo no mayor de 30 días calendarios, contados desde el inicio del despistaje preventivo.

### **CLÁUSULA NOVENA: EXCLUSIONES, GASTOS NO CUBIERTOS Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS**

Se encuentran excluidas de la cobertura las siguientes prestaciones, cuyo costo, de ser suministradas por LA **IAFAS**, deberá ser asumido por el **AFILIADO**:

- 9.1 Toda prestación médica o sanitaria derivada de lesiones auto infligidas, intento de suicidio o autoeliminación.
- 9.2 Las enfermedades oncológicas preexistentes a la suscripción del presente **CONTRATO**.
- 9.3 Las enfermedades oncológicas detectadas y/o incurridas antes de la culminación del periodo de carencia.
- 9.4 Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional sobre alguna enfermedad o condición no oncológica preexistente o adquirida durante el curso del tratamiento oncológico.
- 9.5 Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional atendido fuera de la infraestructura propia de la **IAFAS**, salvo los eventos programados y autorizados con antelación por la **IAFAS**, en tanto las **IPRESS** se encuentren adscritas al **PLAN DE BENEFICIOS** correspondiente al presente **CONTRATO**.
- 9.6 Reintegro y/o pagos por servicios médicos suministrados por terceros, por concepto de gastos ambulatorios, de hospitalización no quirúrgica, quirúrgica o gastos post-operatorios de cualquier índole médicos o no médicos.
- 9.7 Cualquier requerimiento o prestación médica cuyo propósito sea el chequeo, detección y/o diagnóstico, oncológico o no oncológico, salvo las prestaciones preventivas y promocionales expresamente señaladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
- 9.8 Todo procedimiento o terapia que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria así como prestaciones y tratamientos profilácticos, psicológicos, psiquiátricos, psicoterapéuticos, curas de reposo, cualquier tipo de tratamiento kinésico, de rehabilitación física o mental, odontológica, salvo las prestaciones detalladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
- 9.9 Gastos relacionados al suministro de prótesis internas o externas de cualquier tipo, así como también material de osteosíntesis y los cementos relacionados salvo los suministros detallados en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
- 9.10 Equipos médicos durables, tales como: tensiómetro, equipos de oxigenoterapia, glucómetro (equipo e insumos), respiradores, pulsoxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, ventiladores, dispositivos CPAP o similares, audífonos e implantes cocleares, separadores interespinosos para columna vertebral y discos intervertebrales protésicos, y demás dispositivos similares empleados en neurocirugía y otras prótesis ortopédicas externas.

Como tampoco las órtesis u otros (sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés, etc.), así como el uso de equipos de diálisis y/o cámara hiperbárica

- 9.11 Gastos relacionados con la adquisición de órganos o tejidos, tales como sangre y sus derivados (paquetes de glóbulos rojos, plaquetas, albúmina, plasma y factores de coagulación). Cualquier gasto relacionado a la búsqueda o estudio de donantes. Así como anticoagulantes y/o procoagulantes con fines preventivos o profilácticos.
- 9.12 Suministro de nutrición parenteral y nutrición enteral (procedimiento, insumos y fórmula) y/o referidos a consultas nutricionales, salvo las expresamente señaladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
- 9.13 Cualquier gasto relacionado a la búsqueda y análisis de compatibilidad de donantes de médula ósea, así como gastos de crio preservación o cultivo de células madre u otros tejidos.
- 9.14 Todo tipo de requerimiento prestacional que no sea ordenado o prescrito por el o los profesionales médicos designados por la **IAFAS** así como las complicaciones que se puedan ocasionar por tratamientos e indicaciones médicas dadas y ejecutadas al margen de sus indicaciones.
- 9.15 Todo tipo de prestaciones diagnósticas o terapéuticas, equipos, insumos, suministros o fármacos y otras nuevas tecnologías que no hayan alcanzado el nivel de evidencia 2A en Medicina Basada en Evidencia, que no se comercialicen o no se encuentren disponibles en el territorio nacional. Así como aquellos que no hayan concluido exitosamente la fase III de su ensayo clínico o que no se encuentren debidamente aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) o que no se recomienden en las guías de práctica clínica de la **IAFAS**.
- 9.16 Fármacos como ansiolíticos, antipsicóticos, antidepresivos, vacunas, vitaminas, suplementos alimenticios, suplementos nutricionales, productos naturales (hierbas y sus derivados, levaduras, probióticos), estimulantes del apetito, anabólicos, antioxidantes, productos geriátricos y reconstituyentes, neurotónicos y nootrópicos, productos naturales, homeopáticos o productos no medicinales, así como cualquier otro medicamento no oncológico y/o no relacionado a la enfermedad oncológica.
- 9.17 Suministro de cualquier tipo de medio de transporte y servicio de ambulancia. Salvo las expresamente señaladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
- 9.18 Toda enfermedad de origen congénito y/o malformación congénita, así como enfermedades de origen laboral y profesional y/o por contaminación nuclear.



9.19 Cuidados de enfermería, vigilancia y/o acompañamiento del paciente a cargo de enfermeras, técnicas o auxiliares de enfermería, u otro personal a dedicación exclusiva durante la estancia hospitalaria y/o en domicilio, salvo los servicios expresamente señalados en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.

9.20 Pruebas de laboratorio exámenes o estudios genéticos, con excepción de las contempladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.

Cualquier beneficio no contemplado en el presente **CONTRATO** y/o que estuviera excluido y pese a ello hubiese sido otorgado por error o excepción, no establece obligación de cobertura futura a cargo de la **IAFAS**.

## **CLÁUSULA DÉCIMA: INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA**

El inicio de las prestaciones de recuperación, bajo cobertura, será de manera posterior a la presentación del resultado Anatómo Patológico (DAP) con resultado positivo para cáncer, en tanto el descarte de la enfermedad o diagnóstico confirmatorio no se haya producido dentro del **PERÍODO DE CARENCIA**, para lo cual el **AFILIADO** demandante de atención médica deberá completar y suscribir la **SOLICITUD DE ADMISIÓN** (formato disponible en todas las oficinas de la **IAFAS**) la cual tiene carácter de declaración jurada.

Cuando por razones estrictamente médicas no sea posible o recomendable que el **AFILIADO** cumpla con la realización previa del DAP, pero brinde sustento sobre evidencia clínica, imagenológica y/o bioquímica, que sugiera la indubitable posibilidad de neoplasia maligna, entonces se podrá eximir al **AFILIADO** de dicha exigencia.

Si una vez entregadas las prestaciones exoneradas del requisito del DAP, se determine con posterioridad la inexistencia de una dolencia oncológica, los gastos de atención no cubiertos correrán por cuenta del **AFILIADO**.

En caso se determine que el descarte de la enfermedad o diagnóstico confirmatorio se produjo dentro del **PERÍODO DE CARENCIA**, la **IAFAS** quedará exenta de obligación respecto a entrega de las coberturas aquí contempladas, procediendo a la anulación automática del **CONTRATO**, lo cual dará mérito a la devolución de los aportes abonados por el **AFILIADO**.

En caso el **AFILIADO** que demande la atención, haya consignado la **CONDICIÓN DE NO FUMADOR** en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**, su admisión, como paciente podrá ser condicionada por la **IAFAS** al sometimiento de una prueba de cotinina (nicotina) la cual deberá

realizarla en un tiempo no mayor de 48 horas con relación a la solicitud de aviso de requerimiento de la prueba por parte de la **IAFAS**.

El **AFILIADO**, a libre elección y por cuenta propia, podrá optar por el proveedor que considere conveniente para la realización de esta prueba, en tanto sea realizada en laboratorios que cuenten con la autorización y debida certificación de los entes reguladores de Centros de Salud y/o **IPRESS** del país.

En caso el resultado de la prueba de nicotina resultara positiva, la **IAFAS** podrá aplicar lo estipulado en el último párrafo de la cláusula sexta del presente **CONTRATO** y/o rechazar, limitar y/o condicionar el otorgamiento de las prestaciones aquí contenidas, si la dolencia oncológica manifiesta, resulta atribuible o relacionada directa o indirectamente a la **CONDICIÓN DE FUMADOR** no declarada oportunamente.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: LUGAR DE PRESTACION DEL SERVICIO Y DIRECTORIO MEDICO**

El otorgamiento de las prestaciones de recuperación de la salud, y de las prestaciones preventivo promocionales cubiertas por el presente **CONTRATO**, se otorgarán exclusivamente a través de la infraestructura propia de la **IAFAS** y por excepción, solo por causas justificadas médicamente, a través de las **IPRESS** complementarias incluidas en la Red Prestacional descrita en las **CONDICIONES PARTICULARES**, en cuyo caso se requerirá de la gestión, por parte del **AFILIADO**, de una solicitud de autorización expresa de la **IAFAS**, previa a la realización de la prestación.

No está sujeta a excepción (prestaciones fuera de la infraestructura propia de la **IAFAS**) la entrega de las Prestaciones Complementarias consignadas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.

A su vez, la **IAFAS** cuenta con un **DIRECTORIO MÉDICO** con la participación de los Profesionales de la Salud de la especialidad y otras afines, cuya asignación, a cada paciente admitido, será establecida en función al tipo de diagnóstico, estadio, etapa evolutiva y oportunidad del tratamiento médico demandado por el **AFILIADO**.

La **IAFAS** informará a los **AFILIADOS** ya sea por medios digitales o físicos o a través de su página web, dentro de un plazo no mayor a dos (2) días hábiles, cualquier interrupción o cese del servicio que brinde alguno de los establecimientos de salud mencionados en el plan y/o las modificaciones que puedan surgir sobre su **DIRECTORIO MÉDICO**.

## CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA: RESPONSABILIDAD DE LAS IAFAS

La **IAFAS** es responsable frente al **AFILIADO** por los servicios que preste; sin perjuicio de la responsabilidad que pudiera recaer en otras personas naturales o jurídicas, ni del derecho de repetición a que hubiera lugar.

## CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA: REFERENCIAS

La **IAFAS** se obliga a atender al **AFILIADO** que requiera sus servicios. Si el diagnóstico efectuado determina que el tratamiento excede las coberturas contratadas en el plan de salud contenido en las **CONDICIONES PARTICULARES**, coordinará la referencia del paciente a la **IAFAS** que corresponda de acuerdo con su plan de cobertura obligatoria y/o complementaria.

En caso que no exista cobertura para los diagnósticos que excedan el plan contratado, los gastos de atención no cubiertos correrán por cuenta del **AFILIADO**.

## CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA: APORTES O PRIMAS

Como contraprestación por la contratación de la cobertura de prestaciones de salud prepagados, el **AFILIADO** pagará a la **IAFAS** los aportes indicados en las **CONDICIONES PARTICULARES**, los mismos que incluyen los tributos de ley y gastos, de corresponder.

Los aportes podrán ser abonados según las modalidades que contemple el **PLAN DE BENEFICIOS** optado y de acuerdo a la forma de pago que el **CONTRATANTE** haya consignado en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**. La falta de pago oportuno de los aportes pactados o de cualquier otra suma que se adeude a la **IAFAS** determina la aplicación de intereses compensatorios y moratorios a las tasas que pacten las partes y, en su defecto, por las tasas máximas autorizadas por Ley o por la autoridad competente, hasta su total cancelación, sin necesidad de intimación para la constitución en mora.

Se establecerá como cancelada la aportación a partir de la fecha y hora en que sea puesto a disposición de la **IAFAS** el pago correspondiente. Cualquiera que resulte la modalidad de pago y/o forma de fraccionamiento elegida, ya sea de abono directo o a través de instituciones financieras o terceros, el **CONTRATANTE** reconoce su obligación respecto a la cancelación de los aportes que correspondan dentro de los plazos establecidos y se compromete a subsanar, por medios propios, ante la **IAFAS** cualquier deuda generada por esta omisión, inclusive cuando la misma corresponda a la entidad financiera o tercero al que delegó el pago de sus aportes. Las eventuales omisiones operativas, atrasos o incumplimientos en que pueda incurrir la entidad financiera o el tercero, a través del cual el **CONTRATANTE** haga efectivo el pago de sus

aportaciones, no eximen al **CONTRATANTE** de la aplicación de las condiciones de suspensión y resolución contenidas en el **CONTRATO**. En cualquier caso, constituirá obligación exclusiva del **CONTRATANTE** la oportuna comunicación de variación del medio de pago y/o la información relativa al mismo.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA: INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE LOS APORTES**

Ante el eventual atraso o incumplimiento en el pago de los aportes por más de treinta (30) días calendario, la **IAFAS** procederá a suspender de manera automática todos los derechos mientras no se cumpla con la cancelación de las aportaciones vencidas. En caso el incumplimiento en el pago supere los 90 días, el **CONTRATO** se anulará de forma automática y sin declaración judicial ulterior, conforme a lo dispuesto en el artículo 1430º del Código Civil.

Ante la recurrencia de atraso en el pago de aportaciones, se procederá a suspender nuevamente de manera automática todos los derechos del **AFILIADO**. No obstante de extenderse el incumplimiento por un tiempo mayor a (60) días calendarios, el **CONTRATO** se anulará de forma automática y sin declaración judicial ulterior, conforme a lo dispuesto en el artículo 1430º del Código Civil.

La **IAFAS** no reconocerá los gastos médicos en que haya incurrido el **AFILIADO** durante el período de suspensión, debiendo el **AFILIADO** cancelar el íntegro de las aportaciones pendientes de pago para poder acceder a servicios prestacionales ulteriores.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA: COPAGOS**

Determinadas prestaciones, materia del presente **CONTRATO**, están sujetas a copagos a cargo del **AFILIADO**, los cuales se indican en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA: NOTA TECNICA, MODIFICACION DE APORTACIONES Y/O COPAGOS**

La estimación de aportaciones, a pagar por el **CONTRATANTE**, se establecen en función; a la edad de los **AFILIADOS** computada al inicio de cada renovación anual, al agravamiento del riesgo con relación a las respuestas brindadas en el cuestionario contenido en la **DECLARACIÓN DE SALUD** y a la siniestralidad proyectada del programa por segmento y cohorte de afiliación con base al modelo técnico de suficiencia de prima nivelada corrido a periodos mínimos y máximos de 5 y 10 años respectivamente.

En base a los conceptos indicados, la **IAFAS** podrá notificar la modificación de las condiciones del **CONTRATO** durante la vigencia del mismo, en tanto hayan transcurrido un mínimo de seis meses de vigencia y/o a partir de los vencimientos anuales con una anticipación mínima de treinta

(30) días calendario. Las modificaciones entrarán en vigencia a partir del primer día del mes siguiente y el **AFILIADO** tendrá hasta noventa (90) días calendarios contados a partir de la fecha de recepción de la notificación de modificación para manifestar su disconformidad, lo que dará mérito a la anulación del **CONTRATO**, aplicándose durante ese lapso de tiempo lo establecido en la cláusula décimo cuarta correspondiente a aportes o primas.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA: INFORMACION**

La **IAFAS**, al momento de suscribir la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**, pone en conocimiento del **CONTRATANTE**, de manera física o virtual, una cartilla informativa conteniendo los principales aspectos del citado plan, las **CONDICIONES GENERALES** y las **CONDICIONES PARTICULARES** con toda la información relativa al plan de salud contratado.

Además, la **IAFAS** pondrá a disposición de los **AFILIADOS**, ya sea por medios digitales o físicos o a través de su página web, el plan completo, a fin de permitir su fácil acceso.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA: PLAZO CONTRACTUAL Y CONTINUIDAD DE COBERTURA**

El presente **CONTRATO** se celebra por un plazo de un año, comenzando a regir a partir del primer día del mes siguiente de cancelada la primera cuota del plan elegido y quedará automáticamente renovado por igual plazo bajo los mismos términos y condiciones, salvo que el **CONTRATANTE** manifieste, mediante aviso escrito cursado con treinta (30) días de anticipación, su voluntad de no renovarlo, o de modificar los términos contractuales.

El **AFILIADO** podrá solicitar en cualquier momento, mediante la presentación de una nueva **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN** y **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** respectiva, la migración a un nuevo plan. Solo al vencimiento de cada vigencia anual no se aplicará un nuevo periodo de carencia y se otorgará continuidad de cobertura. Se deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a) El **AFILIADO** no registre en su historial clínico diagnóstico de cáncer.
- b) El **AFILIADO** no tenga sintomatología, que induzca a sospecha de cáncer.
- c) El **AFILIADO** no esté en estudio o fase de diagnóstico por sospecha de cáncer.

La eventual desestimación de la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN** a un Plan superior, por parte de la **IAFAS**, no invalida el derecho del **AFILIADO** de permanecer cubierto bajo el plan del **CONTRATO** originalmente suscrito y vigente. El plazo máximo establecido para la presentación de la nueva **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN** y pago correspondiente del aporte, es de hasta sesenta (60) días contados a partir del inicio de un nuevo período anual de vigencia del **CONTRATO**.

En caso el **CONTRATANTE** desee modificar la modalidad y/o formas de pago, **condición de fumador** o desafiliación de **AFILIADOS**, deberá formular la solicitud escrita a la **IAFAS**, previa cancelación de cualquier deuda pendiente por aportaciones correspondientes a la vigencia

transcurrida, la cual se hará efectiva a partir del primer día del mes siguiente en tanto la solicitud sea recepcionada con un mínimo de veinte días de anticipación.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA: DOMICILIO**

Las partes señalan como domicilio el que se indica en la introducción del presente **CONTRATO**, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones vinculadas a este **CONTRATO**, salvo que se hubiera comunicado a la otra parte el cambio de domicilio por escrito y con cargo de recepción. Asimismo, deberá consignar su correo electrónico.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: SOLUCION DE CONTROVERSIAS**

Todas las desavenencias o controversias que pudieran surgir entre la **IAFAS** y el **AFILIADO**, derivadas del presente **CONTRATO**, incluidas las de su nulidad o invalidez, podrán ser sometidas de común acuerdo a la competencia del Servicio de Conciliación y Arbitraje en Salud que consideren pertinente, ya sea en el propio **CONTRATO** o una vez suscitada la controversia. El Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud, pondrá a disposición de las partes el listado de Centros registrados y especializados en materia de salud.

Si las partes optaran por un procedimiento de conciliación en el cual se arribe solo a un acuerdo parcial o no se llegue a ningún acuerdo, entonces éstas resolverán la controversia subsistente de forma definitiva, a través de un procedimiento de arbitraje, de conformidad con lo establecido en el párrafo anterior.

Asimismo, el **AFILIADO** podrá optar por la solución administrativa de reclamos ante la **SUSALUD**. Su interposición no es vía previa ni impide la atención de la controversia mediante los procedimientos de conciliación o arbitraje.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA: RESOLUCION DE CONTRATO**

Son causales de resolución del presente **CONTRATO** las siguientes:

1. El incumplimiento en el pago de las aportaciones de acuerdo a lo señalado en la cláusula décimo quinta, correspondiente al incumplimiento en el pago de los aportes.
2. El cumplimiento parcial, tardío o defectuoso de cualquier otra de las obligaciones contenidas en las **CONDICIONES GENERALES** o **CONDICIONES PARTICULARES**.
4. Cuando por aplicación de lo establecido en el la cláusula Décimo Séptima correspondiente a la modificación de aportes y/o copagos de las presentes **CONDICIONES GENERALES**, no exista aceptación respecto al reajuste de los aportes y/o copagos propuesto por la **IAFAS**.

5. En caso que el **AFILIADO** hubiese adquirido la **CONDICIÓN DE PACIENTE ADMITIDO** en forma indebida, por reticencia, omisión, inexactitud, ocultamiento de información relativa a la condición de salud posteriormente comprobada. La **IAFAS** se reserva la facultad de cobrar los gastos indebidamente incurridos, así como las demás acciones legales que pudiesen corresponder.

En caso la **IAFAS** proceda a la resolución del presente **CONTRATO** por solicitud del **CONTRATANTE** o por incumplimiento en el pago de los aportes, la **IAFAS** no procederá a la devolución de las cuotas ya canceladas.

### **CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA: CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Mediante la presente cláusula se informa a los **AFILIADOS** que se va a proceder al levantamiento de los datos personales estrictamente necesarios para la gestión del banco de datos denominado **BANCO DE DATOS DE ONCOSALUD**, de titularidad de la **IAFAS**.

El **AFILIADO** reconoce haber sido informado de la existencia del mencionado Banco de Datos y de la incorporación al mismo de sus datos personales que se consignarán en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN** y **DECLARACIÓN DE SALUD**, pudiendo ejercer sus derechos conforme a lo expuesto en la presente cláusula.

Los datos personales que el **AFILIADO** facilite a la **IAFAS** sobre su situación de salud, serán utilizados estrictamente con la finalidad de evaluar a las personas cuyos nombres han sido consignados en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN** para su admisión al Plan. En caso de que la información requerida no sea consignada, la solicitud no podrá ser evaluada y no podrá generar la contratación del seguro. En ese sentido, el **AFILIADO** autoriza a la **IAFAS** a utilizar sus datos personales para dicha evaluación.

Además, la **IAFAS** informa al **AFILIADO** que sus datos personales serán utilizados con fines de formalización contractual, procesamiento de datos, gestión de la contratación y evaluación de la calidad del servicio prestado y cualquier otro fin que sea necesario para efecto de la ejecución contractual.

El **AFILIADO** en su **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN** autoriza o no autoriza a la **IAFAS** a utilizar sus datos personales a efectos de ofrecerle, a través de cualquier medio escrito, verbal, electrónico y/o informático, cualquiera de los productos o servicios que la **IAFAS** brinda, analizar las circunstancias al celebrar **CONTRATO** con la **IAFAS**, ser tratados en el desarrollo de nuevos servicios generales y específicos, lo que incluye el ofrecimiento de productos adaptados al **AFILIADO**.

Asimismo, el **AFILIADO** en su **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN** autoriza o no autoriza la comunicación por transferencia o cesión de los datos en poder de la **IAFAS** a otras empresas del Grupo Económico al que pertenece la **IAFAS** y a sus socios comerciales, a nivel nacional, listados en el portal institucional web ([www.oncosalud.pe](http://www.oncosalud.pe)), con la finalidad de que la **IAFAS** y cada uno de ellos puedan informarle de los distintos productos que se ofrecen en el mercado.

El **AFILIADO** reconoce que sus datos personales podrán ser conservados por la **IAFAS** durante el tiempo que se efectúa la evaluación de la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN** y, en caso se concrete la contratación, durante la vigencia del respectivo **CONTRATO**.

El **AFILIADO** declara estar informado en este acto, que puede ejercer sus derechos de acceso, actualización, inclusión, rectificación, supresión y oposición, respecto de sus datos personales en los términos previstos en la Ley N° 29733 – Ley de Protección de Datos Personales, y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, mediante correo dirigido a la dirección declarada por el **CONTRATANTE** en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN** o de forma presencial en cualquiera de las oficinas de la **IAFAS** a nivel nacional en el horario establecido para la atención al público. Se podrán establecer otros canales para tramitar estas solicitudes, lo que será informado oportunamente por la **IAFAS**.

#### **CLÁUSULA VIGESIMO CUARTA: DERECHO DE ARREPENTIMIENTO**

EL **CONTRATANTE** tiene el derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna. Este derecho se podrá ejercer dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha de pago de la primera cuota, debiendo la **IAFAS** devolver el monto de la prima que haya recibido. El **CONTRATANTE** para tal efecto deberá comunicarse con la **IAFAS**, por cualquier de los medio de comunicación o utilizando el mismo medio, forma y lugar que se usó para la contratación.

Pasado el plazo descrito en el párrafo anterior, el **CONTRATANTE** perderá el derecho de arrepentimiento, manteniéndose las obligaciones contractuales hasta finalizar el periodo amparado por la última cuota pagada por parte del **CONTRATANTE**.



## **CONTRATO DE PRESTACIONES DE SALUD PREPAGADO PROGRAMA ONCOLÓGICO CONDICIONES PARTICULARES**

A través del presente documento se describe a nivel de detalle las condiciones asegurables, prestaciones y servicios a los que, en función al **PLAN DE BENEFICIOS** optado por el **CONTRATANTE** en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN** para integrante del presente **CONTRATO**, los **AFILIADOS** tienen derecho.

### **1. RELACIÓN DE PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO**

#### **1.1. PRESTACIONES AMBULATORIAS**

- a) Honorarios médicos por consulta y/o procedimientos quirúrgicos ambulatorios.
- b) Medicamentos oncológicos para quimioterapia y terapia biológica\*.
- c) Medicamentos no oncológicos, materiales e insumos incluyendo: catéteres permanentes, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos, relacionados con el tratamiento de la enfermedad oncológica.
- d) Exámenes de laboratorio relacionados al control y seguimiento del tratamiento de la patología oncológica.
- e) Exámenes histopatológicos postquirúrgicos, incluyendo exámenes de inmunohistoquímica para clasificación o tipificación.
- f) Estudios de imágenes, tales como ecografías, rayos X, tomografía computarizada y resonancia magnética.
- g) Estudios de medicina nuclear, tales como: gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela, tomografía por emisión de positrones (PET-CT).
- h) Procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos, quimioterapia y radioterapia, incluyendo salas de quimioterapia, operaciones y de recuperación.

## **1.2. PRESTACIONES HOSPITALARIAS**

- a) Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia.
- b) Hotelería: Habitación individual o bipersonal estándar, según disponibilidad.
- c) Medicamentos oncológicos para quimioterapia y terapia biológica.\*
- d) Medicamentos no oncológicos, materiales e insumos, incluyendo: catéteres permanentes, líneas de infusión, mallas marlex, grapas, oxígeno y anestésicos, relacionados con el tratamiento de la enfermedad oncológica.
- e) Exámenes de laboratorio relacionados al control y seguimiento del tratamiento de la patología oncológica.
- f) Exámenes histopatológicos postquirúrgicos, incluyendo exámenes de inmunohistoquímica para clasificación o tipificación.
- g) Estudios de imágenes, tales como ecografías, rayos X, tomografía computarizada y resonancia magnética.
- h) Estudios de medicina nuclear, tales como: gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela, tomografía por emisión de positrones (PET-scan).
- i) Procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos, quimioterapia y radioterapia, incluyendo salas de quimioterapia, operaciones y de recuperación.
- j) Nutrición Parenteral Total, para pacientes con complicaciones entéricas por radioterapia y/o quimioterapia, o sometidos a cirugía oncológica de cabeza y cuello, esófago y/o fistulas que impidan la alimentación enteral del paciente.

## **1.3. PRESTACIONES DOMICILIARIAS PARA CUIDADOS PALIATIVOS Y TERAPIAS DEL DOLOR**

- a) Asistencia de personal técnico de enfermería para brindar soporte y confort al paciente terminal en condición de postración.
- b) Médico paliativista para la evaluación y prescripción del tratamiento paliativo y terapia del dolor, originado por el avance de la enfermedad oncológica.
- c) Enfermera para la administración del tratamiento paliativo parenteral exclusivamente prescrito por el médico paliativista asignado por la **IAFAS**, y educación del paciente y su cuidador principal.
- d) Medicamentos relacionados al tratamiento paliativo y terapia del dolor por la enfermedad oncológica, incluyendo materiales e insumos para su administración, tales como catéteres permanentes, líneas y bombas de infusión, oxígeno.
- e) Cama clínica mecánica y soporte para infusiones.

## 2. DESCRIPCIÓN Y ALCANCE DE LAS PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA

### 2.1. PRESTACIONES GENERALES

**Honorarios profesionales:** Remuneración o contraprestación al personal de salud relacionado a los servicios médicos brindados a los pacientes del Programa Oncológico, sean ambulatorios y hospitalarios, clínicos o quirúrgicos, siempre que sean brindados exclusivamente por los profesionales asignados por la **IAFAS**.

**Quimioterapia:** Tratamiento farmacológico cuyo objetivo es detener el crecimiento o multiplicación de las células cancerosas. Puede administrarse en forma ambulatoria u hospitalaria de acuerdo al esquema de quimioterapia establecido por el profesional asignado por la **IAFAS**. Se cubre los medicamentos quimioterápicos convencionales, los insumos necesarios para su administración (incluyendo catéteres y bombas de infusión), así como los servicios ambulatorios u hospitalarios.

**Terapia Biológica\*:** Tratamientos y/o fármacos definidos como terapia biológica llamados también modificadores de la respuesta biológica, terapia blanco dirigida, bioterapia o terapia modificadora de respuesta biológica y otros definidos como sustancias elaboradas por organismos vivos o reproducidos sintéticamente para tratar enfermedades: anticuerpos monoclonales, factores estimulantes de colonia, inhibidores de enzimas de la tirosina kinasa y proteosomas e inmunoterapia. Tales como:

\*Únicamente cubiertos en los planes ONCOCLASICO PRO Y ONCOPLUS

- **Anticuerpos monoclonales\*:** Fármacos utilizados para bloquear las células tumorales con la intención de destruirlas de manera selectiva, sin provocar mayor daño de las células sanas.

- **Factor estimulante de colonias de células blancas (Filgrastim):** Fármacos que se administran a los pacientes para estimular las células de la médula ósea a que produzcan más células sanguíneas.
- **Inhibidores de enzimas de la tirosina kinasa y proteosomas\*:** Moléculas que bloquean el funcionamiento de un conjunto de enzimas del tipo tirosinkinasa o proteosomas implicadas en activar la multiplicación celular, la cual está sobre estimulada en muchos tipos de tumores.
- **Inmunoterapia (BCG):** Suministrado si es prescrito por el médico tratante de la **IAFAS** para cáncer de vejiga, durante el tiempo que dure el tratamiento o hasta recurrencia.

Asimismo, se cubren los insumos necesarios para su administración, incluyendo catéteres y bombas de infusión, así como los servicios ambulatorios u hospitalarios. Coberturas y copagos detallados en el **PLAN DE BENEFICIOS** según programa contratado.

**Radioterapia:** Uso de radiación de alta energía proveniente de partículas u ondas, tales como los rayos X, rayos gamma, u otras fuentes, cuyo objetivo es lesionar o destruir las células cancerosas en el área que recibe tratamiento y reducir el tamaño de los tumores. La cobertura incluye radioterapia convencional y 3D, radioterapia de intensidad modulada y radiocirugía. Siempre que sea indicado por el médico radioterapeuta asignado por la **IAFAS**, cumpla con los criterios de pertinencia recomendados en las Guías de la NCCN adoptadas por la **IAFAS**. Servicio solo disponible en Lima.

**Servicios de apoyo al tratamiento:** Exámenes de laboratorio, anatomía patológica e inmunohistoquímica para clasificación o tipificación, estudios de imágenes (ecografías, rayos X, tomografía computarizada y resonancia magnética) y medicina nuclear, relacionados al control y seguimiento del tratamiento de la patología oncológica.

**Estudios de medicina nuclear:** Estudios que usan sustancias radiactivas, llamadas también radiofármacos, para crear imágenes en base a la dinámica química del cuerpo, tales como: gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela, tomografía por emisión de positrones (PET Scan). También se incluye, en este beneficio, el tratamiento con Iodo radioactivo.

**Tomografía por emisión de positrones (PET Scan):** Estudio de imágenes no invasivo que utiliza radio-isótopos emisores de positrones para generar imágenes moleculares del organismo. La cobertura incluye el examen y la sustancia radioactiva FDG, siempre que sea indicado por el médico tratante asignado por la **IAFAS** y cumpla con los criterios de pertinencia recomendados en las guías de práctica clínica de la **IAFAS**. Servicio solo disponible en Lima.

\*Únicamente cubiertos en los planes ONCOCLASICO PRO Y ONCOPLUS

**Atención domiciliaria para cuidados paliativos y terapias de dolor:** Servicio de asistencia médica, de enfermería o técnico de enfermería para el suministro de tratamiento paliativo y/o terapia del dolor, de equipos médicos que faciliten la estancia en su domicilio del paciente en estado terminal (que no sean tributarios de tratamiento oncológico curativo) y en completa postración por la enfermedad oncológica cubierta por el programa.

El otorgamiento de estas prestaciones y asignación del personal técnico y/o de enfermería se encuentra condicionado a la previa asignación permanente de un cuidador principal, por cuenta propia de la familia, durante la estancia del paciente en el domicilio, el cual tendrá a su cargo las actividades de alimentación, baño e higiene, vestido y acicalamiento, uso de servicios higiénicos, mitigar soledad y potenciar la autoestima.

La asignación del tratamiento paliativo, del personal técnico y de enfermería y asignación de horas del mismo se encontrará exclusivamente a cargo del Profesional Paliativista asignado por la **IAFAS**. El otorgamiento de horas del personal se hará por periodos y frecuencias específicas, en turnos diurnos variables de 12, 6 y 3 horas; con frecuencia diaria, interdiaria o semanal; sujetos a variación según la criticidad evolutiva o involutiva del paciente.

Estas prestaciones se entregarán solo en el domicilio declarado del paciente, no consintiendo bajo ninguna circunstancia el traslado del personal asignado y equipos fuera de este lugar (incluyendo entre otras: instalaciones médicas, de cuidados intermedios y/o albergues).

El área de cobertura de las prestaciones se circunscribe a la ciudad de Lima Metropolitana con los siguientes límites: Norte - hasta urbanización Covida (Los Olivos); Sur - Hasta Villa en Chorrillos; Este - hasta Santa Anita; Oeste - Hasta La Punta.

**Cáncer no biopsiable:** En casos de alta sospecha de neoplasia maligna en tumores primarios de encéfalo, páncreas, ovario, riñón y testículo, en los que por la ubicación no es factible realizar la biopsia previa. El **AFILIADO** deberá adjuntar todos los exámenes de imágenes y de laboratorio que le hayan realizado, así como el informe médico que sustente la fuerte sospecha de neoplasia maligna de los órganos antes mencionados. En caso el informe anatómico patológico post quirúrgico no confirme la sospecha de cáncer, el total de gastos incurridos serán asumidos por el **AFILIADO**.

**Trasplante de médula ósea histocompatible:** Se otorga en el territorio nacional y solo en los proveedores específicamente autorizados por la **IAFAS** y que cuenten con la autorización por la ONDT (Organismo Nacional de Donación y Trasplante) del MINSA para realizar estos procedimientos y siempre que se encuentre médicamente indicado y recomendado en las guías de práctica clínica de la **IAFAS**). Previa autorización por la junta médica permanente de la **IAFAS**. Incluye cobertura de estudios de histocompatibilidad solo del **AFILIADO** receptor. No incluye estudio de donantes.

**Transfusión sanguínea y hemoderivados (glóbulos rojos, plaquetas, plasma):** Se cubrirán las pruebas de tamizaje, procesamiento en banco de sangre, pruebas cruzadas y los insumos necesarios solo de la transfusión de aquellas unidades efectivamente transfundidas y que se encuentren registradas en la historia clínica, bajo indicación debidamente justificada.

**Nutrición Parenteral Total (NPT):** Alimentación endovenosa que se otorga solo durante la estancia hospitalaria hasta por un periodo máximo de hasta 3 semanas, a pacientes con complicaciones entéricas por radioterapia y/o quimioterapia o sometidos a cirugía oncológica de cabeza y cuello, esófago y/o fístulas que impidan la alimentación enteral del paciente, siempre y cuando no tengan carcinomatosis y/o enfermedad metastásica sistémica. Se otorgará solo con autorización previa de la **IAFAS** bajo indicación médica pertinente evaluada por la junta médica permanente.

**Kit de colostomía en cáncer de colon primario:** Insumo y equipamiento a pacientes con colostomía por cáncer de colon primario; dotación suministrada directamente al paciente hasta un máximo de 30 bolsas mensuales. Incluye: Caralla, pinza, bolsas y pegamento. Así como educación al paciente y su familia para el autocuidado y mantenimiento de la colostomía.

**Cirugía reconstructiva oncológica ante secuela mutilante:** Aplica para casos de cirugías por cáncer de piel y tejidos blandos, en el mismo acto operatorio. Previa autorización por la junta médica permanente de la **IAFAS**. Reconstrucción no cosmética de la solución de continuidad de la zona afectada.

**Material de Osteosíntesis:** Material quirúrgico requerido en algunos casos de fracturas patológicas siempre y cuando estas hayan sucedido a consecuencia de metástasis ósea o cáncer óseo y con indicación de cirugía. Previa autorización por la junta médica permanente de la **IAFAS**.

**2.2. OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS;** a suministrar exclusivamente a través de la infraestructura propia de la **IAFAS** (RED AUNA). El otorgamiento de estas prestaciones dependerá de la debida programación, autorización previa y disposición del servicio.

**Biopsia para descarte de cáncer de mama:** Se cubrirá el costo de la biopsia al **AFILIADO** con sospecha de cáncer demostrada por estudios de imágenes y bioquímicos, y con diagnóstico anatómo patológico final positivo.

**Prueba de expresión génica Oncotype:** Sólo para pacientes con cáncer de mama en estadios tempranos (I y II A), con receptores de estrógeno positivos y receptores HER2 negativos, sin extensión a los ganglios linfáticos (ganglios negativos), la cual ayuda a estimar el riesgo de recurrencia de la enfermedad, así como el beneficio de la quimioterapia adyuvante después de una cirugía. Se otorgará bajo indicación médica pertinente evaluada por la junta médica permanente de la **IAFAS**.

**Reconstrucción mamaria y de pezón:** Se otorga, por única vez, solo para casos de mastectomía radical por cáncer de mama atendidas dentro de la cobertura del programa oncológico bajo la vigencia del presente **CONTRATO** y solo a cargo de los cirujanos designados por la **IAFAS** para este propósito. Esta cirugía deberá realizarse exclusivamente en la red propia de la **IAFAS** y con el único propósito de restablecer la usual apariencia del órgano comprometido, previa autorización por la junta médica permanente de la **IAFAS**.

**Prótesis de mama:** Se otorga, por única vez, solo para casos de mastectomía radical por cáncer de mama atendidas bajo la cobertura del programa oncológico a partir de la última renovación del **CONTRATO** vigente y solo a cargo de los cirujanos designados por la **IAFAS** para este propósito. La prótesis será la establecida por la **IAFAS** de acuerdo a las características del paciente. No se cubrirá el cambio de la prótesis una vez concluido el procedimiento de reconstrucción mamaria.

**Prótesis testicular post orquidectomía por cáncer de testículo o próstata:** Aplica, por única vez, solo para casos de cáncer de testículo y/o próstata orquidectomizados, atendidos bajo la cobertura del programa oncológico a partir de la última renovación del **CONTRATO** vigente y solo a cargo de los cirujanos designados por la **IAFAS** para este propósito. La prótesis será la establecida por la **IAFAS** de acuerdo a las características del paciente.

**Foniatría en cáncer primario de laringe:** Se otorgará solo a pacientes con disfonía severa o pérdida del habla, posterior a cirugía por cáncer primario de laringe y cuerdas vocales hasta un máximo de 12 sesiones, siempre que se programen con la regularidad de 03 veces por semana y de manera ininterrumpida.

**Psicooncología:** Asistencia al paciente, en compañía de familiares directos (incluye tutores, curadores o responsables), 03 consultas programadas por la especialidad dentro de los primeros 90 días contados a partir de su admisión como paciente. Adicionalmente, asistencia a talleres programados por la **IAFAS** durante el año.

**Nutricionista:** Asistencia al paciente, en compañía de familiares directos (incluye tutores, cuidadores o responsables). 03 consultas programadas por la especialidad dentro de los primeros 90 días contados a partir de su admisión como paciente. Adicionalmente, asistencia a talleres programados por la **IAFAS** durante el año.

**Segunda opinión médica nacional:** Solo en casos que el médico tratante solicite opinión (sólo consulta) a la junta médica permanente de la **IAFAS**, ante la falta de respuesta esperada a los estándares de manejo clínico de las guías de práctica clínica de la **IAFAS** y previo consentimiento del paciente.

**Segunda opinión médica internacional:** La junta médica permanente de la **IAFAS**, podrá solicitar la valoración del caso (revisión del expediente) a una institución de prestigio internacional

determinada por la **IAFAS** cuando lo considere necesario y previo consentimiento del paciente, sobre tratamiento, pronóstico y orientaciones de la enfermedad del paciente. No forma parte de este beneficio la realización de exámenes auxiliares o una segunda revisión de los mismos fuera del territorio nacional. No se cubren los gastos de elaboración, duplicado y/o traducción de informes ni otros gastos relacionados al contenido del expediente.

**Ambulancia terrestre:** Se otorgará, al alta hospitalaria en caso de pacientes postrados o imposibilitados de desplazarse, con destino a su domicilio, previa solicitud con un mínimo de 24 horas de anticipación. La programación del servicio está sujeta a disponibilidad de unidades. No es aplicable para urgencias y/o emergencias médicas. Disponible solo en Lima, dentro del área de cobertura indicada a continuación.

Área de Cobertura: Norte: Hasta urbanización Covida; Sur: Hasta Villa en Chorrillos; Este: Hasta Santa Anita; Oeste: Hasta La Punta.

**Traslado para pacientes radicados fuera de Lima:** Cobertura de 01 boleto aéreo nacional (ida y vuelta) al año (por cada renovación), en vuelo comercial, para aquellos pacientes domiciliados en provincia que por causa médica, evaluada por la **IAFAS**, deban desplazarse desde su lugar de origen hacia el lugar de tratamiento. La solicitud del beneficio deberá hacerse con mínimo 30 días de anticipación y la programación de fechas de ida y retorno estará sujeta a disponibilidad de ruta aérea comercial y cupos disponibles de la aerolínea asignada por la **IAFAS**.

**Alimentación para acompañante:** Beneficio para un (01) acompañante de pacientes pediátricos (hasta los 17 años) hospitalizados, compuesto por 1 desayuno, 1 almuerzo y 1 cena del menú estándar que la clínica establezca para el día y en el mismo horario de los pacientes, debiendo ser solicitado con la anticipación establecida por la clínica. Máximo hasta por cinco (05) días.

**Terapia física:** Se otorgará terapia física en el hombro y brazo para el tratamiento de linfedema posterior a mastectomía radical por cáncer de mama; terapia física post cirugía mutilante de tejidos blandos en extremidades; fisioterapia respiratoria post cirugía por cáncer pulmonar. Hasta un máximo de 12 sesiones durante los 3 primeros meses posteriores a la cirugía antes descrita y previa autorización por la junta médica permanente de la **IAFAS**.

**Despistaje Oncológico:** Paquete gratuito de exámenes preventivos, diseñado, según sexo y edad del **AFILIADO**, para detectar la sospecha de enfermedad oncológica. Aplica para todos los **AFILIADOS** a partir de la primera renovación y con una periodicidad detallada en el **PLAN DE BENEFICIOS** elegido, teniendo en cuenta desde su último despistaje efectivo.

La cita para iniciar este despistaje oncológico deberá ser programada a través de la central de Atención al Cliente de Oncosalud al Teléfono 5137900; o en los establecimientos de salud pertenecientes a la RED AUNA, listados en las **CONDICIONES PARTICULARES** y publicadas en



nuestro portal WEB ([www.oncosalud.pe](http://www.oncosalud.pe)), sujeta a variaciones de acuerdo a convenios vigentes con las clínicas al momento de la atención.

EXAMENES	ONCOCLASICO 2015	ONCOCLASICO PRO 2015	ONCOPLUS 2015
<p><b>Examen Físico Preventivo para Damas y Varones</b> Paquete C</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Examen de cavidad oral</li> <li>Palpación de tiroides</li> <li>Palpación de ganglios axilares y cervicales</li> <li>Palpación de ganglios inguinales</li> <li>Palpación abdominal</li> <li>Búsqueda de neoplasia maligna de piel</li> <li>Hemograma (hasta los 40 años)</li> </ol> <p><b>Examen Diferenciado para Damas</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Revisión aparato genital femenino interno</li> <li>Revisión aparato genital femenino externo</li> <li>Palpación de mamas</li> <li>Tacto rectal</li> <li>Papanicolaou (desde los 18 años)</li> <li>Ecografía de mamas (desde los 18 hasta los 40 años)</li> <li>Mamografía (desde los 41 años)</li> </ol> <p><b>Examen Diferenciado para Varones</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Palpación de testículos</li> <li>Palpación de pene</li> <li>Tacto rectal</li> <li>Palpación de próstata</li> <li>Marcador tumoral PSA (desde los 41 años)</li> <li>Raxo X de tórax (desde los 18 años)</li> </ol>	Cada 02 años*	Cada 02 años*	Cada año*
Thevenon para damas y varones (desde los 51 años)	No aplica	No aplica	Cada año*
Colonoscopia para damas y varones (desde los 51 años)	No aplica	No aplica	Cada 05 años*
Endoscopia para damas y varones (desde los 51 años)	No aplica	No aplica	Cada 05 años*

\*Aplica previa renovación del plan oncológico

Para el otorgamiento de los exámenes de colonoscopia y endoscopia, es requisito que el **AFILIADO** tenga cinco años continuos en el programa **ONCOPLUS 2015**. Asimismo, no es parte de este beneficio la cobertura de biopsias y el procesamiento de estas.

Los exámenes preventivos que conforman cada paquete, no son transferibles, acumulables, canjeables o intercambiables con otros exámenes que no corresponden al paquete que le corresponde. Asimismo, el paquete no puede ser fragmentado y deberá concluirse en la misma sede prestacional en un periodo no mayor de 30 días calendarios contados desde el inicio del despistaje preventivo, vencido este plazo el **AFILIADO** deberá esperar el tiempo establecido en el **PLAN DE BENEFICIOS** para acceder nuevamente al próximo paquete de despistaje preventivo.

En caso el médico evaluador considere pertinente indicar algún examen adicional fuera del paquete coburado por su plan, este deberá ser asumido por el **AFILIADO** bajo tarifa preferencial.

### 3. PLAN DE BENEFICIOS

Las coberturas a las que los **AFILIADOS** tienen derecho a través del presente **CONTRATO**, corresponden de manera específica al **PLAN DE BENEFICIOS** optado por el **CONTRATANTE** en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**, cuyos alcances, limitaciones, copagos y aportes detallamos a continuación.

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN	ONCOCLASICO 2015	ONCOCLASICO PRO 2015	ONCOPLUS 2015
Límite máximo del beneficio anual por afiliado	Sin límite de monto	Sin límite de monto	Sin límite de monto
Límite de ingreso: Afiliado Titular y Dependientes	Solo renovación	Sin límite	Hasta los 65 Años
Límite de permanencia: Afiliado Titular y Dependientes		Sin límite	Sin límite
<b>Periodo de Carencia.</b> Plazo mínimo de permanencia en el plan o programa de salud para tener derecho a los beneficios establecidos en éste. Se contabilizan en forma individual por cada AFILIADO, a partir de la fecha de cobrada la primera cuota.		90 días, hasta los 60 años	90 días, hasta los 60 años
		150 días a partir de los 61 años.	150 días a partir de los 61 años.

PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO AMBULATORIA Y HOSPITALARIA	ONCOCLASICO 2015		ONCOCLASICO PRO 2015		ONCOPLUS 2015	
	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago
<b>PRESTACIONES GENERALES</b>						
Honorarios médicos por consultas, intervenciones quirúrgicas o visita domiciliaria, ayudantía o suministro de anestesia.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Quimioterapia: Medicamentos antineoplásicos convencionales, materiales e insumos (incluyendo catéteres permanentes, líneas de infusión, entre otros) y servicios relacionados a su administración.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Terapia Biológica: - Anticuerpos monoclonales. - Factores Estimulantes de Colonia de Células Blancas. - Inhibidores de enzimas de la tirosina kinasa - Inmunoterapia (BCG)	No cubre *	100%	70%	30%	100%	Ninguno
Medicamentos no oncológicos, materiales e insumos relacionados con el tratamiento oncológico.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Radioterapia: Radioterapia convencional, 3D, radioterapia de Intensidad modulada y radiocirugía. Sólo en RED AUNA	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Servicios de apoyo al tratamiento: exámenes de laboratorio, imágenes, anatomía patológica e inmunohistoquímica.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Estudios de Medicina Nuclear: Gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela, tomografía por emisión de positrones (PET scan).	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Atención Domiciliaria para Cuidados Paliativos y Terapias de Dolor para pacientes terminales en situación de postración. Sólo en Lima y según los límites geográficos.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Cáncer no biopsiable: En caso de alta sospecha de neoplasia maligna primaria de encéfalo, páncreas, riñón, ovario y testículo.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Trasplante de Médula Ósea histocompatible para pacientes con Leucemia o cáncer a la sangre. No incluye estudios de donantes.	No cubre	100%	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Transfusión sanguínea y hemoderivados (glóbulos rojos, plaquetas, plasma), se cubrirán las pruebas de tamizaje, procesamiento en banco de sangre, pruebas cruzadas y los insumos necesarios sólo de la transfusión de aquellas unidades efectivamente transfundidas.	No cubre	100%	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Nutrición Parenteral Total (NPT): Sólo durante la estancia hospitalaria hasta un máximo de tres semanas.	No cubre	100%	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Kit de colostomía para uso diario para pacientes con cáncer de Colon Primario.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Cirugía reconstructiva oncológica ante secuela mutilante para pacientes de cáncer de piel y tejidos blandos.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Material de Osteosíntesis para pacientes con fracturas patológicas por metástasis ósea o cáncer óseo.	No cubre	100%	70%	30%	100%	Ninguno

\*Solo está cubierto los medicamentos: Imatinib para los casos de leucemia mieloide crónica y GIST (tumor de estroma gastrointestinal) y BCG para cáncer de vejiga. Filgrastim (factor estimulante de colonia).

PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO AMBULATORIA Y HOSPITALARIA	ONCOCLASICO 2015		ONCOCLASICO PRO 2015		ONCOPLUS 2015	
	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago
<b>OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS</b> (Sólo en RED AUNA y previa autorización por la IAFAS)						
Biopsia de descarte de cáncer de Mama en caso de alta sospecha de neoplasia maligna.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Prueba de expresión génica Oncotype para cáncer de mama.	No cubre	100%	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Reconstrucción mamaria y pezón para pacientes con mastectomía radical por cáncer de mama.	No cubre	100%	70%	30%	100%	Ninguno
Prótesis de Mama para pacientes con mastectomía radical por cáncer de mama. Por única vez por mama.	No cubre	100%	70%	30%	100%	Ninguno
Terapia física en el hombro y brazo para el tratamiento de linfedema posterior a mastectomía radical por cáncer de mama; post cirugía mutilante de tejidos blandos en extremidades; fisioterapia respiratoria post cirugía por cáncer pulmonar. Hasta un máximo de 12 sesiones durante los 3 meses posteriores a la cirugía antes descrita.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Prótesis Testicular post orquidectomía para pacientes de cáncer de testículo y próstata.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Foniatría en cáncer de laringe, hasta 12 sesiones programadas.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Psicooncología para pacientes en compañía de familiares. 03 sesiones programadas. Sólo en RED AUNA.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Nutricionista para pacientes en compañía de familiares. 03 sesiones programadas. Sólo en RED AUNA.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Segunda Opinión Médica Nacional Junta médica permanente de la IAFAS	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Segunda Opinión Médica Internacional.	No cubre	100%	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Ambulancia terrestre al alta hospitalaria, para pacientes postrados o imposibilitados de desplazarse. Sólo en Lima y según los límites geográficos.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Traslado para pacientes radicados fuera de Lima: 01 boleto aéreo (ida y vuelta en vuelo comercial) al año, para aquellos pacientes domiciliados en provincias y con destino al lugar de tratamiento.	No Cubre	100%	No Cubre	100%	100%	Ninguno
Alimentación para un acompañante de pacientes pediátricos hospitalizados, hasta por un máximo de cinco (05) días. Sólo en RED AUNA.	No Cubre	100%	No Cubre	100%	100%	Ninguno
Despistaje Oncológico: Exámenes preventivos según sexo y edad del afiliado. Sólo en RED AUNA.	100% Cada 2 años	Ninguno	100% Cada 2 años	Ninguno	100% Cada año	Ninguno

Los planes ONCOSENIOR, ONCOINTEGRAL y ONCOPLAN se rigen bajo la cobertura del plan ONCOCLÁSICO 2015.

Los planes PLUSMASTER y PLAN FAMILIA se rigen bajo la cobertura del plan ONCOPLUS 2015.

#### 4. APORTES Y FORMAS DE PAGO

De acuerdo a la CLÁUSULA 14 de las **CONDICIONES GENERALES**, el **CONTRATANTE** deberá pagar los siguientes aportes de acuerdo a la modalidad de pago elegida.

ONCOCLÁSICO 2017							
Rango de Edad	Pago Anual Contado				Pago Mensual Recurrente		
	Efectivo o T.Crédito		T. de Crédito		T. de Débito		
	No Fumador	Fumador	No Fumador	Fumador	No Fumador	Fumador	
00 - 25*	S/. 130	S/. 160	S/. 12	S/. 15	S/. 15	S/. 17	
26 - 40*	S/. 300	S/. 375	S/. 27	S/. 35	S/. 30	S/. 40	
41 - 45*	S/. 320	S/. 400	S/. 30	S/. 37	S/. 35	S/. 45	
46 - 50*	S/. 355	S/. 450	S/. 35	S/. 40	S/. 37	S/. 47	
51 - 55*	S/. 605	S/. 750	S/. 55	S/. 67	S/. 65	S/. 77	
56 - 60*	S/. 750	S/. 935	S/. 67	S/. 85	S/. 77	S/. 95	
61 - 65*	S/. 1,005	S/. 1,250	S/. 90	S/. 110	S/. 100	S/. 125	
66 - 70*	S/. 1,490	S/. 1,860	S/. 130	S/. 165	S/. 150	S/. 185	
71 - 75*	S/. 2,085	S/. 2,605	S/. 185	S/. 230	S/. 210	S/. 260	
76 - 80*	S/. 2,170	S/. 2,715	S/. 190	S/. 240	S/. 220	S/. 270	
81 - 85*	S/. 2,255	S/. 2,820	S/. 200	S/. 250	S/. 230	S/. 280	
Más de 85*	S/. 2,345	S/. 2,930	S/. 205	S/. 260	S/. 235	S/. 295	

\*Solo renovación

ONCOCLÁSICO PRO 2017							
Rango de Edad	Pago Anual Contado				Pago Mensual Recurrente		
	Efectivo o T.Crédito		T. de Crédito		T. de Débito		
	No Fumador	Fumador	No Fumador	Fumador	No Fumador	Fumador	
00 - 25	S/. 175	S/. 220	S/. 20	S/. 22	S/. 22	S/. 25	
26 - 40	S/. 400	S/. 500	S/. 35	S/. 45	S/. 40	S/. 55	
41 - 45	S/. 435	S/. 540	S/. 40	S/. 50	S/. 45	S/. 58	
46 - 50	S/. 480	S/. 605	S/. 45	S/. 55	S/. 50	S/. 60	
51 - 55	S/. 815	S/. 1,015	S/. 75	S/. 90	S/. 85	S/. 105	
56 - 60	S/. 1,015	S/. 1,265	S/. 90	S/. 110	S/. 105	S/. 125	
61 - 65	S/. 1,355	S/. 1,690	S/. 120	S/. 145	S/. 140	S/. 170	
66 - 70	S/. 2,010	S/. 2,515	S/. 175	S/. 220	S/. 200	S/. 250	
71 - 75	S/. 2,815	S/. 3,515	S/. 250	S/. 310	S/. 280	S/. 350	
76 - 80	S/. 2,930	S/. 3,665	S/. 260	S/. 320	S/. 295	S/. 370	
81 - 85	S/. 3,045	S/. 3,810	S/. 270	S/. 335	S/. 305	S/. 380	
Más de 85	S/. 3,165	S/. 3,955	S/. 280	S/. 350	S/. 320	S/. 400	

ONCOPLUS 2017							
Rango de Edad	Pago Anual Contado				Pago Mensual Recurrente		
	Efectivo o T.Crédito		T. de Crédito		T. de Débito		
	No Fumador	Fumador	No Fumador	Fumador	No Fumador	Fumador	
00 - 25	S/. 275	S/. 305	S/. 25	S/. 27	S/. 30	S/. 32	
26 - 40	S/. 790	S/. 870	S/. 70	S/. 77	S/. 80	S/. 90	
41 - 45	S/. 880	S/. 965	S/. 77	S/. 85	S/. 90	S/. 97	
46 - 50	S/. 970	S/. 1,065	S/. 85	S/. 95	S/. 100	S/. 105	
51 - 55	S/. 1,200	S/. 1,320	S/. 105	S/. 115	S/. 120	S/. 135	
56 - 60	S/. 1,460	S/. 1,605	S/. 130	S/. 140	S/. 145	S/. 160	
61 - 65	S/. 1,680	S/. 1,850	S/. 150	S/. 160	S/. 170	S/. 185	
66 - 70*	S/. 2,595	S/. 2,855	S/. 225	S/. 250	S/. 260	S/. 290	
71 - 75*	S/. 3,215	S/. 3,535	S/. 280	S/. 310	S/. 320	S/. 355	
76 - 80*	S/. 3,240	S/. 3,565	S/. 285	S/. 315	S/. 325	S/. 360	
81 - 85*	S/. 3,290	S/. 3,620	S/. 290	S/. 320	S/. 330	S/. 365	
Más de 85*	S/. 3,415	S/. 3,760	S/. 300	S/. 330	S/. 340	S/. 375	

\*Solo renovación

Aportes expresados en Soles, incluyen gastos administrativos e impuestos de ley.

De acuerdo a la Cláusula Sexta de las Condiciones Generales, a los titulares menores de edad se aplica solo tarifa anual.

## 5. ACTIVACIÓN DEL BENEFICIO ONCOLÓGICO

El **AFILIADO** deberá activar su beneficio oncológico y ser admitido al programa de tratamiento oncológico, para lograr el otorgamiento de sus beneficios, para lo cual debe cumplir con los requisitos y procedimientos siguientes:

### 5.1. Requisitos para activar el beneficio oncológico

- Formato de Solicitud de Admisión al Programa Oncológico (proporcionado por la **IAFAS** en RED AUNA o nuestras oficinas comerciales).
- Informe de anatomía patológica con diagnóstico oncológico, firmado y sellado por un especialista competente en el país.
- Exámenes auxiliares (laboratorio + imágenes) contributorios al diagnóstico.
- Informe médico emitido por el médico que hizo el diagnóstico, solo en caso de corresponder a órganos no biopsiables.
- Copia del DNI vigente y legible.
- Encontrarse al día en sus pagos.
- Prueba de cotinina (nicotina). Solo si es requerida por la **IAFAS**.

### 5.2. Proceso de activación del beneficio oncológico y admisión al Programa Oncológico

Solicite su cita para la entrevista de admisión al programa oncológico a través de nuestro Call Center 513-7900 o enviando un e-mail a la siguiente dirección: [autorizaciones@oncosalud.pe](mailto:autorizaciones@oncosalud.pe) o acercándose directamente a Plataforma de Beneficios de ONCOSALUD en Av. Guardia Civil 571, San Borja, Lima.

Si el **AFILIADO** está imposibilitado de presentarse personalmente, el proceso de activación podrá hacerlo un familiar en primer grado o su apoderado legal, debiendo entregar copia de su documento de identidad y otros documentos pertinentes.

En caso el **AFILIADO** resida en provincias, podrá realizar este trámite en nuestras sedes locales de la RED AUNA (Lima, Arequipa, Piura, Chiclayo y Trujillo) y otras provincias en nuestras sedes comerciales, listadas en la sección siguiente de este documento.

En la fecha y hora citada, deberá presentar los documentos requeridos para activar el beneficio oncológico a nuestras ejecutivas de beneficios para la validación administrativa, seguidamente pasará a la tutoría oncológica y asignación de médico tratante del **DIRECTORIO MÉDICO** de la **IAFAS**.

En caso de haber consignado la **CONDICIÓN DE NO FUMADOR** en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**, la **IAFAS** podrá exigir como requisito para la activación de su beneficio oncológico, la realización de la prueba de cotinina (nicotina), la cual deberá realizarse en un plazo no mayor de 48 horas.

Si el informe de anatomía patológica no es concluyente, a solicitud de la **IAFAS**, el **AFILIADO** deberá presentar las láminas, tacos y otros materiales o exámenes necesarios en el plazo más breve posible, para su revisión por nuestro equipo de anatomía patológica especializado.

El **AFILIADO** admitido como paciente del Programa Oncológico recibirá una charla orientativa acerca de los beneficios, coberturas, alcances, limitaciones y exclusiones, así como absolver las dudas y consultas referentes a sus beneficios. Asimismo, se le entregará el manual del paciente, el cual le orientará en los procedimientos que le permitirán el mayor aprovechamiento de sus beneficios en el programa oncológico de su plan contratado.

Una vez culminado este proceso, el **AFILIADO** admitido como paciente del Programa Oncológico, podrá hacer uso de los beneficios y coberturas de su Plan contratado, detallados en las **condiciones generales** y **condiciones particulares**, debiendo tener en cuenta que el programa no cubre eventos en forma retroactiva y/o sin la autorización previa de la **IAFAS** y/o fuera de las condiciones establecidas en su Plan contratado.

## 6. RED DE ATENCIÓN

### 6.1. INFRAESTRUCTURA PROPIA (RED AUNA)

NOMBRE COMERCIAL	DISTRITO	DIRECCIÓN
<b>RED PREFERENCIAL ONCOLÓGICA LIMA Y CALLAO</b>		
Oncocenter - Sede San Borja	San Borja	Av. Guardia Civil N° 571, Urb. Córpac
Oncocenter - Sede Miraflores	Miraflores	Av. Benavides N° 2525
Clínica Oncosalud	San Borja	Av. Guardia Civil N° 227-229, Urb. Córpac
Clínica Delgado	Miraflores	Av. Angamos Oeste N° 450 - 490
Clínica Bellavista	Bellavista	Jr. Las Gaviotas N° 207, Urb. San José
PETSCAN Perú	Miraflores	Av. Petit Thouars N° 4340
R Y R Patólogos Asociados	San Borja	Av. Guardia Civil N° 227-229, Urb. Córpac
Boticas Oncofarm	San Borja	Av. Guardia Civil N° 571

NOMBRE COMERCIAL	DISTRITO	DIRECCIÓN
<b>RED PREFERENCIAL ONCOLÓGICA PROVINCIA</b>		
Clínica Vallesur	Arequipa	Av. La Salle N°116 y N° 108, Cercado
Clínica Camino Real	Trujillo / La Libertad	Jr. Bolognesi N° 565
Clínica Miraflores	Castilla / Piura	Calle Las Dalias A-12, Urb. Miraflores
Policlínico Clínica Miraflores	Piura	Jr. Huancavelica N° 1015
Servimédicos	Chiclayo / Lambayeque	Calle Manuel María Izaga N° 621

El presente listado es referencial, el mismo será actualizado permanentemente, atendiendo a la normatividad de **SUSALUD**, para luego publicarse en la web institucional [www.oncosalud.pe](http://www.oncosalud.pe).



## 6.2. IPRESS COMPLEMENTARIAS

NOMBRE COMERCIAL	DISTRITO	DIRECCIÓN
<b>IPRESS COMPLEMENTARIAS ONCOLÓGICAS DE LIMA</b>		
<b>CLÍNICAS O CENTROS MÉDICOS DE LIMA</b>		
Clínica Angloamericana	San Isidro	Calle Alfredo Salazar N° 350
Clínica Centenario Peruano Japonesa	Pueblo Libre	Av. Paso de los Andes N° 675
Clínica de Especialidades Médicas	San Borja	Jr. Eduardo Ordóñez N° 468
Clínica El Golf	San Isidro	Av. Aurelio Miroquesada N° 1030
Clínica Good Hope	Miraflores	Av. Malecón Balta N° 956
Clínica Internacional	Lima	Jr. Washington N° 1471
	San Borja	Av. Guardia Civil N° 475
Clínica Javier Prado	San Isidro	Av. Javier Prado Este N° 499, Urb. Jardín - Lima
Clínica Jesús del Norte	Independencia	Av. Carlos Izaguirre N° 153
Clínica Los Andes	Miraflores	Calle Asunción N° 177
Clínica Montefiori	La Molina	Av. Separadora Industrial N° 380, Urb. Los Cactus
Clínica Oncológica Miraflores	Miraflores	Jirón Independencia N° 1055
Clínica Padre Luis Tezza	Surco	Jr. El Polo N° 570, Monterrico
Clínica Ricardo Palma	San Isidro	Av. Javier Prado Este N° 1066
Clínica San Borja	San Borja	Av. Guardia Civil N° 337
Clínica San Felipe	Jesús María	Av. Gregorio Escobedo N° 650
Clínica San Gabriel	San Miguel	Av. La Marina N° 2955 Urb. Maranga II Etapa
Clínica San Juan Bautista	San Juan de Lurigancho	Jr. Los Zafiros Mz G, Lt 10 Urb. Las Flores
Clínica San Pablo	Surco	Av El Polo N° 789 Con Cl. La Conquista N° 145
		Av. El Polo N° 780
Clínica Santa María del Sur	San Juan de Miraflores	Av. Belisario Suarez N° 998
Clínica Vesalio	San Borja	Calle Joseph Thompson N° 140 Urb. Santo Tomás
Clínica Stella Maris	Pueblo Libre	Av. Paso de Los Andes N° 923
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas	Surquillo	Av. Angamos Este N° 2520
ONCOCARE (Aliada)	San Isidro	Av. José Galvez Barrenechea N° 1044 Ur. Corpac
<b>CENTROS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO LIMA</b>		
Mediperu (antes Resomasa)	San Isidro	Av. Guardia Civil N° 664
PETSCAN PERU	Miraflores	Av. Petit Thouars N° 4340
Resocentro	Miraflores	Av. Petit Thouars N° 4443

RED PREFERENCIAL ONCOLÓGICA EN PROVINCIAS		
CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS EN PROVINCIAS		
ANCASH		
Clínica San Pablo	Huaraz	Jr Huaylas N° 172, Independencia
AREQUIPA		
Clínica Arequipa	Arequipa	Esquina Puente con Av Bolognesi S/N
Clínica San Juan de Dios	Arequipa	Av. del Ejército N° 1020, Cayma
CAJAMARCA		
Clínica Limatambo Cajamarca	Cajamarca	Jr. Puno N° 265
ICA		
Clínica Tataje	Ica	Av. Conde de Nieva N° 360, Urb. Luren
JUNÍN		
Clínica Cayetano Heredia	Huancayo	Av. Huancavelica N° 745
LA LIBERTAD		
Clínica La Merced	Trujillo	Av. Husarez de Junín N° 690, Urb. La Merced
Clínica Peruano Americana	Trujillo	Av. Mansiche N° 810
Clínica Sánchez Ferrer	Trujillo	Cl. Los Laureles N° 436, Urb. California
LAMBAYEQUE		
Clínica Del Pacifico	Chiclayo	Av. José Leonardo Ortiz N° 420
LORETO		
Clínica Adventista Ana Stahl	Iquitos	Av. La Marina N° 285
PIURA		
Clínica Belén	Piura	Calle San Cristóbal N° 267, Urb El Chipe
TACNA		
Clínica Promedic	Tacna	Calle Blondell N° 425

CENTROS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO PROVINCIAS		
Remasur	Arequipa	Cl. León Velarde N°108
Sedimed	Arequipa	Cl. Plaza Juan Manuel Polar N° 103, Urb. Vallecito

El presente listado es referencial, el mismo será actualizado permanentemente atendiendo a la normatividad de **SUSALUD**, para luego publicarse en la web institucional [www.oncosalud.pe](http://www.oncosalud.pe)

## 7. SEDES COMERCIALES DE LA IAFAS

SEDES COMERCIALES ONCOSALUD		
REGIÓN	SEDES	DIRECCIÓN
LIMA	Surco	Calle Montegrande N° 129 - Of. 501
	Miraflores	Av. Larco N° 101 - Of. 101
	Huancayo	Calle Real N° 471 - 3er piso, Junín
	Ica	Calle Lima N° 492
NORTE	Piura	Calle Las Acacias N° 225, Urb. 04 de Enero
	Trujillo	Calle Santa Clara N° L 22, Urb. La Merced
	Chiclayo	Calle Manuel Izaga N° 690 - 4to Piso, Lambayeque
	Cajamarca	Jr. El Comercio N° 964 A
	Chimbote	Av. Francisco Bolognesi N° 453 - Of. 202, Casco Urbano - Ancash
SUR	Arequipa	Calle Trinidad Morán N° 103 - 2do Piso, Cayma
	Cuzco	Av. Micaela Bastidas N° 258 - Of. 603, Wanchaq

Vigencia de contrato: a partir del 01 de junio de 2017