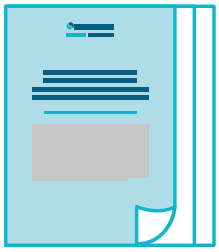
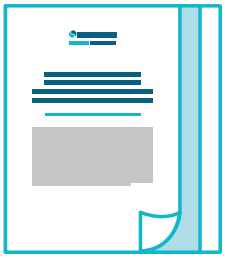
RESUMEN

El condicionado de **ONCOSALUD** consta de tres secciones: **Cláusulas generales, Cláusulas particulares** y **Anexos**.



1 CLÁUSULAS GENERALES

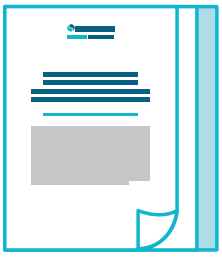
La primera sección contiene las veinticuatro cláusulas del contrato. Entre estas cláusulas se encuentra el objeto, contenido del contrato, algunas definiciones de guía para el afiliado, inicio del otorgamiento de la cobertura, consentimiento de tratamiento de datos personales y modificaciones contractuales.



2 CLÁUSULAS PARTICULARES

1. **Descripción y alcance de las prestaciones cubiertas por el programa**
   En esta sección, se definen las prestaciones generales y complementarias del programa contratado, como también el alcance de cada una de ellas.

2. **Pertinencia de las prestaciones**
   En esta sección, se definen los criterios y las herramientas que determinan el correcto otorgamiento de las coberturas del programa contratado



3 ANEXOS

1. **ANEXO 1:** Plan de Salud
2. **ANEXO 2:** Aportes y condiciones de afiliación
3. **ANEXO 3:** Exclusiones, gastos no cubiertos y limitaciones a las coberturas contratadas
4. **ANEXO 4:** Procedimiento para solicitar la cobertura en caso de siniestro
5. **ANEXO 5:** Red de Atención
6. **ANEXO 6:** Flujograma de procedimiento de atención de consultas y reclamos

CONTRATO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS ESPECIALIZADAS DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMA PREPAGADO PROTEGE SALUD

CLÁUSULAS GENERALES

Conste por el presente documento, que celebran de una parte **ONCOSALUD S.A.C.**, con R.U.C. N° 20101039910, domicilio legal en Av. República de Panamá N° 3461, Piso 14, Distrito de San Isidro, Provincia y Departamento de Lima, y RIAFAS Nº 20006, quien se encuentra debidamente representado por su Apoderado Especial, Señor Guillermo Michell Lecaros Gutiérrez, identificado con DNI N° 10308857, según poderes inscritos 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 AFILIACIÓN**, que forma parte integrante de este **CONTRATO**, quien actúa en representación de los asegurados a quien en adelante se denominarán el **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS**, en los términos y condiciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA:

OBJETO

En virtud del presente Contrato de Aseguramiento en Salud, en adelante el **CONTRATO**, la **IAFAS** otorga a el **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS** la cobertura complementaria de salud, conforme a los límites y condiciones señalados en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del **CONTRATO**.

Los planes complementarios y beneficios adicionales que se contratan son de naturaleza voluntaria, y se regirán conforme a las reglas establecidas en las presentes **CLÁUSULAS GENERALES** y las **PARTICULARES** del presente **CONTRATO**, y demás disposiciones legales que les resulten aplicables.

Para efectos de las presentes **CLÁUSULAS GENERALES**, entiéndase como "**AFILIADO / ASEGURADO**" o "**AFILIADOS / ASEGURADOS**" al Titular y a sus beneficiarios.

CLÁUSULA SEGUNDA:

CONTENIDO

El **CONTRATO** que se suscribe consta de las siguientes partes integrantes:

1. **CLÁUSULAS GENERALES:** Conjunto de cláusulas de incorporación obligatoria establecidas por **SUSALUD** que rigen los contratos de afiliación con una **IAFAS**. La **IAFAS**, puede incorporar otras cláusulas en virtud de su libertad contractual.
2. **CLÁUSULAS PARTICULARES:** Son aquellas cláusulas que señalan el detalle de las condiciones en las cuales se otorgan las coberturas correspondientes, incluyendo la red de **IPRESS**, copagos, deducibles, aportes adicionales, y las obligaciones administrativas de las partes.
3. **PLAN, PROGRAMA O PRODUCTO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD:** Documento que incluye las condiciones de cobertura y la lista de prestaciones de salud que son financiadas por la **IAFAS**.
4. **DECLARACIÓN DE SALUD:** Documento mediante el cual el **CONTRATANTE** informa los antecedentes médicos relevantes del titular, dependientes o personas no dependientes, propuestos para afiliación, al momento de suscribir la solicitud de inscripción.
5. **RELACIÓN DE LOS AFILIADOS / ASEGURADOS:** Documento que contiene la relación detallada de los **AFILIADOS / ASEGURADOS** al presente **CONTRATO**, el cual puede incrementarse o reducirse, según se cumplan las condiciones establecidas en este documento y en las normas que lo regulan.

CLÁUSULA TERCERA:

DEFINICIONES

Para efectos de las **CLÁUSULAS GENERALES** antes señaladas y, en lo que resulte aplicable, a las **CLÁUSULAS PARTICULARES**, se entiende por:

1. **ACCIDENTE:** Suceso eventual imprevisto, fortuito u ocasional, producido por acción de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad, pudiendo resultar en daño para la vida o la salud.
2. **AFILIACIÓN:** Adscripción de un asegurado a un Plan de Aseguramiento en Salud y a una **IAFAS**.

3. **AFILIACIÓN COLECTIVA O CORPORATIVA:** Modalidad de **AFILIACIÓN** mediante la cual cualquier organización, colectividad de individuos, empresa o entidad empleadora, formaliza su relación de aseguramiento con una **IAFAS,** en forma voluntaria, en calidad de contratante, en virtud de un contrato suscrito con una **IAFAS.** En el caso de los dependientes, la **IAFAS** respectiva debe registrarlos individualmente. La afiliación colectiva o corporativa puede ser obligatoria o voluntaria.

4. **AFILIACIÓN ELECTRÓNICA:** La **AFILIACIÓN** electrónica es una modalidad de **AFILIACIÓN** pactada. En ella, la persona manifiesta su voluntad de **AFILIACIÓN** mediante mecanismos no presenciales, estableciéndose la relación de aseguramiento entre el **ASEGURADO** y la **IAFAS** respectiva. Esta modalidad queda supeditada a la implementación por parte de la **IAFAS** de los mecanismos que permitan acreditar la autenticidad del contrato, mediante la firma electrónica u otro medio que asegure seguridad.

5. **AFILIACIÓN INDIVIDUAL:** Modalidad de **AFILIACIÓN** mediante la cual el **AFILIADO** formaliza su relación de aseguramiento con una **IAFAS** a título personal, en virtud de un contrato suscrito con esta. En el caso de los dependientes o beneficiarios, la **IAFAS** respectiva debe registrarlos individualmente.

6. **AFILIACIÓN OBLIGATORIA:** Constituye **AFILIACIÓN** obligatoria, aquella por la cual una persona natural adquiere la condición de **AFILIADO,** por el sólo hecho de cumplir una condición preestablecida, sin que se encuentre obligada a manifestar o ratificar su voluntad de acceder al plan de aseguramiento que le corresponde. Se encuentran dentro de esta categoría quienes acceden a un **PLAN DE SALUD** por mandato legal o por el sólo hecho de su vinculación laboral o contractual con un empleador determinado, así como sus derechohabientes legales y dependientes, según el caso.

7. **APORTE:** Pago periódico, establecido en el contrato, al que se compromete el afiliado o contratante a abonar en forma adelantada a la **IAFAS** por los beneficios del plan o programa de salud contratado.

8. **ASEGURADO O AFILIADO:** Toda persona residente en el país, que esté bajo cobertura de algunos de los regímenes del **AUS.** Se le asume obligatoriamente afiliado a cualquier Plan de Aseguramiento en Salud. El **AFILIADO** puede ser titular o derechohabiente y debe reunir los requisitos de **AFILIACIÓN** correspondientes.

9. **AUS:** Aseguramiento Universal de Salud

10. **BENEFICIARIO:** Persona residente en el país que está bajo la cobertura de un plan de Aseguramiento Universal en Salud. Acepción que se utiliza de manera indistinta para referirse a los afiliados o asegurados.

11. **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL:** Cobertura máxima anual, monto límite del beneficio por afiliado, del programa contratado. Los gastos médicos incurridos por el (los) afiliados durante el periodo de la vigencia anual, reduce automáticamente el monto del beneficio, sin lugar a restitución hasta la celebración de una nueva anualidad del contrato. El monto del beneficio máximo anual y sus precisiones operativas se detallan en el **PLAN DE SALUD,** importe que no es acumulable entre renovaciones y no incluye IGV.

12. **BENEFICIOS:** Derechos del (los) afiliado(s), según las condiciones establecidas en el plan o programa de salud contratado.

13. **CLÁUSULAS ABUSIVAS:** De acuerdo a la definición establecida en el artículo 49 de la Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor, en los contratos por adhesión y en las **CLÁUSULAS GENERALES** de contratación no aprobadas administrativamente, se consideran cláusulas abusivas y, por tanto, inexigibles todas aquellas estipulaciones no negociadas individualmente que, en contra de las exigencias de la buena fe, coloquen al consumidor, en su perjuicio, en una situación de desventaja o desigualdad o anulen sus derechos.

14 **CONDICIONES ESPECIALES:** Son aquellas condiciones especiales que se adicionan al **CONTRATO,** permitiendo extender, ampliar, modificar o reemplazar los términos y las condiciones estipuladas en las **CLÁUSULAS GENERALES** y las **CLÁUSULAS PARTICULARES.**

15 **CONTINUIDAD:** Reconocimiento del tiempo de permanencia en los contratos inmediatamente anteriores a la vigencia del nuevo contrato con la misma **IAFAS** u otra distinta, con el mismo plan, programa o producto de salud o equivalente, con el objeto de dar cobertura a dolencias o enfermedades cuyo desarrollo y tratamiento médico se hubiera iniciado durante la vigencia del contrato anterior y se encuentre cubierto en el nuevo contrato.

16 **CONTRATANTE:** Toda persona natural o jurídica que suscribe un **CONTRATO** de Aseguramiento en Salud 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, salvo los casos en los que se establezcan obligaciones contractuales expresas a cargo de los **ASEGURADOS.**

17 **CONTRATO:** Documento que contiene las condiciones 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.

18 **COPAGO:** (o Coaseguro o Copago Variable) 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 **CONTRATO** suscrito entre el **AFILIADO** y la **IAFAS.**

19 **DEDUCIBLE:** (o Copago Fijo) Importe fijo a pagar por el **AFILIADO** por los servicios cubiertos, ya sea en emergencia, ambulatorios u hospitalarios. Los conceptos en los cuales se aplican deducibles se especifican en el **PLAN DE SALUD** de las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO.** Una misma atención puede estar afecta al pago de deducible y copago (Coaseguro o Copago Variable).

20 **DERECHOHABIENTE:** Son derechohabientes el cónyuge o el concubino a quienes se refiere el Artículo 326 del Código Civil, así como los hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo. Su **AFILIACIÓN** puede ser a solicitud del titular del seguro de salud o su derechohabiente, padre, madre, tutor o curador.

21 **DESAFILIACIÓN:** Acto por el cual una persona deja de tener la condición de **AFILIADO** respecto de una **IAFAS** determinada, por la culminación del supuesto de hecho que le daba la condición como tal o por extinción del **CONTRATO** por las causales de caducidad, no renovación, resolución, recisión o nulidad del mismo. **La DESAFILIACIÓN** también puede darse por solicitud expresa del afiliado**.**

22 **DÍAS:** Días calendario.

23 **EMERGENCIA:** Es toda condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente.

24 **EMERGENCIA ACCIDENTAL:** Es aquella emergencia derivada de un **ACCIDENTE** y que requiere evaluación médica por su potencial peligro inminente la vida, la salud, o que puede dejar secuelas invalidantes al paciente, como por ejemplo: Traumatismos (luxaciones, fracturas, esguinces), heridas cortantes de cualquier causa, mordeduras de animales o picaduras.

25 **EMERGENCIA MÉDICA Y/O QUIRÚRGICA:** Es toda condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I y II**.**

26 **ENFERMEDAD CONGÉNITA:** Es toda aquella enfermedad adquirida durante el período embrionario-fetal y perinatal, la cual puede manifestarse y diagnosticarse en el nacimiento o después durante todo el transcurso de la vida. Esta definición incluye, pero no se limita a todos los diagnósticos calificados como congénitos de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades 10° edición de la Organización Mundial de la Salud.

27 **ENFERMEDAD CONGÉNITA NO CONOCIDA:** Cualquier **ENFERMEDAD CONGÉNITA,** que ha trascurrido de forma asintomática, no diagnosticada por un profesional médico colegiado, desconocida por el **AFILIADO** al momento de su **AFILIACION** al **PROGRAMA.**

28 **ENSAYO CLÍNICO DE FASE III:** Estudio que se realiza a nivel mundial a diferentes pacientes con la finalidad de corroborar si un nuevo tratamiento es seguro y eficaz comparado con el tratamiento estándar o convencional, en condiciones de uso habituales. Sus resultados proporcionan la base para la aprobación del fármaco por las entidades regulatorias de salud.

29 **EPS:** Entidades Prestadoras de Salud. Son empresas que prestan servicios de atención en salud a sus afiliados, complementando los servicios y cobertura de EsSalud, a través sus propias IPRESS de atención.

30 **ESTADO TERMINAL:** Paciente en progresión de enfermedad importante y no tributario de tratamiento oncológico curativo o con capacidad para retrasar la evolución y/o en no condiciones clínicas de recibir tratamiento activo y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses).

31 **EXAMEN ANTÍGENO PROSTÁTICO:** Examen de laboratorio que mide la concentración en sangre de una proteína producida exclusivamente por las células de la glándula prostática. Puede encontrarse valores elevados tanto en condiciones malignas como no malignas, por lo que puede ser usado para la detección y seguimiento de estas condiciones.

32 **EXCLUSIONES:** Son aquellas prestaciones de salud no cubiertas por el plan o programa de salud. En el marco de lo establecido en el Plan de Esencial de Aseguramiento en Salud aprobado mediante Decreto Supremo Nº 023-2021-SA y posteriores actualizaciones, los daños derivados del intento de autoeliminación o lesiones autoinfligidas por problemas de salud mental, derivados de un diagnóstico de salud mental no se excluyen.

33 **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA:** Conjunto de recomendaciones desarrolladas en forma sistemática para ayudar a los profesionales y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas en el abordaje de un problema de salud o una condición clínica específica.

34 **HISTOCOMPATIBLE:** Semejanza de los antígenos tisulares de distintos individuos, del que depende la posibilidad de un injerto o trasplante, para minimizar las posibilidades de rechazo del trasplante.

35 **IAFAS:** Las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), son aquellas entidades o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, que reciban, capten y/o gestionen fondos para la cobertura de las atenciones de salud o que oferten cobertura de riesgos de salud, bajo cualquier modalidad.

36 **IPRESS:** Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud **(IPRESS),** son todos aquellos establecimientos públicos, privados o mixtos categorizados y acreditados por la autoridad competente y registrados en la Superintendencia Nacional de Salud, autorizados para brindar los servicios de salud correspondiente a su nivel de atención.

37 **NICOTINA:** Es un alcaloide, estimulante, psicoactivo y adictivo, presente en las hojas de tabaco y en los productos que contienen nicotina.

38 **NIVEL DE EVIDENCIA:** Categorización de la evidencia científica de una recomendación médica en base a las pruebas o estudios de investigación y al consenso de los miembros de las instituciones evaluadoras.

39 **NOTA TÉCNICA:** Documento que describe la metodología y las bases técnicas aplicadas para el cálculo actuarial de la prima pura de riesgo o aporte y la prima comercial, así como la justificación de sus gastos de gestión, administración y sistemas de cálculo de sus provisiones o reservas técnicas.

40 **PEAS:** Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.

41 **PERÍODO DE CARENCIA:** Es el plazo en el cual no están activas las coberturas de salud, suele durar de treinta (30) a noventa (90) días calendario. En Seguridad Social es el período de tres (03) meses contados desde el inicio de labores de un afiliado / asegurado regular que no haya tenido vínculo laboral en los meses previos y que le impiden cumplir con las condiciones para tener derecho de cobertura. En el caso de un afiliado / asegurado potestativo, el período puede ser menor a tres (03) meses durante el cual el afiliado / asegurado y sus dependientes inscritos no pueden acceder a las prestaciones de salud contenidas en el contrato. **Los PERÍODOS DE CARENCIA** se contabilizan en forma individual por cada afiliado / asegurado.

Las emergencias no presentan **PERÍODOS DE CARENCIA** en ninguno de los regímenes de financiamiento. Además, no se aplica el **PERÍODO DE CARENCIA** en ninguna clase de emergencia.

En los regímenes contributivo y semicontributivo, para el caso de maternidad, es suficiente que la asegurada haya estado afiliada al momento de la concepción.

Por ningún motivo, puede excluirse de la cobertura del Plan Complementario, aquellas enfermedades o dolencias diagnosticadas durante el **PERÍODO DE CARENCIA.**

42 **PERÍODO DE ESPERA:** Es el tiempo durante el cual el afiliado regular en actividad y/o sus derechohabientes no pueden acceder a algunas atenciones relacionadas a determinados diagnósticos previstos en la lista de contingencias de **ESSALUD.** El concepto de período de espera puede ser aplicado por otras **IAFAS.** En ningún caso, el período de espera es mayor al año contractual.

43 **PLAN DE SALUD:** Es el documento que detalla los beneficios y coberturas que otorga la IAFAS al amparo del presente **CONTRATO.**

44 **PREEXISTENCIA:** Es cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD.** No puede ser considerada como preexistente un diagnóstico contemplado en el **PEAS.**

45 **PRIMA O APORTE COMERCIAL:** Es la prima o aporte que aplica la **IAFAS** al riesgo de salud para determinar su cobertura. Está formada por la prima o aporte puro de riesgo más los gastos de administración, afiliación, liquidación, entre otros, y el beneficio comercial de la **IAFAS.**

46 **PRIMA O APORTE PURO DE RIESGO:** Es el aporte económico que realiza el asegurado, la entidad empleadora, el Estado, a la **IAFAS** por concepto de contraprestación por la cobertura de riesgo de salud que esta le ofrece. Su costo se determina sobre bases actuariales.

47 **PRODUCTOS QUE CONTIENEN NICOTINA:** Productos derivados del tabaco como los cigarrillos, cigarros, puros, habanos, tabaco para mascar, chupar, inhalar o tabaco consumido en pipa; además de los parches de nicotina, la goma de mascar en base a nicotina y los cigarrillos electrónicos, entre otros.

48 **PROGRAMA, PLAN O PRODUCTO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD:** Documento que instrumenta el contrato de aseguramiento, en el que se reflejan las condiciones de cobertura y acceso que el asegurado obtiene frente a distintas prestaciones de salud.

49 **REGISTRO DE AFILIADOS:** Registro administrativo de los afiliados vigentes en cualquiera de los regímenes de aseguramiento en salud, con prescindencia de su carácter contributivo, semicontributivo o subsidiado. Su administración está a cargo de **SUSALUD.**

50 **RELACIÓN DE ASEGURAMIENTO EN SALUD:** Es el vínculo legal establecido entre la **IAFAS,** asegurados y/o entidades empleadoras para el otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción y recuperación de la salud, prestaciones económicas, de conformidad con lo señalado en el marco legal. Esta relación puede ser pactada u obligatoria, la cual genera derechos y deberes.

51 **SALUD:** Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

52 **SEXO BIOLÓGICO:** Es el sexo que se consigna en la partida de nacimiento del beneficiario. Para efectos de este contrato, cuando se haga uso de la palabra **SEXO,** se referirá en todos los casos al **SEXO BIOLÓGICO.**

53 **TELECONSULTA:** Es la consulta a distancia que se realiza entre un profesional de la salud, en el marco de sus competencias, y una persona usuaria mediante el uso de las tecnologías de información y comunicaciones, con fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según sea el caso, cumpliendo con las restricciones reguladas a la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el Ministerio de Salud.

54 **URGENCIA:** Es toda situación que altera el estado de salud de la persona y que requiere de atención inmediata, no existiendo riesgo inminente de poner en peligro la vida

CLÁUSULA CUARTA:

COBERTURA, GARANTÍA Y CONDICIONES

La **IAFAS** otorga cobertura a el **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS**, consistente en las prestaciones promocional, preventiva, recuperativa y de rehabilitación comprendidas en el presente **CONTRATO**.

La cobertura contratada, comprende la atención de las dolencias preexistentes, siempre que se cumpla con los requisitos establecidos en los literales a) al e) del último párrafo del artículo 100 del Reglamento de la Ley N° 29344, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA.

La cobertura máxima anual corresponde a la cobertura máxima por paciente, por enfermedad y por año. Monto que debe estar basado en un estudio actuarial, el cual permita la sostenibilidad del **PLAN DE SALUD**.

En el caso de las **IAFAS EPS**, la cobertura detallada en el Plan de Aseguramiento en Salud adjunto, contempla los mismos beneficios para todos los **AFILIADOS / ASEGURADOS** regulares y potestativos registrados en el Plan. En tal sentido, sus condiciones y el acceso a las prestaciones correspondientes son iguales para todos; la cobertura y los costos del presente plan para los **AFILIADOS** potestativos son iguales a los de los **ASEGURADOS** regulares.

CLÁUSULA QUINTA:

PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD

La cobertura de salud que la **IAFAS** otorga a favor del **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS** en virtud del presente **CONTRATO**, comprende las condiciones asegurables e intervenciones y, en general, todos los procedimientos y tratamientos que sean necesarios para el manejo de las contingencias descritas en el **PLAN DE SALUD** que forma parte de las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.

CLÁUSULA SEXTA:

PRESTACIONES DE SALUD PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES

Adicionalmente a lo mencionado en la cláusula precedente, en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** debe establecerse prestaciones de prevención y promoción de la salud, las que tienen por objeto preservar en buen estado la salud de la población asegurada, minimizando los riesgos de su deterioro. Estas actividades se definen de la siguiente manera:

1. **Prevención Primaria:** Consiste en brindar las medidas que protejan e incrementen la resistencia del individuo contra los agentes patógenos y mecanismos específicos en la etapa previa a la presentación de cualquier enfermedad (evaluación y control de riesgos e inmunizaciones).

   En los casos de demanda de medicación o exámenes auxiliares derivados de una atención preventiva, es considerada como una atención ambulatoria, sujeta a las condiciones previstas en el **PLAN DE SALUD**.

2. **Promoción de la Salud:** Son las actividades que buscan mejorar el nivel de vida del individuo, la familia y la comunidad, relacionada con las políticas de desarrollo social y con participación activa de la comunidad (educación para la salud).

3. **Otros servicios.**

CLÁUSULA SÉPTIMA:

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

En las **CLÁUSULAS PARTICULARES** se señalan las **EXCLUSIONES** y limitaciones a las que se encuentran sujetos el **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS** al **PLAN DE SALUD** complementario que es materia del presente **CONTRATO**.

CLÁUSULA OCTAVA:

DEL AFILIADO / ASEGURADO O LOS AFILIADOS / ASEGURADOS DE LA COBERTURA CONTRATADA

La **IAFAS** otorga la cobertura detallada en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO,** al **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS,** siempre que mantengan la condición de AFILIADOS al presente plan al momento de hacer uso de los servicios de salud cubiertos por el mismo.

CLÁUSULA NOVENA:

INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA

Salvo pacto en contrario, el **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS** gozan de la cobertura contratada, a partir del día siguiente a la suscripción del **CONTRATO**, previo pago de la primera cuota, con excepción de los **PERÍODOS DE CARENCIA** que se establezcan en las **CLÁUSULAS PARTICULARES,** en el caso de haberlo pactado..

CLÁUSULA DÉCIMA:

LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

El otorgamiento de las prestaciones de salud, promocional, preventiva, recuperativa y de rehabilitación de la salud cubiertas por el presente **CONTRATO**, se otorgan en las **IPRESS** indicadas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO,** en el cual consta la dirección de los establecimientos y su número de registro ante **SUSALUD.**

La **IAFAS** informa por escrito o vía correo electrónico u otro medio electrónico a el **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS,** dentro de un plazo no mayor a dos (02) días hábiles, cualquier interrupción o cese del servicio que brinde alguno de los establecimientos de salud mencionados en el Plan de Aseguramiento en Salud Complementario, debiendo comunicar tal hecho a **SUSALUD** con el correspondiente sustento técnico. Para tal efecto, se entiende cumplida dicha obligación mediante comunicación de fecha cierta dirigida a el **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS.**

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA:

REFERENCIAS

La **IPRESS** que forma parte de la red de atención de salud de la IAFAS, se obliga a atender a el **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS** que requieran sus servicios.

Si el diagnóstico efectuado determina que el tratamiento excede las coberturas contratadas en el Plan de Aseguramiento en Salud Complementario contenido en las **CLÁUSULAS PARTICULARES,** coordina la referencia del paciente, previa autorización de éste y de la **IAFAS,** a la **IPRESS** que corresponda de acuerdo con su plan de cobertura complementaria. La responsabilidad de la **IAFAS** culmina cuando el paciente sea admitido por la **IPRESS** de referencia.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA:

APORTES E INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE APORTES

Como contraprestación por el otorgamiento de la cobertura complementaria, el **AFILIADO / ASEGURADO** o **AFILIADOS / ASEGURADOS** paga a la **IAFAS** los aportes indicados en las **CLÁUSULAS PARTICULARES,** los mismos que incluyen los tributos de ley y gastos correspondientes.

La falta de pago oportuno de los aportes pactados o de cualquier otra suma que el **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS** adeude a la **IAFAS,** origina la suspensión automática de la cobertura otorgada en el **CONTRATO,** a partir del día siguiente de la fecha de vencimiento de pago.

La **IAFAS** comunica al **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS,** mediante comunicación escrita o vía correo electrónico o cualquier medio electrónico, respecto del incumplimiento del pago del aporte y sus consecuencias, indicando el plazo que dispone para que regularice el pago de los aportes correspondientes.

En tal caso, la **IAFAS,** salvo pacto en contrario incluido en las **CLÁUSULAS PARTICULARES,** tiene derecho a exigir al **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS** el reembolso de los costos de las prestaciones brindadas, incluyendo los intereses moratorios a las tasas que pacten las partes o en su defecto a las tasas máximas autorizadas por Ley o por la autoridad competente.

Si el **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS** que ha incurrido en mora cumplen con ponerse al día en los aportes adeudados, recobran el derecho a gozar de los beneficios del **CONTRATO** a partir del día hábil siguiente de efectuado el pago, pero sin efecto retroactivo, por lo que en ningún caso responde la **IAFAS** por contingencias ocurridas, iniciadas o como consecuencia de diagnósticos realizados durante el período en que el **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS** se encontraba en mora en el pago de los aportes, aun cuando la contingencia se prolongue al período en que se rehabilite la cobertura.

El **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS** no recobran el derecho si la **IAFAS** hubiere optado por la resolución del **CONTRATO** por cualquiera de las causales previstas en la Cláusula Vigésima del presente **CONTRATO**.

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA:

COPAGOS

Las prestaciones materia del presente **CONTRATO** pueden estar sujetas a copagos a cargo del **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS,** los que se indican en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA:

REAJUSTE DE APORTES Y/O COPAGOS

En las **CLÁUSULAS PARTICULARES,** se especifican detalladamente los plazos de vigencia de los copagos y de los aportes a cargo del **AFILIADO / ASEGURADO,** así como las condiciones, causales y procedimiento para proceder a su reajuste.

La **IAFAS** únicamente puede reajustar el monto de los aportes y/o copagos pactados por las causales que detalladamente constan en el Plan de Aseguramiento en Salud adjunto a el **CONTRATO,** siempre que se cumpla con las normas establecidas por **SUSALUD.**

Previamente a la aplicación del reajuste de los aportes y copagos, la **IAFAS** debe cursar al **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS,** con una anticipación no menor a cuarenta y cinco (45) días calendario previos al vencimiento del plazo pactado para la vigencia de los aportes y copagos, una comunicación escrita, con conocimiento de los **AFILIADOS / ASEGURADOS,** manifestando la intención de reajustar tales montos.

Los reajustes que no son observados por las partes entran en vigencia a partir del primer día del mes siguiente.

Si los **AFILIADOS / ASEGURADOS** están de acuerdo con la modificación, la **ENTIDAD EMPLEADORA** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS** deben comunicar tal decisión a la **IAFAS** o **IAFAS EPS** según corresponda, dentro del plazo de treinta (30) días calendario contados desde que recibió la comunicación. La modificación aceptada de los aportes y/o copagos deben constar en una adenda.

Si los **AFILIADOS / ASEGURADOS** o la **ENTIDAD EMPLEADORA** no están de acuerdo con la modificación o no responden a la **IAFAS** o **IAFAS EPS**, según corresponda, dentro del plazo de treinta (30) días calendario contados desde que recibió la comunicación, el **CONTRATO** se mantiene vigente hasta su fecha de vencimiento.

Previamente a la aplicación del reajuste de los aportes y copagos, dentro de los plazos acordados entre las partes, la **IAFAS** debe haber cumplido con presentar al **AFILIADO / ASEGURADO**, los reportes de la siniestralidad, conteniendo la información mínima establecida normativamente por **SUSALUD,** debidamente sustentada y analizada; en el caso de aplicación del índice de inflación médica, el índice debe ser obtenido de la información publicada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática; además, la **IAFAS** debe señalar las medidas orientadas a la racionalización del gasto de prestaciones de salud.

En el caso de la **IAFAS EPS,** la evaluación de la siniestralidad se realiza sumando el gasto de prestaciones de salud de los **ASEGURADOS** regulares (o dependientes) y sus derechohabientes, más el gasto de prestaciones de salud de los **ASEGURADOS** potestativos (o independientes) y sus derechohabientes, considerándolos como una sola cartera, siendo de aplicación para los planes **PEAS.** De forma similar se calcula la siniestralidad de los planes complementarios sumando la cartera de **AFILIADOS** regulares más **AFILIADOS** potestativos, considerándolos como una sola cartera. En ese sentido, los costos de ambos planes (**PEAS** y Complementario) de las **IAFAS EPS** deben de tener los mismos costos para todos sus **ASEGURADO**S (regulares y potestativos).

Las partes pueden acordar la entrega de los reportes previstos en la presente cláusula en plazos menores con la finalidad de evaluar el comportamiento de la siniestralidad en forma anticipada al plazo fijado para su revisión.

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA:
INFORMACIÓN

El **AFILIADO / ASEGURADO** proporciona a la **IAFAS**, en la forma y en los plazos que se establece en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**, la información señalada en las mismas. El **AFILIADO / ASEGURADO** debe informar a la IAFAS sobre la inclusión o la exclusión de los **AFILIADOS / ASEGURADOS** al plan, dentro de los cinco (05) primeros días del mes siguiente a la ocurrencia.

La IAFAS debe poner a disposición del **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS,** dentro de los quince (15) días calendario, ya sea por medios digitales o físicos o a través de su página web, copia del Plan de Aseguramiento en Salud ofertado, y de las **CLÁUSULAS GENERALES** y **CLÁUSULAS PARTICULARE**S del **CONTRATO**, a fin de que el **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS** tomen conocimiento de los mismos y estén debidamente informados.

La **IAFAS** tiene la obligación de informar al **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS,** a la suscripción del **CONTRATO**, vía correo electrónico u otro medio electrónico, u otro medio que disponga, de los derechos que como asegurado le asiste conforme al artículo 13 del Reglamento de la Ley N° 29414, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA, así como detallar los principales aspectos de las presentes **CLÁUSULAS GENERALES** y de las **CLÁUSULAS PARTICULARES,** con el detalle de las coberturas y términos de atención para las intervenciones correspondientes al PEAS, y de las coberturas complementarias, de ser el caso.

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA:

EXÁMENES MÉDICOS Y DECLARACIONES DE SALUD

De requerirse a el **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS** una **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** o la realización de un examen médico, antes de la suscripción del presente **CONTRATO** o durante su vigencia, el **ASEGURADO** o los **ASEGURADOS** no podrán ser sujetos a rechazo basado en los resultados de tales exámenes o declaraciones.

En ningún caso, los **AFILIADOS / ASEGURADOS** pagan el costo del citado examen médico, debiendo definirse en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** la persona que asume el costo de dicho procedimiento.

La **IAFAS** se obliga a mantener la confidencialidad de los resultados de tales exámenes médicos o declaraciones juradas de salud, de conformidad con la normativa vigente.

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA:

PLAZO CONTRACTUAL

Las partes acuerdan que la cobertura contenida en el presente **CONTRATO** rige a partir del día siguiente de su suscripción. El presente **CONTRATO** tiene una vigencia de un (1) año y a su vencimiento queda automáticamente renovado por igual plazo, salvo que alguna de las partes manifieste, mediante aviso remitido vía correo electrónico u otro medio, cursado a la otra parte con noventa (90) días de anticipación, su voluntad de no renovarlo, o de modificar los términos contractuales. En este último caso, debe remitir la propuesta de detalle de la modificación con el sustento correspondiente, a fin que los afiliados tomen conocimiento y puedan analizar la propuesta.

El **ASEGURADO** o los **ASEGURADOS** adquieren la calidad de tal desde la fecha en que se suscribe el **CONTRATO** y se incorporan al **PLAN DE SALUD**, y mantienen todos sus derechos en tanto el **CONTRATO** esté vigente por renovación inmediata.

La **IAFAS** no puede negar la renovación del **CONTRATO** ante la aparición de alguna enfermedad sobreviniente contraída por el **ASEGURADO** o los **ASEGURADOS** durante el período de vigencia.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA:

DOMICILIO

Las partes señalan como domicilio el que se indica en la introducción del presente **CONTRATO** y el correo electrónico u otro medio de comunicación electrónica a donde se dirigen 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.

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA:

SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Todas las desavenencias, conflictos o controversias que pudieran surgir entre la **ENTIDAD EMPLEADORA** y la **IAFAS - EPS,** así como las que se susciten entre la **IAFAS EPS** u otras **IAFAS** y los **AFILIADOS / ASEGURADOS,** derivadas del presente **CONTRATO,** incluidas las de su nulidad o invalidez, son resueltas a través de los mecanismos de solución de controversias del Centro de Conciliación y Arbitraje (CECONAR) de

la Superintendencia Nacional de Salud o en aquellos centros que se encuentren registrados y habilitados por este.

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

En caso de que las partes hayan acordado el sometimiento a arbitraje y no alcancen un acuerdo sobre el centro competente, se entiende como centro competente al **CECONAR**.

CLÁUSULA VIGÉSIMO:

RESOLUCIÓN DE CONTRATO

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

1. El mutuo acuerdo de las partes.
2. El fallecimiento del **AFILIADO / ASEGURADO**.
3. El incumplimiento en el pago oportuno de los aportes, salvo pacto en contrario incluido en las **CLÁUSULAS PARTICULARES**. Para tal efecto, la **IAFAS** envía una carta de requerimiento de pago, indicando el importe adeudado, el cual debe ser pagado en un plazo máximo de quince (15) días, contado desde la notificación de dicho documento, bajo apercibimiento de resolver el **CONTRATO**. Si el pago no se cumple en el plazo señalado, el **CONTRATO** queda automáticamente resuelto. En las cláusulas adicionales se pueden establecer como causales de resolución otros plazos de vencimiento de pago de aportes insolutos.
4. Sin perjuicio de lo mencionado en el numeral anterior, por el cumplimiento parcial, tardío o defectuoso de cualquier otra de las obligaciones de una de las partes contenidas en las **CLÁUSULAS GENERALES** o **PARTICULARES**. Para tal efecto, la parte que se perjudica con el incumplimiento requiere notarialmente a la otra para que satisfaga su prestación en el plazo de treinta (30) días calendario, bajo pena de resolución del **CONTRATO**. Si la prestación no se cumple dentro del plazo señalado, el **CONTRATO** queda automáticamente resuelto.

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA:

MODALIDAD DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO

El **CONTRATO** puede suscribirse de manera presencial o a través del proceso de afiliación electrónica. Esta última modalidad queda supeditada a la implementación por parte de la **IAFAS EPS** de los mecanismos que permitan acreditar la autenticidad del **CONTRATO**, mediante la firma electrónica u otro medio que asegure seguridad.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA:

CLÁUSULA DE GARANTÍA DE CONTINUIDAD DE COBERTURA DE PREEXISTENCIA

El presente **CONTRATO** podrá ser modificado por la **IAFAS** durante su vigencia, por razones técnicas, circunstancias del mercado, declaración de estado de emergencia sanitaria nacional u otras razones similares o relacionadas, mediante aviso previo remitido al **CONTRATANTE** con treinta (30) días calendario de La

IAFAS se obliga a continuar brindando cobertura a las atenciones de salud de sus **ASEGURADOS,** por aquellas contingencias diagnosticadas y no resueltas, en un anterior **PLAN DE SALUD,** de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 100 del Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 008-2010-SA.

En el caso de la **IAFAS EPS,** se obliga a continuar brindando cobertura a las atenciones de salud de los trabajadores y sus derechohabientes, en términos y condiciones equivalentes, por aquellas contingencias diagnosticadas y no resueltas, determinadas y cubiertas en un anterior **PLAN DE SALUD** de una **EPS,** de conformidad a lo dispuesto en la Ley Nº 29561, Ley que establece la continuidad de cobertura de preexistencias en el **PLAN DE SALUD** de las Entidades Prestadoras de Salud y Reglamento.

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA:

MODIFICACIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA

El presente **CONTRATO** podrá ser modificado por la **IAFAS** durante su vigencia, por razones técnicas, circunstancias del mercado, declaración de estado de emergencia sanitaria nacional u otras razones similares o relacionadas, mediante aviso previo remitido al **CONTRATANTE** con treinta (30) días calendario de anticipación, a través de medios físicos, digitales y/o electrónicos o analógicos (dirección, correo electrónico, celular, teléfono y/o cualquier otro permitido).

Al día siguiente del vencimiento de este plazo, se entenderá que el **CONTRATANTE** ha aceptado satisfactoriamente las modificaciones contractuales y estas entrarán en vigencia, salvo que el **CONTRATANTE** haya comunicado a la **IAFAS**, su desacuerdo y no aceptación de las modificaciones informadas por la IAFAS, por escrito, de manera física o por correo electrónico a través de los medios descritos en el **ANEXO 6**, en cuyo caso no se genera la resolución del **CONTRATO**, teniendo derecho a mantener los términos originales hasta el vencimiento de su vigencia.

CLÁUSULA VIGÉSIMO CUARTA:

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

El **CONTRATANTE** declara haber sido informado conforme a Ley N° 29733 – Ley de Protección de Datos Personales (en adelante "Ley") y su Reglamento, que los datos personales proporcionados del **CONTRATANTE** y **AFILIADOS**, en especial los referidos a datos sensibles son los estrictamente necesarios para la gestión y ejecución de las prestaciones vinculadas al programa contratado para:

1. Evaluar el estado de **AFILIACIÓN** en base a la información proporcionada.
2. Aprobar la cobertura de los beneficios del programa.
3. Gestionar el cobro de deudas, de ser el caso.
4. Realizar la gestión administrativa, prestacional de salud y acreditación de los **AFILIADOS** para su prestación médica.
5. Remitir información relativa de los beneficios a los **AFILIADOS** al programa contratado.
6. Cumplir con requerimientos de información de autoridades administrativas o judiciales competentes, relacionados a su **AFILIACIÓN**.
7. Enviar información referente a la concientización de vida saludable y cuidado de la salud.

El **CONTRATANTE** autoriza que datos personales proporcionados puedan ser transferidos a nivel nacional a empresas del grupo **AUNA** y/o socios comerciales y/o empresas vinculadas, los cuales están descritos en la página web **www.oncosalud.pe/grupo-economico-y-socios-comerciales** con la finalidad de cumplir con los fines mencionados y relacionados a los servicios brindados; y a nivel internacional, a Amazon Web Services y Google Inc, con el fin de almacenar los datos en la nube, cuyos servidores se encuentran en Estados Unidos.

Los datos personales serán incorporados y almacenados en los bancos de datos denominados “Clientes” y/o “Pacientes”, ambos de titularidad de la **IAFAS**, mientras no se solicite su cancelación por el titular del dato, en cumplimiento con la Ley y normativa aplicable al sector salud.

De expresar la negativa a brindar los datos personales, la **IAFAS** no podrá cumplir con la gestión y ejecución de las prestaciones vinculadas al programa contratado. Asimismo, el **CONTRATANTE** declara contar con la autorización de las personas consignadas en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** para el tratamiento de los datos personales incluidos, así como en la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**.

El **CONTRATANTE** y/o **AFILIADO** se encuentran facultados para ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación u oposición al tratamiento de sus datos personales que la **IAFAS** realiza. Para tales efectos deberá cursar una comunicación escrita a la **IAFAS**, valiéndose de los siguientes canales de información y comunicación habilitados por la **IAFAS**:

a. Oficinas de la **IAFAS** ubicadas en Av. Guardia Civil 571 - San Borja.
b. Dirección de correo electrónico **derechosarco@auna.pe**.
c. Página web institucional **www.oncosalud.pe/solicitudes-arco**.

CONTRATO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS ESPECIALIZADAS DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMA PREPAGADO PROTEGE SALUD

CLÁUSULAS PARTICULARES

A través del presente documento se describe a nivel de detalle las condiciones protegidas, prestaciones y servicios a los que, en función al programa optado por el **CONTRATANTE** en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, los **AFILIADOS** tienen derecho según las siguientes especificaciones:

1. DESCRIPCIÓN Y ALCANCE DE LAS PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA DE SALUD

1.1 PRESTACIONES GENERALES DE SALUD

Atención por Emergencia Accidental

La emergencia accidental es aquella producida por un accidente, es decir, una acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad y por la cual requiere atención y procedimientos quirúrgicos y/o médicos inmediatos al poner en peligro inminente la vida, la salud, o que puede dejar secuelas invalidantes. Dicha atención no le será aplicable **PERÍODO DE ESPERA**.

Las atenciones deberán realizarse dentro las 24 horas de producido el evento. Los gastos de emergencias accidentales, serán cubiertos por el plan de salud sin deducible ni copago alguno. La determinación de la condición de emergencia accidental es realizada por el profesional médico encargado de la atención bajo responsabilidad.

En caso que el evento médico iniciado en la sala de emergencia requiera atención ambulatoria y/o hospitalaria, serán cubiertas bajo las condiciones ambulatorias y/o hospitalarias detalladas en el **PLAN DE SALUD**, y sujetos a los **PERÍODOS DE ESPERA** detallados en el **ANEXO 1** del presente **CONTRATO**.

Es importante señalar que las diferentes **IPRESS** pueden requerir al **AFILIADO** un depósito en garantía o sus equivalentes ante eventuales gastos no cubiertos por la **IAFAS** durante una atención de emergencia no limitando el alcance de la prestación.

Esta cobertura no incluye prótesis externas, férulas ortopédicas, cabestrillos, sillas de ruedas, muletas y similares.

Importante:

El programa otorga las siguientes prestaciones:

a. Honorarios médicos por consulta y/o procedimientos ambulatorios.

- b) Medicamentos según tratamiento farmacológico de **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA** vigente, detalladas en **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes**, materiales e insumos incluyendo catéteres, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos.
- Exámenes de laboratorio y anatomía patológica relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones o enfermedades cubiertas por el plan.
- Estudios de imágenes, tales como rayos X, ecografías, tomografía computarizada y otros relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones o enfermedades cubiertas por el plan.

La cobertura no incluye prótesis externas, férulas ortopédicas, cabestrillos, sillas de ruedas, muletas y similares

Es importante señalar que las diferentes **IPRESS** pueden requerir al afiliado un depósito en garantía o sus equivalentes ante eventuales gastos no cubiertos por la **IAFAS** durante una atención de emergencia no limitando el alcance de la prestación.

Atención Por Emergencia No Accidental

La emergencia no accidental o emergencia médica es aquella que no es consecuencia de un accidente y requiere atención y procedimientos médicos inmediatos. Dicha atención no le será aplicable **PERÍODO DE ESPERA** y se encuentra sujeta al pago de deducible y copago, según corresponda. La determinación de la condición de emergencia no accidental o emergencia médica es realizada por el profesional médico encargado de la atención bajo responsabilidad.

En caso que, el evento médico iniciado en la sala de emergencia requiera atención ambulatoria y/o hospitalaria, serán cubiertas bajo las condiciones ambulatorias y/o hospitalarias detalladas en el **PLAN DE SALUD**, y sujetos a los **PERÍODOS DE ESPERA** detallados en el **ANEXO 1** del presente **CONTRATO.**

Es importante señalar que las diferentes **IPRESS** pueden requerir al **AFILIADO** un depósito en garantía o sus equivalentes ante eventuales gastos no cubiertos por la **IAFAS** durante una atención de emergencia no limitando el alcance de la prestación.

Importante:

El programa otorga las siguientes prestaciones:

- Honorarios médicos por consulta y/o procedimientos ambulatorios.
- Medicamentos según tratamiento farmacológico de **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA** vigente, detalladas en **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes,** materiales e insumos incluyendo catéteres, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos.

c. Exámenes de laboratorio y anatomía patológica relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones o enfermedades cubiertas por el plan.

d. Estudios de imágenes, tales como rayos X, ecografías, tomografía computarizada y otros relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones o enfermedades cubiertas por el plan.

Atención Ambulatoria (Consulta Presencial y/o Teleconsulta)

La consulta médica es aquella atención ambulatoria que se realiza presencialmente en la red de atención del programa y que no requiera hospitalización.

La teleconsulta es aquella atención ambulatoria que se realiza a distancia a través del uso de las tecnologías de comunicación remota (App de Auna) y permiten la interacción del staff de especialidades disponible actualmente y el paciente, para la atención y manejo de sus dolencias.

El programa brindará la cobertura de este beneficio hasta agotar el número máximo de prestaciones y bajo las condiciones establecidas en el **PLAN DE SALUD** del presente contrato. El presente programa otorga hasta un máximo de ocho (08) atenciones durante la vigencia anual del contrato.

Importante:

El programa otorga las siguientes prestaciones:

a. Honorarios médicos por consulta y/o procedimientos ambulatorios.

b. Medicamentos según tratamiento farmacológico de **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA** vigente, detalladas en **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes**

c. Exámenes de laboratorio y anatomía patológica relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones o enfermedades cubiertas por el plan.

d. Estudios de imágenes, tales como rayos X, ecografías, tomografía computarizada y otros relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones o enfermedades cubiertas por el plan.

e. Uso y soporte permanente de la App **AUNA.**

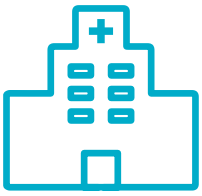
El otorgamiento de medicamentos o la toma de muestra de exámenes de laboratorio indicados en la consulta médica ambulatoria será exclusivamente en la misma IPRESS de Clínicas Auna donde se realizó la atención. Para el caso de las prescripciones de medicamento o exámenes de laboratorio realizadas a

través de teleconsulta, se realizará a través del servicio de delivery siempre que el domicilio del **AFILIADO** se encuentre dentro de las zonas de cobertura señaladas en el **ANEXO 5**, caso contrario el **AFILIADO** podrá recoger sus medicamentos o realizar la toma de muestras para laboratorio en las **IPRESS** de las Clínicas Auna, disponibles para el programa.

Los exámenes auxiliares de imágenes serán atendidos exclusivamente en las **IPRESS** de las Clínicas Auna, disponibles para el programa.

Las prestaciones de seguimiento y/o control ambulatorias posteriores a una emergencia accidental y/o médica, serán bajo las condiciones de atención de ambulatoria establecidas en el **PLAN DE SALUD** del presente contrato.

Las prestaciones de cirugía ambulatoria serán cubiertas bajo las mismas condiciones de atención hospitalaria, establecidas en el **PLAN DE SALUD** del presente **CONTRATO**.



Atención Hospitalaria (Médica O Quirúrgica)

La atención hospitalaria es el internamiento del **AFILIADO** bajo indicación médica debiendo permanecer internado por lo menos un (01) día en una de las **IPRESS** de las Clínicas Auna que conforman la red de atención, contabilizando los días de internamiento en días calendario.

El programa brindará la cobertura exclusivamente de gastos médicos hospitalarios (por tratamiento médico o quirúrgico), hasta agotar el beneficio máximo anual específico, según las condiciones establecidas en el **PLAN DE SALUD** del presente contrato.

El beneficio máximo anual podrá ser utilizado por el afiliado en más de una hospitalización, hasta agotarlo.

- *Límite de monto máximo anual hasta S/ 40,000*

Es importante señalar que las diferentes **IPRESS** pueden requerir al **AFILIADO** un depósito en garantía o sus equivalentes ante eventuales gastos no cubiertos por la **IAFAS** durante la hospitalización no limitando el alcance de la prestación.

El programa otorga cobertura sobre las siguientes prestaciones para atención hospitalaria, según las condiciones establecidas en el **PLAN DE SALUD** del **CONTRATO** para las siguientes prestaciones:

a. Honorarios médicos por tratamiento y/o cirugías (médico principal, ayudantía, anestesista).

b. Hotelería: Habitación estándar

c. Medicamentos según tratamiento farmacológico de **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA** vigente, detalladas en **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes,** materiales e insumos incluyendo catéteres permanentes, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos.

d. Exámenes de laboratorio y/o anatomía patológica relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones o enfermedades cubiertas por el plan.

e. Estudios de imágenes, tales como rayos X, ecografía, tomografía computarizada y otros relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones o enfermedades cubiertas por el plan.

f. Procedimientos hospitalarios quirúrgicos y no quirúrgicos, incluyendo uso de tópico, sala de operaciones, sala de recuperación, unidad de cuidados intensivos y unidad de cuidados intermedios.

La cobertura no incluye prótesis externas, férulas ortopédicas, cabestrillos y similares, ningún tipo de prótesis dentales, oculares, obturadores, implantes cocleares, ni aquellas con fines estéticos.

El beneficio no aplicará para estancias hospitalarias posteriores al alta médica, indistintamente de cuando se produzca el alta efectiva y su causa. Es decir, si el afiliado decide mantenerse internado aun habiendo sido dado de alta médica, los gastos incurridos serán a cargo del afiliado.

Preexistencias

La cobertura cuenta con un **PERÍODO DE ESPERA** de doce (12) meses, por lo que todo gasto efectuado dentro de este período, no será cubierto por el **PLAN DE SALUD**.

- *Las atenciones de preexistencias requieren carta de garantía.*
- *Límite de monto máximo anual hasta S/ 15,000*

1.2 BENEFICIOS ADICIONALES

Tarifas y descuentos preferenciales

Para la atención de sus diversas necesidades médicas prestaciones que no estén en cobertura del programa de salud contratado, se otorga a favor del **AFILIADO,** acceso a tarifas preferenciales y descuentos sobre las tarifas prestacionales vigentes al público en las **IPRESS** que integran la red de Clínicas Auna, cuyo detalle se encuentra sujeto a actualizaciones por parte del prestador de servicios médicos (**IPRESS**), por lo cual el **AFILIADO** deberá visualizar el detalle vigente en la página web **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes.**

2. PERTINENCIA DE LAS PRESTACIONES

La cobertura de salud que la **IAFAS** otorga a favor del **AFILIADO** en virtud del presente **CONTRATO**, comprende las condiciones y prestaciones de salud contenidas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES;** las cuales se encuentran acorde con las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA** disponibles en la página web **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes**, con base al cumplimiento de los siguientes criterios:

a. Que las prestaciones de salud se encuentren recomendadas y comprendidas en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA de la RED DE ATENCIÓN**, las mismas que deberán ser acordes a su diagnóstico establecido y sustentarse con beneficio clínico y de significancia estadística demostrados a través de la evaluación sustentada en Medicina Basada en la Evidencia. Se consideran para beneficio de cobertura únicamente los niveles de evidencia 1++, 1+ o 2++ y por ende los grados de recomendación A o B según los parámetros del SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network). Para más información puede consultar a: www.sign.ac.uk.

b. Que el tratamiento y el(los) fármaco(s) indicado(s), hayan concluido exitosamente el **ENSAYO CLÍNICO DE FASE III** y se encuentren comprendidos en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** disponible en la página web **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes** de la **RED DE ATENCIÓN.**

c. Que, los procedimientos y tratamientos, se encuentren estrictamente relacionados al objeto de la cobertura del programa.

d. Que los tratamientos, exámenes y/o medios diagnósticos se encuentren disponibles y se ejecuten íntegramente en el territorio de la República del Perú.

De igual forma, se incluyen otras prestaciones y procedimientos, así como los estudios de laboratorio, imágenes y farmacia necesarios para su atención, siempre que no se encuentren excluidos bajo las condiciones descritas en el **PLAN DE SALUD** que forma parte de las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.

Importante:

Para conocer más detalle técnico de tu programa en línea con la resolución de Superintendencia 069-2021-SUSALUD/S y su modificatoria a través de la Resolución de Superintendencia 069-2022-SUSALUD/S, ingresa al link **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes.**

Contrato vigente a partir del 18 de abril del 2023
Código OS.SP.P.02.119
Revisión: 00

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: Plan de Salud ..... **Pág. 24**
ANEXO 2: Aportes y condiciones de afiliación ..... **Pág. 29**
ANEXO 3: Exclusiones, gastos no cubiertos y limitaciones a las coberturas contratadas ..... **Pág. 31**
ANEXO 4: Procedimiento para solicitar la cobertura en caso de siniestro ..... **Pág. 34**
ANEXO 5: Red de atención ..... **Pág. 35**
ANEXO 6: Flujograma de procedimiento de atención de consultas y reclamos ..... **Pág. 37**

ANEXO 1

PLAN DE SALUD

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

1. CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN	PROTEGE SALUD
Límite máximo del beneficio anual por afiliado[1]: Afiliado Titular y Dependientes.	S/ 50,000
Límite de ingreso: Afiliado Titular y Dependientes.	Hasta los 60 años
Límite de permanencia: Afiliado Titular y Dependientes.	Sin límite
Declaración jurada de salud	SÍ aplica
Suscripción del CONTRATO	Considerar la fecha de pago del primer aporte al **PLAN DE SALUD**: - Si el pago es realizado durante los primeros quince (15) días del mes en curso, el inicio de vigencia será el primer día del mes en curso. - Si el pago es realizado después del día quince (15) del mes, el inicio de vigencia será el primer día del mes siguiente.
Período de Carencia: Plazo mínimo de permanencia en el programa para tener derecho a las coberturas establecidas en este. Se contabilizan en forma individual por cada **AFILIADO**.	90 días
Latencia: Es un derecho especial de cobertura por desempleo que la **IAFAS ESSALUD** y la **IAFAS EPS** le otorga al **ASEGURADO** regular y sus derechohabientes.	No aplica

1. El cual aplica por **AFILIADO** durante su vigencia anual, para todas sus condiciones de salud, objeto de las coberturas del programa, siempre que estén considerados en los beneficios descritos en el **PLAN DE SALUD** y que no formen parte de las exclusiones detalladas en el **ANEXO 3**.

2. REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN

Constituye un requisito previo y parte integral del **CONTRATO**, la suscripción de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, por parte del **CONTRATANTE** en la que debe consignar la siguiente información:

1. Datos Generales de(los) **AFILIADO**(s).
2. Identificación.
3. Indicación de la modalidad de pago de las aportaciones por efectuar.

4. **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** del (los) **AFILIADO**(s), de forma individual.
5. **PLAN DE SALUD** primario **PEAS.**

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

Dentro de los primeros sesenta (60) días calendario de la recepción de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** y cancelada la primera cuota del programa, la **IAFAS**, podrá excluir, limitar o condicionar el otorgamiento de determinadas coberturas y/o prestaciones contenidas en el presente **CONTRATO**, atribuibles o relacionadas directa o indirectamente a la información proporcionada en la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD,** condicionamientos que la **IAFAS** 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 AFILIACIÓN**, determinará la anulación del **CONTRATO** y el derecho de devolución íntegra de los **APORTES COMERCIALES** a favor del **CONTRATANTE**, en tanto este último formule su desistimiento, por la vía comunicacional que considere conveniente, dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de notificación de las limitaciones particulares formuladas por la **IAFAS.**

Cualquier reticencia, falsedad, omisión, inexactitud u ocultamiento de información relativa al estado de salud, por parte del **CONTRATANTE,** suscriptor de la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD,** constituye incumplimiento de las obligaciones del **AFILIADO** y, en consecuencia, la **IAFAS** se reserva la facultad para resolver unilateral y automáticamente el **CONTRATO** sin que ello genere derecho a devolución íntegra de los **APORTES COMERCIALES** a favor del **CONTRATANTE**.

En el supuesto del numeral precedente, en caso la **IAFAS** haya concedido coberturas, servicios o prestaciones a favor del **AFILIADO,** sin que a este le corresponda ese derecho, podrá exigir el pago del valor de la totalidad de los servicios prestados de manera indebida.

El **CONTRATANTE** declara tener conocimiento y responsabilidad de la información brindada sobre el estado de salud y antecedentes médicos de los **AFILIADOS.**

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

3. PERÍODO DE CARENCIA O ESPERA

Las siguientes prestaciones por concepto de tratamientos y/o cirugías sólo serán cubiertas, luego de transcurrido el **PERÍODO DE ESPERA** señalado a continuación.

Tipo de Prestación	Carencia	Espera
Emergencia Accidental	No aplica	No Aplica
Emergencia Médica	No aplica	No aplica
Atención Ambulatoria	90 días	No aplica
Hospitalización	90 días	12 meses
Preexistencias	90 días	12 meses

El **PERÍODO DE ESPERA** se contabiliza desde el inicio de vigencia del plan, el mismo que empieza el primer día del mes en curso, si fue cancelada la primera cuota del programa dentro de los primeros días del mes o el primer día del siguiente mes, si fue cancelada la primera cuota pasados los primeros 15 días del mes en curso, previa suscripción y recepción de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** por parte de la **IAFAS**.

Sólo están exceptuadas de **PERÍODO DE ESPERA** las emergencias accidentales, emergencias no accidentales y las enfermedades agudas siguientes: apendicitis, enfermedad cerebro vascular aguda (isquémico o hemorrágico), infarto agudo de miocardio y torsión testicular.

En ese sentido, cualquier gasto relacionado a prestaciones de salud efectuadas dentro del período de carencia o espera, no serán cubiertas por el **CONTRATO**, pudiendo acceder el **AFILIADO** a las Tarifas y Descuentos Preferenciales.

4. PRESTACIONES GENERALES DE SALUD

ATENCIÓN POR EMERGENCIA ACCIDENTAL	Clínicas Auna sede Guardia Civil	Clínicas Auna sede Bellavista	Clínicas Auna sede Vallesur Clínicas Auna sede Chiclayo Clínicas Auna sede Miraflores (1)	Centro Médico Auna sede Servimédicos
Deducible por emergencia accidental	Sin deducible			No aplica
Cobertura	100%			
Copago (A cargo del Afiliado)	0%			
Prestaciones cubiertas	Emergencias que inician atención en clínica dentro de las primeras 24 horas de ocurrido el accidente, hasta la estabilización del paciente.			

ATENCIÓN POR EMERGENCIA NO ACCIDENTAL	Clínicas Auna sede Guardia Civil	Clínicas Auna sede Bellavista	Clínicas Auna sede Vallesur Clínicas Auna sede Chiclayo Clínicas Auna sede Miraflores (1)	Centro Médico Auna sede Servimédicos
Deducible por emergencia no accidental	S/ 50	S/ 40	S/ 50	No aplica
Cobertura	80%			
Copago (A cargo del Afiliado)	20%			
Prestaciones Cubiertas	Procedimientos en emergencia (honorarios médicos, sala de procedimientos y enfermería), exámenes de diagnóstico medicos, de laboratorio e imágenes, farmacia e insumos.			

ATENCIÓN AMBULATORIA (CONSULTA O TELECONSULTA)	Clínicas Auna sede Guardia Civil	Clínicas Auna sede Bellavista	Clínicas Auna sede Vallesur Clínicas Auna sede Chiclayo Clínicas Auna sede Miraflores (1)	Centro Médico Auna sede Servimédicos
Deducible por consulta (Max 8 consultas al año)	S/ 50	S/ 40	S/ 50	S/ 40
Cobertura	80%			
Copago (A cargo del afilado)	20%			
Prestaciones Cubiertas	El deducible aplica por cada atención, sea consulta o teleconsulta, beneficio hasta agotar el número máximo (08) de prestaciones durante la vigencia anual. Medicamentos y exámenes auxiliares de laboratorio o imágenes.			

ATENCIÓN HOSPITALARIA (MÉDICA O QUIRÚRGICA)	Clínicas Auna sede Guardia Civil	Clínicas Auna sede Bellavista	Clínicas Auna sede Vallesur Clínicas Auna sede Chiclayo Clínicas Auna sede Miraflores (1)	Centro Médico Auna sede Servimédicos
Deducible por hospitalización	S/ 400	S/ 210	S/ 270	No aplica
Cobertura (Máx. S/ 40,000 al año)	80%			
Copago (A cargo del afilado)	20%			
Prestaciones Cubiertas	Honorarios médicos, procedimientos hospitalarios quirúrgicos y no quirúrgicos, sala de operaciones, sala de recuperación, hotelería, exámenes de laboratorio, diagnóstico por imágenes y, farmacia hospitalaria y material médico.			

PREEXISTENCIAS	Clínicas Auna sede Guardia Civil	Clínicas Auna sede Bellavista	Clínicas Auna sede Vallesur Clínicas Auna sede Chiclayo Clínicas Auna sede Miraflores (1)	Centro Médico Auna sede Servimédicos
Deducible por atención	S/ 50	S/ 40	S/ 50	S/ 40
Deducible por hospitalización	S/ 400	S/ 210	S/ 270	No aplica
Cobertura (Máx. S/ 15,000 al año)	50%			
Copago (A cargo del afilado)	50%			
Prestaciones Cubiertas	Se cubrirán los gastos médicos (atenciones ambulatorias y/o hospitalarias) bajo las condiciones del programa.			

1. Se considera tanto el Centro Médico Auna sede Miraflores como la Clínica Auna sede Miraflores. Para mayor detalle ver Red de Atención en el **ANEXO 5**.

El alcance de las prestaciones bajo cobertura está sujeto a la capacidad resolutiva y disponibilidad de servicio de las **IPRESS** de Clínicas Auna para el programa. Las coberturas de estos beneficios aplican en forma exclusiva en la red designada de Clínicas Auna detallada en el **ANEXO 5**.

Así mismo, cualquier gasto de traslado y o trasporte, correrá por cuenta del afiliado. Prestaciones sujetas a exclusiones, gastos no cubiertos y limitaciones detallados en el **ANEXO 3**.

ANEXO 2

APORTES Y CONDICIONES DE AFILIACIÓN

De acuerdo a la Cláusula Décimo Segunda de las **CLÁUSULAS GENERALES**, el **CONTRATANTE** deberá pagar los siguientes **APORTES**, de acuerdo a la modalidad de pago elegida. Los **APORTES** están expresados en soles e incluyen IGV.

Protege Salud		
Rango de Edades	**Pago Anual**	**Pago Mensual**
0-17	S/ 807.58	S/ 70.84
18-25	S/ 958.97	S/ 84.12
26-35	S/ 1,070.00	S/ 93.86
36-40	S/ 1,191.19	S/ 104.49
41-45	S/ 1,574.80	S/ 138.14
46-50	S/ 1,847.14	S/ 162.03
51-55	S/ 2,402.44	S/ 210.74
56-60	S/ 2,876.79	S/ 252.35
A partir de los 61 años*	S/ 3,230.19	S/ 283.35

*** Solo aplica en renovaciones.**

1. MODIFICACIONES A LA AFILIACIÓN

El **CONTRATANTE** puede solicitar la incorporación de nuevos **AFILIADOS** con posterioridad al inicio de la vigencia del presente **CONTRATO**. Para ello, deberá contar con una nueva solicitud de afiliación y **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** respectivamente, aplicándose los mismos requisitos de suscripción señalados en el **ANEXO 1** del presente **CONTRATO.** Los nuevos **AFILIADOS** se encuentran sujetos a un **PERÍODO DE CARENCIA Y ESPERA** de acuerdo al programa elegido.

Del mismo modo, el **CONTRATANTE** puede solicitar la migración a un programa de salud de menores características de cobertura en cualquier momento durante la vigencia, y a un programa de mayores características de cobertura solo al vencimiento del plazo contractual. Para ello, debe realizar la solicitud de migración con 30 días de anticipación, presentando una nueva solicitud de afiliación y **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** respectivamente, siempre que el **AFILIADO** no presente morosidad en el programa, no aplicando un nuevo **PERIODO DE CARENCIA**.

Aceptada la solicitud, la migración se realizará con **CONTINUIDAD**, generándose un nuevo **CONTRATO.** Cabe acotar que la eventual desestimación de la solicitud de migración por parte de la **IAFAS,** no invalida el derecho del **AFILIADO** de permanecer cubierto bajo el plan del **CONTRATO** originalmente suscrito y vigente.

En caso el **CONTRATANTE** desee modificar la modalidad, medio de pago y/o **CONDICIÓN DE NO FUMADOR** a **CONDICIÓN DE FUMADOR** del(los) **AFILIADO**(s), deberá formular la solicitud escrita a la **IAFAS**. Asimismo, para efectos de este **CONTRATO**, no es factible modificar la **CONDICIÓN DE FUMADOR** a **NO FUMADOR**.

2. DE LA ACTUALIZACIÓN DE DATOS

El **CONTRATANTE** asume la responsabilidad de comunicar debidamente a la **IAFAS** a través de los medios de comunicación señalados en el **ANEXO 6** (físicos, electrónicos, telefónicos y/o cualquier otro permitido por la legislación nacional), toda actualización o cambio en lo referente a sus datos personales o de contacto, así como sobre sus medios de pago, para evitar cualquier perjuicio en las comunicaciones, reconocimiento y atención de sus beneficios correspondientes al programa y plan contratado.

3. DE LA DESAFILIACIÓN

La **DESAFILIACIÓN** al plan de salud seleccionado se producirá de forma automática cuando se encuentre en alguno de los siguientes supuestos:

1. Por la culminación del supuesto de hecho que le daba la condición de **AFILIADO**.
2. Por la extinción del **CONTRATO** de Prestaciones de Servicios de Salud por las causales de caducidad, no renovación, resolución, rescisión, o nulidad del **CONTRATO**.

Del mismo modo, el **CONTRATANTE** tiene el derecho a solicitar de forma libre y voluntaria su **DESAFILIACIÓN.** Para ello, deberá comunicarse a la central telefónica de la **IAFAS** a la siguiente línea telefónica (01) 513-7900 en el horario de lunes a viernes de 8:00 am a 6:00 pm.

La solicitud de desafiliación no libera al **AFILIADO CONTRATANTE** de las deudas que haya contraído con la **IAFAS,** incluido el pago de intereses legales, de ser el caso.

Siendo así, la **DESAFILIACIÓN** procederá 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 en curso en tanto la solicitud sea recepcionada con un mínimo de veinte (20) días de anticipación.

4. EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL CONTRATANTE O AFILIADOS

En caso de fallecimiento del **CONTRATANTE**, los herederos legales deberán informar el deceso a la **IAFAS**. Si en caso los demás **AFILIADOS** requieren continuar bajo protección del programa, deberán presentar una nueva solicitud de afiliación a la **IAFAS**, designando un nuevo **CONTRATANTE**, generándose un nuevo **CONTRATO** con continuidad, la cual procederá según las condiciones vigentes al público para este programa siempre que se encuentre en comercialización; caso contrario, podrán optar por algún programa similar.

Cuando uno de los **AFILIADOS** (que no es el **CONTRATANTE**) fallece, no se culminará el **CONTRATO** para los demás **AFILIADOS**, sólo se procederá con la desafiliación del fallecido, siendo el **CONTRATANTE** el responsable de informar el deceso a la **IAFAS**.

En caso corresponda la devolución de aportes por periodos pagados anticipadamente, pero no protegidos, deberá ser solicitado por el **CONTRATANTE** o en caso de fallecimiento de este, deberá ser solicitado por sus herederos legales, presentando el certificado de defunción, en un plazo máximo de sesenta (60) días posteriores al deceso.

5. RESPONSABILIDAD DE PAGOS

El **AFILIADO** cede por voluntad propia la responsabilidad del pago de sus aportes al **CONTRATANTE**, como contraprestación por la contratación de la cobertura complementaria respecto de las prestaciones oncológicas, el **CONTRATANTE** pagará a la **IAFAS** los aportes indicados en el **ANEXO 2**.

Los aportes podrán ser abonados según las modalidades que contemple el programa contratado y de acuerdo a la forma de pago que el **CONTRATANTE** haya consignado en la solicitud de afiliación. Se entenderá como cancelado el aporte a partir de la fecha y hora en que la **IAFAS** cuente con la suma dineraria correspondiente en sus cuentas bancarias.

Para cualquier modalidad de pago y/o forma de fraccionamiento de los aportes elegidos, ya sea abono directo o a través de instituciones financieras o terceros, el **CONTRATANTE** se obliga a cancelar dichas sumas dentro de los plazos establecidos. En tal sentido, el **CONTRATANTE** se responsabiliza, a título personal, ante la **IAFAS** por cualquier deuda generada, inclusive cuando la misma se derive de hechos imputables a la entidad financiera o tercero al que delegó el pago de sus aportes.

Cualquier incumplimiento, tanto del **CONTRATANTE** como la entidad financiera o el tercero a través del cual se valga para hacer efectivo el pago de sus aportes, facultará a la **IAFAS** a suspender o resolver el **CONTRATO** según lo dispuesto en los términos establecidos en el mismo. En cualquier caso, será obligación exclusiva del **CONTRATANTE** la oportuna comunicación a la **IAFAS**, a través de los medios de comunicación señalados en el **ANEXO 6**, de cualquier variación del medio de pago y/o la información relativa al mismo.

6. INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE LOS APORTES COMERCIALES Y REHABILITACIÓN

1. Siempre que el **CONTRATANTE** incumpla con el pago de los **APORTES COMERCIALES**, por más de treinta (30) días calendario, la **IAFAS** suspenderá automáticamente todos los derechos a las prestaciones convenidas según el programa adquirido. La suspensión se mantendrá vigente hasta que el **CONTRATANTE** cumpla con cancelar el monto total correspondiente a las aportaciones vencidas, quedando la **IAFAS** liberada de responsabilidad de cobertura durante este periodo.

2. En caso de que el incumplimiento en el pago de los **APORTES COMERCIALES** se mantenga durante sesenta (60) días calendario adicionales al período establecido en el párrafo precedente, el **CONTRATANTE** (siempre que la **IAFAS** no haya expresado su decisión de resolver el **CONTRATO**) podrá rehabilitar su cobertura previo pago del monto total de los **APORTES COMERCIALES** vencidos, la cual se rehabilitará a partir de las 00:00 horas del día siguiente de la fecha efectiva de pago a la **IAFAS**.

3. Superado el transcurso de los noventa (90) días referidos en los párrafos precedentes, el **CONTRATO** se resolverá indefectiblemente y de forma automática.

En concordancia a lo establecido en la Cláusula Décimo Segunda y la Cláusula Vigésima de las **CLÁUSULAS GENERALES,** ante la ocurrencia y/o mantenimiento del incumplimiento en el pago de los **APORTES COMERCIALES** en los plazos señalados en los numerales precedentes, la **IAFAS** procederá a comunicar al **CONTRATANTE** el estado de incumplimiento del pago de sus aportes, el monto adeudado y las consecuencias de dicho incumplimiento, así como el plazo que dispone para regularizar el pago de los aportes vencidos, que de no atenderse, se ejecutaran automáticamente las acciones indicadas en cada uno de los numerales mencionados.

7. MÉTODO DE REAJUSTE DE APORTES

Rangos de siniestralidad	Copago	Cobertura Hospitalaria/Ambulatoria		Variación de Aportes
S < = 60%	No	No	No	0 - 15%
60% < S < = 100%	Copago x 1.50	No	No	15% - 35%
100% < S < = 150%	Copago x 1.50	Cobertura -5%	Cobertura -5%	(S - 60%) * 1.1
S > 150%	Copago x 1.50	Cobertura -10%	Cobertura -10%	(S - 60%) * 1.2

Condiciones:

- La aplicación del reajuste estará sujeta a cambios en la inflación médica y a los gastos relacionados a la operativa del producto.
- La aplicación del reajuste es prodcedente siempre que la IAFAS cumpla con brindar la información correspondiente del reporte de siniestralidad debidamente sustentado y analizado, señalando las medidas orientadas a la racionalización del gasto. La evaluación de la siniestralidad y el reajuste de copagos y aportes se realizan de acuerdo a la normativa vigente.

8. SOBRE EL REAJUSTE DE APORTES Y/O COPAGOS

Conforme al artículo 141° del Código Civil, la respuesta sobre el reajuste de aportes y/o copagos a que se refiere la Cláusula Décimo Cuarta de las **CLÁUSULAS GENERALES** podrá formularse por el **CONTRATANTE** de manera expresa o tácita.

a. De manera expresa: mediante comunicación del **CONTRATANTE** que manifieste, por cualquier medio, su conformidad sobre el reajuste de los aportes y/o copagos.

b. De manera tácita: si el ***CONTRATANTE*** cumple con el pago de los aportes y/o copagos luego de la aplicación del reajuste comunicado previamente por la **IAFAS**.

ANEXO 3

EXCLUSIONES, GASTOS NO CUBIERTOS Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

Se encuentran excluidas de la cobertura, las siguientes condiciones y/o prestaciones, cuyo costo, de ser suministradas por las **IPRESS** contratadas por la **IAFAS**, deberá ser asumido por el **AFILIADO**:

1. Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional atendido fuera de la Red de Atención de este programa y su Staff Médico. Así como el tratamiento y/o manejo de las complicaciones, eventos adversos, efectos secundarios y otros que se puedan ocasionar o devenir de estos tratamientos e indicaciones médicas dadas y ejecutadas al margen de lo anteriormente establecido.

2. Cualquier requerimiento de cobertura sobre prestaciones relacionadas a cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud, que excedan los beneficios mencionados en las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**; así como aquellas enfermedades oncológicas detectadas y/o incurridas antes de la culminación del **PERÍODO DE CARENCIA**. Siempre que no se ajusten a lo dispuesto en el Artículo 100 del reglamento de la Ley 29344 Ley Marco de aseguramiento universal en salud, en cuyo caso, su financiamiento está a cargo de la **IAFAS** que otorga cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud al **AFILIADO**.

   Para el caso de enfermedades oncológicas, aplicará lo dispuesto en el artículo 5.2. de la Ley N° 31336, Ley Nacional del Cáncer

3. Cualquier requerimiento de cobertura sobre prestaciones relacionadas a enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos y sus gastos derivados, definidas en el capítulo XVII del CIE 10 “Malformaciones Congénitas” que codifica las malformaciones congénitas. Publicado en la página web de la Organización Mundial de Salud (https://icd.who.int/browse10/2019/en). Siempre que no se ajusten a lo dispuesto en el Artículo 100 del reglamento de la Ley 29344 Ley Marco de aseguramiento universal en salud, en cuyo caso, su financiamiento está a cargo de la **IAFAS** que otorga cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud al **AFILIADO**.

4. Cualquier requerimiento de cobertura sobre prestaciones con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades tumorales y oncológicas y sus gastos derivados, definidas en el capítulo II del CIE 10 “Tumores [neoplasias]” que codifica estas patologías. Publicado en la página web de la Organización Mundial de Salud www.who.int/classifications/icd/en.

5. Toda prestación médica o sanitaria derivada de lesiones auto infligidas, intento de suicidio o autoeliminación, inclusive aquellas de naturaleza accidental resultantes del uso o adicción a las drogas, estupefacientes, por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares. Así como las lesiones que se produzcan en situación de embriaguez o bajo influencia de drogas registrados en la historia clínica y/o con el dosaje respectivo (caso del alcohol: nivel sérico > 0.5 g/dl). En caso el paciente se niegue a realizarse el examen de alcoholemia o toxicológico requerido, asume la integralidad del gasto prestacional generado automáticamente.

6. 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 de medicina física, rehabilitación física, kinésico o mental, prestaciones odontológicas. De la misma manera, las prestaciones por o para, neurotización, ginecomastia, mastopexia, simetrización. Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional que involucre utilización de láser o fototerapia de cualquier tipo.

7. Equipos médicos durables tales como: termómetro, tensiómetro, equipos de oxigenoterapia, glucómetro (equipo y tiras), respiradores, pulsioximetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP o similares, audífonos e implantes cocleares, prótesis ortopédicas externas. Así mismo, sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés, audífonos, aparatos y equipos ortopédicos, ortésicos, prótesis externas, equipos mecánicos o electrónicos, medias para varices.

8. Alquiler de equipos o servicios no disponibles en la **IPRESS**, independientemente del diagnóstico y/o pertinencia médica.

9. Gastos relacionados a medicina alternativa y/o complementaria de cualquier tipo, así como tratamientos homeopáticos, recetario magistral, iriología, reflexología y en general tratamientos médicos tradicionales, herbáreos, experimentales y empíricos. Asimismo, no están cubierta la acupuntura, quiropráxia, cuidados y tratamientos de rehabilitación en gimnasios.

10. Gastos relacionados con la adquisición de órganos o tejidos o células, tales como sangre y sus derivados como: paquetes de glóbulos rojos, plaquetas, albúmina (en cualquiera de sus presentaciones), plasma y factores de coagulación, así como sustitutos sanguíneos naturales o sintéticos de cualquier tipo. Cualquier gasto relacionado a la búsqueda o estudio de donantes, así como gastos relacionados por complicaciones médicas del proceso de extracción o colecta en el donante. De igual forma anticoagulantes, heparinoides, procoagulantes y eritropoyetina, con fines preventivos o profilácticos.

11. Cualquier gasto relacionado a criopreservación, almacenamiento, conservación, mantenimiento, preparación y/o acondicionamiento, así como el traslado y/o transporte, de células, tejidos u órganos.

12. Gastos relacionados al trasplante de órganos, tejidos o células No están cubiertos tampoco los implantes de células madre en cualquier zona anatómica, ni la criopreservación o servicios relacionados. De igual forma, injertos cadavéricos.

13. Todo tipo de prestaciones diagnósticas o terapéuticas, equipos, insumos, suministros o fármacos y otras nuevas tecnologías que no hayan sido aprobados por la FDA (Food and Drug Administration) para el diagnóstico solicitado, los cuales deben contar además con beneficio clínico y de significancia estadística demostrados a través de la evaluación sustentada en Medicina Basada en la Evidencia. Se consideran para beneficio de cobertura únicamente los niveles de evidencia 1++, 1+ ò 2++ y por ende los grados de recomendación A o B según los parámetros del SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network). Para más información puede consultar a: www.sign.ac.uk. Así como aquellos que no hayan concluido exitosamente el **ENSAYO CLÍNICO DE FASE III** o que no se encuentren debidamente aprobados por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), de la Food and Drug Administration (FDA) y de la European Medicines Agency (EMA) o que no se recomienden en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA** detalladas en https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes. De igual manera, aquellos que no se comercialicen o no se encuentren disponibles en el territorio nacional.

14. Fármacos como ansiolíticos, antipsicóticos, antidepresivos, vacunas, vitaminas, minerales, suplementos alimenticios, suplementos nutricionales, productos naturales (hierbas y sus derivados, levaduras, probióticos, uso medicinal de cannabis), homeopáticos, alternativos o productos no medicinales, estimulantes del apetito, anabólicos, antioxidantes, productos geriátricos y reconstituyentes, neurotónicos y nootrópicos, productos dermatológicos (protectores solares, cremas hidratantes, lociones dérmicas, etc.) así como cualquier otro producto o medicamento no relacionado a las prestaciones de salud objeto de la cobertura del programa.

15. Modificadores de la respuesta biológica y similares de cualquier tipo, sean de naturaleza biológica, semisintética o sintética; tales como interferones, interleukinas, factor estimulante de colonias y anticuerpos

monoclonales. Así como inhibidores de tirosinkinasa, antiangiogénicos, inhibidores del proteosoma u otros similares.

16. Alimentos o sustitutos alimenticios, aunque sea con fines terapéuticos. Suministro de cualquier tipo de medio de transporte y servicio de ambulancia.

17. Pruebas de laboratorio exámenes o estudios moleculares con fines de estudio genético y/o de mutaciones o similares de cualquier tipo, incluyendo biopsias líquidas y/o perfiles o secuenciamientos moleculares y/o genéticos. Asimismo, cualquier tipo de prestación relacionada a este tipo de estudios incluyendo las consultas u orientaciones genéticas.

18. Estudios de diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y procedimientos relacionados con problemas de disfunciones sexuales, esterilidad, fertilidad, infertilidad, esterilización y planificación familiar.

19. Prestaciones relacionadas con la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH, Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y el Síndrome Complejo Relativo al SIDA (SCRS), sus consecuencias y complicaciones. Siempre que no se ajusten a lo dispuesto en el Artículo 100 del reglamento de la Ley 29344 Ley Marco de aseguramiento universal en salud, en cuyo caso, su financiamiento está a cargo de la IAFAS que otorga cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud al **AFILIADO**.

20. Todo tipo de servicios de bazar y confort personal durante la hospitalización, como radios, televisores, teléfonos, consumos de frio bar, artículos personales o de higiene, pañales, medias antiembólicas, toallas higiénicas, máquinas de afeitar, guantes descartables no estériles, mantas térmicas de cualquier tipo, papel higiénico, batas, ropa de cama, hisopos, colchón antiescaras.

21. Cualquier prestación o gastos relacionados a segunda opinión nacional o internacional, inclusive si fuera realizada en la Red de Atención del Programa.

22. Cualquier prestación y/o procedimiento que no se realice en la infraestructura de las **IPRESS** designada por la **IAFAS**. Inclusive aquello no disponible y/o no comercializado a nivel nacional.

23. 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.

24. Suministro de nutrición parenteral y nutrición enteral (procedimiento, insumos y fórmula) y/o referidos a consultas nutricionales.

25. Gastos relacionados al suministro de implantes y prótesis internas o externas de cualquier tipo, incluyendo stent de cualquier tipo. Así como también material de osteosíntesis y los cementos relacionados.

26. Leches maternizadas y sucedáneos de la leche.

27. Prestaciones relacionadas a embarazo, aborto, parto natural o cesárea, así como sus complicaciones y/o consecuencias. Definidos en el capítulo XV del CIE 10 “Embarazo parto y puerperio” que codifica las Afecciones relacionadas o agravadas por el embarazo, el parto o el puerperio (causas maternas o causas obstétricas), inclusive aborto de cualquier tipo. Igualmente, prestaciones relacionadas a atención del recién nacido o controles de niño sano.

28. Tratamiento, procedimientos y operaciones derivadas de pie plano, varo, valgo, Hallux Valgus y callos. Trastornos del desarrollo psicomotor y del lenguaje de etiología congénita y/o adquirida.

29. Gastos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades psiquiátricas y psicológicas definidas en el capítulo V del CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento” de la OMS a excepción de los diagnósticos F00 al F10, F20, F32 y F41.

30. Insuficiencia o sustitución hormonal en casos de trastorno de crecimiento.

31. Monturas ni cristales y/o resinas, lentes de contacto, implantes oculares, lente estromal o cualquier otro dispositivo para trastornos de refracción, intra o extra ocular. Así como intervenciones quirúrgicas para corrección de trastornos de refracción (tales como miopía, hipermetropía, astigmatismo o presbicia, catarata o glaucoma), inclusive cirugía láser. Complicaciones relacionadas a vicios de refracción. Cirugías electivas que no sean ni recuperativas ni rehabilitadoras.

32. Tratamiento y operaciones de carácter odontológico y/o cirugías bucales que afecten el componente estomatogmático; periodontitis, ortodoncia, gingivitis, a excepción de los causados por accidentes cubiertos por el plan de salud. Así mismo, cualquier tipo de prótesis, obturadores palatinos o implantes dentales.

33. No se cubren tratamientos odontológicos, inclusive de periodoncia y ortodoncia, así como pernos, coronas, carillas, y afines, así como las consecuencias y/o complicaciones. Cirugías odontológicas, cirugía bucal, ni alteraciones de la articulación témporo-mandibular. Prognatismo, problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular y craneomandibular, desórdenes u otras alteraciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y los relacionados con ellos, aun cuando sean a consecuencia de un accidente.

34. Gastos relacionados a circuncisión o postectomía.

35. Cualquier reintegro y/o pagos por servicios médicos suministrados por terceros no autorizados expresamente por la **IAFAS**, sea por concepto de gastos por emergencia, ambulatorio, hospitalización quirúrgica y no quirúrgica, gastos post-operatorios de cualquier índole, u otros inclusive sean de carácter médico o no médico.

36. Cualquier requerimiento o prestación médica cuyo propósito sea el chequeo médico, despistaje y/o diagnóstico, oncológico o no oncológico.

37. Se excluye el tratamiento con botox (toxina botulinica) en aquellos casos distintos a los siguientes diagnósticos: Distonía cervical, espasmo miofacial, estrabismo, blefaroespasmo y espasticidad por parálisis cerebral.

38. Nimodipino se cubre sólo en casos de hemorragia subaracnoidea.

39. Vacunas, así como, Inmunoprofilaxis, inmunoterapia y lisados bacterianos de cualquier tipo. No se cubren medicamentos inmunoestimulantes. En caso de trastornos alérgicos, no se cubren procedimientos de desensibilización.

40. Ecografías 3D y 4D.

41. Lesiones o enfermedades a consecuencia de actos de guerra, revoluciones, así como los que resulten de la participación activa en motines, huelgas, conmoción civil, terrorismo o actos delictivos. Lesiones, enfermedades, secuelas y/o complicaciones, a consecuencia directa o indirecta de fusión o fisión nuclear, isótopos radioactivos o cualquier accidente nuclear.

42. Cualquier tipo de lesiones, enfermedades, secuelas y/o complicaciones a consecuencia directa o indirecta surgidas de la ocupación u oficio del(los) **AFILIADO**(s), incluyendo accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, así como otras prestaciones cubiertas por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.

43. Cualquier requerimiento o prestación médica y/o quirúrgica consecuencia de la conducción de un vehículo motorizado sin contar con la licencia de conducir vigente que corresponda al tipo de vehículo según la normativa pertinente.

44. No están cubiertos los tratamientos médicos y/o quirúrgicos de sobrepeso, obesidad, obesidad mórbida, raquitismo, anorexia nerviosa y los derivados de estos diagnósticos. No se cubre la liposucción, lipoescultura e inyecciones reductoras de grasa u otros métodos liporeductores.

45. Todo tratamiento médico o quirúrgico de melasma, alopecia u otros trastornos dermatológicos estéticos, así como el retiro de tatuajes, piercing o similares.

46. Todos los gastos relacionados al incumplimiento de las indicaciones médicas por decisión del propio paciente, así como la automedicación en perjuicio de su curación y/o rehabilitación. No se cubren tratamientos, procedimientos o medicamentos otorgados o expedidos sin indicación o receta médica, ni cualquier estudio, tratamiento, análisis o procedimiento no relacionado directamente a un diagnóstico determinado.

47. Prestaciones económicas de cualquier índole. Inclusive gastos relacionados a sepelio, velatorio y afines. Así como cualquier cobertura relacionada a prestaciones no contempladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** y **PLAN DE SALUD**.

48. Diálisis (Hemodiálisis y diálisis peritoneal) con excepción de los casos hospitalarios en los que sea necesario intercurrentemente, siempre que sea indicado por el staff médico de la **RED AUNA**, autorizado previamente por la **IAFAS**, y que cumpla con los criterios de pertinencia mencionados en el presente **CONTRATO.**

La cobertura sobre prestaciones relacionadas a condiciones de salud o enfermedades preexistentes a la suscripción del presente **CONTRATO** y/o enfermedades crónicas y sus reagudizaciones, inclusive si hubiesen sido reveladas durante la inscripción, o en caso las coberturas del programa resultasen insuficientes, siempre que no se ajuste a lo dispuesto en el artículo 100 del reglamento de la Ley 29344 Ley Marco de aseguramiento universal de salud, en cuyo caso, el financiamiento de las prestaciones estará a cargo de la **IAFAS** que otorga cobertura del plan Esencial de Aseguramiento en Salud al **AFILIADO**.

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**.

ANEXO 4

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO

Todas las prestaciones de recuperación de la salud serán otorgadas bajo cobertura únicamente desde el inicio de vigencia del programa y superado los **PERIODOS DE CARENCIA Y/O ESPERA**, señalados en el **ANEXO 1**, de acuerdo a las características de su plan contratado descritas en el **PLAN DE SALUD**, exclusivamente a través del staff médico y clínicas de **RED AUNA**. Asimismo, las coberturas de prestaciones oncológicas se otorgarán desde la activación del beneficio oncológico. A continuación, se describen los pasos a seguir:

1. Requerir su atención, en las clínicas de **RED AUNA** detalladas en el **ANEXO 5**, identificándose como **AFILIADO** del programa con su Documento Nacional de Identidad (DNI) o Carné de Extranjería, según sea el caso (este documento será requerido por las **IPRESS** para efectivizar la atención al **AFILIADO**).
2. El equipo de admisión de las **IPRESS**, realizará su acreditación y gestionará con la **IAFAS**, las autorizaciones correspondientes. En caso el beneficio requerido por el **AFILIADO** le corresponda un **DEDUCIBLE** y/o **COPAGO**, este deberá ser cancelado por el **AFILIADO** previamente, según corresponda.
3. Las prestaciones indicadas por su médico tratante (farmacia, laboratorio, imágenes, procedimientos, entre otros) deberán estar registradas en su historia clínica y en una orden de atención, cuya cobertura deberá ser solicitada por el **AFILIADO** en la misma **IPRESS** donde se realizó su atención inicial, cuyo equipo de admisión coordinará con la IAFAS el documento de autorización de cobertura correspondiente, el mismo que mostrará el periodo de validez.
4. En el caso de prestaciones hospitalarias, en sala de emergencias o cirugías ambulatorias, es posible que las **IPRESS** soliciten un depósito en garantía por los **COPAGOS** y/o eventuales gastos no cubiertos que pudieran generarse, el mismo que será devuelto, total o parcialmente según se haya usado, a través de los procedimientos y plazos que le serán informados por la **IPRESS**.

PROCEDIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE PREEXISTENCIAS

Se considera como **PREEXISTENCIA** a cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**. Entendiéndose por no resuelta también a las condiciones de salud crónicas, recurrentes y/o que demandan control periódico permanente a futuro, tal como las enfermedades oncológicas.

No se considerarán como enfermedades preexistentes aquellas que se hayan originado durante la vigencia de este **CONTRATO**, así como en sus renovaciones siempre que se realicen en los plazos y condiciones establecidos.

Se otorgará la continuidad de cobertura sobre condiciones de salud preexistentes que hayan sido declaradas por el **CONTRATANTE** y/o **AFILIADO**, siempre que se cumpla con lo siguiente:

1. Que, al momento del diagnóstico de la enfermedad, el afiliado debe encontrarse bajo la cobertura de un **PEAS** y de un programa complementario, y que haya trascurrido noventa (90) días desde su afiliación; lo cual deberá sustentarse presentado: constancia de afiliación al plan previo y su récord de siniestralidad.
2. Que la adquisición del nuevo programa de salud complementario se haya efectuado dentro de los sesenta (60) días de extinta la relación contractual del programa complementario anterior.

3. Que el diagnóstico preexistente se haya generado durante la vigencia del programa complementario anterior, su cobertura no haya estado excluida bajo ese **CONTRATO** y sea un beneficio cubierto también por el programa complementario solicitado.

4. Que el diagnóstico preexistente no haya sido excluido en el programa complementario anterior, por motivos de no haberlo declarado oportunamente, declaración falsa o reticente; de ser este el caso esta condición no será cubierta en el nuevo programa complementario siendo totalmente excluida del **CONTRATO**.

La continuidad de cobertura de la preexistencia se encontrará cubierta por el nuevo programa complementario, según las condiciones establecidas en el **PLAN DE SALUD** detallado en el **ANEXO 1** para el tipo de atención (emergencia, ambulatorio u hospitalario).

En caso que la condición de salud preexistente, declarada, no cumpla con las consideraciones para el otorgamiento de la continuidad de su cobertura, esta podrá ser cubierta a través del beneficio de **PREEXISTENCIAS** detallado en el **PLAN DE SALUD** aplicándose los **DEDUCIBLES** y **COPAGOS** de este beneficio, siempre que haya superado el **PERIODO DE ESPERA** señalado en el **ANEXO 1**.

Cualquier reticencia, falsedad, omisión, inexactitud u ocultamiento de información relativa a cualquier condición de salud preexistente, por parte del C**ONTRATANTE**, suscriptor de la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD,** constituye incumplimiento de las obligaciones del **AFILIADO** y, en consecuencia, la **IAFAS** no otorgará cobertura alguna sobre estas y se reserva la facultad para resolver unilateral y automáticamente el **CONTRATO** sin que ello genere derecho a devolución íntegra de los **APORTES COMERCIALES** a favor del **CONTRATANTE**.

ANEXO 5

RED DE ATENCIÓN

Prestaciones objeto de la cobertura de este programa serán otorgadas exclusivamente por la **IPRESS** de la Red de Atención detallada a continuación:

Red Auna

Lima

Clínicas Auna sede Guardia Civil
(RS 00027320)
Av. Guardia Civil 368, San Borja
☎ (01) 204-9600

Callao

BELLAVISTA

Clínicas Auna sede Bellavista
(RS 00009250)
Jr. Las gaviotas N° 207 , Bellavista Urb. San josé
☎ (01) 204-9600

Provincias

PIURA

Clínicas Auna sede Miraflores
(RS 00013494)
Cll. Las Dalias A-12 Castilla
☎ (073) 749-333

Centro Médico Auna sede Miraflores
(RS 00018816)
Cll. Huancavelica 1015
☎ (073) 749-333

LAMBAYEQUE

Centro Médico Auna sede Servimédicos
(00030057)
Calle Manuel María Izaga 621
☎ (074) 221-945

Clínicas Auna sede Chiclayo
(00030057)
Av. Mariscal nieto N° 480
☎ (074) 221945

AREQUIPA

Clínicas Auna sede Vallesur
(RS 00016744)
Av. La salle N° 108 y N° 116 Cercado
☎ (054) 749-333

* RS: Número de registro Susalud

ANEXO 6

FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

Los **AFILIADOS** cuentan con los siguientes medios para la presentación de consultas y reclamos ante la **IAFAS**: cuya tramitación es gratuita:

a. Carta Simple o Notarial dirigida a la **IAFAS**.
b. Libro de Reclamaciones ubicado de forma física en las oficinas o establecimientos de la **IAFAS**.
c. Libro de Reclamaciones Virtual disponible en la página web institucional de la **IAFAS**.
d. Dirección de correo electrónico habilitada para consultas y/o reclamos, **contactos@oncosalud.pe**.
e. Call Center de servicio al cliente de la **IAFAS** el mismo que se encuentra disponible en el número telefónico **(01) 513-7900**.

En caso de dudas sobre el procedimiento antes señalado, el **AFILIADO** puede contactarse al Call Center de servicio al cliente de la **IAFAS** al número telefónico (01) 519-5000 y/o al correo electrónico de la **IAFAS** contactos@oncosalud.pe.

Lo antes señalado no restringe ni limita el derecho del **AFILIADO** de recurrir a la instancia administrativa, por tanto, de no encontrarse de acuerdo, o disconforme con el resultado del reclamo, o ante la negativa de atención o irregularidad en su tramitación, puede acudir en denuncia ante la Superintendencia Nacional de Salud **(SUSALUD)**; o hacer uso de los mecanismos alternativos de solución de controversias ante el Centro de Conciliación y Arbitraje **(CECONAR)** de la Superintendencia Nacional de Salud **(SUSALUD)**.

Para un mayor detalle, se describe a continuación el flujograma de atención de consultas y reclamos:

La tramitación del reclamo es gratuita. Le asiste el derecho de acudir a **SUSALUD** a presentar su queja. Igualmente puede acudir en cualquier momento al Centro de Conciliación y Arbitraje de **SUSALUD**.

1

PASO 1
AFILIADO REALIZA LA CONSULTA O RECLAMO

A través de los siguientes medios, según corresponda:

Call center

¿Cuál es el número y horario de atención?

- Número de teléfono: (01) 513-7900
- Horario de atención: De lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y sábados de 8 a.m. a 2 p.m.

Correo electrónico

contactos@oncosalud.pe

Carta

¿Dónde pedir y dónde dejar la carta?

- Físico: Av. Guardia Civil Nº 571, San Borja
- Horario de atención: De lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 2:00 p.m.

Libro de reclamaciones

¿Cómo acceder al libro de reclamaciones electrónico y físico?

- Físico: En nuestras Sedes Comerciales y Prestacionales.
- Virtual: **www.oncosalud.pe**

2

PASO 2
SERVICIO AL CLIENTE RECIBE LA CONSULTA O RECLAMO.

De acuerdo al canal y al horario de atención establecido en el **PASO 1**.

3

PASO 3
SERVICIO AL CLIENTE REALIZA EL ANÁLISIS CORRESPONDIENTE.

4

PASO 4
ÁREA INVOLUCRADA ENVÍA DESCARGO

5

PASO 5
SERVICIO AL CLIENTE BRINDARÁ RESPUESTA FINAL A LA CONSULTA (máximo 05 días hábiles) o RECLAMO (máximo 30 días hábiles)

***DECRETO SUPREMO N° 002-2019 SA**: Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Aseguramiento en Salud - **IAFAS**, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - **IPRESS** y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - **UGIPRESS**, públicas, privadas o mixtas, y sus modificaciones o norma que los sustituya.*

- *Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.*
- *Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.*
- *Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor.*

Auna Salud, en este caso, es la marca que Oncosalud S.A.C. utiliza para referirse a un conjunto de programas de salud, incluyendo Protege Salud