

# CONTRATO DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD

**PROGRAMA PREPAGADO  
DR. AUNA**

## CONDICIONES GENERALES

Conste por el presente documento, que celebran de una parte: **ONCOSALUD S.A.C.**, con RUC N° 20101039910, domicilio legal en Av. República de Panamá N° 3461, Piso 14, Distrito de San Isidro, Provincia y Departamento de Lima, debidamente representado por su Representante Legal Guillermo Michell Lecaros Gutiérrez, con DNI N° 10308857, según poder inscrito en la Ficha N° 00558907, Asiento N° C00067 del Registro de Personas Jurídicas de la ciudad de Lima, con registro en SUSALUD RIAFAS N° 20006, a quien en adelante se le denominará **LA IAFAS**; y de otra parte el **CONTRATANTE**, quien consigna sus generales de ley en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** que forma parte integrante de este **CONTRATO**, quien procede por su propio derecho y en representación de sus derechohabientes y/o dependientes a quienes en adelante se denominarán como los **AFILIADOS** o el **AFILIADO**, quien ha optado por contratar la cobertura de prestaciones de salud con la **IAFAS**, según corresponda, 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 de EL **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 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 las **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 AFILIACIÓN:** Adscripción de un asegurado a un plan de aseguramiento en salud y a una **IAFAS**.
- 2 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.

- 3 **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.
- 4 **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.
- 5 **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.
- 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 **AUS:** Aseguramiento Universal de Salud
- 8 **BENEFICIOS:** Derechos del (los) **AFILIADO(S)** según las condiciones establecidas en el plan o programa de salud contratado.
- 9 **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL:** o Cobertura Máxima Anual, monto del beneficio 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 no es acumulable entre renovaciones y no incluye IGV.
- 10 **BENEFICIARIO:** Persona designada por el **CONTRATANTE**, y/o afiliado o asegurado en el **CONTRATO**, como titular de los derechos de acceso a las prestaciones de salud especificados en el plan, programa o producto de aseguramiento en salud.
- 11 **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.
- 12 **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**.

- 13 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.
- 14 COPAGO:** Importe a pagar por el **AFILIADO** por los servicios médicos o beneficios solicitados, el cual puede estar expresado en un porcentaje del valor de la atención y/o en una cantidad fija, establecidos en el plan o programa de salud que forma parte integrante del **CONTRATO** suscrito entre el **AFILIADO** y la **IAFAS**.
- 15 DEDUCIBLE:** Importe fijo a pagar por el **AFILIADO** por los servicios cubiertos, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican deducibles se especifican en el **PLAN DE BENEFICIOS** de las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**. Una misma atención puede estar afecta al pago de copago y deducible.
- 16 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**.
- 17 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.
- 18 DÍAS:** Días calendario.
- 19 DOLENCIAS AGUDAS:** Son aquellas condiciones de salud o enfermedades que presentan síntomas precisos y definidos, de aparición súbita o repentina, en general de menos de tres meses de duración y que no son reconocidas como enfermedades crónicas por la Organización Mundial de la Salud (que define como enfermedad crónica a aquella afección que por lo general se caracteriza por durar 3 meses o más, tiene carácter permanente, evolutivo y a través de intervenciones de salud puede ser mitigada o controlada).
- 20 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.
- 21 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.
- 22 ENFERMEDAD CONGÉNITA:** Son todas aquellas que se producen en la etapa de gestación, es decir presentes desde el nacimiento, listadas en el capítulo XVII del Código Internacional de Enfermedades, 10° edición (CIE-10) “Malformaciones congénitas”.
- 23 EXCLUSIONES:** Son aquellas prestaciones de salud no cubiertas por el plan o programa de salud. En el marco de lo establecido en la Segunda Disposición Complementaria Modificatoria y Tercera Disposición Complementaria Modificatoria de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, que modifica el artículo 3 de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, 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.

- 24 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.
- 25 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.
- 26 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.
- 27 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, por la cual tienen derecho a las prestaciones de prevención, promoción y atención de la salud durante un período de latencia de hasta 12 meses, siempre que cuenten con un mínimo de 5 meses de aportación consecutivos o no consecutivos, en los últimos tres años precedentes al cese, acogiendo a dos meses de período de latencia por cada cinco meses de aportación. El período de latencia para los casos de suspensión perfecta de labores resulta de aplicación a partir de la fecha de pérdida del derecho de cobertura. Se activa cuando el asegurado dependiente o regular se encuentra en situación de desempleo o en situación de suspensión perfecta de labores.
- 28 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.
- 29 PEAS:** Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.
- 30 PERÍODO DE CARENCIA:** Es el plazo en el cual no están activas las coberturas de salud, suele durar de 30 a 90 días calendario. En seguridad social es el período de tres 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 3 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.
- Para el caso de maternidad, resulta suficiente que la asegurada haya estado afiliada al momento de la concepción.
- 31 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.
- 32 PLAN DE BENEFICIOS:** Es el documento que detalla los beneficios que otorga la **IAFAS**.

- 33 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**.
- 34 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.
- 35 PRIMA O APOORTE 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 ésta le ofrece. Su costo se determina sobre bases actuariales.
- 36 PRIMA O APOORTE 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**.
- 37 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.
- 38 REGISTRO DE MODELOS DE CONTRATOS Y PLANES DE SALUD:** Es el registro administrativo a cargo de SUSALUD, que sistematiza la información de los modelos de contratos y planes de salud que comercializan las **IAFAS** y que cuentan con su respectivo código de registro.
- 39 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.
- 40 SALUD:** Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
- 41 SEXO BIOLÓGICO:** Es el sexo que se le asigna al nacer y que se consigna en la partida de nacimiento. Para efectos de este **CONTRATO**, cuando se haga uso de la palabra “SEXO” se referirá en todos los casos al **SEXO BIOLÓGICO**.
- 42 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.
- 43 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 de recuperación de la salud y las prestaciones preventivas y promocionales que se detallan en las condiciones particulares que forman parte integrante del presente **CONTRATO**.

La cobertura contratada, comprende la atención de las dolencias preexistentes, siempre que se cumpla con los requisitos establecidos en 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.

#### CLÁUSULA QUINTA:

## 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 consignarse la siguiente información:

- 1 Datos Generales del (los) **AFILIADO(s)**.
- 2 Identificación y selección del programa optado.
- 3 Indicación de la modalidad de pago de las aportaciones por efectuar.
- 4 **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** del (los) **AFILIADO(s)**, de forma individual.

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 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 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**.

#### CLAÚSULA SEXTA:

### 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** respectiva, aplicándose los mismos requisitos de afiliación señalados en la cláusula quinta del presente **CONTRATO**. Del mismo modo, se encuentran sujetos a un nuevo **PERÍODO DE CARENCIA** de acuerdo al programa elegido.

En caso el **CONTRATANTE** desee modificar la modalidad, medio de pago del(los) **AFILIADO(s)**, deberá formular la solicitud escrita a la **IAFAS**.

#### CLÁUSULA SÉPTIMA:

### PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD

La cobertura de salud que la **IAFAS** otorga a favor de El **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 Condiciones Particulares del presente **CONTRATO**.

#### CLÁUSULA OCTAVA:

### PRESTACIONES PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES

Adicionalmente a lo mencionado en la cláusula precedente, en las condiciones 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 NOVENA:

## PERTINENCIA DE LAS PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD

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 **CONDICIONES PARTICULARES**, que correspondan a los conceptos de pertinencia; las cuales se encuentran acorde con las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la Red de Atención indicada en el **Anexo 6** con base al cumplimiento de los siguientes criterios:

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](http://www.sign.ac.uk).

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** de la Red de Atención

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

De igual forma aplican para el otorgamiento de cobertura de cualquier prestación relacionada, siempre que se encuentren descritos en el **PLAN DE BENEFICIOS** que forma parte de las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO** y no se encuentren comprendidos en las **EXCLUSIONES** detalladas en el **Anexo 4**.

#### CLÁUSULA DÉCIMO:

## EXCLUSIONES Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

En las condiciones particulares se señalan las exclusiones y limitaciones a que se encuentran sujetos El **AFILIADO/ASEGURADO** o LOS **AFILIADOS/ ASEGURADOS** al plan de salud complementario que es materia del presente **CONTRATO**.

#### CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA:

## DE EL AFILIADO/ASEGURADO O LOS AFILIADOS/ASEGURADOS DE LA COBERTURA CONTRATADA

La **IAFAS** otorga la cobertura detallada en la Condiciones Particulares del presente **CONTRATO**, a El **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 DÉCIMO SEGUNDA:

## 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 Condiciones Particulares, en el caso de haberlo pactado.

**CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA:**

## **LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

El otorgamiento de las prestaciones preventivo-promocionales de ser el caso, y de recuperación de la salud cubiertas por el presente **CONTRATO**, se otorgan en la red de establecimientos indicados en las Condiciones 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 CUARTA:**

## **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 Condiciones 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 QUINTA:**

## **APORTES E INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE APORTES**

Como contraprestación por el otorgamiento de la cobertura complementaria, EL **AFILIADO/ASEGURADO** o **AFILIADOS/ASEGURADOS** pagan a LA **IAFAS** los aportes indicados en las Condiciones 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** adeuden 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 a EL **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 a EL **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 han incurrido en mora cumplen con ponerse al día en los aportes adeudados, recobran el derecho a gozar de los beneficios de el **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 encontraban 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 Vigésimo Cuarta del presente **CONTRATO**.

#### CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA:

### COPAGOS

Las prestaciones materia del presente **CONTRATO** pueden estar sujetas a copagos a cargo de EL **AFILIADO/ ASEGURADO** o LOS **AFILIADOS/ ASEGURADOS**, los que se indican en las Cláusulas Particulares del Presente **CONTRATO**.

#### CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA:

### 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 a EL **AFILIADO/ ASEGURADO** O LOS **AFILIADOS/ ASEGURADOS**, con una anticipación no menor a quince (15 días) útiles 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 EPS** O **IAFAS** 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.

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 OCTAVA: **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 de EL **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 Particulares 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 a EL **AFILIADO/ASEGURADO** o LOS **AFILIADOS/ASEGURADOS**, a la suscripción de EL **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 NOVENA: **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 VIGÉSIMA:

### 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 VIGÉSIMO PRIMERA:

### 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 VIGÉSIMO SEGUNDA:

### 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** y **LOS ASEGURADOS**, derivadas del presente **CONTRATO**, incluidas las de su nulidad o invalidez, pueden ser sometidas de común acuerdo a la competencia del centro de conciliación o arbitraje del Servicio de Conciliación y Arbitraje en Salud que consideren pertinente, ya sea en el propio **CONTRATO** o una vez suscitada la controversia, en el marco de la normativa vigente. El Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud (CECONAR), pone a disposición de las partes el listado de Centros registrados y especializados en materia de salud.

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 éstas 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 TERCERA: DE LA DESAFILIACIÓN

La **DESAFILIACIÓN** al programa 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 8:00 pm.

La solicitud de desafiliación no libera al **AFILIADO** 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 siguiente en tanto la solicitud sea recepcionada con un mínimo de veinte (20) días de anticipación.

### CLÁUSULA VIGÉSIMO CUARTA: 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 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 QUINTA: DEL 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** requieran continuar bajo protección del programa, deberán presentar una nueva **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** a la **IAFAS**, designando un nuevo **CONTRATANTE**, 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 **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 del certificado de defunción, en un plazo máximo de 60 días posteriores al deceso.

#### CLÁUSULA VIGÉSIMO SEXTA:

### CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

El **CONTRATANTE** queda 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 de 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.

Los datos personales proporcionados serán 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](http://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**:

- 1 Oficinas de la **IAFAS** ubicadas en Av. Guardia Civil 571 - San Borja
- 2 Dirección de correo electrónico [derechosarco@auna.pe](mailto:derechosarco@auna.pe).
- 3 Página web institucional [www.oncosalud.pe/solicitudes-arco](http://www.oncosalud.pe/solicitudes-arco).

#### CLÁUSULA VIGÉSIMO SÉPTIMA

### 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 OCTAVA

### MODIFICACIONES CONTRACTUALES

El presente **CONTRATO** podrá ser modificado por la **IAFAS**, 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). Las modificaciones señaladas por la **IAFAS** regirán a partir de la renovación del **CONTRATO**.

El **CONTRATANTE** tendrá derecho a terminar la presente relación jurídica si no está de acuerdo con las modificaciones informadas, debiendo para ello comunicar por escrito, de manera física o por correo electrónico, su decisión de resolver el **CONTRATO**. En caso de que el **AFILIADO** no comunique su decisión de resolver el **CONTRATO** y continúe utilizando las prestaciones de salud establecidas por el mismo, después de haber recibido las modificaciones y de haber entrado en vigencia las mismas, se entenderá que el **AFILIADO** ha aceptado satisfactoriamente las modificaciones contractuales informadas.



# CONTRATO DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMA PREPAGADO  
DR. AUNA

## CONDICIONES PARTICULARES

A través del presente documento se describe a nivel de detalle las condiciones asegurables, prestaciones y servicios, de salud, de manera complementaria a la cobertura obligatoria al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), conforme a los límites y condiciones del programa optado por el **CONTRATANTE** en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, por la cual los **AFILIADOS** tienen derecho a la cobertura complementaria descrita a continuación, según el detalle de las Condiciones Particulares especificadas y en sus Anexos que son parte integrante del presente **CONTRATO**, las cuales se suministrarán exclusivamente a través de la **RED AUNA**.



# DESCRIPCIÓN Y ALCANCE DE LAS PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA DE SALUD



## 1. Atención de Teleconsulta

---

La **TELECONSULTA** es aquella atención ambulatoria que se realiza a distancia a través del uso de las tecnologías de comunicación remota y permiten la interacción del staff médico designado para cada plan y el **AFILIADO**, para la atención y manejo de sus **DOLENCIAS AGUDAS**.

El programa otorgará una cobertura de hasta un máximo de atenciones durante la vigencia anual del **CONTRATO**, que están detalladas en el **PLAN DE BENEFICIOS**.

Así mismo, el **AFILIADO** podrá hacer uso del máximo de teleconsultas cada 30 días, señalado en el **PLAN DE BENEFICIOS**, según su plan contratado. Si en caso el **AFILIADO** requiriese un número mayor de atenciones, podrá acceder a ellas a tarifas preferenciales y descuentos.

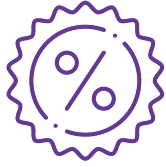
Para acceder al servicio, el **AFILIADO** deberá agendar su cita según se detalla en el procedimiento del **Anexo 5**.

Así mismo, siendo que la atención se efectuará a través de videollamada, es necesario que el **AFILIADO** cuente con conectividad a internet estable.

Es indispensable tener presente que la **TELECONSULTA** es intransferible, es decir quien recibe la prestación debe ser el **AFILIADO** al programa, No obstante, para el caso de menores de edad y adultos mayores dependientes, es necesario que cuenten con la asistencia de un familiar durante la atención.

El médico responsable de la atención, en consecuencia, a su evaluación médica podrá determinar si la condición de salud del **AFILIADO** excede el alcance de la **TELECONSULTA**, en cuyo caso indicará la derivación correspondiente al servicio de salud que estime pertinente.

Así mismo, el médico podrá prescribir medicamentos, exámenes de laboratorio e imágenes, los mismos que se ofertarán bajo las condiciones señaladas en el **PLAN DE BENEFICIOS**, que para el caso del plan Básico no contarán con cobertura, sin embargo, el **AFILIADO** podrá acceder a los descuentos y tarifas preferenciales.



## 2. Tarifas preferenciales y descuentos

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>.

Contrato vigente a partir de 03 de noviembre del 2021  
Código OS.SP.P.02.48  
Revisión: 00

# ÍNDICE DE ANEXOS

<b>ANEXO 1:</b> Plan de beneficios .....	<b>Pág. 21</b>
<b>ANEXO 2:</b> Período de Carencia y/o espera .....	<b>Pág. 22</b>
<b>ANEXO 3:</b> Aportes y formas de pago .....	<b>Pág. 23</b>
<b>ANEXO 4:</b> Exclusiones, gastos no cubiertos y limitaciones a las coberturas contratadas .....	<b>Pág. 24</b>
<b>ANEXO 5:</b> Procedimiento de atención .....	<b>Pág. 27</b>
<b>ANEXO 6:</b> Red de atención .....	<b>Pág. 28</b>
<b>ANEXO 7:</b> Procedimiento y flujograma de atención de consultas y reclamos .....	<b>Pág. 29</b>

ANEXO 1

## PLAN DE BENEFICIOS

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 aportes detallamos a continuación.

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN	
Beneficio Máximo anual <sup>1</sup>	No aplica
Edad inicio de ingreso	Desde los 0 años
Edad límite de ingreso	Sin Límite
Edad de límite de permanencia	No Aplica
Declaración Jurada de Salud	No aplica
Periodo de carencia	30 días
Periodo de latencia	No aplica
Suscripción del CONTRATO	Rige a partir del primer día del mes siguiente de cancelado el primer aporte

BENEFICIO	DEDUCIBLE	COBERTURA	COPAGO
<b>Atención de teleconsultas</b> En la especialidad de Medicina Familiar <sup>2</sup> Hasta un máximo de 12 eventos durante la vigencia anual y una cada 30 días.	S/0	100%	0%

(1) Para el presente programa no aplica beneficio máximo anual, dado a que se cubre las prestaciones de teleconsultas hasta el número de eventos y frecuencia especificados, el cual aplica por AFILIADO durante su vigencia anual, para todas sus condiciones de salud, siempre que no estén consideradas en las exclusiones detalladas en el **Anexo 04**.

(2) La especialidad de Medicina Familiar es una especialidad médica con una formación científica de 3 años de especialización. Un médico de familia es un especialista que actúa como médico de cabecera enfocándose en una evaluación general dado que está capacitado para resolver u orientar cualquier necesidad de salud en la asistencia de niños, adultos y ancianos, práctica ginecológica, seguimiento cirugías menores, desde un enfoque integral de la persona y su familia, en su desarrollo cotidiano y laboral como médico de cabecera.

Las prestaciones otorgadas bajo cobertura del programa al(los) **AFILIADO(S)** durante el período de la vigencia anual, reduce automáticamente la cantidad y/o monto total de prestaciones contempladas en el plan de salud contratado, individualmente por cada persona, sin lugar a restitución hasta la celebración de una nueva anualidad (renovación) del **CONTRATO**.

La cantidad de prestaciones correspondientes a una nueva anualidad, no podrá ser requerido para coberturas en forma retroactiva, es decir, para cubrir prestaciones incurridas antes de la renovación.

ANEXO 2

## PERÍODO DE CARENCIA Y/O ESPERA

Las siguientes prestaciones sólo serán cubiertas, luego de transcurrido el **PERÍODO DE CARENCIA O ESPERA** señalado a continuación.

PERÍODO DE CARENCIA Y PERÍODO DE ESPERA	
TIPO DE PRESTACIÓN	PLAN BÁSICO
Atención de Teleconsulta	30 días

El **PERÍODO DE ESPERA Y PERÍODO DE CARENCIA** se contabilizan desde el inicio de vigencia de este programa, el mismo que empieza a partir del primer día del mes siguiente de cancelada la primera cuota, previa suscripción y recepción de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** por parte de la **IAFAS**.

### ANEXO 3

## APORTES Y FORMAS DE PAGO

De acuerdo a la Cláusula Décimo Quinta de las **CONDICIONES GENERALES**, el **CONTRATANTE** deberá pagar los siguientes aportes por **AFILIADO** de acuerdo a la modalidad de pago elegida.

PLAN BÁSICO		
RANGO ETARIO	MENSUAL	ANUAL
00 a más	S/ 4.90	S/ 55.80

\* Los aportes están expresados en soles e incluyen IGV.

#### **Incumplimiento en el pago de los aportes:**

Siempre que el **CONTRATANTE** incumpla con el pago de los aportes 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.

En caso de que el incumplimiento en el pago de los aportes se mantenga durante sesenta (60) días calendario adicionales al período establecido en el párrafo precedente, el **CONTRATANTE**, previo pago del monto total de los aportes vencidos, podrá mantener el programa adquirido, cuya cobertura se reactivará a partir del día siguiente de la fecha efectiva de pago a la **IAFAS**.

Superado el transcurso de los noventa (90) días referidos en el párrafo precedente, el **CONTRATO** se resolverá indefectiblemente y de forma automática, sin que se requiera comunicación alguna de la **IAFAS** al **CONTRATANTE**. Sin perjuicio de ello, el **CONTRATANTE** podrá solicitar nuevamente la afiliación.

#### **Responsabilidad de pagos:**

El **AFILIADO** sede 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 párrafo siguiente. En cualquier caso, será obligación exclusiva del **CONTRATANTE** la oportuna comunicación a la **IAFAS** de cualquier variación del medio de pago y/o la información relativa al mismo.

#### ANEXO 4

## 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 requerimiento de 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.
- 2 **Prestaciones relacionadas a embarazo, aborto, parto natural o cesárea**, así como sus complicaciones y/o consecuencias. Definidas 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).
- 3 Leches maternizadas y alimentos o sustitutos alimenticios, aunque sea con fines terapéuticos.
- 4 Fármacos como ansiolíticos, antipsicóticos, **antidepresivos, vitaminas, suplementos alimenticios, suplementos nutricionales**, productos naturales (hierbas y sus derivados, levaduras, probióticos, uso medicinal de cannabis), estimulantes del apetito, anabólicos, antioxidantes, productos geriátricos y reconstituyentes, neurotónicos y nootrópicos, productos no medicinales, así como cualquier otro producto o medicamento no relacionado a las enfermedades objeto de cobertura.
- 5 **Insuficiencia o sustitución hormonal** en casos de trastorno de crecimiento.
- 6 Cualquier requerimiento de cobertura de servicios cuyo propósito sea distinto a prestaciones recuperativas de la salud a través de Telemedicina. tales como, sin limitarse a: **chequeos médicos, despistajes, prestaciones en o de emergencia, consultas ambulatorias presenciales** de cualquier tipo, inclusive si hubiesen sido indicadas durante la atención de Telemedicina.
- 7 Todo tipo de **requerimiento prestacional que no sea ordenado o prescrito por los profesionales médicos de la RED AUNA autorizada** para este programa. Así como el tratamiento y/o manejo de las complicaciones, eventos adversos, efectos secundarios y otros que se puedan devenir de los tratamientos e indicaciones dadas y ejecutadas al margen de lo anteriormente establecido.
- 8 Cualquier reintegro y/o **pagos por servicios médicos suministrados por terceros no autorizados expresamente por la IAFAS**. Así como cualquier solicitud de reintegro o reembolso de gastos médicos o de cualquier tipo, inclusive honorarios de médicos y/o asistenciales pactados directamente por el **AFILIADO**, así como cualquier tipo de gastos efectuados fuera de la red de atención autorizada para el programa.
- 9 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.
- 10 Los **tratamientos de sobrepeso, obesidad, obesidad mórbida, raquitismo, anorexia nerviosa y los derivados de estos diagnósticos**. Incluyendo los relacionados a liposucción, lipoescultura e inyecciones reductoras de grasa u otros métodos liporeductores.



- 11 **Medicamentos y/o exámenes auxiliares no contemplados en los petitorios específicos del programa** y publicado en la página web <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>, el mismo será de anual o conforme la periodicidad que la **IAFAS** establezca.
- 12 **Modificadores de la respuesta biológica, terapia biológica**, blanco dirigida y similares de cualquier tipo, sean de naturaleza biológica, semisintética o sintética; tales como interferones, interleukinas, factor estimulante de colonias, antiangiogénicos, inmunomoduladores, inmunoterapia y anticuerpos monoclonales. Así como inhibidores de enzimas, tales como tirosinkinasa, proteosomas u otros similares.
- 13 Todo tipo de **prestaciones diagnósticas o terapéuticas**, equipos, insumos, suministros o fármacos y otras nuevas tecnologías que no hayan alcanzado el nivel de evidencia 2A en Medicina Basada en Evidencia de la Agency for Healthcare Reserch and Quality – AHRQ y/o que no hayan concluido exitosamente la fase III de su ensayo clínico y/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**.
- 14 No se cubre medicina tradicional de cualquier tipo ni tratamientos homeopáticos, recetario magistral, iriología, reflexología y en general tratamientos experimentales, empíricos o relacionados a la medicina alternativa.
- 15 Tratamiento relacionado con la Infección por virus de inmunodeficiencia humana - **VIH, Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y el Síndrome complejo relativo al SIDA (SCRS)**, sus consecuencias y complicaciones..
- 16 Gastos relacionados a enfermedades, **condiciones y/o defectos congénitos considerados enfermedades preexistentes** (anteriores al inicio de vigencia del Programa de Salud) y gastos derivados de causas relacionadas, definidas en el capítulo XVII del CIE 10 “Malformaciones congénitas” que codifica las malformaciones congénitas.
- 17 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.
- 18 Gastos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de las **enfermedades tumorales y oncológicas** definidas en el capítulo II del CIE-10 “Tumores [neoplasias]” de la OMS.
- 19 Todo procedimiento o terapia que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria. Así como, prestaciones y tratamientos profilácticos, psicológicos, psiquiátricos, psicoterapéuticos, curas de reposo, cualquier tipo de tratamiento kinésico, de rehabilitación física o mental, odontológica o estomatológica, nutricional, salvo las prestaciones detalladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**. De la misma manera cremas, lociones faciales o sustancias exfoliativas, despigmentantes, jabones, champúes, cremas neutras y bloqueadores solares. Así como medias antiembólicas o para tratamiento de várices.
- 20 Todo tratamiento médico o quirúrgico de **melasma, alopecia u otros trastornos dermatológicos estéticos**, así como el retiro de tatuajes, piercing o similares.
- 21 **Equipos médicos durables** tales como: termómetro, tensiómetro, equipos de oxigenoterapia, glucómetro (equipo y tiras), respiradores, pulsoxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP o similares, audífonos e implantes cocleares, separadores interespinosos para columna vertebral y discos intervertebrales protésicos. No están cubiertas las prótesis externas, sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés.

De igual manera aparatos y equipos ortopédicos, zapatos ortopédicos, ortésicos, equipos mecánicos o electrónicos, audífonos e implante coclear.

- 22 Cualquier tipo de prestación, que tengan relación a esterilidad, fertilidad e infertilidad; así como, sus complicaciones y/o consecuencias, incluidos los gastos por fertilización. Asimismo, diagnóstico, estudios y tratamientos o cirugías para esterilización, fertilización (tanto en infertilidad primaria como secundaria), disfunción eréctil y cambio de sexo.
- 23 Gastos relacionados a **sepelio, velatorio y afines**. Así como prestaciones económicas de cualquier índole.
- 24 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**.

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 5  
**PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN**

**AGENDAMIENTO DE TELECONSULTAS**

- 1 Contáctate a través de Whatsapp al número +51 966693402.
- 2 Un asesor se comunicará contigo.
- 3 Indícale tu nombre, DNI y programa al que te encuentas afiliado.
- 4 El asesor te ayudará a elegir el mejor horario para ti, gestionará tu cita y te enviará el link para que puedas contactarte al momento de tu consulta.

ANEXO 6  
**RED DE ATENCIÓN**

Las prestaciones objeto de la cobertura de este programa será otorgadas exclusivamente por las **IPRESS** detalladas a continuación:

Red de Teleconsultas:

Nombre Comercial	Dpto.	Provincia	Distrito	Dirección	Teléfono	Reg. Susalud
Clínica Digital 360°	Lima	Lima	Miraflores	Avenida Angamos Oeste N° 450-490	(01) 513-7900	00019049

Clínica Digital 360° es una división de la Clínica Delgado, esta será quién brinde el servicio de **TELECONSULTA**; cuyo proceso de agendamiento se detalla en el [Anexo 5](#).

## ANEXO 7

# PROCEDIMIENTO Y FLUJOGRAMA 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:

- 1 Carta Simple o Notarial dirigido a la **IAFAS**.
- 2 Libro de Reclamaciones ubicado de forma física en las oficinas o establecimientos de la **IAFAS**.
- 3 Libro de Reclamaciones Virtual disponible en la página web institucional de la **IAFAS**.
- 4 Dirección de correo electrónico habilitada para consultas y/o reclamos, [contactos@oncosalud.pe](mailto:contactos@oncosalud.pe).
- 5 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) 513-7900** y/o al correo electrónico de la **IAFAS** [contactos@oncosalud.pe](mailto: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:

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 N° 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](http://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 O ABSOLUCIÓN DE CONSULTA, SEGÚN CORRESPONDA.

5



## PASO 5

### SERVICIO AL CLIENTE BRINDARÁ RESPUESTA FINAL A LA CONSULTA O RECLAMO DE ACUERDO AL TIEMPO ESTABLECIDO POR LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA COMPETENTE.



**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.