

CONTRATO DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMA PREPAGADO PROTECCIÓN HOSPITALARIA

CONDICIONES GENERALES

Conste por el presente documento, las **CONDICIONES GENERALES** del Contrato de Prestaciones de Servicios de Salud, que celebran de una parte **ONCOSALUD S.A.C.**, identificada con R.U.C. N° 20101039910 y RIAFAS N° 20006, domiciliada en Av. República de Panamá N° 3461, Piso 14, Distrito de San Isidro, Provincia y Departamento de Lima, 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 procede por su propio derecho y en representación de sus derechohabientes y/o dependientes quien ha optado por contratar la cobertura de prestaciones de salud con la **IAFAS** para quienes en adelante se denominarán como los **AFILIADOS** o el **AFILIADO**, según corresponda, en los términos y condiciones siguientes:



CLÁUSULA PRIMERA:

ANTECEDENTES

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

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

CLÁUSULA SEGUNDA:

OBJETO

En virtud del presente “Contrato de Prestaciones Prepagadas de Servicios de Salud” (en adelante, el **CONTRATO**), la **IAFAS** otorga a los **AFILIADOS** cobertura de prestaciones recuperativas de salud, exclusivamente hospitalarias, de manera complementaria a la cobertura obligatoria al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), conforme a los límites y condiciones señalados en las **CONDICIONES GENERALES** y **PARTICULARES** del **CONTRATO**.

La cobertura de servicios de salud contemplados en las **CONDICIONES GENERALES** y en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO** son de naturaleza voluntaria y se regirán conforme a las cláusulas establecidas en el **CONTRATO**.

El programa otorga también, a favor del **AFILIADO**, acceso a descuentos preferenciales sobre las tarifas prestacionales vigentes al público en las **IPRESS** que integran la **RED AUNA** para sus diversas necesidades médicas no contempladas y/o no cubiertas en el programa contratado, detalladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**.

CLÁUSULA TERCERA:

CONTENIDO

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

- 1 **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**: Documento en el que el **CONTRATANTE** propone (i) la relación de **AFILIADOS**, (ii) programa seleccionado; y, (iii) la modalidad de pago.
- 2 **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**: Documento en el que el **CONTRATANTE** informa sobre los antecedentes médicos relevantes del titular, dependientes o personas no dependientes, propuestos para afiliación. La **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** es otorgada al momento de suscribir la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**.
- 3 **CONDICIONES GENERALES**: Establecen las condiciones mínimas que rigen la cobertura de las prestaciones de salud.

- 4 **CONDICIONES PARTICULARES:** Contiene la descripción pormenorizada del alcance, limitaciones y **EXCLUSIONES** del programa contratado, incluyendo la red de atención, **COPAGOS**, deducibles, aportes adicionales, obligaciones administrativas de las Partes y otras relevantes que conducen el vínculo entre el **AFILIADO** y la **IAFAS**.

CLÁUSULA CUARTA: DEFINICIONES

- 1 **AFILIADO:** Persona que ha suscrito, o por quien se ha suscrito un **CONTRATO** de Servicios de Salud Prepagados, a través del cual tiene derecho a los beneficios del plan o programa de salud contratado, previa aceptación por la Entidad que presta Servicios de Salud Prepagados (ESSP).
- 2 **AFILIACIÓN INDIVIDUAL:** Modalidad mediante la cual el **AFILIADO** formaliza su relación de aseguramiento en salud con una **IAFAS** a título personal, en virtud de un **CONTRATO** suscrito con esta. En el caso de los dependientes, la **IAFAS** respectiva deberá registrarlos individualmente, señalando expresamente cualquier limitación que le resulte aplicable respecto de la cobertura del titular.
- 3 **AFILIACIÓN COLECTIVA O CORPORATIVA:** La que se realiza a través de cualquier organización, empresa o entidad empleadora, en virtud a un **CONTRATO**.
- 4 **APORTE:** Contraprestación establecida en el **CONTRATO** a favor de la **IAFAS**, de cargo del **AFILIADO** o **CONTRATANTE**, por las coberturas del programa contratado.
- 5 **BENEFICIOS:** Derechos del (los) **AFILIADO(s)**, según las condiciones establecidas en el programa contratado.
- 6 **BENEFICIO MÁXIMO 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.
- 7 **CONTRATO:** Documento que contiene las condiciones que suscriben las Entidades que prestan Servicios de Salud Prepagados (ESSP) 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.
- 8 **CONTRATANTE:** Toda persona natural o jurídica que suscribe un **CONTRATO** de servicios con una Entidad que presta Servicios de Salud Prepagados (ESSP), para su exclusivo beneficio, para beneficio de terceros o ambos. El **CONTRATANTE**, salvo en los casos en los que en el **CONTRATO** se encuentren obligaciones expresas a cargo de los **AFILIADOS**, es el único responsable frente a la Entidad que presta Servicios de Salud Prepagados (ESSP), por el cumplimiento de las obligaciones contractuales asumidas.
- 9 **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 DE BENEFICIOS** que forma parte integrante del presente **CONTRATO**.
- 10 **DEDUCIBLE:** Importe fijo a pagar por el **AFILIADO** por los servicios cubiertos 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.
- 11 **DÍAS:** Días calendario.

- 12 **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” que codifica las malformaciones congénitas.
- 13 **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.
- 14 **EVENTO HOSPITALARIO:** Un evento hospitalario se considera como un internamiento del afiliado en una IPRESS, de por lo menos un día, bajo indicación médica pertinente y hasta el alta médica, al amparo de las estipulaciones contempladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**.
- 15 **EXCLUSIONES:** Son aquellas intervenciones de salud no cubiertas por el programa de salud contratado, las mismas que son detalladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**.
- 16 **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.
- 17 **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.
- 18 **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.
- 19 **PERÍODO DE CARENCIA:** Plazo mínimo de permanencia en el plan o programa de salud para tener derecho a los beneficios establecidos en este. Los **PERÍODO DE CARENCIA** se contabilizan en forma individual por cada **AFILIADO**. Las enfermedades o condiciones de salud que ocurran o le sean diagnosticadas al **AFILIADO** durante este periodo no serán cubiertas durante todo el periodo de vigencia del **CONTRATO** ni en sus renovaciones.
- 20 **PLAN DE BENEFICIOS:** Es el documento que detalla los beneficios que otorga la Entidad de Servicios de Salud Prepagados (ESSP).
- 21 **PREEXISTENCIA:** Es cualquier condición de alteración del estado de salud con evidencia clínica, diagnosticada por un profesional de salud colegiado, conocida o no por el **CONTRATANTE**, **AFILIADO** o sus derechohabientes, y consignada en una historia clínica u otro documento o registro con validez legal, no resuelta, y declarada o no, en el momento previo a llenar y suscribir la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** o el **CONTRATO**.
- 22 **SALUD:** Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

CLÁUSULA QUINTA:

COBERTURA Y CONDICIONES

La **IAFAS** otorga a los **AFILIADOS** la cobertura sobre las prestaciones de recuperación de la salud para la atención de las contingencias, patologías y demás servicios, exclusivamente hospitalarios, comprendidos en el programa contratado y descritos en las **CONDICIONES PARTICULARES**, la cual es parte integrante del presente **CONTRATO**.

CLÁUSULA SEXTA:

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 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 de los **AFILIADOS**, 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 de la cláusula 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 SÉPTIMA:

MODIFICACIONES A LA AFILIACIÓN

El **CONTRATANTE** y/o **AFILIADO** titular del grupo familiar 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 sexta del presente **CONTRATO**. Del mismo modo, se encuentran sujetos a un nuevo **PERÍODO DE CARENCIA** de acuerdo al programa elegido.

CLÁUSULA OCTAVA:

DE LA DESAFILIACIÓN

La **DESAFILIACIÓN** al programa 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 **AFILIADO** 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 a.m. a 8:00 p.m.

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 NOVENA:

VIGENCIA DEL CONTRATO

El presente **CONTRATO** se celebra por un plazo de un (1) año, comenzando a regir a partir del primer día del mes siguiente de cancelado el primer aporte del programa de salud elegido y quedará automáticamente renovado por igual plazo bajo los términos y condiciones vigentes a la renovación, salvo que el **CONTRATANTE** manifieste, mediante aviso escrito cursado con treinta (30) días calendario de anticipación, su voluntad de no renovarlo, o de modificar los términos contractuales.

Siempre que el **CONTRATO** quede renovado, el **AFILIADO** no estará sujeto a un nuevo **PERÍODO DE CARENCIA**, no se considerarán como enfermedades preexistentes aquellas que se hayan originado durante la vigencia del **CONTRATO**, en tanto que la renovación se realice en los plazos y condiciones establecidas en el presente **CONTRATO**.

CLÁUSULA DÉCIMA:

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 AUNA** con base al cumplimiento de los siguientes criterios:

- 1 Que, las prestaciones de salud se encuentren recomendadas y comprendidas en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**.
- 2 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 AUNA**.
- 3 Que, los procedimientos y tratamientos se encuentren estrictamente relacionados al(los) objeto de la cobertura del programa.

De igual forma aplica para 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 BENEFICIOS** que forma parte de las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA:

INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA

El inicio de la vigencia del **CONTRATO** será a partir del primer día del mes siguiente de cancelada la primera cuota del programa, previa recepción y suscripción de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** por parte de la **IAFAS**.

El inicio de las prestaciones bajo cobertura del programa, se dará una vez transcurrido el o los **PERÍODOS DE CARENCIA** que se consignan en el **Anexo 01** con excepción de los descuentos tarifarios concedidos de manera preferencial sobre las tarifas privadas vigentes al público en la **IPRESS** que integran la red de atención del programa de salud contratado, a los cuales podrá acceder a partir del primer día del mes siguiente de haber cancelado su cuota, los mismo que se describen en el **Anexo 02**.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA:

LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y DIRECTORIO MÉDICO

El otorgamiento de las prestaciones de recuperación de salud del programa, amparadas bajo el presente **CONTRATO**, se realizará exclusivamente a través de las **IPRESS** de la **RED AUNA** detalladas en el **Anexo 5** de las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente contrato; en el que consta la dirección de los establecimientos.

La **IAFAS** informará a los **AFILIADOS** ya sea por medios digitales o físicos, o a través de su página web, cualquier cese definitivo del servicio que brinde alguno de los establecimientos de salud mencionados en el programa y/o las modificaciones que puedan surgir.

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA:

RESPONSABILIDAD DE LAS IAFAS

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

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA:

REFERENCIAS

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

En caso que las prestaciones que demande la asistencia al **AFILIADO**, excedan la cobertura del programa contratado y/o cuando el **AFILIADO** no cuente con cobertura por otros planes o programas de protección, los gastos incurridos no cubiertos correrán por cuenta del **AFILIADO**.

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA:

APORTES Y FORMAS DE PAGO

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

Los aportes podrán ser abonados según las modalidades que contemple el programa de salud 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.

La falta de pago oportuno de los aportes a la **IAFAS** determina la aplicación de intereses compensatorios, moratorios y/o penalidades por pagos tardíos. Para dichos efectos, la **IAFAS** aplicará, por cada día de atraso hasta la cancelación total del monto adeudado, la tasa promedio de interés establecida por ley o por la autoridad competente, sin necesidad de intimación para la constitución en mora.

Para cualquier modalidad de pago y/o forma de fraccionamiento de los aportes elegidos, 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 la cláusula 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.

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA:

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, previa cancelación de los aportes adeudados y los intereses correspondientes a la Cláusula Décimo Quinta.

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA:

COPAGOS Y DEDUCIBLES

Determinadas prestaciones, materia del presente **CONTRATO**, pueden estar sujetas a **COPAGOS** y **DEDUCIBLES** a cargo del **AFILIADO**, los cuales se indican en el **PLAN DE BENEFICIOS** que forma parte de las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.

En caso que no exista cobertura para los diagnósticos que excedan el programa contratado, los gastos de atención no cubiertos correrán por cuenta del (los) **AFILIADO(S)**. No obstante, tendrán acceso a descuentos preferenciales sobre las tarifas prestacionales privadas vigentes al público en las IPRESS que integran la Red de Atención y demás Clínicas Auna, para sus diversas necesidades médicas no contempladas y/o no cubiertas por el presente **CONTRATO**, los cuales se detallan en el [Anexo 02](#).

Asimismo, para la cobertura de atención hospitalaria, el monto excedente entre el total del gasto y el beneficio hospitalario, según la estancia hospitalaria, será asumido por el **AFILIADO**.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA:

MODIFICACIÓN DE APORTES Y/O COPAGOS

La estimación de aportaciones a pagar por el **CONTRATANTE** se establece en función a la siniestralidad esperada del programa (costos de los distintos tratamientos), los gastos proyectados de comercialización, operativos y administrativos; y al margen requerido por la **IAFAS**.

La siniestralidad esperada depende del perfil de edades de la población afiliada, siendo creciente con la edad. Por lo que el monto final resultante a pagar por el **CONTRATANTE** para cada edad alcanzada al momento de la afiliación o renovación es modificado buscando una subvención del riesgo entre edades, de manera que los incrementos en el monto de las aportaciones sean más equilibrados, con una subvención mayor para las edades avanzadas.

La **IAFAS** podrá notificar la modificación de los aportes y copagos del **CONTRATO** durante la vigencia del mismo, con una anticipación mínima de treinta (30) días calendario a la fecha de renovación o vencimiento del contrato. Transcurrido este período, las modificaciones entrarán en vigencia en la misma fecha de la renovación del contrato y el **AFILIADO** tendrá hasta noventa (90) días calendario contados a partir de la fecha de recepción de la notificación de modificación para manifestar su disconformidad, lo que dará mérito a la no renovación y terminación del **CONTRATO**.

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA:

RENOVACIÓN DEL VALOR MÁXIMO DE PRESTACIONES OTORGADAS BAJO COBERTURA DEL PROGRAMA POR AFILIADO Y POR CADA ANUALIDAD

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

El monto del **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL** no usado o su saldo restante, no es acumulable y/o transferible a otros periodos.

CLÁUSULA VIGÉSIMA:

INFORMACIÓN

La **IAFAS** pone a disposición de los **AFILIADOS** el programa de salud por medios digitales o a través de su página web www.oncosalud.pe, a fin de permitir su acceso a la información de forma oportuna, clara y precisa.

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA:

DOMICILIO Y NOTIFICACIONES

Las Partes señalan como domicilio real el que se indica en la introducción del presente **CONTRATO** y en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**.

Asimismo, las Partes establecen que se considerarán válidamente dirigidas para todo efecto legal las comunicaciones y/o notificaciones vinculadas a este **CONTRATO** que se realicen a través de los medios físicos, electrónicos o analógicos (dirección, correo electrónico, celular, teléfono y/o cualquier otro permitido) declarados por las Partes en el **CONTRATO** y/o en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**.

En caso alguna de las partes varíe alguno de tales medios de contacto, deberá comunicarlo al correo electrónico de la contra parte señalado con un mínimo de cinco (5) días hábiles de anticipación y con cargo de recepción.

La **IAFAS** no se hace responsable de las consecuencias derivadas de la inexactitud del domicilio real y/o de cualquiera de los medios de contacto declarados por el **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA:

ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

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

- 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.
- 5 Call Center de servicio al cliente de la **IAFAS** el mismo que se encuentra disponible en el número telefónico **(01) 513-7900**.

Para un mayor detalle, el procedimiento de atención de consultas y reclamos de la **IAFAS** se detalla en el **Anexo 6** de las **CONDICIONES PARTICULARES**. 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.

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.

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA:

TERMINACIÓN DEL CONTRATO

Este **CONTRATO** terminará en los siguientes supuestos:

- 1 Por vencimiento del plazo de vigencia del **CONTRATO** sin que medie renovación alguna.
- 2 Por mutuo acuerdo de las Partes.
- 3 Por incumplimiento grave y reiterado de las obligaciones de las Partes establecidas en este **CONTRATO**. En este supuesto la Parte que reclame el incumplimiento deberá enviar una comunicación a la otra Parte solicitando que en el plazo no mayor de treinta (30) días subsane el incumplimiento. Vencido el plazo sin que medie cumplimiento, el **CONTRATO** quedará resuelto de forma automática.
- 4 Por fallecimiento del **CONTRATANTE**, para ello los herederos legales deberán informar el deceso a la **IAFAS** y para requerir la devolución de los aportes de afiliación del fallecido por el periodo pagado pero no protegido, se procederá a partir de la presentación del certificado de defunción. El resto de **AFILIADOS** por el **CONTRATANTE** permanecerán protegidos por el periodo ya pagado por el fallecido, vencido este periodo en caso requieran continuar con su afiliación al programa, deberán presentar una nueva **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** a la **IAFAS**, la cual procederá según las condiciones vigentes al público para este programa.

A partir de la eventual fecha de resolución, la **IAFAS** quedará liberada de cualquier obligación futura frente al **CONTRATANTE** y/o **AFILIADOS**, sin excepción alguna, en relación a los términos y condiciones contenidos en el presente **CONTRATO**.

CLÁUSULA VIGÉSIMO CUARTA:

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 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.

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 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” 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.
- 3 Páginaweb institucional www.oncosalud.pe/solicitudes-arco.

CLÁUSULA VIGÉSIMO QUINTA:

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEXTA:

SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las Partes convienen expresamente que cualquier conflicto o controversia que no pudiera ser resuelta en trato directo entre la **IAFAS** y el **CONTRATANTE** o la **IAFAS** y el **AFILIADO**, será sometida en primera instancia a conciliación ante el Centro de Conciliación y Arbitraje (CECONAR), de la Superintendencia Nacional de Salud conforme a las normas aplicables para tal efecto. Si la controversia se mantuviera sin solución, esta será sometida a arbitraje de derecho bajo la organización y administración del Centro de Conciliación y Arbitraje (CECONAR) de la Superintendencia Nacional de Salud y de acuerdo con su Reglamento, y demás normas a las que las Partes se someten voluntaria e incondicionalmente. Para tales efectos, el Tribunal Arbitral estará conformado por tres (03) colegiados en el que la **IAFAS** deberá designar a un árbitro y, consecuentemente, el **CONTRATANTE** y/o el **AFILIADO** designará(n) al suyo. Todo ello conforme a las normas que regulen el arbitraje por parte de dicha institución, cuyo laudo será definitivo e inapelable.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SÉPTIMA:

MODIFICACIONES CONTRACTUALES

El presente **CONTRATO** podrá ser modificado por la **IAFAS**, por razones técnicas, circunstancias del mercado u otras razones similares o relacionadas, mediante aviso previo remitido al **AFILIADO** con treinta (30) días calendario de anticipación, a través de medios físicos, 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 **AFILIADO** 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 PROTECCIÓN HOSPITALARIA

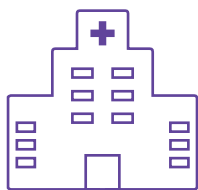
CONDICIONES PARTICULARES

A través del presente documento se describe a nivel de detalle las condiciones asegurables, prestaciones y servicios, correspondientes al programa de salud los cuales se complementan con los **Anexos 1, 2, 3, 4, 5 y 6** que son parte integrante del presente **CONTRATO**.

Los AFILIADOS tienen derecho a:



ALCANCE Y RELACIÓN DE LAS PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA DE SALUD



1. Beneficio Hospitalario

El Programa brindará un beneficio diario para la cobertura exclusivamente de gastos médicos hospitalarios (por tratamiento médico o quirúrgico), hasta agotar el **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL** o alcanzar el tope de días de cobertura acumulados en el año de la vigencia del contrato (lo que ocurra primero), según las condiciones establecidas en el presente **CONTRATO**.

Entendiendo la hospitalización, como el internamiento del afiliado bajo indicación médica pertinente, debiendo permanecer por lo menos un (1) día en una de las **IPRESS** que conforman la red de atención, contabilizando los días de internamiento en días calendario.

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**.

El **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL** podrá ser utilizado por el **AFILIADO** en más de una hospitalización, hasta agotarlo.



2. Asistencia Médica Telefónica

Servicio de consejería y orientación al **AFILIADO** en las especialidades de medicina general, nutrición, geriatría y pediatría, con el fin de guiarlo, absolver dudas, entre otros. Sin embargo, por este medio no se realiza un diagnóstico, no se prescriben recetas médicas ni se solicitan exámenes adicionales.

Este beneficio está disponible para el **AFILIADO** las 24 horas del día los 7 días de la semana. Para acceder a este beneficio el afiliado debe contactarse a través de la central telefónica **(01) 700-6693**.

Cabe resaltar que este beneficio no es una consulta médica, y según el nivel de complejidad de lo comunicado por el **AFILIADO** podrá ser derivado a los servicios médicos y/o especialistas respectivos.



3. Servicio de Ambulancia por Emergencia

El programa otorgará la cobertura del traslado terrestre en ambulancia desde el punto de recojo hasta la **IPRESS** más cercana, ante la eventualidad de que el **AFILIADO** sufra una emergencia médica o accidental.

El tipo de ambulancia estará determinado de acuerdo al estado y complejidad del evento a asistir, según la evaluación del equipo médico operador del servicio.

Se otorgará durante las 24 horas y todos los días del año la cobertura de hasta un máximo de atenciones especificadas en el **PLAN DE BENEFICIOS**, siempre que sea dentro de las zonas de cobertura detalladas en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>. Para acceder a este beneficio, el afiliado debe contactarse a través de la central telefónica **(01) 700-6693**.

El **AFILIADO** tendrá la opción de escoger la **IPRESS** dentro de la zona de cobertura del servicio, no obstante, cabe precisar que el médico designado por el operador del servicio como responsable del traslado, determinará la condición de urgencia o emergencia del paciente y dependiendo de ello definirá el establecimiento médico destino más próximo y conveniente para la condición de salud del **AFILIADO**.



4. Beneficios Adicionales

MÉDICO A DOMICILIO

Envío de un médico general o médico pediatra a domicilio, puede solicitarse las 24 horas del día y todos los días del año contactándose a la central telefónica **(01) 700-6693**, siempre que sea dentro de las zonas de cobertura detalladas en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>.

Está sujeto al pago de deducible el cual está especificado en el plan de beneficios. Cabe precisar que aplica para situaciones médicas que no sean emergencias y que este servicio no incluye la entrega o cobertura de medicamentos.

ENFERMERÍA A DOMICILIO

Envío de un personal de enfermería a domicilio para la aplicación de inyecciones, medición de presión, entre otros. Para acceder a este beneficio, el afiliado debe contactarse a través de la central telefónica **(01) 700-6693** con un mínimo de 36 horas útiles de anticipación y se brindará siempre que sea dentro de las zonas de cobertura detalladas en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>.

Está sujeto al pago de deducible el cual está especificado en el plan de beneficios. No aplica para servicios de cuidado general o continuo al paciente y el tiempo máximo de permanencia del personal de enfermería es de 2 horas. Cabe precisar que no incluye la entrega o cobertura de medicamentos.

ASISTENCIAS AL HOGAR

Asistencias de cerrajería, gasfitería, electricista y vidriería. Sujetos a un tope máximo de evento y monto máximo por evento detallado en el plan de beneficios.

Las asistencias comprenden la movilidad y honorarios por mano de obra del técnico. Sin embargo, si se requiere el cambio de piezas, éstas deberán ser provistas por el **AFILIADO**.

El servicio se brindará únicamente en la vivienda registrada del **AFILIADO**. Las instalaciones que correspondan a áreas comunes, locales comerciales o que sean de vivienda de terceros, no se consideran como parte de este beneficio aun cuando puedan estar situadas en su recinto. Además, quedan excluidas oficinas u otros inmuebles de propiedad del **AFILIADO**.

En caso el servicio exceda el monto máximo de cobertura, la diferencia deberá ser asumida por el Afiliado y el pago deberá ser realizado en efectivo a la persona que presta el servicio.

Para acceder a cualquiera de las asistencias, el afiliado debe contactarse a través de la central telefónica **(01) 700-6693**. Las zonas de cobertura se encuentran detalladas en: <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>.



Reparaciones fuera de la vivienda del AFILIADO.

Cualquier falla o daño preexistente en los componentes e instalaciones.

Reparaciones a causa de fallas en los servicios eléctricos, hidráulicos, sanitarios, de gas y por rotura de vidrios.

DETALLE DE LAS ASISTENCIAS:


CERRAJERÍA: Servicio de cerrajería con la finalidad de restablecer el acceso y el cierre correcto de la cerradura de la puerta afectada. Aplica en caso de que la cerradura de algunas de las puertas del inmueble del **AFILIADO** quede inoperativa por causas fortuitas o accidentales, incluso por pérdida de la llave.



La reparación y/o reposición de cerraduras y/o puertas de acceso a los ambientes internos del inmueble.


La reparación y/o reposición de cerraduras de guardarropas, alacenas y/o similares.

GASFITERIA: Servicio de gasfitería con la finalidad de restablecer el suministro de agua corriente y/o la evacuación de aguas servidas. Aplica en caso de rotura, atoro o avería de las instalaciones sanitarias o las redes de agua o desagüe que forman parte integrante de la vivienda del **AFILIADO** sea que provoque o no la fuga de agua corriente o aguas servidas, y si como consecuencia de esa rotura o atoro o avería, el suministro de agua corriente y/o la evacuación de aguas servidas resulta interrumpido.

 *La reparación y/o reposición de averías propias de mezcladoras, cisternas, depósitos, calentadores junto con sus acoples, tanques hidroneumáticos, bombas hidráulicas, radiadores, aparatos de aire acondicionado, lavadoras, secadoras, y cualquier aparato doméstico conectado a las tuberías de agua, y en general de cualquier elemento ajeno a las conducciones de agua propias del DOMICILIO, así como el arreglo de canales, cañerías y bajantes, limpieza general de trampas de grasa, reparación de goteras debido a una mala impermeabilización o protección de la cubierta o paredes exteriores del inmueble, limpieza general de pozos sépticos.*

La reparación de averías que deriven de la humedad o filtraciones o que deba ser efectuada en aéreas comunes o en instalaciones de propiedad de las empresas que provea el Servicio Público de Agua Potable y Alcantarillado en la vivienda del Afiliado.

ELECTRICISTA: Servicio de envío de electricista con la finalidad de restablecer el suministro de corriente eléctrica. Aplica en caso de la interrupción parcial o total del fluido eléctrico en la vivienda del **AFILIADO**.

 *La reparación y/o reposición de averías propias de: Enchufes o interruptores, elementos de iluminación, Electrodomésticos y en general cualquier aparato que funcione por suministro eléctrico.*

VIDRIERÍA: Servicio de envío de un vidriero con la finalidad de restablecer las condiciones de seguridad de la vivienda del **AFILIADO**, en caso de rotura fortuita o accidental de vidrios de puertas, ventanas o mamparas que den directamente a la vía pública.

 *La reposición de vidrios, espejos, marcos, estructuras, vitrales, entre otros.*

Reparación y/o reposición de cualquier clase de espejos y cualquier tipo de vidrios que, a pesar de ser parte de la edificación, no formen parte de la fachada exterior de la vivienda.

Instalaciones nuevas de vidrios, mamparas, espejos, entre otros.

PLAN DE BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE SALUD

La cobertura a la que el (los) **AFILIADO(S)** tiene(n) derecho a través del presente **CONTRATO**, corresponde de manera específica al programa optado por el **CONTRATANTE** en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, cuyos alcances, limitaciones, deducibles y aportes detallamos a continuación.

| CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN | |
|-------------------------------|-------------------|
| Beneficio Máximo anual | S/ 24,000 |
| Edad inicio de ingreso | Desde los 0 años |
| Edad límite de ingreso | Sin Límite |
| Edad de límite de permanencia | No Aplica |
| Renovación | Automática, anual |
| Declaración Jurada de Salud | Sí |

| BENEFICIOS PRINCIPALES | DEDUCIBLE | COPAGO | COBERTURA |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------|-----------------------------------------|
| Atención Hospitalaria <i>*Hasta un máximo de 12 días durante la vigencia anual</i> | S/ 0 | 0% | S/2000 diarios Sin IGV |
| Ambulancia para emergencias <i>*Una vez durante la vigencia anual</i> | S/ 0 | 0% | Hasta S/ 300 en la anualidad Sin IGV |
| Orientación médica telefónica En Medicina General, Pediatría, Geriátrica y Nutrición | S/ 0 | 0% | 100% |

| BENEFICIOS PRINCIPALES | DEDUCIBLE | COPAGO | COBERTURA |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------|-----------------------------------------------------------------------|
| Médico General a Domicilio | S/ 35 | 0% | 100% |
| Médico Pediatra a Domicilio | S/ 50 | 0% | 100% |
| Enfermera a Domicilio | S/ 25 | 0% | Hasta 5 eventos en la anualidad |
| Asistencias al hogar: Cerrajería Gasfitería* Electricista Vidriería* | S/ 0 | 0% | Máximo 2 eventos en la anualidad Hasta S/200 por evento sin IGV |

* Incluye los materiales, honorarios y movilidad del técnico.

Contrato vigente a partir del 19 de Julio de 2021
Código OS.SP.P.02.30
Revisión: 01

ÍNDICE DE ANEXOS

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| ANEXO 01: Período de Carencia y/o espera | Pág. 21 |
| ANEXO 02: Tarifas y descuentos preferenciales | Pág. 22 |
| ANEXO 03: Exclusiones, gastos no cubiertos y limitaciones | Pág. 23 |
| ANEXO 04: Aportes | Pág. 26 |
| ANEXO 05: Red de atención | Pág. 27 |
| ANEXO 06: Flujograma de procedimiento de atención de consultas y reclamos | Pág. 28 |

ANEXO 01

PERÍODO DE CARENCIA

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

| PERÍODO DE CARENCIA Y PERÍODO DE ESPERA | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Período de Carencia | 3 meses |
| Período de Espera *Gestación: parto, cesárea, aborto y complicaciones del embarazo *Prestaciones oncológicas *Prestaciones relacionadas al diagnóstico de VIH/Sida | 12 meses |

ANEXO 02

TARIFAS Y DESCUENTOS PREFERENCIALES

Las siguientes tarifas preferenciales aplican para aquellas prestaciones ocurridas anteriores al vencimiento del **PERÍODO DE CARENCIA** que señala el programa en su **Anexo 1**, o para aquellas que sean preexistentes o exclusiones específicas en el **CONTRATO**.

| PRESTACIONES MÉDICAS A TARIFAS PREFERENCIALES | | | | | | |
|-----------------------------------------------|----------------------|--------------------|------------------|-----------------------|--------------------|------------------|
| CONCEPTO | TARIFAS Y DESCUENTOS | | | | | |
| | Clínica Delgado | Clínica Miraflores | Clínica Vallesur | Clínica Guardia Civil | Clínica Bellavista | C.M Servimédicos |
| Consulta externa* | S/80.00 | | S/50.00 | | | S/40.00 |
| Teleconsulta* | S/80.00 | | S/50.00 | | | S/40.00 |
| Consulta emergencia* | S/80.00 | | S/50.00 | | | S/40.00 |
| Servicios Clínicos** | 20% | | | 20% | | |
| Radiología | 20% | | | 15% | | |
| Ecografía | 20% | | | 15% | | |
| Otras imágenes | 20% | | | 15% | | |
| Laboratorio clínico y patológico | 20% | | | 15% | | |
| Medicamentos | | | | 10% | | |

* No aplica interconsultas de emergencia u hospitalaria.

** Según Listado de Servicios Clínicos de las IPRESS publicado en la página web <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-intereses>. No aplica sobre descuentos ni paquetes privados definidos por las IPRESS.

ANEXO 03

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 de servicios cuyo propósito sea distinto a prestaciones de salud hospitalarias de naturaleza recuperativa tales como, sin limitarse a: chequeos médicos, despistajes, prestaciones exclusivamente en emergencia, prestaciones ambulatorias y domiciliarias de cualquier tipo, inclusive si hubiesen sido indicadas durante la hospitalización.
- 2 Cualquier requerimiento de cobertura sobre prestaciones relacionadas a condiciones de salud o enfermedades preexistentes a la suscripción del presente contrato, inclusive si hubiesen sido reveladas en la Declaración Jurada de Salud. Así como 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.
- 3 Todo tipo de requerimiento prestacional que no sea ordenado o prescrito por los profesionales médicos de la **RED AUNA**.
- 4 Cualquier requerimiento de reintegro y/o pagos por servicios médicos suministrados por terceros no autorizados expresamente por la **IAFAS**. Así como prestaciones económicas de cualquier índole.
- 5 No se reconocerán honorarios y/o tarifas por encima de lo establecido entre la **IAFAS** y las **IPRESS**.
- 6 Alquiler de equipos o servicios no disponibles en la **IPRESS**, independientemente del diagnóstico y/o pertinencia médica.
- 7 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, acupuntura, quiropráxia o de rehabilitación mental, nutricional. De la misma manera, las cirugías de neurotización, por ginecomastia estética, mastopexia y de simetrización u otras cirugías plásticas. Cremas, lociones faciales, sustancias exfoliativas, despigmentantes, jabones, champúes, cremas neutras y bloqueadores solares.
- 8 Lesiones autoinflingidas o producidas voluntariamente o estando mentalmente insano, intento de suicidio, peleas y riñas.
- 9 Todo tratamiento médico o quirúrgico de melasma, alopecia u otros trastornos dermatológicos estéticos, así como el retiro de tatuajes, piercing o similares.
- 10 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.
- 11 Cualquier tipo de enfermedades y tratamientos, inclusive accidentales, resultantes del uso o adicción a las drogas, estupefacientes, tabaquismo, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares. Así como las lesiones por accidentes 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/L, según la Ley N° 27753). En caso el paciente se niegue a realizarse el examen de alcoholemia o toxicológico requerido,

asumirá automáticamente la integralidad del gasto prestacional generado. En caso que la muestra para el examen de alcoholemia no sea tomada inmediatamente después del accidente, para calcular el grado de alcohol en la sangre al momento del accidente, se considerará una disminución por hora de 0.15g/L. desde el momento del accidente hasta la toma de la muestra. En el caso de situación bajo influencia de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos se considerará cualquier grado positivo de un examen toxicológico.

- 12 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. Así como lesiones o enfermedades a consecuencia de la participación activa del afiliado en motines, huelgas, conmoción civil, terrorismo o actos delictivos.
- 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 IIA en Medicina Basada en Evidencia de la Agency for Healthcare Reserch and Quality - AHRQ. De igual manera están fuera de cobertura aquellos que no hayan concluido exitosamente la fase III de su ensayo clínico 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**. Así mismo, tratamientos o medicamentos e insumos no comercializados a nivel nacional.
- 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 Cualquier tipo de prestación odontológica u odontoestomatológica, así como cualquier tipo de prótesis, obturadores palatinos o implantes dentales, elementos de periodoncia y ortodoncia, pernos, coronas, carillas y afines.
- 16 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.
- 17 Intervenciones quirúrgicas para corrección de trastornos de refracción (tales como miopía, hipermetropía, astigmatismo o presbicia), inclusive cirugía láser. Así como monturas, cristales y/o resinas, lentes de contacto, implantes oculares, lente estromal o cualquier otro dispositivo para trastornos de refracción, intra o extra ocular.
- 18 Hospitalizaciones para fines exclusivos de: cuarentena o aislamiento, cuidado sanitario o asilo, curas de reposo o de sueño. Así como equipos o dispositivos relacionados al estudio y/o tratamiento de trastornos del sueño, incluyendo polisomnografía.
- 19 Estudios de diagnóstico, tratamientos y procedimientos que tengan relación con problemas de 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. Asimismo, gastos relacionados a aborto inducido distinto a lo contemplado en las consideraciones normativas y legales sobre aborto terapéutico.

- 20 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.
- 21 Tratamiento, procedimientos y operaciones derivadas de pie plano, varo, valgo, Hallux Valgus y callos.
- 22 Todo tipo de servicios de bazar y confort personal durante la hospitalización, como radios, televisores, teléfonos, consumos de frigobar, 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 y/o colchón antiescaras.
- 23 Gastos relacionados a acompañantes, mientras el **AFILIADO** se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, cama, alimentación, bazar y/o confort y similares.
- 24 Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional a causa de la participación profesional de cualquier deporte. Así como aquellas relacionados a la práctica de deportes o actividades de alto riesgo, tales como, pero sin limitarse a: paracaidismo, parapente, vuelo en aeronaves ultraligeras o ala delta, escalamiento, esquí acuático y sobre nieve, buceo o caza submarina, saltos desde puentes o puntos elevados al vacío, caza de fieras, torero o rodeo, carreras de vehículos motorizados y/o otras actividades o deportes razonablemente riesgosos.
- 25 Gastos relacionados a prestaciones incurridas antes de la culminación del periodo de carencia y/o espera.

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
APORTES

| RANGO | ANUAL | MENSUAL |
|------------|----------|---------|
| 0 - 35 | S/256.44 | S/22.50 |
| 36 - 65 | S/453.60 | S/39.80 |
| Más de 66* | S/591.60 | S/51.90 |

Precios incluyen IGV.

ANEXO 5
RED DE ATENCIÓN

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

Red Auna



* RS: Número de registro Susalud

ANEXO 6

FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO 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 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

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.