

CONTRATO DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMA PREPAGADO EVENTOS CRÍTICOS - 7 VIDAS

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 de Servicios de Salud” (en adelante, el **CONTRATO**), la **IAFAS** otorga a los **AFILIADOS** cobertura de prestaciones de salud para **EVENTOS CRÍTICOS EN SALUD**, 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**.

Tanto la cobertura de servicios de salud y beneficios adicionales o especiales 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** y hasta el límite del **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL** por cada **AFILIADO**, en forma individual.

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

CLÁUSULA TERCERA:

CONTENIDO

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

- 1 SOLICITUD DE AFILIACIÓN:** Documento en el que el **CONTRATANTE** propone (i) la relación de **AFILIADOS**, (ii) plan de salud 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 plan de salud contratado, incluyendo la red de atención (**RED AUNA** e **IPRESS** complementarias), **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 Prestaciones de Servicios de Salud a través del cual tiene derecho a las coberturas del plan contratado, previa aceptación por la **IAFAS**.
- 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:** Modalidad mediante la que cualquier organización, empresa o entidad empleadora, formaliza su relación de afiliación con una **IAFAS**, en calidad de **CONTRATANTE**, en virtud del **CONTRATO** suscrito.
- 4 **APORTE:** Contraprestación establecida en el **CONTRATO** a favor de la **IAFAS**, de cargo del **AFILIADO** o **CONTRATANTE**, por las coberturas del plan contratado.
- 5 **BENEFICIOS:** Derechos del (los) **AFILIADO(s)**, según las condiciones establecidas en el plan contratado.
- 6 **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL:** Monto límite anual que la **IAFAS** asumirá por la totalidad de prestaciones médicas otorgadas al **AFILIADO**, el cual se encuentra detallado en el **PLAN DE BENEFICIOS**, según el plan contratado. Este monto se rehabilita al renovarse el contrato con cada anualidad.
- 7 **CONTRATO:** Documento que contiene las **CONDICIONES GENERALES** y **CONDICIONES PARTICULARES** que suscribe la **IAFAS** con el **AFILIADO** o **CONTRATANTE**, para regular los derechos y las obligaciones de las partes, con relación a las coberturas ofrecidas en el plan. Formaliza la relación de afiliación y vincula a un **AFILIADO** con una **IAFAS**.
- 8 **CONTRATANTE:** Toda persona natural o jurídica que suscribe un Contrato de Prestaciones de Servicios de 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.
- 9 **CONTINUIDAD DE COBERTURA:** Reconocimiento del tiempo de permanencia en los **CONTRATOS** inmediatamente anteriores a la vigencia de un nuevo **CONTRATO** con la misma **IAFAS**; de modo que la cobertura de diagnósticos preexistentes se otorgará conforme a lo dispuesto en el Artículo N° 100 del Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA.
- 10 **CONDICIÓN DE FUMADOR:** Persona que tiene o ha tenido el hábito de fumar y/o consume cualquier producto con nicotina, inclusive aún si ha dejado de fumar al momento de suscribir la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**.
- 11 **CONDICIÓN DE NO FUMADOR:** Persona que no cumpla con la **CONDICIÓN DE FUMADOR** anteriormente descrita.

- 12 **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**.
- 13 **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.
- 14 **DÍAS:** Días calendario
- 15 **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.
- 16 **EXCLUSIONES:** Son aquellas intervenciones de salud no cubiertas por el plan de salud contratado, las mismas que son detalladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**.
- 17 **EMERGENCIA:** Es toda condición repentina e inesperada que requiere atención y procedimiento quirúrgicos y/o médicos inmediatos al poner en peligro inminente la vida, la salud o que pueden dejar secuelas invalidantes en el **AFILIADO**. La determinación de la condición de **EMERGENCIA** es realizada por el profesional médico encargado de la atención, bajo responsabilidad.
- 18 **EMERGENCIAS MÉDICA ACCIDENTAL:** Aquella **EMERGENCIA** derivadas de accidentes (fuerza externa y violenta contra la voluntad de la persona) y que ponen en peligro la salud del **AFILIADO**.
- 19 **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.
- 20 **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.
- 21 **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.
- 22 **NICOTINA:** Es un alcaloide, estimulante, psicoactivo y adictivo, presente en las hojas de tabaco y en los productos que contienen nicotina.
- 23 **HISTOCOMPATIBLE:** Semejanza de los antígenos tisulares de distintos individuos, del que depende la posibilidad de un injerto o trasplante, para minimizar las posibilidades de rechazo del trasplante.
- 24 **PERÍODO DE CARENCIA:** Plazo mínimo de permanencia en el plan o programa de salud para tener derecho o no, a los beneficios establecidos en este. Los **PERÍODO DE CARENCIA** se contabilizan en forma individual por cada **AFILIADO**.

- 25 **PERÍODO DE ESPERA:** Plazo mínimo de permanencia en el plan o programa de salud para tener derecho o no, a la activación de algunos beneficios o coberturas. Los **PERÍODO DE ESPERA** se contabilizan en forma individual por cada **AFILIADO**. Culminado este período a diferencia del **PERÍODO DE CARENCIA**, la **IAFAS** otorgará la cobertura a aquellas prestaciones.
- 26 **PLAN DE BENEFICIOS:** Es el documento que detalla los beneficios que otorga la Entidad de Servicios de Salud Prepagados (ESSP).
- 27 **PREEXISTENCIA:** Es cualquier condición de alteración del estado de salud con evidencia clínica, diagnosticada por un profesional de salud, consignada en una historia clínica u otro documento o registro con validez legal, no resuelta, y declarada o no, en el momento previo a llenar y suscribir la declaración de Salud o el **CONTRATO**
- 28 **SALUD:** Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
- 29 **TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MÉDULA ÓSEA:** Procedimiento por el que se extraen células formadoras de sangre (células madre) sanas de la sangre o la médula ósea de un paciente, las cuales se almacenan, procesan y se trasplantan al mismo paciente, por lo que también se le denomina autotrasplante.

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 comprendidos en el plan de salud, y descritos en las **CONDICIONES PARTICULARES**, la cual es parte integrante del presente **CONTRATO**, ante el padecimiento, por parte del **AFILIADO**, de alguna de las enfermedades cubiertas siempre que haya sido diagnosticada dentro de la vigencia del presente **CONTRATO** y superado el **PERÍODO DE CARENCIA**.

Así mismo, la **IAFAS** brinda prestaciones preventivas, descritas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**, las mismas que se encuentran referidas al riesgo objeto de la cobertura.

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 **PLAN** 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.
- 5 **EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-AFILIACIÓN** del (los) **AFILIADO(S)**, de forma individual.
- 6 Declaración de **CONDICIÓN DE FUMADOR** incluida en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, según corresponda.

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.

Asimismo, el **AFILIADO** deberá, dentro de los primeros treinta (30) días calendario de la recepción de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, realizar la **EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-AFILIACIÓN** y los exámenes correspondientes (detallados en el **Anexo 7**), los cuales serán realizados en la **RED AUNA** previa coordinación que estará a cargo de la **IAFAS**. El costo de la evaluación médica será asumido por la **IAFAS**.

Dentro de los primeros sesenta (60) días calendario de la recepción de la solicitud de afiliación, cancelación de la primera cuota del programa y finalizada la **EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-AFILIACIÓN**, la **IAFAS**, podrá excluir, limitar o condicionar el otorgamiento de determinadas coberturas y/o prestaciones, o resolver unilateral y automáticamente el **CONTRATO**, por razones atribuibles o relacionadas directa o indirectamente a información proporcionada a la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** y/o producto del resultado de la **EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-AFILIACIÓN**, acciones y 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**, así como la negativa a realizar la **EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-AFILIACIÓN**, constituyen 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 parcial o total 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 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, DECLARACIÓN JURADA DE SALUD y EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-AFILIACIÓN** respectiva, aplicándose los mismos requisitos de afiliación señalados en la cláusula sexta del presente **CONTRATO**. Del mismo modo, se encuentran sujetos a las condiciones establecidas por su plan contratado.

Del mismo modo, el **AFILIADO** podrá solicitar la migración a un plan superior en la renovación del programa; para lo cual deberá presentar una nueva **SOLICITUD DE AFILIACIÓN y DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**.

La migración a un nuevo plan debe realizarse en el plazo de treinta (30) días contados a partir del inicio de un nuevo período anual de vigencia del **CONTRATO**. Cabe precisar que solo al vencimiento de cada vigencia anual no se aplicará un nuevo **PERÍODO DE CARENCIA** ni **PERÍODO DE ESPERA** y se otorgará continuidad de cobertura.

Cabe acotar que la eventual desestimación de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** a un programa superior, por parte de la **IAFAS**, no invalida el derecho del **AFILIADO** de permanecer cubierto bajo el plan del **CONTRATO** originalmente suscrito y vigente.

En caso el **CONTRATANTE** deba modificar las formas de pago, deberá formular la solicitud escrita a la **IAFAS**.

CLÁUSULA OCTAVA:

DE LA DESAFILIACIÓN

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

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

Del mismo modo, el **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 8:00am a 8:00pm.

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, siendo el inicio de la vigencia, a partir del primer día del mes siguiente de cancelada la primera cuota del programa, previa recepción de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**. No obstante deberá cumplir con la realización de la **EVALUACIÓN MÉDICA PRE-AFILIACIÓN** y la suscripción por parte de la **IAFAS**. Así mismo, 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** ni **PERÍODO DE ESPERA**, así mismo, 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**, 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+ ó 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.
- 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) diagnóstico (s) objeto de la cobertura del programa, otorgándose la cobertura una vez establecido el diagnóstico definitivo.
- 4 Que, los tratamientos, exámenes y/o medios diagnósticos se encuentren disponibles comercialmente y se ejecuten íntegramente en el territorio de la República del Perú.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA:

INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA

El inicio de las prestaciones de la recuperación de la salud, bajo cobertura, será de manera posterior al establecimiento del diagnóstico definitivo de las condiciones de salud objeto de la cobertura del programa indicadas en las **CONDICIONES PARTICULARES** y según los requisitos establecidos en las mismas, en tanto el descarte de la enfermedad o diagnóstico confirmatorio no se haya producido en fecha anterior al vencimiento del **PERÍODO DE CARENCIA** y **PERÍODO DE ESPERA** que se consignan en los **Anexos 1 y 3**, con excepción de los descuentos tarifarios concedidos de manera preferencial sobre las tarifas prestacionales privadas vigentes al público en la **IPRESS** que integra la red de atención del plan de salud, a los cuales se podrá acceder una vez efectuado el primer pago de la afiliación.

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

En caso el **AFILIADO** que demande la atención haya consignado la **CONDICIÓN DE NO FUMADOR** en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, el otorgamiento de las coberturas podrá ser condicionado a la realización obligatoria de la prueba de nicotina y/o sus metabolitos que la **IAFAS** establezca sin costo alguno en cualquiera de los establecimientos asignados por la **IAFAS**. Los resultados no deben tener una antigüedad mayor a cuarenta y ocho (48) horas posteriores a la solicitud por parte de la **IAFAS**. En caso la prueba de nicotina y/o sus metabolitos resultase positiva dentro del rango específico que el tipo de prueba establezca o el **AFILIADO** no realizara la prueba oportunamente, la **IAFAS** procederá a ejecutar la desafiliación del **AFILIADO** y/o terminación del **CONTRATO** de manera automática e indefectible.

En caso el diagnóstico de la condición de salud objeto de la cobertura del programa, una vez concluida la fase diagnóstica debida, no pudiera establecerse en forma concluyente, pero se cuenta con evidencia que sustente la alta sospecha de la misma, La **IAFAS** podrá condicionar la cobertura del procedimiento quirúrgico a la confirmación del diagnóstico final resultante del informe quirúrgico y del reporte de anatomía patológica post quirúrgico. En caso estos sustentos no confirmen la condición de salud objeto de la cobertura del programa, el total de gastos incurridos serán asumidos por el **AFILIADO**.

En este último caso, es importante tener en cuenta que las **IPRESS** podrán solicitar un depósito obligatorio en garantía ante la posibilidad de que se trate de un diagnóstico no cubierto; si en caso no se utilizó el depósito en garantía inicial o sólo parte de él, las **IPRESS** realizarán la devolución correspondiente.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA:

LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

El otorgamiento de las prestaciones de recuperación de salud, así como las prestaciones preventivas promocionales, amparadas bajo el presente **CONTRATO**, se otorgarán exclusivamente a través de la **RED AUNA**; cuyos establecimientos de salud se encuentran indicados en 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 sobre su directorio médico.

En concordancia a lo anteriormente expresado, no se encuentra sujeta a la excepción la cobertura de prestaciones fuera de la **RED AUNA** detallada en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA:

RESPONSABILIDAD DE LAS IAFAS

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

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA:

REFERENCIAS

La **IPRESS** 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 plan de cobertura obligatoria y/o complementaria.

En caso que las prestaciones que demande la asistencial del **AFILIADO**, excedan la cobertura del plan 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 la cobertura respecto de las prestaciones de salud objeto de este programa, 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 plan 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, 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 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 plan 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**.

Si luego de transcurridos los noventa (90) días referidos en los párrafos precedentes, el **CONTRATANTE** cumple con regularizar el pago de sus aportes, hasta dentro de un plazo de ciento veinte (120) días calendario, el **CONTRATANTE** podrá mantener el programa contratado, no obstante, la contabilización de los **PERÍODOS DE ESPERA** se reiniciará considerando como primer día a partir del día siguiente de la fecha efectiva de pago a la **IAFAS**.

No obstante, la **IAFAS** procederá a resolver el presente **CONTRATO** indefectiblemente y de forma automática, en caso el **CONTRATANTE** no hubiere cumplido con el pago de los aportes pendientes en un plazo mayor a ciento veinte (120) días calendario. Para dichos efectos, la **IAFAS** remitirá una comunicación al **CONTRATANTE** por escrito en el domicilio consignado en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**.

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA:

COPAGOS Y DEDUCIBLES

Determinadas prestaciones, materia del presente **CONTRATO**, están 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 plan de salud contratado, los gastos de atención no cubiertos correrán por cuenta del (los) **AFILIADO(S)**. No obstante, tendrá acceso a descuentos preferenciales sobre las tarifas prestacionales privadas vigentes al público en las **IPRESS** que integran la **RED AUNA** para sus diversas necesidades médicas no contempladas y/o no cubiertas en el plan contratado.

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 plan (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, en tanto hayan transcurrido un mínimo de doce (12) meses de vigencia y/o a partir de los vencimientos anuales con una anticipación mínima de treinta (30) días calendario. Transcurrido este período, las modificaciones entrarán en vigencia a partir del primer día del mes siguiente 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 anulación del **CONTRATO**.

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA:

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

Los gastos médicos incurridos y cubiertos al (los) **AFILIADO(S)** durante el período de la vigencia anual, reduce automáticamente el monto del **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL** del plan de salud contratado, individualmente por cada persona, sin lugar a restitución hasta la celebración de una nueva anualidad (renovación) del **CONTRATO**.

El **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL** de una nueva anualidad, no podrá ser requerido para coberturas retroactivamente, es decir, para cubrir prestaciones incurridas anteriores a la renovación.

CLÁUSULA VIGÉSIMA: INFORMACIÓN

La **IAFAS** pone a disposición de los **AFILIADOS** el plan 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 físico 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 8** 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 de la Superintendencia Nacional de Salud (CECONAR).

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 **AFILIADO** o **CONTRATANTE**. Para ello, el **CONTRATANTE** es el responsable de informar a la **IAFAS** del fallecimiento de alguno de los **AFILIADOS** presentando el certificado de defunción. En caso de fallecimiento del **CONTRATANTE**, los herederos legales deberán informar el deceso. La devolución de aportes procederá a partir de la presentación del certificado de defunción.

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**.

En caso que el (los) **AFILIADO**(s) hubiese sido beneficiado con el otorgamiento de prestaciones cubierta por la **IAFAS** de forma indebida, por reticencia, omisión, inexactitud, ocultamiento de información relativa a la condición de salud posteriormente comprobada. La **IAFAS** se reserva la facultad de cobrar los gastos indebidamente incurridos, a través de los mecanismos que estime pertinentes, así como las demás acciones legales que pudiesen corresponder.

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” 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 expresarse 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**:

- * Oficinas de la **IAFAS** ubicadas en Av. Guardia Civil N° 571 - San Borja.
- * Dirección de correo electrónico derechosarco@auna.pe.
- * Página web 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 siguientes 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 de la Superintendencia Nacional de Salud (CECONAR), 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 de la Superintendencia Nacional de Salud (CECONAR) 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 EVENTOS CRÍTICOS – 7 VIDAS CONDICIONES PARTICULARES

A través del presente documento se describe a nivel de detalle las condiciones asegurables objeto de la cobertura del programa, prestaciones y servicios a los que, en función al plan optado por el **CONTRATANTE** en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, los **AFILIADOS** tienen derecho.



ALCANCE Y RELACIÓN DE LAS PRESTACIONES CUBIERTAS

El programa brindará cobertura de las prestaciones de alta complejidad necesarias para los **EVENTOS CRÍTICOS** en las siguientes áreas médicas:

I. Cardiología y Cirugía Cardiovascular



- 1 Infarto agudo al miocardio.
- 2 Patologías de válvulas cardiacas.
- 3 Aneurisma, coartación disección y/o rotura de arteria aorta o iliaca.

II. Neurocirugía y Radiocirugía (Microcirugía)



- 1 Accidente Cerebro Vascular (Infarto o Derrame Cerebral).
- 2 Aneurismas y Malformaciones arteriovenosas cerebrales.
- 3 Neurocirugía de columna por trauma accidental.

III. Trasplantes



- 1 Trasplante renal.
- 2 Trasplante autólogo de médula ósea.

I. Cardiología y Cirugía Cardiovascular

1. Infarto agudo al miocardio

Se cubrirá las prestaciones, de emergencia y hospitalarias, requeridas por infarto agudo al corazón, definido como la muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco como consecuencia del deficiente aporte sanguíneo en forma súbita, demostrado por:

- * Dolor torácico no traumático y/o síntomas de Infarto Agudo de Miocardio.
- * Incremento diagnóstico de enzimas cardíacas.
- * Cambios electrocardiográficos de infarto.

No incluye el tratamiento de otros eventos coronarios crónicos, angina de pecho, angina inestable o pericarditis.

La cobertura incluye los siguientes procedimientos:

- * Reperusión coronaria – fibrinólisis o trombolisis.
- * Cateterismo coronario.
- * Cirugía o procedimiento Angioplastia y colocación de endoprótesis (Stents).
- * Cirugía de By pass coronario.

La necesidad de estos procedimientos debe ser confirmada por un especialista de la Clínica Delgado y el otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la **IAFAS**, siempre que se encuentre pertinentemente indicado y recomendado en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**, cumpliendo todos los criterios de elegibilidad.



Incluye el manejo multidisciplinario en emergencia, cuidados intensivos y hospitalización. Así mismo, hasta cuatro controles ambulatorios posteriores al alta hospitalaria.

No incluye prestaciones y/o servicios ambulatorios previos, así como prestaciones de medicina física y rehabilitación.



2. Patologías de válvulas cardíacas

Se cubrirá exclusivamente los procedimientos indicados para corrección de defectos o anomalías, no congénitos, de las válvulas del corazón (válvulas aórtica, mitral, tricúspide y pulmonar), debido a una estenosis (estrechamiento) o insuficiencia (cierre indebido) o a la combinación de ambos, que sean moderadas o graves, evidenciadas a través de ecocardiografía y/o doppler cardíaco y que generen sintomatología en el paciente, es decir que cursen con disnea, angina o síncope.

Se excluyen prestaciones vinculadas a defectos congénitos de las válvulas cardíacas o del corazón.

La cobertura incluye los siguientes procedimientos:

- * Plastia percutánea de válvulas cardíacas.
- * Cirugía de corazón abierto vía toracotomía para reemplazo de válvulas cardíacas.

No Incluye:

- * Implante valvular transcater

El otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la **IAFAS**, siempre que se encuentre pertinentemente indicado y recomendado en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**, cumpliendo todos los criterios de elegibilidad.

La necesidad de estos procedimientos debe ser confirmada por un especialista de la Clínica Delgado y el otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la **IAFAS**, siempre que se encuentre pertinentemente indicado y recomendado en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**, cumpliendo todos los criterios de elegibilidad.

! Incluye el manejo multidisciplinario en emergencia, cuidados intensivos y hospitalización. Así mismo, hasta cuatro controles ambulatorios posteriores al alta hospitalaria.

No incluye prestaciones y/o servicios ambulatorios previos, así como prestaciones de medicina física y rehabilitación.



3. Aneurisma, coartación, disección y/o rotura de arteria aorta o iliaca

Se cubrirá las prestaciones requeridas de cirugía cardiovascular por vía toracotomía o laparotomía para reparar o corregir un aneurisma, coartación, disección o la ruptura de la arteria aorta (la cual para efectos de este programa comprenderá la aorta torácica y abdominal pero no sus ramificaciones) o arteria iliaca, siempre que no sean congénitas y/o preexistentes a la contratación del programa, que sean moderadas o graves, evidenciadas a través de ecocardiografía y/o doppler cardíaco y que generen sintomatología en el paciente.

La cobertura incluye los siguientes procedimientos:

- * Cirugía correctiva vía toracotomía o laparotomía.
- * Plastia vascular percutánea.
- * Colocación de endoprótesis.

La necesidad de estos procedimientos debe ser confirmada por un especialista de la Clínica Delgado y el otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la **IAFAS**, siempre que se encuentre pertinentemente indicado y recomendado en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**, cumpliendo todos los criterios de elegibilidad.

Las prestaciones por emergencia sólo serán cubiertas en casos de rotura o disección, en cuyo caso se extenderá al manejo multidisciplinario de emergencia, cuidados intensivos y hospitalización.

Para el caso de cirugías electivas o programadas, el otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la **IAFAS**, siempre que se encuentre pertinentemente indicado y recomendado en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**.

! *No incluye prestaciones y/o servicios ambulatorios previos, así como prestaciones de medicina física y rehabilitación.*



II. Neurocirugía y Radiocirugía (Microcirugía)


1. Accidente Cerebro Vascular (Infarto o Derrame Cerebral)

Se cubrirá las prestaciones requeridas, en emergencia, unidad de cuidados intensivos y hospitalización, por Accidente Cerebro Vascular, sea Isquémico o Hemorrágico, evidenciado en una Tomografía Computarizada (TC), Resonancia Magnética Nuclear (RMN) o técnica de imagen confirmatoria de alguna de las siguientes condiciones:


- * Infarto del tejido cerebral
- * Hemorragia intracraneana o sub-aracnoidea.

| La cobertura incluye los siguientes procedimientos: |
|---|
| * Neurocirugía descompresiva cerebral. |
| * Drenaje de hematomas. |
| * Reperusión vascular cerebral. |
| * Trombectomia endoluminal y quirúrgica. |
| * Trombolisis cerebral. |
| * Embolización endovascular. |
| * Colocación de clips. |

| Se excluye los siguientes diagnósticos diferenciales: |
|--|
| * Accidentes isquémicos transitorios (TIA). |
| * Lesión cerebral resultante de trauma o hipoxia. |
| * Síntomas neurológicos secundarios a migraña (jaqueca). |
| * Enfermedad vascular que afecta el ojo, nervio óptico o funciones vestibulares. |

 Así mismo, otros similares que no cumplan con la definición previa.

La necesidad de estos procedimientos debe ser confirmada por un especialista de la Clínica Delgado y el otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la IAFAS, siempre que se encuentre pertinentemente indicado y recomendado en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**, cumpliendo todos los criterios de elegibilidad.

 Las prestaciones por emergencia incluirán los estudios diagnósticos, en cuyo caso confirmatorio, se extenderá la cobertura al manejo multidisciplinario en cuidados intensivos y hospitalización.

No incluye prestaciones y/o servicios ambulatorios previos, así como prestaciones de medicina física y rehabilitación.



2. Aneurismas y Malformaciones Arteriovenosas Cerebrales

Se cubrirá exclusivamente los procedimientos neuroquirúrgicos o de radiocirugía, indicados para corrección de defectos o anomalías, de las arterias intracerebrales, tales como aneurismas o malformaciones arteriovenosas cerebrales, evidenciadas a través de Tomografía Computarizada (TC), Resonancia Magnética Nuclear (RMN), Angiografía o técnica de imagen confirmatoria de alguna de las siguientes condiciones:

- * Aneurisma cerebral (con o sin rotura)
- * Malformación arteriovenosa cerebral.

Se excluye toda prestación para lesiones que hayan sido diagnosticadas o establecidas en forma anterior a la contratación del programa.

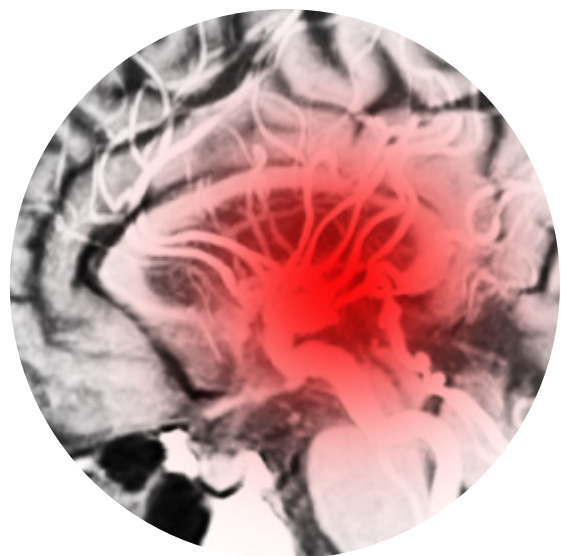
La cobertura incluye los siguientes procedimientos:

- * Resección microquirúrgica de malformación arteriovenosa.
- * Colocación de clips microquirúrgicos.
- * Embolización y/o colocación de espirales endovasculares.
- * Radiocirugía estereotáxica.

El otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la **IAFAS**, una vez establecido el diagnóstico definitivo, siempre que se encuentre pertinentemente indicado y recomendado en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**, cumpliendo todos los criterios de elegibilidad evaluados por un especialista designado por la **IPRESS**.

! *Las prestaciones por emergencia sólo serán cubiertas en casos de rotura del aneurisma o sangrado de la malformación arteriovenosa, en cuyo caso se extenderá al manejo multidisciplinario en cuidados intensivos y hospitalización.*

*Para el caso de cirugías electivas o programadas, el otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la **IAFAS**, siempre que se haya superado el **PERÍODO DE ESPERA**.*



3. Neurocirugía de columna vertebral por trauma accidental

Se cubrirá las prestaciones requeridas de neurocirugía de columna vertebral ocasionadas por traumatismos accidentales, es decir cuando por la acción de una fuerza física externa directa se producen daños en las vértebras, los ligamentos o discos de la columna vertebral, evidenciados a través de Tomografía Computarizada (TC), Resonancia Magnética Nuclear (RMN), o técnica de imagen confirmatoria de alguna de las siguientes condiciones:

- * Fracturas vertebrales estables o inestables.
- * Luxaciones y Subluxaciones.
- * Lesión medular.

Se excluye toda prestación para lesiones que hayan sido diagnosticadas o establecidas en forma anterior a la contratación del programa. Así mismo, aquellas por causa distinta a traumatismos accidentales, tales como a causa o consecuencia de enfermedades infecciosas, degenerativas o autoinmunes y/o lesiones oncológicas, entre otras.

La cobertura incluye los siguientes procedimientos:

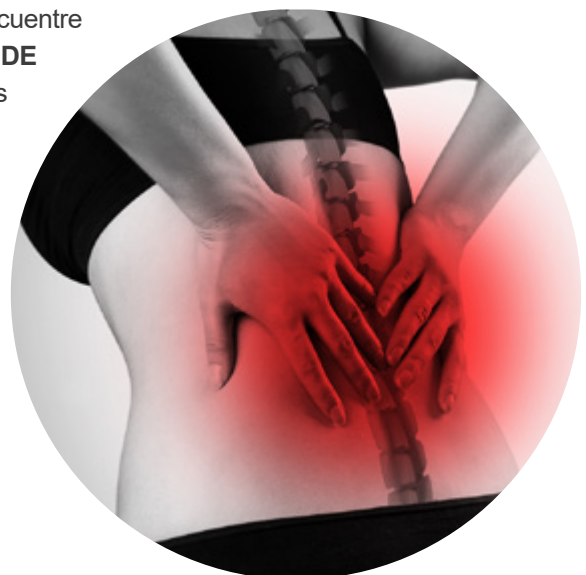
- * Cirugía Vertebral: Fusión vertebral (Artrodesis) y laminectomía descompresiva, con instrumentación.
- * Fijación y estabilización vertebral.
- * Cirugía de discos vertebrales (discectomía y microdiscectomía).
- * Reducción cruenta de fracturas vertebrales.

Las prestaciones por emergencia sólo serán cubiertas en casos de trauma accidental, en cuyo caso se extenderá al manejo multidisciplinario de emergencia, cuidados intensivos y hospitalización.

El otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la **IAFAS**, una vez establecido el diagnóstico definitivo, siempre que se encuentre pertinentemente indicado y recomendado en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**, cumpliendo todos los criterios de elegibilidad evaluados por un especialista designado por la **IPRESS**.



*Para el caso de cirugías electivas o programadas, el otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la **IAFAS**, siempre que se haya superado el **PERÍODO DE ESPERA**.*



III. Trasplantes

1. Trasplante renal

Se cubrirá exclusivamente el procedimiento del trasplante de riñón histocompatible, por única vez, independientemente de la renovación del plan contratado, en casos de enfermedad renal crónica terminal que requieren terapia de sustitución de la función renal o sean candidatos a trasplante renal anticipado.

La cobertura incluye los siguientes procedimientos:

- * Trasplante renal de donante vivo.
- * Trasplante renal de donante cadavérico.
- * Control post trasplante hospitalario (Hasta 4 controles ambulatorios).

El otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la **IAFAS**, una vez establecido el diagnóstico definitivo, siempre que se encuentre pertinentemente indicado y recomendado en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**, cumpliendo todos los criterios de elegibilidad evaluados por un especialista designado por la **IPRESS** y evaluación del Comité de Trasplantes de órganos sólidos de la **RED AUNA**.

! *No incluye estudio de donantes ni la búsqueda de estos, así como prestaciones realizadas a donantes, con excepción de los gastos relacionados únicamente a la cirugía extractiva del donante vivo.*

Las prestaciones de fase de diagnóstico, elegibilidad del trasplante, identificación del donante y otras previas a la realización del procedimiento del trasplante de renal, será a costo del afiliado.



2. Trasplante autólogo de médula ósea

Se cubrirá exclusivamente el procedimiento del trasplante de autólogo (autotrasplante) de médula ósea, por única vez, independientemente de la renovación del plan contratado.

Se excluye toda prestación de trasplante de médula ósea como indicación de condiciones de salud que hayan sido diagnosticados o establecidas en forma anterior a la contratación del programa. No incluye estudio de donantes ni la búsqueda de estos, ni prestaciones realizadas a donantes, al tratarse sólo de la cobertura de trasplante autólogo. Así mismo, no forma parte de este beneficio el tratamiento específico, de mantenimiento y/o consolidación de la enfermedad de fondo.

La cobertura incluye los siguientes procedimientos:

- * Colecta de precursores hematopoyéticos.
- * Infusión o trasplante.
- * Control post trasplante hospitalario (Hasta 4 controles ambulatorios).

El otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la **IAFAS**, una vez establecido el diagnóstico definitivo, siempre que se encuentre pertinentemente indicado y recomendado en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**, cumpliendo todos los criterios de elegibilidad evaluados por un especialista designado por la **IPRESS** y evaluación del Comité de Trasplante de Precursores Hematopoyéticos de la **RED AUNA**.

! *Las prestaciones de fase diagnóstico, elegibilidad del trasplante, y otras previas a la realización del procedimiento del trasplante de médula ósea, será a costo del afiliado.*



DESCRIPCIÓN DE LAS PRESTACIONES CUBIERTAS



CHEQUEO MÉDICO ANUAL

Incluye un paquete de exámenes según edad del **AFILIADO** para detectar la sospecha de alguna enfermedad de mayor frecuencia, relacionada a las condiciones de salud objeto de la cobertura del programa. Aplica para los **AFILIADOS** a partir de la primera renovación, previa validación del cumplimiento del pago de los aportes a la fecha de la solicitud del beneficio y con una periodicidad anual, teniendo en cuenta el último chequeo efectivo. Los componentes del chequeo médico, serán los detallados en la siguiente tabla:

| CHEQUEO MÉDICO ANUAL | Menor de 18 años | 18 - 40 años | Mayor de 40 años |
|---------------------------------|------------------|--------------|------------------|
| Exámenes de Laboratorio: | | | |
| * Hemograma | Sí | Sí | Sí |
| * Glucosa | Sí | Sí | Sí |
| * Hemoglobina Glicosilada | | Sí | Sí |
| * Perfil lipídico | | | Sí |
| * Examen Completo de orina | Sí | Sí | Sí |
| * Creatinina | Sí | Sí | Sí |
| Exámenes de Imágenes | | | |
| Electrocardiograma | | | Sí |
| Evaluación Médica | | | |
| Consulta en Medicina Interna | Sí | Sí | Sí |

Los exámenes preventivos que conforman el paquete no son transferibles, acumulables, canjeables o intercambiables con otros exámenes que no correspondan al plan de salud contratado. Asimismo, el paquete no puede ser fragmentado y deberá concluirse en un período no mayor de treinta (30) días calendario contados desde el inicio del Chequeo Médico anual, vencido este plazo el **AFILIADO** deberá esperar el tiempo establecido en el **PLAN DE BENEFICIOS** para acceder nuevamente al próximo Chequeo Médico anual.

En caso el médico evaluador considere pertinente recomendar o indicar alguna atención adicional como resultado del Chequeo Médico anual (interconsulta con alguna especialidad, farmacia o exámenes auxiliares), esta deberá ser atendida bajo atención ambulatoria.

Así mismo, la **IAFAS** está facultada a realizar, durante esta evaluación, el examen de detección de nicotina y/o sus metabolitos, a los **AFILIADOS** que hayan consignado la **CONDICIÓN NO FUMADOR** en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, que en caso de resultar positiva la **IAFAS** procederá al cobro retroactivo de los aportes a partir de la última renovación bajo la **CONDICIÓN DE FUMADOR**, los cuales se detallan en el **Anexo 4**.



ATENCIÓN POR EMERGENCIA

Incluye las prestaciones de salud que se requieran para la atención de una condición de salud, objeto de la cobertura, que surja de forma repentina e inesperada, que requiere atención y procedimientos quirúrgicos y/o médicos inmediatos al poner en peligro inminente la vida, la salud, o que pueden dejar secuelas invalidantes al afiliado.

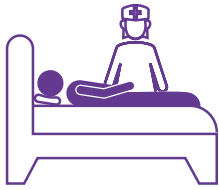
La determinación de la condición de emergencia médica o accidental será realizada por el profesional médico encargado de la atención bajo responsabilidad. Dicha atención no le será aplicable **PERÍODO DE CARENCIA** ni **PERÍODO DE ESPERA** y los gastos generados las prestaciones de emergencia, serán cubiertos por el programa de salud con los deducibles y copago establecidos en su **PLAN DE BENEFICIOS**.

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

En caso que el evento médico iniciado en emergencia requiera atención hospitalaria, serán cubiertas bajo las condiciones detalladas **PLAN DE BENEFICIOS** del presente **CONTRATO**.

El programa otorga las siguientes prestaciones:

- a Honorarios médicos.
- b Medicamentos, materiales e insumos incluyendo, catéteres, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos.
- c Exámenes de laboratorio y anatomía patológica relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones o enfermedades cubiertas por el programa de salud.
- d Estudios de imágenes, tales como rayos x, ecografías, tomografía computarizada y otros relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones o enfermedades cubiertas por el programa.
- e Procedimientos ambulatorios quirúrgicos y no quirúrgicos, incluyendo uso de tópicos, sala de operaciones y sala de recuperaciones.



ATENCIÓN HOSPITALARIA

Incluye las prestaciones de salud que se requieran para la atención de una condición de salud, objeto de la cobertura, el internamiento del **AFILIADO** bajo indicación médica, debiendo permanecer internado por lo menos un (1) día. Los gastos generados las prestaciones de hospitalización, serán cubiertos por el programa de salud con los deducibles y copago, así como el **PERÍODO DE ESPERA**, todo ello establecido en su **PLAN DE BENEFICIOS**.

Todo requerimiento de cobertura de prestaciones, antes de haber superado el **PERÍODO DE ESPERA**, no será cubierto por el programa de salud, no obstante, el **AFILIADO** podrá acceder a tarifas especiales y descuentos sobre estos servicios.

El programa otorga las siguientes prestaciones:

- a** Honorarios médicos por tratamiento y/o cirugías (médico principal, ayudantía, anestesista).
- b** Hotelería: Habitación estándar.
- c** Medicamentos, materiales e insumos incluyendo catéteres permanentes, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos.
- d** Exámenes de laboratorio y/o anatomía patológica relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones o enfermedades cubiertas por el programa.
- e** Estudios de imágenes, tales como rayos X, ecografía, tomografía computarizada y otros relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones o enfermedades cubiertas por el programa.
- f** Procedimientos hospitalarios quirúrgicos y no quirúrgicos, incluyendo uso de tóxico, sala de operaciones, sala de recuperación, unidad de cuidados intensivos y unidad de cuidados intermedios.



CONTINUIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA POST HOSPITALIZACIÓN

Incluye las prestaciones de salud objeto de la cobertura, que requieren de control de atención ambulatoria, posterior a una hospitalización cubierta por el programa. Los gastos generados las prestaciones de atención ambulatoria, serán cubiertos por el programa de salud con los deducibles y copago establecidos en su **PLAN DE BENEFICIOS**, hasta un máximo de 04 consultas en general, exclusivamente relacionadas al diagnóstico, procedimiento o intervención que ha sido otorgado bajo cobertura por el programa y hasta por un plazo máximo de 90 (noventa) días de haber producido el alta hospitalaria.



PRÓTESIS INTERNA Y MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS

Incluye las prótesis internas quirúrgicamente pertinentes en aquellas prestaciones objeto de la cobertura del programa, incluyendo stent, coils, mallas, prótesis valvulares, placas, tornillos y separadores (No incluye prótesis externas, dentales, oculares, obturadores, ni aquellas con fines estéticos), hasta un monto máximo global establecido en su **PLAN DE BENEFICIOS** para este beneficio específico.

Para el caso de la cobertura de prótesis valvulares y vasculares se otorgarán por única vez. No estando bajo cobertura de programa el reemplazo, renovación o adición a las ya otorgadas.

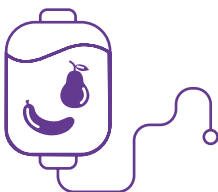
La prótesis será la establecida por la **IAFAS** de acuerdo a las características del paciente, criterios de pertinencia establecidos en la **GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA** y hasta el alcance de la cobertura de este beneficio específico.



TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA Y HEMODERIVADOS

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

No incluye búsqueda de donantes, ni prestaciones económicas de ningún tipo.



NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL

Se cubrirá la alimentación endovenosa solo durante la estancia hospitalaria hasta por un período máximo de tres (3) semanas, a pacientes con lesiones del tracto gastrointestinal o condiciones específicas que impidan la alimentación enteral del paciente.

El otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la **IAFAS**, siempre que se encuentre pertinentemente indicado y recomendado en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**, cumpliendo todos los criterios de elegibilidad evaluados en junta médica de los especialistas de la **IPRESS**.



ALBÚMINA HUMANA

Se cubrirá su administración durante la atención de y/o estancia hospitalaria de albumina humana en solución para perfusión intravenosa hasta el monto máximo global establecido en su **PLAN DE BENEFICIOS**.

El otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la **IAFAS**, siempre que se encuentre pertinentemente indicado exclusiva por el especialista en medicina intensiva y recomendado en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**, cumpliendo los criterios de pertinencia establecidos en la **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**.



ESTUDIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD

Prueba que evalúa unas proteínas llamadas antígenos leucocitarios humanos (también conocida como HLA, por sus siglas en inglés), los cuales se encuentran en la superficie de casi toda célula en el cuerpo humano y que ayudan al sistema inmunitario a establecer la diferencia entre los tejidos ajenos a su propio cuerpo. Este estudio es requerido para la realización de un trasplante de órganos, evaluando la semejanza entre donantes y receptores.

Se cubrirá la realización de estudios de histocompatibilidad sólo del **AFILIADO** receptor del trasplante, para procedimiento de trasplantes que se realizarán bajo la cobertura del programa. No incluye estudio de donantes ni la búsqueda de estos.



RADIOCIRUGÍA

Incluye el uso de radiación de alta energía proveniente de partículas u ondas, tales como los rayos x, rayos gamma, u otras fuentes, para reducir o eliminar ciertas lesiones cerebrales.

El otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la **IAFAS**, incluye los estudios de imágenes de planificación y simulación, siempre que sea indicado por el médico radioterapeuta asignado por la **IAFAS**, cumpla con los criterios de pertinencia recomendados en las **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**.

ÍNDICE DE ANEXOS

| | |
|--|----------------|
| ANEXO 1: Plan de Beneficios | Pág. 33 |
| ANEXO 2: Tarifas y descuentos preferenciales | Pág. 36 |
| ANEXO 3: Período de espera para prestaciones médicas | Pág. 37 |
| ANEXO 4: Aportes y formas de pago | Pág. 38 |
| ANEXO 5: Exclusiones, gastos no cubiertos y limitaciones a las coberturas contratadas | Pág. 40 |
| ANEXO 6: Red de atención..... | Pág. 43 |
| ANEXO 7: Evaluación médica de pre-afiliación..... | Pág. 44 |
| ANEXO 8: Flujograma de procedimiento de atención de consultas y reclamos..... | Pág. 45 |

ANEXO 1
PLAN DE BENEFICIOS

La cobertura a la que el (los) **AFILIADO(S)** tiene(n) derecho a través del presente **CONTRATO**, corresponde de

| CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN | PLAN PREMIUM | PLAN CLASSIC |
|-------------------------------|--------------------|--------------------|
| Beneficio Máximo anual | S/ 750,000 | S/ 350,000 |
| Edad inicio de ingreso | Desde los 0 años. | Desde los 0 años. |
| Edad límite de ingreso | Hasta los 55 años. | Hasta los 55 años. |
| Edad de límite de permanencia | Sin límite | Sin límite |
| Período de carencia | 90 días | 90 días |
| Renovación | Anual, automática | Anual, automática |

| PRESTACIONES CUBIERTAS | PLAN PREMIUM | PLAN CLASSIC |
|--|--------------|--------------|
| Infarto agudo al miocardio. | Sí incluye | Sí incluye |
| Patologías de válvulas cardiacas. | Sí incluye | Sí incluye |
| Aneurisma, coartación disección y/o rotura de arteria aorta o iliaca | Sí incluye | Sí incluye |
| Accidente Cerebro Vascular (Infarto o Derrame Cerebral) | Sí incluye | - |
| Aneurismas y Malformaciones arteriovenosas cerebrales | Sí incluye | - |
| Neurocirugía de columna por trauma accidental | Sí incluye | - |
| Trasplante renal | Sí incluye | Sí incluye |
| Trasplante autólogo de médula ósea. | Sí incluye | Sí incluye |

| PRESTACIONES CUBIERTAS | PLAN PREMIUM | | PLAN CLASSIC | |
|--|---|-----------|---|-----------|
| | Deducible y/o copago a cargo del Afiliado | Cobertura | Deducible y/o copago a cargo del Afiliado | Cobertura |
| ATENCIÓN DE EMERGENCIA | | | | |
| Deducible por emergencia | S/ 0.00 | | S/ 0.00 | |
| Exámenes auxiliares de laboratorio clínico y patología | 0% | 100% | 20% | 80% |
| Exámenes de diagnóstico por imágenes | 0% | 100% | 20% | 80% |
| Procedimientos en emergencia (honorarios médicos, sala de procedimientos y enfermería) | 0% | 100% | 20% | 80% |
| Farmacia e insumos | 0% | 100% | 20% | 80% |

| PRESTACIONES CUBIERTAS | PLAN PREMIUM | | PLAN CLASSIC | |
|--|---|-----------|---|-----------|
| | Deducible y/o copago a cargo del Afiliado | Cobertura | Deducible y/o copago a cargo del Afiliado | Cobertura |
| ATENCIÓN HOSPITALARIA | | | | |
| Deducible por hospitalización | 1 día de habitación | | 1 día de habitación | |
| Honorarios médicos por tratamiento y/o cirugías (médico principal, ayudantía, anestesista) | 0% | 100% | 20% | 80% |
| Sala de operaciones y sala de recuperación | 0% | 100% | 20% | 80% |
| Habitación estándar, Cuidados intermedios, UCI y UCIN | 0% | 100% | 20% | 80% |
| Otros servicios clínicos y procedimientos | 0% | 100% | 20% | 80% |
| Exámenes auxiliares de laboratorio clínico y patología | 0% | 100% | 20% | 80% |
| Exámenes de diagnóstico por imágenes | 0% | 100% | 20% | 80% |
| Farmacia hospitalaria, insumos y material médico | 0% | 100% | 20% | 80% |

| PRESTACIONES CUBIERTAS | PLAN PREMIUM | | PLAN CLASSIC | |
|--|---|-----------|---|-----------|
| | Deducible y/o copago a cargo del Afiliado | Cobertura | Deducible y/o copago a cargo del Afiliado | Cobertura |
| CONTINUIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA Post evento hospitalario, hasta 04 consultas | | | | |
| Deducible | S/ 0.00 | | S/ 0.00 | |
| Exámenes auxiliares de laboratorio clínico y patología | 0% | 100% | 20% | 80% |
| Exámenes de diagnóstico por imágenes | 0% | 100% | 20% | 80% |
| Farmacia hospitalaria, insumos y material médico | 0% | 100% | 20% | 80% |
| Procedimientos médicos | 0% | 100% | 20% | 80% |

| PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS | PLAN PREMIUM | | PLAN CLASSIC | |
|---|---|-----------|---|-----------|
| | Deducible y/o copago a cargo del Afiliado | Cobertura | Deducible y/o copago a cargo del Afiliado | Cobertura |
| PRÓTESIS INTERNAS QUIRÚRGICAMENTE NECESARIAS Hasta un máximo de S/ 60,000 (incluye IGV) como beneficio máximo anual. Incluye stent, coils, mallas, placas y separadores, prótesis valvulares. | 0% | 100% | 20% | 80% |
| TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA Y HEMODERIVADOS , pruebas de tamizaje, banco de sangre, pruebas cruzadas y los insumos de unidades efectivamente transfundidas. | 0% | 100% | 20% | 80% |
| NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL (NPT): Sólo durante la estancia hospitalaria hasta un máximo de tres semanas. | 0% | 100% | 20% | 80% |
| ALBÚMINA HUMANA Hasta un máximo de S/ 7,000 (incluye IGV) como beneficio máximo anual. Únicamente indicada por el médico intensivista. | 0% | 100% | 20% | 80% |
| ESTUDIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD para trasplantes sólo del AFILIADO receptor. No incluye estudio de donantes ni la búsqueda de estos, ni prestaciones realizadas a donantes. | 0% | 100% | 20% | 80% |
| RADIOCIRUGÍA | 0% | 100% | 20% | 80% |

ANEXO 2

TARIFAS Y DESCUENTOS PREFERENCIALES

Las siguientes tarifas preferenciales aplican para aquellas que sean preexistentes o exclusiones específicas en el CONTRATO.

| CONCEPTO | TARIFAS Y DESCUENTOS | | | |
|----------------------------------|----------------------|--------------------|--------------------|------------------|
| | Clínica Delgado | Clínica Bellavista | Clínica Miraflores | Clínica Vallesur |
| Consulta externa* | S/80.00 | S/40.00 | S/50.00 | |
| Consulta de emergencia* | S/80.00 | S/40.00 | S/50.00 | |
| Servicios Clínicos | Hasta 40% | | | |
| Radiología | Hasta 20% | | | |
| Ecografía | Hasta 20% | | | |
| Otras imágenes | Hasta 20% | | | |
| Laboratorio clínico y patológico | Hasta 20% | | | |
| Medicamentos | Hasta 20% | | | |

* No aplica interconsultas de emergencia u hospitalaria.



El descuento aplica sobre precio público vigente, incluye IGV.

El descuento sobre servicios clínicos será según listado de las **IPRESS** publicado en la página web. No aplica para descuentos ni paquetes privados definidos por las **IPRESS**, no incluye uso de equipos.

Las tarifas preferenciales y/o descuentos se encuentran sujetas a actualizaciones por parte del prestador de servicios médicos (**IPRESS**).

ANEXO 3

PERÍODO DE ESPERA PARA PRESTACIONES MÉDICAS

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

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





| PERÍODO DE ESPERA PARA PRESTACIONES MÉDICAS | |
|--|-----------------------|
| TIPO DE PRESTACIÓN | TIEMPO DE ESPERA |
| Emergencias Médicas y/o Accidentales | Sin Período de Espera |
| Intervenciones quirúrgicas programadas (incluyendo exámenes pre-operatorios) | 12 meses |
| Trasplante autólogo de médula ósea. (Una vez). | 18 meses |
| Trasplante renal (Una vez). | 18 meses |

* Sólo están exceptuadas de **PERÍODO DE CARENANCIA** y **PERÍODO DE ESPERA** las prestaciones de Emergencia, tanto médicas y/o Accidentales.

ANEXO 4







APORTES Y FORMAS DE PAGO

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

| EVENTOS CRÍTICOS - PLAN PREMIUM | | | | | | |
|---------------------------------|---|---|---|--|---|---|
| RANGO DE EDAD | PAGO ANUAL AL CONTADO (afiliación y renovación) | | PAGO MENSUAL RECURRENTE (Afiliación y renovación) | | | |
| | Efectivo o Tarjeta de Crédito | | Tarjeta de Crédito | | Tarjeta de Débito o Cargo en Cuenta | |
| |  |  |  |  |  |  |
| 0 - 17 | 307 | 344 | 27 | 31 | 31 | 35 |
| 18 - 25 | 411 | 461 | 36 | 41 | 41 | 46 |
| 26 - 30 | 570 | 639 | 50 | 56 | 58 | 65 |
| 31 - 35 | 730 | 818 | 64 | 72 | 74 | 83 |
| 36 - 40 | 878 | 984 | 77 | 87 | 89 | 100 |
| 41 - 45 | 1,038 | 1,194 | 91 | 105 | 105 | 121 |
| 46 - 50 | 1,243 | 1,430 | 109 | 126 | 125 | 144 |
| 51 - 55 | 1,516 | 1,744 | 133 | 153 | 153 | 176 |
| 56 - 60 (*) | 1,824 | 2,098 | 160 | 184 | 184 | 212 |
| 61 - 70 (*) | 2,177 | 2,504 | 191 | 220 | 220 | 253 |
| 71 - 80 (*) | 2,599 | 2,989 | 228 | 263 | 262 | 302 |
| 81 - 120 (*) | 3,123 | 3,592 | 274 | 316 | 315 | 363 |

* Sólo renovación.

Los aportes están expresados en moneda nacional e incluyen el impuesto general a las ventas (IGV).

| EVENTOS CRÍTICOS - PLAN CLASSIC | | | | | | |
|---------------------------------|---|---|---|--|---|---|
| RANGO DE EDAD | PAGO ANUAL AL CONTADO (afiliación y renovación) | | PAGO MENSUAL RECURRENTE (Afiliación y renovación) | | | |
| | Efectivo o Tarjeta de Crédito | | Tarjeta de Crédito | | Tarjeta de Débito o Cargo en Cuenta | |
| |  |  |  |  |  |  |
| 0 - 17 | 205 | 230 | 18 | 21 | 21 | 24 |
| 18 - 25 | 319 | 358 | 28 | 32 | 32 | 36 |
| 26 - 30 | 422 | 473 | 37 | 42 | 43 | 49 |
| 31 - 35 | 525 | 588 | 46 | 52 | 53 | 60 |
| 36 - 40 | 627 | 703 | 55 | 62 | 63 | 71 |
| 41 - 45 | 730 | 840 | 64 | 74 | 74 | 86 |
| 46 - 50 | 844 | 971 | 74 | 86 | 85 | 98 |
| 51 - 55 | 1,049 | 1,207 | 92 | 106 | 106 | 122 |
| 56 - 60 (*) | 1,311 | 1,508 | 115 | 133 | 132 | 152 |
| 61 - 70 (*) | 1,573 | 1,809 | 138 | 159 | 159 | 183 |
| 71 - 80 (*) | 1,892 | 2,176 | 166 | 191 | 191 | 220 |
| 81 - 120 (*) | 2,257 | 2,596 | 198 | 228 | 228 | 263 |

* Sólo renovación.

Los aportes están expresados en moneda nacional e incluyen el impuesto general a las ventas (IGV).

ANEXO 5

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 Las prestaciones de salud no contempladas en las coberturas o el **PLAN DE BENEFICIOS** del presente **CONTRATO**.
- 2 Toda prestación médica o sanitaria derivada de lesiones auto infligidas, intento de suicidio o autoeliminación, inclusive aquellas de naturaleza accidental resultantes del uso o adicción a las drogas, estupefacientes, por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares. Así como las lesiones que se produzcan en situación de embriaguez o bajo influencia de drogas registrados en la historia clínica y/o con el dosaje respectivo (caso del alcohol: nivel sérico > 0.5 g/dl). En caso el paciente se niegue a realizarse el examen de alcoholemia o toxicológico requerido, asume la integralidad del gasto prestacional generado automáticamente.
- 3 Las enfermedades o lesiones preexistentes a la suscripción del presente **CONTRATO**. Inclusive si hubiesen sido reveladas en la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**, la cual motivará la resolución del **CONTRATO**, sin devolución de aportes.
- 4 Las enfermedades detectadas y/o incurridas antes de la culminación del **PERÍODO DE CARENANCIA** o **ESPERA**.
- 5 Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional atendido fuera de la **RED AUNA**.
- 6 Cualquier requerimiento o prestación médica cuyo propósito sea el chequeo, detección y/o diagnóstico, salvo las prestaciones expresamente señaladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**. Prestaciones y/o servicios ambulatorios de fase diagnóstica y otras previas a la realización del procedimiento quirúrgico ejemplo: angiografía coronaria, TEM cardíaca, ecocardiograma, prueba de esfuerzo, etc. Para infarto cardíaco o enfermedad valvular cardíaca.
- 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 de medicina física, rehabilitación física, kinésico o mental, prestaciones odontológicas, nutricional, salvo las prestaciones detalladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**. De la misma manera, las prestaciones por o para, neurotización, ginecomastia, mastopexia, simetrización. Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional que involucre utilización de láser o fototerapia de cualquier tipo.
- 8 Equipos médicos durables tales como: termómetro, tensiómetro, equipos de oxigenoterapia, glucómetro (equipo y tiras), respiradores, pulsioxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos **CPAP** o similares, audífonos e implantes cocleares, prótesis ortopédicas externas. Así mismo, sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés, audífonos, aparatos y equipos ortopédicos, ortésicos, prótesis externas, equipos mecánicos o electrónicos, medias para varices.
- 9 Alquiler de equipos o servicios no disponibles en la **IPRESS**, independientemente del diagnóstico y/o pertinencia médica.

- 10 Gastos relacionados a medicina no tradicional de cualquier tipo ni tratamientos homeopáticos, recetario magistral, iriología, reflexología y en general tratamientos médicos no tradicionales o experimentales, empíricos y también la medicina alternativa. Asimismo, no están cubiertos la acupuntura, quiropraxia, cuidados y tratamientos de rehabilitación en gimnasios.
- 11 Cualquier gasto relacionado a la búsqueda o estudio de donantes de células, tejidos u órganos.
- 12 Todo tipo de Medicamentos, dispositivos médicos o insumos utilizados con fines preventivos o profilácticos.
- 13 Cualquier gasto relacionado a criopreservación, almacenamiento, conservación, mantenimiento, preparación y/o acondicionamiento, así como el traslado y/o transporte, de células, tejidos u órganos.
- 14 Suministro de nutrición parenteral y/o nutrición enteral (procedimiento, insumos y fórmula) y/o referidos a prestaciones nutricionales, salvo las prestaciones detalladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
- 15 Todo tipo de requerimiento prestacional que no sea ordenado o prescrito por el o los profesionales médicos designados por la **IAFAS** y/o no hayan sido autorizadas por ésta, así como el tratamiento y/o manejo de las complicaciones, eventos adversos, efectos secundarios y otros que se puedan ocasionar o devenir de estos tratamientos e indicaciones médicas dadas y ejecutadas al margen de lo anteriormente establecido.
- 16 Todo tipo de prestaciones diagnósticas o terapéuticas, equipos, insumos, suministros o fármacos y otras nuevas tecnologías que no hayan sido aprobados por la FDA (Food and Drug Administration) para el diagnóstico solicitado, los cuales deben contar además con beneficio clínico y de significancia estadística demostrados a través de la evaluación sustentada en Medicina Basada en la Evidencia. Se consideran para beneficio de cobertura únicamente los niveles de evidencia 1++, 1+ ó 2++ y por ende los grados de recomendación A o B según los parámetros del SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network). Para más información puede consultar a: www.sign.ac.uk. Así como aquellos que no hayan concluido exitosamente el **ENSAYO CLÍNICO DE FASE III** o que no se encuentren debidamente aprobados por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), de la Food and Drug Administration (FDA) y de la European Medicines Agency (EMA) o que no se recomienden en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**. De igual manera, aquellos que no se comercialicen o no se encuentren disponibles en el territorio nacional.
- 17 Fármacos como ansiolíticos, antipsicóticos, antidepresivos, vacunas, vitaminas, minerales, suplementos alimenticios, suplementos nutricionales, productos naturales (hierbas y sus derivados, levaduras, probióticos, uso medicinal de cannabis), homeopáticos, alternativos o productos no medicinales, estimulantes del apetito, anabólicos, antioxidantes, productos geriátricos y reconstituyentes, neurotónicos y nootrópicos, productos dermatológicos (protectores solares, cremas hidratantes, lociones dérmicas, etc.) así como cualquier otro producto o medicamento no relacionado a las prestaciones de salud objeto de la cobertura del programa.
- 18 Modificadores de la respuesta biológica y similares de cualquier tipo, sean de naturaleza biológica, semisintética o sintética; tales como interferones, interleukinas, factor estimulante de colonias y anticuerpos monoclonales. Así como inhibidores de tirosinkinasa, antiangiogénicos, inhibidores del proteosoma u otros similares.
- 19 Alimentos o sustitutos alimenticios, aunque sea con fines terapéuticos.

- 20 Suministro de cualquier tipo de medio de transporte y servicio de ambulancia. Salvo las expresamente señaladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
- 21 Toda enfermedad de origen congénito y/o malformación congénita, salvo las expresamente señaladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
- 22 Cuidados de enfermería, vigilancia y/o acompañamiento del paciente a cargo de enfermeras, técnicas o auxiliares de enfermería, u otro personal a dedicación exclusiva durante la estancia hospitalaria y/o en domicilio. Asimismo, queda excluida cualquier tipo de asistencia o prestación a acompañantes del paciente.
- 23 Pruebas de laboratorio exámenes o estudios moleculares con fines de estudio genético y/o de mutaciones o similares de cualquier tipo, incluyendo biopsias líquidas y/o perfiles o secuenciamientos moleculares y/o genéticos. Asimismo, cualquier tipo de prestación relacionada a este tipo de estudios incluyendo las consultas u orientaciones genéticas.
- 24 Estudios de diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y procedimientos relacionados con problemas de disfunciones sexuales, esterilidad, fertilidad, infertilidad, esterilización y planificación familiar, incluyendo aborto terapéutico y/o complicaciones de la gestación.
- 25 Prestaciones relacionadas con la Infección por virus de inmunodeficiencia humana - VIH, Síndrome Inmunológico Deficiencia Adquirida (SIDA) y el Síndrome complejo relativo al SIDA (SCRS), sus consecuencias y complicaciones.
- 26 Todo tipo de servicios de bazar y confort personal durante la hospitalización, como radios, televisores, teléfonos, consumos de frío bar, artículos personales o de higiene, pañales, medias antiembólicas, toallas higiénicas, máquinas de afeitar, guantes descartables no estériles, mantas térmicas de cualquier tipo, papel higiénico, batas, ropa de cama, hisopos, colchón antiescaras.
- 27 Cualquier prestación o gastos relacionados a segunda opinión nacional o internacional, inclusive si fuera realizada en la **IPRESS** designada por la **IAFAS**.
- 28 Cualquier prestación y/o procedimiento que no se realice en la infraestructura de las **IPRESS** designada por la **IAFAS**. Inclusive aquello no disponible y/o no comercializado a nivel nacional.
- 29 Gastos relacionados a sepelio, velatorio y afines. Así como prestaciones económicas de cualquier índole.

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 6
RED DE ATENCIÓN

| RED AUNA | | | | | | |
|------------------|---------------|------------------|--------|------------|-----------------------------|---------------|
| NOMBRE COMERCIAL | RAZÓN SOCIAL | REGISTRO SUSALUD | CIUDAD | DISTRITO | DIRECCIÓN | TELÉFONO |
| Clínica Delgado | MEDIC SER SAC | 1408279 | Lima | Miraflores | Av. Angamos Oeste N°450-490 | (01) 377-7000 |

ANEXO 7
EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-AFILIACIÓN

| EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-AFILIACIÓN | Menor de 18 años | 18 - 39 años | 40 - 49 años | 50 años a más |
|-------------------------------------|------------------|--------------|--------------|---------------|
| Exámenes de Laboratorio: | | | | |
| * Hemograma | Sí | Sí | Sí | Sí |
| * Glucosa sérica | | Sí | | |
| * Hemoglobina Glicosilada | | | Sí | Sí |
| * Colesterol total | | | Sí | Sí |
| * Colesterol HDL | | | Sí | Sí |
| * Examen Completo de orina | Sí | Sí | Sí | Sí |
| * Creatinina | | | Sí | Sí |
| Exámenes de Imágenes | | | | |
| Radiografía de tórax | | | | Sí |
| Ecografía abdomino pélvica | | | | Sí* |
| Evaluación Médica | | | | |
| Consulta en Medicina Interna | Sí | Sí | Sí | Sí |

* Sólo bajo indicación médica, en caso que durante la Evaluación Médica se identifique algún antecedente de riesgo para lesiones vasculares de aorta y/o el examen físico revele algún indicador de sospecha de lesiones vasculares de aorta.

ANEXO 8

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.

ADENDA 02-2021

MODIFICACIONES A LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DEL CONTRATO DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMA PREPAGADO EVENTOS CRÍTICOS – 7 VIDAS

El presente documento contiene las modificaciones a las Condiciones Generales y particulares del **CONTRATO DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD PROGRAMA PREPAGADO EVENTOS CRÍTICOS EN SALUD – 7 VIDAS**.

PRIMERO: OBJETO DE LA ADENDA

Mediante la presente adenda, se actualizan las condiciones generales, condiciones particulares y anexos, especificados en la cláusula siguiente. Las modificaciones contenidas en la presente adenda tendrán alcance obligatorio entre **LAS PARTES** a partir del 01 de diciembre del 2021, además de integrarse al contrato previamente suscrito

SEGUNDO: DE LAS MODIFICACIONES

Conforme a lo indicado en la cláusula anterior, las modificaciones se detallan a continuación:

2.1.- Modificaciones a las CONDICIONES GENERALES

| ORIGINAL | MODIFICACIÓN |
|---|---|
| <p>CLÁUSULA SEXTA: REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN</p> <p>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:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Datos Generales del (los) AFILIADO(s).2. Identificación y selección del PLAN 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.5. EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-AFILIACIÓN del (los) AFILIADO(s), de forma individual.6. Declaración de CONDICIÓN DE FUMADOR incluida en la SOLICITUD DE AFILIACIÓN, según corresponda. <p>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.</p> <p>Asimismo, el AFILIADO deberá, dentro de los primeros treinta (30) días calendario de la</p> | <p>CLÁUSULA SEXTA: REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN</p> <p>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:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Datos Generales del (los) AFILIADO(s).2. Identificación y selección del PLAN 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.5. Declaración de CONDICIÓN DE FUMADOR incluida en la SOLICITUD DE AFILIACIÓN, según corresponda. <p>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.</p> <p>Dentro de los primeros sesenta (60) días calendario de la recepción de la solicitud de afiliación, y la cancelación de la primera cuota del programa, la IAFAS podrá excluir, limitar o condicionar el otorgamiento de</p> |

recepción de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, realizar la **EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-AFILIACIÓN** y los exámenes correspondientes (detallados en el **Anexo 7**), los cuales serán realizados en la **RED AUNA** previa coordinación que estará a cargo de la **IAFAS**. El costo de la evaluación médica será asumido por la **IAFAS**.

Dentro de los primeros sesenta (60) días calendario de la recepción de la solicitud de afiliación, cancelación de la primera cuota del programa y finalizada la **EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-AFILIACIÓN**, la **IAFAS**, podrá excluir, limitar o condicionar el otorgamiento de determinadas coberturas y/o prestaciones, o resolver unilateral y automáticamente el **CONTRATO**, por razones atribuibles o relacionadas directa o indirectamente a información proporcionada a la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** y/o producto del resultado de la **EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-AFILIACIÓN**, acciones y 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**, así como la negativa a realizar la **EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-AFILIACIÓN**, constituyen 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 parcial o total 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.

determinadas coberturas y/o prestaciones, o resolver unilateral y automáticamente el **CONTRATO**, por razones atribuibles o relacionadas directa o indirectamente a información proporcionada a la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**, acciones y 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**, constituyen 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 parcial o total de los aportes a favor del **CONTRATANTE**.

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

| | |
|---|--|
| <p>CLAÚSULA SÉPTIMA: MODIFICACIONES DE LA AFILIACIÓN</p> <p>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, DECLARACIÓN JURADA DE SALUD y EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-AFILIACIÓN respectiva, aplicándose los mismos requisitos de afiliación señalados en la cláusula sexta del presente CONTRATO. Del mismo modo, se encuentran sujetos a las condiciones establecidas por su plan contratado.</p> | <p>CLAÚSULA SÉPTIMA: MODIFICACIONES DE LA AFILIACIÓN</p> <p>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, DECLARACIÓN JURADA DE SALUD, aplicándose los mismos requisitos de afiliación señalados en la cláusula sexta del presente CONTRATO. Del mismo modo, se encuentran sujetos a las condiciones establecidas por su plan contratado.</p> |
| <p>CLAUSULA NOVENA: VIGENCIA DEL CONTRATO</p> <p>El presente CONTRATO se celebra por un plazo de un (1) año, siendo el inicio de la vigencia, a partir del primer día del mes siguiente de cancelada la primera cuota del programa, previa recepción de la SOLICITUD DE AFILIACIÓN. No obstante, deberá cumplir con la realización de la EVALUACIÓN MÉDICA PRE-AFILIACIÓN y la suscripción por parte de la IAFAS. Así mismo, 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.</p> | <p>CLAUSULA NOVENA: VIGENCIA DEL CONTRATO</p> <p>El presente CONTRATO se celebra por un plazo de un (1) año, siendo el inicio de la vigencia, a partir del primer día del mes siguiente de cancelada la primera cuota del programa, previa recepción de la SOLICITUD DE AFILIACIÓN. No obstante, deberá cumplir con la suscripción por parte de la IAFAS. Así mismo, 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.</p> |

2.2.- Modificaciones a las **CONDICIONES PARTICULARES**

| ORIGINAL | MODIFICACIÓN |
|---|--|
| <p>DESCRIPCIÓN DE LAS PRESTACIONES CUBIERTAS</p> <p>(...)</p> <p>CHEQUEO MÉDICO ANUAL</p> <p>Así mismo, la IAFAS está facultada a realizar, durante esta evaluación, el examen de detección de nicotina y/o sus metabolitos, a los AFILIADOS que hayan consignado la CONDICIÓN NO FUMADOR en la SOLICITUD DE AFILIACIÓN, que en caso de resultar positiva la IAFAS procederá al cobro retroactivo de los aportes a partir de la última renovación bajo la CONDICIÓN DE FUMADOR, los cuales se detallan en el Anexo 4.</p> <p>(...)</p> | <p>DESCRIPCIÓN DE LAS PRESTACIONES CUBIERTAS</p> <p>(...)</p> <p>CHEQUEO MÉDICO ANUAL</p> <p>Así mismo, la IAFAS está facultada a realizar, durante esta evaluación, el examen de detección de nicotina y/o sus metabolitos, a los AFILIADOS que hayan consignado la CONDICIÓN NO FUMADOR en la SOLICITUD DE AFILIACIÓN, que en caso de resultar positiva la IAFAS procederá al cobro retroactivo de los aportes a partir de la última renovación bajo la Tarifa de Riesgo, la cual se detalla en el Anexo 4.</p> <p>(...)</p> |

2.3.- Modificaciones a los ANEXOS

Se suprime el Anexo 7 y se modifican el Anexo 2 y el Anexo 4.

| ORIGINAL | MODIFICACIÓN |
|---|---|
| ÍNDICE DE ANEXOS ANEXO 1: Plan de Beneficios ANEXO 2: Tarifas y descuentos preferenciales ANEXO 3: Período de espera para prestaciones médicas ANEXO 4: Aportes y formas de pago ANEXO 5: Exclusiones, gastos no cubiertos y limitaciones a las coberturas contratadas ANEXO 6: Red de atención ANEXO 7: Evaluación médica de pre-afiliación ANEXO 8: Flujograma de procedimiento de atención de consultas y reclamos. | ÍNDICE DE ANEXOS ANEXO 1: Plan de Beneficios ANEXO 2: Tarifas y descuentos preferenciales ANEXO 3: Período de espera para prestaciones médicas ANEXO 4: Aportes y formas de pago ANEXO 5: Exclusiones, gastos no cubiertos y limitaciones a las coberturas contratadas ANEXO 6: Red de atención ANEXO 8: Flujograma de procedimiento de atención de consultas y reclamos. |

El detalle de los Anexos modificados se describe a continuación:

Anexo 2 - Tarifas y descuentos preferenciales

Las siguientes tarifas preferenciales aplican para aquellas que sean preexistentes o sobre las exclusiones específicas en el **CONTRATO**.

| TARIFAS Y DESCUENTOS | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------|------------------------------|------------------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| CONCEPTO | Clínica Auna sede Delgado | Clínica Auna sede Miraflores | Centro Médico Auna sede Miraflores | Clínica Auna sede Vallesur | Clínica Auna sede Chiclayo | Centro Médico Auna sede Servimédicos | Clínica Auna sede Guardia Civil | Clínica Auna sede Camino Real | Clínica Auna sede Bellavista |
| Consulta externa ⁽¹⁾ | S/ 80 | | | | S/ 50 | | | | S/ 40 |
| Teleconsulta ⁽¹⁾ | S/ 80 | | | | S/ 50 | | | | S/ 40 |
| Consulta de emergencia ⁽²⁾ | S/ 80 | | | | S/ 50 | | | | S/ 40 |
| Servicios Clínicos ⁽³⁾ | 20% | | | | 20% | | | | |
| Radiología | 20% | | | | 15% | | | | |
| Ecografía | 20% | | | | 15% | | | | |
| Otras imágenes | 20% | | | | 15% | | | | |
| Laboratorio clínico y patológico | 20% | | | | 15% | | | | |
| Medicamentos ⁽⁴⁾ | | | | | 10% | | | | |

- (1) Incluye Nutrición y Psicología.
- (2) No aplica interconsultas de emergencia u hospitalaria.
- (3) Aplica solo para servicios de hotelaría hospitalaria, mas no para alquiler de equipos. Según Listado de Servicios Clínicos de las **IPRESS** publicado en la página web <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>. No aplica sobre descuentos ni paquetes privados definidos por las **IPRESS**.
- (4) No aplica para medicamentos oncológicos

NOTA:

- Las tarifas y/o descuentos preferenciales aplican sobre la tarifa privada vigente al público, incluye IGV.
- Las tarifas y/o descuentos preferenciales se encuentran sujetas a actualizaciones por parte del prestador de servicios médicos (**IPRESS**).

Anexo 4 - Aportes y formas de pago

ORIGINAL

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

| EVENTOS CRÍTICOS - 7 VIDAS - PLAN CLASSIC (Actual) | | | | | | | |
|--|---|----------------|---|----------------|-------------------------------------|----------------|----------------|
| Rango de edad | PAGO ANUAL AL CONTADO (Afiliación y Renovación) | | PAGO MENSUAL RECURRENTE (Afiliación y Renovación) | | | | |
| | Efectivo o Tarjeta de Crédito | | Tarjeta de Crédito | | Tarjeta de Débito o Cargo en Cuenta | | |
| | Tarifa No Fumador | Tarifa Fumador | Tarifa No Fumador | Tarifa Fumador | Tarifa No Fumador | Tarifa Fumador | Tarifa Fumador |
| 0-17 | S/ 205.00 | S/ 230.00 | S/ 18.00 | S/ 21.00 | S/ 21.00 | S/ 24.00 | |
| 18 - 25 | S/ 319.00 | S/ 358.00 | S/ 28.00 | S/ 32.00 | S/ 32.00 | S/ 36.00 | |
| 26 - 30 | S/ 422.00 | S/ 473.00 | S/ 37.00 | S/ 42.00 | S/ 43.00 | S/ 49.00 | |
| 31 - 35 | S/ 525.00 | S/ 588.00 | S/ 46.00 | S/ 52.00 | S/ 53.00 | S/ 60.00 | |
| 36 - 40 | S/ 627.00 | S/ 703.00 | S/ 55.00 | S/ 62.00 | S/ 63.00 | S/ 71.00 | |
| 41 - 45 | S/ 730.00 | S/ 840.00 | S/ 64.00 | S/ 74.00 | S/ 74.00 | S/ 86.00 | |
| 46 - 50 | S/ 844.00 | S/ 971.00 | S/ 74.00 | S/ 86.00 | S/ 85.00 | S/ 98.00 | |
| 51 - 55 | S/ 1,049.00 | S/ 1,207.00 | S/ 92.00 | S/ 106.00 | S/ 106.00 | S/ 122.00 | |
| 56 - 60 (*) | S/ 1,311.00 | S/ 1,508.00 | S/ 115.00 | S/ 133.00 | S/ 132.00 | S/ 152.00 | |
| 61 - 70 (*) | S/ 1,573.00 | S/ 1,809.00 | S/ 138.00 | S/ 159.00 | S/ 159.00 | S/ 183.00 | |
| 71 - 80 (*) | S/ 1,892.00 | S/ 2,176.00 | S/ 166.00 | S/ 191.00 | S/ 191.00 | S/ 220.00 | |
| 81 - 120 (*) | S/ 2,257.00 | S/ 2,596.00 | S/ 198.00 | S/ 228.00 | S/ 228.00 | S/ 263.00 | |

(*) Sólo renovación.

Los aportes están expresados en moneda nacional e incluyen el impuesto general a las ventas (IGV).

MODIFICACIÓN

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

| EVENTOS CRÍTICOS - 7 VIDAS - PLAN CLASSIC (Nuevo) | | | | | | | |
|---|---|------------------|---|------------------|-------------------------------------|------------------|------------------|
| Rango de edad | PAGO ANUAL AL CONTADO (Afiliación y Renovación) | | PAGO MENSUAL RECURRENTE (Afiliación y Renovación) | | | | |
| | Efectivo o Tarjeta de Crédito | | Tarjeta de Crédito | | Tarjeta de Débito o Cargo en Cuenta | | |
| | Tarifa Regular | Tarifa De Riesgo | Tarifa Regular | Tarifa De Riesgo | Tarifa Regular | Tarifa De Riesgo | Tarifa De Riesgo |
| 0-17 | S/ 205.00 | S/ 230.00 | S/ 18.00 | S/ 21.00 | S/ 21.00 | S/ 24.00 | |
| 18 - 25 | S/ 319.00 | S/ 358.00 | S/ 28.00 | S/ 32.00 | S/ 32.00 | S/ 36.00 | |
| 26 - 30 | S/ 422.00 | S/ 473.00 | S/ 37.00 | S/ 42.00 | S/ 43.00 | S/ 49.00 | |
| 31 - 35 | S/ 525.00 | S/ 588.00 | S/ 46.00 | S/ 52.00 | S/ 53.00 | S/ 60.00 | |
| 36 - 40 | S/ 627.00 | S/ 703.00 | S/ 55.00 | S/ 62.00 | S/ 63.00 | S/ 71.00 | |
| 41 - 45 | S/ 730.00 | S/ 840.00 | S/ 64.00 | S/ 74.00 | S/ 74.00 | S/ 86.00 | |
| 46 - 50 | S/ 844.00 | S/ 971.00 | S/ 74.00 | S/ 86.00 | S/ 85.00 | S/ 98.00 | |
| 51 - 55 | S/ 1,049.00 | S/ 1,207.00 | S/ 92.00 | S/ 106.00 | S/ 106.00 | S/ 122.00 | |
| 56 - 60 (*) | S/ 1,311.00 | S/ 1,508.00 | S/ 115.00 | S/ 133.00 | S/ 132.00 | S/ 152.00 | |
| 61 - 70 (*) | S/ 1,573.00 | S/ 1,809.00 | S/ 138.00 | S/ 159.00 | S/ 159.00 | S/ 183.00 | |
| 71 - 80 (*) | S/ 1,892.00 | S/ 2,176.00 | S/ 166.00 | S/ 191.00 | S/ 191.00 | S/ 220.00 | |
| 81 - 120 (*) | S/ 2,257.00 | S/ 2,596.00 | S/ 198.00 | S/ 228.00 | S/ 228.00 | S/ 263.00 | |

(*) Sólo renovación.

Los aportes están expresados en moneda nacional e incluyen el impuesto general a las ventas (IGV).

ORIGINAL

| EVENTOS CRÍTICOS - 7 VIDAS - PLAN PREMIUM (Actual) | | | | | | |
|--|--|----------------|--|----------------|-------------------------------------|----------------|
| Rango de edad | PAGO ANUAL AL CONTADO (Afilación y Renovación) | | PAGO MENSUAL RECURRENTE (Afilación y Renovación) | | | |
| | Efectivo o Tarjeta de Crédito | | Tarjeta de Crédito | | Tarjeta de Débito o Cargo en Cuenta | |
| | Tarifa No Fumador | Tarifa Fumador | Tarifa No Fumador | Tarifa Fumador | Tarifa No Fumador | Tarifa Fumador |
| 0-17 | S/ 307.00 | S/ 344.00 | S/ 27.00 | S/ 31.00 | S/ 31.00 | S/ 35.00 |
| 18 - 25 | S/ 411.00 | S/ 461.00 | S/ 36.00 | S/ 41.00 | S/ 41.00 | S/ 46.00 |
| 26 - 30 | S/ 570.00 | S/ 639.00 | S/ 50.00 | S/ 56.00 | S/ 58.00 | S/ 65.00 |
| 31 - 35 | S/ 730.00 | S/ 818.00 | S/ 64.00 | S/ 72.00 | S/ 74.00 | S/ 83.00 |
| 36 - 40 | S/ 878.00 | S/ 984.00 | S/ 77.00 | S/ 87.00 | S/ 89.00 | S/ 100.00 |
| 41 - 45 | S/ 1,038.00 | S/ 1,194.00 | S/ 91.00 | S/ 105.00 | S/ 105.00 | S/ 121.00 |
| 46 - 50 | S/ 1,243.00 | S/ 1,430.00 | S/ 109.00 | S/ 126.00 | S/ 125.00 | S/ 144.00 |
| 51 - 55 | S/ 1,516.00 | S/ 1,744.00 | S/ 133.00 | S/ 153.00 | S/ 153.00 | S/ 176.00 |
| 56 - 60 (*) | S/ 1,824.00 | S/ 2,098.00 | S/ 160.00 | S/ 184.00 | S/ 184.00 | S/ 212.00 |
| 61 - 70 (*) | S/ 2,177.00 | S/ 2,504.00 | S/ 191.00 | S/ 220.00 | S/ 220.00 | S/ 253.00 |
| 71 - 80 (*) | S/ 2,599.00 | S/ 2,989.00 | S/ 228.00 | S/ 263.00 | S/ 262.00 | S/ 302.00 |
| 81 - 120 (*) | S/ 3,123.00 | S/ 3,592.00 | S/ 274.00 | S/ 316.00 | S/ 315.00 | S/ 363.00 |

(*) Sólo renovación.

Los aportes están expresados en moneda nacional e incluyen el impuesto general a las ventas (IGV).

MODIFICACIÓN

| EVENTOS CRÍTICOS - 7 VIDAS - PLAN PREMIUM (Nuevo) | | | | | | |
|---|--|------------------|--|------------------|-------------------------------------|------------------|
| Rango de edad | PAGO ANUAL AL CONTADO (Afilación y Renovación) | | PAGO MENSUAL RECURRENTE (Afilación y Renovación) | | | |
| | Efectivo o Tarjeta de Crédito | | Tarjeta de Crédito | | Tarjeta de Débito o Cargo en Cuenta | |
| | Tarifa Regular | Tarifa De Riesgo | Tarifa Regular | Tarifa De Riesgo | Tarifa Regular | Tarifa De Riesgo |
| 0-17 | S/ 307.00 | S/ 344.00 | S/ 27.00 | S/ 31.00 | S/ 31.00 | S/ 35.00 |
| 18 - 25 | S/ 411.00 | S/ 461.00 | S/ 36.00 | S/ 41.00 | S/ 41.00 | S/ 46.00 |
| 26 - 30 | S/ 570.00 | S/ 639.00 | S/ 50.00 | S/ 56.00 | S/ 58.00 | S/ 65.00 |
| 31 - 35 | S/ 730.00 | S/ 818.00 | S/ 64.00 | S/ 72.00 | S/ 74.00 | S/ 83.00 |
| 36 - 40 | S/ 878.00 | S/ 984.00 | S/ 77.00 | S/ 87.00 | S/ 89.00 | S/ 100.00 |
| 41 - 45 | S/ 1,038.00 | S/ 1,194.00 | S/ 91.00 | S/ 105.00 | S/ 105.00 | S/ 121.00 |
| 46 - 50 | S/ 1,243.00 | S/ 1,430.00 | S/ 109.00 | S/ 126.00 | S/ 125.00 | S/ 144.00 |
| 51 - 55 | S/ 1,516.00 | S/ 1,744.00 | S/ 133.00 | S/ 153.00 | S/ 153.00 | S/ 176.00 |
| 56 - 60 (*) | S/ 1,824.00 | S/ 2,098.00 | S/ 160.00 | S/ 184.00 | S/ 184.00 | S/ 212.00 |
| 61 - 70 (*) | S/ 2,177.00 | S/ 2,504.00 | S/ 191.00 | S/ 220.00 | S/ 220.00 | S/ 253.00 |
| 71 - 80 (*) | S/ 2,599.00 | S/ 2,989.00 | S/ 228.00 | S/ 263.00 | S/ 262.00 | S/ 302.00 |
| 81 - 120 (*) | S/ 3,123.00 | S/ 3,592.00 | S/ 274.00 | S/ 316.00 | S/ 315.00 | S/ 363.00 |

(*) Sólo renovación.

Los aportes están expresados en moneda nacional e incluyen el impuesto general a las ventas (IGV).

Información importante:

La Tarifa de Riesgo aplicará a aquellas personas propuestas para afiliación, con condición de fumador y/o que hayan declarado como antecedentes condiciones de salud que agraven el riesgo de la cobertura objeto de este programa.

En caso, el **CONTRATANTE**, haya registrado en la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** alguna respuesta afirmativa a cualquiera de las preguntas realizadas, aplicará automáticamente la Tarifa de Riesgo, según el medio de pago y rango de edad correspondiente. Sin perjuicio de las consideraciones del proceso de suscripción contemplado en la Cláusula Sexta – Requisitos de Suscripción, la **IAFAS** evaluará la información declarada y en caso determine que el antecedente no constituye una condición que agrave el riesgo de la cobertura objeto de este programa, aplicará la Tarifa Regular, para lo cual, el afiliado deberá actualizar su solicitud de afiliación.

TERCERO: INVARIABILIDAD DEL CONTRATO

Se deja expresa constancia que las cláusulas del contrato primigenio que las partes declaran conocer y que no han sido modificadas expresa o tácitamente por la presente Adenda, permanecen inalterables y en plena vigencia y eficacia legal.

Fin del documento