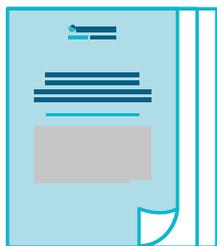


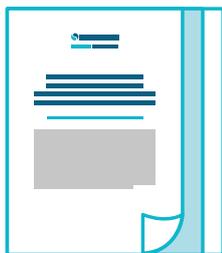
RESUMEN

El condicionado del programa de Protección Más Cobertura consta de tres secciones: **Cláusulas generales**, **Cláusulas particulares** y **Anexos**.



1 CLÁUSULAS GENERALES

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

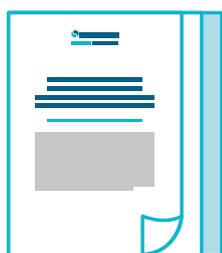


2 CLÁUSULAS PARTICULARES

1 Descripción y alcance de las prestaciones cubiertas por el programa de Protección Más Cobertura

En esta sección, se listan las prestaciones hospitalarias y de cirugía ambulatoria, de acuerdo a la cobertura del programa contratado. Asimismo, se detalla el uso de los Cupones de Descuento y de las Tarifas Preferenciales y Descuentos.

2 Pertinencia de las Prestaciones



3 ANEXOS

- 1 **ANEXO 01:** Plan de Salud
- 2 **ANEXO 02:** Aportes y Formas de Pago
- 3 **ANEXO 03:** Exclusiones, Gastos No Cubiertos y Limitaciones a las Coberturas Contratadas
- 4 **ANEXO 04:** Procedimiento para Solicitar la Cobertura
- 5 **ANEXO 05:** Red de Atención
- 3 **ANEXO 06:** Flujograma de Procedimiento de Atención de Consultas y Reclamos

CONTRATO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMA DE PROTECCIÓN PREPAGADO MÁS COBERTURA

CLÁUSULAS GENERALES

Conste por el presente documento, que celebran de una parte ONCOSALUD S.A.C., con R.U.C. N° 20101039910, domicilio legal en Av. República de Panamá N° 3461, Piso 14, Distrito de San Isidro, Provincia y Departamento de Lima, y RIAFAS N° 20006, quien se encuentra debidamente representado por su Apoderado Especial, Señor Guillermo Michell Lecaros Gutiérrez, identificado con DNI N° 10308857, según poderes inscritos en la partida electrónica N°00558907 del Registro de Personas Jurídicas de Lima, a quien en adelante se le denominará la **IAFAS**, y de la otra parte el **CONTRATANTE** quien consigna sus generales de ley en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, que forma parte integrante de este **CONTRATO**, quien actúa en representación de los **ASEGURADOS** a quien en adelante se denominarán el **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS**, en los términos y condiciones siguientes:



CLÁUSULA PRIMERA:

OBJETO

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

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

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

CLÁUSULA SEGUNDA:

CONTENIDO

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

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

CLÁUSULA TERCERA:

DEFINICIONES

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

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

- 3 **ASEGURADO O AFILIADO:** Toda persona residente en el país, que esté bajo cobertura de algunos de los regímenes del AUS. Se le asume obligatoriamente **AFILIADO** a cualquier Plan de Aseguramiento en Salud. El **AFILIADO** puede ser titular o **DERECHOHABIENTE** y debe reunir los requisitos de afiliación correspondientes.
- 4 **AFILIACIÓN INDIVIDUAL:** Modalidad de afiliación mediante la cual el **AFILIADO** formaliza su relación de aseguramiento con una **IAFAS** a título personal, en virtud de un **CONTRATO** suscrito con esta. En el caso de los dependientes o **BENEFICIARIOS**, la **IAFAS** respectiva debe registrarlos individualmente.
- 5 **AFILIACIÓN COLECTIVA O CORPORATIVA:** Modalidad de afiliación mediante la cual cualquier organización, colectividad de individuos, empresa o entidad empleadora, formaliza su relación de aseguramiento con una **IAFAS**, en forma voluntaria, en calidad de **CONTRATANTE**, en virtud de un **CONTRATO** suscrito con una **IAFAS**. En el caso de los dependientes, la **IAFAS** respectiva debe registrarlos individualmente. La **AFILIACIÓN COLECTIVA O CORPORATIVA** puede ser obligatoria o voluntaria.
- 6 **AFILIACIÓN ELECTRÓNICA:** La **AFILIACIÓN ELECTRÓNICA** es una modalidad de afiliación pactada. En ella, la persona manifiesta su voluntad de afiliación mediante mecanismos no presenciales, estableciéndose la relación de aseguramiento entre el **ASEGURADO** y la **IAFAS** respectiva. Esta modalidad queda supeditada a la implementación por parte de la **IAFAS** de los mecanismos que permitan acreditar la autenticidad del **CONTRATO**, mediante la firma electrónica u otro medio que asegure seguridad.
- 7 **AFILIACIÓN OBLIGATORIA:** Constituye **AFILIACIÓN OBLIGATORIA**, aquella por la cual una persona natural adquiere la condición de **AFILIADO**, por el sólo hecho de cumplir una condición preestablecida, sin que se encuentre obligada a manifestar o ratificar su voluntad de acceder al plan de aseguramiento que le corresponde. Se encuentran dentro de esta categoría quienes acceden a un **PLAN DE SALUD** por mandato legal o por el sólo hecho de su vinculación laboral o contractual con un empleador determinado, así como sus derechohabientes legales y dependientes, según el caso.
- 8 **APORTE:** Pago periódico, establecido en el **CONTRATO** a que se compromete el **AFILIADO** o **CONTRATANTE** a abonar en forma adelantada a la **IAFAS** por los **BENEFICIOS** del plan o programa de salud contratado.
- 9 **BENEFICIOS:** Derechos del (los) **AFILIADO(S)** según las condiciones establecidas en el plan o programa de salud contratado.
- 10 **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL:** Cobertura Máxima Anual, monto límite del **BENEFICIO** por **AFILIADO**, del programa contratado. Los gastos médicos incurridos por el (los) **AFILIADOS** durante el periodo de la vigencia anual, reduce automáticamente el monto del **BENEFICIO**, sin lugar a restitución hasta la celebración de una nueva anualidad del **CONTRATO**. El monto del **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL** y sus precisiones operativas se detallan en el **PLAN DE SALUD**, importe que no es acumulable entre renovaciones y no incluye IGV.
- 11 **BENEFICIARIO:** Persona designada por el **CONTRATANTE**, y/o **AFILIADO** o **ASEGURADO** en el **CONTRATO**, como titular de los derechos de acceso a las prestaciones de salud especificados en el **PLAN, PROGRAMA O PRODUCTO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD**.
- 12 **CLÁUSULAS ABUSIVAS:** De acuerdo a la definición establecida en el artículo 49 de la Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor, en los contratos por adhesión y en las **CLÁUSULAS GENERALES** de contratación no aprobadas administrativamente, se consideran **CLÁUSULAS ABUSIVAS** y, por tanto, inexigibles todas aquellas estipulaciones no negociadas individualmente que, en contra de las exigencias de la buena fe, coloquen al consumidor, en su perjuicio, en una situación de desventaja o desigualdad o anulen sus derechos.

- 13 **CONTINUIDAD:** Reconocimiento del tiempo de permanencia en los contratos inmediatamente anteriores a la vigencia del nuevo **CONTRATO** con la misma **IAFAS** u otra distinta, con el mismo plan, programa o producto de salud o equivalente, con el objeto de dar cobertura a dolencias o enfermedades cuyo desarrollo y tratamiento médico se hubiera iniciado durante la vigencia del **CONTRATO** anterior y se encuentre cubierto en el nuevo **CONTRATO**.
- 14 **CONTRATO:** Documento que contiene las condiciones que suscriben 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 o programa de salud. Formaliza la relación de afiliación y vincula a un **AFILIADO** con una **IAFAS**.
- 15 **CONTRATANTE:** Toda persona natural o jurídica que suscribe un Contrato de Aseguramiento en Salud con una **IAFAS** por su propio derecho, en representación de terceros, o ambos. El **CONTRATANTE**, es el único responsable frente a la **IAFAS** por el cumplimiento de las obligaciones contractuales asumidas, salvo los casos en los que se establezcan obligaciones contractuales expresas a cargo de los **ASEGURADOS**.
- 16 **COPAGO:** Importe a pagar por el **AFILIADO** por los servicios médicos o **BENEFICIOS** solicitados, el cual puede estar expresado en un porcentaje del valor de la atención y/o en una cantidad fija, establecidos en el plan o programa de salud que forma parte integrante del **CONTRATO** suscrito entre el **AFILIADO** y la **IAFAS**.
- 17 **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 SALUD** de las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del **CONTRATO**. Una misma atención puede estar afecta al pago de **DEDUCIBLE** y **COPAGO** (Coaseguro o Copago Variable).
- 18 **DESAFILIACIÓN:** Acto por el cual una persona deja de tener la condición de **AFILIADO** respecto de una **IAFAS** determinada, por la culminación del supuesto de hecho que le daba la condición como tal o por extinción del **CONTRATO** por las causales de caducidad, no renovación, resolución, recisión o nulidad del mismo. La **DESAFILIACIÓN** también puede darse por solicitud expresa del **AFILIADO**.
- 19 **DERECHOHABIENTE:** Son derechohabientes el cónyuge o el concubino a quienes se refiere el Artículo 326 del Código Civil, así como los hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo. Su **AFILIACIÓN** puede ser a solicitud del titular del seguro de salud o su **DERECHOHABIENTE**, padre, madre, tutor o curador.
- 20 **DÍAS:** Días calendario.
- 21 **EMERGENCIA ACCIDENTAL:** Es aquella producida por un **ACCIDENTE** y que requiere atención médica en forma inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud, o que puede dejar secuelas invalidantes.
- 22 **EMERGENCIA:** Es toda condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente.
- 23 **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.
- 24 **ENFERMEDAD CONGÉNITA:** Son todas aquellas que se producen en la etapa de gestación, es decir presentes desde el nacimiento, las cuales pueden manifestarse en cualquier momento de la vida. Se encuentran listadas en el capítulo XVII del Código Internacional de Enfermedades, 10° edición (CIE-10) “Malformaciones congénitas”, de la Organización Mundial de la Salud.

- 25 EVENTO HOSPITALARIO:** Un **EVENTO HOSPITALARIO** se considera como un internamiento del **AFILIADO** en una **IPRESS**, de por lo menos un día, bajo indicación médica pertinente y hasta el alta médica, al amparo de las estipulaciones contempladas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del **CONTRATO**.
- 26 EPS:** Entidad Prestadora de Salud.
- 27 EXCLUSIONES:** Son aquellas prestaciones de salud no cubiertas por el plan o programa de salud. En el marco de lo establecido en la Segunda Disposición Complementaria Modificatoria y Tercera Disposición Complementaria Modificatoria de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, que modifica el artículo 3 de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, los daños derivados del intento de autoeliminación o lesiones auto infligidas por problemas de salud mental, derivados de un diagnóstico de salud mental no se excluyen.
- 28 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.
- 29 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.
- 30 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.
- 31 LATENCIA:** Es un derecho especial de cobertura por desempleo que la **IAFAS ESSALUD** y la **IAFAS EPS** le otorga al **ASEGURADO** regular y sus derechohabientes, por la cual tienen derecho a las prestaciones de prevención, promoción y atención de la salud durante un período de latencia de hasta 12 meses, siempre que cuenten con un mínimo de 5 meses de aportación consecutivos o no consecutivos, en los últimos tres años precedentes al cese, acogándose a dos meses de período de latencia por cada cinco meses de aportación. El período de latencia para los casos de suspensión perfecta de labores resulta de aplicación a partir de la fecha de pérdida del derecho de cobertura. Se activa cuando el **ASEGURADO** dependiente o regular se encuentra en situación de desempleo o en situación de suspensión perfecta de labores.
- 32 NOTA TÉCNICA:** Documento que describe la metodología y las bases técnicas aplicadas para el cálculo actuarial de la **PRIMA PURA DE RIESGO O APOORTE** y la **PRIMA COMERCIAL**, así como la justificación de sus gastos de gestión, administración y sistemas de cálculo de sus provisiones o reservas técnicas.
- 33 PEAS:** Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.
- 34 PERÍODO DE CARENCIA:** Es el plazo en el cual no están activas las coberturas de salud, suele durar de treinta (30) a noventa (90) días calendario. En Seguridad Social es el período de tres (03) meses contados desde el inicio de labores de un **AFILIADO/ASEGURADO** regular que no haya tenido vínculo laboral en los meses previos y que le impiden cumplir con las condiciones para tener derecho de cobertura. En el caso de un **AFILIADO/ASEGURADO** potestativo, el período puede ser menor a tres (03) meses durante el cual el **AFILIADO/ASEGURADO** y sus dependientes inscritos no pueden acceder a las prestaciones de salud contenidas en el **CONTRATO**. Los períodos de carencia se contabilizan en forma individual por cada **AFILIADO/ASEGURADO**.

Las emergencias no presentan períodos de carencia en ninguno de los regímenes de financiamiento.

Para el caso de maternidad, resulta suficiente que la asegurada haya estado afiliada al momento de la concepción.

- 35 **PERÍODO DE ESPERA:** Es el tiempo durante el cual el **AFILIADO** regular en actividad y/o sus derechohabientes no pueden acceder a algunas atenciones relacionadas a determinados diagnósticos previstos en la lista de contingencias de **ESSALUD**. El concepto de **PERÍODO DE ESPERA** puede ser aplicado por otras **IAFAS**. En ningún caso, el **PERÍODO DE ESPERA** es mayor al año contractual.
- 36 **PLAN DE SALUD:** Es el documento que detalla los **BENEFICIOS** que otorga la **IAFAS**.
- 37 **PLAN DE SALUD PRIMARIO:** Es el seguro o plan de **EPS** o de Asistencia médica, vigente, con el que cuenta el **AFILIADO** y que tiene acceso a cobertura en las **IPRESS** de la **RED AUNA** que forman parte de este **CONTRATO** para los **BENEFICIOS** descritos en las **CLÁUSULAS PARTICULARES**, del presente **CONTRATO**. No aplica para planes de formación laboral, autoseguros u otros planes prepagados, **SCTR**, **SOAT**, **AFOCAT**.
- 38 **PREEXISTENCIA:** Es cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**. No puede ser considerada como preexistente un diagnóstico contemplado en el **PEAS**.
- 39 **PROGRAMA, PLAN O PRODUCTO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD:** Documento que instrumenta el **CONTRATO** de aseguramiento, en el que se reflejan las condiciones de cobertura y acceso que el **ASEGURADO** obtiene frente a distintas prestaciones de salud.
- 40 **PRIMA O APOORTE PURO DE RIESGO:** Es el **APOORTE** económico que realiza el **ASEGURADO**, la entidad empleadora, el Estado, a la **IAFAS** por concepto de contraprestación por la cobertura de riesgo de salud que ésta le ofrece. Su costo se determina sobre bases actuariales.
- 41 **PRIMA O APOORTE COMERCIAL:** Es la prima o **APOORTE** que aplica la **IAFAS** al riesgo de salud para determinar su cobertura. Está formada por la **PRIMA O APOORTE PURO DE RIESGO** más los gastos de administración, **AFILIACIÓN**, liquidación, entre otros, y el **BENEFICIO** comercial de la **IAFAS**.
- 42 **REGISTRO DE AFILIADOS:** Registro administrativo de los **AFILIADOS** vigentes en cualquiera de los regímenes de aseguramiento en salud, con prescindencia de su carácter contributivo, semicontributivo o subsidiado. Su administración está a cargo de **SUSALUD**.
- 43 **REGISTRO DE MODELOS DE CONTRATOS Y PLANES DE SALUD:** Es el registro administrativo a cargo de **SUSALUD**, que sistematiza la información de los **MODELOS DE CONTRATOS Y PLANES DE SALUD** que comercializan las **IAFAS** y que cuentan con su respectivo código de registro.
- 44 **RELACIÓN DE ASEGURAMIENTO EN SALUD:** Es el vínculo legal establecido entre la **IAFAS**, **ASEGURADOS** y/o entidades empleadoras para el otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción y recuperación de la salud, prestaciones económicas, de conformidad con lo señalado en el marco legal. Esta relación puede ser pactada u obligatoria, la cual genera derechos y deberes.
- 45 **SALUD:** Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
- 46 **URGENCIA:** Es toda situación que altera el estado de salud de la persona y que requiere de atención inmediata, no existiendo riesgo inminente de poner en peligro la vida.

CLÁUSULA CUARTA:

COBERTURA, GARANTÍA Y CONDICIONES

La **IAFAS** otorga cobertura a el **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS**, consistente en las prestaciones de recuperación de la salud y las prestaciones preventivas y promocionales que se detallan en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** que forman parte integrante del presente **CONTRATO**.

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

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

CLÁUSULA QUINTA:

PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD

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

CLÁUSULA SEXTA:

PRESTACIONES DE SALUD PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES

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

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

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

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

3 Otros servicios.

CLÁUSULA SÉPTIMA:

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

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

CLÁUSULA OCTAVA:

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

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

CLÁUSULA NOVENA:

INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA

Salvo pacto en contrario, el **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS** gozan de la cobertura contratada, a partir del primer día del mes siguiente de cancelada la primera cuota del programa, previa recepción y suscripción de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** por parte de la **IAFAS**, con excepción de los **PERIODOS DE CARENCIA** que se establezcan en las **CLÁUSULAS PARTICULARES**, en el caso de haberlo pactado..

CLÁUSULA DÉCIMA:

LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

El otorgamiento de las prestaciones preventivo-promocionales de ser el caso, y de recuperación de la salud cubiertas por el presente **CONTRATO**, se otorgan en la red de establecimientos indicados en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**, en el cual consta la dirección de los establecimientos y su número de registro ante **SUSALUD**.

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

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA:

REFERENCIAS

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA:

APORTES E INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE APORTES

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA:

COPAGOS

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

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA:

REAJUSTE DE APORTES Y/O COPAGOS

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

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

Previamente a la aplicación del reajuste de los **APORTES** y copagos, la **IAFAS** debe cursar al **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS**, con una anticipación no menor a quince (15) días útiles previos al vencimiento del plazo pactado para la vigencia de los **APORTES** y copagos, una comunicación escrita, con conocimiento de los **AFILIADOS / ASEGURADOS**, manifestando la intención de reajustar tales montos.

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

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

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

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

En el caso de la **IAFAS EPS**, la evaluación de la siniestralidad se realiza sumando el gasto de prestaciones de salud de los **ASEGURADOS** regulares (o dependientes) y sus derechohabientes, más el gasto de prestaciones de salud de los **ASEGURADOS** potestativos (o independientes) y sus derechohabientes, considerándolos como una sola cartera, siendo de aplicación para los planes **PEAS**. De forma similar se calcula la siniestralidad de los planes complementarios sumando la cartera de **AFILIADOS** regulares más **AFILIADOS** potestativos, considerándolos como una sola cartera.

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

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA:

INFORMACIÓN

El **AFILIADO / ASEGURADO** proporciona a la **IAFAS**, en la forma y en los plazos que se establece en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**, la información señalada en las mismas. El

AFILIADO / ASEGURADO debe informar a la **IAFAS** sobre la inclusión o la exclusión de los **AFILIADOS / ASEGURADOS** al plan, dentro de los cinco (05) primeros días del mes siguiente a la ocurrencia.

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA:

EXÁMENES MÉDICOS Y DECLARACIONES DE SALUD

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA:

PLAZO CONTRACTUAL

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA:

DOMICILIO

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

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA:

SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Todas las desavenencias, conflictos o controversias que pudieran surgir entre la **ENTIDAD EMPLEADORA** y la **IAFAS - EPS**, así como las que se susciten entre la **IAFAS - EPS** y los **ASEGURADOS**, derivadas del presente **CONTRATO**, incluidas las de su nulidad o invalidez, pueden ser sometidas de común acuerdo a la competencia del centro de conciliación o arbitraje del Servicio de Conciliación y Arbitraje en Salud que consideren pertinente, ya sea en el propio **CONTRATO** o una vez suscitada la controversia, en el marco de la normativa vigente. El Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud (**CECONAR**), pone a disposición de las partes el listado de Centros registrados y especializados en materia de salud.

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA:

RESOLUCIÓN DE CONTRATO

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA:

MODALIDAD DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA:

MODIFICACIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA

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

Al día siguiente del vencimiento de este plazo, se entenderá que el **CONTRATANTE** ha aceptado satisfactoriamente las modificaciones contractuales y estas entrarán en vigencia, salvo que el **CONTRATANTE** haya comunicado a la **IAFAS**, su desacuerdo y no aceptación de las modificaciones informadas por la IAFAS, por escrito, de manera física o por correo electrónico a través de los medios descritos en el **Anexo 06**, en cuyo caso no se genera la resolución del **CONTRATO**, teniendo derecho a mantener los términos originales hasta el vencimiento de su vigencia.

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA:

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

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

El **CONTRATANTE** autoriza que los datos personales proporcionados puedan ser transferidos a nivel nacional a empresas del grupo **AUNA** y/o socios comerciales y/o empresas vinculadas, los cuales están descritos en la

página web www.oncosalud.pe/grupo-economico-y-socios-comerciales con la finalidad de cumplir con los fines mencionados y relacionados a los servicios brindados; y a nivel internacional, a Amazon Web Services y Google Inc, con el fin de almacenar los datos en la nube, cuyos servidores se encuentran en Estados Unidos.

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

De 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**:

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

CONTRATO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMA DE PROTECCIÓN PREPAGADO MÁS COBERTURA

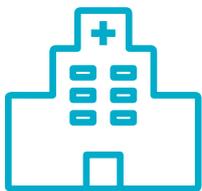
CLÁUSULAS PARTICULARES

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



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

1.1 PRESTACIONES GENERALES DE SALUD



Atención Hospitalaria

La atención hospitalaria es el internamiento del **AFILIADO** bajo indicación médica pertinente, debiendo permanecer internado por lo menos un (1) día. Contabilizándose los días de internamiento, en días calendario.

Bajo este **BENEFICIO**, se cubrirán gastos médicos provenientes de las prestaciones de salud que se requieran para la hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante y en complemento de la cobertura de su **PLAN DE SALUD PRIMARIO** (sea EPS o de Asistencia Médica).

Los gastos generados por las prestaciones de hospitalización serán cubiertos por el programa de acuerdo con su **PLAN DE SALUD**, siempre que el **EVENTO HOSPITALARIO** haya sido cubierto primero por su **PLAN DE SALUD PRIMARIO**, según sus propias condiciones contractuales.

La cobertura del programa aplica exclusivamente sobre el gasto médico incurrido que sea considerado como **COPAGO** variable o coaseguro por su plan primario (sea EPS o de Asistencia Médica). Por lo que no forma parte de la cobertura de este programa, los deducibles (copagos fijos) o gastos no cubiertos o excluidos.

El programa otorga cobertura del COPAGO variable de las siguientes prestaciones para atención hospitalaria:
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.

Cabe precisar que las prestaciones relacionadas a “Cáncer”, “VIH Sida” y “Embarazo, Parto y Puerperio” cuentan con **PERIODO DE ESPERA**, el cual es detallado en el **Anexo 01**.



Cirugía Ambulatoria

Es aquella intervención quirúrgica bajo indicación médica pertinente que utiliza sala de operaciones y no requiere de hospitalización.

El programa otorga cobertura del COPAGO variable de las siguientes prestaciones para cirugía ambulatoria:
a. Honorarios médicos por tratamiento y/o cirugías (médico principal, ayudantía, anestesista).
b. Uso de sala de operaciones, sala de recuperación
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 el procedimiento realizado bajo cobertura.

Las condiciones de cobertura serán las mismas descritas para atención hospitalaria.

Cabe precisar que las prestaciones relacionadas a “Cáncer”, “VIH Sida” y “Embarazo, Parto y Puerperio” cuentan con PERIODO DE ESPERA, el cual es detallado en el Anexo 1.

1.2 CUPONES DE DESCUENTO

Los **AFILIADOS** al Programa **MÁS COBERTURA** contarán con diez (10) cupones de descuento por un monto fijo de S/30.00 (incluyendo IGV) cada uno, los mismos que son personales e intransferibles, y podrán ser utilizados una vez superado el **PERIODO DE CARENCIA**. Asimismo, estos únicamente podrán ser aplicados sobre el **DEDUCIBLE** que corresponda a las siguientes prestaciones o servicios ambulatorios cubiertas en primer lugar por su **PLAN DE SALUD PRIMARIO**, sea **EPS** o Asistencia Médica, en la Red de Atención de este programa detallada en el **Anexo 05**:

- 1 Consultas Médicas
- 2 Consultas de Psicología
- 3 Teleconsultas Médicas
- 4 Teleconsultas de Nutrición
- 5 Teleconsultas de Psicología
- 6 Procedimientos ambulatorios

Pasos a considerar al momento de cancelar el **DEDUCIBLE** de los servicios ambulatorios y hacer uso del cupón:

- 1 El **AFILIADO** deberá indicar al personal de admisión que cuenta con un **PLAN DE SALUD PRIMARIO** vigente y con cobertura en la consulta ambulatoria.
- 2 El **AFILIADO** deberá dar aviso al personal de admisión ambulatoria que cuenta con el programa Más Cobertura y con el **BENEFICIO** de Cupones de Descuento vigente.
- 3 El **AFILIADO** deberá presentar su Documento Nacional de Identidad (DNI original).
- 4 El personal de admisión verificará con el DNI original del **AFILIADO** que cuenta con el **BENEFICIO** vigente y que podrá usarlo en la consulta ambulatoria. El **AFILIADO** deberá pagar el saldo restante por la consulta ambulatoria.

Al momento de cancelar el **DEDUCIBLE** de los servicios ambulatorios, el **AFILIADO** deberá indicar al personal de admisión ambulatoria de Clínica que cuenta con un cupón de descuento para los servicios ambulatorios, debiendo

presentar necesariamente su DNI original. Bajo ninguna circunstancia el **AFILIADO** podrá solicitar la aplicación del cupón una vez se haya cerrado la transacción de pago del **DEDUCIBLE** o en forma retroactiva. Cada cupón podrá ser utilizado por el **AFILIADO** una única vez, ya sea que se aplique total o parcialmente su valor. En aquellos casos, en donde el monto del cupón sea igual o mayor al monto del **DEDUCIBLE**, el **AFILIADO** deberá pagar un monto mínimo de S/ 0.10. No se aceptan acumulaciones de saldos a favor por usos parciales del cupón; así como tampoco devoluciones por servicios ambulatorios no efectivizados. El **AFILIADO** podrá aplicar como máximo un (01) cupón por atención (cada consulta); los cupones no son acumulables.

IMPORTANTE: Los cupones asignados al **AFILIADO** se encuentran vinculados a la vigencia anual de su programa; caducando de manera automática al vencimiento del mismo, así como también si el **AFILIADO** entra en suspensión o baja. A la renovación del **CONTRATO** se asignarán nuevos cupones, no acumulándose en ningún caso los que no fueron utilizados en el periodo anterior, los mismos se aplicarán bajo las condiciones de la renovación del programa.

1.3 TARIFAS PREFERENCIALES Y DESCUENTOS

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

2. PERTINENCIA DE LAS PRESTACIONES

La cobertura de salud que la **IAFAS** otorga a favor del **AFILIADO** en virtud del presente **CONTRATO**, comprende las condiciones y prestaciones de salud contenidas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES**, 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:

- a** Que, las prestaciones de salud, se encuentren recomendadas y comprendidas en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA de la RED AUNA**.
- b** Que, el tratamiento y el (los) fármaco(s) indicado(s), hayan concluido exitosamente el **ENSAYO CLÍNICO DE FASE III** y se encuentren comprendidos en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**.
- c** Que, los procedimientos y tratamientos, se encuentren estrictamente relacionados al objeto de la cobertura del programa.

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

Contrato vigente a partir del 01 de Agosto del 2022

Código OS.SP.P.02.71

Revisión: 01

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1:	Plan de Salud	Pág. 23
ANEXO 2:	Aporte y Formas de Pago	Pág. 24
ANEXO 3:	Exclusiones, Gastos No Cubiertos y Limitaciones a las coberturas contratadas	Pág. 30
ANEXO 4:	Procedimiento de atención	Pág. 33
ANEXO 5:	Red de Atención	Pág. 34
ANEXO 6:	Procedimiento y flujograma de atención de consultas y reclamos	Pág. 35

ANEXO 01 PLAN DE SALUD

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

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN

CONDICIONES	MÁS COBERTURA
	Plan Premium
Beneficio Máximo Anual ¹(BMA) Por AFILIADO Titular y Dependientes	Hasta S/ 85,000
Edad límite de ingreso	Sin límites
Edad límite de permanencia	Sin límites
Suscripción del CONTRATO	Rige a partir del primer día del mes siguiente de cancelado el primer aporte
Periodo de Carencia: Plazo mínimo de permanencia en el programa para tener derecho a las coberturas establecidas en éste. Se contabilizan en forma individual por cada AFILIADO , a partir de la fecha de inicio de vigencia o la fecha de reactivación de la cobertura generada por incumplimiento en el pago de los aportes al programa.	90 días
Periodo de Espera	12 meses para coberturas de prestaciones relacionadas a: “Cáncer”, “VIH SIDA” y “Embarazo, parto y puerperio”
Latencia: Es un derecho especial de cobertura por desempleo que la IAFAS ESSALUD y la IAFAS EPS le otorga al ASEGURADO regular y sus derechohabientes.	No aplica

1. El cual aplica por **AFILIADO** durante su vigencia anual, para todas las condiciones de salud objeto de las coberturas del programa, siempre que estén considerados en los **BENEFICIOS** descritos en el **PLAN DE SALUD** y que no formen parte de las **EXCLUSIONES** detalladas en el **Anexo 03**.

REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN

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

- 1 Datos Generales del(los) **AFILIADO**(s).
- 2 Identificación y selección del programa optado.
- 3 Indicación de la modalidad de pago de las aportaciones por efectuar.

4 PLAN DE SALUD PRIMARIO PEAS, EPS o de Asistencia Médica, con el que cuenta el AFILIADO y que este otorgue cobertura en las IPRESS detalladas en el Anexo 05.

Dentro de los primeros sesenta (60) días calendario de la recepción de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** y cancelada la primera cuota del programa, la **IAFAS**, podrá excluir, limitar o condicionar el otorgamiento de determinadas coberturas y/o prestaciones contenidas en el presente **CONTRATO**, 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**, constituye incumplimiento de las obligaciones del **AFILIADO** y, en consecuencia, la **IAFAS** se reserva la facultad para resolver unilateral y automáticamente el **CONTRATO** sin que ello genere derecho a devolución íntegra de los **APORTES** a favor del **CONTRATANTE**.

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

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

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

PRESTACIONES GENERALES

ATENCIÓN HOSPITALARIA (médica o quirúrgica)	Plan Premium	
	Deducible a cargo del Afiliado	Cobertura Adicional
Deducible por hospitalización	S/0.00	-
Honorarios médicos y asistenciales	-	100% del copago (Hasta agotar el BMA)
Habitación estándar, Cuidados intermedios, UCI y UCIN	-	100% del copago (Hasta agotar el BMA)
Sala de operaciones y sala de recuperación	-	100% del copago (Hasta agotar el BMA)
Exámenes auxiliares de laboratorio clínico y patología	-	100% del copago (Hasta agotar el BMA)
Exámenes de diagnóstico por imágenes	-	100% del copago (Hasta agotar el BMA)
Farmacia hospitalaria, insumos y material médico	-	100% del copago (Hasta agotar el BMA)
Procedimientos hospitalarios quirúrgicos y no quirúrgicos	-	100% del copago (Hasta agotar el BMA)

CIRUGÍA AMBULATORIA	Plan Premium	
	Deducible a cargo del Afiliado	Cobertura Adicional
Deducible por cirugía ambulatoria	S/0.00	-
Honorarios médicos y asistenciales	-	100% del copago (Hasta agotar el BMA)
Sala de operaciones y sala de recuperación	-	100% del copago (Hasta agotar el BMA)
Exámenes auxiliares de laboratorio clínico y patología	-	100% del copago (Hasta agotar el BMA)
Exámenes de diagnóstico por imágenes	-	100% del copago (Hasta agotar el BMA)
Farmacia, insumos y material médico	-	100% del copago (Hasta agotar el BMA)

Para que se otorgue la cobertura señalada, el **AFILIADO**, primero deberá hacer uso de la cobertura de su **PLAN DE SALUD PRIMARIO**, sea EPS o de Asistencia Médica. El programa otorgará la cobertura adicional señalada, sobre el gasto afecto a copagos generado por la prestación hospitalaria o cirugía ambulatoria, cubiertos por el **PLAN PRIMARIO** del **AFILIADO**, de tal manera que en forma complementaria se incremente la cobertura global de todo el evento (exceptuando deducibles y gastos no cubiertos).

PERÍODO DE ESPERA

Las siguientes prestaciones sólo serán cubiertas, luego de transcurrido el **PERÍODO DE ESPERA**, que se contabiliza desde el inicio de vigencia, y se detalla según señalado a continuación.

TIPO DE PRESTACIÓN	PERIODO DE ESPERA
Prestaciones relacionadas a cáncer (inclusive sea diagnóstico o tratamiento)	12 Meses
Prestaciones relacionadas a VIH / SIDA	12 Meses
Prestaciones relacionadas a embarazo, parto y puerperio	12 Meses

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

ANEXO 02 APORTES Y FORMAS DE PAGO

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

RANGO ETARIO	Plan Premium	
	Mensual	Anual
00 - 35	S/ 61.60	S/ 702.00
36 - 65	S/ 89.10	S/1,015.68
66 a más	S/ 154.00	S/ 1,755.60

Precios incluyen IGV.

MODIFICACIONES A LA AFILIACIÓN

El **CONTRATANTE** puede solicitar la incorporación de nuevos **AFILIADOS** con posterioridad al inicio de la vigencia del presente **CONTRATO**. Para ello, deberá contar con una nueva **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, aplicándose los mismos requisitos de afiliación señalados en el Anexo 1 del presente **CONTRATO**. Los nuevos **AFILIADOS**, se encuentran sujetos a al **PERIODO DE CARENCIA** y **PERIODO DE ESPERA** señalados en las condiciones de suscripción.

En caso el **CONTRATANTE** desee modificar la modalidad y/o medio de pago, deberá formular la solicitud escrita a la **IAFAS**.

DE LA DESAFILIACIÓN

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

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

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

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

Siendo así, la **DESAFILIACIÓN** procederá previa cancelación de cualquier deuda pendiente por aportaciones correspondientes a la vigencia transcurrida, la cual se hará efectiva a partir del primer día del mes siguiente en tanto la solicitud sea recepcionada con un mínimo de veinte (20) días de anticipación.

EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL CONTRATANTE O AFILIADOS

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

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

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

RESPONSABILIDAD DE PAGOS

El **AFILIADO** sede por voluntad propia la responsabilidad del pago de sus **APORTES** al **CONTRATANTE**, como contraprestación por la contratación de la cobertura complementaria respecto de las prestaciones de salud, el **CONTRATANTE** pagará a la **IAFAS** los **APORTES** indicados en el [Anexo 02](#).

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

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

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

INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE LOS APORTES COMERCIALES Y REHABILITACIÓN

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

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

Superado el transcurso de los noventa (90) días referidos en el párrafo precedente, el **CONTRATO** se resolverá indefectiblemente y de forma automática, procediendo la **IAFAS** a comunicarlo al **CONTRATANTE**.

ANEXO 03

EXCLUSIONES, GASTOS NO CUBIERTOS Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

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

- 1 Cualquier gasto relacionado a prestaciones incurridas antes de la culminación del **PERIODO DE CARENCIA** o **ESPERA**.
- 2 Cualquier requerimiento de cobertura de servicios de Atención Hospitalaria o de Cirugía Ambulatoria, cuyo propósito sea distinto a prestaciones de salud de naturaleza recuperativa. Así como las prestaciones de salud no contempladas en las coberturas del **PLAN DE SALUD PRIMARIO** (EPS o de Asistencia Médica) del **AFILIADO** y las no contempladas en las coberturas o el **PLAN DE SALUD** del presente **CONTRATO**.
- 3 Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional atendido fuera de las **IPRESS** habilitadas para este programa y detalladas en el **Anexo 05**. Así como aquellos que no sean ordenados o prescritos por sus profesionales médicos.
- 4 Las enfermedades o lesiones preexistentes a la suscripción del presente **CONTRATO**. Salvo aquellos casos, en donde el **PLAN DE SALUD PRIMARIO** (EPS o de Asistencia Médica) otorgue cobertura y que, a su vez, estén contempladas en el presente **CONTRATO**.
- 5 Prestaciones relacionadas al periodo perinatal y sus complicaciones y/o consecuencias. Definidas en el capítulo XVI del CIE 10 "Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal" que codifica las afecciones que tienen su origen en el periodo perinatal aun cuando la enfermedad o la muerte ocurran más tarde.
- 6 Cualquier requerimiento de reintegro y/o pagos por servicios médicos suministrados por terceros no autorizados expresamente por la **IAFAS**.
- 7 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.
- 8 Todo procedimiento o terapia que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria. Así como prestaciones y tratamientos profilácticos, psicológicos, psiquiátricos, psicoterapéuticos, curas de reposo, cualquier tipo de tratamiento de medicina física, rehabilitación física, kinésico o mental, prestaciones odontológicas, nutricional, salvo las prestaciones detalladas en las **CLÁUSULAS 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.
- 9 No están cubiertos los tratamientos médicos y/o quirúrgicos de sobrepeso, obesidad, obesidad mórbida, raquitismo, anorexia nerviosa y los derivados de estos diagnósticos. No se cubre la liposucción, lipoescultura e inyecciones reductoras de grasa u otros métodos liporeductores.

- 10 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.
- 11 Alquiler de equipos o servicios no disponibles en la **IPRESS**, independientemente del diagnóstico y/o pertinencia médica.
- 12 Gastos relacionados a medicina alternativa y/o complementaria de cualquier tipo, así como tratamientos homeopáticos, recetario magistral, iriología, reflexología y en general tratamientos médicos tradicionales, herbáneos, experimentales y empíricos. Asimismo, no están cubierta la acupuntura, quiropraxia, cuidados y tratamientos de rehabilitación en gimnasios.
- 13 Cualquier gasto relacionado a la búsqueda o estudio de donantes de células, tejidos u órganos.
- 14 Todo tipo de medicamentos, dispositivos médicos o insumos utilizados con fines preventivos o profilácticos.
- 15 Cualquier gasto relacionado a criopreservación, almacenamiento, conservación, mantenimiento, preparación y/o acondicionamiento, así como el traslado y/o transporte, de células, tejidos u órganos.
- 16 Suministro de nutrición parenteral y/o nutrición enteral (procedimiento, insumos y fórmula) y/o referidos a prestaciones nutricionales. Salvo las prestaciones detalladas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
- 17 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.
- 18 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, las 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+ o 2++ y por ende los grados de recomendación A o B según los parámetros del SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network). Para más información puede consultar a: www.sign.ac.uk. 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.
- 19 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.

- 20 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.
- 21 Alimentos o sustitutos alimenticios, aunque sea con fines terapéuticos.
- 22 Suministro de cualquier tipo de medio de transporte y servicio de ambulancia.
- 23 Toda condición, defecto, malformación y/o enfermedad de origen congénito y sus gastos derivados, definidas en el capítulo XVII del CIE 10 “Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas” que codifica las malformaciones congénitas.
- 24 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.
- 25 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.
- 26 Intervenciones quirúrgicas para corrección de trastornos de refracción (tales como miopía, hipermetropía, astigmatismo o presbicia), inclusive cirugía láser. Así como monturas, cristales y/o resinas, lentes de contacto, implantes oculares, lente estromal o cualquier otro dispositivo para trastornos de refracción, intra o extra ocular.
- 27 Hospitalizaciones para fines exclusivos de: cuarentena o aislamiento, cuidado sanitario o asilo, curas de reposo o de sueño. Así como equipos o dispositivos relacionados al estudio y/o tratamiento de trastornos del sueño, incluyendo polisomnografía.
- 28 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.
- 29 Gastos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades psiquiátricas y psicológicas definidas en el capítulo V del CIE-10 “Trastornos mentales y del comportamiento” de la OMS.
- 30 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.
- 31 Cualquier prestación o gastos relacionados a segunda opinión nacional o internacional, inclusive si fuera realizada en la **IPRESS** designada por la **IAFAS**.
- 32 Cualquier prestación y/o procedimiento que no se realice en la infraestructura de la **IPRESS** designada por la **IAFAS**. Inclusive aquello no disponible y/o no comercializado a nivel nacional.
- 33 Gastos relacionados a sepelio, velatorio y afines. Así como prestaciones económicas o reembolsos 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 04

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

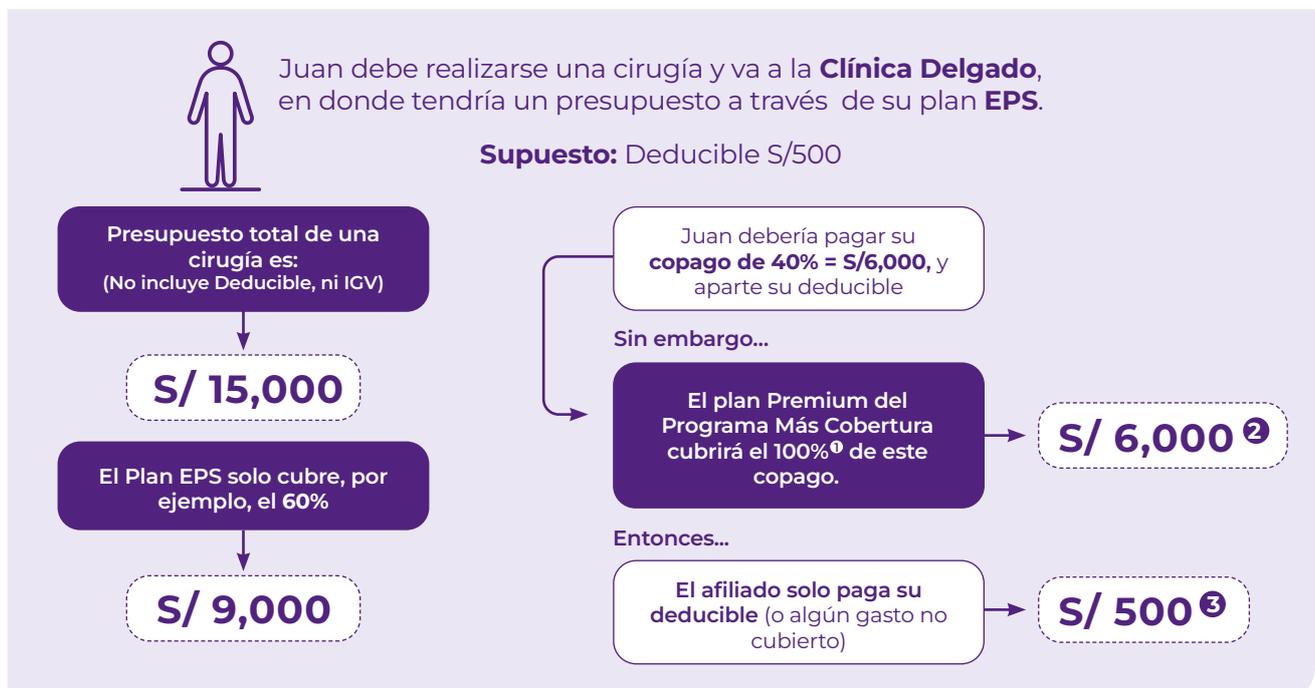
El **AFILIADO** podrá hacer uso de los **BENEFICIOS** y coberturas del programa, desde el inicio de vigencia del programa, el mismo que empieza a partir del primer día del mes siguiente de cancelada la primera cuota del programa, previa recepción y suscripción y de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** por parte de la **IAFAS**, así como haber superado el **PERIODO DE CARENCIA** y **PERIODOS DE ESPERA**, según corresponda.

¿CÓMO FUNCIONA MI PROGRAMA?

Para que el **AFILIADO** pueda hacer uso de sus **BENEFICIOS** objeto de cobertura del presente **CONTRATO**, deberá comunicar a la **IPRESS** al momento del ingreso a hospitalización o cirugía ambulatoria, que cuenta con este programa vigente y que desea hacer uso de sus **BENEFICIOS**. Cualquier aviso para el uso de los **BENEFICIOS**, realizado después de la alta médica, no podrá ser atendido, liberando a la **IAFAS** de cualquier obligación frente al **CONTRATANTE** y/o **AFILIADOS**, sin excepción alguna.

La cobertura aplica exclusivamente sobre el gasto médico incurrido que sea considerado como **COPAGO** variable o coaseguro por su **PLAN DE SALUD PRIMARIO**. Por lo que no forma parte de la cobertura de este programa, sus deducibles (copagos fijos) o sus gastos no cubiertos.

A través del siguiente ejemplo, te explicaremos cómo funciona tu Programa Más Cobertura:



1. Será condición esencial para el otorgamiento de las coberturas de este programa que el **AFILIADO** cuente con su **PLAN DE SALUD PRIMARIO** vigente, sea **EPS** o de **ASISTENCIA MÉDICA**, y este haya cubierto primero la atención o prestación requerida.
2. El monto de cobertura estará sujeto según las condiciones que se detallan en el **PLAN DE SALUD** detallado en el **Anexo 01**.
3. El monto del **DEDUCIBLE** señalado en el ejemplo de S/ 500 es meramente referencial y podrá variar dependiendo de las condiciones del **PLAN DE SALUD PRIMARIO**, sea **EPS** o de **ASISTENCIA MÉDICA**, que tenga el **AFILIADO**.



IMPORTANTE: Es indispensable que, el **CONTRATANTE** comunique a la **IAFAS**, la suspensión o término contractual del **PLAN DE SALUD PRIMARIO**, sea **EPS** o de **ASISTENCIA MÉDICA**. En caso de que, el **CONTRATANTE** no comunique dicha información, 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**.

Asimismo, es posible que las **IPRESS** soliciten un depósito en garantía por los copagos y/o eventuales gastos no cubiertos que pudieran generarse, el mismo que será devuelto, total o parcialmente según se haya usado, a través de los procedimientos y plazos que le serán informados por la **IPRESS**.

ANEXO 05
RED DE ATENCIÓN

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

Red Auna



📍 Lima



Clínica Delgado Auna
(RS 00019049)
Av. Angamos Oeste N° 450 - 490
☎ (01) 513-7900

* RS: Número de registro Susalud

ANEXO 06

FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

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

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

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.

En caso de dudas sobre el procedimiento antes señalado, el **AFILIADO** puede contactarse al Call Center de servicio al cliente de la **IAFAS** al número telefónico **(01) 513-7900** y/o al correo electrónico de la **IAFAS** contactos@oncosalud.pe.

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

auna Salud **Más Cobertura**

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