RESUMEN

El condicionado de ONCOSALUD 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 y consentimiento de tratamiento de datos personales.

2. CLÁUSULAS PARTICULARES

1. Relación de prestaciones cubiertas por el programa oncológico

En esta sección, se listan las prestaciones hospitalarias, ambulatorias y domiciliarias. Las dos primeras prestaciones incluyen honorarios médicos, servicios de apoyo al tratamiento, medicamentos oncológicos y no oncológicos y, procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos. Las prestaciones domiciliarias se dividen en dos categorías: Cuidados paliativos y terapias de dolor, así como seguimiento y control en domicilio.

2. Descripción y alcance de las prestaciones cubiertas por el programa

En esta sección, se definen las prestaciones generales y complementarias del programa oncológico, como también el alcance de cada una de ellas.

3. Pertinencia de las prestaciones oncológicas

ANEXOS

ANEXO 1: Plan de salud

ANEXO 2: Aportes y formas de pago

ANEXO 3: Exclusiones, gastos no cubiertos y limitaciones a las coberturas contratadas

ANEXO 4: Activación del programa oncológico

ANEXO 5: Red de atención

ANEXO 6: Flujograma de procedimiento de atención de consultas y reclamos

CONTRATO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS DE SERVICIOS DE SALUD
PROGRAMA ONCOLÓGICO PREPAGADO ONCOVITAL

CLÁUSULAS GENERALES

Conste por el presente documento, que celebran de una parte **ONCOSALUD** S.A.C., con R.U.C. N° 20101039910, domicilio legal en Av. República de Panamá N° 3461, Piso 14, Distrito de San Isidro, Provincia y Departamento de Lima, y RIAFAS Nº 20006, quien se encuentra debidamente representado por su Apoderado Especial, Señor Guillermo Michell Lecaros Gutiérrez, identificado con DNI N° 10308857, según poderes inscritos en la partida electrónica N°00558907 del Registro de Personas Jurídicas de Lima, a quien en adelante se le denominará la **IAFAS**, y de la otra parte el **CONTRATANTE** quien consigna sus generales de ley en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, que forma parte integrante de este CONTRATO, quien actúa en representación de los asegurados a quien en adelante se denominarán el **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS**, en los términos y condiciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA: OBJETO

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

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

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

CLÁUSULA SEGUNDA: CONTENIDO

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

1. CLÁUSULAS GENERALES: Conjunto de cláusulas de incorporación obligatoria establecidas por **SUSALUD** que rigen los contratos de afiliación con una **IAFAS.** La **IAFAS**, puede incorporar otras cláusulas en virtud de su libertad contractual.

2. CLÁUSULAS PARTICULARES: Son aquellas cláusulas que señalan el detalle de las condiciones en las cuales se otorgan las coberturas correspondientes, incluyendo la red de **IPRESS**, copagos, deducibles, aportes adicionales, y las obligaciones administrativas de las partes.

3. PLAN, PROGRAMA O PRODUCTO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD: Documento que incluye las condiciones de cobertura y la lista de prestaciones de salud que son financiadas por la **IAFAS**.

4. DECLARACIÓN DE SALUD: Documento mediante el cual el **CONTRATANTE** informa los antecedentes médicos relevantes del titular, dependientes o personas no dependientes, propuestos para afiliación, al momento de suscribir la solicitud de inscripción.

5. RELACIÓN DE LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS: Documento que contiene la relación detallada de los **AFILIADOS/ASEGURADOS** al presente **CONTRATO**, el cual puede incrementarse o reducirse, según se cumplan las condiciones establecidas en este documento y en las normas que lo regulan.

CLÁUSULA TERCERA: DEFINICIONES

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

1. **AFILIACIÓN:** Adscripción de un asegurado a un Plan de Aseguramiento en Salud y a una **IAFAS**.

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

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

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

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

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

7. **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.

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

9. **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.

10. **BENEFICIARIO:** Persona designada por el **CONTRATANTE**, y/o **AFILIADO** o asegurado en el **CONTRATO**, como titular de los derechos de acceso a las prestaciones de salud especificados en el plan, programa o producto de aseguramiento en salud.

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

12. **CONTINUIDAD:** Reconocimiento del tiempo de permanencia en los contratos inmediatamente anteriores a la vigencia del nuevo **CONTRATO** con la misma IAFAS u otra distinta, con el mismo plan,

programa o producto de salud o equivalente, con el objeto de dar cobertura a dolencias o enfermedades cuyo desarrollo y tratamiento médico se hubiera iniciado durante la vigencia del **CONTRATO** anterior y se encuentre cubierto en el nuevo **CONTRATO**.

13. **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**.

14. **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.

15. **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**. Se considera bajo la **CONDICIÓN DE FUMADOR** a la siguiente clasificación:

    A. **Fumador activo**: Persona que en la actualidad fuma y/o consume producto(s) con nicotina de forma esporádica, ocasional o frecuente.

    B. **Fumador vigente:** Persona que ha fumado cien (100) o más cigarrillos (o su equivalente en productos con nicotina), durante el último año antes de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** de su programa oncológico.

    C. **Fumador Histórico Severo:** Persona que ha fumado un (1) pack al año o más (o su equivalente en productos con nicotina), durante toda su vida hasta un (1) año antes de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** de su programa oncológico.

    D. **Persona con resultado positivo al examen de detección de nicotina:** Persona que da positivo al examen de detección de nicotina y/o sus metabolitos, aun habiéndose inscrito bajo **CONDICIÓN NO FUMADOR** al momento de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** de su programa oncológico.

    La **IAFAS** podrá decidir el tipo de prueba a utilizar para la detección de nicotina y sus metabolitos, se considerará positivo a los resultados dentro del rango específico que el tipo de prueba establezca.

16. **CONDICIÓN DE NO FUMADOR:** Persona que no cumpla con la **CONDICIÓN DE FUMADOR** anteriormente descrita.

17. **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**.

18. **DEDUCIBLE:** Importe fijo a pagar por el **AFILIADO** por los servicios cubiertos en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican deducibles se especifican en el **PLAN DE SALUD** de las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**. Una misma atención puede estar afecta al pago de deducible y copago (Coaseguro o Copago Variable).

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. **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**.

21. **DÍAS:** Días calendario.

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. **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.

24. **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.

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

26. **EXCLUSIONES:** Son aquellas prestaciones de salud no cubiertas por el plan o programa de salud. En el marco de lo establecido en la Segunda Disposición Complementaria Modificatoria y Tercera Disposición Complementaria Modificatoria de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, que modifica el artículo 3 de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, los daños derivados del intento de autoeliminación o lesiones autoinfligidas por problemas de salud mental, derivados de un diagnóstico de salud mental no se excluyen.

27. **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.

28. **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.

29. **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.

30. **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.

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 doce (12) meses, siempre que cuenten con un mínimo de cinco (05) meses de aportación consecutivos o no consecutivos, en los últimos tres (03) años precedentes al cese, acogiéndose a dos (02) meses de período de latencia por cada cinco (05) 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. **NICOTINA:** Es un alcaloide, estimulante, psicoactivo y adictivo, presente en las hojas de tabaco y en los productos que contienen nicotina.

33. **NIVEL DE EVIDENCIA:** Se adopta la categorización de la "National Comprehensive Cancer Network" (NCCN) sobre lo apropiado de una recomendación en base al **NIVEL DE EVIDENCIA** y el consenso de cada uno de sus miembros, refiriéndose de acuerdo a las siguientes categorías:

    A. Categoría I-A: Aquella con alto nivel de evidencia y con consenso uniforme que la intervención es adecuada.

    B. Categoría II-A: Aquella con menor nivel de evidencia, pero con consenso uniforme que la intervención es adecuada.

    C. Categoría II-B: Aquella con nivel inferior de evidencia sin un consenso uniforme, pero sin grandes desacuerdos.

    D. Categoría III: Aquella con cualquier nivel de evidencia y con grandes desacuerdos.

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

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

36. **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.

37. **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.

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

39. **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**.

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

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

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

43. **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.

44. **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**.

45. **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 la IAFAS y que cuentan con su respectivo código de registro.

46. **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.

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

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

49. **TERAPIA ADYUVANTE:** Terapia adicional administrada luego del tratamiento primario (generalmente quirúrgico) para reducir el riesgo de recurrencia del tumor maligno. El tratamiento adyuvante puede incluir, pero no solo limitarse a, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, terapia blanco o terapia biológica.

50. **TERAPIA NEO ADYUVANTE** (o terapia de inducción): Tratamiento administrado de manera inicial con la finalidad de reducir el tamaño tumoral antes del manejo quirúrgico. Este tratamiento puede incluir, pero no necesariamente limitarse a, quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia.

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

52. **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:

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

CLÁUSULA SÉPTIMA: EXCLUSIONES Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

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

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

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

CLÁUSULA NOVENA: INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA

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

CLÁUSULA DÉCIMA: LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

El otorgamiento de las prestaciones 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 al **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 al **AFILIADO/ASEGURADO** o los **AFILIADOS/ ASEGURADOS** que requieran sus servicios.

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

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA: APORTES E INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE APORTES

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA: COPAGOS

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

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA: REAJUSTE DE APORTES Y/O COPAGOS

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

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

Previamente a la aplicación del reajuste de los aportes y copagos, la **IAFAS** debe cursar al **AFILIADO/ ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS**, con una anticipación no menor a 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 período de vigencia.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA: DOMICILIO

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

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO: 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 6, en cuyo caso no se genera la resolución del **CONTRATO**, teniendo derecho a mantener los términos originales hasta el vencimiento de su vigencia.

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

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

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

CONTRATO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS DE SERVICIOS DE SALUD PROGRAMA ONCOLÓGICO PREPAGADO – ONCOVITAL

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. RELACIÓN DE PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO

1.1. PRESTACIONES AMBULATORIAS:

a) **Honorarios médicos** por consulta o teleconsulta y/o procedimientos quirúrgicos ambulatorios.
b) **Medicamentos oncológicos** para quimioterapia y/o terapia modificadora de la respuesta biológica o blanco dirigida y otros específicos contra el desarrollo del cáncer y limitado al “Listado de Medicamentos para el tratamiento del cáncer”.
c) **Medicamentos no oncológicos**, materiales e insumos incluyendo: catéteres permanentes, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos, relacionados con el tratamiento de la enfermedad oncológica.
d) **Exámenes de laboratorio** relacionados al control y seguimiento del tratamiento de la patología oncológica.
e) **Exámenes histopatológicos postquirúrgicos**, incluyendo exámenes de inmunohistoquímica para clasificación o tipificación.
f) **Estudios de imágenes**, tales como ecografías, rayos X, tomografía computarizada y resonancia magnética.
g) **Estudios de medicina nuclear**, tales como: gammagrafía ósea, detección de ganglio centinela, tomografía por emisión de positrones (PET-CT).
h) **Procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos de quimioterapia** y radioterapia, incluyendo salas de quimioterapia, operaciones y de recuperación

1.2. PRESTACIONES DOMICILIARIAS: CUIDADOS PALIATIVOS, TERAPIAS DEL DOLOR Y CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO HOSPITALARIO EN DOMICILIO

a) **Personal técnico** de enfermería para brindar soporte y confort al paciente terminal según condición clínica y valoración médica.
b) **Médico paliativista** para la evaluación y prescripción del tratamiento paliativo y terapia del dolor, originado por el avance de la enfermedad oncológica.
c) **Enfermera** para la administración del tratamiento paliativo parenteral exclusivamente prescrito por el médico paliativista asignado de la **RED DE AUNA** autorizado por la **IAFAS**, y educación del paciente y su cuidador principal.
d) **Personal de salud** para dar continuidad o complementar el tratamiento intrahospitalario, médico o quirúrgico, en el domicilio de pacientes oncológicos admitidos al programa y que cumplan con los criterios de derivación definidos por la **RED AUNA** y autorizados por la **IAFAS.**
e) **Cama clínica mecánica** y soporte para infusiones u otros equipos como parte del confort al paciente terminal en condición de postración; los cuales deberán ser devueltos al termino del servicio.
f) **Medicamentos relacionados al tratamiento paliativo** y terapia del dolor por la enfermedad oncológica, incluyendo materiales e insumos para su administración, tales como catéteres permanentes, líneas y bombas de infusión, oxígeno.

1.3. PRESTACIONES HOSPITALARIAS

a) Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia.
b) Hotelería: Aplica para habitación individual o bipersonal estándar, según disponibilidad.
c) Medicamentos oncológicos para quimioterapia y/o terapia modificadora de la respuesta biológica o blanco dirigida y otros específicos contra el desarrollo del cáncer y limitado al "Listado de Medicamentos para el tratamiento del cáncer".
d) Medicamentos no oncológicos, dispositivos médicos para el tratamiento oncológico), materiales e insumos, incluyendo: catéteres permanentes, líneas de infusión, mallas marlex, grapas, oxígeno y anestésicos, relacionados con el tratamiento de la enfermedad oncológica.
e) Exámenes de laboratorio relacionados al control y seguimiento del tratamiento de la patología oncológica.
f) Exámenes histopatológicos postquirúrgicos, incluyendo exámenes de inmunohistoquímica para clasificación o tipificación.
g) Estudios de imágenes, tales como ecografías, rayos X, tomografía computarizada y resonancia magnética.
h) Estudios de medicina nuclear, tales como: gammagrafía ósea, detección de ganglio centinela, tomografía por emisión de positrones (PET-Scan).
i) Procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos, quimioterapia y radioterapia, incluyendo salas de quimioterapia, operaciones y de recuperación.
j) Nutrición Parenteral Total, para pacientes con complicaciones entéricas por radioterapia y/o quimioterapia, o sometidos a cirugía oncológica de cabeza y cuello, esófago y/o fístulas que impidan la alimentación enteral del paciente.

Es importante tener en cuenta que las **IPRESS** solicitarán un depósito obligatorio en garantía para los eventuales gastos no cubiertos por el programa oncológico contratado. Asimismo, las firmas de pagarés para el reconocimiento de deudas impagas. Si no se utilizó el depósito en garantía inicial o sólo parte de él, las **IPRESS** realizarán la devolución correspondiente.

Si una vez definida el alta hospitalaria por su médico tratante y/o Junta Médica, el paciente hospitalizado con o sin **ESTADO TERMINAL**, no concretara el alta o regreso a su domicilio, por motivos particulares (disponibilidad de cuidador, falta de adecuación de infraestructura u otros), los gastos de hospitalización generados desde la fecha programada de alta serán asumidos como gastos no cubiertos y deberán ser pagados por el **AFILIADO** a favor de las **IPRESS**.

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

2.1. PRESTACIONES GENERALES

Honorarios profesionales:
Remuneración o contraprestación al personal de salud relacionado a los servicios médicos brindados a los pacientes del programa oncológico, sean ambulatorios, hospitalarios o domiciliarios, clínicos o quirúrgicos, siempre que sean brindados exclusivamente por los profesionales asignados por la **RED AUNA** y autorizado por la **IAFAS**.

Quimioterapia:
Tratamiento farmacológico cuyo objetivo es detener el crecimiento o multiplicación de las células cancerosas. Puede administrarse en forma ambulatoria u hospitalaria de acuerdo al esquema de quimioterapia establecido por el profesional asignado por la **RED AUNA** y autorizado por la **IAFAS**. Se cubre los medicamentos quimioterápicos convencionales inclusive las vitaminas que formen parte del esquema de quimioterapia, los insumos necesarios para su administración (incluyendo catéteres y bombas de infusión), así como los servicios ambulatorios u hospitalarios.

Terapia modificadora de respuesta biológica o blanco dirigida:
Llamados también como terapia biológica, terapia blanco dirigida o molecularmente dirigida o bioterapia. Incluye agentes de origen biológico, semi sintéticos o sintéticos, tales como: anticuerpos monoclonales, factores estimulantes de colonias, Inhibidores de enzimas de kinasas y proteosomas, inmunoterapia, antiangiogénicos, inmunomoduladores, entre otras moléculas creadas o por crearse. Tales como y sin limitarse a:

- **Anticuerpos monoclonales**: Anticuerpo homogéneos utilizados para bloquear las células tumorales o sus funciones internas con la intención de destruirlas de manera selectiva.
- **Inhibidores de enzimas kinasas y proteosomas**: Moléculas que bloquean el funcionamiento de un conjunto de enzimas del tipo kinasa o proteosomas u otras, implicadas en activar la multiplicación celular la cual está alterada en muchos tipos de tumores.
- **Inmunoterapia (BCG)**: El bacilo de Calmette-Guérin (BCG) es una forma inactiva de la bacteria de la tuberculosis, que estimula el sistema inmunitario para atacar indirectamente a las células de cáncer de vejiga.
- **Citocinas (Interferones e Interleucinas):** Proteínas de señalización celular producidas por los glóbulos blancos de la sangre que intervienen y regulan las reacciones inmunitarias, inflamación y la formación de algunos tipos de células, inhibiendo el crecimiento de células cancerosas o promoviendo su muerte o destrucción.
- **Factor estimulante de colonias de células blancas (Filgrastim):** Moléculas que estimulan a las células de la médula ósea para que produzcan más células sanguíneas del sistema de defensa.
- **Inmunomoduladores:** Sustancias que modulan el sistema inmunitario, potenciando la inmunidad celular e inhibiendo la producción de citocinas proinflamatorias y/o inhibiendo la formación de nuevos microvasos sanguíneos, logrando un efecto antineoplásico.

Asimismo, se cubren los insumos necesarios para su administración, incluyendo catéteres y bombas de infusión, así como los servicios ambulatorios u hospitalarios. Coberturas y copagos detallados en el **PLAN DE SALUD** según programa contratado.

Hormonoterapia farmacológica
También llamado tratamiento hormonal o endocrino, con el cual, mediante la administración de algunos medicamentos, se modula las hormonas del organismo (modificando su producción o sus efectos sobre determinadas células) para atenuar el crecimiento o reducir el riesgo de recurrencia de ciertos tumores y/o aliviar los síntomas del cáncer. Estos medicamentos tendrán cobertura diferenciada según se clasifiquen como convencionales o como complejos en el Listado de medicamentos para el tratamiento del cáncer en la página web https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes.

Radioterapia:
Uso de radiación de alta energía proveniente de los rayos X u otras fuentes; cuyo objetivo es destruir las células cancerosas en el área que recibe tratamiento y de ésta forma controlar y reducir (según respuesta) el tamaño del tumor. La cobertura incluye Radioterapia en técnicas: 3DRT (Radioterapia Tridimensional), VMAT (Arcoterapia Volumétrica de Intensidad Modulada), IMRT (Radioterapia de Intensidad Modulada, SRS (Radiocirugía Estereotáxica), SBRT, (Radioterapia Estereotáxica Extra Cerebral), Braquiterapia de Alta Tasa de Dosis. Siempre que sea indicado por el médico radioterapeuta asignado por la **RED AUNA** y autorizado por la **IAFAS**, cumpla con los criterios de pertinencia recomendados en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA.** Servicio solo disponible en Lima.

Trasplante de médula ósea histocompatible:
Procedimiento por el que se extraen células formadoras de sangre (células madre) sanas de la sangre o la médula ósea de un paciente o un donante compatible, las cuales se almacenan, procesan y se trasplantan al paciente, previo tratamiento de su propia médula ósea enferma.

Se otorga en el territorio nacional y según disponibilidad en las clínicas de la **RED AUNA** destinadas para tal fin y solo las **IPRESS** específicamente autorizadas por la **IAFAS** que cuenten con la acreditación correspondiente de la Dirección General de Donaciones, Trasplantes y Banco de Sangre del **MINSA** para realizar estos procedimientos.

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 pertinencia y elegibilidad evaluados por el Comité de Trasplante de Precursores Hematopoyéticos de la **RED AUNA.**

La cobertura incluye los estudios de histocompatibilidad y pretrasplante sólo del **AFILIADO** receptor, acondicionamiento y colecta de precursores hematopoyéticos, acorde a las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**. Así mismo, se cubre las complicaciones agudas, subagudas y crónicas relacionadas al trasplante, incluyendo la enfermedad injerto contra huésped.

No incluye estudio de donantes ni la búsqueda de estos, ni prestaciones realizadas a donantes. Así mismo, este beneficio no incluye prestaciones relacionas a trasplante de tipo haploidentico, es decir, en el que se usa células madre de donantes que no son totalmente compatibles.

Este beneficio es exclusivo para el caso de neoplasias hematológicas en pacientes menores de dieciocho (18) años y será otorgado una vez transcurrido el periodo de espera de ciento ochenta (180) días.

Servicios de apoyo al tratamiento:
Exámenes de laboratorio, anatomía patológica e inmunohistoquímica para clasificación o tipificación, estudios de imágenes (ecografías, rayos X, tomografía computarizada y resonancia magnética) y medicina nuclear, relacionados al control y seguimiento del tratamiento de la patología oncológica.

Estudios de medicina nuclear:
Estudios que usan sustancias radioactivas, llamadas también radiofármacos, para crear imágenes en base a la dinámica química del cuerpo, tal como: gammagrafía ósea.

Tomografía por emisión de positrones (PET Scan):
Estudio de imágenes no invasivo que utiliza radio-isótopos emisores de positrones para generar imágenes moleculares del organismo. La cobertura incluye el examen y la sustancia radioactiva FDG (se excluye cualquier otro radiofármaco), siempre que sea indicado por el médico tratante asignado por la **RED AUNA,** autorizado por la **IAFAS** y cumpla con los criterios de pertinencia recomendados en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**. Servicio solo disponible en Lima.

Prestaciones domiciliarias:
Las prestaciones domiciliarias se refieren a dos categorías: Cuidados paliativos y terapias del dolor, así como Continuidad de tratamiento hospitalario en domicilio. Servicio disponible solo en Lima y según los límites geográficos establecidos.

a) Cuidados paliativos y terapias del dolor en domicilio:

En esta categoría se incluyen los servicios de: asistencia médica y/o asistencia de enfermería y/o técnico de enfermería y/o atención remota centralizada para el suministro del tratamiento prescrito por el médico paliativista, según criterio médico y/o condición clínica del paciente así como para el manejo de equipos médicos que faciliten la estancia en el domicilio del paciente que se encuentra en **ESTADO TERMINAL** (que no sea tributario de tratamiento oncológico curativo) y en completa postración por la enfermedad oncológica cubierta por el programa.

El otorgamiento de los servicios mencionados se encuentra condicionado a la designación previa, bajo responsabilidad y por cuenta propia de la familia, de un cuidador principal y uno secundario, cuyas edades no deben superar los sesenta y cinco (65) años. El cuidador principal colaborará con el personal técnico y tendrá a

su cargo las actividades de alimentación, baño e higiene, vestido y acicalamiento, uso de servicios higiénicos del paciente, así como también deberá cooperar con mitigar su soledad y potenciar su autoestima.

La asignación de este servicio se encontrará exclusivamente a cargo del profesional paliativista asignado por la **IPRESS** y autorizado por la **IAFAS,** quien pasará a ser su nuevo médico tratante. No obstante, el anterior médico tratante podrá continuar brindando prestaciones al paciente a manera de interconsultas, toda vez que las mismas sean requeridas únicamente por el nuevo médico tratante paliativista. La cobertura de dichas interconsultas deberá ser previamente validada por la **IAFAS**, de acuerdo a las condiciones del programa contratado.

La determinación de la cantidad de horas del personal (aplicables únicamente para turnos diurnos), así como días y frecuencias específicas (diaria, interdiaria o semanal) se encuentra sujeto a variación según la criticidad evolutiva o involutiva del paciente, conforme lo indique el médico tratante paliativista.

b) Continuidad de tratamiento hospitalario en domicilio:

Esta categoría se refiere a los servicios orientados a la atención médica especializada y/o de enfermería para la aplicación de medicamentos al paciente en el domicilio declarado, continuando el tratamiento intrahospitalario iniciado en la IPRESS designada por la IAFAS, hasta en un máximo de siete (7) días calendario, computados a partir del alta hospitalaria y pertinente medicamente.

El paciente deberá cumplir con los criterios establecidos en el programa, previa valoración del médico de la **IPRESS** designada por la **IAFAS** que brinda el servicio. La asistencia del personal de enfermería se efectuará conforme al horario en que los medicamentos prescritos han de aplicarse. Asimismo, las visitas médicas del programa, se darán con frecuencia inter diaria o conforme se considere necesario medicamente.

Estas prestaciones domiciliarias se brindarán exclusivamente en el domicilio declarado por el paciente o el cuidador principal. En tal sentido, bajo ninguna circunstancia procede el traslado del personal asignado y equipos fuera de este lugar (incluyendo entre otras: instalaciones médicas, de cuidados intermedios, casas de reposo y/o albergues). Asimismo, a fin de hacer efectiva la prestación, la familia del paciente deberá garantizar en todo momento la integridad física emocional de los recursos humanos asignados y la seguridad de la infraestructura suministrada, caso contrario se suspenderá (ya sea temporal o definitivo), quedando la **IAFAS** y la **IPRESS**, designada por esta, liberada de toda responsabilidad.

El servicio prestado por la **IPRESS** designada por la **IAFAS** se encontrará sujeto al área de cobertura en la ciudad de Lima Metropolitana, de acuerdo a los siguientes límites: **NORTE:** Los Olivos (Covida) desde Av. Canta Callao cruce con la Av. Carlos Izaguirre que se prolonga hasta el cruce con Túpac Amaru; **OESTE:** hasta La Punta; **ESTE:** Santa Anita, hasta la Av. Prolongación Javier Prado y de San Juan de Lurigancho hasta la Av. Las Lomas; **SUR:** Chorrillos (Villa) hasta la Av. Alameda Las Garzas Reales. Asimismo, quedan excluidas aquellas zonas consideradas altamente peligrosas por la Policía Nacional del Perú.

Transfusión sanguínea y hemoderivados (glóbulos rojos, plaquetas, plasma):
Beneficio exclusivo para el caso de neoplasias hematológicas en pacientes menores de dieciocho (18) años, se les cubrirá las pruebas de tamizaje, procesamiento en banco de sangre, pruebas cruzadas y los insumos necesarios solo de la transfusión de aquellas unidades efectivamente transfundidas y que se encuentren registradas en la historia clínica, bajo indicación pertinente debidamente justificada.

Nutrición Parenteral Total (NPT):
Alimentación endovenosa que se otorga solo durante la estancia hospitalaria hasta por un período máximo de tres (3) semanas, exclusivamente a pacientes menores de dieciocho (18) años, con complicaciones entéricas por radioterapia y/o quimioterapia o sometidos a cirugía oncológica de cabeza y cuello, esófago y/o fístulas que impidan la alimentación enteral del paciente, siempre y cuando no tengan carcinomatosis y/o enfermedad metastásica sistémica. Se otorgará solo con autorización previa de la **IAFAS** bajo indicación médica pertinente.

Nutrición Enteral (NE):
Técnica de soporte artificial en la que se aporta una fórmula nutricional directamente en el tracto gastrointestinal mediante una sonda. Se otorga solo durante la estancia hospitalaria hasta por un período máximo de tres (3) semanas, exclusivamente a los pacientes menores de dieciocho (18) años, con complicaciones entéricas por radioterapia y/o quimioterapia o sometidos a post cirugía oncológica, que aún tengan funcionalidad intestinal pero cuya ingesta sea inviable o insuficiente a causa de la enfermedad oncológica y con objetivo recuperativo. siempre y cuando no tengan carcinomatosis y/o enfermedad metastásica sistémica. Se otorgará solo con autorización previa de la IAFAS bajo indicación médica pertinente.

Kit de colostomía o ileostomía:
Insumo y equipamiento sólo a pacientes con colostomía o ileostomía por causa oncológica; dotación suministrada directamente al paciente hasta un máximo de treinta (30) bolsas mensuales. Incluye: pasta protectora tipo hidrocoloide natural, pinza, bolsas y pegamento. Así como educación al paciente y su familia, para el autocuidado y mantenimiento de la colostomía o ileostomía

Kit de urostomía:
Insumo y equipamiento a paciente con urostomía por causa oncológica; dotación suministrada directamente al paciente hasta un máximo de treinta (30) bolsas mensuales. Incluye: pasta protectora tipo hidrocoloide natural, pinza, bolsas y pegamento. Así como educación al paciente y su familia para el autocuidado y mantenimiento de la urostomía.

Material de Osteosíntesis:
Beneficio exclusivo para el caso de pacientes menores de dieciocho (18) años, otorgando cobertura al material quirúrgico requerido en algunos casos de fracturas patológicas, siempre y cuando estas hayan sucedido a consecuencia de metástasis ósea o cáncer óseo y con indicación de cirugía. Previa autorización de la **IAFAS**.

Complicaciones ocasionadas por el tratamiento Oncológico:
A través de este beneficio cubrimos las complicaciones agudas detalladas a continuación:

a) **Atención por complicaciones Post-quimioterapia o terapia biológica:**
Hasta por un plazo máximo de cuatro (04) semanas con relación a la fecha de realización de la quimioterapia: Intoxicación Gastrointestinal (mucositis oral, náuseas y vómitos persistentes y diarreas); Trastornos Hidroelectrolíticos; Hipercalcemia tumoral; Intoxicación Hematológica (anemia; trombocitopenia, pancitopenia, neutropenia); Intoxicación cutánea (eritema acral); Infecciones por Bacterias, Hongos y Virus; Neuropatía en tratamientos con fármacos de la familia de los platinos, taxanos y/o epotilomas.

b) **Atención por complicaciones Post-Radioterapia:**
Hasta por un plazo máximo de ocho (08) semanas con relación a la fecha de realización de la radioterapia: Epitelitis actínica, Proctitis actínica, Cistitis actínica, Mucositis oral, Esofagitis, Neumonitis y Eritema.

No se cubrirá ninguna complicación que se diagnostique como enfermedad crónica.

2.2. OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS:

A suministrar exclusivamente a través de la **RED AUNA**. El otorgamiento de estas prestaciones dependerá de la debida programación, autorización previa y disposición del servicio.

Cobertura de fase diagnostica:
A partir del sustento en estudios de imágenes y laboratorio que establezcan el diagnóstico de alta sospecha de cáncer, se otorga este beneficio que brindará las prestaciones médicas necesarias para

establecer un diagnóstico definitivo en casos de alta sospecha oncológica, establecida por un profesional médico especialista en oncología, colegiado en el país, cuya sospecha se basa en las recomendaciones de la The National Institute for Health and Care Excellence https://www.nice.org.uk/guidance/ng12/chapter/1-Recommendations-orga- nised-by-site-of-cancer

Medicina Integrativa:
Es la combinación de la medicina convencional y de la medicina alternativa para lograr mejores resultados en los tratamientos de manera personalizada. Dentro de las prestaciones cubiertas, se encuentran las siguientes:

- **Psicooncología**: Asistencia al paciente y familiares directos (incluye tutores, curadores o responsables). En el caso de pacientes mayores de dieciocho (18) años, se cubrirán cinco (05) consultas ambulatorias por año y consultas sin límite de número durante la hospitalización, contadas a partir de su admisión como paciente; En caso de paciente menores de dieciocho (18) años, se cubrirá las consultas ambulatorias y durante la hospitalización, sin límite de número de consultas, así mismo se extenderá a los padres hasta sesenta (60) días posteriores al fallecimiento del menor. Solo en **RED AUNA.**

- **Orientación Nutricional:** Asistencia al paciente y familiares directos (incluye tutores, cuidadores o responsables). Incluye cinco (05) consultas programadas por año, contadas a partir de su admisión como paciente.

Terapia física:
Se cubrirá hasta un máximo de doce (12) sesiones en las siguientes condiciones:
- **Terapia física en el hombro y brazo** para el tratamiento de linfedema posterior a mastectomía radical por cáncer de mama.
- **Terapia física post cirugía mutilante de tejidos blandos en extremidades** por sarcomas óseos o de partes blandas.
- **Terapia física post cirugía encefálica** o a consecuencia de cáncer de encéfalo.

Foniatría:
Beneficio exclusivo para pacientes menores de dieciocho (18) años, otorgando cobertura de hasta un máximo de doce (12) sesiones, en casos de trastornos de la deglución, a consecuencia de cáncer de encéfalo o cirugía encefálica.

Segunda opinión médica nacional:
Solo en casos que el médico tratante solicite opinión (sólo consulta) a la junta médica permanente de la **IAFAS**, ante la falta de respuesta esperada a los estándares de manejo clínico de las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA** y previo consentimiento del paciente. Asimismo, el médico tratante contara con el soporte de los comités multidisciplinarios de alta complejidad pertenecientes a la **RED AUNA.**

Ambulancia terrestre:
Se otorgará al alta hospitalaria en caso de pacientes postrados o imposibilitados de desplazarse por la enfermedad oncológica; únicamente desde la **RED AUNA** con destino a su domicilio. No es aplicable para urgencias y/o **EMERGENCIAS** médicas. La programación del servicio será previa solicitud del paciente y se efectuará según disponibilidad de unidades, rutas y hora del alta.

Disponible solo en Lima, dentro del área de cobertura indicada a continuación:
El servicio prestado por la **IPRESS** autorizado por la **IAFAS** se encontrará sujeto al área de cobertura en la ciudad de Lima Metropolitana, de acuerdo a los siguientes límites: **NORTE:** Los Olivos (Covida) desde Av. Canta Callao cruce con la Av. Carlos Izaguirre que se prolonga hasta el cruce con Túpac Amaru; **OESTE:** hasta La Punta; **ESTE:** Santa Anita, hasta la Av. Prolongación Javier Prado y de San Juan de Lurigancho hasta la Av. Las Lomas; **SUR:** Chorrillos (Villa) hasta la Av. Alameda Las Garzas Reales. Asimismo, quedan excluidas aquellas zonas consideradas altamente peligrosas por la Policía Nacional del Perú.

Traslado para pacientes radicados fuera de Lima:
Beneficio exclusivo para pacientes menores de dieciocho (18) años, otorgando cobertura de hasta Un (1) boleto aéreo nacional (ida y vuelta en vuelo comercial bajo tarifa económica) por cada vigencia anual, para aquellos pacientes domiciliados en provincias (según dirección estipulada en DNI) que, por causa médica, evaluada por la **IAFAS**, deban desplazarse desde su lugar de origen hacia el lugar de tratamiento. Para su otorgamiento, deberá tramitar la solicitud del beneficio con mínimo treinta (30) días de anticipación. La programación de fechas de ida y retorno, estarán sujeta a disponibilidad de ruta aérea comercial y cupos disponibles de la aerolínea asignada por la **IAFAS**
Sólo en el caso de menores de 14 años, se cubrirá adicionalmente Un (1) boleto aéreo (ida y vuelta en vuelo comercial bajo tarifa económica) por cada vigencia anual, de uno de los padres siempre que viaje simultáneamente con el menor.

Alimentación para acompañantes de pacientes pediátricos:
Beneficio para dos (2) acompañantes de pacientes pediátricos (menores de catorce (14) años y seis (6) meses de edad) hospitalizados, compuesto por un (1) desayuno, un (1) almuerzo y una (1) cena del menú estándar que la clínica establezca para el día y en el mismo horario de los pacientes, debiendo ser solicitado con la anticipación establecida por la clínica. Durante el tiempo que dure la hospitalización

Sedación en pacientes pediátricos:
Beneficio exclusivo para pacientes menores de catorce (14) años y seis (6) meses de edad, otorgando cobertura sobre el procedimiento y medicamentos para la sedación necesaria y pertinente durante las pruebas de imágenes y procedimientos prolongados.

Pruebas Covid19:
Se otorga cobertura sobre la prueba de despistaje para Covid19 a los pacientes oncológicos que va a ser hospitalizado o intervenidos quirúrgicamente (incluye cirugía ambulatoria). Atendiendo los protocolos de la **IPRESS** y siempre que sea indicada por el médico tratante como parte de sus exámenes pre quirúrgicos. Sólo en el caso de menores de catorce (14) años y seis (6), se cubrirá adicionalmente la prueba molecular para el padre o madre del menor que lo acompañará durante la hospitalización. Atendiendo los protocolos de la **IPRESS** y siempre que sea indicada por el médico tratante como parte de sus exámenes pre quirúrgicos.

Tutoría médica y ejecutiva de acompañamiento al paciente:
Para orientar en forma personalizada y facilitar al paciente sobre su enfermedad, tratamiento, servicios del programa oncológico y oportuna accesibilidad a sus beneficios del programa **CONTRATADO**.

Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH):
Beneficio exclusivo para afiliados entre nueve (9) y catorce (14) años y seis (6) meses de edad, otorgando cobertura cubrirá de dos dosis de la vacuna nonavalente contra el virus del papiloma humano con el propósito de reducir el impacto del cáncer de cuello uterino, cuya frecuencia de aplicación será exclusivamente según el esquema específico de la **IPRESS**. Este beneficio incluye la consulta médica pre vacunación y es exclusivo en los Centros de Vacunación Auna.

El otorgamiento de la cobertura será dependiente al tiempo de afiliación ininterrumpida a este programa y a cada renovación de afiliación al mismo, de la siguiente manera:

Año 0 (primeros doce meses de afiliación):	Tarifa preferencial.
Año 1 (a partir de la primera renovación):	20% Cobertura.
Año 2 (a partir de la segunda renovación):	40% Cobertura.
Año 3 (a partir de la tercera renovación):	60% Cobertura.
Año 4 (a partir de la cuarta renovación):	80% Cobertura.
Desde el Año 5 (a partir de la quinta renovación):	100% Cobertura.

Tarifas preferenciales y Descuentos:
Para la atención de sus diversas necesidades médicas prestaciones que no estén en cobertura del programa oncológico 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**.

Chequeo Oncológico y evaluación general de salud:
Conjunto de exámenes para identificar la sospecha de algunos tipos de enfermedades oncológicas que sean evidenciables en una etapa temprana, asimismo con la evaluación general de salud se busca identificar factores de riesgo cardiovascular como la Obesidad, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemia (triglicéridos y colesterol elevado) entre otros.

Estos conjuntos de exámenes se realizan según edad y sexo biológico del **AFILIADO** y están alineados a las mejores prácticas y recomendaciones mundiales de instituciones prestigiosas. Aplica para todos 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 de acuerdo al programa **CONTRATADO**, teniendo en cuenta su último despistaje y evaluación efectiva.

La cita deberá ser programada a través del Call Center de servicio al cliente al número telefónico en Lima (01) 513-7900 y (01) 320-0700, Callao (01) 204-9600, Piura (073) 749-333, Trujillo (044) 749-333 y
Arequipa (054) 749-333 o en los establecimientos de salud pertenecientes a la **RED DE ATENCIÓN** listados en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** y otros establecimientos asignados por la IAFAS. El detalle de los componentes de cada paquete de evaluación se encuentra publicado en la página web https:// marketing.oncosalud.pe/documentos-interes y están sujetos a variaciones y disponibilidad al momento de la atención.
Los exámenes de detección, no son transferibles, acumulables, canjeables o intercambiables con otros exámenes que no corresponden al conjunto de exámenes contratados. Asimismo, el paquete no puede ser fragmentado y deberá concluirse en la misma sede prestacional en un período no mayor de treinta (30) días calendario contados desde el inicio del chequeo oncológico y evaluación general de salud, vencido este plazo el **AFILIADO** deberá esperar el tiempo establecido en el **PLAN DE SALUD** para acceder nuevamente al próximo conjunto de exámenes.
Sin perjuicio de lo anteriormente indicado, en el caso de mujeres de cuarenta (40) a setenta (70) años, podrán fragmentar u optar por realizarse de manera independiente el conjunto de exámenes en las siguientes etapas: 1) mamografía y 2) demás pruebas del chequeo oncológico y evaluación general de salud. En ese sentido, la afiliada podrá optar por realizarse de manera independiente el paquete que elija 1) mamografía y 2) demás exámenes del chequeo oncológico y evaluación general de salud, de igual manera a los afiliados mayores de cincuenta (50) años que les corresponda el examen de colonoscopia podrán fragmentar y optar por realizarse de manera independiente dicho examen, siendo su responsabilidad de afiliado la programación de lo pendiente, durante su vigencia contractual.
Si el **AFILIADO** incumple con la realización de los servicios ya iniciados en la **IPRESS**, no concluyéndolos, el total de servicios autorizados se darán por ejecutado. Siendo los siguientes otorgamientos del beneficio de acuerdo a la frecuencia establecida de su programa.
Este beneficio no incluye cobertura de sedación o prestaciones quirúrgicas por causas particulares del **AFILIADO**.
En caso el médico evaluador considere pertinente recomendar o indicar algún examen adicional, fuera del conjunto de exámenes cubierto por su programa, este deberá ser asumido por el **CONTRATANTE** bajo tarifa preferencial o ser requerido bajo el beneficio de diagnóstico oncológico, según se trate la naturaleza de la condición de salud observada.

3. PERTINENCIA DE LAS PRESTACIONES ONCOLÓGICAS

La cobertura que la **IAFAS** otorga a favor del **AFILIADO** en virtud del presente **CONTRATO**, comprende las condiciones y prestaciones oncológicas contenidas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES**; 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 oncológicas se encuentren recomendadas y comprendidas en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**; las mismas que deberán ser acordes a su diagnóstico oncológico y sustentarse hasta en un **NIVEL DE EVIDENCIA II-A.**
2. Que el tratamiento de quimioterapia y el (los) fármaco(s) oncológico(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 oncológicos se encuentren estrictamente relacionados al(los) diagnóstico (s) oncológico(s) admitido(s) y sea(n) autorizado(s) por la **IAFAS**.
4. Que los tratamientos, exámenes y/o medios diagnósticos se encuentren disponibles y se ejecuten íntegramente en el territorio de la República del Perú.
5. Que el paciente, a quien se ha indicado un tratamiento de quimioterapia y/o terapia modificadora de respuesta biológica o blanco dirigida u otra específica contra el desarrollo del cáncer, cumpla con los mismos Criterios de Inclusión y Exclusión del paciente que formó parte del estudio de investigación que avaló el ingreso y/o forma de uso de la terapia y/o molécula; a partir de lo cual se sustenta su inclusión a la **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **IAFAS**. Los mismos que se encuentran publicados y se encuentran en un repositorio de ensayos clínicos como https://clinicaltrials.gov/ en Estados Unidos, https://www.clinicaltrialsregister.eu/, en Europa u otros.
6. Que, los medicamentos oncológicos y no oncológicos se encuentren incluidos según se vaya actualizando y/o modificando en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud (PNUME), que aprueba el Ministerio de Salud de la República del Perú. Adicionalmente, a través de las presentes **CLÁUSULAS GENERALES**, tendrán cobertura los medicamentos oncológicos que (i) estén debidamente autorizados para su importación y/o comercialización en el Perú por parte de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) o de la autoridad que haga sus veces y (ii) que figuren en el “Listado de Medicamentos para el tratamiento del cáncer” de la **IAFAS**, publicado en la página web https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes. Utilizando criterios técnicos, este listado se renovará y/o actualizará como mínimo cada dos (2) años, contados desde la fecha de su última publicación en la página web antes descrita, tomando en cuenta para ello los estándares nacionales e internacionales sobre la materia.
7. Las prestaciones requeridas bajo las coberturas se encuentren descritas en el **PLAN DE SALUD** detallado en el **Anexo 1** y no se encuentren comprendidos en las **EXCLUSIONES** detallas en el **Anexo 3** del presente **CONTRATO**.

CONTRATO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS DE SERVICIOS DE SALUD
PROGRAMA ONCOLÓGICO PREPAGADO – ONCOVITAL
ANEXOS

ANEXO 1
PLAN DE SALUD

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

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN	ONCOVITAL 2022	
	Menores de 18 años	Adultos
Beneficio máximo anual por afiliado[1]: Afiliado Titular y Dependientes	Hasta S/ 500,000	Hasta S/ 100,000
Límite de ingreso: Afiliado Titular y Dependientes	Hasta los 17 años	Hasta los 55 años
Límite de permanencia: Afiliado Titular y Dependientes	Hasta los 17 años y 364 días	Sin límite
Suscripción del CONTRATO	Rige a partir del primer día del mes siguiente de cancelado el primer aporte	Rige a partir del primer día del mes siguiente de cancelado el primer aporte
Período 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.	90 días	90 días
Periodo de Espera	180 días para trasplante de médula ósea	No aplica para los beneficios de este grupo etario
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	No aplica
Diagnósticos cubiertos: Se cubrirá solamente los diagnósticos señalados a continuación (incluyendo sus subcategorías del código CIE10).	Neoplasias Malignas Hematológicas (C81 al C96; D45; D46) Neoplasias Malignas Encefálicas (C70; C71) Sarcomas de partes blandas y óseos (C40; C41; C49) Neoplasias Malignas del riñón (C64; C74) Retinoblastoma (C69.2)	Cáncer de Mama (C50, D05) Cáncer de Próstata (C61, D07) Cáncer Colorrectal (C18, C19, C20) Cáncer de Estómago (C16, D00)

[1] El cual aplica por **AFILIADO** durante su vigencia anual, para las condiciones de salud oncológicas cubiertas por este programa, siempre que no estén consideradas en 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 de el **CONTRATANTE**, en la que debe consignarse la siguiente información:

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

5) Resultados de exámenes auxiliares, en caso sean solicitados por la **IAFAS**
6) **PLAN DE SALUD** primario **PEAS**.

El **CONTRATANTE** deberá completar y suscribir la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** adjunta a la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**. En caso la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** se haya efectuado por algún medio virtual o no presencial, se deberá dejar igual constancia de la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** por la vía que la opción de afiliación establezca.

Cualquier requerimiento de información médica adicional que sustente la condición de salud de la persona propuesta para su afiliación (incluyendo exámenes de laboratorio e imágenes) que sean requeridos para la suscripción de la afiliación deberán ser presentados por el **CONTRATANTE** a su cuenta y costos según las condiciones de la cláusula cuarta.

Dentro de los primeros sesenta (60) días calendario de la recepción de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** y cancelada la primera cuota del programa, la **IAFAS**, podrá excluir, limitar o condicionar el otorgamiento de determinadas coberturas y/o prestaciones contenidas en el presente **CONTRATO**, atribuibles o relacionadas directa o indirectamente a la información proporcionada en la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**, condicionamientos que la **IAFAS** deberá poner en conocimiento del **CONTRATANTE** con la debida oportunidad.

La eventual inconformidad del **CONTRATANTE**, con relación a los condicionamientos particulares formulados por la **IAFAS** con posterioridad a la recepción de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, determinará la anulación del **CONTRATO** y el derecho de devolución íntegra de los aportes a favor del **CONTRATANTE**, en tanto este último formule su desistimiento, por la vía comunicacional que considere conveniente, dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de notificación de las limitaciones particulares formuladas por la **IAFAS**.

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

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

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

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

PRESTACIONES GENERALES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA

PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO	ONCOVITAL 2022			
	Menores de 18 años		Adultos	
PRESTACIONES GENERALES	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago
Honorarios médicos por consultas o teleconsultas, intervenciones quirúrgicas o visita domiciliaria, ayudantía o administración de anestesia.	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Quimioterapia: Medicamentos antineoplásicos convencionales, materiales e insumos (incluyendo catéteres permanentes, líneas de infusión, entre otros) y servicios relacionados a su administración. Incluye la **pre medicación** y **vitaminas** que formen parte del esquema de quimioterapia.	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Terapia modificadora de respuesta biológica o blanco dirigida: -Anticuerpos monoclonales -Inhibidores de enzimas kinasas y proteosomas -Inmunoterapia (BCG) -Citocinas (Interferones e Interleucinas) -Factor estimulante de colonias de células blancas (Filgrastim) -Inmunomoduladores	100%	Ninguno	70%	30%
Hormonoterapia farmacológica Convencional: medicamentos convencionales para modular las hormonas del organismo atenuando el crecimiento o reducir el riesgo de recurrencia de ciertos tumores.	**No Cubre**	100%	100%	Ninguno
Hormonoterapia farmacológica Compleja: medicamentos novedosos o avanzada generación para estimular o inhibir el sistema hormonal modificando el comportamiento de algunos tumores y sus síntomas.	**No Cubre**	100%	70%	30%
Medicamentos no oncológicos (dispositivos médicos para el tratamiento oncológico), materiales e insumos relacionados con el tratamiento oncológico.	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Radioterapia: Convencional, 3D y radioterapia intensidad modulada. Servicio solo disponible en Lima	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Trasplante de Médula Ósea histocompatible: Incluye cobertura de estudios de histocompatibilidad solo del AFILIADO receptor. No incluye estudio u otros gastos relacionados a los donantes**.**	100%	Ninguno	**No Cubre**	100%
Servicios de apoyo al tratamiento: Exámenes de laboratorio, imágenes, anatomía patológica e inmunohistoquímica.	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Estudios de Medicina Nuclear: Gammagrafía ósea y detección de ganglio centinela.	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Tomografía por emisión de positrones (PET Scan): Incluye el examen de valoración previa y la sustancia radioactiva FDG. Servicio disponible solo en Lima. **Hasta máximo 02 veces al año**	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Prestaciones Domiciliarias: Cuidados paliativos y terapias del dolor así como Continuidad de tratamiento hospitalario en domicilio. Servicio disponible solo en Lima y según los límites geográficos establecidos.	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Transfusión sanguínea y hemoderivados (glóbulos rojos, plaquetas, plasma): 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.	100%	Ninguno	**No Cubre**	100%
Nutrición Parenteral Total (NPT): Solo durante la estancia hospitalaria hasta un máximo de tres (3) semanas.	100%	Ninguno	**No Cubre**	100%
Nutrición Enteral (NE): Solo durante la estancia hospitalaria hasta un máximo de tres (3) semanas.	100%	Ninguno	**No Cubre**	100%
Kit de colostomía e ileostomía insumo y equipamiento a pacientes con colostomía o ileostomía.	**No Cubre**	100%	100%	Ninguno
Kit de urostomía insumo y equipamiento a paciente con urostomía por causa oncológica	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Material de Osteosíntesis: para pacientes con fracturas patológicas por metástasis ósea o cáncer óseo.	100%	Ninguno	**No Cubre**	100%
Complicaciones ocasionadas por el tratamiento oncológico únicamente las patologías que se presentan a consecuencia de la enfermedad oncológica o luego de realizada la aplicación del respectivo tratamiento oncológico	100%	Ninguno	100%	Ninguno

* No se cubre los medicamentos que no están citados en el "Listado de Medicamentos para el tratamiento del cáncer".

OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS CUBIERTAS POR EL PROGRAMA

OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS (Solo en **RED DE ATENCIÓN** y previa autorización por la **IAFAS)**	ONCOVITAL 2022			
	Niños y Adolescentes		Adultos	
	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago
Cobertura de fase diagnostica	**100%**	Ninguno	50%	50%
Medicina Integrativa: Dentro de las prestaciones cubiertas, se encuentran las siguientes:				
• **Psicooncología para pacientes adultos** y familiares directos. Incluye cinco (5) sesiones ambulatorias programadas por año. Solo en **RED de ATENCIÓN**.	**No Cubre**	100%	100%	Ninguno
• **Psicooncología para pacientes niños o adolescentes** y familiares directos. Desde el diagnóstico inicial y durante su hospitalización. Este beneficio se extenderá a los padres hasta 60 días posteriores al fallecimiento del menor.	100%	Ninguno	**No Cubre**	100%
• **Orientación nutricional** para pacientes y familiares directos. Incluye cinco (5) sesiones programadas por año. Solo en **RED de ATENCIÓN**.	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Terapia física: Hasta un máximo de doce (12) sesiones.				
• Para hombro y brazo para tratamiento de linfedema posterior a mastectomía radical por cáncer de mama.	**No Cubre**	100%	100%	Ninguno
• Post cirugía mutilante de tejidos blandos en extremidades.	100%	Ninguno	**No Cubre**	100%
• Post cirugía encefálica o a consecuencia de cáncer de encéfalo.	100%	Ninguno	**No Cubre**	100%
Foniatría en cáncer de encéfalo para el tratamiento de problemas de deglución, hasta un máximo de doce (12) sesiones.	100%	Ninguno	**No Cubre**	100%
Segunda Opinión Médica Nacional: Bajo revisión de la junta médica permanente de la **IAFAS** y con el soporte de los comités multidiciplinarios de alta complejidad de la **RED** de **ATENCIÓN.**	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Ambulancia terrestre al alta hospitalaria, para pacientes postrados o imposibilitados de desplazarse. Servicio disponible solo en Lima y según los límites geográficos establecidos.	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Traslado para pacientes radicados fuera de Lima: Un (1) boleto aéreo (ida y vuelta en vuelo comercial) al año, para aquellos pacientes domiciliados en provincias (según dirección estipulada en DNI) y con destino al lugar de tratamiento. Sólo en el caso de menores de catorce (14) años y seis (6) meses de edad, se cubrirá adicionalmente Un (1) boleto aéreo (ida y vuelta en vuelo comercial) al año, de uno de los padres siempre que viaje simultáneamente con el menor.	100%	Ninguno	**No Cubre**	100%
Alimentación para dos acompañantes de pacientes pediátricos (para menores de 14 años y 6 meses de edad) durante el tiempo que dure la hospitalización. Solo en **RED de ATENCIÓN.**	100%	Ninguno	**No Cubre**	100%
Sedación: Sólo en el caso de menores de 14 años y 6 meses de edad, para la realización de pruebas de imágenes o procedimientos de larga duración, que lo requieran por indicación médica.	100%	Ninguno	**No Cubre**	100%
Pruebas Covid19: Se cubrirá la prueba molecular a los pacientes oncológico que va a ser hospitalizado o intervenidos quirúrgicamente (ambulatorio u hospitalario). Sólo en el caso de menores de 14 años y 6 meses de edad, se cubrirá adicionalmente la prueba molecular para el padre o madre del menor que lo acompañara durante la hospitalización.	100%	Ninguno	**No Cubre**	100%
Tutoría Medica y Ejecutiva de Acompañamiento al Paciente: Para orientación médica y asistencia administrativa durante el proceso de tratamiento del paciente.	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Vacuna contra el Virus Papiloma Humano (VPH): Sólo para Niños y niñas entre 9 y 14 años y 6 meses de edad. Incluye dos dosis de la vacuna nonavalente según esquema específico y la consulta médica pre vacunación.	20% de cobertura adicional por cada año de permanencia en el programa. (Escalonado)	Según años de permanencia en el programa.	**No Cubre**	100%

Chequeo oncológico y evaluación General de Salud cada 02 años: Conjunto de exámenes para identificar la sospecha de algunos tipos de enfermedades oncológicas, asimismo con la evaluación general de salud se busca identificar factores de riesgo cardiovascular. El deducible, cobertura, así como el detalle y la periodicidad de los exámenes que incluye el chequeo oncológico y evaluación general de salud están publicados en nuestra página web **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes.**	100%	Ninguno	100 % Deducible S/ 100	Ninguno

Es importante tener presente que el inicio de las prestaciones de la recuperación de la salud (sea de diagnóstico oncológico o de tratamiento), bajo cobertura, será de manera posterior a la activación del programa oncológico detallada en el Anexo 04.

ANEXO 2
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.

ONCOVITAL		
Rango de edad	**Aporte Anual**	**Aporte Mensual**
0-17	148.08	12.99
18-55	238.20	20.90
56-60*	463.92	40.70
61-65*	902.76	79.19
66-70*	952.92	83.59
Más de 70*	1,504.68	131.99

*Solo renovación

MODIFICACIONES A LA AFILIACIÓN

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

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

Para la migración de programa oncológico, se deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- El **AFILIADO** no registre en su historial clínico diagnóstico de cáncer.
- El **AFILIADO** no tenga sintomatología, que induzca a sospecha de cáncer.
- El **AFILIADO** no esté en estudio o fase de diagnóstico por sospecha de cáncer.

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

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

DE LA DESAFILIACIÓN

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

A. Por la culminación del supuesto de hecho que le daba la condición de **AFILIADO**.

B. Por la extinción del **CONTRATO** de Prestaciones de Servicios de Salud por las causales de caducidad, no renovación, resolución, rescisión, o nulidad del **CONTRATO**.

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

La solicitud de desafiliación no libera al **AFILIADO 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 oncológicas, el **CONTRATANTE** pagará a la **IAFAS** los aportes indicados en el **ANEXO 2**.

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

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

Cualquier incumplimiento, tanto del C**ONTRATANTE** como la entidad financiera o el tercero a través del cual se valga para hacer efectivo el pago de sus aportes, facultará a la **IAFAS** a suspender o resolver el **CONTRATO** según lo dispuesto en los términos establecidos en el mismo. En cualquier caso, será obligación exclusiva del **CONTRATANTE** la oportuna comunicación a la **IAFAS** 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 período establecido en el párrafo precedente, el **CONTRATANTE** (siempre que la **IAFAS** no haya expresado su decisión de resolver el **CONTRATO**) podrá rehabilitar su cobertura previo pago del monto total de los **APORTES COMERCIALES** vencidos, la cual se 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 3

EXCLUSIONES, GASTOS NO CUBIERTOS Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

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

1. Las enfermedades oncológicas no contempladas en el **PLAN DE BENFICIOS** del presente **CONTRATO**.
2. Toda prestación médica o sanitaria derivada de lesiones auto infligidas, intento de suicidio o autoeliminación o de accidentes.
3. Cualquier gasto relacionado a enfermedades oncológicas preexistentes a la suscripción del presente **CONTRATO**. Inclusive si hubiesen sido reveladas en la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**, así como las diagnosticadas antes de superar el **PERIODO DE CARENCIA**. (incluso si se tratase de lesiones de tipos celulares distintos o en una nueva localización o reaparición de una lesión oncológica ya tratada, resuelta o no), la cual motivará la resolución del **CONTRATO**, sin devolución de aportes.
4. Las enfermedades oncológicas detectadas y/o incurridas antes de la culminación del **PERÍODO DE CARENCIA,** la cual motivará la resolución del **CONTRATO**.
5. Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional sobre alguna enfermedad o condición no oncológica preexistente o adquirida durante el curso del tratamiento oncológico (médico o quirúrgico), incluso si ha sido causada, agravada, complicada o directamente afectada por la enfermedad oncológica, su tratamiento y/o procedimientos relacionados.
6. Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional atendido fuera de la **RED DE ATENCIÓN** detallada en el **ANEXO 5**, salvo los eventos programados y autorizados con antelación por la **IAFAS**, en tanto las **IPRESS** se encuentren adscritas al **PLAN DE SALUD** correspondiente al presente **CONTRATO**.
7. Reintegro y/o pagos por servicios médicos suministrados por terceros, por concepto de gastos ambulatorios, de hospitalización no quirúrgica, quirúrgica o gastos post-operatorios de cualquier índole médicos o no médicos.
8. Cualquier requerimiento o prestación médica cuyo propósito sea el chequeo, detección y/o diagnóstico, oncológico o no oncológico, salvo las prestaciones de chequeo oncológico y evaluación de salud, así como las prestaciones de fase diagnostica, expresamente señaladas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
9. Todo procedimiento o terapia, consulta o teleconsulta que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria. Así como prestaciones y tratamientos profilácticos, psicológicos, psiquiátricos, psicoterapéuticos, curas de reposo, cualquier tipo de tratamiento kinésico, de rehabilitación física o mental (inclusive si son indicados post cirugía extractiva), odontológica, nutricional, salvo las prestaciones detalladas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**. De la misma manera, las cirugías de neurotización, por ginecomastia, mastopexia, simetrización y lipotransferencias (inyección de grasa) de cualquier tipo indistintamente de la ubicación anatómica.
10. Gastos relacionados al suministro, colocación, adecuación, mantenimiento, ajuste, remoción y cambio, de implantes, expansores y/o prótesis internas o externas de cualquier tipo; también están excluidos los stent de cualquier tipo. Así como también material de osteosíntesis (incluyendo placas, clavos, tornillos y similares) y los cementos relacionados; salvo las prestaciones y suministros detallados en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**. Para el caso de obturador palatino, sólo se cubrirá por neoplasia maligna de maxilar superior, únicamente durante el

primer año posterior a la cirugía extractiva y máximo un recambio; En ningún caso se cubrirá obturador palatino dentado.

11. Equipos médicos durables tales como: termómetro, tensiómetro, equipos de oxigenoterapia, glucómetro (equipo y tiras), respiradores, pulsioximetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP o similares, audífonos e implantes cocleares, separadores interespinosos para columna vertebral y discos intervertebrales protésicos, y demás dispositivos empleados en neurocirugía y prótesis ortopédicas externas. Como tampoco las prótesis u otros (sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés). No se cubren audífonos. De igual manera aparatos y equipos ortopédicos, zapatos ortopédicos, ortésicos, prótesis externas, equipos mecánicos o electrónicos, medias para varices o similares, audífonos e implante coclear.

12. Gastos relacionados con la adquisición de órganos o tejidos, tales como sangre y sus derivados como: paquetes de glóbulos rojos, plaquetas, albúmina (en cualquiera de sus presentaciones), plasma y factores de coagulación, así como sustitutos sanguíneos naturales o sintéticos de cualquier tipo. Cualquier gasto relacionado a la búsqueda o estudio de donantes. Asimismo, anticoagulantes, heparinoides, procoagulantes y eritropoyetina, con fines preventivos o profilácticos (con excepción de las indicaciones para cirugía mayor).

13. Cualquier trasplante de órganos, tejidos y células (incluyendo médula ósea), tanto su costo, como los gastos vinculados a cualquier prestación relacionada a los mismos. No están cubiertos tampoco el trasplante, infusión o implante de células madre indistintamente de la zona anatómica, su causa u origen. Asimismo, se encuentra fuera de cobertura cualquier gasto relacionado a criopreservación, almacenamiento, conservación, mantenimiento, preparación y/o acondicionamiento, así como el traslado y/o transporte, de órganos, tejidos o células, de igual manera cualquier gasto relacionado a prestaciones realizadas a donantes. Salvo las expresamente señaladas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.

14. Suministro de nutrición parenteral y nutrición enteral (interconsulta, procedimiento, insumos y fórmula) y/o referidos a consultas nutricionales, salvo las expresamente señaladas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.

15. Cualquier gasto relacionado a la búsqueda y análisis de compatibilidad de donantes de sangre y médula ósea, así como gastos de crio preservación o cultivo de células madre u otros tejidos. Asimismo, gastos relacionados por complicaciones médicas del proceso de extracción o colecta en el donante.

16. Todo tipo de requerimiento prestacional que no sea ordenado o prescrito por el o los profesionales médicos designados previamente por la IAFAS y/o no hayan sido autorizadas previamente 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.

17. Todo tipo de prestaciones diagnósticas o terapéuticas, equipos, insumos, suministros o fármacos u otras nuevas tecnologías que:

    A. No se comercialicen o no se encuentren disponibles en el territorio nacional.

    B. 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). No se cubrirá en ningún caso tecnología aprobada por la FDA a través de aprobaciones rápidas (Fast Track Approvals)

    C. No se recomiendan en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**, en caso se cuente con **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** para la indicación solicitada y/o evaluada. De lo contrario se valorará la recomendación realizada por otras instituciones con prestigio internacional como National Comprehensive Cancer Network (NCCN), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), American Society of Clinical Oncology (ASCO), European Society for Medical

Oncology (ESMO) u otras, siempre que la recomendación realizada cuente con un respaldo de evidencia científica de nivel IIA. Otros niveles de evidencia deberán ser evaluados por el área correspondiente y podrán ser considerados como terapia médica experimental.

D. No hayan concluido exitosamente el **ENSAYO CLÍNICO DE FASE III**. Siempre que el estudio cuente con respaldo de resultados de eficacia y seguridad de un ensayo clínico Fase III respecto a un comparador válido para la **RED AUNA** y que sea autorizado por la **IAFAS**.

18. Fármacos como ansiolíticos, antipsicóticos, antidepresivos, vacunas, vitaminas (con excepción de las que forman parte del esquema de quimioterapia, anticoagulados o politrasfundidos), 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 oncológico y/o no relacionado a la enfermedad oncológica.

19. Suministro de cualquier tipo de medio de transporte y servicio de ambulancia. Salvo las expresamente señaladas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.

20. Toda enfermedad de origen congénito y/o malformación congénita, así como enfermedades de origen laboral y profesional y/o por contaminación nuclear.

21. 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, salvo los servicios expresamente señalados en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.

22. Pruebas de laboratorio exámenes o estudios moleculares y/o genéticos y/o estudios de mutaciones u otras, de cualquier tipo, tales como y sin limitarse a: EGFR, PDL1, KRAS, NRAS, BRAF, ALK, VEGF, T790M, inestabilidad microsatelital en sangre, pruebas moleculares para GIST, así como biopsias líquidas y/o perfiles o secuenciamientos moleculares y/o genéticos, con excepción de las contempladas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.

23. 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.

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

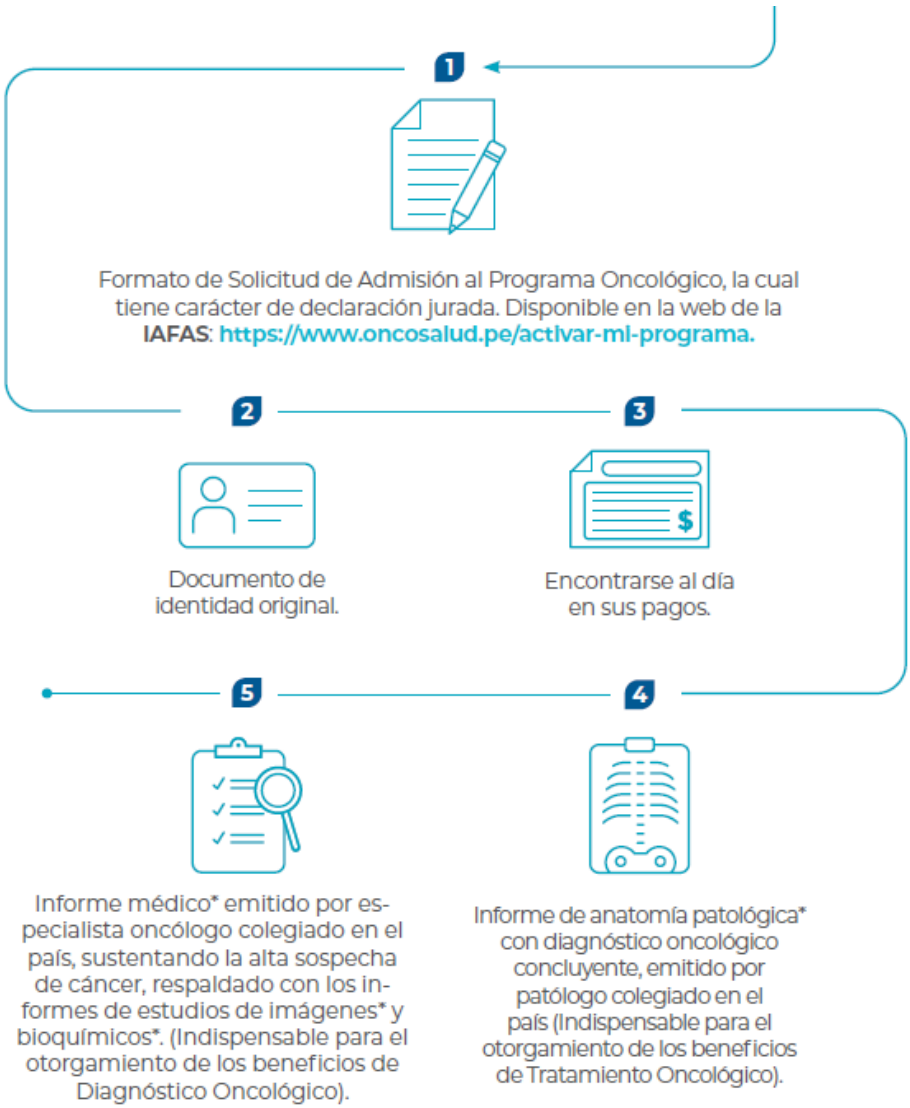
Cualquier beneficio no contemplado en el presente **CONTRATO** y/o que estuviera excluido y pese a ello hubiese sido otorgado por error o excepción, no establece obligación de cobertura futura a cargo de **la IAFAS**.

ANEXO 4

ACTIVACIÓN DEL PROGRAMA ONCOLÓGICO

En caso de que un médico oncólogo le haya indicado el diagnóstico de alta sospecha de cáncer o ya tenga un diagnóstico oncológico establecido, ¡Estamos para ayudarle! Sólo debe seguir los pasos para poder acompañarle:

1. REQUISITOS PARA ACTIVAR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO



***: Estos documentos son entregados por la institución de salud que te realizó el diagnóstico.**

Importante: En caso aún no tengas el diagnóstico de anatomía patológica, pero tu médico te ha informado la alta sospecha de una neoplasia maligna (inclusive en órganos no biopsiables como cerebro o riñón) podrás hacer uso de tu beneficio de cobertura de fase diagnóstica.

2. PROCESO DE ACTIVACIÓN DEL PROGRAMA ONCOLÓGICO Y ADMISIÓN DE PACIENTE

a) Llámanos al Call Center **(01) 513-7900**, ó escríbenos al **autorizaciones@oncosalud.pe**, ó envíanos un mensaje al Whatsapp **987 770 550** y te programaremos una Cita para ayudarte.

   Si no puedes ir personalmente, no te preocupes podrá hacerlo el cónyuge, un familiar hasta el cuarto grado de consanguinidad o su representante legal, debiendo entregar copia de su documento de identidad y carta poder simple que acredite la representación según corresponda.

   Si estas fuera del departamento de Lima tu cita podrá ser en las clínicas de la **RED AUNA (Callao, Arequipa, Piura, Chiclayo y Trujillo).**

b) En la fecha y hora citada, deberá presentar los documentos requeridos para activar el beneficio oncológico a nuestras Ejecutivas de Beneficios para la validación administrativa, seguidamente pasará a la Tutoría Oncológica y asignación de médico oncólogo líder del directorio médico de la **RED AUNA**.

c) El **AFILIADO** admitido como paciente del programa oncológico recibirá una charla orientativa acerca de los beneficios, coberturas, alcances, limitaciones y exclusiones, así como absolver las dudas y consultas referentes a sus beneficios. Asimismo, se le entregará el manual del paciente, el cual le orientará en los procedimientos que le permitirán el mayor aprovechamiento de sus beneficios del programa oncológico contratado.

d) una vez culminado este proceso, el **AFILIADO** admitido como paciente del programa oncológico, podrá hacer uso de los beneficios y coberturas del programa contratado, detallados en las **CLÁUSULAS GENERALES y CLÁUSULAS PARTICULARES**, debiendo tener en cuenta que el programa no cubre eventos en forma retroactiva y/o sin la autorización previa de la **IAFAS** y/o fuera de las condiciones establecidas en su programa contratado.

Es importante tener presente lo siguiente:

A través de la solicitud de activación al programa oncológico, el **AFILIADO** autoriza a la **IAFAS** a tener acceso a sus historias clínicas, inclusive en otras IPRESS, en caso lo considere necesario al amparo del Artículo 25 de la Ley 26842 - Ley General de Salud.

Si el informe de anatomía patológica no es concluyente, a solicitud de la **IAFAS**, el **AFILIADO** deberá presentar las láminas, tacos y otros materiales o exámenes necesarios en el plazo más breve posible, para su revisión por nuestro equipo de anatomía patológica especializado.

En caso el **AFILIADO** haya activado el programa para el otorgamiento de los beneficios de Diagnóstico Oncológico y se determine con posterioridad la inexistencia de una dolencia oncológica a través del Diagnóstico Anátomo Patológico (DAP), la **IAFAS** desactivará inmediata y automáticamente el otorgamiento de cualquier cobertura de Recuperación de la Salud, debiendo el **AFILIADO** asumir los gastos generados en adelante, al tratarse de una condición de salud no oncológica.

No obstante, lo señalado en el párrafo anterior, ante la eventualidad que el **AFILIADO** incurra en un nuevo episodio de alta sospecha oncológica, deberá requerir a la **IAFAS** iniciar un nuevo proceso de activación del beneficio oncológico.

En caso se determine 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 terminación automática del **CONTRATO**, lo cual dará mérito a la devolución de los aportes abonados por el **AFILIADO**.

3. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR COBERTURA DE PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD

a) Requerir su atención, en las clínicas de **RED DE ATENCIÓN** detalladas en el **ANEXO 5**, identificándose como **AFILIADO** del programa con su Documento Nacional de Identidad (DNI) o Carné de Extranjería, según sea el caso (este documento será requerido por las **IPRESS** para efectivizar la atención al **AFILIADO**).

b) El equipo de admisión de las **IPRESS**, realizará su acreditación y gestionará con la **IAFAS**, las autorizaciones correspondientes. En caso el beneficio requerido por el **AFILIADO** le corresponda un **DEDUCIBLE** y/o **COPAGO**, este deberá ser cancelado por el **AFILIADO** previamente, según corresponda.

c) Las prestaciones indicadas por su médico tratante (Farmacia, laboratorio, imágenes, procedimientos, entre otros) deberán estar registradas en su historia clínica y en una orden de atención, cuya cobertura deberá ser solicitada por el **AFILIADO** en la misma **IPRESS** donde se realizó su atención inicial, cuyo equipo de admisión coordinará con la **IAFAS** el documento de autorización de cobertura correspondiente, el mismo que mostrará el periodo de validez del mismo.

d) En el caso de prestaciones hospitalarias, en sala de emergencias o cirugías ambulatorias, es posible que las **IPRESS** soliciten un depósito en garantía por los copoagos 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 5
RED DE ATENCIÓN

[1]: Sedes habilitadas para efectuar el Beneficios de Prevención y Promoción Oncológica.

*: Sólo para atenciones de menores de catorce (14) años y seis (6) meses de edad.

RS: Número de registro SUSALUD.

IMPORTANTE: Los servicios de Radioterapia, Medicina Nuclear, Prestaciones Domiciliarias y Ambulancia Terrestre se encuentran disponibles sólo en Lima.

ANEXO 6

FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

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

a) Carta Simple o Notarial dirigido a la **IAFAS**.

b) Libro de Reclamaciones ubicado de forma física en las oficinas o establecimientos de la **IAFAS.**

c) Libro de Reclamaciones Virtual disponible en la página web institucional de la **IAFAS.**

d) Dirección de correo electrónico habilitada para consultas y/o reclamos, **contactos@oncosalud.pe**.

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

En caso de dudas sobre el procedimiento antes señalado, el **AFILIADO** puede contactarse al Call Center de servicio al cliente de la **IAFAS** al número telefónico **(01) 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**).

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

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

1

PASO 1

Afiliado realiza la consulta o reclamo

A través de los siguientes medios, según corresponda.

Call center

¿Cuál es el número y horario de atención?

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

Correo electrónico

contactos@oncosalud.pe

Carta

¿Dónde pedir y dónde dejar la carta?

- Físico: Av. Guardia Civil 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.