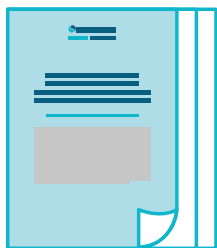


RESUMEN

El condicionado consta de tres secciones: **Cláusulas generales**, **Cláusulas particulares** y **Anexos**.



1 CLÁUSULAS GENERALES

La primera sección contiene las veinticuatro 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 Descripción y alcance de las prestaciones cubiertas por el programa

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

2 Pertinencia de las prestaciones



3 ANEXOS

1 ANEXO 01: Plan de salud

2 ANEXO 02: Aportes y formas de pago

3 ANEXO 03: Exclusiones, gastos no cubiertos y limitaciones a las coberturas contratadas

4 ANEXO 04: Procedimiento para solicitar la cobertura

5 ANEXO 05: Red de atención

6 ANEXO 06: Flujograma de procedimiento de atención de consultas y reclamos

CONTRATO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMA PREPAGADO PROTECCIÓN HOSPITALARIA

CLÁUSULAS GENERALES

Conste por el presente documento, que celebran de una parte **ONCOSALUD S.A.C.**, con R.U.C. N° 20101039910, domicilio legal en Av. República de Panamá N° 3461, Piso 14, Distrito de San Isidro, Provincia y Departamento de Lima, y **RIAFAS** N° 20006, quien se encuentra debidamente representado por su Apoderado Especial, Señor Guillermo Michell Lecaros Gutiérrez, identificado con DNI N° 10308857, según poderes inscritos en la partida electrónica N° 00558907 del Registro de Personas Jurídicas de Lima, a quien en adelante se le denominará la **IAFAS**, y de la otra parte el **CONTRATANTE** quien consigna sus generales de ley en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, que forma parte integrante de este **CONTRATO**, quienes 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 que suscriben la **IAFAS** con el **AFILIADO** o **CONTRATANTE**, para regular los derechos y las obligaciones de las partes, con relación a las coberturas ofrecidas en el plan o programa de salud. Formaliza la relación de afiliación y vincula a un **AFILIADO** con una **IAFAS**.
- 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 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**.
- 16 DEDUCIBLE:** Importe fijo a pagar por el **AFILIADO** por los servicios cubiertos, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican deducibles se especifican en el **PLAN DE SALUD** de las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del **CONTRATO**. Una misma atención puede estar afectada al pago de deducible y copago (Coaseguro o Copago Variable).
- 17 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**.
- 18 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.
- 19 DÍAS:** Días calendario.
- 20 ENSAYO CLÍNICO DE FASE III:** Estudio que se realiza a nivel mundial a diferentes pacientes con la finalidad de corroborar si un nuevo tratamiento es seguro y eficaz comparado con el tratamiento estándar o convencional, en condiciones de uso habituales. Sus resultados proporcionan la base para la aprobación del fármaco por las entidades regulatorias de salud.
- 21 EMERGENCIA:** Es toda condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente.
- 22 ENFERMEDAD CONGÉNITA:** Son todas aquellas que se producen en la etapa de gestación, es decir presentes desde el nacimiento, 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.
- 23 EVENTO HOSPITALARIO:** Un evento hospitalario se considera como un internamiento del afiliado en una IPRESS, de por lo menos un día, bajo indicación médica pertinente y hasta el alta médica, al amparo de las estipulaciones contempladas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del **CONTRATO**.
- 24 EXCLUSIONES:** Son aquellas prestaciones de salud no cubiertas por el plan o programa de salud. En el marco de lo establecido en la Segunda Disposición Complementaria Modificatoria y Tercera Disposición Complementaria Modificatoria de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, que modifica el artículo 3 de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, los daños derivados del intento de

autoeliminación o lesiones auto infligidas por problemas de salud mental, derivados de un diagnóstico de salud mental no se excluyen.

- 25 **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.
- 26 **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.
- 27 **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.
- 28 **LATENCIA:** Es un derecho especial de cobertura por desempleo que la **IAFAS ESSALUD** y la **IAFAS EPS** le otorga al asegurado regular y sus derechohabientes, por la cual tienen derecho a las prestaciones de prevención, promoción y atención de la salud durante un período de latencia de hasta 12 meses, siempre que cuenten con un mínimo de 5 meses de aportación consecutivos o no consecutivos, en los últimos tres años precedentes al cese, acogándose a dos meses de período de latencia por cada cinco meses de aportación. El período de latencia para los casos de suspensión perfecta de labores resulta de aplicación a partir de la fecha de pérdida del derecho de cobertura. Se activa cuando el asegurado dependiente o regular se encuentra en situación de desempleo o en situación de suspensión perfecta de labores.
- 29 **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.
- 30 **PEAS:** Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.
- 31 **PERÍODO DE CARENCIA:** Es el plazo en el cual no están activas las coberturas de salud, suele durar de 30 a 90 días calendario. En Seguridad Social es el período de tres meses contados desde el inicio de labores de un **AFILIADO/ASEGURADO** regular que no haya tenido vínculo laboral en los meses previos y que le impiden cumplir con las condiciones para tener derecho de cobertura. En el caso de un **AFILIADO/ ASEGURADO** potestativo, el período puede ser menor a 3 meses durante el cual el **AFILIADO/ ASEGURADO** y sus dependientes inscritos no pueden acceder a las prestaciones de salud contenidas en el **CONTRATO**. Los períodos de carencia se contabilizan en forma individual por cada **AFILIADO/ ASEGURADO**.
- 32 **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.
- 33 **PLAN DE SALUD:** Es el documento que detalla los beneficios que otorga la **IAFAS**.
- 34 **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**.

- 35 **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.
- 36 **PRIMA O APOORTE PURO DE RIESGO:** Es el aporte económico que realiza el asegurado, la entidad empleadora, el Estado, a la **IAFAS** por concepto de contraprestación por la cobertura de riesgo de salud que ésta le ofrece. Su costo se determina sobre bases actuariales.
- 37 **PRIMA O APOORTE COMERCIAL:** Es la prima o aporte que aplica la **IAFAS** al riesgo de salud para determinar su cobertura. Está formada por la prima o aporte puro de riesgo más los gastos de administración, afiliación, liquidación, entre otros, y el beneficio comercial de la **IAFAS**.
- 38 **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**.
- 39 **REGISTRO DE MODELOS DE CONTRATOS Y PLANES DE SALUD:** Es el registro administrativo a cargo de **SUSALUD**, que sistematiza la información de los modelos de contratos y planes de salud que comercializan las **IAFAS** y que cuentan con su respectivo código de registro.
- 40 **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.
- 41 **SALUD:** Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
- 42 **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 LA SALUD PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES

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

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

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

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

3 Otros servicios.

CLÁUSULA SÉPTIMA:

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

En las **CLÁUSULAS PARTICULARES** se señalan las exclusiones y limitaciones a 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 a el **AFILIADO/ ASEGURADO** o los **AFILIADOS/ASEGURADOS**, dentro de un plazo no mayor a dos (02) días hábiles, cualquier interrupción o cese del servicio que brinde alguno de los establecimientos de salud mencionados en el Plan de Aseguramiento en Salud complementario, debiendo comunicar tal hecho a **SUSALUD** con el correspondiente sustento técnico. Para tal efecto, se entiende cumplida dicha obligación mediante comunicación de fecha cierta dirigida a el **AFILIADO/ASEGURADO** o los **AFILIADOS/ASEGURADOS**.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA:

REFERENCIAS

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA:

APORTES E INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE APORTES

Como contraprestación por el otorgamiento de la cobertura complementaria, el **AFILIADO/ASEGURADO** o los **AFILIADOS/ASEGURADOS** pagan 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** adeuden a la **IAFAS**, origina la suspensión automática de la cobertura otorgada en el **CONTRATO**, a partir del día siguiente de la fecha de vencimiento de pago.

La **IAFAS** comunica 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 han 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 del **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** está de acuerdo con la modificación, la **ENTIDAD EMPLEADORA** o los **AFILIADOS/ASEGURADOS** debe 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 VIGÉSIMA:

RESOLUCIÓN DE CONTRATO

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA:

MODALIDAD DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA:

MODIFICACIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA:

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

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

El **CONTRATANTE** autoriza que los datos personales proporcionados puedan ser transferidos a nivel nacional a empresas del grupo **AUNA** y/o socios comerciales y/o empresas vinculadas, los cuales están descritos en la página web www.oncosalud.pe/grupo-economico-y-socios-comerciales con la finalidad de cumplir con los fines mencionados y relacionados a los servicios brindados; y a nivel internacional, a Amazon Web Services y Google Inc, con el fin de almacenar los datos en la nube, cuyos servidores se encuentran en Estados Unidos.

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

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

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

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

CONTRATO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS DE SERVICIOS DE SALUD PROGRAMA PROTECCIÓN HOSPITALARIA

CLÁUSULAS PARTICULARES

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



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

1.1 PRESTACIONES GENERALES



Beneficio Hospitalario

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

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

El beneficio no aplicará para estancias hospitalarias posteriores al alta médica, indistintamente de cuando se produzca el alta efectiva y su causa. Es decir, si el **AFILIADO** decide mantenerse internado aun habiendo sido dado de alta médica, los gastos incurridos serán a cargo del **AFILIADO**.

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



Asistencia Médica Telefónica

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

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

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



Servicio De Ambulancia Por Emergencia

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

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

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

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

1.2 OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS



Médico a Domicilio

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

Está sujeto al pago de **DEDUCIBLE** el cual está especificado en el **PLAN DE SALUD**. Cabe precisar que aplica para situaciones médicas que no sean **EMERGENCIAS** y que este servicio no incluye la entrega o cobertura de medicamentos.



Enfermería a Domicilio

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

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



Asistencias al Hogar

Asistencias de cerrajería, gasfitería, electricista y vidriería. Sujetos a un tope máximo de evento y monto máximo por evento detallado en el **PLAN DE SALUD**.

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

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

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

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



No aplica:

- Reparaciones fuera de la vivienda del **AFILIADO**.
- Cualquier falla o daño preexistente en los componentes e instalaciones.
- Reparaciones a causa de fallas en los servicios eléctricos, hidráulicos, sanitarios, de gas y por rotura de vidrios.

Detalle de las asistencias:

Cerrajería:

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

No aplica:

- La reparación y/o reposición de cerraduras y/o puertas de acceso a los ambientes internos del inmueble.
- La reparación y/o reposición de cerraduras de guardarropas, alacenas y/o similares.

Gasfitería:

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

No aplica:

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

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

Electricista:

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

No aplica:

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

Detalle de las asistencias:

Vidriería:

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

No aplica:

- La reposición de vidrios, espejos, marcos, estructuras, vitrales, entre otros.
- Reparación y/o reposición de cualquier clase de espejos y cualquier tipo de vidrios que, a pesar de ser parte de la edificación, no formen parte de la fachada exterior de la vivienda.
- Instalaciones nuevas de vidrios, mamparas, espejos, entre otros.

1.3 TARIFAS Y DESCUENTOS PREFERENCIALES

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

2. PERTINENCIA DE LAS PRESTACIONES

La cobertura de salud que la **IAFAS** otorga a favor del **AFILIADO** en virtud del presente **CONTRATO**, comprende las condiciones y prestaciones de salud contenidas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES**, las cuales se encuentran acorde con las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA** con base al cumplimiento de los siguientes criterios:

- a** Que las prestaciones de salud se encuentren recomendadas y comprendidas en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**.
- b** Que el tratamiento y el (los) fármaco(s) indicado(s), hayan concluido exitosamente el **ENSAYO CLÍNICO DE FASE III** y se encuentren comprendidos en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**.
- c** Que, los procedimientos y tratamientos se encuentren estrictamente relacionados al (los) al(los) diagnóstico(s) objeto de la cobertura del programa.
- d** Que los tratamientos, exámenes y/o medios diagnósticos se encuentren disponibles y se ejecuten íntegramente en el territorio de la República del Perú.

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

Contrato vigente a partir del 01 de Agosto del 2022

Código OS.SP.P.02.69

Revisión: 01

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 01: Plan de Salud	Pág. 23
ANEXO 02: Aporte y Formas de Pago	Pág. 26
ANEXO 03: Exclusiones, gastos no cubiertos y limitaciones a las coberturas contratadas	Pág. 29
ANEXO 04: Procedimiento para solicitar cobertura	Pág. 32
ANEXO 05: Red de Atención	Pág. 33
ANEXO 06: Flujograma de procedimiento de atención de consultas y reclamos	Pág. 34

ANEXO 01 PLAN DE SALUD

Las coberturas a las que el (los) **AFILIADO(s)** tiene(n) derecho a través del presente **CONTRATO**, corresponde de manera específica al programa optado por el **CONTRATANTE** en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, cuyos alcances, limitaciones, **DEDUCIBLES** y **COPAGOS** detallamos a continuación.

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN	
Límite máximo del beneficio anual por afiliado¹: Afiliado Titular y Dependientes.	S/ 24,000
Límite de ingreso: Afiliado Titular y Dependientes.	Sin límite de edad
Límite de permanencia: Afiliado Titular y Dependientes.	No aplica
Suscripción del CONTRATO.	Rige a partir del primer día del mes siguiente de cancelado el primer aporte
Periodo de carencia: Plazo mínimo de permanencia en el programa para tener derecho a las coberturas establecidas en éste. Se contabilizan en forma individual por cada AFILIADO , a partir de la fecha de inicio de vigencia.	90 días
Latencia: Es un derecho especial de cobertura por desempleo que la IAFAS ESSALUD y la IAFAS EPS le otorga al AFILIADO regular y sus derechohabientes.	No aplica

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

REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PRESTACIONES GENERALES

PRESTACIONES GENERALES	DEDUCIBLE	COPAGO	COBERTURA
Atención Hospitalaria *Hasta un máximo de 12 días durante la vigencia anual	S/0	0%	S/2000 diarios Sin IGv
Ambulancia para emergencias *Una vez durante la vigencia anual	S/0	0%	Hasta S/300 en la anualidad Sin IGv
Orientación médica telefónica *En Medicina General, Pediatría, Geriatría y Nutrición	S/0	0%	100%

PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS

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

*Incluye los materiales, honorarios y movilidad del técnico.

Las prestaciones complementarias serán ofertadas por MOK PERÚ S.A.C. Según zonas de cobertura detalladas en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>. Para acceder al beneficio el AFILIADO debe contactarse al (01) 700-6693.

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

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

El alcance de las prestaciones bajo cobertura está sujeto a la capacidad resolutive y disponibilidad de servicio de las **IPRESS** de la Red de Atención del programa.

Las prestaciones están sujetas a **EXCLUSIONES**, gastos no cubiertos y limitaciones detallados en el **Anexo 03**.

No están cubiertos los gastos de traslado ni atenciones fuera de la red designada.

PERIODO DE ESPERA

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

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

En ese sentido, cualquier gasto relacionado a prestaciones de salud efectuadas dentro de este período, no serán cubiertas por el **CONTRATO**.

Período de Espera	
*Gestación: parto, cesárea, aborto y complicaciones del embarazo *Prestaciones oncológicas *Prestaciones relacionadas al diagnóstico de VIH/Sida	12 Meses

ANEXO 02

APORTES Y FORMAS DE PAGO

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

RANGO ETARIO	Mensual	Anual
00 - 35	S/ 25.88	S/ 294.84
36 - 65	S/ 45.77	S/ 521.64
Más de 66*	S/ 59.68	S/ 680.28

Precios incluyen IGV

*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 01 – Requisitos de Suscripción** del presente **CONTRATO**. Los nuevos **AFILIADOS**, se encuentran sujetos a un **PERÍODO DE CARENCIA** de acuerdo al programa elegido.

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

DE LA DESAFILIACIÓN

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

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

Del mismo modo, el **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 DEL FALLECIMIENTO DEL CONTRATANTE O AFILIADOS

En caso de fallecimiento del **CONTRATANTE**, los herederos legales deberán informar el deceso a la **IAFAS**. Si en caso los demás **AFILIADOS** requieran continuar bajo protección del programa, deberán presentar una nueva **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** a la **IAFAS**, designando un nuevo **CONTRATANTE**, 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 del certificado de defunción, en un plazo máximo de sesenta (60) días posteriores al deceso.

RESPONSABILIDAD DE PAGOS

El **AFILIADO** cede por voluntad propia la responsabilidad del pago de sus aportes al **CONTRATANTE**, como contraprestación por la contratación de la cobertura complementaria respecto de las prestaciones de salud, el **CONTRATANTE** pagará a la **IAFAS** los aportes indicados en el **Anexo 02**.

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

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

Cualquier incumplimiento, tanto del **CONTRATANTE** como 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 03

EXCLUSIONES, GASTOS NO CUBIERTOS Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

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

- 1 Cualquier requerimiento de cobertura de servicios cuyo propósito sea distinto a prestaciones de salud hospitalarias de naturaleza recuperativa tales como, sin limitarse a: chequeos médicos, despistajes, prestaciones exclusivamente en **EMERGENCIAS**, prestaciones ambulatorias y domiciliarias de cualquier tipo, inclusive si hubiesen sido indicadas durante la hospitalización.
- 2 Cualquier requerimiento de cobertura sobre prestaciones relacionadas a condiciones de salud o enfermedades preexistentes a la suscripción del presente **CONTRATO**, inclusive si hubiesen sido reveladas en la Declaración Jurada de Salud. Así como enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos y sus gastos derivados, definidas en el capítulo XVII del CIE 10 “Malformaciones congénitas” que codifica las malformaciones congénitas.
- 3 Todo tipo de requerimiento prestacional que no sea ordenado o prescrito por los profesionales médicos de la **RED AUNA**.
- 4 Cualquier requerimiento de reintegro y/o pagos por servicios médicos suministrados por terceros no autorizados expresamente por la **IAFAS**. Así como prestaciones económicas de cualquier índole.
- 5 No se reconocerán honorarios y/o tarifas por encima de lo establecido entre la **IAFAS** y las **IPRESS**.
- 6 Alquiler de equipos o servicios no disponibles en la **IPRESS**, independientemente del diagnóstico y/o pertinencia médica.
- 7 Todo procedimiento o terapia que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria. Así como, prestaciones y tratamientos profilácticos, psicológicos, psiquiátricos, psicoterapéuticos, curas de reposo, cualquier tipo de tratamiento kinésico, acupuntura, quiropráxia o de rehabilitación mental, nutricional. De la misma manera, las cirugías de neurotización, por ginecomastia estética, mastopexia y de simetrización u otras cirugías plásticas. Cremas, lociones faciales, sustancias exfoliativas, despigmentantes, jabones, champúes, cremas neutras y bloqueadores solares.
- 8 Lesiones autoinflingidas o producidas voluntariamente o estando mentalmente insano, intento de suicidio, peleas y riñas.
- 9 Todo tratamiento médico o quirúrgico de melasma, alopecia u otros trastornos dermatológicos estéticos, así como el retiro de tatuajes, piercing o similares.
- 10 No están cubiertos los tratamientos médicos y/o quirúrgicos de sobrepeso, obesidad, obesidad mórbida, raquitismo, anorexia nerviosa y los derivados de estos diagnósticos. No se cubre la liposucción, lipoescultura e inyecciones reductoras de grasa u otros métodos liporeductores.
- 11 Cualquier tipo de enfermedades y tratamientos, inclusive accidentales, resultantes del uso o adicción a las drogas, estupefacientes, tabaquismo, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares. Así como las lesiones por accidentes que se produzcan en situación de embriaguez o bajo influencia de drogas registrados en la historia clínica y/o con el dosaje respectivo (caso del alcohol: nivel sérico > 0.5 g/L, según la Ley N°

27753). En caso el paciente se niegue a realizarse el examen de alcoholemia o toxicológico requerido, asumirá automáticamente la integralidad del gasto prestacional generado. En caso que la muestra para el examen de alcoholemia no sea tomada inmediatamente después del accidente, para calcular el grado de alcohol en la sangre al momento del accidente, se considerará una disminución por hora de 0.15g/L. desde el momento del accidente hasta la toma de la muestra. En el caso de situación bajo influencia de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos se considerará cualquier grado positivo de un examen toxicológico.

- 12 Cualquier requerimiento o prestación médica y/o quirúrgica consecuencia de la conducción de un vehículo motorizado sin contar con la licencia de conducir vigente que corresponda al tipo de vehículo según la normativa pertinente. Así como lesiones o enfermedades a consecuencia de la participación activa del **AFILIADO** en motines, huelgas, conmoción civil, terrorismo o actos delictivos.
- 13 Todo tipo de prestaciones diagnósticas o terapéuticas, equipos, insumos, suministros o fármacos y otras nuevas tecnologías que no hayan alcanzado el nivel de evidencia IIA en Medicina Basada en Evidencia de la Agency for Healthcare Reserch and Quality - AHRQ. De igual manera están fuera de cobertura aquellos que no hayan concluido exitosamente la fase III de su ensayo clínico o que no se encuentren debidamente aprobados por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), de la Food and Drug Administration (FDA) y de la European Medicines Agency (EMA) o que no se recomienden en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**. Así mismo, tratamientos o medicamentos e insumos no comercializados a nivel nacional.
- 14 No se cubre medicina tradicional de cualquier tipo ni tratamientos homeopáticos, recetario magistral, iriología, reflexología y en general tratamientos experimentales, empíricos o relacionados a la medicina alternativa.
- 15 Cualquier tipo de prestación odontológica u odontoestomatológica, así como cualquier tipo de prótesis, obturadores palatinos o implantes dentales, elementos de periodoncia y ortodoncia, pernos, coronas, carillas y afines.
- 16 Equipos médicos durables tales como: termómetro, tensiómetro, equipos de oxigenoterapia, glucómetro (equipo y tiras), respiradores, pulsoxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP o similares, audífonos e implantes cocleares, separadores interespinosos para columna vertebral y discos intervertebrales protésicos. No están cubiertas las prótesis externas, sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés. De igual manera aparatos y equipos ortopédicos, zapatos ortopédicos, ortésicos, equipos mecánicos o electrónicos, audífonos e implante coclear.
- 17 Intervenciones quirúrgicas para corrección de trastornos de refracción (tales como miopía, hipermetropía, astigmatismo o presbicia), inclusive cirugía láser. Así como monturas, cristales y/o resinas, lentes de contacto, implantes oculares, lente estromal o cualquier otro dispositivo para trastornos de refracción, intra o extra ocular.
- 18 Hospitalizaciones para fines exclusivos de: cuarentena o aislamiento, cuidado sanitario o asilo, curas de reposo o de sueño. Así como equipos o dispositivos relacionados al estudio y/o tratamiento de trastornos del sueño, incluyendo polisomnografía.
- 19 Estudios de diagnóstico, tratamientos y procedimientos que tengan relación con problemas de esterilidad, fertilidad e infertilidad; así como, sus complicaciones y/o consecuencias, incluidos los gastos por fertilización. Asimismo, diagnóstico, estudios y tratamientos o cirugías para esterilización, fertilización (tanto en infertilidad primaria como secundaria), disfunción eréctil y cambio de sexo. Asimismo, gastos relacionados a aborto inducido distinto a lo contemplado en las consideraciones normativas y legales sobre aborto terapéutico.

- 20 Gastos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades psiquiátricas y psicológicas definidas en el capítulo V del CIE-10 “Trastornos mentales y del comportamiento” de la OMS.
- 21 Tratamiento, procedimientos y operaciones derivadas de pie plano, varo, valgo, Hallux Valgus y callos.
- 22 Todo tipo de servicios de bazar y confort personal durante la hospitalización, como radios, televisores, teléfonos, consumos de frigobar, artículos personales o de higiene, pañales, medias antiembólicas, toallas higiénicas, máquinas de afeitar, guantes descartables no estériles, mantas térmicas de cualquier tipo, papel higiénico, batas, ropa de cama, hisopos y/o colchón antiescaras.
- 23 Gastos relacionados a acompañantes, mientras el **AFILIADO** se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, cama, alimentación, bazar y/o confort y similares.
- 24 Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional a causa de la participación profesional de cualquier deporte. Así como aquellas relacionados a la práctica de deportes o actividades de alto riesgo, tales como, pero sin limitarse a: paracaidismo, parapente, vuelo en aeronaves ultraligeras o ala delta, escalamiento, esquí acuático y sobre nieve, buceo o caza submarina, saltos desde puentes o puntos elevados al vacío, caza de fieras, toreo o rodeo, carreras de vehículos motorizados y/o otras actividades o deportes razonablemente riesgosos.
- 25 Gastos relacionados a prestaciones incurridas antes de la culminación del **PERIODO DE CARENCIA** y/o espera.

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

ANEXO 04

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

- a** Requerir su atención, en las clínicas de **RED AUNA** detalladas en el **Anexo 05**, 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 **COPAGOS** y/o eventuales gastos no cubiertos que pudieran generarse, el mismo que será devuelto, total o parcialmente según se haya usado, a través de los procedimientos y plazos que le serán informados por la **IPRESS**.

ANEXO 05
RED DE ATENCIÓN

Red Auna



Lima

Clínica Auna sede
Guardia Civil
(RS 00027320)
Av. Guardia Civil 368,
San Borja
☎ (01) 204-9600

Callao

BELLAVISTA
Clínicas Auna sede
Bellavista
(RS 00009250)
Jr. Las gaviotas
N° 207, Bellavista
Urb. San José
☎ (01) 204-9600

Provincias			
<p>PIURA</p> <p>Clínicas Auna sede Miraflores (RS 00013494) Cll. Las Dalias A-12 Castilla ☎ (073) 749-333</p>	<p>TRUJILLO</p> <p>Clínicas Auna sede Camino Real (RS 00016830) Jr. Bolognesi 565 T ☎ (044) 749 300</p>	<p>AREQUIPA</p> <p>Clínicas Auna sede Vallesur (RS 00016744) Av. La salle N° 108 y N° 116 Cercado ☎ (054) 749-333</p>	<p>LAMBAYEQUE</p> <p>Clínicas Auna sede Chiclayo (00030057) Av. Mariscal nieto N° 480 ☎ (074) 749-333</p>

* RS: Número de registro Susalud

Los servicios de Asistencia médica telefónica son ofertados por MOK PERÚ S.A.C. Según zonas de cobertura detalladas en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>. Para acceder al beneficio el **AFILIADO** debe contactarse al **(01) 700-6693**.

ANEXO 06

FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

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

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

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 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.

auna Salud Hospitalario

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