

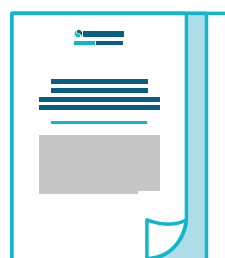
RESUMEN

El condicionado de ONCOSALUD consta de tres secciones: **Condiciones generales**, **condiciones particulares** y **anexos**.



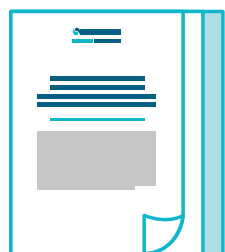
① CONDICIONES GENERALES

La primera sección contiene las cláusulas del contrato. Entre estas cláusulas se encuentra el objeto, contenido del contrato, algunas definiciones de guía para el afiliado, los requisitos de suscripción, modificaciones a la afiliación, vigencia del contrato, inicio de otorgamiento de cobertura, consentimiento de tratamiento de datos personales y modificaciones contractuales.



② CONDICIONES PARTICULARES

- ① Relación de prestaciones cubiertas por el programa oncológico
- ② Descripción y alcance de las prestaciones cubiertas por el programa



③ ANEXOS

- ① ANEXO 1: Plan de beneficios
- ② ANEXO 2: Aportes y formas de pago
- ③ ANEXO 3: Exclusiones, gastos no cubiertos y limitaciones a las coberturas contratadas
- ④ ANEXO 4: Activación del beneficio oncológico
- ⑤ ANEXO 5: Red de atención
- ⑥ ANEXO 6: Flujograma de procedimiento de atención de consultas y reclamos

Contrato de prestaciones de servicios de salud

Aquí comienza

Tu tranquilidad

Contrato de prestaciones de servicios de salud

Programa Oncológico

Prepagado

1

Condiciones Generales

Conste por el presente documento, que celebran de una parte: **ONCOSALUD S.A.C.**, con RUC N° 20101039910, domicilio legal en Av. República de Panamá N° 3461, Piso 14, Distrito de San Isidro, Provincia y Departamento de Lima, debidamente representado por su Representante Legal Guillermo Michell Lecaros Gutiérrez, con DNI N° 10308857, según poder inscrito en la Ficha N° 00558907, Asiento N° C00067 del Registro de Personas Jurídicas de la ciudad de Lima, con registro en **SUSALUD RIAFAS** N° 20006, a quien en adelante se le denominará LA **IAFAS**; y de otra parte el **CONTRATANTE**, quien consigna sus generales de ley en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** que forma parte integrante de este **CONTRATO**, quien procede por su propio derecho y en representación de sus derechohabientes y/o dependientes a quienes en adelante se denominarán como los **AFILIADOS** o el **AFILIADO**, quien ha optado por contratar la cobertura de prestaciones de salud con la **IAFAS**, según corresponda, 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 de EL **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 las **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

- 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 BENEFICIOS:** Derechos del (los) **AFILIADO(S)** según las condiciones establecidas en el plan o programa de salud contratado.
- 8 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.
- 9 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.
- 10 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.
- 11 CONTRATO:** Documento que contiene las condiciones que suscriben las Entidades que prestan Servicios de Salud Prepagados (ESSP) con el **AFILIADO** o **CONTRATANTE**, para regular los derechos y las obligaciones de las partes, con relación a los beneficios ofrecidos en el plan o programa de salud.
- 12 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.

- 13** **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**.
- 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 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.
- 14** **CONDICIÓN DE NO FUMADOR:** Persona que no cumpla con la **CONDICIÓN DE FUMADOR** anteriormente descrita.
- 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** **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, rescisión o nulidad del mismo. La **DESAFILIACIÓN** también puede darse por solicitud expresa del **AFILIADO**.
- 17** **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.
- 18** **DÍAS:** Días calendario
- 19** **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.
- 20** **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.

- 21 ESTADO TERMINAL:** Paciente en progresión de enfermedad importante y no tributario de tratamiento oncológico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses).
- 22 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 autoinflingidas por problemas de salud mental, derivados de un diagnóstico de salud mental no se excluyen.
- 23 EXAMEN ANTÍGENO PROSTÁTICO:** Examen de laboratorio que mide la concentración en sangre de una proteína producida exclusivamente por las células de la glándula prostática. Puede encontrarse valores elevados tanto en condiciones malignas como no malignas, por lo que puede ser usado para la detección y seguimiento de estas condiciones.
- 24 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.
- 25 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.
- 26 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.
- 27 NICOTINA:** Es un alcaloide, estimulante, psicoactivo y adictivo, presente en las hojas de tabaco y en los productos que contienen nicotina.
- 28 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.
- 29 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, acogiéndose 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.

30 **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.

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

32 **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.

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.

33 **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.

34 **PLAN DE BENEFICIOS:** Es el documento que detalla los beneficios que otorga la **IAFAS**.

35 **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**.

36 **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.

37 **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.

- 38 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.
- 39 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.
- 40 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**.
- 41 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.
- 42 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.
- 43 SALUD:** Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
- 44 SEXO BIOLÓGICO:** Es el sexo que se le asigna al nacer y que se consigna en la partida de nacimiento. Para efectos de este contrato, cuando se haga uso de la palabra "SEXO" se referirá en todos los casos al **SEXO BIOLÓGICO**.
- 45 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.
- 46 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.
- 47 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.
- 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 condiciones 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:

REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN

- 1** 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:
 - A** Datos Generales del (los) **AFILIADO**(s).
 - B** Identificación y selección del programa optado.
 - C** Indicación de la modalidad de pago de las aportaciones por efectuar.
 - D** **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** del (los) **AFILIADO**(s), de forma individual.
 - E** Resultado del examen de antígeno prostático (PSA), según corresponda.
 - F** Declaración de **CONDICIÓN DE FUMADOR** incluida en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, según corresponda.
 - G** Plan de salud primario **PEAS** de cobertura oncológica en **IAFASS** pública.
- 2** 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.
- 3** Los **AFILIADOS** varones de sesenta y uno (61) años o más, propuestos como tales por el **CONTRATANTE**, deberán someterse por cuenta propia y previa a la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** a una prueba de Antígeno Prostático Específico (PSA), la cual se realiza en virtud del deber de buena fe del **AFILIADO**. Los resultados de la prueba PSA no deben tener una antigüedad mayor a treinta (30) días calendario y deberá ser adjuntada a la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**.

Los resultados de la prueba de PSA deben ser emitidos por laboratorios que cuenten con la autorización y debida certificación de los entes reguladores de Centros de Salud y/o IPRESS del país.

- 4 En cualquier momento, la IAFAS podrá solicitar a los **AFILIADOS** que hayan consignado la **CONDICIÓN NO FUMADOR** en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** la realización obligatoria de la prueba de nicotina y/o sus metabolitos que la IAFAS establezca sin costo alguno en cualquiera de los establecimientos asignados por la **IAFAS**. Los resultados no deben tener una antigüedad mayor a cuarenta y ocho (48) horas posteriores a la solicitud por parte de la **IAFAS**.
- 5 En caso la prueba de nicotina y/o sus metabolitos resultase positiva dentro del rango específico que el tipo de prueba establezca o el **AFILIADO** no realizara la prueba oportunamente, la **IAFAS** procederá al cobro retroactivo de los aportes a partir de la última renovación bajo la **CONDICIÓN DE FUMADOR**, los cuales se detallan en el **Anexo 2**.
- 6 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** y/o producto del resultado de la prueba de PSA, condicionamientos que la IAFAS deberá poner en conocimiento del **CONTRATANTE** con la debida oportunidad.
- 7 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**.
- 8 Cualquier reticencia, falsedad, omisión, inexactitud u ocultamiento de información relativa al estado de salud y/o **CONDICIÓN DE FUMADOR**, por parte del **CONTRATANTE**, suscriptor de la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** y/o alteración en el resultado de la prueba de PSA, 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**.
- 9 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.
- 10 El **CONTRATANTE** declara tener conocimiento y responsabilidad de la información brindada sobre el estado de salud y antecedentes médicos de los **AFILIADOS**.
- 11 El **CONTRATANTE** declara contar con representación suficiente del(los) menor(es) de edad y estar plenamente facultado para suscribir el presente **CONTRATO**.

CLÁUSULA SEXTA:

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** respectiva, aplicándose los mismos requisitos de afiliación señalados en la cláusula quinta del presente **CONTRATO**. Del mismo modo, se encuentran sujetos a un nuevo **PERÍODO DE CARENCIA** de acuerdo al programa elegido.

Del mismo modo, el **CONTRATANTE** puede solicitar la migración a un programa oncológico superior en cualquier momento aplicando un nuevo **PERÍODO DE CARENCIA**, para lo cual deberá presentar una nueva **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** y **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** respectiva.

Asimismo, no aplica nuevo **PERÍODO DE CARENCIA** en el caso de migración a un programa oncológico inferior el cual podrá solicitar en cualquier momento, o por la migración a un programa oncológico superior solo al vencimiento de cada vigencia anual en ese sentido debe realizar la migración en el plazo de treinta (30) días contados del mes de renovación. En ambos supuestos se deberá presentar una nueva **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** y **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** respectiva.

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

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

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

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

CLÁUSULA SÉPTIMA:

PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD

La cobertura de salud que LA IAFAS otorga a favor de EL **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 Condiciones Particulares del presente **CONTRATO**.

CLÁUSULA OCTAVA:

PRESTACIONES PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES

Adicionalmente a lo mencionado en la cláusula precedente, en las condiciones 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 NOVENA:

PERTINENCIA DE LAS PRESTACIONES ONCOLÓGICAS

La cobertura de salud que la **IAFAS** otorga a favor del **AFILIADO** en virtud del presente **CONTRATO**, comprende las condiciones y prestaciones oncológicas contenidas en las **CONDICIONES PARTICULARES**; las cuales se encuentran acorde con las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA** señalada en el **Anexo 5** 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 **RED AUNA**. Los Criterios de Inclusión y Exclusión, los estudios referenciales y los demás parámetros aplicables se encuentran publicados y son actualizados periódicamente en la página web www.clinicaltrials.gov.
- 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 **CONDICIONES 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** para este **CONTRATO**, 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.

Las prestaciones requeridas bajo las coberturas se encuentren descritas en el **PLAN DE BENEFICIOS** detallado en el **Anexo 1** y no se encuentren comprendidos en las **EXCLUSIONES** detalladas en el **Anexo 3** del presente **CONTRATO**.

CLÁUSULA DÉCIMA:

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

En las condiciones 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 DÉCIMO PRIMERA:

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

LA **IAFAS** otorga la cobertura detallada en la Condiciones Particulares del presente **CONTRATO**, a EL **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 DÉCIMO SEGUNDA:

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 Condiciones Particulares, en el caso de haberlo pactado.

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA:

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 Condiciones 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 CUARTA:

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 Condiciones 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 QUINTA:

APORTES E INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE APORTES

Como contraprestación por el otorgamiento de la cobertura complementaria, EL **AFILIADO/ASEGURADO** o **AFILIADOS/ASEGURADOS** pagan a LA **IAFAS** los aportes indicados en las Condiciones 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 a EL **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 a EL **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 de EL **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 encontraban 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 SEXTA:

COPAGOS

Las prestaciones materia del presente contrato pueden estar sujetas a copagos a cargo de EL **AFILIADO/ASEGURADO** o LOS **AFILIADOS/ ASEGURADOS**, los que se indican en las Cláusulas Particulares del Presente Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA:

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 a EL **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 EPS** O **IAFAS** 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 OCTAVA:

CLÁUSULA VIGÉSIMA: 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 de EL **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 a EL **AFILIADO/ASEGURADO** o LOS **AFILIADOS/ASEGURADOS**, a la suscripción de EL **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 NOVENA:

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 VIGÉSIMA:

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 VIGÉSIMO PRIMERA:

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 VIGÉSIMO SEGUNDA:

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 TERCERA:

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** 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.

CLÁUSULA VIGÉSIMO CUARTA:

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 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 QUINTA:

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**, 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 **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 60 días posteriores al deceso.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEXTA:

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

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

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

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

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

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

- 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.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SÉPTIMA:

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 OCTAVA:

MODIFICACIONES CONTRACTUALES

El presente **CONTRATO** podrá ser modificado por la **IAFAS**, 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). Las modificaciones señaladas por la **IAFAS** regirán a partir de la renovación del **CONTRATO**.

El **CONTRATANTE** tendrá derecho a terminar la presente relación jurídica si no está de acuerdo con las modificaciones informadas, debiendo para ello comunicar por escrito, de manera física o por correo electrónico, su decisión de resolver el **CONTRATO**. En caso de que el **AFILIADO** no comunique su decisión de resolver el **CONTRATO** y continúe utilizando las prestaciones de salud establecidas por el mismo, después de haber recibido las modificaciones y de haber entrado en vigencia las mismas, se entenderá que el **AFILIADO** ha aceptado satisfactoriamente las modificaciones contractuales informadas.

Contrato de prestaciones de servicios de salud

Programa Oncológico

Prepagado *Oncoeconómico*

2

Condiciones particulares

A través del presente documento se describe a nivel de detalle las condiciones asegurables, prestaciones y servicios, de salud exclusivamente oncológicas, de manera complementaria a la cobertura obligatoria al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (**PEAS**) a cargo de **ESSALUD** o al Seguro Integral de Salud (**SIS**), conforme a los límites y condiciones del programa optado por el **CONTRATANTE** en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, por la cual los **AFILIADOS** tienen derecho a la cobertura complementaria descrita a continuación, para las necesidades no satisfechas en su **IAFAS** Pública (**ESSALUD** o **SIS**), según el detalle de las Condiciones Particulares especificadas y en los Anexos que son parte integrante del presente **CONTRATO**, las cuales se suministrarán exclusivamente a través de la **RED AUNA**.

Por lo cual, El **CONTRATANTE** declara con suficiencia de conocimiento, que todos los **AFILIADOS** cuentan con afiliación vigente a **ESSALUD** o al Seguro Integral de Salud (**SIS**). De no cumplir esta condición esencial, la **IAFAS** quedará libre de cualquier obligación frente al **CONTRATANTE** y/o **AFILIADOS** sin excepción alguna.

I. BENEFICIOS DEL PROGRAMA ONCOLÓGICO:

1.1 Beneficios de Recuperación de la Salud

El otorgamiento de las prestaciones de la recuperación de la salud, bajo cobertura, será de manera posterior a la activación del programa oncológico detallado en el **Anexo 4**, en tanto el diagnóstico de sospecha o diagnóstico confirmatorio no se haya producido dentro del **PERÍODO DE CARENCIA**, y siempre que cumplan los criterios de pertinencia señalados en las Condiciones Generales del presente **CONTRATO**, condiciones que serán validadas por staff de médicos oncólogos de la **RED AUNA** y por la **IAFAS**. Estas incluyen los siguientes tipos de prestaciones y se otorgarán conforme a lo establecido en el **PLAN DE BENEFICIOS** detallado en el **Anexo 1**:

Diagnóstico Oncológico: A través de este beneficio se otorgarán 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, sustentada en estudios de imágenes y bioquímicos que establezcan el diagnóstico de sospecha.

Tratamiento Oncológico: A través de este beneficio se otorgarán las prestaciones médicas de tratamiento oncológico, tanto ambulatorias como hospitalarias, una vez establecido el diagnóstico oncológico concluyente a través del Informe de anatomía patológica firmado y sellado por un patólogo colegiado en el país. Siempre que sean indicadas por su médico oncólogo tratante de sus **IAFAS** Pública (ESSALUD o SIS) donde deberá realizar su tratamiento principal, o el médico oncólogo líder del directorio médico de la **RED AUNA**.

1.2 Beneficios de Prevención y Promoción Oncológica:

La cobertura contempla también la realización de la encuesta de evaluación de riesgo oncológico, así como el otorgamiento de los exámenes de despistaje oncológico y riesgo metabólico, en función a las disposiciones, periodicidad y amplitud descrita establecido en el **PLAN DE BENEFICIOS** y el detalle de sus componentes vigentes publicados en la página web <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>. Cabe señalar que este es un beneficio de carácter personal y exclusivo para los **AFILIADOS**, no pudiendo ser transferible a terceros.

II. RELACIÓN DE PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO

2.1 PRESTACIONES AMBULATORIAS

Procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos de quimioterapia y radioterapia, incluyendo salas de quimioterapia, operaciones y de recuperación.

Estudios de medicina nuclear, tales como: gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela, tomografía por emisión de positrones (PET-CT).

Estudios de imágenes, tales como ecografías, rayos X, tomografía computarizada y resonancia magnética, relacionados al diagnóstico, control y seguimiento del tratamiento de la patología oncológica.

Honorarios médicos por consulta o teleconsulta y/o procedimientos quirúrgicos ambulatorios.

Medicamentos oncológicos para quimioterapia y otros específicos contra el desarrollo del cáncer y limitado al "Listado de Medicamentos para el tratamiento del cáncer" específico para este programa.

Medicamentos no oncológicos, materiales e insumos incluyendo: catéteres permanentes, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos, relacionados con el tratamiento de la enfermedad oncológica.

Exámenes de laboratorio relacionados al diagnóstico, control y seguimiento del tratamiento de la patología oncológica.

Exámenes histopatológicos postquirúrgicos, incluyendo exámenes de inmunohistoquímica para diagnóstico, clasificación o tipificación.



2.2. PRESTACIONES HOSPITALARIAS

Hotelería: Aplica para habitación individual o bipersonal estándar, según disponibilidad.

Medicamentos oncológicos para quimioterapia y otros específicos contra el desarrollo del cáncer y limitado al “Listado de Medicamentos para el tratamiento del cáncer” específico para este programa.

Medicamentos no oncológicos, materiales e insumos, incluyendo: catéteres permanentes, líneas de infusión, mallas marlex, grapas, oxígeno y anestésicos, relacionados con el tratamiento de la enfermedad oncológica.

Exámenes de laboratorio relacionados al diagnóstico, control y seguimiento del tratamiento de la patología oncológica.

Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia.

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.

Procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos, quimioterapia y radioterapia, incluyendo salas de quimioterapia, operaciones y de recuperación.

Estudios de medicina nuclear, tales como: gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela, tomografía por emisión de positrones (PET-scan).

Estudios de imágenes, tales como ecografías, rayos X, tomografía computarizada y resonancia magnética.



*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**.*

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

3.1 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 y hospitalarios, 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



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), RIO (Radioterapia IntraOperatoria) *, 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.

** Sólo en Patología mamaria.*



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.



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.



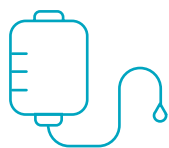
Tomografía por emisión de positrones (PET Scan):

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, siempre que sea indicado por el médico tratante asignado por la **RED AUNA** y 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.



Estudios de medicina nuclear:

Estudios que usan sustancias radioactivas, llamadas también radiofármacos, para crear imágenes en base a la dinámica química del cuerpo, tales como: gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela. Se incluye en este beneficio, el tratamiento con yodo radioactivo para cáncer de tiroides.



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 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, a 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, siempre y cuando no tengan carcinomatosis y/o enfermedad metastásica sistémica. Se otorgará solo con autorización previa de la **IAFAS** bajo indicación médica pertinente.



Cirugía reconstructiva oncológica ante secuela mutilante:

Aplica para casos de cirugías por cáncer de piel y tejidos blandos del sistema músculo esquelético, inclusive en cara y por amputación de extremidades (no incluye genitales), en el mismo acto operatorio extractivo. Previa autorización de la **IAFAS**. Reconstrucción no cosmética de la solución de continuidad de la zona afectada. Para el caso de mamas se aplicará el beneficio correspondiente a reconstrucción mamaria.



Kit de colostomía o ileostomía:

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



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 caralla, pinza, bolsas y pegamento. Así como educación al paciente y su familia para el autocuidado y mantenimiento de la urostomía.



Material de Osteosíntesis:

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:** 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); Intoxicación Hematológica (gastos de hotelería por anemia; trombocitopenia, pancitopenia, neutropenia).
- B** **Intoxicación cutánea (eritema acral):** Infecciones por Bacterias, Hongos y Virus; Trastornos Hidroelectrolíticos; Neuropatía en tratamientos con fármacos de la familia de los platinos, taxanos y/o epotilomas.
- C** **Atención por complicaciones Post-Radioterapia:** Hasta por un plazo máximo de ocho (08) semanas con relación a la fecha de realización de la radioterapia: Proctitis actínica, Cistitis actínica, Mucositis oral, Esofagitis, Neumonitis y Eritema.

3.2 Otras prestaciones complementarias



Prueba de expresión genética para cáncer de mama:

Sólo para pacientes con cáncer de mama en estadios tempranos (I y II A), con receptores de estrógeno positivos y receptores HER2 negativos, sin extensión a los ganglios linfáticos (ganglios negativos), la cual ayuda a estimar el riesgo de recurrencia de la enfermedad, así como el beneficio de la quimioterapia adyuvante después de una cirugía. Se otorgará bajo indicación médica pertinente y autorizada por la **IAFAS**.



Reconstrucción mamaria y de pezón:

Se otorga, por única vez, solo para casos de mastectomía radical por cáncer de mama atendidas dentro de la cobertura del programa oncológico bajo la vigencia del presente **CONTRATO**, siempre que sea menor de 70 años de edad. Esta cirugía deberá realizarse exclusivamente en la **RED AUNA** y solo a cargo de los cirujanos designados por la **RED AUNA** y autorizado por la **IAFAS** con el único propósito de restablecer la usual apariencia del órgano comprometido.



Prótesis de mama:

Se otorga, por única vez, solo para casos de mastectomía radical por cáncer de mama atendidas bajo la cobertura del programa oncológico a partir de la última renovación del **CONTRATO** vigente y solo a cargo de los cirujanos designados por la **RED AUNA** y autorizado por **IAFAS** para este propósito. La prótesis será la establecida por la **IAFAS** de acuerdo a las características del paciente y hasta el alcance de la cobertura. No se cubrirá el cambio de la prótesis una vez concluido el procedimiento de reconstrucción mamaria.



Prótesis testicular post orquidectomía por cáncer de testículo o próstata:

Aplica, por única vez, solo para casos de cáncer de testículo y/o próstata orquidectomizados, atendidos bajo la cobertura del programa oncológico a partir de la última renovación del **CONTRATO** vigente y solo a cargo de los cirujanos designados por la **RED AUNA** y autorizado por la **IAFAS** para este propósito. La prótesis será la establecida por la **IAFAS** de acuerdo a las características del paciente.



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::

- A Psicooncología:** Asistencia al paciente y familiares directos (incluye tutores, curadores o responsables), se cubrirán cinco (05) consultas programadas por año, contadas a partir de la activación del beneficio oncológico.
- B Orientación Nutricional:** Asistencia al paciente y familiares directos (incluye tutores, cuidadores o responsables). Incluye cinco (5) consultas programadas por año, contadas a partir de la activación del beneficio oncológico.



Terapia física:

Se otorgará 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 y fisioterapia respiratoria post cirugía por cáncer pulmonar. Hasta un máximo de doce (12) sesiones durante los tres (3) primeros meses posteriores a la cirugía antes descrita y previa autorización de la **IAFAS**.



Foniatría en cáncer primario de laringe:

Se otorgará solo a pacientes con disfonía severa o pérdida del habla, posterior a cirugía por cáncer primario de laringe y cuerdas vocales hasta un máximo de doce (12) sesiones, siempre que se programen con la regularidad de tres (3) veces por semana y de manera no interrumpida.



Sedación en pacientes pediátricos:

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



Tutoría médica y ejecutiva de acompañamiento al paciente:

Para orientar en forma personalizada y facilitar al **AFILIADO** la asistencia sobre su fase diagnóstica y de tratamiento, así de los demás servicios del programa oncológico, con oportuna accesibilidad.



Ambulancia terrestre:

Se otorgará al alta hospitalaria en caso de pacientes postrados o imposibilitados de desplazarse por la enfermedad oncológica; únicamente con destino a su domicilio o a su **IAFAS** Pública (Essalud o SIS). 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.*



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**.



Alimentación para dos acompañantes de pacientes pediátricos:

Beneficio exclusivo para pacientes menores de catorce (14) años y seis (6) meses, otorgando cobertura para hasta dos (2) acompañantes del paciente hospitalizado, 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.



Traslado para pacientes radicados fuera de Lima:

Cobertura de un (1) boleto aéreo nacional (ida y vuelta) por cada vigencia anual, en vuelo comercial, para aquellos pacientes domiciliados en provincia (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. o. 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) al año, de uno de los padres siempre que viaje simultáneamente con el menor. Para su otorgamiento, el AFILIADO deberá tramitar la solicitud del beneficio con mínimo treinta (30) días de anticipación. La programación de fechas de ida y retorno, bajo tarifa económica estarán sujeta a disponibilidad de ruta aérea comercial y cupos disponibles de la aerolínea asignada por la IAFAS.



Promoción y Prevención Oncológica:

Beneficio que se otorgará a través de los siguientes paquetes de evaluación:

- A) Evaluación Preventiva Inicial:** Incluye la realización de la encuesta de riesgo oncológico, así como consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer, y una evaluación básica de riesgo metabólico. Se otorgará al **AFILIADO** por única vez y será accesible desde el tercer mes de la vigencia del **CONTRATO**.
- B) Despistaje Oncológico:** Conjunto de exámenes para identificar la sospecha de algunos tipos de enfermedades oncológicas que sean evidenciables en una etapa temprana, 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 descrita en el **PLAN DE BENEFICIOS**, 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 (01)513-7900 o en los establecimientos de salud pertenecientes a la **RED AUNA** señalados en el **Anexo 5**.

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 despistaje oncológico, vencido este plazo, se dará por ejecutado, por lo que el **AFILIADO** deberá esperar el tiempo establecido en el **PLAN DE BENEFICIOS** para acceder nuevamente al próximo conjunto de exámenes.

Sin perjuicio de lo anteriormente indicado, en el caso de mujeres de 40 a 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 despistaje 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 despistaje oncológico, siendo su responsabilidad la programación de lo pendiente, durante su vigencia contractual.

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 **AFILIADO** bajo tarifa preferencial o ser requerido bajo el beneficio de diagnóstico oncológico, según se trate la naturaleza de la condición de salud observada.

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 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>.

Contrato vigente a partir de 15 de setiembre del 2021
Código OS.SP.P.02.47
Revisión: 00

Contrato de prestaciones de servicios de salud

Programa Oncológico

Prepagado

3

Índice de anexos

ANEXO 1: Plan de Beneficios	Pág. 36
ANEXO 2: Aportes y formas de pago	Pág. 40
ANEXO 3: Exclusiones, gastos no cubiertos y limitaciones a las coberturas contratadas	Pág. 41
ANEXO 4: Activación del programa oncológico	Pág. 45
ANEXO 5: Red de Atención	Pág. 47
ANEXO 6: Flujograma de procedimiento de atención de consultas y reclamos	Pág. 48

ANEXO 1

Plan de beneficios

Las coberturas 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 aportes detallamos a continuación.

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN	ONCOECONÓMICO
Límite máximo del beneficio anual por afiliado	Hasta S/ 60,000
Límite de ingreso	Hasta 55 años
Límite de permanencia	Sin límite
Renovación	Automática
Declaración Jurada de Salud	Si aplica
Período de Carencia	90 días

PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	ONCOECONÓMICO 2021		
PRESTACIONES GENERALES	Deducible	Cobertura	Copago
Honorarios médicos por consultas o teleconsultas , intervenciones quirúrgicas o visita domiciliaria, ayudantía o administración de anestesia.	S/0.00	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.	S/0.00	100%	Ninguno
Hormonoterapia farmacológica: Medicamentos para modular las hormonas del organismo para atenuar el crecimiento o reducir el riesgo de recurrencia de ciertos tumores .	S/0.00	100%	Ninguno
Medicamentos no oncológicos , materiales e insumos relacionados con el tratamiento oncológico.	S/0.00	100%	Ninguno
Radioterapia: Radioterapia Tridimensional, Arcoterapia Volumétrica de Intensidad Modulada, Radioterapia de Intensidad Modulada, Radiocirugía Estereotáxica, Radioterapia Estereotáxica Extra Cerebral, Radioterapia IntraOperatoria, Braquiterapia de Alta Tasa de Dosis. Servicio solo disponible en Lima.	S/0.00	100%	Ninguno
Servicios de apoyo al tratamiento: Exámenes de laboratorio, imágenes, anatomía patológica e inmunohistoquímica.	S/0.00	100%	Ninguno
Estudios de Medicina Nuclear: Gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela.	S/0.00	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	S/0.00	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.	S/0.00	100%	Ninguno
Nutrición Parenteral Total (NPT): Solo durante la estancia hospitalaria hasta un máximo de tres (3) semanas.	S/0.00	100%	Ninguno
Kit de colostomía e ileostomía insumo y equipamiento a pacientes con colostomía o ileostomía.	S/0.00	100%	Ninguno
Kit de urostomía insumo y equipamiento a paciente con urostomía por causa oncológica	S/0.00	100%	Ninguno
Cirugía reconstructiva oncológica ante secuela mutilante para pacientes de cáncer de piel y tejidos blandos del sistema musculo esquelético, inclusive en cara y por amputación de extremidades (no incluye genitales), en el mismo acto operatorio extractivo y no cosmético.	S/0.00	100%	Ninguno
Complicaciones ocasionadas por el tratamiento oncológico únicamente las patologías que se presentan a consecuencia de la enfermedad oncológica óo luego de realizada la aplicación del respectivo tratamiento oncológico	S/0.00	100%	Ninguno
Material de Osteosíntesis: para pacientes con fracturas patológicas por metástasis ósea o cáncer óseo.	S/0.00	100%	Ninguno



No se cubre los medicamentos que no están citados en el "Listado de Medicamentos Oncológicos"

PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	ONCOECONÓMICO 2021		
OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS	Deducible	Cobertura	Copago
Cobertura de Fase Diagnóstica	S/0.00	100%	Ninguno
Prueba de expresión genética para cáncer de mama.	S/0.00	100%	Ninguno
Reconstrucción mamaria y pezón para pacientes con mastectomía radical por cáncer de mama.	S/0.00	100%	Ninguno
Prótesis de mama para pacientes con mastectomía radical por cáncer de mama. (Por única vez por mama).	S/0.00	100%	Ninguno
<p>Medicina Integrativa: Dentro de las prestaciones cubiertas, se encuentran las siguientes:</p> <p>Psicooncología para pacientes en compañía de familiares. Incluye cinco (05) sesiones programadas por año. En caso de paciente menor de (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.</p> <p>Orientación nutricional para pacientes en compañía de familiares. Incluye cinco (5) sesiones programadas por año.</p>	S/0.00	100%	Ninguno
<p>Terapia física: Hasta un máximo de doce (12) sesiones.</p> <p>Para hombro y brazo para tratamiento de linfedema posterior a mastectomía radical por cáncer de mama</p> <p>Post cirugía mutilante de tejidos blandos en extremidades</p> <p>Fisioterapia respiratoria post cirugía por cáncer pulmonar.</p>	S/0.00	100%	Ninguno
Foniatría en cáncer primario de laringe , hasta un máximo de doce (12) sesiones programadas.	S/0.00	100%	Ninguno
Prótesis Testicular post orquidectomía para pacientes de cáncer de testículo y próstata.	S/0.00	100%	Ninguno
Segunda Opinión Médica Nacional: Bajo revisión de la junta médica permanente de la IAFAS y con el soporte de los comités multidisciplinares de alta complejidad de la RED AUNA.	S/0.00	100%	Ninguno

PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	ONCOECONÓMICO 2021		
OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS	Deducible	Cobertura	Copago
<p>Ambulancia terrestre al alta hospitalaria, para pacientes postrados o imposibilitados de desplazarse. Servicio disponible solo en Lima y según los límites geográficos establecidos.</p>	S/0.00	100%	Ninguno
<p>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 14 años 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.</p>	S/0.00	100%	Ninguno
<p>Alimentación para dos acompañantes de pacientes pediátricos (hasta los 14 años) durante el tiempo que dure la hospitalización. pediátricos (para menores de 14 años y 6 meses) durante el tiempo que dure la hospitalización.</p>	S/0.00	100%	Ninguno
<p>Sedación de pacientes pediátricos: Sólo en el caso de menores de 14 años, para la realización de pruebas de imágenes o procedimientos de larga duración, que lo requieran por indicación médica.</p>	S/0.00	100%	Ninguno
<p>Tutoría Medica y Ejecutiva de Acompañamiento al Paciente: Para orientación médica y asistencia administrativa durante el proceso de tratamiento del paciente.</p>	S/0.00	100%	Ninguno
<p>Despistaje 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 detalle y la periodicidad de los exámenes que incluye el despistaje oncológico y evaluación general de salud están publicados en nuestro página web https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes.</p>	S/0.00	100%	Ninguno

ANEXO 2

Aportes y formas de pago

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

TARIFARIO MENSUAL		
Rango de edad	Mensual	Anual
00 - 40	S/ 8.90	S/ 101.40
41 - 55	S/ 13.90	S/ 158.40
56 a más*	S/ 15.91	S/ 181.20

**Solo aplica para renovación*

Los aportes están expresados en soles e incluyen IGV.

Para este programa específico, no aplica condición de fumador

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** Toda prestación médica o sanitaria derivada de lesiones auto infligidas, intento de suicidio o autoeliminación o de accidentes.
- 2** 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.
- 3** Las enfermedades oncológicas detectadas y/o incurridas antes de la culminación del **PERÍODO DE CARENCIA**.
- 4** Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional sobre alguna enfermedad o condición no oncológica preexistente o adquirida durante el curso del tratamiento oncológico, incluso si ha sido causada, agravada, complicada o directamente afectada por la enfermedad oncológica, su tratamiento y/o procedimientos relacionados.
- 5** Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional atendido fuera de la **RED AUNA** 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 BENEFICIOS** correspondiente al presente **CONTRATO**. Por lo tanto, se excluye cualquier requerimiento de asistencia prestacional en domiciliaria.
- 6** 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.
- 7** Cualquier requerimiento o prestación médica cuyo propósito sea el chequeo, detección y/o diagnóstico, oncológico o no oncológico, salvo las prestaciones de Prevención y Promoción expresamente señaladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
- 8** 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 **CONDICIONES 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.

- 9** 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. En cualquier caso, indistintamente sean de uso temporal o permanente y de su funcionalidad o indicación. Así como también material de osteosíntesis (incluyendo placas, clavos, tornillos y similares) y los cementos relacionados salvo los suministros detallados en las **CONDICIONES 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.
- 10** Equipos médicos durables tales como: termómetro, tensiómetro, equipos de oxigenoterapia, glucómetro (equipo y tiras), respiradores, pulsioxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP o similares, audífonos e implantes cocleares, 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.
- 11** 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.
- 12** Cualquier trasplante de órganos, tejidos y células (incluyendo médula ósea), tanto su costo, como los gastos vinculados a cualquier prestación relacionada a los mismos, así como su mantenimiento y control. 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.
- 13** Suministro de nutrición parenteral y nutrición enteral (interconsulta, procedimiento, insumos y fórmula) y/o referidos a consultas nutricionales, salvo las expresamente señaladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
- 14** 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.
- 15** 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).

- 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**.

16 Fármacos como ansiolíticos, antipsicóticos, antidepresivos, vacunas, vitaminas, 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.

17 Medicamentos o Fármacos conocidos como Modificadores de la respuesta biológica, terapia biológica, blanco dirigida y similares de cualquier tipo, sean de naturaleza biológica, semisintética o sintética; tales como interferones, interleukinas, factor estimulante de colonias, antiangiogénicos, inmunomodulares, inmunoterapia y anticuerpos monoclonales. Así como inhibidores de enzimas, tales como tirosinkinasa, proteosomas u otros similares.

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

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

20 Gastos relacionados a prestaciones y/o servicios odontológicos de cualquier tipo.

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

22 Cuidados de enfermería, vigilancia y/o acompañamiento del paciente a cargo de enfermeras, técnicas o auxiliares de enfermería, u otro personal a dedicación exclusiva durante la estancia hospitalaria y/o en domicilio, salvo los servicios expresamente señalados en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.

- 23** 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 **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
- 24** Estudios de diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y procedimientos relacionados con problemas de disfunciones sexuales, esterilidad, fertilidad, infertilidad, gestación, esterilización y planificación familiar, incluyendo aborto terapéutico y/o complicaciones de la gestación.
- 25** Todo tipo de servicios de bazar y confort personal durante la hospitalización como radios, televisores, teléfonos, consumos de frío bar, artículos personales o de higiene, pañales, medias antiembólicas, toallas higiénicas, máquinas de afeitarse, guantes descartables no estériles, mantas térmicas de cualquier tipo, papel higiénico, batas, ropa de cama, hisopos y colchón antiescaras.

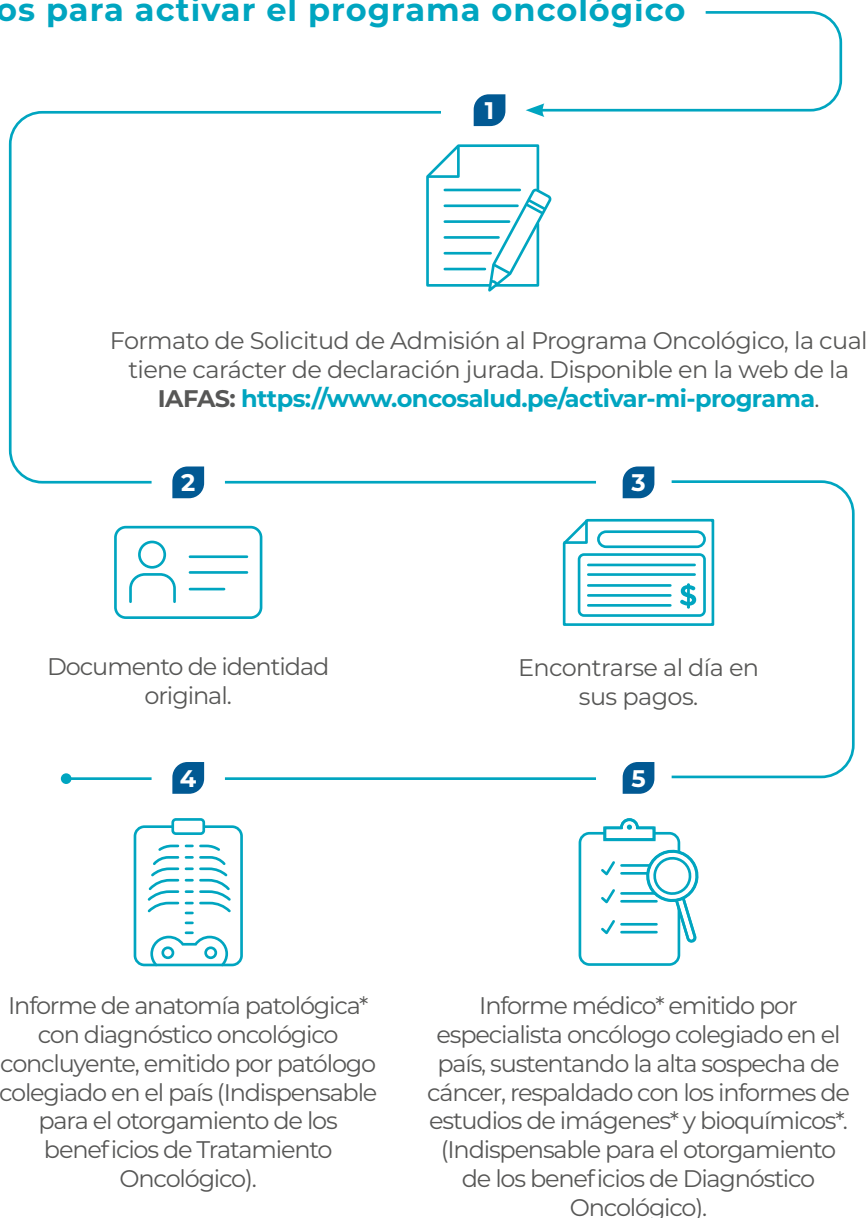
Cualquier beneficio no contemplado en el presente **CONTRATO** y/o que estuviera excluido y pese a ello hubiese sido otorgado por error o excepción, no establece obligación de cobertura futura a cargo de la **IAFAS**.

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.*

2. Proceso de activación del programa oncológico y admisión de paciente

- A** Llámanos al Call Center **(01) 513-7900** y marca la opción "0", 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 **CONDICIONES GENERALES** y **CONDICIONES 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 Anatómico 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 anulación automática del **CONTRATO**, lo cual dará mérito a la devolución de los aportes abonados por el **AFILIADO**.*

Red Auna

ANEXO 5 Red de atención

Infraestructura

17

Clínicas

LIM

PRO

CLL

11

5

1

Lima

SAN BORJA

Oncosalud
Sede San Borja
(RS 00016786)
Av. Guardia Civil N° 571
Urb. Corpac

Clínica
Oncosalud
(RS 00017634)
Av. Guardia Civil
N° 227-229
Urb. Corpac

R y R Patólogos
Asociados
(RS 00021726)
Av. Guardia Civil N° 227
Int. Primer piso

SANTIAGO DE SURCO⁽²⁾

Oncocenter
Sede Encalada
(RS 00018686)
Av. La Encalada N° 938

SAN ISIDRO⁽²⁾

Oncosalud
Sede San Isidro
(RS 00009845)
Av. Paseo de
La República N° 3650

Oncosalud
Sede San Isidro
(RS 00027320)
Av. Guardia Civil
N° 368

MIRAFLORES

Oncocenter
Sede Delgado
(RS 00020323)
Av. Angamos Oeste
N° 490 - sótano 1

Oncocenter
Sede Benavides⁽²⁾
(RS 00016297)
Av. Alfredo
Benavides N° 2525

Clínica Delgado⁽¹⁾
(RS 00019049)
Av. Angamos Oeste
N° 450 - 490

PET CT PERÚ S.A.
(RS 00009617)
Av. Petit Thouars
N° 4340

R y R Patólogos
Asociados
(RS 00021725)
Av. Angamos Oeste
N° 490 - sótano 1



Callao

BELLAVISTA

Clínica Bellavista⁽²⁾
(RS 00009250)
Jr. Las gaviotas
N° 207
Urb. San José

Provincias

PIURA

Auna
Clínica Miraflores
(RS 00013494)
Cl. Las Dalias A-12
Urb. Miraflores

Policlínico
Clínica Miraflores⁽²⁾
(RS 00018816)
Jr. Huancavelica
N° 1015

LAMBAYEQUE

Servimédicos⁽²⁾
(RS 00008229)
Cll. Manuel
María Izaga
N° 621

LA LIBERTAD

Clínica
Camino Real⁽²⁾
(RS 00016830)
Jr. Bolognesi
N° 565

AREQUIPA

Clínica Vallesur⁽²⁾
(RS 00016744)
Av. La salle
N° 108 y N° 116
Cercado

1: La Clínica Delgado solo será accesible para pacientes menores de catorce (14) años y seis (6) meses de edad, así como para casos que tengan indicación pertinente de radioterapia hospitalaria. No admitiéndose a excepción otro tipo de indicaciones.

2: Sedes habilitadas para efectuar el Beneficios de Prevención y Promoción Oncológica

ANEXO 6

Procedimiento y flujograma 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:

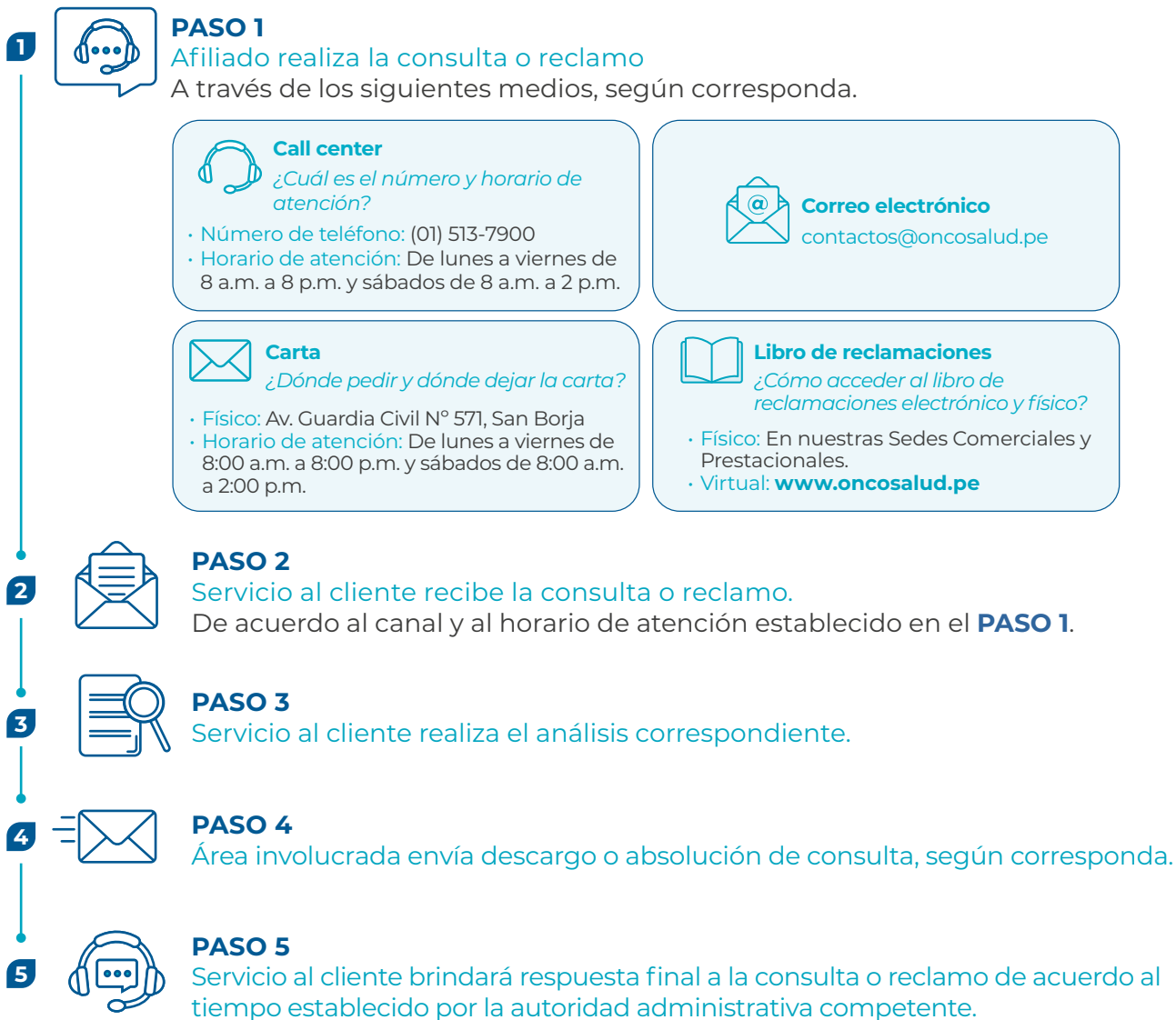
- A** Carta Simple o Notarial dirigido a la **IAFAS**.
- B** Libro de Reclamaciones ubicado de forma física en las oficinas o establecimientos de la **IAFAS**.
- C** Libro de Reclamaciones Virtual disponible en la página web institucional de la **IAFAS**.
- D** Dirección de correo electrónico habilitada 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**.



i **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.

 **Sncosalud**
Tu lucha, *mi lucha.*

Somos **aluna**