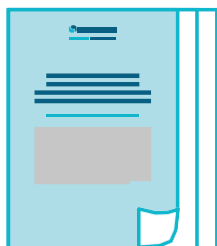


# RESUMEN

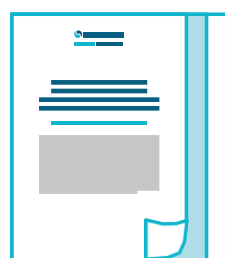
El condicionado de **ONCOSALUD** consta de tres secciones: **Cláusulas generales**, **Cláusulas particulares** y **anexos**.



①

## CLÁUSULAS GENERALES

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



②

## CLÁUSULAS PARTICULARES

### Descripción y alcance de las prestaciones cubiertas por el programa

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

### Pertinencia de las prestaciones

En esta sección, se definen los criterios y las herramientas que determinan el correcto otorgamiento de las coberturas del programa contratado.



③

## ANEXOS

**ANEXO 1:** Plan de salud

**ANEXO 2:** Aportes y formas de pago

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

**ANEXO 4:** Procedimiento para solicitar la cobertura en caso de siniestro

**ANEXO 5:** Red de atención

**ANEXO 6:** Chequeo médico anual

**ANEXO 7:** Cobertura de maternidad

**ANEXO 8:** Control del niño sano

**ANEXO 9:** Esquema de inmunizaciones

**ANEXO 10:** Flujograma de procedimiento de atención de consultas y reclamos

# CONTRATO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS DE SERVICIOS DE SALUD PROGRAMA PREPAGADO AUNA SALUD

## CONDICIONES GENERALES

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

## CLÁUSULA PRIMERA OBJETO

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

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

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

## CLÁUSULA SEGUNDA CONTENIDO

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

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

## CLÁUSULA TERCERA DEFINICIONES

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

1. **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. **AFILIACIÓN WORKSITE:** Modalidad de afiliación individual que acontece en su entidad empleadora con el **CONTRATANTE**, otorgándole acceso a beneficios tarifarios, siendo el pago de aportes a través de descuento en su remuneración por parte del **CONTRATANTE**, con quien la **IAFAS** tiene vigente un convenio marco de cooperación para la afiliación de programas complementarios y recaudación de aporte.
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. **BENEFICIOS:** Derechos del (los) **AFILIADO(s)**, según las condiciones establecidas en el plan o programa de salud contratado.
10. **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL:** Cobertura máxima anual, monto límite del beneficio por afiliado, del programa contratado. Los gastos médicos incurridos por el (los) **AFILIADOS** durante el periodo de la vigencia anual, reduce automáticamente el monto del beneficio, sin lugar a restitución hasta la celebración de una nueva anualidad del **CONTRATO**. El monto del beneficio máximo anual y sus precisiones operativas se detallan en el **PLAN DE BENEFICIOS**, importe que no es acumulable entre renovaciones y no incluye IGV.
11. **CERTIFICADO DE SEGURO:** Documento que se emite en el caso de los seguros de grupo o colectivo, vinculado a una póliza de seguro determinada.
12. **CLAÚSULAS 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 **CLAÚSULAS GENERALES** de contratación no aprobadas administrativamente, se consideran cláusulas abusivas y, por tanto, inexigibles todas aquellas estipulaciones no negociadas individualmente que, en contra de las exigencias de la buena fe, coloquen al consumidor, en su perjuicio, en una situación de desventaja o desigualdad o anulen sus derechos.
13. **CLAÚSULAS ADICIONALES:** Son aquellas condiciones especiales y opcionales a una o más pólizas, que permiten extender o ampliar las coberturas principales del producto de seguros, comprendidas en las condiciones generales, incluyendo riesgos no contemplados o expresamente excluidos.
14. **CONDICIONES ESPECIALES:** Estipulaciones que tienen por objeto ampliar, reducir, aclarar, y en general, modificar el contenido o efecto de las condiciones generales y particulares.
15. **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**.

16. **CONTRATO**: Documento que contiene las **CONDICIONES GENERALES** y **CONDICIONES PARTICULARES** que suscribe la **IAFAS** con el **AFILIADO** o **CONTRATANTE**, para regular los derechos y las obligaciones de las partes, con relación a las coberturas ofrecidas en el plan. Formaliza la relación de afiliación y vincula a un **AFILIADO** con una **IAFAS**.
17. **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.
18. **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**.
19. **DEDUCIBLE**: Importe fijo a pagar por el **AFILIADO** por los servicios cubiertos en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican deducibles se especifican en el **PLAN DE BENEFICIOS** de las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**. Una misma atención puede estar afecta al pago de deducible y copago (Coaseguro o Copago Variable).
20. **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.
21. **DESAFILIACIÓN**: Acto por el cual una persona deja de tener la condición de **AFILIADO** respecto de una **IAFAS** determinada, por la culminación del supuesto de hecho que le daba la condición como tal o por extinción del **CONTRATO** por las causales de caducidad, no renovación, resolución, recisión o nulidad del mismo. La **DESAFILIACIÓN** también puede darse por solicitud expresa del **AFILIADO**.
22. **DÍAS**: Días calendario
23. **EMERGENCIA**: Es toda condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata a poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente.
24. **EMERGENCIAS MÉDICAS ACCIDENTALES**: Son todas aquellas derivadas de accidentes (fuerza externa y violenta contra la voluntad de la persona) y que ponen en peligro la salud del **AFILIADO** como, por ejemplo: Traumatismos (luxaciones, fracturas, esguinces), Heridas cortantes de cualquier causa, mordeduras de animales o picaduras.
25. **EMERGENCIAS MÉDICAS NO ACCIDENTALES**: Son todas aquellas emergencias que no derivan de un accidente y que también ponen en peligro la salud del **AFILIADO** como, por ejemplo: Cardiovasculares: Infarto de miocardio, angina de pecho, crisis hipertensiva, Edema Agudo Pulmonar; Respiratorias: Crisis asmática, insuficiencia respiratoria aguda, neumonía y bronquitis aguda; Abdominales: Cólico vesicular, apendicitis, gastroenterocolitis aguda con deshidratación moderada a severa, obstrucción intestinal, hernias estranguladas, pancreatitis aguda, úlcera péptica sangrante, hemorragias digestivas, perforación de vísceras, peritonitis; Renales: Cólico renal, retención urinaria, pielonefritis aguda, insuficiencia renal aguda; Neurológicos: Convulsiones, accidentes cerebro vasculares (derrame cerebral, hemiplejías); Síndromes Febriles: Fiebre mayor de 38.5 °C (de 0-12 años), fiebre mayor de 39.0 °C (mayores de 12 años); Hemorragias: De cualquier etiología, excepto las que se originen por el embarazo; Pérdida de conocimiento súbita: Medicamentosas y/o alimentarias.

- 26. ENFERMEDAD CONGÉNITA:** Es toda aquella enfermedad adquirida durante el período embrionario-fetal y perinatal, la cual puede manifestarse y diagnosticarse en el nacimiento o después durante todo el transcurso de la vida. Esta definición incluye, pero no se limita a todos los diagnósticos calificados como congénitos de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª edición de la Organización Mundial de la Salud.
- 27. ENFERMEDAD CONGÉNITA NO CONOCIDA:** Cualquier condición o malformación presente desde el nacimiento de la persona, que ha transcurrido de forma asintomática y desconocida a lo largo de su vida
- 28. 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.
- 29. ESTADO TERMINAL:** Paciente en progresión de enfermedad importante y no tributario de tratamiento oncológico curativo o con capacidad para retrasar la evolución y/o en no condiciones clínicas de recibir tratamiento activo y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses).
- 30. EXCLUSIONES:** Son aquellas prestaciones de salud no cubiertas por el plan o programa de salud. En el marco de lo establecido en la Segunda Disposición Complementaria Modificatoria y Tercera Disposición Complementaria Modificatoria de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, que modifica el artículo 3 de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, los daños derivados del intento de autoeliminación o lesiones autoinfligidas por problemas de salud mental, derivados de un diagnóstico de salud mental no se excluyen.
- 31. 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.
- 32. 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.
- 33. HISTOCOMPATIBLE:** Semejanza de los antígenos tisulares de distintos individuos, del que depende la posibilidad de un injerto o trasplante, para minimizar las posibilidades de rechazo del trasplante.
- 34. 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.
- 35. 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.
- 36. LATENCIA:** Es un derecho especial de cobertura por desempleo que la **IAFAS** ESSALUD y la **IAFAS** EPS le otorga al asegurado regular y sus derechohabientes, por la cual tienen derecho a las prestaciones de prevención, promoción y atención de la salud durante un período de latencia de hasta doce (12) meses, siempre que cuenten con un mínimo de cinco (05) meses de aportación consecutivos o no consecutivos, en los últimos tres (03) años precedentes al cese, acogidos a dos (02) meses de período de latencia por cada cinco (05) meses de aportación. El período de latencia para los casos de suspensión perfecta de labores resulta de aplicación a partir de la fecha de pérdida del derecho de cobertura. Se activa cuando el asegurado dependiente o regular se encuentra en situación de desempleo o en situación de suspensión perfecta de labores.



- 37. NICOTINA:** Es un alcaloide, estimulante, psicoactivo y adictivo, presente en las hojas de tabaco y en los productos que contienen nicotina.
- 38. NIVEL DE EVIDENCIA:** Se adopta la categorización de la Red Nacional Integral del Cancer (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 intervenciones 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 singrandes desacuerdos.
  - D. Categoría III:** Aquella con cualquier nivel de evidencia y con grandes desacuerdos.
- 39. 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 justificaciónde sus gastos de gestión, administración y sistemas de cálculo de sus provisiones o reservas técnicas.
- 40. PERÍODO DE CARENCIA:** Es el plazo en el cual no están activas las coberturas de salud, suele durar de treinta (30) a noventa (90) días calendario. En Seguridad Social es el período de tres (03) meses contados desde el inicio de labores de un **AFILIADO / ASEGURADO** regular que no haya tenido vínculo laboral en los meses previos y que le impiden cumplir con las condiciones para tener derecho de cobertura. En el caso de un **AFILIADO / ASEGURADO** potestativo, el períodopuede ser menor a tres (03) meses durante el cual el **AFILIADO / ASEGURADO** y sus dependientesinscritos no pueden acceder a las prestaciones de salud contenidas en el **CONTRATO**. Los períodosde 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.
- 41. 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 añocontractual.
- 42. PLAN DE SALUD:** Es el documento que detalla los beneficios y coberturas que otorga la **IAFAS** al amparo del presente **CONTRATO**.
- 43. 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 momentoprevio a la presentación de la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**. No puede ser consideradacomo preexistente un diagnóstico contemplado en el **PEAS**.
- 44. 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.
- 45. PROGRAMA, PLAN O PRODUCTO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD:** Documento que instrumenta el **CONTRATO** de aseguramiento, en el que se reflejan las condiciones de coberturay acceso que el asegurado obtiene frente a distintas prestaciones de salud.

- 46. 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 desalud que ésta le ofrece. Su costo se determina sobre bases actuariales.
- 47. 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**.
- 48. REGISTRO DE AFILIADOS:** Registro administrativo de los afiliados vigentes en cualquier de los regímenes de aseguramiento en salud, con prescindencia de su carácter contributivo, semicontributivo o subsidiado. Su administración está a cargo de **SUSALUD**.
- 49. REGISTRO DE MODELOS DE CONTRATOS Y PLANES DE SALUD:** Es el registro administrativo a cargo de **SUSALUD**, que sistematiza la información de los modelos de contratos y planes de salud que comercializan la **IAFAS** y que cuentan con su respectivo código de registro.
- 50. 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.
- 51. SALUD:** Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
- 52. SEXO BIOLÓGICO:** Es el sexo que se consigna en la partida de nacimiento del beneficiario. Para efectos de este **CONTRATO**, cuando se haga uso de la palabra **SEXO**, se referirá en todos los casos al **SEXO BIOLÓGICO**.
- 53. 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.
- 54. 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.
- 55. 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.
- 56. URGENCIA:** Es toda situación que altera el estado de salud de la persona y que requiere de atención inmediata, no existiendo riesgo inminente de poner en peligro la vida.

## **CLÁUSULA CUARTA COBERTURA, GARANTÍA Y CONDICIONES**

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

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



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

## CLÁUSULA QUINTA PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD

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

## CLÁUSULA SEXTA PRESTACIONES DE SALUD PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES

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

1. **Prevención Primaria:** Consiste en brindar las medidas que protejan e incrementen la resistencia del individuo contra los agentes patógenos y mecanismos específicos en la etapa previa a la presentación de cualquier enfermedad (evaluación y control de riesgos e inmunizaciones).
2. 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**.
3. **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).
4. **Otros servicios**

## CLÁUSULA SÉPTIMA EXCLUSIONES Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

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

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

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

## CLÁUSULA NOVENA INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA

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

## CLÁUSULA DÉCIMA LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

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

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

## CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA REFERENCIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA COPAGOS

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

## CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA REAJUSTE DE APORTES Y/O COPAGOS

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

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

Previamente a la aplicación del reajuste de los aportes y copagos, la **IAFAS** debe cursar al **AFILIADO**

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

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

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

Si los **AFILIADOS / ASEGURADOS** o la **ENTIDAD EMPLEADORA** no están de acuerdo con la modificación o no responden a la **IAFAS** o **IAFAS EPS**, según corresponda, dentro del plazo de treinta

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 QUINTO INFORMACIÓN

El **AFILIADO / ASEGURADO** proporciona a la **IAFAS**, en la forma y en los plazos que se establece en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**, la información señalada en las mismas. El **AFILIADO / ASEGURADO** debe informar a la **IAFAS** sobre la inclusión o la exclusión de los **AFILIADOS / ASEGURADOS** al plan, dentro de los cinco (05) primeros días del mes siguiente a la ocurrencia.

La **IAFAS** debe poner a disposición del **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS**, dentro de los quince (15) días calendario, ya sea por medios digitales o físicos o a través de su página web, copia del Plan de Aseguramiento en Salud ofertado, y de las **CLÁUSULAS GENERALES** y

**CLÁUSULAS PARTICULARES** del **CONTRATO**, a fin de que el **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS** tomen conocimiento de los mismos y estén debidamente informados.

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

## **CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA EXÁMENES MÉDICOS Y DECLARACIONES DE SALUD**

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

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

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

## **CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA PLAZO CONTRACTUAL**

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

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

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

## **CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA - DOMICILIO**

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

## **CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA - SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

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

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

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

## CLÁUSULA VIGÉSIMO - RESOLUCIÓN DE CONTRATO

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

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

## CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA - MODALIDAD DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO

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

## CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – MODIFICACIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA

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

Al día siguiente del vencimiento de este plazo, se entenderá que el **CONTRATANTE** ha aceptado satisfactoriamente las modificaciones contractuales y estas entrarán en vigencia, salvo que el **CONTRATANTE** haya comunicado a la **IAFAS**, su desacuerdo y no aceptación de las modificaciones informadas por la **IAFAS**, por escrito, de manera física o por correo electrónico a través de los medios descritos en el Anexo 6, en cuyo caso no se genera la resolución del **CONTRATO**, teniendo derecho a mantener los términos originales hasta el vencimiento de su vigencia.

## CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA - CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

1. Evaluar el estado de afiliación en base a la información proporcionada.
2. Aprobar la cobertura de los beneficios del programa.
3. Gestionar el cobro de deudas, de ser el caso.

4. Realizar a gestión administrativa, prestacional de salud y acreditación de los **AFILIADOS** para su prestación médica.
5. Remitir información relativa de los beneficios a los **AFILIADOS** al programa contratado.
6. Cumplir con requerimientos de información de autoridades administrativas o judiciales competentes, relacionados a su afiliación.
7. Enviar información referente a la concientización de vida saludable y cuidado de la salud.

El **CONTRATANTE** autoriza que datos personales proporcionados puedan ser transferidos a nivel nacional a empresas del grupo AUNA y/o socios comerciales y/o empresas vinculadas, los cuales están descritos en la página web [www.oncosalud.pe/grupo-economico-y-socios-comerciales](http://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, encumplimiento con la Ley y normativa aplicable al sector salud.

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

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

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



# CONTRATO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS DE SERVICIOS DE SALUD PROGRAMA PREPAGADO AUNA SALUD

## CONDICIONES PARTICULARES

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

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

### 1.1 PRESTACIONES GENERALES DE SALUD

#### ATENCIÓN AMBULATORIA (CONSULTA PRESENCIAL)

La atención ambulatoria es aquella atención que se realiza en la red de atención del plan de salud y que no requiera hospitalización. La medicación prescrita por el médico tratante no podrá ser mayor a treinta (30) días de tratamiento. El otorgamiento de medicamentos o la toma de muestra de exámenes de laboratorio indicados en la Consulta Médica ambulatoria será exclusivamente en la misma IPRESS de Clínicas Auna donde se realizó la atención.

Dicha atención cuenta con un **PERÍODO DE ESPERA** de tres (3) meses, por lo que todo gasto efectuado dentro de este período, no será cubierto por el plan de salud contratado. Sin embargo, durante este periodo podrán acceder a las tarifas y descuentos preferenciales, para consultas ambulatorias y emergencias médicas, salvo las mencionadas en el presente **CONTRATO**, descuentos sobre servicios clínicos, imágenes, exámenes de laboratorio y medicamentos según las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.

#### ATENCIÓN POR TELECONSULTA

La atención por teleconsulta es aquella atención que se realiza a distancia utilizando las tecnologías de la información y de la comunicación para brindar asistencia médica. Se realiza mediante la entrevista médica con el objetivo de evaluar la salud.

Dicha atención cuenta con un **PERÍODO DE ESPERA** de tres (3) meses, por lo que todo gasto efectuado dentro de este período, no será cubierto por el plan de salud contratado. Sin embargo, durante este periodo podrán acceder a las tarifas y descuentos preferenciales, para consultas ambulatorias y emergencias médicas, salvo las mencionadas en el presente **CONTRATO**, descuentos sobre servicios clínicos, imágenes, exámenes de laboratorio y medicamentos según las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.

En caso el **AFILIADO** sea derivado a consulta ambulatoria (de forma presencial), indistintamente de la especialidad, esta se cubrirá a través de las condiciones especificadas en el **CONTRATO** para el beneficio de consulta ambulatoria.

#### ATENCIÓN POR EMERGENCIA NO ACCIDENTAL

La emergencia no accidental o emergencia médica es aquella que no es consecuencia de un accidente y requiere atención y procedimientos médicos inmediatos. Dicha atención no le será aplicable **PERÍODO DE ESPERA** y se encuentra sujeta al pago de deducible y copago, según corresponda. La determinación de la condición de emergencia no accidental o emergencia médica es realizada por el profesional médico encargado de la atención bajo responsabilidad.

En caso que, el evento médico iniciado en la sala de emergencia requiera atención ambulatoria y/o hospitalaria, serán cubiertas bajo las condiciones ambulatorias y/o hospitalarias detalladas en el **PLAN DE BENEFICIOS**, y sujetos a los **PERÍODOS DE ESPERA** detallados en el **Anexo 1** del presente **CONTRATO**.

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

## ATENCIÓN POR EMERGENCIA ACCIDENTAL

La emergencia accidental es aquella producida por un accidente, es decir, una acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad y por la cual requiere atención y procedimientos quirúrgicos y/o médicos inmediatos al poner en peligro inminente la vida, la salud, o que puede dejar secuelas invalidantes. Dicha atención no le será aplicable **PERÍODO DE ESPERA**.

Las atenciones deberán realizarse dentro las 24 horas de producido el evento. Los gastos de emergencias accidentales, serán cubiertos por el plan de salud sin deducible ni copago alguno. La determinación de la condición de emergencia accidental es realizada por el profesional médico encargado de la atención bajo responsabilidad.

En caso que el evento médico iniciado en la sala de emergencia requiera atención ambulatoria y/o hospitalaria, serán cubiertas bajo las condiciones ambulatorias y/o hospitalarias detalladas en el **PLAN DE BENEFICIOS**, y sujetos a los **PERÍODOS DE ESPERA** detallados en el **Anexo 1** del presente **CONTRATO**.

Adicionalmente, se cubre la continuidad de la emergencia accidental bajo atención ambulatoria hasta un máximo de noventa (90) días calendario. Dicha cobertura aplica para controles ambulatorios, exámenes de laboratorio de control, exámenes radiológicos de control, terapia física (hasta un máximo de 12 sesiones por evento), retiro de puntos y retiro de yeso.

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

Esta cobertura no incluye prótesis externas, férulas ortopédicas, cabestrillos, sillas de ruedas, muletas y similares.

### Importante:

Los presentes planes otorgan las siguientes prestaciones para atención ambulatoria, emergencia no accidental y emergencia accidental:

- a) Honorarios médicos por consulta y/o procedimientos ambulatorios.
- b) Medicamentos según tratamiento farmacológico de **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA** vigente, materiales e insumos incluyendo catéteres, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos.
- c) Exámenes de laboratorio y anatomía patológica relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones o enfermedades cubiertas por el plan.
- d) Estudios de imágenes, tales como rayos X, ecografías, tomografía computarizada y otros relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones o enfermedades cubiertas por el plan.
- e) Procedimientos ambulatorios quirúrgicos y no quirúrgicos, incluyendo uso de tóxico, sala de operaciones y sala de recuperaciones.

## ATENCIÓN DE MÉDICO A DOMICILIO

La cobertura de médico a domicilio ofrece consulta médica bajo un deducible y copago y en las especialidades detallados en el **PLAN DE BENEFICIOS** del presente **CONTRATO**. Dicha atención cuenta con un **PERÍODO DE ESPERA** de tres (3) meses.

Aplica exclusivamente para enfermedades ambulatorias agudas de baja complejidad. Las atenciones y tratamientos para pacientes con diagnósticos crónicos o de alta complejidad serán cubiertos de acuerdo a las condiciones de atención ambulatoria.

El servicio es brindado por el proveedor indicado en la red de atención del presente **CONTRATO**.

El procedimiento de atención es el siguiente:

- a) La solicitud de atención se debe realizar a través de la central telefónica de la **IPRESS** designada en la red de atención, indicando los nombres del titular y del paciente, y el lugar donde se brindará el servicio. Al momento de la atención se deberá presentar el documento de identidad (DNI o carné de extranjería).
- b) El médico prestará el servicio en un período de tiempo que será coordinado con el solicitante.
- c) Se cancelará el deducible y copago indicados en el **PLAN DE BENEFICIOS**
- d) del presente **CONTRATO**.
- e) El horario de atención es de Lunes a Sábado de 8:00am a 8:00pm, de acuerdo a la disponibilidad del proveedor.
- f) Se encuentran exceptuadas de atención aquellas zonas identificadas como de alto riesgo en los Mapas de Delito de la Policía Nacional del Perú y atenciones fuera del territorio establecido.

#### Atención en Lima:

**Por el norte:** Hasta km 21 de la Panamericana Norte

**Por el este:** Hasta municipalidad de Ate Vitarte

**Por el sur:** Hasta Chorrillos, San Juan de Miraflores

**Por el oeste:** Hasta La Punta Callao

**IMPORTANTE:** Esta cobertura no aplica para casos de urgencias, ni emergencias accidentales y no accidentales, tampoco aplica para asistencia de ambulancia

#### CHEQUEO PREVENTIVO ANUAL

El chequeo médico incluye un paquete de exámenes según edad y sexo del **AFILIADO** para detectar la sospecha de alguna enfermedad de mayor frecuencia.

Aplica para los **AFILIADOS** a partir de la primera renovación, previa validación del cumplimiento del pago de los aportes a la fecha de la solicitud del beneficio y con una periodicidad anual, teniendo en cuenta el último chequeo efectivo. Estos conjuntos de exámenes se realizan según edad y sexo biológico del **AFILIADO** y están alineados a las mejores prácticas y recomendaciones mundiales de instituciones prestigiosas. Aplica para todos los **AFILIADOS**, teniendo un periodo de espera inicial de 12 meses, estando su otorgamiento de cobertura a la vigencia de afiliación del programa contratado y la validación del cumplimiento del pago de los aportes a la fecha de la solicitud del beneficio. La periodicidad de otorgamiento de cobertura será de acuerdo al programa contratado, teniendo en cuenta su último chequeo y evaluación efectiva.

Para el caso del **PLAN SENIOR**, el **AFILIADO** contará adicionalmente con un chequeo oftalmológico, por lo que podrá durante su anualidad, tomar en un mismo momento o en momentos distintos el chequeo médico general y el oftalmológico.

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

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

- La cita deberá ser reservada a través del Call Center o de manera presencial en las **IPRESS** pertenecientes a la red de atención del presente **CONTRATO**.
- El detalle del chequeo médico anual se encuentra en el **Anexo 6** del presente **CONTRATO**.

## ATENCIÓN HOSPITALARIA

La atención hospitalaria es el internamiento del **AFILIADO** bajo indicación médica debiendo permanecer internado por lo menos un (1) día. Dicha atención cuenta con un **PERÍODO DE ESPERA** de doce (12) meses, por lo que todo gasto efectuado dentro de este período, no será cubierto por el plan de salud contratado.

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

Adicionalmente, se cubre las consultas de control post hospitalización generadas dentro de los 30 días posteriores al alta del **AFILIADO**, serán cubiertas por el programa de salud sin deducible ni copago alguno. Esta cobertura aplica consulta especializada, exámenes de ayuda diagnósticas (exámenes de laboratorio y estudio de imágenes), procedimientos médicos y farmacia.

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

El programa otorga cobertura sobre las siguientes prestaciones para atención hospitalaria, según las condiciones establecidas en el **PLAN DE BENEFICIOS** del **CONTRATO** para las siguientes prestaciones:

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

## ATENCIÓN POR MATERNIDAD

La atención por maternidad está diseñada para el cuidado de la salud de la afiliada gestante y el recién nacido, mediante la atención médica, la educación pre y post natal, y el programa de psicoprofilaxis. Dicha atención cuenta con un **PERÍODO DE ESPERA** de doce (12) meses, por lo que todo gasto efectuado dentro de este período, no será cubierto por el plan de salud contratado. Este beneficio no se encuentra contemplado dentro del **PLAN SENIOR**.

La cobertura hospitalaria de la gestante y el recién nacido se brinda de acuerdo a la pertinencia de la hospitalización de cada uno de ellos de manera independiente.

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

El programa otorga cobertura sobre las siguientes prestaciones para atención por maternidad, según las condiciones establecidas en el **PLAN DE BENEFICIOS** del **CONTRATO** para las siguientes prestaciones:

- a) Honorarios médicos por consulta obstétrica y/o procedimientos obstétricos ambulatorios u hospitalarios, incluyendo parto natural o cesárea, así como visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia.

- b) Hotelería: Habitación individual o bipersonal estándar, según disponibilidad. Hasta dos días para parto natural y hasta tres días para cesárea.
- c) Medicamentos, materiales e insumos incluyendo, suturas, catéteres, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos.
- d) Exámenes de laboratorio relacionados al control y seguimiento del embarazo, incluyendo los estudios previos al parto natural o cesárea. Así como, los correspondientes a la atención inicial del recién nacido.
- e) Estudios de ecografías obstétricas transvaginales y pélvicas relacionados al control y seguimiento del embarazo.
- f) Parto natural o cesárea, incluyendo uso de tóxico, centro obstétrico, sala de operaciones, sala de recuperación y sala de recién nacido.
- g) Programa de psicoprofilaxis obstétrica aplica a partir del sexto mes de gestación, cuyo objetivo es orientar a la pareja sobre la maternidad y prepararla para que pueda afrontar de la mejor manera posible el momento del alumbramiento y los primeros días de nacido. La estructura del programa de psicoprofilaxis rige bajo las condiciones establecidas por cada **IPRESS** según plan de salud contratado.
- h) Tamizaje neonatal básico que consiste en la punción del talón del recién nacido que permite detectar enfermedades metabólicas congénitas, así como los exámenes de emisiones otacústicas, para evaluación de hipoacusia; y la evaluación oftalmológica para evaluar el reflejo rojo, a fin de descartar el padecimiento de cataratas congénitas. Aplica para aquellos nacidos bajo la cobertura del plan e inscritos antes de los treinta (30) días calendario desde su nacimiento. Las enfermedades metabólicas congénitas consideradas son: Hipotiroidismo congénito, Fenilcetonuria, Galactosemia, Hiperplasia Suprarrenal, Deficiencia de Biotinidasa, Fibrosis Quística, Hipoacusia congénita y Catarata congénita.

*El detalle de atención por maternidad se encuentra en el **Anexo 7** del presente **CONTRATO**.*

**Importante:** Para aquellos gastos de maternidad durante el **PERIODO DE ESPERA**, la **AFILIADA** podrá acceder al beneficio de tarifas y descuentos preferenciales. Aplica para consultas ambulatorias, emergencias, hospitalización, exámenes auxiliares, procedimientos y servicios médicos.

## **CONTROL DEL NIÑO SANO**

El control de niño sano consiste en la evaluación mensual con el pediatra hasta el primer año de vida del recién nacido. Aplica para niños nacidos bajo la cobertura del plan de salud e inscritos antes de los treinta (30) días calendario desde su nacimiento. En caso el pediatra prescriba exámenes auxiliares o medicamentos, se aplicará el copago indicado en el **PLAN DE BENEFICIOS** del presente **CONTRATO**. Este beneficio no se encuentra contemplado dentro del **PLAN SENIOR**.

*El detalle del control del niño sano se encuentra en el **Anexo 8** del presente **CONTRATO**.*

## **INMUNIZACIONES**

Para el **PLAN CLASSIC** y **PLAN PREMIUM**, la cobertura de inmunizaciones aplica para niños nacidos bajo la cobertura del programa e inscritos antes de los treinta

(30) días calendario desde su nacimiento, al esquema específico para este grupo etario. Dicho plan aplica hasta el primer año de vida del recién nacido.

El **PLAN SENIOR**, otorgará cobertura de inmunización para el adulto mayor de acuerdo al esquema específico para este grupo etario. Esta cobertura cuenta con un **PERÍODO DE ESPERA** de doce (12) meses.

El programa otorga cobertura para atención de Inmunizaciones, según las condiciones establecidas en el **PLAN DE BENEFICIOS** del **CONTRATO**.

*El detalle del esquema de inmunizaciones se encuentra en el **Anexo 9** del presente **CONTRATO**.*



## ATENCIÓN POR ENFERMEDADES CONGÉNITAS PARARECIÉN NACIDOS

Las enfermedades congénitas para recién nacidos son todas aquellas que se producen en la etapa de gestación. La cobertura aplica para niños nacidos bajo la cobertura del plan de salud e inscritos antes de los treinta (30) días calendario desde su nacimiento.

Dicha cobertura aplica hasta el primer año de vida del recién nacido y hasta el límite de monto establecido.

- *El procedimiento de atención es el mismo que corresponde a una atención ambulatoria y/o hospitalaria, según sea el caso.*
- *Límite de monto máximo anual hasta S/ 17,000 (no inc. IGV).*
- *El alcance de la cobertura del plan está sujeto a la capacidad resolutive de cada IPRESS. Asimismo, no está cubierto cualquier tipo de gasto de traslado y atención fuera de las IPRESS designadas en la red de atención del presente CONTRATO.*

## CIRUGÍA AMBULATORIA

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

El programa otorga cobertura sobre las siguientes prestaciones para cirugía ambulatoria, según las condiciones establecidas en el **PLAN DE BENEFICIOS** del **CONTRATO** para las siguientes prestaciones:

- a. Honorarios médicos por tratamiento y/o cirugías (médico principal, ayudante, anestesista).
- b. Uso sala de operaciones, sala de recuperación.
- c. Medicamentos, materiales e insumos incluyendo catéteres permanentes, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos.
- d. Exámenes de laboratorio y/o anatomía patológica relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones o enfermedades cubiertas por el plan.
- e. Estudios de imágenes, tales como rayos X, ecografía, tomografía computarizada y otros relacionados al control y del procedimiento realizado bajo cobertura.

## ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

La cobertura odontológica brinda atenciones para la prevención, recuperación y cuidado de la salud bucal. Dicha atención cuenta con un **PERÍODO DE ESPERA** de tres (3) meses.

Esta cobertura no incluye procedimiento de ortodoncia, ni prótesis, implantes, pernos, carillas y afines de ningún tipo.

El programa otorga cobertura sobre las siguientes prestaciones para atención odontológica, según las condiciones establecidas en el **PLAN DE BENEFICIOS** del **CONTRATO** para las siguientes prestaciones:

- a) Honorarios profesionales por consulta odontológica, examen odontológico (incluye odontograma) y/o procedimientos ambulatorios.
- b) Materiales e insumos odontológicos, incluyendo anestésicos.
- c) Estudios de imágenes, tales como radiografía bite wing, radiografía oclusal, radiografía panorámica, radiografía periapical.
- d) Procedimientos odontológicos ambulatorios, obturaciones que incluye colocación de amalgamas, resinas, extracciones simples, endodoncias para incisivos y caninos, así como la endodoncia premolar y molar, pulpectomías y pulpotomías.
- e) Fluorización anual y sellantes para niños hasta 12 años.

**El procedimiento de atención es el siguiente:**

1. La solicitud de atención se debe realizar a través del call center de la **IPRESS** designada en la red de atención, indicando los nombres del titular y del paciente. Al momento de la atención se deberá presentar el documento de identidad (DNI o carné de extranjería).
2. Se cancelará el deducible y copago indicados en el **PLAN DE BENEFICIOS** del presente **CONTRATO**.

*El deducible y copago es por cada pieza tratada y terminada, según **PLAN DE BENEFICIOS** del presente **CONTRATO**.*

## **PRÓTESIS INTERNAS QUIRÚRGICAMENTE NECESARIAS**

Este beneficio otorga cobertura al **AFILIADO** en el que, como consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por el plan de salud, requiera colocación de prótesis internas quirúrgicamente necesarias (se excluyen prótesis dentales.)

Las prótesis cubiertas son las siguientes: cadera, codo, dedo, hombro, muñeca, rodilla y tobillo.

- *El material de osteosíntesis y stents para indicaciones **NO ONCOLÓGICAS**, se cubrirán bajo el beneficio de prótesis internas.*
- *Las indicadas por causa oncológica, serán cubiertas bajo las condiciones del beneficio del material de osteosíntesis en la sección de coberturas oncológicas.*
- *No está cubierto ningún tipo de prótesis dental, prótesis ortopédicas externas, implantes cocleares, separadores interespinosos para columna vertebral, discos intervertebrales protésicos y ningún otro tipo de prótesis o implantes distintos a los detallados en este beneficio.*
- *Aplican las condiciones detalladas en el **PLAN DE BENEFICIOS** del presente **CONTRATO**.*
- *Límite de monto máximo anual hasta S/ 5,000 (no inc. IGV)*

## **ATENCIÓN POR PSIQUIATRÍA**

La cobertura ofrece atención médica de la especialidad de psiquiatría para los diagnósticos de ansiedad, depresión, alcoholismo y esquizofrenia bajo un deducible y copago especificado en el **PLAN DE BENEFICIOS** del presente **CONTRATO**. Dicha atención cuenta con un **PERÍODO DE ESPERA** de tres (3) meses.

*No cubre psicoterapias, medicamentos, hospitalizaciones ni tratamientos por emergencias. Este beneficio no se encuentra contemplado dentro del **PLAN SENIOR**.*

## **PREEXISTENCIAS**

Beneficio exclusivo para aquellos afiliados que hayan declarado al momento de su inscripción al programa de salud alguna condición de salud preexistente y que no cumpla con las consideraciones para el otorgamiento de la continuidad de cobertura de estas preexistencias. Esta cobertura aplica exclusivamente a condiciones de salud no oncológicas.

Este beneficio se otorgará una vez superado el **PERÍODO DE ESPERA** a través de los **COPAGOS** y **DEDUCIBLES** diferenciados, y hasta el límite del monto máximo anual específico para este beneficio, señalados en el **Anexo 1 PLAN DE SALUD**.

- *Esta cobertura aplica exclusivamente a los diagnósticos no oncológicos*
- *Las atenciones de preexistencias requieren carta de garantía.*
- *Límite de monto máximo anual hasta S/ 34,000 (no inc. IGV).*

## **REEMBOLSO POR EMERGENCIA ACCIDENTAL**

Reconocimiento y devolución al **AFILIADO** del gasto realizado por una atención médica particular, exclusivamente a causa de un accidente, en sala de emergencia de una **IPRESS** que no pertenece a la **RED DE ATENCIÓN** del programa. Dicha cobertura no le será aplicable **PERÍODO DE ESPERA** y será cubierta de acuerdo al **PLAN DE BENEFICIOS**.

La determinación de la condición de emergencia accidental es realizada por el profesional médico encargado de la atención bajo responsabilidad.

Las atenciones deberán realizarse dentro de las 24 horas de ocurrido el evento. Encaso la emergencia accidental requiera atención quirúrgica inmediata por peligro inminente a la vida, también será cubierta dentro del reembolso.

- *Tendrás hasta 90 días posteriores a la atención para poder solicitar el reembolso.*
- *Deberás solicitar la factura a nombre de **ONCOSALUD S.A.C** (RUC 20101039910). No aplica otro documento de pago.*
- *Para solicitar el reembolso, el **CONTRATANTE** debe descargar la Ficha de Solicitud de Reembolso disponible en la página web <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes> e indicar al médico tratante que la complete.*
- *Los reembolsos se efectúan en base a auditoría médica y montos definidos. Se aplica el tarifario de reembolso disponible en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>.*
- *Los documentos se deben enviar al correo electrónico [reembolsosaunasalud@auna.pe](mailto:reembolsosaunasalud@auna.pe)*
- *La **IAFAS** revisa la solicitud en un plazo máximo de 30 días. Posteriormente, tendrá hasta 30 días adicionales para proceder con el pago en la cuenta del **CONTRATANTE**.*

*En caso los médicos auditores lo consideren necesario pueden solicitar información adicional con el fin de analizar la solicitud de reembolso.*

## 1.2 PRESTACIONES GENERALES ONCOLÓGICAS

Todas las prestaciones oncológicas cuentan con un **PERÍODO DE ESPERA** de doce (12) meses, por lo que todo gasto efectuado dentro de este período, no será cubierto por el plan de salud contratado. Adicionalmente, el límite de monto máximo anual del total de prestaciones está sujeto al límite máximo de beneficio anual según el plan contratado y según las condiciones establecidas en el **PLAN DE BENEFICIOS** del **CONTRATO**.

### 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 autorizados por la **IAFAS**.

### 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 esta 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 Estereotáctica), SBRT, (Radioterapia Estereotáctica 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** detalladas en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>. Servicio solo disponible en Lima.

*\* Sólo en Patología mamaria.*

### QUIMIOTERAPIA

Tratamiento farmacológico cuyo objetivo es detener el crecimiento o multiplicación de las células cancerosas. Puede administrarse en forma ambulatoria u hospitalaria de acuerdo al esquema de quimioterapia establecido por el profesional asignado por la **RED AUNA** y autorizado por la **IAFAS**. Se

cubre los medicamentos quimioterápicos convencionales inclusive las vitaminas que formen parte del esquema de quimioterapia, los insumos necesarios para su administración (incluyendo catéteres y bombas de infusión), así como los servicios ambulatorios u hospitalarios

## **TERAPIA MODIFICADORA DE RESPUESTA BIOLÓGICA O BLANCO DIRIGIDA\***

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

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

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

## **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.

## **TOMOGRFÍA 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** detalladas en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>. 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.

## PRESTACIONES DOMICILIARIAS

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

- 1. Cuidados paliativos y terapias del dolor:** En esta categoría se incluyen los servicios de: asistencia médica y/o asistencia de enfermería y/o técnico de enfermería y/o atención remota centralizada para el suministro del tratamiento prescrito por el médico paliativista, según criterio médico y/o condición clínica del paciente así como para el manejo de equipos médicos que faciliten la estancia en el domicilio del paciente que se encuentra en **ESTADO TERMINAL** (que no sea tributario de tratamiento oncológico curativo) y en completa postración por la enfermedad oncológica cubierta por el programa.
  - *El otorgamiento de los servicios mencionados se encuentra condicionado a la designación previa, bajo responsabilidad y por cuenta propia de la familia, de un cuidador principal y uno secundario, cuyas edades no deben superar los sesenta y cinco (65) años. El cuidador principal colaborará con el personal técnico y tendrá a su cargo las actividades de alimentación, baño e higiene, vestido y acicalamiento, uso de servicios higiénicos del paciente, así como también deberá cooperar con mitigar su soledad y potenciar su autoestima. La asignación de este servicio se encontrará exclusivamente a cargo del profesional paliativista asignado por la IPRESS y autorizado por la IAFAS, quien pasará a ser su nuevo médico tratante. No obstante, el anterior médico tratante podrá continuar brindando prestaciones al paciente a manera de interconsultas, toda vez que las mismas sean requeridas únicamente por el nuevo médico tratante paliativista. La cobertura de dichas interconsultas deberá ser previamente validada por la IAFAS, de acuerdo a las condiciones del programa contratado. La determinación de la cantidad de horas del personal (aplicables únicamente para turnos diurnos), así como días y frecuencias específicas (diaria, interdiaria o semanal) se encuentra sujeto a variación según la criticada evolutiva o involutiva del paciente, conforme lo indique el médico tratante paliativista.*
- 2. Continuidad de tratamiento hospitalario en domicilio:** Esta categoría se refiere a los servicios orientados a la atención médica especializada y/o de enfermería para la aplicación de medicamentos al paciente en el domicilio declarado, continuando el tratamiento intrahospitalario iniciado en la **IPRESS** designada por la **IAFAS**, hasta en un máximo de siete (7) días calendario, computados a partir del alta hospitalaria y pertinente medicamento.
  - *El paciente deberá cumplir con los criterios establecidos en el programa, previa valoración del médico de la IPRESS designada por la IAFAS que brinda el servicio. La asistencia del personal de enfermería se efectuará conforme al horario en que los medicamentos prescritos han de aplicarse. Asimismo, las visitas médicas del programa, se darán con frecuencia interdiaria o conforme se considere necesario medicamente.*

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

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

## CÁNCER NO BIOPSIABLE

En casos de alta sospecha de neoplasia maligna en tumores primarios de encéfalo, páncreas, ovario, riñón y testículo, en los que por la ubicación no es factible realizarla biopsia previa. El **AFILIADO** deberá adjuntar todos los exámenes de imágenes y de laboratorio que le hayan realizado, así como el informe médico que sustentela fuerte sospecha de neoplasia maligna de los órganos antes mencionados. La **IAFAS** podrá condicionar la cobertura del procedimiento (incluyendo los exámenes pre operatorios) a la confirmación del diagnóstico oncológico final. En caso el informe anátomo patológico post quirúrgico no confirme la sospecha de cáncer, el total de gastos incurridos serán asumidos por el **AFILIADO**.

- *Es importante tener en cuenta que las **IPRESS** solicitarán un depósito obligatorio en garantía ante la posibilidad de que se trate de un diagnóstico no oncológico, si no se utilizó el depósito en garantía inicial o sólo parte de él, las **IPRESS** realizarán la devolución correspondiente.*

## 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.

## 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 protectora tipo hidrocoloide natural, pinza, bolsas y pegamento. Así como educación al paciente y su familia, para el autocuidado y mantenimiento de la colostomía o ileostomía.

## TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA HISTOCOMPATIBLE

Procedimiento por el que se extraen células formadoras de sangre (células madre) sanas de la sangre o la médula ósea de un paciente o un donante compatible, las cuales se almacenan, procesan y se trasplantan al paciente, previo tratamiento de su propia médula ósea enferma. Se otorga en el territorio nacional y según disponibilidad en las clínicas de la **RED AUNA** destinadas para tal fin y solo las **IPRESS** específicamente autorizadas por la **IAFAS** que cuenten con la acreditación correspondiente de la Dirección General de Donaciones, Trasplantes y Banco de Sangre del **MINSA** para realizar estos procedimientos. El otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la **IAFAS**, siempre que se encuentre pertinentemente indicado y recomendado en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA** detalladas en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>, cumpliendo todos los criterios de pertinencia y elegibilidad evaluados por el Comité de Trasplante de Precusores Hematopoyéticos de la **RED AUNA**. La cobertura incluye los estudios de histocompatibilidad y pre trasplante sólo del **AFILIADO** receptor, acondicionamiento y colecta de precusores hematopoyéticos, acorde a las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA** detalladas en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>. Así mismo, se cubre las complicaciones agudas, subagudas y crónicas relacionadas al trasplante, incluyendo la enfermedad injerto contra huésped. No incluye estudio de donantes ni la búsqueda de estos, ni prestaciones realizadas a donantes. Así mismo, este beneficio no incluye prestaciones relacionadas al trasplante de tipo haploidéntico, es decir, en el que se usa células madre de donantes que no son totalmente compatibles.



## CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA ONCOLÓGICA ANTESECUELA MUTILANTE

Aplica para casos de cirugías por cáncer de piel y tejidos blandos del sistema músculo esquelético, inclusive en caray 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.

## 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**.

## MEDICAMENTOS NO ONCOLÓGICOS, MATERIALES E INSUMOS

Incluyendo catéteres permanentes, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos, relacionados con el tratamiento de la enfermedad oncológica.

### 1.3 PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS ONCOLÓGICAS

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

Todas las prestaciones oncológicas, cuentan con un **PERÍODO DE ESPERA** de doce (12) meses, por lo que todo gasto efectuado dentro de este período, no será cubierto por el plan de salud contratado. Igualmente, la cobertura del gasto generado por estas prestaciones está sujeto al límite máximo de beneficio anual del plan contratado y según las condiciones establecidas en el **PLAN DE BENEFICIOS** del **CONTRATO**.

## BIOPSIA PARA DESCARTE DE CÁNCER DE MAMA

Se cubrirá el costo de la biopsia (procedimiento y estudio de patología) al **AFILIADO** con sospecha de cáncer demostrada por estudios de imágenes y bioquímicos, y con Diagnóstico Anátomo Patológico final positivo.

## 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**.

## PRÓTESIS DE MAMA

Se otorga, por única vez, solo para casos con reconstrucción mamaria bajo la cobertura del programa oncológico de procedimientos realizados en la **RED AUNA** y a partir de la última renovación del **CONTRATO** vigente y solo a cargo de los cirujanos designados por la **RED AUNA** autorizados previamente por la **IAFAS** para este propósito. La prótesis será la establecida por la **IAFAS** de acuerdo a las características del paciente garantizando la seguridad de la atención por el uso de material médico de alta calidad. No se cubrirá el cambio de la prótesis una vez concluido el procedimiento de reconstrucción mamaria.

## RECONSTRUCCIÓN MAMARIA Y DE PEZÓN

Se otorga, por única vez, solo para casos de mastectomía radical y total por cáncer de mama atendida dentro de la cobertura del programa oncológico bajo la vigencia del presente **CONTRATO**, que no esté bajo la condición de **FUMADOR** y/o sea menor de setenta (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 reconstruir la forma de la mama después de una mastectomía.

Este beneficio no incluye cobertura sobre procedimiento estético en la mama afectada, así como ningún procedimiento en la mama contralateral.

Este beneficio no se encuentra contemplado dentro del **PLAN SENIOR**.

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

## 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. Este beneficio no se encuentra contemplado dentro del **PLAN SENIOR**.

## TERAPIA FÍSICA

Se cubrirá hasta un máximo de doce (12) sesiones, durante los tres (3) primeros meses posteriores a la cirugía descrita en las siguientes condiciones:

1. Terapia física en el hombro y brazo para el tratamiento de linfedema posterior a mastectomía radical por cáncer de mama.
2. Terapia física post cirugía mutilante de tejidos blandos en extremidades por sarcomas óseos o de partes blandas.
3. Terapia física post cirugía encefálica.

## FONIATRÍA EN CÁNCER PRIMARIO DE LARINGE

Se otorgará 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, durante los tres (3) primeros meses a la cirugía descrita en las siguientes condiciones:

- a. Pacientes con disfonía severa o pérdida del habla, posterior a cirugía por cáncer primario de laringe y cuerdas vocales.
- b. Pacientes con trastornos de la deglución, posterior a cirugía encefálica por cáncer primario de encéfalo.

## 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** detalladas en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>, y previo consentimiento del paciente. Asimismo, el médico tratante contará con el soporte de los comités multidisciplinares de alta complejidad pertenecientes a la **RED AUNA**.

## SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA INTERNACIONAL

La Junta Médica permanente de la **IAFAS** podrá solicitar la valoración del caso (revisión del expediente) a una institución de prestigio internacional determinada por la **IAFAS** cuando lo considere necesario y previo consentimiento del paciente, sobre tratamiento, pronóstico y orientaciones de la enfermedad del paciente. No forma parte de este beneficio la realización de exámenes auxiliares o una segunda revisión de los mismos fuera del territorio nacional. No se cubren los gastos de elaboración, duplicado y/o traducción de informes ni otros gastos relacionados al contenido del expediente. Este beneficio no se encuentra contemplado dentro del **PLAN SENIOR**.

## 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. 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. Santa 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.*

## TRASLADO PARA PACIENTES RADICADOS FUERA DE LIMA

Cobertura de un (1) boleto aéreo nacional (ida y vuelta) por cada vigencia anual, envuelo 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. 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 sujetas a disponibilidad de ruta aérea comercial y cupos disponibles de la aerolínea asignada por la **IAFAS**. Este beneficio no se encuentra contemplado dentro del **PLAN SENIOR**.

## ALIMENTACIÓN PARA ACOMPAÑANTE

Beneficio para un (1) acompañante de pacientes pediátricos (hasta los 17 años) hospitalizados, compuesto por un (1) desayuno, un (1) almuerzo y una (1) cena del menú estándar que la clínica establezca para el día y en el mismo horario de los pacientes, debiendo ser solicitado con la anticipación establecida por la clínica. Durante el tiempo que dure la hospitalización.

## TUTORÍA MÉDICA Y EJECUTIVA DE ACOMPAÑAMIENTO AL PACIENTE

Para orientar en forma personalizada al paciente, facilitando el acceso a sus coberturas y servicios médicos que requiera, se acuerdo al programa oncológico **CONTRATADO**.

## 1.4 TARIFAS PREFERENCIALES Y DESCUENTOS

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

## 2 PERTINENCIA DE LAS PRESTACIONES

La cobertura de salud que la **IAFAS** otorga a favor del **AFILIADO** en virtud del presente **CONTRATO**, comprende las condiciones y prestaciones de salud contenidas en las **CONDICIONES PARTICULARES**; las cuales se encuentran acorde con las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA** detalladas en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes> con base al cumplimiento de los siguientes criterios:

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

Para el caso de las prestaciones médicas oncológicas, deberá adicionalmente considerarse el cumplimiento de los siguientes criterios:

- a. Que, las prestaciones oncológicas se sustenten hasta en un **NIVEL DE EVIDENCIA II-A**.
- b. 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**.
- c. 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](http://www.clinicaltrials.gov).
- d. 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 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 Oncológicos” de la **IAFAS**, publicado en la página web <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>. Utilizando criterios técnicos, este listado se renovará y/o actualizará como mínimo cada dos (2) años, contados desde la fecha de su última publicación en la página web antes descrita, tomando en cuenta para ello los estándares nacionales e internacionales sobre la materia.

Las prestaciones de recuperación de la salud, incluyen también la prestación de maternidad que consiste en el control y cuidado de la salud de la gestante, la atención del parto y control posterior al parto, así como, el cuidado inicial de la salud del recién nacido.

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

## INDICE DE ANEXOS

|                                                                                                 |                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>ANEXO 1:</b> Plan de Salud.....                                                              | <b>Pág.35</b>  |
| <b>ANEXO 2:</b> Aporte Comercial y Formas de Pago.....                                          | <b>Pág.48</b>  |
| <b>ANEXO 3:</b> Exclusiones, Gastos No Cubiertos y Limitaciones a las coberturas contratadas .. | <b>Pág.51</b>  |
| <b>ANEXO 4:</b> Procedimiento para Solicitar Cobertura en Caso de Siniestro .....               | <b>Pág. 58</b> |
| <b>ANEXO 5:</b> Red de Atención .....                                                           | <b>Pág. 64</b> |
| <b>ANEXO 6:</b> Chequeo Médico Anual .....                                                      | <b>Pág. 72</b> |
| <b>ANEXO 7:</b> Cobertura de Maternidad .....                                                   | <b>Pág. 73</b> |
| <b>ANEXO 8:</b> Control de Niño Sano.....                                                       | <b>Pág. 74</b> |
| <b>ANEXO 9:</b> Esquema de Inmunizaciones .....                                                 | <b>Pág. 75</b> |
| <b>ANEXO 10:</b> Flujograma de Procedimiento de Atención de Consultas y Reclamos .....          | <b>Pág. 76</b> |



## ANEXO 1: PLAN DE SALUD

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 deducibles detallamos a continuación.

### CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN

| Condiciones de Suscripción                                                                                                                                                                       | Plan Classic                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Plan Premium                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Plan Senior                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Límite máximo del beneficio anual por afiliado <sup>(1)</sup>:</b><br><b>Afiliado Titular y Dependientes</b>                                                                                  | S/ 400,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | S/ 750,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | S/ 500,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Límite de ingreso:</b><br><b>Afiliado Titular y Dependientes</b>                                                                                                                              | Hasta los 60 años                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Hasta los 60 años                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Desde los 61 años, sin límite de ingreso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Límite de permanencia:</b><br><b>Afiliado Titular y Dependientes</b>                                                                                                                          | Sin límite                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Sin límite                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Sin límite                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Suscripción del CONTRATO</b>                                                                                                                                                                  | Considera la fecha de pago del primer aporte al plan de salud:<br>-Si el pago es realizado durante los primeros quince (15) días del mes en curso, el inicio de vigencia será el primer día del mes en curso.<br>-Si el pago es realizado después del día quince (15) del mes, el inicio de vigencia será el primer día del mes siguiente.                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Período de Carencia:</b><br>Plazo mínimo de permanencia en el programa para tener derecho a las coberturas establecidas en este. Se contabilizan en forma individual por cada <b>AFILIADO</b> | 90 días                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 90 días                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 90 días                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Latencia:</b><br>Es un derecho especial de cobertura por desempleo que la <b>IAFAS ESSALUD</b> y la <b>IAFAS EPS</b> le otorga al <b>ASEGURADO</b> regular y sus derechohabientes.            | No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Red de atención</b>                                                                                                                                                                           | -Clínicas Auna sede Bellavista<br>-Clínicas Auna sede Vallesur<br>-Clínicas Auna sede Miraflores<br>-Clínicas Auna sede Guardia Civil<br>-Centros Médicos Auna sede Miraflores<br>-Centros Médicos Auna sede Servimédicos<br>-Clínicas Auna sede Chiclayo<br>-Centros de Bienestar Auna<br>-Oncosalud sede San Borja<br>-R YR Patólogos Asociados<br>-Oncocenter sede Delgado<br>-Petscan Perú | -Clínica Delgado<br>-Clínicas Auna sede Bellavista<br>-Clínicas Auna sede Vallesur<br>-Clínicas Auna sede Miraflores<br>-Clínicas Auna sede Guardia Civil<br>-Centros Médicos Auna sede Miraflores<br>-Centros Médicos Auna sede Servimédicos<br>-Clínicas Auna sede Chiclayo<br>-Centros de Bienestar Auna<br>-Oncosalud sede San Borja<br>-R YR Patólogos Asociados<br>-Oncocenter sede Delgado<br>-Petscan Perú | -Clínica Delgado<br>-Clínicas Auna sede Bellavista<br>-Clínicas Auna sede Vallesur<br>-Clínicas Auna sede Miraflores<br>-Clínicas Auna sede Guardia Civil<br>-Centros Médicos Auna sede Miraflores<br>-Centros Médicos Auna sede Servimédicos<br>-Clínicas Auna sede Chiclayo<br>-Centros de Bienestar Auna<br>-Oncosalud sede San Borja<br>-R YR Patólogos Asociados<br>-Oncocenter sede Delgado<br>-Petscan Perú |

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

## REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN

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

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

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

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

La eventual inconformidad del **CONTRATANTE**, con relación a los condicionamientos particulares formulados por la **IAFAS** con posterioridad a la recepción de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, determinará la anulación del **CONTRATO** y el derecho de devolución íntegra de los **APORTES COMERCIALES** a favor del **CONTRATANTE**, en tanto este último formule su desistimiento, por la vía comunicacional que considere conveniente, dentro de los noventa

(90) días siguientes a la fecha de notificación de las limitaciones particulares formuladas por la **IAFAS**.

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

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

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

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

## PRESTACIONES GENERALES DE SALUD

| ATENCIÓN AMBULATORIA<br>(Consulta presencial)    | Clínicas<br>Auna Salud<br>Sede<br>Delgado                                                                                                | Clínicas Auna Salud<br>sede Vallesur<br>Clínicas Auna Salud<br>sede Miraflores <sup>(1)</sup><br>Clínicas Auna sede<br>Chiclayo | Clínicas<br>Auna<br>Salud sede<br>Bellavista | Clínicas<br>Auna<br>Salud sede<br>Guardia<br>Civil | Centro<br>Médico<br>Auna Sede<br>Servimédicos |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Plan Classic / Plan Premium                      |                                                                                                                                          |                                                                                                                                 |                                              |                                                    |                                               |
| Deducible por consulta en<br>Pediatria           | S/ 40                                                                                                                                    | S/ 35                                                                                                                           | S/ 25                                        | No aplica                                          | S/ 25                                         |
| Deducible por consulta en<br>Medicina Interna    | S/ 40                                                                                                                                    | S/ 35                                                                                                                           | S/ 25                                        | S/ 35                                              | S/ 25                                         |
| Deducible por consulta -<br>Otras especialidades | S/ 80                                                                                                                                    | S/ 50                                                                                                                           | S/ 40                                        | S/ 50                                              | S/ 40                                         |
| Cobertura                                        | 80%                                                                                                                                      |                                                                                                                                 |                                              |                                                    |                                               |
| Prestaciones cubiertas                           | Exámenes auxiliares de laboratorio, diagnóstico por imágenes, procedimientos ambulatorios, cirugía ambulatoria y farmacia <sup>(2)</sup> |                                                                                                                                 |                                              |                                                    |                                               |
| Plan Senior                                      |                                                                                                                                          |                                                                                                                                 |                                              |                                                    |                                               |
| Deducible por consulta en<br>Medicina Interna    | S/ 25                                                                                                                                    | S/ 25                                                                                                                           | S/ 25                                        | S/ 25                                              | S/ 25                                         |
| Deducible por consulta en<br>Geriatría           | S/ 25                                                                                                                                    | S/ 25                                                                                                                           | S/ 25                                        | No aplica                                          | S/ 25                                         |
| Deducible por consulta -<br>Otras especialidades | S/ 80                                                                                                                                    | S/ 50                                                                                                                           | S/ 40                                        | S/ 50                                              | S/ 40                                         |
| Cobertura                                        | 80%                                                                                                                                      |                                                                                                                                 |                                              |                                                    |                                               |
| Prestaciones cubiertas                           | Exámenes auxiliares de laboratorio, diagnóstico por imágenes, procedimientos ambulatorios, cirugía ambulatoria y farmacia <sup>(2)</sup> |                                                                                                                                 |                                              |                                                    |                                               |

| ATENCIÓN TELECONSULTA                                | Clínicas<br>Auna Salud<br>Sede<br>Delgado                                                               | Clínicas Auna Salud<br>sede Vallesur<br>Clínicas Auna Salud<br>sede Miraflores <sup>(1)</sup><br>Clínicas Auna sede<br>Chiclayo | Clínicas<br>Auna<br>Salud sede<br>Bellavista | Clínicas<br>Auna<br>Salud sede<br>Guardia<br>Civil | Centro<br>Médico<br>Auna Sede<br>Servimédicos |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Plan Classic / Plan Premium                          |                                                                                                         |                                                                                                                                 |                                              |                                                    |                                               |
| Deducible por teleconsulta<br>en Pediatría           | S/ 40                                                                                                   | S/ 35                                                                                                                           | S/ 25                                        | No aplica                                          | S/ 25                                         |
| Deducible por consulta en<br>Medicina Interna        | S/ 40                                                                                                   | S/ 35                                                                                                                           | S/ 25                                        | S/ 35                                              | S/ 25                                         |
| Deducible por teleconsulta -<br>Otras especialidades | S/ 80                                                                                                   | S/ 50                                                                                                                           | S/ 40                                        | S/ 50                                              | S/ 40                                         |
| Cobertura                                            | 80%                                                                                                     |                                                                                                                                 |                                              |                                                    |                                               |
| Prestaciones cubiertas                               | Exámenes auxiliares de laboratorio, diagnóstico por imágenes, procedimientos ambulatorios y farmacia(2) |                                                                                                                                 |                                              |                                                    |                                               |
| Plan Senior                                          |                                                                                                         |                                                                                                                                 |                                              |                                                    |                                               |
| Deducible por teleconsulta<br>en Medicina Interna    | S/ 25                                                                                                   | S/ 25                                                                                                                           | S/ 25                                        | S/ 25                                              | S/ 25                                         |
| Deducible por teleconsulta<br>en Geriatría           | S/ 25                                                                                                   | S/ 25                                                                                                                           | S/ 25                                        | No aplica                                          | S/ 25                                         |
| Deducible por teleconsulta -<br>Otras especialidades | S/ 40                                                                                                   |                                                                                                                                 |                                              |                                                    |                                               |
| Cobertura                                            | 80%                                                                                                     |                                                                                                                                 |                                              |                                                    |                                               |
| Prestaciones cubiertas                               | Exámenes auxiliares de laboratorio, diagnóstico por imágenes, procedimientos ambulatorios y farmacia(2) |                                                                                                                                 |                                              |                                                    |                                               |

| ATENCIÓN POR EMERGENCIA NO ACCIDENTAL  | Clínicas Auna Salud Sede Delgado                                                                                    | Clínicas Auna Salud sede Vallesur<br>Clínicas Auna Salud sede Miraflores <sup>(1)</sup><br>Clínicas Auna sede Chiclayo | Clínicas Auna Salud sede Bellavista | Clínicas Auna Salud sede Guardia Civil | Centro Médico Auna Sede Servimédicos |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| Deducible por emergencia no accidental | S/ 80                                                                                                               | S/ 50                                                                                                                  | S/ 40                               | S/ 50                                  | No aplica                            |
| Cobertura                              | 80%                                                                                                                 |                                                                                                                        |                                     |                                        | No aplica                            |
| Prestaciones cubiertas                 | Exámenes auxiliares de laboratorio, diagnóstico por imágenes, procedimientos ambulatorios y farmacia <sup>(2)</sup> |                                                                                                                        |                                     |                                        |                                      |

| ATENCIÓN POR EMERGENCIA ACCIDENTAL  | Clínicas Auna Salud Sede Delgado                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Clínicas Auna Salud sede Vallesur<br>Clínicas Auna Salud sede Miraflores <sup>(1)</sup><br>Clínicas Auna sede Chiclayo | Clínicas Auna Salud sede Bellavista | Clínicas Auna Salud sede Guardia Civil | Centro Médico Auna Sede Servimédicos |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| Deducible por emergencia accidental | Sin deducible                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                        |                                     |                                        | No aplica                            |
| Cobertura                           | 100%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                        |                                     |                                        | No aplica                            |
| Prestaciones cubiertas              | Emergencias que inician atención en clínica dentro de las primeras 24 horas de ocurrido el accidente, hasta la estabilización del paciente. Aplica continuidad en clínica de la emergencia accidental ambulatoria hasta máximo 90 días calendario. Derivación hospitalaria por emergencia según condiciones de hospitalización. |                                                                                                                        |                                     |                                        |                                      |

|                                      |                                                                                                                                             |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Reembolso (solo Lima) <sup>(3)</sup> | Sin deducible al 50%                                                                                                                        |
| Prestaciones cubiertas               | Emergencias que inician atención en clínica dentro de las primeras 24 horas de ocurrido el accidente, hasta la estabilización del paciente. |

| ATENCIÓN DE MÉDICO A DOMICILIO (SÓLO LIMA) | APLICA PARA LA RED DE ATENCIÓN DE MÉDICO A DOMICILIO DEL PRESENTE CONTRATO                                                                                 |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Deducible por consulta                     | S/ 40                                                                                                                                                      |
| Cobertura                                  | 80%                                                                                                                                                        |
| Prestaciones cubiertas                     | Consulta a domicilio en la especialidad de medicina general y para medicamentos bajo modalidad de botiquín. No incluye laboratorio ni exámenes auxiliares. |

| CHEQUEO MÉDICO ANUAL   | Clínicas Auna Salud Sede Delgado | Clínicas Auna Salud sede Vallesur<br>Clínicas Auna Salud sede Miraflores <sup>(1)</sup><br>Clínicas Auna sede Chiclayo | Clínicas Auna Salud sede Bellavista | Clínicas Auna Salud sede Guardia Civil | Centro Médico Auna Sede Servimédicos | Centros de Bienestar Auna |
|------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|
| Deducible por consulta | S/ 80                            | S/ 50                                                                                                                  | S/ 40                               | S/ 50 <sup>(4)</sup>                   | S/ 40                                | S/ 40                     |
| Cobertura              | 100%                             |                                                                                                                        |                                     |                                        |                                      |                           |
| Prestaciones cubiertas | Chequeo detallado (Ver Anexo 6)  |                                                                                                                        |                                     |                                        |                                      |                           |

| ATENCIÓN HOSPITALARIA         | Clínicas Auna Salud Sede Delgado                                                                                                                                                                                                                  | Clínicas Auna Salud sede Vallesur<br>Clínicas Auna Salud sede Miraflores <sup>(1)</sup><br>Clínicas Auna sede Chiclayo | Clínicas Auna Salud sede Bellavista | Clínicas Auna Salud sede Guardia Civil | Centro Médico Auna Sede Servimédicos |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| Deducible por hospitalización | S/ 530                                                                                                                                                                                                                                            | S/ 270                                                                                                                 | S/ 210                              | S/ 400                                 | No aplica                            |
| Cobertura                     | 80%                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                        |                                     |                                        | No aplica                            |
| Prestaciones cubiertas        | Honorarios médicos, procedimientos hospitalarios quirúrgicos y no quirúrgicos, sala de operaciones, sala de recuperación, hotelaría, exámenes de laboratorio, diagnóstico por imágenes y, farmacia hospitalaria <sup>(2)</sup> y material médico. |                                                                                                                        |                                     |                                        |                                      |

| ATENCIÓN DE MATERNIDAD<br>No aplica para el Plan Senior                                      | Clínicas Auna Salud Sede Delgado                                                   | Clínicas Auna Salud sede Vallesur<br>Clínicas Auna Salud sede Miraflores <sup>(1)</sup><br>Clínicas Auna sede Chiclayo | Clínicas Auna Salud sede Bellavista | Clínicas Auna Salud sede Guardia Civil | Centro Médico Auna Sede Servimédicos |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>Maternidad hospitalaria (Ver Anexo 7)</b>                                                 |                                                                                    |                                                                                                                        |                                     |                                        |                                      |
| Deducible por parto normal, cesárea y/o parto múltiple                                       | S/ 530                                                                             | S/ 270                                                                                                                 | S/ 210                              | No aplica                              | No aplica                            |
| Deducible por aborto, amenaza de aborto, complicaciones orgánicas y quirúrgicas del embarazo | S/ 530                                                                             | S/ 270                                                                                                                 | S/ 210                              | No aplica                              | No aplica                            |
| Cobertura                                                                                    | 80%                                                                                |                                                                                                                        |                                     | No aplica                              | No aplica                            |
| Prestaciones cubiertas                                                                       | Hospitalización <sup>(3)</sup> , exámenes auxiliares, sala de parto y sala de bebé |                                                                                                                        |                                     |                                        |                                      |

| Maternidad ambulatoria (Ver Anexo 7)               |                                                                                                                                              |       |       |           |           |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-----------|-----------|
| Deducible por consulta por control pre y postnatal | S/ 80                                                                                                                                        | S/ 50 | S/ 40 | No aplica | No aplica |
| Cobertura                                          | 80%                                                                                                                                          |       |       | No aplica | No aplica |
| Prestaciones cubiertas                             | Consultas por control pre y postnatal, exámenes auxiliares y medicamentos derivados de los controles del embarazo, tamizaje neonatal básico. |       |       |           |           |
| Psicoprofilaxis                                    |                                                                                                                                              |       |       |           |           |
| Deducible                                          | Sin deducible                                                                                                                                |       |       | No aplica | No aplica |
| Cobertura                                          | 100%                                                                                                                                         |       |       | No aplica | No aplica |
| Prestaciones cubiertas                             | Sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica <sup>(4)</sup>                                                                                        |       |       |           |           |

| CONTROL DE NIÑO SANO<br>No aplica para el Plan Senior | Clínicas Auna Salud Sede Delgado                                          | Clínicas Auna Salud sede Vallesur<br>Clínicas Auna Salud sede Miraflores <sup>(1)</sup><br>Clínicas Auna sede Chiclayo | Clínicas Auna Salud sede Bellavista | Clínicas Auna Salud sede Guardia Civil | Centro Médico Auna Sede Servimédicos |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| Evaluación médica mensual (Ver Anexo 8)               | Sin deducible                                                             |                                                                                                                        |                                     | No aplica                              | No aplica                            |
| Cobertura                                             | 80%                                                                       |                                                                                                                        |                                     | No aplica                              | No aplica                            |
| Prestaciones cubiertas                                | Medicamentos y/o exámenes auxiliares derivados de la consulta de control. |                                                                                                                        |                                     |                                        |                                      |

| INMUNIZACIONES                       | APLICA PARA LA RED DE ATENCIÓN DE INMUNIZACIONES DEL PRESENTE CONTRATO                    |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Plan Classic / Plan Premium</b>   |                                                                                           |
| Esquema de Inmunización Niños        | Sin deducible                                                                             |
| Cobertura                            | 80%                                                                                       |
| Prestaciones cubiertas               | Incluye vacunas, según detalle del <b>Anexo 9</b> , así como la aplicación de las mismas. |
| <b>Plan Senior</b>                   |                                                                                           |
| Esquema de Inmunización Adulto Mayor | Sin deducible                                                                             |
| Cobertura                            | 100%                                                                                      |
| Prestaciones cubiertas               | Incluye vacunas, según detalle del <b>Anexo 9</b> , así como la aplicación de las mismas. |

| ATENCIÓN POR ENFERMEDADES CONGÉNITAS PARA RECIÉN NACIDOS<br>No aplica para el Plan Senior | Clínicas Auna Salud Sede Delgado                                                                  | Clínicas Auna Salud sede Vallesur<br>Clínicas Auna Salud sede Miraflores <sup>(1)</sup><br>Clínicas Auna sede Chiclayo | Clínicas Auna Salud sede Bellavista | Clínicas Auna Salud sede Guardia Civil | Centro Médico Auna Sede Servimédicos                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Cobertura                                                                                 | Hasta S/ 17,000 (no inc. IGV) como beneficio máximo anual.                                        |                                                                                                                        |                                     | No aplica                              | Hasta S/ 17,000 (no inc. IGV) como beneficio máximo anual. |
| Prestaciones cubiertas                                                                    | Según condiciones ambulatorias y/u hospitalarias, según corresponda, hasta el primer año de vida. |                                                                                                                        |                                     |                                        |                                                            |

| ATENCIÓN ODONTOLÓGICA  | APLICA PARA LA RED DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DEL PRESENTE CONTRATO                                                                                                                                                                                    |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Deducible por consulta | S/ 40                                                                                                                                                                                                                                                |
| Cobertura              | 100%                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Prestaciones cubiertas | - Examen odontológico (incluye odontograma).<br>- Profilaxis anual (incluye limpieza incluye limpieza manual simple sin uso de cavitron o equivalentes, solo una vez durante la vigencia anual).<br>- Fluorización anual (para niños hasta 12 años). |

|                                         |                                                                                                                            |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Deducible por pieza tratada y terminada | S/ 40                                                                                                                      |
| Cobertura                               | 80%                                                                                                                        |
| Prestaciones cubiertas                  | Pulpotomías, pulpectomías, endodoncias, extracciones simples y obturaciones que incluye colocación de amalgamas y resinas. |

|                                             |                                                                      |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Deducible por otros servicios odontológicos | Sin deducible                                                        |
| Cobertura                                   | 80%                                                                  |
| Prestaciones cubiertas                      | - Radiografías por placa.<br>- Sellantes (para niños hasta 12 años). |

| PRÓTESIS INTERNAS QUIRÚRGICAMENTE NECESARIAS | Clínicas Auna Salud Sede Delgado                                                                  | Clínicas Auna Salud sede Vallesur<br>Clínicas Auna Salud sede Miraflores <sup>(1)</sup><br>Clínicas Auna sede Chiclayo | Clínicas Auna Salud sede Bellavista | Clínicas Auna Salud sede Guardia Civil | Centro Médico Auna Sede Servimédicos |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>Deducible</b>                             | Sin deducible                                                                                     |                                                                                                                        |                                     |                                        | No aplica                            |
| <b>Cobertura</b>                             | 80%<br>Hasta S/ 5,000 (no inc. IGV) como beneficio máximo anual.                                  |                                                                                                                        |                                     |                                        | No aplica                            |
| <b>Prestaciones cubiertas</b>                | Las prótesis cubiertas son las siguientes: cadera, codo, dedo, hombro, muñeca, rodilla y tobillo. |                                                                                                                        |                                     |                                        |                                      |

| PSIQUIATRÍA<br>No aplica para el Plan Senior | Clínicas Auna Salud Sede Delgado                                                         | Clínicas Auna Salud sede Vallesur<br>Clínicas Auna Salud sede Miraflores <sup>(1)</sup><br>Clínicas Auna sede Chiclayo | Clínicas Auna Salud sede Bellavista | Clínicas Auna Salud sede Guardia Civil | Centro Médico Auna Sede Servimédicos |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>Deducible por consulta</b>                | S/ 80                                                                                    | S/ 50                                                                                                                  | S/ 40                               | No aplica                              | S/ 40                                |
| <b>Prestaciones cubiertas</b>                | No cubre psicoterapias, medicamentos, hospitalizaciones ni tratamientos por emergencias. |                                                                                                                        |                                     |                                        |                                      |

| PREEXISTENCIAS                             | Clínicas Auna Salud Sede Delgado                                                                              | Clínicas Auna Salud sede Vallesur<br>Clínicas Auna Salud sede Miraflores <sup>(1)</sup><br>Clínicas Auna sede Chiclayo | Clínicas Auna Salud sede Bellavista | Clínicas Auna Salud sede Guardia Civil | Centro Médico Auna Sede Servimédicos |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>Deducible por Atención Ambulatoria</b>  | S/ 80                                                                                                         | S/ 50                                                                                                                  | S/ 40                               | S/ 50                                  | S/ 40                                |
| <b>Deducible por Atención Hospitalaria</b> | S/ 530                                                                                                        | S/ 270                                                                                                                 | S/ 210                              | S/ 400                                 | No aplica                            |
| <b>Cobertura</b>                           | 50%<br>Hasta S/ 34,000 (no inc. IGV) como beneficio máximo anual.                                             |                                                                                                                        |                                     |                                        |                                      |
| <b>Prestaciones cubiertas</b>              | Se cubrirán los gastos médicos (atenciones ambulatorias y/o hospitalarias) bajo las condiciones del programa. |                                                                                                                        |                                     |                                        |                                      |

(1) Se considera tanto el Centro Médico Miraflores como la Clínica Miraflores. Para mayor detalle ver de Red de Atención.

(2) Según tratamiento farmacológico de Guía de Práctica Clínica vigente.

(3) Según las condiciones de la cobertura de atención hospitalaria detalladas en el **PLAN DE BENEFICIOS**.

(4) La duración del programa de psicoprofilaxis está sujeto a las condiciones de la **IPRESS** (clínica) elegida.

**Importante:**

El alcance de las coberturas de los planes Classic, Premium y Senior está sujeto a la capacidad resolutive de la **IPRESS** (clínica) elegida.

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

(1) Se considera tanto el Centro Médico Miraflores como la Clínica Miraflores. Para mayor detalle ver de Red de Atención.

(2) Según tratamiento farmacológico de Guía de Práctica Clínica vigente.

(3) Según las condiciones de la cobertura de atención hospitalaria detalladas en el **PLAN DE BENEFICIOS**.

(4) La duración del programa de psicoprofilaxis está sujeto a las condiciones de la **IPRESS** (clínica) elegida.

**Importante:**

El alcance de las coberturas de los planes Classic, Premium y Senior está sujeto a la capacidad resolutive de la **IPRESS** (clínica) elegida.

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



## PRESTACIONES GENERALES ONCOLÓGICAS

| PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO                                                                                                                                                                                                                                       | PLAN CLASSIC | PLAN PREMIUM | PLAN SENIOR |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|-------------|
| PRESTACIONES GENERALES                                                                                                                                                                                                                                                                                             |              |              |             |
| <b>Honorarios médicos</b> por consultas o teleconsultas, intervenciones quirúrgicas o visita domiciliaria, ayudantía o administración de anestesia.                                                                                                                                                                | 100%         | 100%         | 100%        |
| <b>Quimioterapia:</b> Medicamentos antineoplásicos convencionales, materiales e insumos (incluyendo catéteres permanentes, líneas de infusión, entre otros) y servicios relacionados a su administración. Incluye la <b>pre medicación</b> y <b>vitaminas</b> que formen parte del esquema de quimioterapia.       | 100%         | 100%         | 100%        |
| <b>Terapia modificadora de respuesta biológica o blanco dirigida:</b>                                                                                                                                                                                                                                              | 80%          | 100%         | 100%        |
| -Anticuerpos monoclonales                                                                                                                                                                                                                                                                                          |              |              |             |
| -Inhibidores de enzimas kinasas y proteosomas                                                                                                                                                                                                                                                                      |              |              |             |
| -Inmunoterapia (BCG)                                                                                                                                                                                                                                                                                               |              |              |             |
| -Citocinas (Interferones e Interleucinas)                                                                                                                                                                                                                                                                          |              |              |             |
| -Factor estimulante de colonias de células blancas (Filgrastim)                                                                                                                                                                                                                                                    | 100%         | 100%         | 100%        |
| -Inmunomoduladores                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |              |              |             |
| <b>Medicamentos no oncológicos, materiales e insumos</b> relacionados con el tratamiento oncológico.                                                                                                                                                                                                               | 100%         | 100%         | 100%        |
| <b>Radioterapia:</b> 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. | 100%         | 100%         | 100%        |
| <b>Cáncer no biopsiable:</b> En caso de alta sospecha de neoplasia maligna primaria de encéfalo, páncreas, riñón, ovario y testículo.                                                                                                                                                                              | 100%         | 100%         | 100%        |
| <b>Trasplante de Médula Ósea histocompatible:</b> Incluye cobertura de estudios de histocompatibilidad solo del <b>AFILIADO</b> receptor. No incluye estudio u otros gastos relacionados a los donantes.                                                                                                           | 80%          | 100%         | 100%        |
| <b>Servicios de apoyo al tratamiento:</b> Exámenes de laboratorio, imágenes, anatomía patológica e inmunohistoquímica.                                                                                                                                                                                             | 100%         | 100%         | 100%        |
| <b>Estudios de Medicina Nuclear:</b> Gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela.                                                                                                                                                                                                           | 100%         | 100%         | 100%        |
| <b>Tomografía por emisión de positrones (PET Scan):</b> Incluye el examen de valoración previa y la sustancia radioactiva FDG. Servicio disponible solo en Lima.                                                                                                                                                   | 100%         | 100%         | 100%        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |      |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| <b>Prestaciones Domiciliarias:</b> Cuidados paliativos y terapias del dolor así como Continuidad de tratamiento hospitalario en domicilio.                                                                                                                                            | 100% | 100% | 100% |
| <b>Transfusión sanguínea y hemoderivados (glóbulos rojos, plaquetas, plasma),</b> 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.           | 80%  | 100% | 100% |
| <b>Nutrición Parenteral Total (NPT):</b> Solo durante la estancia hospitalaria hasta un máximo de tres (3) semanas.                                                                                                                                                                   | 100% | 100% | 100% |
| <b>Kit de colostomía e ileostomía</b> insumo y equipamiento a pacientes con colostomía o ileostomía.                                                                                                                                                                                  | 100% | 100% | 100% |
| <b>Cirugía reconstructiva oncológica ante secuela mutilante</b> 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. | 100% | 100% | 100% |
| <b>Material de Osteosíntesis</b> para pacientes con fracturas patológicas por metástasis ósea o cáncer óseo.                                                                                                                                                                          | 80%  | 100% | 100% |

## PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS ONCOLÓGICAS

| PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO                                                      | PLAN CLASSIC | PLAN PREMIUM | PLAN SENIOR |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|-------------|
| OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS (Solo en RED AUNA y previa autorización por la IAFAS)                                          |              |              |             |
| <b>Biopsia de descarte de cáncer de mama</b> en caso de alta sospecha de neoplasia maligna.                                       | No cubre     | 100%         | 100%        |
| <b>Prueba de expresión genética para cáncer de mama.</b>                                                                          | No cubre     | 100%         | 100%        |
| <b>Reconstrucción mamaria y pezón</b> para pacientes con mastectomía radical por cáncer de mama.                                  | No cubre     | 100%         | No cubre    |
| <b>Prótesis de mama</b> para pacientes con mastectomía radical por cáncer de mama. Por única vez por mama.                        | No cubre     | 100%         | No cubre    |
| <b>Medicina Integrativa:</b> Dentro de las prestaciones cubiertas, se encuentran las siguientes:                                  |              |              |             |
| - Psicooncología para pacientes y familiares directos. Incluye cinco (5) sesiones programadas por año. Solo en RED AUNA.          | 100%         | 100%         | 100%        |
| - Orientación nutricional para pacientes y familiares directos. Incluye cinco (5) sesiones programadas por año. Solo en RED AUNA. |              |              |             |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |          |      |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------|----------|
| <b>Terapia física:</b> En el hombro y brazo para el tratamiento de linfedema posterior a mastectomía radical por cáncer de mama; post cirugía mutilante de tejidos blandos en extremidades; fisioterapia respiratoria post cirugía por cáncer pulmonar. Hasta un máximo de doce (12) sesiones durante los tres (3) meses posteriores a la cirugía antes descrita. | 100%     | 100% | 100%     |
| <b>Foniatría en cáncer de laringe,</b> hasta doce (12) sesiones programadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                      | No cubre | 100% | 100%     |
| <b>Prótesis Testicular post orquidectomía</b> para pacientes de cáncer de testículo y próstata.                                                                                                                                                                                                                                                                   | No cubre | 100% | No cubre |
| <b>Segunda Opinión Médica Nacional:</b> Bajo revisión de la junta médica permanente de la <b>IAFAS</b> y con el soporte de los comités multidisciplinares de alta complejidad de la <b>RED AUNA</b> .                                                                                                                                                             | 100%     | 100% | 100%     |
| <b>Segunda Opinión Médica Internacional:</b> Bajo solicitud de la junta médica permanente de la <b>IAFAS</b> , que podrá solicitar la valoración del caso (revisión del expediente) a una institución de prestigio internacional determinada por la <b>IAFAS</b> .                                                                                                | No cubre | 100% | No cubre |
| <b>Ambulancia terrestre al alta hospitalaria,</b> para pacientes postrados o imposibilitados de desplazarse. Servicio disponible solo en Lima y según los límites geográficos establecidos.                                                                                                                                                                       | 100%     | 100% | 100%     |
| <b>Traslado para pacientes radicados fuera de Lima:</b> 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.                                                                                                                | No cubre | 100% | No cubre |
| <b>Alimentación para un acompañante</b> de pacientes pediátricos (hasta los 17 años) durante el tiempo que dure la hospitalización. Solo en <b>RED AUNA</b> .                                                                                                                                                                                                     | No cubre | 100% | No cubre |
| <b>Tutoría médica y ejecutiva de acompañamiento al paciente.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 100%     | 100% | 100%     |

## PERÍODOS DE ESPERA

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

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

Sólo están exceptuadas de **PERÍODO DE ESPERA** las emergencias accidentales, emergencias no accidentales y las enfermedades agudas siguientes: apendicitis, enfermedad cerebro vascular aguda (isquémico o hemorrágico), infarto agudo de miocardio y torsión testicular.

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

| TIPO DE PRESTACIÓN                                                                                                       | TIEMPO DE ESPERA |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Emergencias accidentales, emergencias no accidentales y hospitalización producto de emergencia accidental                | No aplica        |
| Enfermedades agudas como apendicitis, enfermedad cerebro vascular aguda, infarto agudo de miocardio y torsión testicular | No aplica        |
| Atenciones ambulatorias (presenciales y teleconsulta), médico a domicilio y odontología                                  | 3 meses          |
| Prestaciones Oncológicas                                                                                                 | 12 meses         |
| Chequeo preventivo y oftalmológico anual                                                                                 | 12 meses         |
| Atención hospitalaria                                                                                                    | 12 meses         |
| Cualquier intervención quirúrgica en sala de operaciones, incluyendo exámenes pre-operatorios                            | 12 meses         |
| Atención por maternidad                                                                                                  | 12 meses         |
| Inmunizaciones<br>(Exclusivas del Plan Senior)                                                                           | 12 meses         |
| Preexistencias                                                                                                           | 12 meses         |
| Prestaciones cubiertas no especificadas en el presente listado                                                           | 12 meses         |

## ANEXO 2: APOORTE COMERCIAL Y FORMAS DE PAGO

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

| Rango de edad | PLAN CLASSIC                                 |                    |                                                   | PLAN PREMIUM                                 |                    |                                                   | PLAN SENIOR                                  |                    |                                                   |
|---------------|----------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------|
|               | Pago Anual Contado (Afiliación y renovación) |                    | Pago Mensual Recurrente (Afiliación y renovación) | Pago Anual Contado (Afiliación y renovación) |                    | Pago Mensual Recurrente (Afiliación y renovación) | Pago Anual Contado (Afiliación y renovación) |                    | Pago Mensual Recurrente (Afiliación y renovación) |
|               | Efectivo o T.Crédito                         | Tarjeta de Crédito | Tarjeta de Débito / Cargo en Cuenta               | Efectivo o T.Crédito                         | Tarjeta de Crédito | Tarjeta de Débito / Cargo en Cuenta               | Efectivo o T.Crédito                         | Tarjeta de Crédito | Tarjeta de Débito / Cargo en Cuenta               |
| 0-17          | S/ 1,002,12                                  | S/ 88,00           | S/ 96,80                                          | S/ 1,738,56                                  | S/ 152,24          | S/ 168,00                                         | No aplica                                    | No aplica          | No aplica                                         |
| 18-25         | S/ 1,192,44                                  | S/ 104,50          | S/ 115,50                                         | S/ 2,066,40                                  | S/ 181,65          | S/ 199,50                                         | No aplica                                    | No aplica          | No aplica                                         |
| 26-35         | S/ 1,330,92                                  | S/ 116,60          | S/ 128,70                                         | S/ 2,307,60                                  | S/ 202,63          | S/ 222,60                                         | No aplica                                    | No aplica          | No aplica                                         |
| 36-40         | S/ 1,484,76                                  | S/ 129,80          | S/ 143,00                                         | S/ 2,579,64                                  | S/ 225,75          | S/ 248,85                                         | No aplica                                    | No aplica          | No aplica                                         |
| 41-45         | S/ 1,953,60                                  | S/ 171,60          | S/ 188,08                                         | S/ 3,384,00                                  | S/ 297,15          | S/ 326,55                                         | No aplica                                    | No aplica          | No aplica                                         |
| 46-50         | S/ 2,296,56                                  | S/ 201,28          | S/ 222,19                                         | S/ 3,983,52                                  | S/ 349,65          | S/ 384,30                                         | No aplica                                    | No aplica          | No aplica                                         |
| 51-55         | S/ 2,984,04                                  | S/ 261,78          | S/ 288,20                                         | S/ 4,664,16                                  | S/ 409,50          | S/ 450,45                                         | No aplica                                    | No aplica          | No aplica                                         |
| 56-60         | S/ 3,577,20                                  | S/ 313,48          | S/ 345,40                                         | S/ 5,027,04                                  | S/ 441,00          | S/ 485,07                                         | No aplica                                    | No aplica          | No aplica                                         |
| 61-65 (*)     | S/ 4,010,64                                  | S/ 351,99          | S/ 387,18                                         | S/ 5,146,92                                  | S/ 451,48          | S/ 496,65                                         | S/ 5,016,00                                  | S/ 440,00          | S/ 484,00                                         |
| 66-70 (*)     | S/ 4,589,28                                  | S/ 402,60          | S/ 443,28                                         | S/ 6,164,40                                  | S/ 540,75          | S/ 595,35                                         | S/ 6,091,92                                  | S/ 534,00          | S/ 587,99                                         |
| 71-75 (*)     | S/ 5,273,28                                  | S/ 463,10          | S/ 509,30                                         | S/ 7,062,12                                  | S/ 619,50          | S/ 681,45                                         | S/ 6,976,92                                  | S/ 612,00          | S/ 673,00                                         |
| 76-80 (*)     | S/ 6,129,24                                  | S/ 537,90          | S/ 591,79                                         | S/ 8,019,84                                  | S/ 703,50          | S/ 773,84                                         | S/ 8,016,00                                  | S/ 703,00          | S/ 774,00                                         |
| 81-120 (*)    | S/ 7,184,88                                  | S/ 630,30          | S/ 692,98                                         | S/ 9,001,68                                  | S/ 789,60          | S/ 868,35                                         | S/ 9,321,00                                  | S/ 818,00          | S/ 898,99                                         |

\* Solo renovación para planes Classic y Premium

## 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 el **Anexo 1** del presente **CONTRATO**. Los nuevos **AFILIADOS**, se encuentran sujetos a un **PERÍODO DE CARENCIA** de acuerdo al programa elegido.

Del mismo modo el **CONTRATANTE** puede solicitar la migración a un plan superior, de mayores características de cobertura, o a un plan inferior, de menores características de cobertura. De la siguiente manera:

- Al vencimiento del plazo contractual, a la renovación de su contrato, en cuyo caso no aplicará un nuevo **PERIODO DE CARENCIA** o **PERIODO DE ESPERA**.
- En cualquier momento durante el transcurso de la vigencia, en cuyo caso el **PERIODO DE CARENCIA** y los **PERIODOS DE ESPERA** se seguirán contabilizando desde el inicio de vigencia inicial del programa primigenio.

Para lo cual deberá presentar la solicitud de migración a la **IAFAS** con treinta (30) días de anticipación presentando una nueva **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** y **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**, respectivamente, siempre que el **AFILIADO** no presente morosidad en el programa.

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

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

## DE LA DESAFILIACIÓN

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

- Por la culminación del supuesto de hecho que le daba la condición de **AFILIADO**.
- 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) 519-5000 en el horario de lunes a viernes de 8:00 am a 8:00 pm.

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

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

## EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL CONTRATANTE O AFILIADOS

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

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

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

## RESPONSABILIDAD DE PAGOS

El **AFILIADO** cede por voluntad propia la responsabilidad del pago de sus **APORTES COMERCIALES** al **CONTRATANTE**, como contraprestación por la contratación de la cobertura complementaria respecto de las prestaciones oncológicas, el **CONTRATANTE** pagará a la **IAFAS** los **APORTES COMERCIALES** indicados en el **Anexo 2**.

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

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

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

## **INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE APORTES COMERCIALES Y REHABILITACIÓN**

1. Siempre que el **CONTRATANTE** incumpla con el pago de los **APORTES COMERCIALES**, por más de treinta (30) días calendario, la **IAFAS** suspenderá automáticamente todos los derechos a las prestaciones convenidas según el programa adquirido. La suspensión se mantendrá vigente hasta que el **CONTRATANTE** cumpla con cancelar el monto total correspondiente a las aportaciones vencidas, quedando la **IAFAS** liberada de responsabilidad de cobertura durante este periodo.
2. En caso de que el incumplimiento en el pago de los **APORTES COMERCIALES** se mantenga durante sesenta (60) días calendario adicionales al período establecido en el párrafo precedente, el **CONTRATANTE** (siempre que la **IAFAS** no haya expresado su decisión de resolver el **CONTRATO**) podrá rehabilitar su cobertura previo pago del monto total de los **APORTES COMERCIALES** vencidos, la cual se rehabilitará a partir de las 00:00 horas del día siguiente de la fecha efectiva de pago a la **IAFAS**.
3. Superado el transcurso de los noventa (90) días referidos en los párrafos precedentes, el **CONTRATO** se resolverá indefectiblemente y de forma automática.

En concordancia a lo establecido en la Cláusula Décimo Segunda y la Cláusula Vigésima de las **CLÁUSULAS GENERALES**, ante la ocurrencia y/o mantenimiento del incumplimiento en el pago de los **APORTES COMERCIALES** en los plazos señalados en los numerales precedentes, la **IAFAS** procederá a comunicar al **CONTRATANTE** el estado de incumplimiento del pago de sus aportes, el monto adeudado y las consecuencias de dicho incumplimiento, así como el plazo que dispone para regularizar el pago de los aportes vencidos, que de no atenderse, se ejecutaran automáticamente las acciones indicadas en cada uno de los numerales mencionados.



### 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. Todo tipo de requerimiento prestacional que no sea ordenado o prescrito por el o los profesionales médicos designados previamente por la **IAFAS** y/o no hayan sido autorizadas previamente por ésta, así como el tratamiento y/o manejo de las complicaciones, eventos adversos, efectos secundarios y otros que se puedan ocasionar o devenir de estos tratamientos e indicaciones médicas dadas y ejecutadas al margen de lo anteriormente establecido
2. Cualquier requerimiento de cobertura sobre prestaciones relacionadas a cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud, que excedan los beneficios mencionados en las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**; así como aquellas enfermedades oncológicas detectadas y/o incurridas antes de la culminación del **PERÍODO DE CARENCIA**. Siempre que no se ajusten a lo dispuesto en el Artículo 100 del reglamento de la Ley 29344 Ley Marco de aseguramiento universal en salud, en cuyo caso, su financiamiento está a cargo de la **IAFAS** que otorga cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud al **AFILIADO**.

Para el caso de enfermedades oncológicas, aplicará lo dispuesto en el artículo 5.2. de la Ley N° 31336, Ley Nacional del Cáncer.

3. 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.
4. Cualquier solicitud de cobertura y/o reintegro de gastos médicos, inclusive honorarios de médicos y/o asistenciales pactados directamente por el **AFILIADO**, así como cualquier tipo de gastos efectuados fuera de la red de atención autorizada por el programa, inclusive en el extranjero. No se reconocerán honorarios y/o tarifas por encima de lo pactado con los proveedores de salud, inclusive, sobrecostos de medicamentos, insumos, material médico o procedimientos diagnósticos o terapéuticos por encima de lo establecido entre la **IAFAS** y las **IPRESS**.
5. Alquiler de equipos o servicios no disponibles en la **IPRESS**, independientemente del diagnóstico y/o pertinencia médica.
6. Cualquier requerimiento o prestación médica cuyo propósito sea el chequeo médico y/o despistaje, salvo las prestaciones detalladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**. Así mismo, la cobertura sobre cualquier prestación, médica o quirúrgica, que no sean recuperativas ni rehabilitadoras.
7. Todos los gastos relacionados al incumplimiento de las indicaciones médicas por decisión del propio paciente, así como la automedicación en perjuicio de su curación y/o rehabilitación. No se cubren tratamientos, procedimientos o medicamentos otorgados o expedidos sin indicación o receta médica, ni cualquier estudio, tratamiento, análisis o procedimiento no relacionado directamente a un diagnóstico determinado.
8. Todo procedimiento, terapia o consulta 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, odontológico, nutricional, salvo las prestaciones detalladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del

presente **CONTRATO**. De la misma manera, las cirugías deneurotización, por ginecomastia, mastopexia y de simetrización u otras cirugías plásticas.

9. Lesiones autoinfligidas o producidas voluntariamente o estando mentalmente insano, intento de suicidio, peleas y riñas.
10. Todo tratamiento médico o quirúrgico de melasma, alopecia u otros trastornos dermatológicos estéticos, así como el retiro de tatuajes, piercing o similares.
11. No están cubiertos los tratamientos médicos y/o quirúrgicos de sobrepeso, obesidad, obesidad mórbida, raquitismo, anorexia nerviosa y los derivados de estos diagnósticos. No se cubre la liposucción, lipoescultura, lipotransferencia e inyecciones reductoras de grasa u otros métodos liporeductores.
12. Epidemias declaradas como tales por el Ministerio de Salud o Pandemias declaradas por la OMS.
13. Cualquier tipo de cobertura de prestaciones médicas, inclusive accidentales, resultantes del uso o adicción a las drogas, estupefacientes, tabaquismo, ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares. Así como aquellas relacionadas a lesiones por accidentes que se produzcan en situación de embriaguez o bajo influencia de drogas registradas en la historia clínica y/o con el dosaje respectivo (caso del alcohol: nivel sérico  $> 0.5$  g/L, según la Ley N° 27753). En caso el paciente se niegue a realizarse el examen de alcoholemia o toxicológico requerido, asumirá automáticamente la integralidad del gasto prestacional generado. En caso que la muestra para el examen de alcoholemia no sea tomada inmediatamente después del accidente, para calcular el grado de alcohol en la sangre al momento del accidente, se considerará una disminución por hora de 0.15g/L. desde el momento del accidente hasta la toma de la muestra. En el caso de situación bajo influencia de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos se considerará cualquier grado positivo de un examen toxicológico.
14. Cualquier requerimiento o prestación médica y/o quirúrgica consecuencia de la conducción de un vehículo motorizado sin contar con la licencia de conducir vigente que corresponda al tipo de vehículo según la normativa pertinente.
15. Cualquier tipo de lesiones, enfermedades, secuelas y/o complicaciones a consecuencia directa o indirecta surgidas de la ocupación u oficio del (los) **AFILIADO(S)**, incluyendo accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, así como otras prestaciones cubiertas por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.
16. Lesiones o enfermedades a consecuencia de actos de guerra, revoluciones, así como los que resulten de la participación activa en motines, huelgas, conmoción civil, terrorismo o actos delictivos. Lesiones, enfermedades, secuelas y/o complicaciones, a consecuencia directa o indirecta de fusión o fisión nuclear, isótopos radioactivos o cualquier accidente nuclear.
17. Ecografías 3D y 4D, con excepción de aquellas indicadas durante la gestación, para el diagnóstico de malformaciones congénitas con sospecha debidamente sustentada a través de ecografía convencional. La cobertura y límites de estas prestaciones será la establecida en el beneficio de atención por enfermedades congénitas, detallado en las condiciones particulares del programa.
18. 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 Administración de Alimentos y Drogas (Food and Drug Administration - FDA) y de la Agencia Europea de Medicamentos (European Medicines Agency -EMA).
  - c) No se recomienden en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA** detalladas en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>, 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. En el caso de patologías oncológicas se considerará: Red Nacional Integral del Cancer (National Comprehensive Cancer Network - NCCN), Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención (National Institute for Health and Care Excellence - NICE), Sociedad Americana de Oncología Médica (American Society of Clinical Oncology - ASCO), Sociedad Europea de Oncología Médica (European Society for Medical Oncology - ESMO) u otras, siempre que la recomendación realizada cuente con un respaldo de evidencia científica de nivel IIA.
  - d) No hayan alcanzado el nivel de evidencia 2A en Medicina Basada en Evidencia de la Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ, para el caso de patologías no oncológicas.
  - e) 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**.
19. Medicina tradicional de cualquier tipo, ni tratamientos homeopáticos, recetario magistral, iriología, reflexología y en general tratamientos de medicina alternativa o complementaria, incluyendo acupuntura, quiropraxia y similares, así mismo, cuidados y tratamientos de rehabilitación en gimnasios y afines. De la misma forma queda excluido cualquier tipo de tratamiento de naturaleza experimental o empírico.
  20. Nimodipino se cubre sólo en casos de hemorragia subaracnoidea. Vacunas distintas a las ofrecidas en el **PLAN DE BENEFICIOS** de la **IAFAS**. Así como, inmunoprofilaxis, inmunoterapia y lisados bacterianos de cualquier tipo. No se cubren medicamentos inmunoestimulantes (inmunomoduladores, inmunoglobulinas, oligonucleótidos). En caso de trastornos alérgicos, no se cubren procedimientos de desensibilización o pruebas relacionadas tales como prick test y/o test de alérgenos. Con excepción de la inmunoglobulina anti D para el caso de la isoinmunización de la gestante.
  21. Se excluye el tratamiento con toxina botulínica en aquellos casos distintos a los siguientes diagnósticos: Distonía cervical, espasmo miofacial, estrabismo, blefaroespasma y espasticidad por parálisis cerebral.
  22. Prestaciones relacionadas con la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH, Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y el Síndrome Complejo Relativo al SIDA (SCRS), sus consecuencias y complicaciones. Siempre que no se ajusten a lo dispuesto en el Artículo 100 del reglamento de la Ley 29344 Ley Marco de aseguramiento universal en salud, en cuyo caso, su financiamiento está a cargo de la **IAFAS** que otorga cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud al **AFILIADO**.
  23. Cualquier requerimiento de cobertura sobre prestaciones relacionadas a enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos y sus gastos derivados, definidas en el capítulo XVII del CIE 10 “Malformaciones Congénitas” que codifica las malformaciones congénitas. Publicado en la página web de la Organización Mundial de Salud (<https://icd.who.int/browse10/2019/en>). Siempre que no se ajusten a lo dispuesto en el Artículo 100 del reglamento de la Ley 29344 Ley Marco de aseguramiento universal en salud, en cuyo caso, su financiamiento está a cargo de la **IAFAS** que otorga cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud al **AFILIADO**. El beneficio de

enfermedades congénitas no aplica en caso se trate de una gestación o recién nacido concebido por inseminación artificial o cualquier tratamiento para fertilidad.

19. Se excluyen los tratamientos con todas aquellas moléculas no contempladas en el “Listado de medicamentos para tratamiento integral” vigente de la **IAFAS** y publicado en la página web <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>, el mismo será de renovación bianual o conforme la periodicidad que la **IAFAS** establezca.
20. Gastos relacionados a circuncisión o postectomía. Salvo para los bebés nacidos bajo la cobertura del plan de salud, siempre que este tratamiento se realice durante los primeros noventa (90) días calendario desde el nacimiento.
21. Tratamiento y operaciones de carácter odontológico y/o cirugías bucales que afecten el componente estomatognático; periodontitis, ortodoncia, gingivitis, a excepción de los causados por accidentes cubiertos por el plan de salud y la cobertura de odontología. Así mismo, cualquier tipo de prótesis, obturadores palatinos o implantes dentales.
22. Gastos relacionados a tratamientos y operaciones de carácter odontológico y/o cirugías bucales que afecten el componente estomatognático; periodontitis, ortodoncia, gingivitis, a excepción de los causados por accidentes cubiertos por el plan de salud y la cobertura de odontología. Así mismo, cualquier tipo de prótesis, obturadores palatinos o implantes dentales. Asimismo, se excluyen tratamientos de periodoncia y ortodoncia, así como pernos, coronas, carillas, y afines, así como las consecuencias y/o complicaciones de su colocación y uso.
23. Cirugías odontológicas, cirugía bucal, ni alteraciones de la articulación temporomandibular. Prognatismo, problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular y craneomandibular, desórdenes u otras alteraciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y los relacionados con ellos, aun cuando sean a consecuencia de un accidente.
24. Equipos médicos durables tales como: termómetro, tensiómetro, equipos de oxigenoterapia, glucómetro (equipo y tiras), respiradores, pulsoxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP o similares, audífonos e implantes cocleares, separadores interespinosos para columna vertebral y discos intervertebrales protésicos, y demás dispositivos empleados en neurocirugía, prótesis ortopédicas externas. No están cubiertas las prótesis (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, audífonos e implante coclear.
25. Monturas ni cristales y/o resinas, lentes de contacto, implantes oculares, lente estromal o cualquier otro dispositivo para trastornos de refracción, intra o extra ocular (con excepción de los casos de cataratas, en cuyo caso solo se cubrirá el lente intraocular monofocal no tórico). Cualquier tipo de prótesis o dispositivos incluyendo implantes o válvulas. Asimismo, intervenciones quirúrgicas (convencional o láser) para corrección de trastornos de refracción (tales como miopía, hipermetropía, astigmatismo o presbicia). Cualquier cirugía o procedimiento láser distinto al de corrección de trastornos de refracción se cubrirá a la tarifa del procedimiento convencional.
26. Hospitalizaciones para fines de curas de reposo o de sueño, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento. Así como equipos o dispositivos relacionados al estudio y/o tratamiento de trastornos del sueño, incluyendo Polisomnografía. No serán coberturados los electroencefalogramas para cefaleas.
27. Estudios de diagnóstico, tratamientos y procedimientos que tengan relación con problemas de esterilidad, fertilidad e infertilidad; así como, sus complicaciones y/o consecuencias, incluidos los gastos por fertilización. Asimismo, diagnóstico, estudios y tratamientos o cirugías para

esterilización, fertilización (tanto en infertilidad primaria como secundaria), disfunción eréctil y cambio de sexo. En los casos de fertilización asistida documentada en la historia clínica de la madre o a través de documentación médica confiable relacionada a la gestación, no se cubrirá ninguna atención de maternidad de la madre ni tampoco las atenciones médicas por prematuridad de los hijos nacidos de la gestación asistida. No se cubrirán tampoco las secuelas relacionadas a la prematuridad en estos niños. Asimismo, gastos relacionados a aborto inducido, no relacionado a las consideraciones legales nacionales de aborto terapéutico.

28. Insuficiencia o sustitución hormonal en casos de trastorno de crecimiento.
29. Gastos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades psiquiátricas y psicológicas definidas en el capítulo V del CIE-10 "Trastornos mentales y del comportamiento" de la OMS a excepción de los diagnósticos F00 al F10, F20, F32 y F41. Publicado en la página web de la Organización Mundial de Salud (<https://icd.who.int/browse10/2019/en>). Con excepción del beneficio de Psicooncología.
30. Trastornos del desarrollo psicomotor y del lenguaje de etiología adquirida a excepción de los causados por traumatismos o accidentes cerebrovasculares, en los que la terapia de rehabilitación se extenderá hasta un período máximo de 180 días.
31. Tratamiento, procedimientos y operaciones derivadas de pie plano, varo, valgo, callos y Hallux Valgus. Se exceptúa el tratamiento quirúrgico pertinente para Hallux Valgus adquirido.
32. 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. Salvo lo detallado en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**, para las prestaciones oncológicas.
33. Leches maternizadas (excepto en casos de imposibilidad documentable de lactancia materna sólo durante los días de hospitalización del recién nacido y exclusivamente durante la etapa puerperal).
34. Alimentos o sustitutos alimenticios, aunque sea con fines terapéuticos.
35. Cremas, lociones faciales, sustancias exfoliativas, despigmentantes, jabones, champúes, cremas neutras y bloqueadores solares. No se cubren lágrimas naturales (salvo casos de síndrome de ojo seco). Así como tratamiento médico o quirúrgico de várices de considerarse de naturaleza estética.
36. Gastos relacionados al suministro de implantes, injertos de origen biológico, sintéticos y semi sintético (como cementos óseos), salvo los suministros detallados en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**, que hagan referencia a las **COBERTURAS ONCOLÓGICAS**.
37. Cualquier trasplante de órganos, tejidos y células (incluyendo médula ósea), tanto su costo, como los gastos vinculados a cualquier prestación relacionada a los mismos. No están cubiertos tampoco el trasplante, infusión o implante de células madre indistintamente de la zona anatómica, su causa u origen. Asimismo, se encuentra fuera de cobertura cualquier gasto relacionado a criopreservación, almacenamiento, conservación, mantenimiento, preparación y/o acondicionamiento, así como el traslado y/o transporte, de órganos, tejidos o células, de igual manera cualquier gasto relacionado a prestaciones realizadas a donantes. Salvo los suministros detallados en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**, que hagan referencia a las **COBERTURAS ONCOLÓGICAS**.

38. Gastos relacionados con la adquisición de órganos o tejidos o células, 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, así como gastos relacionados por complicaciones médicas del proceso de extracción o colecta en el donante. De igual forma anticoagulantes, heparinoides, procoagulantes y eritropoyetina, con fines preventivos o profilácticos.
39. 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** en tratamiento oncológico.
40. Fármacos como ansiolíticos, antipsicóticos, antidepresivos, vitaminas, suplementos alimenticios, suplementos nutricionales, productos naturales (hierbas y sus derivados, levaduras, probióticos, uso medicinal de cannabis), estimulantes del apetito, anabólicos, antioxidantes, productos geriátricos y reconstituyentes, neurotónicos y nootrópicos, productos naturales, homeopáticos, alternativos o productos no medicinales, así como cualquier otro producto o medicamento no relacionado a la enfermedad objeto de cobertura.
41. Suministro de cualquier tipo de medio de transporte y servicio de ambulancia. Salvo las expresamente señaladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
42. Gastos relacionados a acompañantes, mientras el **AFILIADO** se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, cama, alimentación, bazar y/o confort y similares, alquiler de unidades de calefacción, teléfono ni artefactos eléctricos, aire acondicionado, etc. Salvo lo señalado en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**, en referencia a la **COBERTURA ONCOLÓGICA HOSPITALARIA**.
43. Cuidados de enfermería, vigilancia y/o acompañamiento del paciente a cargo de enfermeras, técnicos 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**.
44. Todo tipo de servicios de bazar y confort personal durante la hospitalización, como radios, televisores, teléfonos, consumos de frigobar, artículos personales o de higiene, pañales, toallas higiénicas, máquinas de afeitar, papel higiénico, batas, ropa de cama, hisopos y/o colchón antiescaras.
45. Gastos relacionados con uso de equipos y servicios de diálisis y/o cámara hiperbárica.
46. Prestaciones económicas de cualquier índole. Inclusive gastos relacionados a sepelio, velatorio y afines. Así como cualquier requerimiento de cobertura relacionada a prestaciones no contempladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** y **PLAN DE BENEFICIOS**.
47. Cualquier gasto relacionado a enfermedades oncológicas diagnosticadas, en el momento previo a la presentación de la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**, resueltas o no (incluso si se tratase de lesiones de tipos celulares distintos o en una nueva localización o reaparición de una lesión oncológica ya tratada), aquellas que no cumplan las condiciones de continuidad de cobertura establecidas en el artículo 100 del Decreto Supremo N° 008-2010-SA, así como las enfermedades oncológicas detectadas y/o incurridas antes de la culminación del **PERÍODO DE CARENCIA**, cuyo financiamiento deberá estar a cargo de la IAFAS que otorga cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud al **AFILIADO**. En caso esta cobertura resultase insuficiente, aplicará lo dispuesto en el artículo 5.2. de la Ley N° 31336, Ley Nacional del Cáncer. De no garantizarse la cobertura del Seguro Integral de Salud, se procederá con la resolución del **CONTRATO**.



48. La cobertura sobre prestaciones relacionadas a condiciones de salud o enfermedades preexistentes a la suscripción del presente **CONTRATO** y/o enfermedades crónicas y sus reagudizaciones, inclusive si hubiesen sido reveladas durante la inscripción, está a cargo de la IAFAS que otorga cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud al **AFILIADO**.
49. Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional atendido fuera de la **RED AUNA** detallada en la **RED DE ATENCIÓN**, 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**.
50. Cualquier gasto relacionado a la búsqueda y análisis de compatibilidad de donantes de sangre y médula ósea, así como gastos de criopreservación o cultivo de células madre u otros tejidos. Asimismo, gastos relacionados por complicaciones médicas del proceso de extracción o colecta en el donante.
51. Gastos relacionados a consultas, estudios o pruebas genéticas, con excepción de los contemplados para la tipificación de enfermedades oncológicas diagnosticadas bajo cobertura.
52. Gastos relacionados al suministro, adecuación, mantenimiento, ajuste, remoción y cambio, de implantes, expansores, prótesis externas de cualquier tipo 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. Asimismo, cualquier gasto relacionado al mantenimiento, remoción o cambio de cualquier tipo de prótesis que no haya sido otorgada bajo cobertura del presente **CONTRATO**.

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: PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO

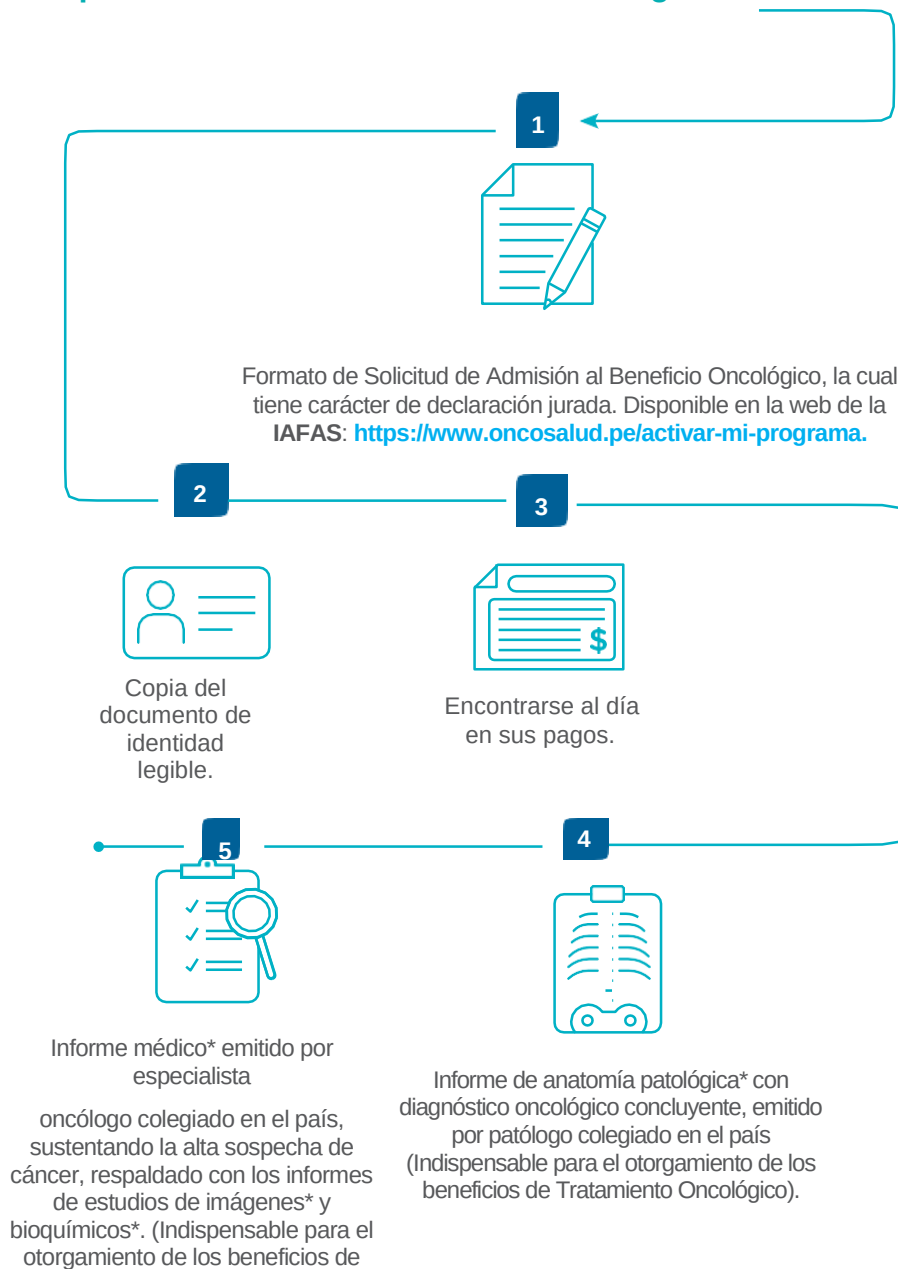
Todas las prestaciones de recuperación de la salud serán otorgadas bajo cobertura únicamente desde el inicio de vigencia del programa y superado los **PERIODOS DE CARENCIA Y/O ESPERA**, señalados en el **Anexo 1**, de acuerdo a las características de su plan contratado descritas en el **PLAN DE SALUD**, exclusivamente a través del staff médico y clínicas de **RED AUNA**. Asimismo, las coberturas de prestaciones oncológicas se otorgarán desde la activación del beneficio oncológico. A continuación, se describen los pasos a seguir:

1. Requerir su atención, en las clínicas de **RED AUNA** detalladas en el **Anexo 5**, identificándose como **AFILIADO** del programa con su Documento Nacional de Identidad (DNI) o Carné de Extranjería, según sea el caso (este documento será requerido por las **IPRESS** para efectivizar la atención al **AFILIADO**).
2. El equipo de admisión de las **IPRESS**, realizará su acreditación y gestionará con la **IAFAS**, las autorizaciones correspondientes. En caso el beneficio requerido por el **AFILIADO** le corresponda un **DEDUCIBLE** y/o **COPAGO**, este deberá ser cancelado por el **AFILIADO** previamente, según corresponda.
3. Las prestaciones indicadas por su médico tratante (farmacia, laboratorio, imágenes, procedimientos, entre otros) deberán estar registradas en su historia clínica y en una orden de atención, cuya cobertura deberá ser solicitada por el **AFILIADO** en la misma **IPRESS** donde se realizó su atención inicial, cuyo equipo de admisión coordinará con la **IAFAS** el documento de autorización de cobertura correspondiente, el mismo que mostrará el periodo de validez.
4. En el caso de prestaciones hospitalarias, en sala de emergencias o cirugías ambulatorias, es posible que las **IPRESS** soliciten un depósito en garantía por los copagos y/o eventuales gastos no cubiertos que pudieran generarse, el mismo que será devuelto, total o parcialmente según se haya usado, a través de los procedimientos y plazos que le serán informados por la **IPRESS**.

## Activación del beneficio 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 ayudarlo! Sólo debe seguir los pasos para poder acompañarlo:

### Requisitos para activar el beneficio oncológico



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

**Importante:** En caso de alta sospecha de neoplasia maligna en órganos no biopsiables como cerebro, páncreas, riñón, ovario o testículo; podrás hacer uso del beneficio de “Cáncer no biopsiable”, para lo cual deberá seguir este mismo proceso de activación.

## Proceso de activación del beneficio oncológico y admisión de paciente

1. Llámanos al Call Center **(01) 513-7900**, o escríbenos al [autorizaciones@oncosalud.pe](mailto:autorizaciones@oncosalud.pe), o 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).

2. 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**.
3. 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.
4. Una vez culminado este proceso, el **AFILIADO** admitido como paciente del programa oncológico, podrá hacer uso de los beneficios y coberturas del programa contratado, detallados en las **CLÁUSULAS GENERALES y CLÁUSULAS PARTICULARES**, debiendo tener en cuenta que el programa no cubre eventos en forma retroactiva y/o sin la autorización previa de la **IAFAS** y/o fuera de las condiciones establecidas en su programa contratado.

### Es importante tener presente lo siguiente:

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

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

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

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

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

## Procedimiento para el tratamiento de preexistencias

Se considera como **PREEXISTENCIA** a 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**. Entendiéndose por no resuelta también a las condiciones de salud crónicas, recurrentes y/o que demandan control periódico permanente a futuro, tal como las enfermedades oncológicas.

No se considerarán como enfermedades preexistentes aquellas que se hayan originado durante la vigencia de este **CONTRATO**, así como en sus renovaciones siempre que se realicen en los plazos y condiciones establecidos.

Se otorgará la continuidad de cobertura sobre condiciones de salud preexistentes que hayan sido declaradas por el **CONTRATANTE** y/o **AFILIADO**, siempre que se cumpla con lo siguiente:

1. Que, al momento del diagnóstico de la enfermedad, el afiliado debe encontrarse bajo la cobertura de un PEAS y de un programa complementario, y que haya transcurrido noventa (90) días desde su afiliación; lo cual deberá sustentarse presentado: constancia de afiliación al plan previo y su récord de siniestralidad.
2. Que la adquisición del nuevo programa de salud complementario se haya efectuado dentro de los sesenta (60) días de extinta la relación contractual del programa complementario anterior.
3. Que el diagnóstico preexistente se haya generado durante la vigencia del programa complementario anterior, su cobertura no haya estado excluida bajo ese **CONTRATO** y sea un beneficio cubierto también por el programa complementario solicitado.
4. Que el diagnóstico preexistente no haya sido excluido en el programa complementario anterior, por motivos de no haberlo declarado oportunamente, declaración falsa o reticente; de ser este el caso esta condición no será cubierta en el nuevo programa complementario siendo totalmente excluida del **CONTRATO**.

La continuidad de cobertura de la preexistencia se encontrará cubierta por el nuevo programa complementario, según las condiciones establecidas en el **PLAN DE SALUD** detallado en el **Anexo 1** para el tipo de atención (emergencia, ambulatorio u hospitalario).

En caso que la condición de salud preexistente, declarada, no cumpla con las consideraciones para el otorgamiento de la continuidad de su cobertura, esta podrá ser cubierta a través del beneficio de **PREEXISTENCIAS** detallado en el **PLAN DE SALUD** aplicándose los **DEDUCIBLES** y **COPAGOS** de este beneficio, siempre que haya superado el **PERIODO DE ESPERA** señalado en el **Anexo 1**.

Cualquier reticencia, falsedad, omisión, inexactitud u ocultamiento de información relativa a cualquier condición de salud preexistente, por parte del **CONTRATANTE**, suscriptor de la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**, constituye incumplimiento de las obligaciones del **AFILIADO** y, en consecuencia, la IAFAS no otorgará cobertura alguna sobre estas y se reserva la facultad para resolver unilateral y automáticamente el **CONTRATO** sin que ello genere derecho a devolución íntegra de los **APORTES COMERCIALES** a favor del **CONTRATANTE**.

## ANEXO 5: RED DE ATENCIÓN

### RED AUNA\*

Los teléfonos de contacto de las IPRESS se encuentran en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>

| RED AUNA                                              |             |           |            |                                                |               |              |
|-------------------------------------------------------|-------------|-----------|------------|------------------------------------------------|---------------|--------------|
| NOMBRE COMERCIAL                                      | DPTO.       | PROVINCIA | DISTRITO   | DIRECCIÓN                                      | TELÉFONO      | REG.S USALUD |
| <b>Clinica Delgado</b>                                | Lima        | Lima      | Miraflores | Avenida Angamos Oeste N°450-490                | (01) 377-7000 | 00019049     |
| <b>Clínica Guardia Civil</b>                          | Lima        | Lima      | San Borja  | Av. Guardia Civil 368                          | (01) 204-9600 | 00027320     |
| <b>Oncocenter*</b>                                    | Lima        | Lima      | San Borja  | Av. Guardia Civil 227                          | (01) 513-7900 | 00017634     |
| <b>Clinica Bellavista</b>                             | Callao      | Callao    | Bellavista | Jiron Las Gaviotas 207 Urb. San Jose           | (01) 204-9600 | 00009250     |
| <b>Clínica Miraflores</b>                             | Piura       | Piura     | Piura      | Calle Las Dalias A12 Castilla                  | (073) 749-333 | 00013494     |
| <b>Centro Médico Miraflores</b>                       | Piura       | Piura     | Piura      | Calle Huancavelica 1015                        | (073) 749-333 | 00018816     |
| <b>Clínica Camino Real*</b>                           | La Libertad | Trujillo  | Trujillo   | Jr. Bolognesi 565 T                            | (044) 749300  | 00016830     |
| <b>Servimédicos</b>                                   | Lambayeque  | Chiclayo  | Chiclayo   | Calle Manuel María Izaga 621                   | (074) 221945  | 00008229     |
| <b>Clinica Vallesur</b>                               | Arequipa    | Arequipa  | Arequipa   | Avenida La Salle N°116 Y N° 108                | (054) 749-333 | 00018130     |
| <b>Centros de Bienestar Auna</b>                      | Lima        | Lima      | Miraflores | Calle Independencia 1055                       | (01) 320-0700 | 00031032     |
| <b>Clínica Chiclayo</b>                               | Lambayeque  | Chiclayo  | Chiclayo   | Avenida Mariscal Nieta N°480                   | (074) 221945  | 00030057     |
| <b>Oncosalud Sede San Borja</b>                       | Lima        | Lima      | San Borja  | Avenida Guardia Civil N° 227-229 Urb. Corpac   | (01) 513-7900 | 00016786     |
| <b>R Y R Patólogos Asociados - Sede Guardia Civil</b> | Lima        | Lima      | San Borja  | Avenida Guardia Civil 227 Int primer piso      | (01) 296-6474 | 00021726     |
| <b>Oncosalud Sede San Isidro</b>                      | Lima        | Lima      | San Isidro | Avenida Paseo de la República N°3650-3658      | (01) 221-8610 | 00009845     |
| <b>Oncocenter sede Delgado</b>                        | Lima        | Lima      | Miraflores | Avenida Angamos Oeste N° 490 - sótano 1 Of 101 | (01) 513-7900 | 00020323     |
| <b>R Y R Patólogos Asociados - Sede Delgado</b>       | Lima        | Lima      | Miraflores | Avenida Angamos Oeste N° 490 - sótano 1        | (01) 296-6474 | 00021725     |
| <b>PETSCAN Perú</b>                                   | Lima        | Lima      | Miraflores | Avenida Petit Thouars N°4340 Urb. Country Club | (01) 652-3815 | 00009617     |

\*Las especialidades disponibles en cada IPRESS están sujetas a actualización por parte la IPRESS. Para encontrar el detalle ingresar a <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>. En las IPRESS Oncocenter y Camino Real, los afiliados a este programa podrán acceder a las prestaciones ambulatorias disponibles (consultas médicas, farmacia, exámenes auxiliares de laboratorio, imágenes y procedimientos ambulatorios quirúrgicos, incluyendo uso de tóxico, sala de operaciones y recuperaciones) bajo las condiciones del programa y en las especialidades no oncológicas especificadas en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>. Así mismo, si el afiliado es paciente oncológico activo del programa oncológico de la IAFAS, podrá acceder en forma exclusiva, a la cobertura de prestaciones no oncológicas, de emergencia y/o hospitalaria, en forma complementaria a su plan oncológico.

## RED DE INMUNIZACIONES

| NOMBRE COMERCIAL         | DPTO.      | PROVINCIA | DISTRITO   | DIRECCIÓN                       | TELÉFONO      | REG. SUSALUD |
|--------------------------|------------|-----------|------------|---------------------------------|---------------|--------------|
| Clinica Delgado          | Lima       | Lima      | Miraflores | Avenida Angamos Oeste N°450-490 | (01) 377-7000 | 00019049     |
| Clinica Vallesur         | Arequipa   | Arequipa  | Arequipa   | Avenida La Salle N°116 Y N° 108 | (054) 749-333 | 00018130     |
| Clínica Chiclayo         | Lambayeque | Chiclayo  | Chiclayo   | Avenida Mariscal Nieta N°480    | (074) 221945  | 00030057     |
| Centro Médico Miraflores | Piura      | Piura     | Piura      | Calle Huancavelica 1015         | (073) 749-333 | 00018816     |

## IPRESS COMPLEMENTARIAS

### RED DE MÉDICO A DOMICILIO

| NOMBRE COMERCIAL | DPTO. | PROVINCIA | DISTRITO   | DIRECCIÓN                                        | TELÉFONO      | REG. SUSALUD |
|------------------|-------|-----------|------------|--------------------------------------------------|---------------|--------------|
| Estar Vital      | Lima  | Lima      | Miraflores | Calle Sor Tita N°136<br>Dpto. 305 Urb. Benavides | (01) 680-2888 | 00016744     |

### RED ODONTOLÓGICA

| NOMBRE COMERCIAL              | DPTO. | PROVINCIA | DISTRITO     | DIRECCIÓN                                                                                             | TELÉFONO                 | REG. SUSALUD |
|-------------------------------|-------|-----------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------|
| Centro Odontológico Americano | Lima  | Lima      | Miraflores   | Avenida Roosevelt (Ex República de Panamá) N° 5806                                                    | (01) 447-5190            | 00010215     |
| Centro Odontológico Americano | Lima  | Lima      | Miraflores   | Avenida Roosevelt Número 5790 Piso 3 Interior 301                                                     | (01) 5304614             | 00024505     |
| Centro Odontológico Americano | Lima  | Lima      | San Isidro   | Avenida Juan De Arona Numero 402                                                                      | (01) 4216323             | 00023156     |
| Centro Odontológico Americano | Lima  | Lima      | San Isidro   | Avenida Javier Prado Este 1692 1er Piso                                                               | (01) 475-1719 / 475-1717 | 00014113     |
| Centro Odontológico Americano | Lima  | Lima      | Jesús María  | Jirón Huiracocha N° 1486                                                                              | (01) 424-1443            | 00013245     |
| Centro Odontológico Americano | Lima  | Lima      | La Molina    | Calle Santa Magdalena Sofia 109                                                                       | (01) 436-2883            | 00010036     |
| Centro Odontológico Americano | Lima  | Lima      | Lima         | Jirón Camana 780 Of. 508                                                                              | (01) 427-0158            | 00008537     |
| Centro Odontológico Americano | Lima  | Lima      | San Borja    | Avenida Primavera Número 643 Interior 503 Manzana Z-2 Lote 13 Urbanización Chacarilla Del Estanque Iv | (01) 6480253             | 00023924     |
| Centro Odontológico Americano | Lima  | Lima      | Pueblo Libre | Avenida Juan Pablo Fernandini N° 1573                                                                 | (01) 330-7492            | 00012041     |
| Centro Odontológico Americano | Lima  | Lima      | San Borja    | Avenida Joaquin Madrid N° 235 Urb Las Camelias                                                        | (01) 225-0809            | 00010892     |
| Centro Odontológico Americano | Lima  | Lima      | San Miguel   | Calle Ayarsa De Morales Número 237 Urbanización El Campillo                                           | (01) 636-1105            | 00023441     |
| Centro Odontológico Americano | Lima  | Lima      | La Victoria  | Jirón Juan Voto Bernales N°399-urb.Santa Catalina                                                     | (01) 471-3998            | 00011499     |

|                                      |             |          |                        |                                                                                                                     |                          |          |
|--------------------------------------|-------------|----------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|
| <b>Centro Odontológico Americano</b> | Lima        | Lima     | Santiago De Surco      | Avenida Caminos Del Inca Numero 1554 Urbanizacion Las Gardenias Et. Uno                                             | (01) 279-1930 / 688-8529 | 00026558 |
| <b>Centro Odontológico Americano</b> | Lima        | Lima     | Surquillo              | Calle Las Tiendas N°331 Dpto- 101                                                                                   | (01) 440-1021            | 00011860 |
| <b>Centro Odontológico Americano</b> | Lima        | Lima     | San Juan De Lurigancho | Jirón Las Chulpas 296 Of 201-202                                                                                    | (01) 458-6472 / 459-9645 | 00008567 |
| <b>Centro Odontológico Americano</b> | Lima        | Lima     | Barranco               | Jirón Alfonso Ugarte 250                                                                                            | (01) 247-6892            | 00014357 |
| <b>Centro Odontológico Americano</b> | Lima        | Lima     | Comas                  | Avenida El Maestro Peruano 430 - Mz I, Lt 6 - Urb Carabayllo 2da Etapa                                              | (01) 5358144             | 00014784 |
| <b>Centro Odontológico Americano</b> | Lima        | Lima     | Los Olivos             | Avenida Carlos Alberto Izaguirre Número 1268 Manzana K Lote 8 Urbanización Gamarra De Leon Velarde Angelica I Etapa | (01) 523-2190            | 00023749 |
| <b>Centro Odontológico Americano</b> | Lima        | Lima     | San Juan De Miraflores | Avenida Guillermo Billinghurst 619 Mz G Lt 33 Zona D Urb.San Juan                                                   | (01) 466-1128            | 00009547 |
| <b>Centro Odontológico Americano</b> | Lima        | Lima     | San Isidro             | Avenida Petit Thouars Numero 3470                                                                                   | (01) 4216323             | 00027114 |
| <b>Centro Odontológico Americano</b> | Lima        | Lima     | San Miguel             | Calle Monseñor Jorge Dintilhac 717 - Urb Pando 1era Etapa                                                           | (01) 451-5553            | 00008583 |
| <b>Centro Odontológico Americano</b> | Callao      | Callao   | Callao                 | Avenida Guardia Chalaca 1362 Urb. Santa Marina                                                                      | (01) 453-3276            | 00012672 |
| <b>Centro Odontológico Americano</b> | Piura       | Piura    | Piura                  | Avenida Grau Nro. 1050 Lote D - 1                                                                                   | (073) 305820             | 00015614 |
| <b>Centro Odontológico Americano</b> | La Libertad | Trujillo | Trujillo               | Calle Santa Ursula 109 - Urb. La Merced                                                                             | (044) 286921             | 00013230 |
| <b>Centro Odontológico Americano</b> | Lambayeque  | Chiclayo | Chiclayo               | Avenida Jose Balta Número 039                                                                                       | (074) 223877 / 259527    | 00026708 |
| <b>Centro Odontológico Americano</b> | Arequipa    | Arequipa | Cayma                  | Calle Sevilla N° 107 Urb. Los Sauces                                                                                | (054) 272716             | 00020252 |



## ANEXO 6: CHEQUEO MÉDICO ANUAL

| EXÁMENES                                      | MUJERES     |              |                   |               | HOMBRES     |              |                   |               |
|-----------------------------------------------|-------------|--------------|-------------------|---------------|-------------|--------------|-------------------|---------------|
|                                               | 1 a 17 años | 18 a 39 Años | 40 años a 60 años | 61 años a más | 1 a 17 Años | 18 a 39 Años | 40 años a 60 años | 61 años a más |
| Triage (peso, talla, IMC)                     | SI          | SI           | SI                | SI            | SI          | SI           | SI                | SI            |
| Presión arterial e identificación de riesgo   | -           | SI           | SI                | SI            | -           | SI           | SI                | SI            |
| Examen físico completo                        | SI          | SI           | SI                | SI            | SI          | SI           | SI                | SI            |
| Valoración de riesgo de caídas                | -           | -            | -                 | SI            | -           | -            | -                 | SI            |
| Despistaje de deterioro cognitivo y funcional | -           | -            | -                 | SI            | -           | -            | -                 | SI            |
| Riesgo de fragilidad                          | -           | -            | -                 | SI            | -           | -            | -                 | SI            |
| Control de Inmunizaciones                     | -           | -            | -                 | SI            | -           | -            | -                 | SI            |
| EXÁMENES AUXILIARES                           |             |              |                   |               |             |              |                   |               |
| Hemograma completo                            | SI          | SI           | SI                | SI            | SI          | SI           | SI                | SI            |
| Glucosa                                       | -           | SI           | SI                | SI            | -           | SI           | SI                | SI            |
| Colesterol total                              | -           | SI           | SI                | SI            | -           | SI           | SI                | SI            |
| Antígeno prostático                           | -           | -            | -                 | -             | -           | -            | SI                | SI*           |
| Triglicéridos                                 | -           | -            | SI                | SI            | -           | -            | SI                | SI            |
| Orina completa                                | -           | SI           | SI                | SI            | -           | SI           | SI                | SI            |
| Creatinina                                    | -           | -            | -                 | SI            | -           | -            | -                 | SI            |
| Thevenon                                      | -           | -            | -                 | SI            | -           | -            | -                 | SI            |
| Electrocardiograma                            |             |              |                   | SI*           | -           | -            | -                 | SI*           |
| Radiografía de tórax                          |             |              |                   | SI*           | -           | -            | -                 | SI*           |
| EXÁMENES OFTALMOLÓGICOS**                     |             |              |                   |               |             |              |                   |               |
| Examen externo de ojo                         | SI          | SI           | SI                | SI            | SI          | SI           | SI                | SI            |
| Descarte de estrabismo                        | SI          | SI           | SI                | SI            | SI          | SI           | SI                | SI            |
| Medición de agudeza visual                    | SI          | SI           | SI                | SI            | SI          | SI           | SI                | SI            |
| Fondo de ojo sin dilatación                   | SI          | SI           | SI                | SI            | SI          | SI           | SI                | SI            |
| Descarte de glaucoma (presión ocular)         | -           | -            | SI                | SI            | -           | -            | SI                | SI            |
| Verificación de anteojos                      | -           | -            | -                 | SI            | -           | -            | -                 | SI            |
| EXÁMENES GINECOLÓGICOS                        |             |              |                   |               |             |              |                   |               |
| Papanicolaou***                               | -           | SI           | SI                | -             | -           | -            | -                 | -             |
| Mamografía                                    | -           | -            | SI                | -             | -           | -            | -                 | -             |

\*Para el Plan Senior, el examen antígeno prostático, electrocardiograma y radiografía de tórax se realizarán cada 2 años.

\*\*Los exámenes de oftalmología se brindan según pertinencia médica.

\*\*\*Aplica el Papanicolaou en base líquida para el examen ginecológico.

## ANEXO 7: COBERTURA DE MATERNIDAD

| PERÍODO DE EMBARAZO      | 1ER TRIMESTRE                                                       |         |         | 2DO TRIMESTRE |         |         | 3ER TRIMESTRE |                     |                   | Post Parto |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------|---------|---------------|---------|---------|---------------|---------------------|-------------------|------------|
|                          | 1er mes                                                             | 2do mes | 3er mes | 4to mes       | 5to mes | 6to mes | 7mo mes       | 8vo mes             | 9no mes           |            |
| Ginecología              | 1                                                                   | 1       | 1       | 1             | 1       | 1       | 1             | 2 veces (quincenal) | 4 veces (semanal) | 2          |
| Psicoprofilaxis          | Duración del programa sujeto a las condiciones de la IPRESS elegida |         |         |               |         |         |               |                     |                   | -          |
| LABORATORIO              |                                                                     |         |         |               |         |         |               |                     |                   |            |
| Hemograma completo       | 1                                                                   | -       | -       | -             | -       | -       | -             | -                   | 1                 | -          |
| Grupo sanguíneo y factor | 1                                                                   | -       | -       | -             | -       | -       | -             | -                   | -                 | -          |
| Glicemia en ayunas       | 1                                                                   | -       | -       | -             | -       | -       | -             | -                   | -                 | -          |
| Creatinina               | 1                                                                   | -       | -       | -             | -       | -       | -             | -                   | -                 | -          |
| VDRL                     | 1                                                                   | -       | -       | -             | -       | -       | -             | -                   | -                 | -          |
| ELISA VIH1 VIH2*         | 1                                                                   | -       | -       | -             | -       | -       | -             | -                   | 1                 | -          |
| HB AgS                   | -                                                                   | -       | -       | -             | -       | -       | -             | -                   | 1                 | -          |
| Examen completo de orina | 1                                                                   | -       | -       | -             | -       | -       | -             | -                   | -                 | -          |
| Ecografía convencional   | 1                                                                   | -       | 1       |               |         |         |               | 1                   |                   | -          |

\* Previa firma de consentimiento informado.

*No se cubren los suplementos nutricionales durante el período de gestación*

## ANEXO 8: CONTROL DEL NIÑO SANO

| EDAD                                 | RN* | 2° mes | 3° mes | 4° mes | 5° mes | 6° mes | 7° mes | 8° mes | 9° mes | 10° mes | 11° mes | 12° mes |
|--------------------------------------|-----|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|
| <b>Evaluación clínica*</b>           |     |        |        |        |        |        |        |        |        |         |         |         |
| <b>Anamnesis</b>                     | SI  | SI     | SI     | SI     | SI     | SI     | SI     | SI     | SI     | SI      | SI      | SI      |
| <b>Examen de aparatos y sistemas</b> | SI  | SI     | SI     | SI     | SI     | SI     | SI     | SI     | SI     | SI      | SI      | SI      |
| <b>Triage (peso, talla, IMC)</b>     | SI  | SI     | SI     | SI     | SI     | SI     | SI     | SI     | SI     | SI      | SI      | SI      |
| <b>Hemoglobina</b>                   | -   | -      | -      | -      | -      | SI     | -      | -      | -      | -       | -       | SI      |
| <b>Exámenes oftalmológicos**</b>     |     |        |        |        |        |        |        |        |        |         |         |         |
| <b>Inspección ocular</b>             | -   | -      | -      | SI     | -      | -      | -      | -      | -      | -       | -       | -       |
| <b>Reflejo de parpadeo</b>           | -   | -      | -      | SI     | -      | -      | -      | -      | -      | -       | -       | -       |
| <b>Reflejo pupilar</b>               | -   | -      | -      | SI     | -      | -      | -      | -      | -      | -       | -       | -       |
| <b>Reflejo rojo binocular</b>        | -   | -      | -      | SI     | -      | -      | -      | -      | -      | -       | -       | -       |
| <b>Seguimiento de ambos ojos</b>     | -   | -      | -      | SI     | -      | -      | -      | -      | -      | -       | -       | -       |
| <b>Fijación monocular</b>            | -   | -      | -      | SI     | -      | -      | -      | -      | -      | -       | -       | -       |
| <b>Inmunizaciones***</b>             |     |        |        |        |        |        |        |        |        |         |         |         |
| <b>Inmunizaciones</b>                | Sí  | Sí     | -      | Sí     | -      | Sí     | Sí     | -      | -      | -       | -       | Sí      |

\* Se realiza por única vez durante el internamiento post parto.

\*\* Los exámenes de oftalmología se brindan según pertinencia médica.

\*\*\* Según esquema de inmunizaciones, indicado en el **Anexo 07**, aplicable en las sedes indicadas en la Red de atención.

## ANEXO 9: ESQUEMA DE INMUNIZACIONES

| VACUNAS     | NIÑOS / NIÑAS |        |        |        |        |        |        |        |        |         |         |         |
|-------------|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|
|             | RN            | 2° mes | 3° mes | 4° mes | 5° mes | 6° mes | 7° mes | 8° mes | 9° mes | 10° mes | 11° mes | 12° mes |
| BCG         | SI            | -      | -      | -      | -      | -      | -      | -      | -      | -       | -       | -       |
| HvB         | SI            | -      | -      | -      | -      | -      | -      | -      | -      | -       | -       | -       |
| APO         | -             | -      | -      | -      | -      | SI     | -      | -      | -      | -       | -       | -       |
| HEXAVALENTE | -             | SI     | -      | SI     | -      | SI     | -      | -      | -      | -       | -       | -       |
| IPV         | -             | SI     | -      | SI     | -      | -      | -      | -      | -      | -       | -       | -       |
| NEUMOCOCO   | -             | SI     | -      | SI     | -      | -      | -      | -      | -      | -       | -       | SI      |
| ROTAVIRUS   | -             | SI     | -      | SI     | -      | -      | -      | -      | -      | -       | -       | -       |
| INFLUENZA   | -             | -      | -      | -      | -      | SI     | SI     | -      | -      | -       | -       | -       |
| SPR         | -             | -      | -      | -      | -      | -      | -      | -      | -      | -       | -       | SI      |

**BCG:** Vacuna contra la Tuberculosis. **HvB:** Vacuna contra la Hepatitis B. **APO:** Vacuna oral contra la Poliomielitis.

**HEXAVALENTE:** Vacuna contra la Difteria, Tos Compulsiva, Tétanos, Hepatitis B, Poliomielitis y el haemophilus influenzae tipo B.

**IPV:** Vacuna de Poliovirus Inactivada (Inyectable).

**SPR:** Sarampión, Rubeola y Paperas.

| VACUNAS               | ADULTO MAYOR         |                                                             |                                       |                                                                                    |
|-----------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|                       | DOSIS                | "FRECUENCIA (Intervalos en meses, desde la dosis anterior)" | CONSIDERACIONES                       |                                                                                    |
| "HERPES ZOSTER (ZLV)" | "2 dosis (una vez) " | 0,2                                                         | Si no ha recibido previamente.        | Si no está infectado previamente.                                                  |
| "INFLUENZA (FLU)"     | "1 dosis (cada año)" | -                                                           | Siempre que no sea alérgico al huevo. | -                                                                                  |
| "NEUMOCOCINA (PCV13)" | "1 dosis (una vez)"  | -                                                           | Si no ha recibido previamente.        | Si ha tenido exposición previa a la PCV23, debe recibirla al menos un año después. |
| "NEUMOCOCINA (PCV23)" | "1 dosis (una vez)"  | -                                                           | 1 mes después de la PCV13             | -                                                                                  |

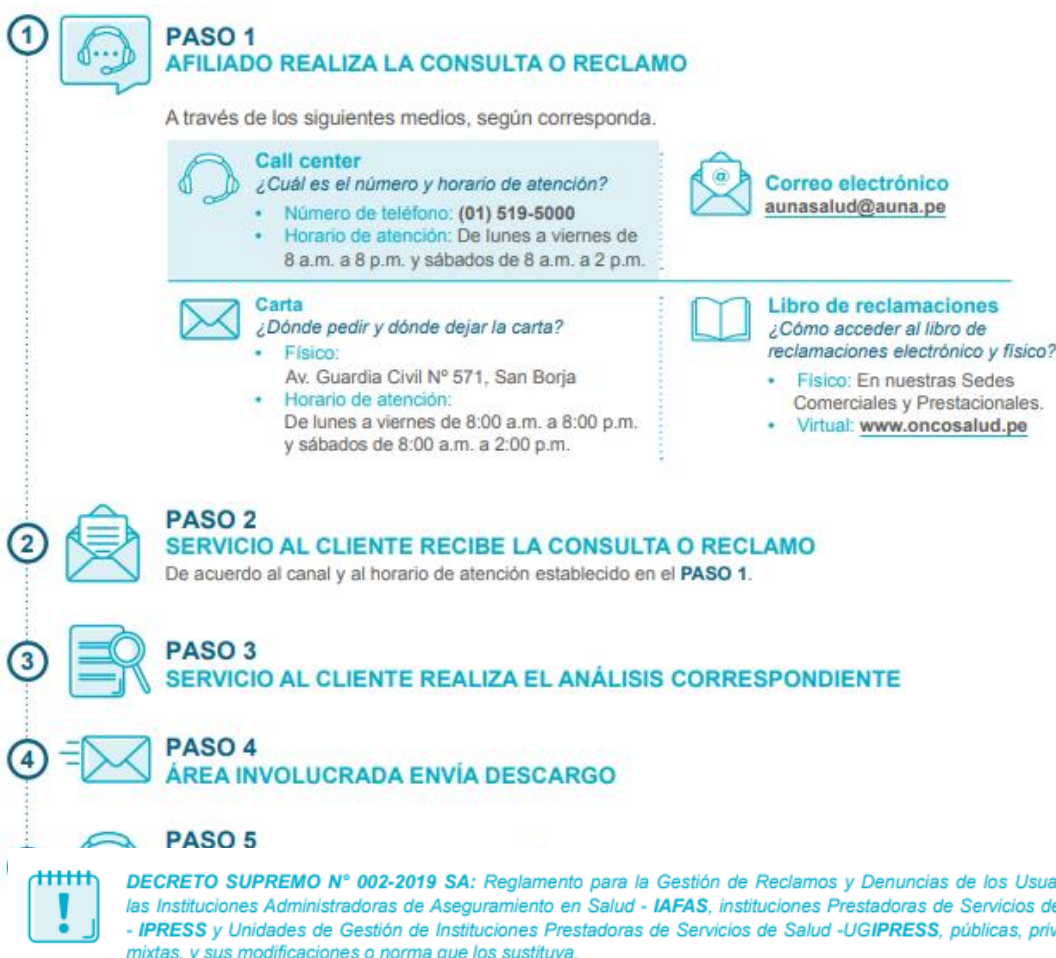
## ANEXO 10: FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

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

- Carta Simple o Notarial dirigido a la **IAFAS**.
- Libro de Reclamaciones ubicado de forma físico en las oficinas o establecimientos de la **IAFAS**.
- Libro de Reclamaciones Virtual disponible en la página web institucional de la **IAFAS**.
- Dirección de correo electrónico habilitada para consultas y/o reclamos, [aunasalud@auna.pe](mailto:aunasalud@auna.pe).
- Call Center de servicio al cliente de la **IAFAS** el mismo que se encuentra disponible en el número telefónico **(01) 519-5000**.

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) 519-5000** y/o al correo electrónico de la **IAFAS** [aunasalud@auna.pe](mailto:aunasalud@auna.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**).



- 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.

## CONDICIONES ADICIONALES PARA AFILIACIONES WORKSITE PROGRAMA COMPLEMENTARIOS PREPAGADOS

A través de esta modalidad de afiliación individual, que acontece en la entidad empleadora con quien la **IAFAS** tiene vigente un convenio marco de cooperación para la afiliación de programas complementarios prepagados y recaudación de aportes, los **AFILIADOS** podrán acceder a los siguientes beneficios tarifarios en sus aportes:

### DEFINICIÓN

**AFILIACIÓN WORKSITE:** Modalidad de afiliación individual que brinda acceso a beneficios tarifarios para la afiliación de programas complementarios prepagados y recaudación de aportes a través de un convenio marco de cooperación vigente entre la **IAFAS** y la entidad empleadora del **CONTRATANTE**. El pago de aportes se realiza a través de descuento en la remuneración mensual del **CONTRATANTE** por su entidad empleadora.

### CARACTERÍSTICAS

- Este beneficio aplica exclusiva y únicamente para afiliaciones realizadas a través de esta modalidad de afiliación.
- El aporte es asumido por el trabajador **CONTRATANTE**, exclusivamente a través del descuento de su remuneración por parte de la entidad empleadora.
- Esta modalidad de afiliación y sus beneficios tarifarios tendrá una vigencia anual para los **AFILIADOS** que ingresen al convenio en la fecha de renovación de este. Para las afiliaciones que ingresan durante la vigencia del convenio marco de cooperación, podrán mantener las condiciones del programa y tarifas vigentes hasta la renovación más próxima del convenio marco de cooperación.
- Lo indicado en el párrafo precedente, conserva validez en tanto el **CONTRATANTE** tenga vinculación laboral con su entidad empleadora y este mantenga en eficacia el convenio marco de cooperación con la **IAFAS**.

### INICIO DE VIGENCIA WORKSITE POR AFILIADO

El presente **CONTRATO** se celebra por un plazo de un (1) año, comenzando a regir a partir del primer día del mes siguiente de cancelado el primer aporte del plan de salud elegido y quedará automáticamente renovado por igual plazo bajo los términos y condiciones vigentes a la renovación, salvo que el **CONTRATANTE** manifieste, mediante aviso escrito cursado con treinta (30) días calendario de anticipación, su voluntad de no renovarlo, o de modificar los términos contractuales. Siempre que el **CONTRATO** quede renovado, el **AFILIADO** no estará sujeto a un nuevo **PERÍODO DE CARENCIA**, así como las atenciones de emergencia por accidente; no se considerarán como enfermedades preexistentes aquellas que se hayan originado durante la vigencia del **CONTRATO**, en tanto que la renovación se realice en los plazos y condiciones establecidas en el presente **CONTRATO**.

### MODIFICACIONES A LA AFILIACIÓN

- El **CONTRATANTE** puede solicitar la incorporación de nuevos **AFILIADOS** con posterioridad al inicio de la vigencia del presente **CONTRATO**, según los términos y condiciones estipulados en el convenio marco de cooperación entre el empleador y la **IAFAS**, aplicándose los mismos requisitos de afiliación señalados en el **Anexo 2** del **CONTRATO**. Del mismo modo, se encuentran sujetos a las condiciones establecidas por su programa contratado.
- El **CONTRATANTE** declara tener conocimiento y responsabilidad de la información brindada del **AFILIADO** o los **AFILIADOS**. Asimismo, se compromete a informar de forma inmediata a los mismos, respecto al contenido y alcances del presente **CONTRATO**.

## REQUISITOS PARA CONTINUIDAD A AFILIACIÓN INDIVIDUAL POR DESVINCULACIÓN LABORAL

1. El **AFILIADO** titular deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- El **AFILIADO** titular deberá presentar los documentos que acrediten la conclusión del vínculo laboral en el que consigne la fecha de cese ante la **IAFAS** dentro de sesenta (60) días calendario posteriores a la conclusión del vínculo laboral en las oficinas de la **IAFAS** los cuales se detallan en el **Anexo 10**, transcurrido dicho tiempo el **AFILIADO** y sus derechohabientes perderán todo derecho de registro de continuidad de afiliación y de cobertura.
- El **AFILIADO** titular y sus derechohabientes afiliados, deben haber permanecido inscritos en el programa complementarios prepagados como mínimo tres (03) meses continuos y no presentar deuda.

2. La continuidad aplica siempre que el programa se encuentre contemplado en el portafolio vigente de la **IAFAS** al momento del cese; de lo contrario, el **AFILIADO** podrá migrar al programa que se ajuste a sus intereses y que se encuentre disponible en dicho portafolio, debiendo asumir los aportes público vigente y forma de pago establecida para el programa contratado.

3. En caso de que el **AFILIADO** y/o sus derechohabientes cuenten con sospecha, fase diagnóstica o diagnóstico oncológico establecido durante la vigencia del programa originario, solo podrán optar por la continuidad de afiliación individual hacia el mismo programa originario que contemple los mismos beneficios a las existentes, a la fecha de desvinculación.

## APORTE ESPECIAL WORKSITE POR AFILIADO:

| Rango de Edades | PLAN CLASSIC | PLAN PREMIUM | PLAN SENIOR |
|-----------------|--------------|--------------|-------------|
| 0-17            | S/ 70.40     | S/ 121.79    | No aplica   |
| 18-25           | S/ 83.60     | S/ 145.32    | No aplica   |
| 26-35           | S/ 93.28     | S/ 162.10    | No aplica   |
| 36-40           | S/ 103.84    | S/ 180.60    | No aplica   |
| 41-45           | S/ 137.28    | S/ 237.72    | No aplica   |
| 46-50           | S/ 161.02    | S/ 279.72    | No aplica   |
| 51-55           | S/ 209.41    | S/ 327.60    | No aplica   |
| 56-60           | S/ 250.77    | S/ 352.80    | No aplica   |
| 61-65 (*)       | S/ 281.58    | S/ 361.17    | S/ 418,00   |
| 66-70 (*)       | S/ 322.08    | S/ 432.60    | S/ 507,29   |
| 71-75 (*)       | S/ 370.48    | S/ 495.60    | S/ 581,40   |
| 76-80 (*)       | S/ 430.32    | S/ 562.80    | S/ 667,84   |
| 81-120 (*)      | S/ 504.24    | S/ 631.68    | S/ 777,10   |

- (\*) Solo renovación del plan Classic y Premium
- Aportes mensuales incluyen IGV.



### IMPORTANTE

- En caso, el **AFILIADO** requiera modificar su **AFILIACIÓN**, inclusive la composición de su grupo familiar, o de **DERECHOHABIENTES**, deberá realizar la petición por intermedio de su entidad empleadora, quien a su vez lo comunicará la **IAFAS** según lo estipulado en el convenio marco de cooperación.
- Cualquier modificación relacionada al **AFILIADO** o los **AFILIADOS**, así como a las condiciones del programa durante su vigencia o a su renovación, serán comunicadas por intermedio de su empleador, según los mecanismos, frecuencia, oportunidad y términos establecidos en el convenio marco de cooperación.



Guillermo Michell Lécaros Gutiérrez  
DNI 10308857  
Apoderado Especial

Contrato vigente a partir del 01 de setiembre del 2022

Código OS.SP.P.02.63

Revisión: 01