

**CONTRATO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS DE SERVICIOS DE SALUD
PROGRAMA DR. AUNA - PLAN BÁSICO, CLÁSICO Y PLUS**

CONTRATO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMA DR. AUNA - PLAN BÁSICO, CLÁSICO Y PLUS

CLÁUSULAS GENERALES

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

CLÁUSULA PRIMERA: OBJETO

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

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

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

CLÁUSULA SEGUNDA: CONTENIDO

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

1. **CLÁUSULAS GENERALES:** Conjunto de cláusulas de incorporación obligatoria establecidas por **SUSALUD** que rigen los **CONTRATOS** de **AFILIACIÓN** con una **IAFAS**. La **IAFAS**, puede incorporar otras cláusulas en virtud de su libertad contractual.
2. **CLÁUSULAS PARTICULARES:** Son aquellas cláusulas que señalan el detalle de las condiciones en las cuales se otorgan las coberturas correspondientes, incluyendo la red de **IPRESS**, copagos, deducibles, aportes adicionales, y las obligaciones administrativas de las partes.
3. **PLAN, PROGRAMA O PRODUCTO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD:** Documento que incluye las condiciones de cobertura y la lista de prestaciones de salud que son financiadas por la **IAFAS**.

4. **DECLARACIÓN DE SALUD:** Documento mediante el cual el **CONTRATANTE** informa los antecedentes médicos relevantes del titular, dependientes o personas no dependientes, propuestos para **AFILIACIÓN**, al momento de suscribir la solicitud de inscripción.
5. **RELACIÓN DE LOS AFILIADOS / ASEGURADOS:** Documento que contiene la relación detallada de los **AFILIADOS / ASEGURADOS** al presente **CONTRATO**, el cual puede incrementarse o reducirse, según se cumplan las condiciones establecidas en este documento y en las normas que lo regulan.

CLÁUSULA TERCERA: DEFINICIONES

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

1. **AFILIACIÓN:** Adscripción de un asegurado a un plan de aseguramiento en salud y a una **IAFAS**.
2. **ASEGURADO O AFILIADO:** Toda persona residente en el país, que esté bajo cobertura de algunos de los regímenes del **AUS**. Se le asume obligatoriamente **AFILIADO** a cualquier plan de aseguramiento en salud. El **AFILIADO** puede ser titular o **DERECHOHABIENTE** y debe reunir los requisitos de **AFILIACIÓN** correspondientes.
3. **AFILIACIÓN INDIVIDUAL:** Modalidad de **AFILIACIÓN** mediante la cual el **AFILIADO** formaliza su relación de aseguramiento con una **IAFAS** a título personal, en virtud de un contrato suscrito con esta. En el caso de los dependientes o **BENEFICIARIOS**, la **IAFAS** respectiva debe registrarlos individualmente.
4. **AFILIACIÓN COLECTIVA O CORPORATIVA:** Modalidad de **AFILIACIÓN** mediante la cual cualquier organización, colectividad de individuos, empresa o entidad empleadora, formaliza su relación de aseguramiento con una **IAFAS**, en forma voluntaria, en calidad de **CONTRATANTE**, en virtud de un contrato suscrito con una **IAFAS**. En el caso de los dependientes, la **IAFAS** respectiva debe registrarlos individualmente. La **AFILIACIÓN COLECTIVA O CORPORATIVA** puede ser obligatoria o voluntaria.
5. **AFILIACIÓN ELECTRÓNICA:** La **AFILIACIÓN ELECTRÓNICA** es una modalidad de **AFILIACIÓN** pactada. En ella, la persona manifiesta su voluntad de **AFILIACIÓN** mediante mecanismos no presenciales, estableciéndose la relación de aseguramiento entre el asegurado y la **IAFAS** respectiva. Esta modalidad queda supeditada a la implementación por parte de la **IAFAS** de los mecanismos que permitan acreditar la autenticidad del contrato, mediante la firma electrónica u otro medio que asegure seguridad.
6. **AFILIACIÓN OBLIGATORIA:** Constituye **AFILIACIÓN OBLIGATORIA**, aquella por la cual una persona natural adquiere la condición de **AFILIADO**, por el sólo hecho de cumplir una condición preestablecida, sin que se encuentre obligada a manifestar o ratificar su voluntad de acceder al plan de aseguramiento que le corresponde. Se encuentran dentro de esta categoría quienes acceden a un plan de salud por mandato legal o por el sólo hecho de su vinculación laboral o contractual con un empleador determinado, así como sus **DERECHOHABIENTES** legales y dependientes, según el caso.
7. **APORTE:** Pago periódico, establecido en el **CONTRATO** a que se compromete el **AFILIADO** o **CONTRATANTE** a abonar en forma adelantada a la **IAFAS** por los beneficios del plan o programa de salud contratado.

8. **AUS:** Aseguramiento Universal de Salud
9. **BENEFICIOS:** Derechos del (los) **AFILIADO**(s) según las condiciones establecidas en el plan o programa de salud contratado.
10. **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL:** o 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. **BENEFICIARIO:** Persona designada por el **CONTRATANTE**, y/o **AFILIADO** o asegurado en el contrato, como titular de los derechos de acceso a las prestaciones de salud especificados en el plan, programa o producto de aseguramiento en salud.
12. **CLÁUSULAS ABUSIVAS:** De acuerdo a la definición establecida en el artículo 49 de la Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor, en los **CONTRATOS** por adhesión y en las **CLÁUSULAS GENERALES** de contratación no aprobadas administrativamente, se consideran **CLÁUSULAS ABUSIVAS** y, por tanto, inexigibles todas aquellas estipulaciones no negociadas individualmente que, en contra de las exigencias de la buena fe, coloquen al consumidor, en su perjuicio, en una situación de desventaja o desigualdad o anulen sus derechos.
13. **CONTINUIDAD:** Reconocimiento del tiempo de permanencia en los **CONTRATOS** inmediatamente anteriores a la vigencia del nuevo contrato con la misma **IAFAS** u otra distinta, con el mismo plan, programa o producto de salud o equivalente, con el objeto de dar cobertura a dolencias o enfermedades cuyo desarrollo y tratamiento médico se hubiera iniciado durante la vigencia del contrato anterior y se encuentre cubierto en el nuevo contrato.
14. **CONTRATANTE:** Toda persona natural o jurídica que suscribe un contrato de aseguramiento en salud con una **IAFAS** por su propio derecho, en representación de terceros, o ambos. El **CONTRATANTE**, es el único responsable frente a la **IAFAS** por el cumplimiento de las obligaciones contractuales asumidas, salvo los casos en los que se establezcan obligaciones contractuales expresas a cargo de los asegurados.
15. **CONTRATO:** Documento que contiene las condiciones que suscriben la **IAFAS** con el **AFILIADO** o **CONTRATANTE**, para regular los derechos y las obligaciones de las partes, con relación a los beneficios ofrecidos en el plan o programa de salud.
16. **COPAGO:** Importe a pagar por el **AFILIADO** por los servicios médicos o beneficios solicitados, el cual puede estar expresado en un porcentaje del valor de la atención y/o en una cantidad fija, establecidos en el plan o programa de salud que forma parte integrante del **CONTRATO** suscrito entre el **AFILIADO** y la **IAFAS**.
17. **DEDUCIBLE:** Importe fijo a pagar por el **AFILIADO** por los servicios cubiertos, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican **DEDUCIBLES** se especifican en el **PLAN DE BENEFICIOS** de las **CONDICIONES PARTICULARES** del contrato. Una misma atención puede estar afecta al pago de **COPAGO** y **DEDUCIBLE**.
18. **DESAFILIACIÓN:** Acto por el cual una persona deja de tener la condición de **AFILIADO** respecto de una **IAFAS** determinada, por la culminación del supuesto de hecho que le daba la condición como tal o por extinción del **CONTRATO** por las causales de caducidad, no renovación, resolución, rescisión o nulidad del mismo. La **DESAFILIACIÓN** también puede darse por solicitud expresa del **AFILIADO**.

19. **DERECHOHABIENTE:** Son **DERECHOHABIENTES** el cónyuge o el concubino a quienes se refiere el Artículo 326 del Código Civil, así como los hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo. Su **AFILIACIÓN** puede ser a solicitud del titular del seguro de salud o su **DERECHOHABIENTE**, padre, madre, tutor o curador.
20. **DÍAS:** **DÍAS** calendario.
21. **DOLENCIAS AGUDAS:** Son aquellas condiciones de salud o enfermedades que presentan síntomas precisos y definidos, de aparición súbita o repentina, en general de menos de tres meses de duración y que no son reconocidas como enfermedades crónicas por la Organización Mundial de la Salud (que define como enfermedad crónica a aquella afección que por lo general se caracteriza por durar 3 meses o más, tiene carácter permanente, evolutivo y a través de intervenciones de salud puede ser mitigada o controlada).
22. **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.
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. **ENFERMEDAD CONGÉNITA:** Son todas aquellas que se producen en la etapa de gestación, es decir presentes desde el nacimiento, listadas en el capítulo XVII del Código Internacional de Enfermedades, 10° edición (CIE-10) "Malformaciones congénitas".
25. **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.
26. **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.
27. **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.
28. **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.
29. **LATENCIA:** Es un derecho especial de cobertura por desempleo que la **IAFAS ESSALUD** y la **IAFAS EPS** le otorga al asegurado regular y sus **DERECHOHABIENTES**, por la cual tienen derecho a las prestaciones de prevención, promoción y atención de la salud durante un período de latencia de hasta 12 meses, siempre que cuenten con un mínimo de 5 meses de aportación consecutivos o no consecutivos, en los últimos tres años precedentes al cese, acogándose a dos meses de período de latencia por cada cinco meses de aportación. El período de latencia

para los casos de suspensión perfecta de labores resulta de aplicación a partir de la fecha de pérdida del derecho de cobertura. Se activa cuando el asegurado dependiente o regular se encuentra en situación de desempleo o en situación de suspensión perfecta de labores.

30. **NOTA TÉCNICA:** Documento que describe la metodología y las bases técnicas aplicadas para el cálculo actuarial de la prima pura de riesgo o **APORTE** y la prima comercial, así como la justificación de sus gastos de gestión, administración y sistemas de cálculo de sus provisiones o reservas técnicas.
31. **PEAS:** Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.
32. **PERÍODO DE CARENCIA:** Es el plazo en el cual no están activas las coberturas de salud, suele durar de treinta (30) a noventa (90) **DÍAS** calendario. En seguridad social es el período de tres meses contados desde el inicio de labores de un **AFILIADO/ASEGURADO** regular que no haya tenido vínculo laboral en los meses previos y que le impiden cumplir con las condiciones para tener derecho de cobertura. en el caso de un **AFILIADO/ASEGURADO** potestativo, el período puede ser menor a 3 meses durante el cual el **AFILIADO/ASEGURADO** y sus dependientes inscritos no pueden acceder a las prestaciones de salud contenidas en el contrato. Los períodos de carencia se contabilizan en forma individual por cada **AFILIADO/ASEGURADO**.

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

Para el caso de maternidad, resulta suficiente que la asegurada haya estado afiliada al momento de la concepción.
33. **PERÍODO DE ESPERA:** Es el tiempo durante el cual el **AFILIADO** regular en actividad y/o sus **DERECHOHABIENTES** no pueden acceder a algunas atenciones relacionadas a determinados diagnósticos previstos en la lista de contingencias de ESSALUD. el concepto de período de espera puede ser aplicado por otras **IAFAS**. En ningún caso, el período de espera es mayor al año contractual.
34. **PREEXISTENCIA:** Es cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud. No puede ser considerada como preexistente un diagnóstico contemplado en el **PEAS**.
35. **PROGRAMA, PLAN O PRODUCTO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD:** Documento que instrumenta el contrato de aseguramiento, en el que se reflejan las condiciones de cobertura y acceso que el asegurado obtiene frente a distintas prestaciones de salud.
36. **PRIMA O APOORTE PURO DE RIESGO:** Es el **APORTE** económico que realiza el asegurado, la entidad empleadora, el Estado, a la **IAFAS** por concepto de contraprestación por la cobertura de riesgo de salud que ésta le ofrece. Su costo se determina sobre bases actuariales.
37. **PRIMA O APOORTE COMERCIAL:** Es la prima o **APORTE** que aplica la **IAFAS** al riesgo de salud para determinar su cobertura. Está formada por la prima o **APORTE** puro de riesgo más los gastos de administración, **AFILIACIÓN**, liquidación, entre otros, y el beneficio comercial de la **IAFAS**.
38. **REGISTRO DE AFILIADOS:** Registro administrativo de los **AFILIADOS** vigentes en cualquiera de los regímenes de aseguramiento en salud, con prescindencia de su carácter contributivo, semicontributivo o subsidiado. Su administración está a cargo de SUSALUD.
39. **REGISTRO DE MODELOS DE CONTRATOS Y PLANES DE SALUD:** Es el registro administrativo a cargo de SUSALUD, que sistematiza la información de los modelos de

CONTRATOS y planes de salud que comercializan las **IAFAS** y que cuentan con su respectivo código de registro.

40. **RELACIÓN DE ASEGURAMIENTO EN SALUD:** Es el vínculo legal establecido entre la **IAFAS**, asegurados y/o entidades empleadoras para el otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción y recuperación de la salud, prestaciones económicas, de conformidad con lo señalado en el marco legal. Esta relación puede ser pactada u obligatoria, la cual genera derechos y deberes.
41. **SALUD:** Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
42. **SEXO BIOLÓGICO:** Es el sexo que se le consigna en la partida de nacimiento de beneficiario. Para efectos de este **CONTRATO**, cuando se haga uso de la palabra **SEXO**, se referirá en todos los casos al **SEXO BIOLÓGICO**.
43. **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.
44. **URGENCIA:** Es toda situación que altera el estado de salud de la persona y que requiere de atención inmediata, no existiendo riesgo inminente de poner en peligro la vida.

CLÁUSULA CUARTA: COBERTURA GARANTÍA Y CONDICIONES

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

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

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

CLÁUSULA QUINTA: PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD

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

CLÁUSULA SEXTA: PRESTACIONES DE SALUD PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES

Adicionalmente a lo mencionado en la cláusula precedente, en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** debe establecerse prestaciones de prevención y promoción de la salud, las que tienen por objeto

preservar en buen estado la salud de la población asegurada, minimizando los riesgos de su deterioro. Estas actividades se definen de la siguiente manera:

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

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

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

CLÁUSULA SÉPTIMA: EXCLUSIONES Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

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

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

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

CLÁUSULA NOVENA: INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA

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

CLÁUSULA DÉCIMA: LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

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

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

cumplida dicha obligación mediante comunicación de fecha cierta dirigida a el **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS**.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: REFERENCIAS

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

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

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

Como contraprestación por el otorgamiento de la cobertura complementaria, el **AFILIADO / ASEGURADO O 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 QUINTA: INFORMACIÓN

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA: EXÁMENES MÉDICOS Y DECLARACIONES DE SALUD

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA: PLAZO CONTRACTUAL

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

sustento correspondiente, a fin que los **AFILIADOS** tomen conocimiento y puedan analizar la propuesta.

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA: DOMICILIO

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

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA: RESOLUCIÓN DE CONTRATO

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

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

CLÁUSULAS GENERALES o PARTICULARES. Para tal efecto, la parte que se perjudica con el incumplimiento requiere notarialmente a la otra para que satisfaga su prestación en el plazo de treinta (30) **DÍAS** calendario, bajo pena de resolución del **CONTRATO**. Si la prestación no se cumple dentro del plazo señalado, el **CONTRATO** queda automáticamente resuelto.

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA: MODALIDAD DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA: MODIFICACIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA: CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

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

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

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

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

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

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

CONTRATO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMA DR. AUNA - PLAN BÁSICO, CLÁSICO Y PLUS

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:

Atención de TELECONSULTA:

La **TELECONSULTA** es aquella atención ambulatoria que se realiza a distancia a través del uso de las tecnologías de comunicación remota y permiten la interacción del staff médico designado y el **AFILIADO**, para la atención y manejo de sus **DOLENCIAS AGUDAS**.

El programa otorgará una cobertura de hasta un máximo de atenciones durante la vigencia anual del **CONTRATO**, que están detalladas en el **PLAN DE BENEFICIOS**. Si en caso el **AFILIADO** requiriese un número mayor de atenciones, podrá acceder a ellas a tarifas preferenciales y descuentos detallados en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>

Para acceder al servicio, el **AFILIADO** deberá agendar su cita a través del procedimiento detallado en el **Anexo D**. Asimismo, siendo que la atención se efectuará a través de videollamada, es necesario que el **AFILIADO** cuente con conectividad a internet estable.

Es indispensable tener presente que la **TELECONSULTA** es intransferible, es decir quien recibe la prestación debe ser el **AFILIADO** al programa.

El médico responsable de la atención, en consecuencia, a su evaluación médica podrá determinar si la condición de salud del **AFILIADO** excede el alcance de la **TELECONSULTA**, en cuyo caso indicará la derivación correspondiente al servicio de salud que estime pertinente.

Asimismo,, el médico podrá prescribir medicamentos, exámenes de laboratorio e imágenes, los mismos que se ofertarán bajo las condiciones señaladas en el **PLAN DE BENEFICIOS**, así como a través de los descuentos y tarifas preferenciales detalladas en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>.

Atención Ambulatoria (Consulta)

La consulta médica es aquella atención ambulatoria que se realiza presencialmente en la red de atención del programa y que no requiere hospitalización.

El programa otorgará una cobertura de hasta un máximo de atenciones durante la vigencia anual del **CONTRATO**, estando estas detalladas en el **PLAN DE BENEFICIOS**. Si en caso

el **AFILIADO** requiriese un número mayor de atenciones, podrá acceder a ellas a tarifas preferenciales detalladas en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>.

Este beneficio aplica para todas las especialidades disponibles en cada **IPRESS** de la red de atención correspondiente a su plan, pudiendo reservar su cita a través del App Auna.

Así mismo, el médico podrá prescribir medicamentos, exámenes de laboratorio e imágenes, los mismos que se ofertaran bajo las condiciones señaladas en el **PLAN DE BENEFICIOS**, así como a través de los descuentos y tarifas preferenciales detalladas en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>. Los exámenes auxiliares de laboratorio e imágenes, en caso apliquen, serán atendidos exclusivamente en la **IPRESS** de la red de atención donde se realizó la consulta médica.

Este beneficio, no contempla procedimientos ni cirugías ambulatorias.

Atención de medicamentos

A través de este beneficio, se otorgará la cobertura de los medicamentos prescritos exclusivamente durante una **TELECONSULTA** cubierta por el programa, indicado en la receta enviada al **AFILIADO**, siempre que se encuentren en el listado de medicamentos detallado en link <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes> y hasta el monto máximo de señalado en el **PLAN DE BENEFICIOS** para cada atención.

Para el caso de las recetas generadas en **TELECONSULTA**, la entrega de medicamentos se realizará a través del servicio de delivery en la comodidad del hogar del **AFILIADO** o dónde este lo indique, siempre que esté dentro de la zona de cobertura señalada en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>, para lo cual una ejecutiva de la red de atención, coordinará con el **AFILIADO** la programación del servicio. En caso el **AFILIADO** resida por fuera de la zona de cobertura, podrá recoger sus medicamentos en la **IPRESS** de su elección según el plan contratado.

Cabe precisar que este beneficio no aplica para condiciones de salud preexistentes o de naturaleza crónica, así como de las condiciones detalladas en las **EXCLUSIONES** del programa.

Si en caso la receta indicada contemplara medicamentos no incluidos en el petitorio señalado en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>, estos deberán ser asumidos por el **AFILIADO**, pudiendo hacer uso de los descuentos y tarifas preferenciales detallados en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>.

Estudios de Laboratorio e Imágenes

A través de este beneficio, se otorgará la cobertura de los exámenes de ayuda diagnóstica, tanto de laboratorio como imágenes, indicados únicamente durante una **TELECONSULTA** o consulta cubierta por el programa, hasta el monto máximo señalado en el **PLAN DE BENEFICIOS** para cada atención, el mismo que no es acumulable para siguientes servicios.

La atención de este beneficio será únicamente en las **IPRESS** detalladas en el **Anexo E**, con la opción de toma de muestra a domicilio para el caso de los exámenes de laboratorio, según zonas de cobertura detalladas en la página web disponible en el siguiente link <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>.

Cabe precisar que este beneficio no aplica para condiciones de salud preexistentes o de naturaleza crónica, así como de las condiciones detalladas en las exclusiones del programa.

Si los exámenes de ayuda diagnóstica indicados durante las atenciones cubiertas por el programa, superan el monto máximo para cada atención señalado en el **PLAN DE BENEFICIOS**, la diferencia correrá a cargo del **AFILIADO**, pudiendo hacer uso de los descuentos y tarifas preferenciales detalladas en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>.

Atención en sala de emergencia (por emergencia médica y/o accidental)

A través de este beneficio, se otorgará la cobertura de las prestaciones de salud en la sala de emergencias, ante la ocurrencia de una situación de **EMERGENCIA** de salud, según el plan contratado y hasta el monto máximo señalado en el **PLAN DE BENEFICIOS**.

Las atenciones deberán realizarse dentro las 24 horas de producido el evento y la determinación de la condición de **EMERGENCIA** es realizada por el profesional médico encargado de la atención. En caso que el evento médico iniciado en emergencia requiera atención ambulatoria y/o hospitalaria, los gastos correrán por cuenta del **AFILIADO**.

El programa otorga las siguientes prestaciones en sala de emergencias:

- Honorarios médicos y asistenciales.
- Medicamentos, materiales e insumos incluyendo: catéteres, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos, vendas de yeso y yeso acrílico.
- Exámenes de laboratorio.
- Estudios de imágenes, tales como rayos x, ecografías, tomografía computarizada y otros.

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

1.2. PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS:

Asistencia médica telefónica

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

Para acceder a este beneficio el **AFILIADO** debe contactarse a través de la central telefónica **(01) 700-6693**.

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

Servicio de ambulancia por emergencia médica

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

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

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

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

Bajo ningún concepto este programa cubrirá los gastos relacionados a prestaciones de salud en servicios de Emergencias, Urgencias y/o Hospitalizaciones, salvo que sea parte de las coberturas según el plan contratado.

Despistaje anual de diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia

Conformado por un paquete de exámenes de laboratorio y evaluación médica de resultados realizada a través de la especialidad de medicina de familia o medicina interna de la **IPRESS** designada en la red de atención para este beneficio.

Los afiliados, a partir de los 18 años podrán acceder a este beneficio según el plan contratado, superado el periodo de espera, previa validación del cumplimiento del pago de aportes a la fecha de la solicitud del beneficio y con una periodicidad anual, teniendo en cuenta su último despistaje efectivo.

Los exámenes médicos que conforman el paquete no son transferibles, acumulables, canjeables o intercambiables con otros exámenes que no correspondan al programa 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 despistaje. Al finalizar este plazo, el **AFILIADO** deberá esperar el tiempo establecido en el **PLAN DE BENEFICIOS** para acceder nuevamente al próximo despistaje.

En caso el médico evaluador considere pertinente recomendar o indicar alguna prestación adicional como resultado de sus hallazgos (interconsultas con alguna especialidad, medicamentos, exámenes auxiliares o procedimientos), estas no formarán parte de este beneficio ni de la cobertura del programa, para lo cual el **AFILIADO** podrá hacer uso de las tarifas preferenciales y descuentos detallados en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>.

El **AFILIADO** podrá reservar su cita llamando a la central telefónica de cada sede o acercándose presencialmente. Los números telefónicos y direcciones de cada **IPRESS** se encuentran detallados en el **Anexo E**.

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>.

Los descuentos y tarifas preferenciales son de uso exclusivo en la **RED AUNA**. El otorgamiento de estas prestaciones dependerá de la debida programación, autorización previa y disposición del servicio.

2. PERTINENCIA DE LAS PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD:

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

1. Que, las prestaciones de salud se encuentren recomendadas y comprendidas en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la Red de Atención, las mismas que deberán ser acordes a su diagnóstico establecido y sustentarse con beneficio clínico y de significancia estadística demostrados a través de la evaluación sustentada en Medicina Basada en la Evidencia. Se consideran para beneficio de cobertura únicamente los niveles de evidencia 1++, 1+ o 2++ y por ende los grados de recomendación A o B según los parámetros del SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network). Para más información puede consultar a: www.sign.ac.uk.
2. 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 de Atención
3. Que, los procedimientos y tratamientos se encuentren estrictamente relacionados al (los) objeto de la cobertura del programa.

De igual forma aplican para el otorgamiento de cobertura de cualquier prestación relacionada, siempre que se encuentren descritos en el **PLAN DE BENEFICIOS** que forma parte de las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO** y no se encuentren comprendidos en las **EXCLUSIONES** detalladas en el **Anexo C**.

Contrato vigente a partir del 1 de Junio de 2022

Código OS.SP.P.02.74

Revisión: 01

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO A: Plan de salud

ANEXO B: Consideraciones adicionales

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

ANEXO D: Procedimiento de atención

ANEXO E: Red de atención

ANEXO F: Procedimiento y flujograma de atención de consultas y reclamos

ANEXO A: PLAN DE SALUD

Las coberturas a la que el (los) **AFILIADO(S)** tiene(n) derecho a través del presente **CONTRATO**, corresponde de manera específica al plan elegido por el **CONTRATANTE** cuyos alcances, limitaciones, **DEDUCIBLES** y **COPAGOS** detallamos a continuación.

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN	
Límite máximo del beneficio anual por afiliado: Afiliado titular y dependiente	Según acuerdo al contrato de cooperación con la empresa
Límite de Ingreso: Afiliado titular y dependientes	Según acuerdo al contrato de cooperación con la empresa
Límite de permanencia: Afiliado titular y dependientes	Según acuerdo al contrato de cooperación con la empresa
Suscripción del CONTRATO	Según acuerdo al contrato de cooperación con la empresa
Periodo de carencia: Plazo mínimo de permanencia en el programa para tener derecho a las coberturas establecidas en éste. Se contabilizan en forma individual por cada AFILIADO , a partir de la fecha de inicio de vigencia	Según acuerdo al contrato de cooperación con la empresa
Latencia: Es un derecho especial de cobertura por un desempleo que le IAFAS ESSALUD y la IAFAS EPS otorga al ASEGURADO regular y sus derechohabientes.	No aplica

PERIODO DE ESPERA

Las siguientes prestaciones solo serán cubiertas, luego de transcurrido el periodo de espera, que se contabiliza desde el inicio de vigencia y se detalla según lo señalado a continuación:

Tipo de Prestación	Plan Básico	Plan Clásico	Plan Plus
Descarte de diabetes y dislipidemia	No Aplica	6 meses	6 meses

En ese sentido, cualquier gasto relacionado a prestaciones de salud efectuadas dentro de este periodo, no serán cubiertas por el **CONTRATO**, pudiendo acceder el **AFILIADO** a través de las tarifas y descuentos preferenciales detalladas en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>.

REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN

Constituye un requisito previo y parte integral del **CONTRATO**, la suscripción de aquellos trabajadores y sus **DERECHOHABIENTES**, según corresponda, cuando se encuentren debidamente registrados en la **NÓMINA** reportada por el **CONTRATANTE** y tengan un **PLAN DE SALUD** primario **PEAS**.

Dentro de los primeros sesenta (60) **DÍAS** calendario de la recepción del requerimiento de **AFILIACIÓN** de aquellos trabajadores y sus **DERECHOHABIENTES** 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, condicionamientos que la **IAFAS** deberá poner en conocimiento del **CONTRATANTE** y/o del **AFILIADO** con la debida oportunidad.

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

Cualquier reticencia, falsedad, omisión, inexactitud u ocultamiento de información relativa al estado de salud de los **AFILIADOS**, por parte del **CONTRATANTE** y/o los **AFILIADOS**, constituye incumplimiento de las obligaciones del **CONTRATANTE** y, en consecuencia, la **IAFAS** se reserva la facultad para resolver unilateral y automáticamente la **AFILIACION** sin que ello genere derecho a devolución íntegra de los **APORTES** a favor del **CONTRATANTE**.

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

El **CONTRATANTE** declara tener conocimiento y responsabilidad de la información brindada de los **AFILIADOS**.

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

PRESTACIONES GENERALES

PRESTACIONES PRINCIPALES	Plan Básico
Atención de Teleconsulta	Sin Deducible y Sin Copago En la especialidad de Medicina Familiar ¹ . Hasta un máximo de 12 eventos durante la vigencia anual y una cada 30 días.

PRESTACIONES PRINCIPALES	Plan Clásico
Atención de Teleconsulta	Sin Deducible y Sin Copago En la especialidad de Medicina Familiar ¹ . Hasta un máximo de 12 eventos durante la vigencia anual y una cada 30 días.
Medicamentos	Hasta S/ 60.00 por atención (sin IGV) Hasta un máximo de 12 eventos durante la vigencia anual y cada 30 días.
Laboratorio	Hasta S/ 40.00 por atención (sin IGV) Hasta un máximo de 12 eventos durante la vigencia anual y cada 30 días.
Imágenes	Hasta S/ 40.00 por atención (sin IGV) Hasta un máximo de 12 eventos durante la vigencia anual y cada 30 días.

PRESTACIONES PRINCIPALES	Plan Plus
Atención de Teleconsulta	Sin Deducible y Sin Copago Pediatria, Dermatología, Neumología, Nutrición, Medicina Familiar, Geriatria, Endocrinología, Gastroenterología y Cardiología Hasta un máximo de 6 eventos durante la vigencia anual y hasta 2 eventos cada 30 días.
Medicamentos	Hasta S/ 100.00 por atención (sin IGV) Hasta un máximo de 6 eventos durante la vigencia anual y hasta 2 eventos cada 30 días.
Laboratorio	Hasta S/ 100.00 por atención (sin IGV) Hasta un máximo de 6 eventos durante la vigencia anual y hasta 2 eventos cada 30 días.
Imágenes	Hasta S/ 100.00 por atención (sin IGV) Hasta un máximo de 6 eventos durante la vigencia anual y hasta 2 eventos cada 30 días.
Atención de Consulta	Sin Deducible y Sin Copago Cualquier especialidad ² Hasta un máximo de 6 eventos durante la vigencia anual y hasta 2 eventos cada 30 días.
Medicamentos	Hasta S/ 100.00 por atención (sin IGV) Hasta un máximo de 6 eventos durante la vigencia anual y hasta 2 eventos cada 30 días.
Laboratorio	Hasta S/ 100.00 por atención (sin IGV) Hasta un máximo de 6 eventos durante la vigencia anual y hasta 2 eventos cada 30 días.
Imágenes	Hasta S/ 100.00 por atención (sin IGV) Hasta un máximo de 6 eventos durante la vigencia anual y hasta 2 eventos cada 30 días.
Atención en sala de emergencia (Médica y/o Accidental)	Hasta S/ 2,000.00 en la anualidad

PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS	Plan Básico	Plan Clásico	Plan Plus
Descarte de diabetes y dislipidemia Colesterol total Glucosa LDL Triglicéridos Consulta de resultados	No Cubre	Una única vez durante la anualidad del contrato	Una única vez durante la anualidad del contrato
Asistencia médica telefónica	No Cubre	Sí cubre	Sí cubre
Ambulancia Terrestre por Emergencia	No cubre	Una única vez durante la vigencia anual Hasta S/300 (Sin IGV)	Una única vez durante la vigencia anual Hasta S/300 (Sin IGV)

1: La especialidad de Medicina Familiar es una especialidad médica con una formación científica de 3 años de especialización. Un médico de familia es un especialista que actúa como médico de cabecera enfocándose en una evaluación general dado que está capacitado para resolver u orientar cualquier necesidad de salud en la asistencia de niños, adultos y ancianos, práctica ginecológica, seguimiento cirugías menores, desde un enfoque integral de la persona y su familia, en su desarrollo cotidiano y laboral como médico de cabecera.

2: Según especialidades disponibles en la **IPRESS** de la Red de atención elegida.

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

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

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

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

ANEXO B - CONSIDERACIONES ADICIONALES

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 estipulados en el **CONVENIO** de cooperación entre el **CONTRATANTE** y la **IAFAS**, aplicándose los mismos requisitos de suscripción señalados en el presente **CONTRATO**. Del mismo modo, se encuentran sujetos a las condiciones de suscripción detalladas en el **Anexo A**.

El **CONTRATANTE** declara tener conocimiento y responsabilidad de la información brindada de los **AFILIADOS**. Asimismo, se compromete a informar de forma inmediata a sus trabajadores respecto al contenido y alcances del presente **CONTRATO**.

DE LA DESAFILIACIÓN

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

1. Por la culminación del supuesto de hecho que le daba la condición de **AFILIADO**.
2. Por la extinción del **CONTRATO** de Prestaciones de Servicios de Salud por las causales de caducidad, no renovación, resolución, rescisión, o nulidad del **CONTRATO**.
3. Por incumplimiento grave y reiterado de las obligaciones asumidas por las Partes en virtud de este **CONTRATO**. En este supuesto la Parte que reclame el incumplimiento deberá enviar una comunicación a la otra Parte solicitando que en el plazo no mayor de treinta (30) **DÍAS** calendario subsane el incumplimiento. Vencido el plazo sin que medie cumplimiento, el **CONTRATO** quedará resuelto de forma automática.

EL **CONTRATANTE** se encontrará siempre obligado al pago de los **APORTES** que se hubiesen devengado a favor de la **IAFAS** hasta la ocurrencia del hecho que produjo la resolución del **CONTRATO**.

A partir de la fecha efectiva, la **IAFAS**, quedará liberada de cualquier obligación futura frente al **CONTRATANTE** y/o a los **AFILIADOS**, sin excepción alguna, en relación a los términos y condiciones contenidos en el presente **CONTRATO**.

RESPONSABILIDAD DE PAGOS

El **AFILIADO** cede por voluntad propia la responsabilidad del pago de sus **APORTES** al **CONTRATANTE**, como contraprestación por la contratación de la cobertura complementaria respecto de las prestaciones ofertadas por el programa. En tal sentido, el **CONTRATANTE** se responsabiliza, a título personal, ante la **IAFAS** por cualquier deuda generada, inclusive cuando la misma se derive de hechos imputables a la entidad financiera o tercero al que delegó el pago de sus **APORTES**.

Cualquier incumplimiento, tanto del **CONTRATANTE** como la entidad financiera o el tercero a través del cual se valga para hacer efectivo el pago de sus **APORTES**, facultará a la **IAFAS** a suspender o resolver el **CONTRATO** según lo dispuesto en los términos establecidos en el mismo.

INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE LOS APORTES COMERCIALES Y REHABILITACIÓN

Siempre que el **CONTRATANTE** incumpla con el pago de los **APORTES COMERCIALES** por un plazo mayor a treinta (30) **DÍAS** calendarios, contados desde la fecha de recepción del documento de cobranza, 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. Cabe precisar que la **IAFAS** no reconocerá los gastos médicos en que haya incurrido el **AFILIADO** durante el periodo de suspensión y mientras se mantengan impagas las aportaciones del **CONTRATANTE**, quedando la **IAFAS** liberada de cualquier responsabilidad al respecto y renunciando expresamente el **CONTRATANTE** a cualquier reclamo sobre el particular.

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

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

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.

A partir de la eventual fecha de resolución, la **IAFAS** quedará liberada de cualquier obligación futura frente al **CONTRATANTE** y/o **AFILIADOS**, sin excepción alguna, en relación a los términos y condiciones contenidos en el presente **CONTRATO**.

REQUISITOS PARA CONTINUIDAD DE AFILIACIÓN INDIVIDUAL POR DESVINCULACIÓN O CESE LABORAL DEL AFILIADO

El **AFILIADO** deberá cumplir con los siguientes requisitos:

1. El **AFILIADO** deberá presentar los documentos que acrediten la conclusión del vínculo laboral en donde 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**, transcurrido dicho tiempo el **AFILIADO** y sus **DERECHOHABIENTES** perderán todo derecho de registro de **CONTINUIDAD** de **AFILIACIÓN** y de cobertura.
2. El **AFILIADO** titular y sus **DERECHOHABIENTES AFILIADOS**, deben haber permanecido inscritos en el programa de salud como mínimo tres (03) meses continuos.
3. Suscribir una nueva **SOLICITUD DE AFILIACION**, designando un nuevo **CONTRATANTE**, lo cual generará un nuevo **CONTRATO** con **CONTINUIDAD**, que procederá siempre que el programa se encuentre contemplado en el portafolio vigente de la **IAFAS** para venta individual

al público, al momento de la desvinculación o cese laboral; 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.

ANEXO C - EXCLUSIONES, GASTOS NO CUBIERTOS Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

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

1. Cualquier requerimiento de cobertura 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.
2. Prestaciones relacionadas a embarazo, aborto, parto natural o cesárea, así como sus complicaciones y/o consecuencias. Definidas en el capítulo XV del CIE 10 “Embarazo parto y puerperio” que codifica las Afecciones relacionadas o agravadas por el embarazo, el parto o el puerperio (causas maternas o causas obstétricas).
3. Las renovaciones de receta de consultas médicas anteriores, así como prescripciones procedentes de **TELECONSULTAS** no cubiertas por el programa. Es decir, la provisión de farmacia se dará una única vez por receta.
4. Leches maternizadas y alimentos o sustitutos alimenticios, aunque sea con fines terapéuticos.
5. 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 no medicinales, así como cualquier otro producto o medicamento no relacionado a las enfermedades objeto de cobertura.
6. Insuficiencia o sustitución hormonal en casos de trastorno de crecimiento.
7. Cualquier requerimiento de cobertura de servicios cuyo propósito sea distinto a prestaciones recuperativas de la salud a través de Telemedicina. tales como, sin limitarse a: chequeos médicos, despistajes, prestaciones en o de **EMERGENCIA**, consultas ambulatorias presenciales de cualquier tipo, inclusive si hubiesen sido indicadas durante la atención de Telemedicina.
8. Todo tipo de requerimiento prestacional que no sea ordenado o prescrito por los profesionales médicos de la **RED DE ATENCIÓN** autorizada para este programa. Así como el tratamiento y/o manejo de las complicaciones, eventos adversos, efectos secundarios y otros que se puedan devenir de los tratamientos e indicaciones dadas y ejecutadas al margen de lo anteriormente establecido.
9. Cualquier reintegro y/o pagos por servicios médicos suministrados por terceros no autorizados expresamente por la **IAFAS**. Así como cualquier solicitud de reintegro o reembolso de gastos médicos o de cualquier tipo, 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 para el programa.
10. 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.

11. Los tratamientos de sobrepeso, obesidad, obesidad mórbida, raquitismo, anorexia nerviosa y los derivados de estos diagnósticos. Incluyendo los relacionados a liposucción, lipoescultura e inyecciones reductoras de grasa u otros métodos liporeductores.
12. Medicamentos y/o exámenes auxiliares no contemplados en los petitorios específicos del programa y publicado en la página <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>, el mismo será de anual o conforme la periodicidad que la **IAFAS** establezca.
13. 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, inmunomoduladores, inmunoterapia y anticuerpos monoclonales. Así como inhibidores de enzimas, tales como tirosinkinasa, proteosomas u otros similares.
14. Todo tipo de prestaciones diagnósticas o terapéuticas, equipos, insumos, suministros o fármacos y otras nuevas tecnologías que no hayan alcanzado el nivel de evidencia 2A en Medicina Basada en Evidencia de la Agency for Healthcare Reserch and Quality – AHRQ y/o que no hayan concluido exitosamente la fase III de su ensayo clínico y/o que no se encuentren debidamente aprobados por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), de la Food and Drug Administration (FDA) y de la European Medicines Agency (EMA) o que no se recomienden en las Guías de Práctica Clínica de la RED AUNA.
15. No se cubre medicina tradicional de cualquier tipo ni tratamientos homeopáticos, recetario magistral, iriología, reflexología y en general tratamientos experimentales, empíricos o relacionados a la medicina alternativa.
16. Tratamiento relacionado con la Infección por virus de inmunodeficiencia humana - VIH, Síndrome de Inmuno Deficiencia adquirida (SIDA) y el Síndrome complejo relativo al SIDA (SCRS), sus consecuencias y complicaciones.
17. Gastos relacionados a enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos considerados enfermedades preexistentes (anteriores al inicio de vigencia del Programa de Salud) y gastos derivados de causas relacionadas, definidas en el capítulo XVII del CIE 10 “Malformaciones congénitas” que codifica las malformaciones congénitas.
18. 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.
19. Gastos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades tumorales y oncológicas definidas en el capítulo II del CIE-10 “Tumores [neoplasias]” de la OMS.
20. Todo procedimiento o terapia que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria. Así como, prestaciones y tratamientos profilácticos, psicológicos, psiquiátricos, psicoterapéuticos, curas de reposo, cualquier tipo de tratamiento kinésico, de rehabilitación física o mental, odontológica o estomatológica, nutricional, salvo las prestaciones detalladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**. De la misma manera cremas, lociones faciales o sustancias exfoliativas, despigmentantes, jabones, champúes, cremas neutras y bloqueadores solares. Así como medias antiembólicas o para tratamiento de várices.
21. Todo tratamiento médico o quirúrgico de melasma, alopecia u otros trastornos dermatológicos estéticos, así como el retiro de tatuajes, piercing o similares.
22. Equipos médicos durables tales como: termómetro, tensiómetro, equipos de oxigenoterapia, glucómetro (equipo y tiras), respiradores, pulsoxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP o similares, audífonos e implantes cocleares, separadores

interespinosos para columna vertebral y discos intervertebrales protésicos. No están cubiertas las prótesis externas, sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés. De igual manera aparatos y equipos ortopédicos, zapatos ortopédicos, ortésicos, equipos mecánicos o electrónicos, audífonos e implante coclear.

23. Cualquier tipo de prestación, que tengan relación a 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.

24. Gastos relacionados a sepelio, velatorio y afines. Así como prestaciones económicas de cualquier índole.

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

ANEXO D - PROCEDIMIENTO PARA AGENDAR UNA TELECONSULTA

1. Contáctate a través de Whatsapp al número **+51 966693402**.
2. Un asesor se comunicará contigo
3. Indícale tu nombre, DNI y programa al que te encuentras afiliado.
4. El asesor te ayudará a elegir el mejor horario para ti, gestionará tu cita y te enviará el link para que puedas contactarte al momento de tu consulta.

El servicio de delivery de Farmacia se encontrará sujeto al área de cobertura la cual se encuentra detallado en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>. En caso de que el punto de entrega esté fuera de la zona de cobertura, el **AFILIADO** podrá recoger sus medicamentos en alguna de las clínicas de la red detalladas en el **Anexo E**.

ANEXO E - RED DE ATENCIÓN

Las prestaciones objeto de la cobertura de este programa será otorgadas exclusivamente por las **IPRESS** detalladas a continuación:

A. RED DE ATENCIÓN DE TELECONSULTAS

NOMBRE COMERCIAL	DPTO.	PROVINCIA	DISTRITO	DIRECCIÓN	TELÉFONO	REG. SUSALUD
Clínica Auna Sede Delgado	Lima	Lima	Miraflores	Avenida Angamos Oeste N°450-490	(01) 377 70000	000190490

Las **TELECONSULTAS** son brindadas por Clínica Digital Auna 360, un servicio de **Clínica Delgado**. El proceso de agendamiento se detalla en el **Anexo C**.

B. RED DE ATENCIÓN PRESENCIAL

NOMBRE COMERCIAL	DPTO.	PROVINCIA	DISTRITO	DIRECCIÓN	TELÉFONO	REG. SUSALUD
Clínica Auna Sede Delgado	Lima	Lima	Miraflores	Avenida Angamos Oeste N°450-490	(01) 377 70000	000190490
Clínica Auna Sede Bellavista	Callao	Callao	Bellavista	Jirón Las Gaviotas 207 Urb. San José	(01) 204 9600	00009250
Clínica Auna Sede Miraflores	Piura	Piura	Piura	Calle Las Dalias A12 Castilla	(073) 749 333	00013494
Clínica Auna Sede Camino Real	La Libertad	Trujillo	Trujillo	Jr. Bolognesi 565 T	(044) 749 300	00016830
Clínica Auna Sede Vallesur	Arequipa	Arequipa	Arequipa	Avenida La Salle N° 116 y N° 108	(054) 749 333	00018130
Clínica Auna Sede Chiclayo	Lambayeque	Chiclayo	Chiclayo	Av. Mariscal Nieto N° 480	(074) 221 945	00030057

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

ANEXO F - 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 física 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, contactos@oncosalud.pe.
- Call Center de servicio al cliente de la **IAFAS** el mismo que se encuentra disponible en el número telefónico **(01) 513-7900**.

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

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

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

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

FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

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

1



PASO 1

AFILIADO REALIZA LA CONSULTA O RECLAMO

A través de los siguientes medios, según corresponda.



Call center

¿Cuál es el número y horario de atención?

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



Correo electrónico

contactos@oncosalud.pe



Carta

¿Dónde pedir y dónde dejar la carta?

- Físico: Av. Guardia Civil N° 571, San Borja
- Horario de atención: De lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 2:00 p.m.



Libro de reclamaciones

¿Cómo acceder al libro de reclamaciones electrónico y físico?

- Físico: En nuestras Sedes Comerciales y Prestacionales.
- Virtual: www.oncosalud.pe

2



PASO 2

SERVICIO AL CLIENTE RECIBE LA CONSULTA O RECLAMO.

De acuerdo al canal y al horario de atención establecido en el PASO 1.

3



PASO 3

EXPERIENCIA DEL AFILIADO REALIZA EL ANÁLISIS CORRESPONDIENTE.

4



PASO 4

ÁREA INVOLUCRADA ENVÍA DESCARGO O ABSOLUCIÓN DE CONSULTA, SEGÚN CORRESPONDA.

5



PASO 5

EXPERIENCIA DEL AFILIADO BRINDARÁ RESPUESTA FINAL A LA CONSULTA O RECLAMO DE ACUERDO AL TIEMPO ESTABLECIDO POR LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA COMPETENTE.



DECRETO SUPREMO N° 002-2019 SA: Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Aseguramiento en Salud - **IAFAS**, instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - **IPRESS** y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - **UGIPRESS**, públicas, privadas o mixtas, y sus modificaciones o norma que las sustituya.

- Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
- Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor.