

RESUMEN

El condicionado del programa **Dr Auna** consta de tres secciones: **Cláusulas Generales**, **Cláusulas Particulares** y **Anexos**.

1. CLÁUSULAS GENERALES

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

2. CLÁUSULAS PARTICULARES

Relación de prestaciones cubiertas por el programa oncológico

En esta sección, se listan las prestaciones de Atención de teleconsulta, Atención Ambulatoria, Atención de medicamentos, Estudios de Laboratorio e imágenes, Descarte de diabetes y dislipidemia, Ambulancia, Asistencia médica telefónica y Atención en sala de emergencias; de acuerdo a la cobertura del plan seleccionado

Descripción y alcance de las prestaciones cubiertas por el programa

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

Criterios de la Pertinencia de las prestaciones de Salud

3. ANEXOS

Anexo 1: Plan de salud

Anexo 2: Aportes y condiciones de afiliación

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

Anexo 4: Procedimiento para agendar una teleconsulta

Anexo 5: Red de atención

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

**CONTRATO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS ESPECIALIZADAS DE
SERVICIOS DE SALUD
PROGRAMA DE SALUD PREPAGADO DR AUNA**

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. **BENEFICIOS:** Derechos del (los) **AFILIADO(s)** según las condiciones establecidas en el plan o programa de salud contratado.
9. **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL:** Cobertura máxima anual, monto límite del beneficio por afiliado, del programa contratado. Los gastos médicos incurridos por el (los) **AFILIADOS** durante el periodo de la vigencia anual, reduce automáticamente el monto del beneficio, sin lugar a restitución hasta la celebración de una nueva anualidad del **CONTRATO**. El monto del **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL** y sus precisiones operativas se detallan en el **PLAN DE SALUD**, importe que no es acumulable entre renovaciones y no incluye IGV.
10. **BENEFICIARIO:** Persona residente en el país que están bajo la cobertura de un plan de Aseguramiento Universal en Salud. Aceptación que se utiliza de manera indistinta para referirse a los **AFILIADOS** o **ASEGURADOS**.
11. **CLÁUSULAS ABUSIVAS:** De acuerdo a la definición establecida en el artículo 49 de la Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor, en los **CONTRATOS** por adhesión y en las **CLÁUSULAS GENERALES** de contratación no aprobadas administrativamente, se consideran cláusulas abusivas y, por tanto, inexigibles todas aquellas estipulaciones no negociadas individualmente que, en contra de las exigencias de la buena fe, coloquen al consumidor, en su perjuicio, en una situación de desventaja o desigualdad o anulen sus derechos.
12. **CLÁUSULAS ADICIONALES:** Son aquellas condiciones especiales y opcionales a uno o más contratos, que permiten extender o ampliar las coberturas principales del producto de aseguramiento, comprendidas en las condiciones generales, incluyendo riesgos no contemplados o expresamente excluidos.
13. **CONDICIONES ESPECIALES:** Estipulaciones que tienen por objeto ampliar, reducir, aclarar, y en general, modificar el contenido o efecto de las condiciones generales y particulares.
14. **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**.
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. **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**.
17. **COPAGO:** Importe a pagar por el **AFILIADO** por los servicios médicos o beneficios solicitados, el cual puede estar expresado en un porcentaje del valor de la atención y/o en una cantidad fija, establecidos en el plan o programa de salud que forma parte integrante del **CONTRATO** suscrito entre el **AFILIADO** y la **IAFAS**.

- 18. DEDUCIBLE:** Importe fijo a pagar por el **AFILIADO** por los servicios cubiertos en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican deducibles se especifican en el **PLAN DE SALUD** de las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**. Una misma atención puede estar afecta al pago de deducible y copago (Coaseguro o Copago Variable).
- 19. DERECHOHABIENTE:** Son derechohabientes el cónyuge o el concubino a quienes se refiere el Artículo 326 del Código Civil, así como los hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo. Su afiliación puede ser a solicitud del titular del seguro de salud o su derechohabiente, padre, madre, tutor o curador.
- 20. DESAFILIACIÓN:** Acto por el cual una persona deja de tener la condición de **AFILIADO** respecto de una **IAFAS** determinada, por la culminación del supuesto de hecho que le daba la condición como tal o por extinción del **CONTRATO** por las causales de caducidad, no renovación, resolución, rescisión o nulidad del mismo. La **DESAFILIACIÓN** también puede darse por solicitud expresa del **AFILIADO**.
- 21. DÍAS:** Días calendario.
- 22. 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 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).
- 23. EMERGENCIA MÉDICA Y/O QUIRÚRGICA:** Es toda condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I y II.
- 24. 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 10° edición de la Organización Mundial de la Salud.
- 25. EXCLUSIONES:** Son aquellas prestaciones de salud no cubiertas por el plan o programa de salud. En el marco de lo establecido en el Plan de Esencial de Aseguramiento en Salud aprobado mediante Decreto Supremo N° 023-2021-SA y posteriores actualizaciones, los daños derivados del intento de autoeliminación o lesiones autoinflingidas por problemas de salud mental, derivados de un diagnóstico de salud mental no se excluyen.
- 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. **IAFAS:** Las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (**IAFAS**), son aquellas entidades o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, que reciban, capten y/o gestionen fondos para la cobertura de las atenciones de salud o que oferten cobertura de riesgos de salud, bajo cualquier modalidad.
28. **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.
29. **NOTA TÉCNICA:** Documento que describe la metodología y las bases técnicas aplicadas para el cálculo actuarial de la prima pura de riesgo o aporte y la prima comercial, así como la justificación de sus gastos de gestión, administración y sistemas de cálculo de sus provisiones o reservas técnicas.
30. **PEAS:** Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.
31. **PERÍODO DE CARENCIA:** Es el plazo en el cual no están activas las coberturas de salud, suele durar de treinta (30) a noventa (90) días calendario. En Seguridad Social es el período de tres (03) meses contados desde el inicio de labores de un **AFILIADO / ASEGURADO** regular que no haya tenido vínculo laboral en los meses previos y que le impiden cumplir con las condiciones para tener derecho de cobertura. En el caso de un **AFILIADO / ASEGURADO** potestativo, el período puede ser menor a tres (03) meses durante el cual el **AFILIADO / ASEGURADO** y sus dependientes inscritos no pueden acceder a las prestaciones de salud contenidas en el **CONTRATO**. Los **PERÍODOS DE CARENCIA** se contabilizan en forma individual por cada **AFILIADO / ASEGURADO**.

Las emergencias no presentan **PERÍODOS DE CARENCIA** en ninguno de los regímenes de financiamiento. Además, no se aplica el **PERÍODO DE CARENCIA** en ninguna clase de emergencia.

En los regímenes contributivo y semicontributivo, para el caso de maternidad, es suficiente que la asegurada haya estado afiliada al momento de la concepción.

Por ningún motivo, puede excluirse de la cobertura del Plan Complementario, aquellas enfermedades o dolencias diagnosticadas durante el **PERÍODO DE CARENCIA**.
32. **PERÍODO DE ESPERA:** Es el tiempo durante el cual el **AFILIADO** regular en actividad y/o sus derechohabientes no pueden acceder a algunas atenciones relacionadas a determinados diagnósticos previstos en la lista de contingencias de **ESSALUD**. El concepto de período de espera puede ser aplicado por otras **IAFAS**. En ningún caso, el período de espera es mayor al año contractual.
33. **PLAN DE SALUD:** Es el documento que detalla los beneficios y coberturas que otorga la **IAFAS** al amparo del presente **CONTRATO**.
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. **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.
36. **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**.
37. **PROGRAMA, PLAN O PRODUCTO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD:** Documento que instrumenta el **CONTRATO** de aseguramiento, en el que se reflejan las condiciones de cobertura y acceso que el **ASEGURADO** obtiene frente a distintas prestaciones de salud.
38. **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. **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.
40. **SALUD:** Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
41. **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**.
42. **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.
43. **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 promocional, preventiva, recuperativa y de rehabilitación comprendidas en el 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.

En el caso de las IAFAS EPS, la cobertura detallada en el Plan de Aseguramiento en Salud adjunto, contempla los mismos beneficios para todos los AFILIADOS / ASEGURADOS regulares y potestativos registrados en el Plan. En tal sentido sus condiciones y el acceso a las prestaciones correspondientes son iguales para todos; la cobertura y los costos del presente plan para los AFILIADOS potestativos son iguales a los de ASEGURADOS regulares.

CLÁUSULA QUINTA: PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD

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

CLÁUSULA SEXTA: PRESTACIONES DE SALUD PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES

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

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

CLÁUSULA SÉPTIMA: EXCLUSIONES Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

En las **CLÁUSULAS PARTICULARES** se señalan las **EXCLUSIONES** y limitaciones 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 de salud, promocional, preventiva, recuperativa y de rehabilitación de la salud cubiertas por el presente **CONTRATO**, se otorgan en las **IPRESS** indicadas 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.

EI 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 cuarenta y cinco (45) días calendario previos al vencimiento del plazo pactado para

la vigencia de los aportes y copagos, una comunicación escrita, con conocimiento de los **AFILIADOS/ASEGURADOS**, manifestando la intención de reajustar tales montos.

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

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

Si los **AFILIADOS / ASEGURADOS** o la **ENTIDAD EMPLEADORA** no están de acuerdo con la modificación o no responden a la **IAFAS** o **IAFAS EPS**, según corresponda, dentro del plazo de treinta (30) días calendario contados desde que recibió la comunicación, el **CONTRATO** se mantiene vigente hasta su fecha de vencimiento.

Previamente a la aplicación del reajuste de los aportes y copagos, dentro de los plazos acordados entre las partes, la **IAFAS** debe haber cumplido con presentar al **AFILIADO/ASEGURADO**, los reportes de la siniestralidad, conteniendo la información mínima establecida normativamente por **SUSALUD**, debidamente sustentada y analizada; en el caso de aplicación del índice de inflación médica, el índice debe ser obtenido de la información publicada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática; además la **IAFAS** debe señalar las medidas orientadas a la racionalización del gasto de prestaciones de salud.

En el caso de la **IAFAS EPS**, la evaluación de la siniestralidad se realiza sumando el gasto de prestaciones de salud de los **ASEGURADOS** regulares (o dependientes) y sus derechohabientes, más el gasto de prestaciones de salud de los **ASEGURADOS** potestativos (o independientes) y sus derechohabientes, considerándolos como una sola cartera, siendo de aplicación para los planes **PEAS**. De forma similar se calcula la siniestralidad de los planes complementarios sumando la cartera de **AFILIADOS** regulares más **AFILIADOS** potestativos, considerándolos como una sola cartera. En ese sentido, los costos de ambos planes (PEAS y Complementario) de las IAFAS EPS deben tener los mismos costos para todos sus **ASEGURADOS** (regulares y potestativos).

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 tal examen o declaración. La **IAFAS** que solicita la realización de examen médico, asumirá el costo del mismo.

La **IAFAS** se obliga a mantener la confidencialidad de los resultados de tal examen médico o **DECLARACIÓN JURADA 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 sesenta (60) 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. Asimismo, deberá anexar las recomendaciones correspondientes para la contención del gasto.

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** u otras **IAFAS** y los **AFILIADOS / ASEGURADOS**, derivadas del presente **CONTRATO**, incluidas las de su nulidad o invalidez, son resueltas a través de los mecanismos de solución de controversias del Centro de Conciliación y Arbitraje (CECONAR) de la Superintendencia Nacional de Salud o en aquellos centros que se encuentren registrados y habilitados por éste.

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: CLÁUSULA DE GARANTÍA CONTINUIDAD DE COBERTURA DE PREEXISTENCIAS

La **IAFAS** se obliga a continuar brindando cobertura a las atenciones de salud de sus **ASEGURADOS**, por aquellas contingencias diagnosticadas y no resueltas, en un anterior **PLAN DE SALUD**, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 100 del Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 008-2010-SA.

En el caso de la IAFAS EPS, se obliga a continuar brindando cobertura a las atenciones de salud de los trabajadores y sus derechohabientes, en términos y condiciones equivalentes, por aquellas contingencias diagnosticadas y no resueltas, determinadas y cubiertas en un anterior plan de salud de una EPS, de conformidad a lo dispuesto en la Ley N° 29561, Ley que establece la continuidad de cobertura de preexistencias en el **PLAN DE SALUD** de las Entidades Prestadoras de Salud y Reglamento.

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA: MODIFICACIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO CUARTA: CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

1. Evaluar el estado de afiliación en base a la información proporcionada.
2. Aprobar la cobertura de los beneficios del programa

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

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

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

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

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

- 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 ESPECIALIZADAS DE
SERVICIOS DE SALUD
PROGRAMA DE SALUD PREPAGADO DR AUNA**

CLÁUSULAS PARTICULARES

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

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

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 SALUD**. 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 4**. 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 SALUD**, 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 SALUD**. 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 las especialidades detalladas en el **Anexo 1** - Plan de Salud para atenciones presenciales, 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 SALUD**, 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** o **CONSULTA** médica cubierta por el programa, indicado en la receta enviada al **AFILIADO**, siempre que se encuentren en el petitorio de medicamentos y exámenes auxiliares detallado en link <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes> y hasta el monto máximo de señalado en el **PLAN DE SALUD** 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 SALUD** para cada atención, el mismo que no es acumulable para siguientes servicios, siempre que se encuentren en el petitorio de medicamentos y

exámenes auxiliares detallado en link <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>. La atención de este beneficio será únicamente en las **IPRESS** detalladas en el **Anexo 05**.

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 SALUD**, 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 SALUD**.

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 de 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 asistencia 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 servicio será brindado a través de las asistencias del aliado estratégico MOK SAC.

El tipo de ambulancia estará determinado de acuerdo con el 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 de hasta un máximo de atenciones especificadas en el **PLAN DE SALUD**, siempre que sea dentro de las zonas de cobertura detalladas en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>. Para acceder a este beneficio, el afiliado debe contactarse a través de la central telefónica (01) 700-6693.

El **AFILIADO** tendrá la opción de escoger la **IPRESS** dentro de la zona de atención 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 de 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 SALUD** 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 5**.

1.3. TARIFAS Y DESCUENTOS PREFERENCIALES:

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

2. CRITERIOS DE PERTINENCIA DE LAS PRESTACIONES DE 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** disponible en la página web <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes> de la **RED DE ATENCIÓN** indicada en el **Anexo 5** 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** disponible en la página web <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes> de la **RED DE ATENCIÓN**.
3. Que los procedimientos y tratamientos se encuentren estrictamente relacionados al (los) objeto de la cobertura del programa.
4. De igual forma aplican para el otorgamiento de cobertura de cualquier prestación relacionada, siempre que se encuentren descritos en el **PLAN DE SALUD** que forma parte de las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO** y no se encuentren comprendidos en las **EXCLUSIONES** detalladas en el **Anexo 03**.

Contrato vigente a partir de 01 de Enero del 2023

Código OS.SP.P.02.76

Revisión: 02

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Plan de Salud.

Anexo 2: Aportes y condiciones de afiliación.

Anexo 3: Exclusiones, gastos no cubiertos y limitaciones a las coberturas contratada.

Anexo 4: Procedimiento para solicitar la cobertura.

Anexo 5: Red de Atención.

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

ANEXO 1 - PLAN DE SALUD

PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD

Comprende un conjunto de condiciones e intervenciones complementarias al **PEAS**. Se encuentran sujetas a condiciones, limitaciones y exclusiones estipuladas libremente por las partes y en el caso de afiliados a las **IAFAS EPS** su cobertura no implica la pérdida del derecho del trabajador a atenderse en **ESSALUD**.

COBERTURAS DE SALUD

El presente programa corresponde a un **PLAN COMPLEMENTARIO ESPECIALIZADO**. (Límites y condiciones por acuerdo de partes)

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

Son planes que complementan al **PEAS** y son definidos como aquellos que otorgan prestaciones no comprendidos en éste.

El Plan de Beneficios que contiene el Plan Complementario, se describen como:

PLAN COMPLEMENTARIO ESPECIALIZADO

Comprende la atención de contingencias no incluidas en el **PEAS**, y que se encuentran delimitadas a una determinada especialidad, condición asegurable, garantía explícita, tipo de intervención o prestaciones a financiar.

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

Son planes que complementan al **PEAS** y son definidos como aquellos que otorgan prestaciones no comprendidos en éste.

El Plan de Beneficios que contiene el Plan Complementario, se describen como:

PLAN COMPLEMENTARIO ESPECIALIZADO

Comprende la atención de contingencias no incluidas en el **PEAS**, y que se encuentran delimitadas a una determinada especialidad, condición asegurable, garantía explícita, tipo de intervención o prestaciones a financiar.

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN

El presente programa corresponde a un **PLAN COMPLEMENTARIO ESPECIALIZADO**.

Comprende la atención de contingencias no incluidas en el **PEAS**, y que se encuentran delimitadas a una determinada especialidad, condición asegurable, garantía explícita, tipo de intervención o prestaciones a financiar.

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN*	
Límite máximo del beneficio anual por afiliado: Afiliado titular y dependientes	No aplica
Límite de ingreso: Afiliado titular y dependientes	Desde los 0 años
Límite de permanencia: Afiliado titular y dependientes	Sin Límite
Suscripción del CONTRATO	Rige a partir del primer día del mes en curso habiendo cancelado el primer aporte
Periodo de carencia: Plazo mínimo de permanencia en el programa para tener derecho a las coberturas establecidas de éste. Se contabilizan en forma individual por cada AFILIADO , a partir de la fecha de inicio de vigencia.	30 días
Latencia: Es un derecho especial de cobertura por un desempleo que la IAFAS ESSALUD y la IAFAS EPS otorga al ASEGURADO regular y sus derechohabientes	No aplica

*Aplica a todos los planes

REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN

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

- 1) Datos Generales del (los) **AFILIADO**(s).
- 2) Identificación y selección del programa optado.
- 3) Indicación de la modalidad de pago de las aportaciones por efectuar.
- 4) **PLAN DE SALUD** primario PEAS.

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, 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 AFILIACIÓN**, determinará la anulación del **CONTRATO** y el derecho de devolución íntegra de los **APORTES** a favor del **CONTRATANTE**, en tanto este último formule su desistimiento, por la vía comunicacional que considere conveniente, dentro de los noventa (90) DÍAS siguientes a la fecha de notificación de las limitaciones particulares formuladas por la **IAFAS**.

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

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

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

PERIODOS DE CARENCIA O ESPERA

Las siguientes prestaciones solo serán cubiertas, luego de transcurrido el PERÍODO DE CARENCIA O ESPERA, que se detallan según lo señalado a continuación:

Periodo de Carencia y/o Periodo de espera			
Tipo de Prestación	Plan Básico	Plan Clásico	Plan Plus
Atención de Teleconsulta	30 días	30 días	30 días
Atención de Consulta	No aplica	No aplica	30 días
Emergencia Médica y/o Accidental	No aplica	No aplica	Sin carencia
Ambulancia Terrestre por Emergencia	No aplica	Sin carencia	Sin carencia
Descarte de diabetes y dislipidemia	No Aplica	6 meses	6 meses

Estos periodos se contabilizan desde el inicio de vigencia del plan, el mismo que empieza a partir del primer día del mes en curso de haber cancelado el primer aporte del plan, previa suscripción y recepción de la SOLICITUD DE AFILIACIÓN por parte de la IAFAS.

En ese sentido, cualquier gasto relacionado a prestaciones de salud efectuadas dentro de este 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>.

PRESTACIONES GENERALES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA

PRESTACIONES PRINCIPALES PLAN BÁSICO		IPRESS	DEDUCIBLE	COPAGO	COBERTURA
Atención de Teleconsulta	En la especialidad de Medicina Familiar ¹ . Hasta un máximo de 12 eventos durante la vigencia anual y una cada 30 días.	Clínica Delgado Auna	S/0.00 Sin deducible	0%	100%

PRESTACIONES PRINCIPALES PLAN CLÁSICO		IPRESS	DEDUCIBLE	COPAGO	COBERTURA
Atención de Teleconsulta	En la especialidad de Medicina Familiar ¹ . Hasta un máximo de 12 eventos durante la vigencia anual y una cada 30 días.	Clínica Delgado Auna	S/0.00 Sin deducible	0%	100%
Medicamentos derivados de la teleconsulta	Hasta S/60.00 por atención (sin IGV) Hasta un máximo de 12 eventos durante la vigencia anual y cada 30 días.	Clínica Delgado Auna Clínica Auna Sede Guardia Civil Clínica Auna Sede Bellavista	S/0.00 Sin deducible	0%	100%
Laboratorio derivado de la teleconsulta	Hasta S/40.00 por atención (sin IGV) Hasta un máximo de 12 eventos durante la vigencia anual y cada 30 días.	Clínica Auna Sede Miraflores Clínica Auna Sede Camino Real Clínica Auna Sede Vallesur	S/0.00 Sin deducible	0%	100%
Imágenes derivado de la teleconsulta	Hasta S/40.00 por atención (sin IGV) Hasta un máximo de 12 eventos durante la vigencia anual y cada 30 días.	Clínica Auna Sede Chiclayo	S/0.00 Sin deducible	0%	100%

PRESTACIONES PRINCIPALES PLAN PLUS		CLINICA	DEDUCIBLE	COPAGO	COBERTURA
Atención de Teleconsulta	Pediatría, Dermatología, Neumología, Nutrición, Medicina Familiar, Geriatría, Endocrinología, Gastroenterología y Cardiología Hasta un máximo de 6 eventos durante la vigencia anual y hasta 2 eventos cada 30 días.	Clínica Delgado Auna	S/0.00 Sin deducible	0%	100%
Medicamentos derivados de la teleconsulta	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.	Clínica Delgado Auna Clínica Auna Sede Guardia Civil Clínica Auna Sede Bellavista Clínica Auna Sede Miraflores	S/0.00 Sin deducible	0%	100%
Laboratorio derivado de la teleconsulta	Hasta S/ 100.00 por atención (sin IGV) Hasta un máximo de 6 eventos durante la vigencia anual y hasta	Clínica Auna Sede Camino Real Clínica Auna Sede Vallesur	S/0.00 Sin deducible	0%	100%

	2 eventos cada 30 días.	Clínica Auna Sede Chiclayo			
Imágenes derivado de la teleconsulta	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.		S/0.00 Sin deducible	0%	100%
Atención de Consulta	Cardiología, Cirugía general, Dermatología, Gastroenterología, Ginecología, Medicina Interna, Oftalmología, Traumatología, Otorrinolaringología, Pediatría, Urología ² Hasta un máximo de 6 eventos durante la vigencia anual y hasta 2 eventos cada 30 días.		S/0.00 Sin deducible	0%	100%
Medicamentos derivados de la consulta	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.	Clínica Auna Sede Guardia Civil Clínica Auna Sede Bellavista Clínica Auna Sede Miraflores Clínica Auna Sede Camino Real Clínica Auna Sede Vallesur Clínica Auna Sede Chiclayo	S/0.00 Sin deducible	0%	100%
Laboratorio derivado de la consulta	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.		S/0.00 Sin deducible	0%	100%
Imágenes derivado de la consulta	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.		S/0.00 Sin deducible	0%	100%
Atención en sala de emergencia (Médica y/o Accidental)	Hasta S/ 2,000.00 (Sin IGV) en la anualidad	Clínica Auna Sede Guardia Civil Clínica Auna Sede Bellavista Clínica Auna Sede Miraflores Clínica Auna Sede Camino Real Clínica Auna Sede Vallesur Clínica Auna Sede Chiclayo	S/0.00 Sin deducible	0%	100%

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. En las especialidades habilitadas en la **IPRESS** de la Red de atención elegida, para este programa.

OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS CUBIERTAS POR EL PROGRAMA

PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS	Plan Básico			Plan Clásico			Plan Plus		
	Deducible	Copago	Cobertura	Deducible	Copago	Cobertura	Deducible	Copago	Cobertura
Descarte de diabetes y dislipidemia Colesterol total Glucosa LDL Triglicéridos Consulta de resultados Se otorga por única vez durante la anualidad del contrato	No aplica (No cubierto)	No aplica (No cubierto)	No aplica (No cubierto)	S/0.00 (Sin deducible)	0%	100%	S/0.00 (Sin deducible)	0%	100%
Orientación telefónica médica, psicológica y nutricional En medicina general, pediatría, geriatría, nutrición y psicología Sin límite de número de eventos durante la vigencia anual.	No aplica (No cubierto)	No aplica (No cubierto)	No aplica (No cubierto)	S/0.00 (Sin deducible)	0%	100%	S/0.00 (Sin deducible)	0%	100%
Ambulancia Terrestre por Emergencia Hasta máximo S/300 (sin IGV) Se otorga por única vez durante la vigencia anual	No aplica (No cubierto)	No aplica (No cubierto)	No aplica (No cubierto)	S/0.00 (Sin deducible)	0%	100%	S/0.00 (Sin deducible)	0%	100%

BENEFICIOS ADICIONALES

BENEFICIOS ADICIONALES	DR. AUNA	
	Cobertura	Copago
Tarifas y descuentos preferenciales	El detalle de las tarifas y descuentos preferenciales de los servicios que incluye se encuentran publicados en nuestra página web: https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes	

El alcance de las prestaciones bajo cobertura está sujeto a la capacidad resolutoria 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 cada vigencia anual, no podrá ser requerida por el **AFILIADO** para coberturas en forma retroactiva o anticipadamente, es decir, para cubrir prestaciones incurridas antes del inicio de vigencia del **PLAN DE SALUD** contratado ni antes de la renovación de la vigencia anual del **CONTRATO**.

Las prestaciones están sujetas a **EXCLUSIONES**, gastos no cubiertos y limitaciones detallados en el **Anexo 3**.

ANEXO 2 - APORTES Y CONDICIONES DE AFILIACIÓN

De acuerdo a la Cláusula Décimo Segunda de las **CLÁUSULAS GENERALES**, el **CONTRATANTE** deberá pagar los siguientes aportes de acuerdo a la modalidad de pago elegida, los cuales se muestran en la cláusula adicional específica, parte integrante del **CONTRATO**, correspondiente al canal por el cual realizó su afiliación al plan elegido.

MODIFICACIONES A LA AFILIACIÓN

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

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

DE LA ACTUALIZACIÓN DE DATOS

El **CONTRATANTE** asume la responsabilidad de comunicar debidamente a la **IAFAS** a través de los medios de comunicación señalados en el **Anexo 6** (físicos, electrónicos, telefónicos y/o cualquier otro permitido por la legislación nacional), toda actualización o cambio en lo referente a sus datos personales o de contacto, así como sobre sus medios de pago, para evitar cualquier perjuicio en las comunicaciones, reconocimiento y atención de sus beneficios correspondientes al programa y plan contratado.

DE LA DESAFILIACIÓN

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

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

Del mismo modo, el **CONTRATANTE** tiene el derecho a solicitar de forma libre y voluntaria su **DESAFILIACIÓN**. Para ello deberá comunicarse a la central telefónica de la **IAFAS** a la siguiente línea telefónica **(01) 513-7900** en el horario de lunes a viernes de 8:00 am a 6:00 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 en curso en tanto la solicitud sea recepcionada con un mínimo de veinte (20) días de anticipación.

EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL CONTRATANTE O AFILIADOS

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

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

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

RESPONSABILIDAD DE PAGOS

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

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

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

Cualquier incumplimiento, tanto del **CONTRATANTE** como la entidad financiera o el tercero a través del cual se valga para hacer efectivo el pago de sus aportes, facultará a la **IAFAS** a suspender o resolver el **CONTRATO** según lo dispuesto en los términos establecidos en el mismo. En cualquier caso, será obligación exclusiva del **CONTRATANTE** la oportuna comunicación a la **IAFAS**, a través de los medios de comunicación señalados en el **Anexo 6**, de cualquier variación del medio de pago y/o la información relativa al mismo.

INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE LOS APORTES COMERCIALES Y REHABILITACIÓN

Siempre que el **CONTRATANTE** incumpla con el pago de los **APORTES COMERCIALES** por más de treinta (30) días calendario, la **IAFAS** suspenderá automáticamente todos los derechos a las prestaciones convenidas según el programa adquirido. La suspensión se mantendrá vigente hasta que el **CONTRATANTE** cumpla con cancelar el monto total correspondiente a las aportaciones vencidas, quedando la **IAFAS** liberada de responsabilidad de cobertura durante este periodo.

En caso de que el incumplimiento en el pago de los **APORTES COMERCIALES** se mantenga durante sesenta (60) días calendario adicionales al período establecido en el párrafo precedente, el **CONTRATANTE** (siempre que la **IAFAS** no haya expresado su decisión de resolver el **CONTRATO**) podrá rehabilitar su cobertura previo pago del monto total de los **APORTES COMERCIALES** vencidos, la cual se rehabilitará 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 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.

MÉTODO DE REAJUSTE DE APORTES

RANGOS DE SINIESTRALIDAD	COPAGO	COBERTURA HOSPITALARIA/AMBULATORIA		VARIACIÓN DE APORTES
$S \leq 60\%$	NO	NO	NO	0 - 15%
$60\% < S \leq 100\%$	Copago x 1.50	NO	NO	15% - 35%
$100\% < S \leq 150\%$	Copago x 1.50	Cobertura -5%	Cobertura -5%	$(S - 60\%) * 1.1$
$S > 150\%$	Copago x 1.50	Cobertura -10%	Cobertura -10%	$(S - 60\%) * 1.2$

Condiciones:

- La aplicación del reajuste estará sujeta a cambios en la inflación médica y a los gastos relacionados a la operativa del producto.
- La aplicación del reajuste es procedente siempre que la IAFAS cumpla con brindar la información correspondiente del reporte de siniestralidad debidamente sustentado y analizado, señalando las medidas orientadas a la racionalización del gasto. La evaluación de la siniestralidad y el reajuste de copagos y aportes se realizan de acuerdo a la normativa vigente.

ANEXO 3 - EXCLUSIONES, GASTOS NO CUBIERTOS Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

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

1. 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, siempre que no se ajustes 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**.
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 Teleconsulta cubierta por el programa. Tales como, sin limitarse a: dispensación de farmacia, exámenes de laboratorio, exámenes de imágenes, procedimientos médicos, chequeos médicos, despistajes, prestaciones en salas de emergencia, consultas ambulatorias presenciales de cualquier tipo, hospitalizaciones, atenciones domiciliarias, entre otras, inclusive si hubiesen sido indicadas durante la atención de Teleconsulta.
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. Cualquier gasto relacionado a la atención y/o 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 peticorios 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 Administración de Alimentos y Drogas (Food and Drug Administration - FDA) y de la Agencia Europea de Medicamentos (European Medicines Agency - EMA) o que no se recomienden en las Guías de Práctica Clínica de la RED AUNA disponible en la página web <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>.
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. Gastos relacionados a la atención y/o 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. Gastos relacionados a la atención y/o procedimientos o terapias 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 **CLÁUSULAS 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. Gastos relacionados a la atención y/o 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**.

En caso las coberturas del programa resultasen insuficiente, 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, el financiamiento de las prestaciones estará a cargo de la **IAFAS** que otorga cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud al **AFILIADO**.

ANEXO 4 - 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 Teleconsulta.

El servicio de delivery de medicamentos 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 5**.

ANEXO 5 - RED DE ATENCIÓN

1. RED DE ATENCIÓN DE TELECONSULTAS

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

**Los números de contacto se encuentran en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>.

Las **TELECONSULTAS** son brindadas por Clínica Digital Auna 360, un servicio de **Clínica Delgado**. El procedimiento de agendamiento se detalla en el **Anexo 4**.

2. RED DE ATENCIÓN PRESENCIAL

NOMBRE COMERCIAL	DPTO.	PROVINCIA	DISTRITO	DIRECCIÓN	REG. SUSALUD
Clínica Auna Sede Guardia Civil	Lima	Lima	San Borja	Av. Guardia Civil 368	00027320
Clínica Auna Sede Bellavista	Callao	Callao	Bellavista	Jiron Las Gaviotas 207 Urb. San Jose	00009250
Clínica Auna Sede Miraflores ¹	Piura	Piura	Piura	Calle Las Dalias A12 Castilla	00013494
Clínica Auna Sede Camino Real ¹	La Libertad	Trujillo	Trujillo	Jr. Bolognesi 565 T	00016830
Clínica Auna Sede Vallesur ¹	Arequipa	Arequipa	Arequipa	Avenida La Salle N° 116 y N° 108	00018130
Clínica Auna Sede Chiclayo ¹	Lambayeque	Chiclayo	Chiclayo	Av. Mariscal Nieto N° 480	00030057
Centro de Bienestar Auna Independencia ¹	Lima	Lima	Independencia	Calle Independencia N° 1055	00031032

**Los números de contacto se encuentran en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>.

1: Disponible exclusivamente para la atención del beneficio de despistaje de Diabetes mellitus tipo 2 y Dislipidemia en la ciudad de Lima. Para el caso de provincias, se realizará en las Clínicas disponibles.

La red de atención presencial aplica sólo para las siguientes especialidades: Cardiología, Cirugía general, Dermatología, Gastroenterología, Ginecología, Medicina Interna, Oftalmología, Traumatología, Otorrinolaringología, Pediatría, Urología.

Los servicios de Asistencia Médica 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 6 - FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

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

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

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

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

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

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



CONTRATO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS DE SERVICIOS DE SALUD PROGRAMA PREPAGADO DR. AUNA

CLÁUSULA ADICIONAL PARA AFILIACIONES INDIVIDUALES AL PLAN BÁSICO

ALCANCE

A través de la modalidad de **AFILIACIÓN INDIVIDUAL** realizada a partir del **01/01/2023**, el **AFILIADO / AFILIADOS** podrán acceder a los beneficios a través de las condiciones detalladas en la presente **CLÁUSULA ADICIONAL**, prevaleciendo por sobre lo estipulado en las **CLÁUSULAS GENERALES** y las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del **CONTRATO**, permaneciendo los demás términos y condiciones inalterables.

DEFINICIÓN

CLÁUSULA ADICIONAL: Son aquellas condiciones especiales que se adicionan al **CONTRATO**, permitiendo extender, ampliar, modificar o reemplazar los términos y las condiciones estipuladas en las **CLÁUSULAS GENERALES** y las **CLÁUSULAS PARTICULARES**.

PRIMERO: OBJETO DE LA CLÁUSULA ADICIONAL

Mediante la presente **CLÁUSULA ADICIONAL**, se presenta las tarifas correspondientes al Plan Básico del programa Dr. Auna, cuyos beneficios se encuentran detallados en el **Anexo 1** Plan de Salud:

Tarifas Plan Básico		
Rango de Edad	Mensual	Anual
De 0 a más años de edad	S/ 5.14	S/ 58.40

*Los aportes están expresados en soles e incluyen IGV.

SEGUNDO: INVARIABILIDAD DEL CONTRATO

Se deja expresa constancia que las cláusulas del contrato primigenio que las partes declaran conocer y que no han sido modificadas expresa o tácitamente por la presente **CLÁUSULA ADICIONAL**, permanecen inalterables y en plena vigencia y eficacia legal.



Guillermo Michell Lecaros Gutiérrez
DNI 10308857
Apoderado Especial

CONTRATO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS DE SERVICIOS DE SALUD PROGRAMA PREPAGADO - DR. AUNA

CLÁUSULA ADICIONAL PARA AFILIACIONES INDIVIDUALES AL PLAN CLÁSICO A TRAVÉS DE WORKSITE

ALCANCE

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 a 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 mensual 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**.

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 1** 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

El AFILIADO titular deberá cumplir con los siguientes requisitos:

1. 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 5, 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 complementarios prepagados como mínimo tres (03) meses continuos y no presentar deuda.

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.

APORTE ESPECIAL WORKSITE POR AFILIADO:

Aporte mensual Worksite		
Básico	Clásico	Plus
NA	S/12.00	NA

*Los aportes están expresados en soles e incluyen IGV.

*El Plan Básico y Plus no aplican para la modalidad de afiliación Worksite.

IMPORTANTE

- El envío oportuno del requerimiento de afiliación se realizará por parte de la entidad empleadora según los mecanismos, frecuencia, oportunidad y términos establecidos en el convenio marco de cooperación entre la entidad empleadora y la **IAFAS**.
- 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 DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS DE SERVICIOS DE SALUD
PROGRAMA PREPAGADO DR. AUNA**

**CLÁUSULA ADICIONAL PARA AFILIACIONES INDIVIDUALES AL PLAN PLUS A
TRAVÉS DE ECOMMERCE Y DIGITAL INTERVENIDO**

ALCANCE

A través de la modalidad de **AFILIACIÓN INDIVIDUAL** realizada a partir del **01/09/2022**, el **AFILIADO / AFILIADOS** podrán acceder a los beneficios a través de las condiciones detalladas en la presente **CLÁUSULA ADICIONAL**, prevaleciendo por sobre lo estipulado en las **CLÁUSULAS GENERALES** y las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del **CONTRATO**, permaneciendo los demás términos y condiciones inalterables.

DEFINICIÓN

CLÁUSULA ADICIONAL: Son aquellas condiciones especiales que se adicionan al **CONTRATO**, permitiendo extender, ampliar, modificar o reemplazar los términos y las condiciones estipuladas en las **CLÁUSULAS GENERALES** y las **CLÁUSULAS PARTICULARES**.

PRIMERO: OBJETO DE LA CLÁUSULA ADICIONAL

Mediante la presente **CLÁUSULA ADICIONAL**, se presenta las tarifas correspondientes al Plan Plus del programa Dr. Auna, cuyos beneficios se encuentran detallados en el **Anexo 1** Plan de Salud:

Tarifas Plan Plus		
Rango de Edad	Mensual	Anual
De 0 a 35 años de edad	S/ 41.00	S/ 467.40
De 36 a 65 años de edad	S/ 61.00	S/ 695.40
De 66 años de edad a más	S/ 81.00	S/ 923.40

*Los aportes están expresados en soles e incluyen IGV.

SEGUNDO: INVARIABILIDAD DEL CONTRATO

Se deja expresa constancia que las cláusulas del contrato primigenio que las partes declaran conocer y que no han sido modificadas expresa o tácitamente por la presente **CLÁUSULA ADICIONAL**, permanecen inalterables y en plena vigencia y eficacia legal.



Guillermo Michell Lecaros Gutiérrez
DNI 10308857
Apoderado Especial