

RESUMEN

El condicionado consta de tres secciones: **CLÁUSULAS GENERALES, CLÁUSULAS PARTICULARES** y **ANEXOS**.

1.- CLÁUSULAS GENERALES

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

2.- CLÁUSULAS PARTICULARES

1.- Relación y alcance de prestaciones cubiertas por el programa de salud

En esta sección, se listan las coberturas de las prestaciones de alta complejidad necesarias para los **EVENTOS CRÍTICOS** en las siguientes áreas médicas: **Cardiología y Cirugía Cardiovascular, Neurocirugía y Radiocirugía (Microcirugía), y Trasplantes**.

2.- 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.

3.- Pertinencia de las prestaciones

ANEXOS

ANEXO 1: Plan de salud

ANEXO 2: Aportes y formas de pago

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

ANEXO 4: Procedimiento para solicitar la cobertura

ANEXO 5: Red de atención

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

**CONDICIONADO DE PRESTACIONES
COMPLEMENTARIAS DE SERVICIOS DE SALUD
PROGRAMA PREPAGADO
EVENTOS CRÍTICOS – 7 VIDAS**

CONTRATO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS DE SERVICIOS DE SALUD PROGRAMA PREPAGADO EVENTOS CRÍTICOS – 7 VIDAS

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 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. **ACCIDENTE:** Suceso eventual imprevisto, fortuito u ocasional, producido por acción de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad, pudiendo resultar en daño para la vida o la salud.

2. **AFILIACIÓN:** Adscripción de un asegurado a un Plan de Aseguramiento en Salud y a una **IAFAS**.
3. **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.
4. **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.
5. **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.
6. **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.
7. **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.
8. **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.
9. **BENEFICIARIO:** Persona designada por el **CONTRATANTE**, y/o **AFILIADO** o asegurado en el **CONTRATO**, como titular de los derechos de acceso a las prestaciones de salud especificados en el plan, programa o producto de aseguramiento en salud.
10. **BENEFICIOS:** Derechos del (los) **AFILIADO(s)**, según las condiciones establecidas en el plan o programa de salud contratado.
11. **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 período 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.
12. **CLÁUSULAS ABUSIVAS:** De acuerdo a la definición establecida en el artículo 49 de la Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor, en los contratos por adhesión y en las **CLÁUSULAS GENERALES** de contratación no aprobadas administrativamente, se consideran cláusulas abusivas y, por tanto, inexigibles todas aquellas estipulaciones no negociadas individualmente que, en contra de las exigencias de la buena fe, coloquen al consumidor, en su perjuicio, en una situación de desventaja o

desigualdad o anulen sus derechos.

13. **CONDICIÓN DE FUMADOR:** Persona que tiene o ha tenido el hábito de fumar y/o consume cualquier producto con nicotina, inclusive aún si ha dejado de fumar al momento de suscribir la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**. Se considera bajo la **CONDICIÓN DE FUMADOR** a la siguiente clasificación:

Fumador activo: Persona que en la actualidad fuma y/o consume producto(s) con nicotina de forma esporádica, ocasional o frecuente.

Fumador vigente: Persona que ha fumado cien (100) o más cigarrillos (o su equivalente en productos con nicotina), durante el último año antes de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** de su programa de salud.

Fumador Histórico Severo: Persona que ha fumado un (1) pack al año o más (o su equivalente en productos con nicotina), durante toda su vida hasta un (1) año antes de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** de su programa de salud.

Persona con resultado positivo al examen de detección de nicotina: Persona que da positivo al examen de detección de nicotina y/o sus metabolitos, aun habiéndose inscrito bajo **CONDICIÓN NO FUMADOR** al momento de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** de su programa de salud.

La **IAFAS** podrá decidir el tipo de prueba a utilizar para la detección de nicotina y sus metabolitos, se considerará positivo a los resultados dentro del rango específico que el tipo de prueba establezca.

14. **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 GENERALES** y **CONDICIONES PARTICULARES** que suscribe la **IAFAS** con el **AFILIADO** o **CONTRATANTE**, para regular los derechos y las obligaciones de las partes, con relación a las coberturas ofrecidas en el plan. Formaliza la relación de afiliación y vincula a un **AFILIADO** con una **IAFAS**.
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, recisión o nulidad del mismo. La **DESAFILIACIÓN** también puede darse por solicitud expresa del **AFILIADO**.
21. **DÍAS:** Días calendario.
22. **EMERGENCIA:** Es toda condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente.
23. **EMERGENCIA ACCIDENTAL:** Aquella **EMERGENCIA** derivada de un **ACCIDENTE** y que ponen en peligro la salud del **AFILIADO**.
24. **ENSAYO CLÍNICO DE FASE III:** Estudio que se realiza a nivel mundial a diferentes pacientes con la finalidad de corroborar si un nuevo tratamiento es seguro y eficaz comparado con el tratamiento estándar o convencional, en condiciones de uso habituales. Sus resultados proporcionan la base para la aprobación del fármaco por las entidades regulatorias de salud.
25. **EXCLUSIONES:** Son aquellas prestaciones de salud no cubiertas por el plan o programa de salud. En el marco de lo establecido en la Segunda Disposición Complementaria Modificatoria y Tercera Disposición Complementaria Modificatoria de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, que modifica el artículo 3 de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, los daños derivados del intento de autoeliminación o lesiones 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. **HISTOCOMPATIBLE:** Semejanza de los antígenos tisulares de distintos individuos, del que depende la posibilidad de un injerto o trasplante, para minimizar las posibilidades de rechazo del trasplante.
28. **IAFAS:** Las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (**IAFAS**), son aquellas entidades o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, que reciban, capten y/o gestionen fondos para la cobertura de las atenciones de salud o que oferten cobertura de riesgos de salud, bajo cualquier modalidad.
29. **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.
30. **LATENCIA:** Es un derecho especial de cobertura por desempleo que la **IAFAS** ESSALUD y la **IAFAS** EPS le otorga al asegurado regular y sus derechohabientes, por la cual tienen derecho a las prestaciones de prevención, promoción y atención de la salud durante un período de latencia de hasta doce (12) meses, siempre que cuenten con un mínimo de cinco (05) meses de aportación consecutivos o no consecutivos, en los últimos tres (03) años precedentes al cese, acogidos a dos (02) meses de período de latencia por cada cinco (05) meses de aportación. El período de latencia para los casos de

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

31. **NICOTINA:** Es un alcaloide, estimulante, psicoactivo y adictivo, presente en las hojas de tabaco y en los productos que contienen nicotina.
32. **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.
33. **PEAS:** Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.
34. **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. Para el caso de maternidad, resulta suficiente que la asegurada haya estado afiliada al momento de la concepción.
35. **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.
36. **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.
37. **PRIMA O APOORTE COMERCIAL:** Es la prima o aporte que aplica la IAFAS al riesgo de salud para determinar su cobertura. Está formada por la prima o aporte puro de riesgo más los gastos de administración, afiliación, liquidación, entre otros, y el beneficio comercial de la IAFAS.
38. **PRIMA O APOORTE PURO DE RIESGO:** Es el aporte económico que realiza el asegurado, la entidad empleadora, el Estado, a la IAFAS por concepto de contraprestación por la cobertura de riesgo de salud que ésta le ofrece. Su costo se determina sobre bases actuariales.
39. **PRODUCTOS QUE CONTIENEN NICOTINA:** Productos derivados del tabaco como los cigarrillos, cigarros, puros, habanos, tabaco para mascar, chupar, inhalar o tabaco consumido en pipa; además de los parches de nicotina, la goma de mascar en base a nicotina y los cigarrillos electrónicos, entre otros.
40. **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.
41. **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.

42. **REGISTRO DE MODELOS DE CONTRATOS Y PLANES DE SALUD:** Es el registro administrativo a cargo de SUSALUD, que sistematiza la información de los modelos de contratos y planes de salud que comercializan las **IAFAS** y que cuentan con su respectivo código de registro.
43. **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.
44. **SALUD:** Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
45. **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**.
46. **TARIFA DE RIESGO:** Tarifa que aplica a las personas con **CONDICIÓN DE FUMADOR** y/o que hayan registrado en su **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** condiciones de salud que agraven el riesgo de la cobertura objeto de este programa (como, por ejemplo, sin limitarse a: obesidad, diabetes, dislipidemia, hipertensión arterial, neoplasias malignas, enfermedades autoinmunes, insuficiencia renal, entre otras).
47. **TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MÉDULA ÓSEA:** Procedimiento por el que se extraen células formadoras de sangre (células madre) sanas de la sangre o la médula ósea de un paciente, las cuales se almacenan, procesan y se trasplantan al mismo paciente, por lo que también se le denomina autotrasplante.
48. **URGENCIA:** Es toda situación que altera el estado de salud de la persona y que requiere de atención inmediata, no existiendo riesgo inminente de poner en peligro la vida.

CLÁUSULA CUARTA: COBERTURA, GARANTÍA Y CONDICIONES

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

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

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

CLÁUSULA QUINTA - PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD

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

CLAÚSULA SEXTA - PRESTACIONES DE SALUD PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES

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

se definen de la siguiente manera:

1. **Prevención Primaria:** Consiste en brindar las medidas que protejan e incrementen la resistencia del individuo contra los agentes patógenos y mecanismos específicos en la etapa previa a la presentación de cualquier enfermedad (evaluación y control de riesgos e inmunizaciones).
En los casos de demanda de medicación o exámenes auxiliares derivados de una atención preventiva, es considerada como una atención ambulatoria, sujeta a las condiciones previstas en el **PLAN DE SALUD**.
2. **Promoción de la Salud:** Son las actividades que buscan mejorar el nivel de vida del individuo, la familia y la comunidad, relacionada con las políticas de desarrollo social y con participación activa de la comunidad (educación para la salud).
3. **Otros servicios.**

CLÁUSULA SÉPTIMA - EXCLUSIONES Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

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

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

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

CLÁUSULA NOVENA - INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA

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

CLÁUSULA DÉCIMA - LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: REFERENCIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA - COPAGOS

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

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA – REAJUSTE DE APORTES Y/O COPAGOS

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

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

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

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

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

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

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

En el caso de la **IAFAS EPS**, la evaluación de la siniestralidad se realiza sumando el gasto de prestaciones de salud de los asegurados regulares (o dependientes) y sus derechohabientes, más el gasto de prestaciones de salud de los asegurados potestativos (o independientes) y sus derechohabientes, considerándolos como una sola cartera, siendo de aplicación para los planes **PEAS**. De forma similar se calcula la siniestralidad de los planes complementarios sumando la cartera de afiliados regulares más afiliados potestativos, considerándolos como una sola cartera.

Las partes pueden acordar la entrega de los reportes previstos en la presente cláusula en plazos menores con la finalidad de evaluar el comportamiento de la siniestralidad en forma anticipada al plazo fijado para su revisión.

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTO - INFORMACIÓN

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA - EXÁMENES MÉDICOS Y DECLARACIONES DE SALUD

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA - PLAZO CONTRACTUAL

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

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

esté vigente por renovación inmediata.

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

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA - DOMICILIO

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

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA - SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA - RESOLUCIÓN DE CONTRATO

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA - MODALIDAD DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA - MODIFICACIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA

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

Al día siguiente del vencimiento de este plazo, se entenderá que el **CONTRATANTE** ha aceptado satisfactoriamente las modificaciones contractuales y estas entrarán en vigencia, salvo que el **CONTRATANTE** haya comunicado a la **IAFAS**, su desacuerdo y no aceptación de las modificaciones informadas por la **IAFAS**, por escrito, de manera física o por correo electrónico a través de los medios descritos en el **Anexo 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 TERCERA - CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

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

El **CONTRATANTE** autoriza que 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**:

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

CONTRATO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS DE SERVICIOS DE SALUD PROGRAMA PREPAGADO EVENTOS CRÍTICOS – 7 VIDAS

CLÁUSULAS PARTICULARES

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

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

El programa brindará cobertura de las prestaciones de alta complejidad necesarias para los **EVENTOS CRÍTICOS** en las siguientes áreas médicas:

Cardiología y Cirugía Cardiovascular

1. Infarto agudo al miocardio.
2. Patologías de válvulas cardíacas.
3. Aneurisma, coartación disección y/o rotura de arteria aorta o iliaca.

Neurocirugía y Radiocirugía (Microcirugía)

4. Accidente Cerebro Vascular (Infarto o Derrame Cerebral).
5. Aneurismas y Malformaciones arteriovenosas cerebrales.
6. Neurocirugía de columna por trauma accidental.

Trasplantes

7. Trasplante renal.
8. Trasplante autólogo de médula ósea.

1.1. Infarto agudo al miocardio

Se cubrirá las prestaciones, de emergencia y hospitalarias, requeridas por infarto agudo al corazón, definido como la muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco como consecuencia del deficiente aporte sanguíneo en forma súbita, demostrado por:

- Dolor torácico no traumático y/o síntomas de Infarto Agudo de Miocardio.
- Incremento diagnóstico de enzimas cardíacas.
- Cambios electrocardiográficos de infarto.

No incluye el tratamiento de otros eventos coronarios crónicos, angina de pecho, angina inestable o pericarditis.

La cobertura incluye los siguientes procedimientos:

- Reperusión coronaria – fibrinólisis o trombolisis
- Cateterismo coronario
- Cirugía o procedimiento Angioplastia y colocación de endoprótesis (Stents)
- Cirugía de By pass coronario.

La necesidad de estos procedimientos debe ser confirmada por un especialista de la Clínica Delgado y el otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la IAFAS, siempre que se encuentre pertinentemente indicado y recomendado en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**, cumpliendo todos los criterios de elegibilidad.

Incluye el manejo multidisciplinario en emergencia, cuidados intensivos y hospitalización. Asimismo, hasta cuatro controles ambulatorios posteriores al alta hospitalaria.

No incluye prestaciones y/o servicios ambulatorios previos, así como prestaciones de medicina física y rehabilitación.

1.2. Patologías de válvulas cardiacas

Se cubrirá exclusivamente los procedimientos indicados para corrección de defectos o anomalías, no congénitos, de las válvulas del corazón (válvulas aórtica, mitral, tricúspide y pulmonar), debido a una estenosis (estrechamiento) o insuficiencia (cierre indebido) o a la combinación de ambos, que sean moderadas o graves, evidenciadas a través de ecocardiografía y/o doppler cardíaco y que generen sintomatología en el paciente, es decir que cursen con disnea, angina o síncope

Se excluyen prestaciones vinculadas a defectos congénitos de las válvulas cardiacas o del corazón.

La cobertura incluye los siguientes procedimientos:

- Plastia percutánea de válvulas cardiacas.
- Cirugía de corazón abierto vía toracotomía para reemplazo de válvulas cardiacas.

No Incluye:

- Implante valvular transcater.

El otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la IAFAS, siempre que se encuentre pertinentemente indicado y recomendado en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**, cumpliendo todos los criterios de elegibilidad.

La necesidad de estos procedimientos debe ser confirmada por un especialista de la Clínica Delgado y el otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la IAFAS, siempre que se encuentre pertinentemente indicado y recomendado en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**, cumpliendo todos los criterios de elegibilidad.

Incluye el manejo multidisciplinario en emergencia, cuidados intensivos y hospitalización. Asimismo, hasta cuatro controles ambulatorios posteriores al alta hospitalaria.

No incluye prestaciones y/o servicios ambulatorios previos, así como prestaciones de medicina física y rehabilitación.

1.3. Aneurisma, coartación, disección y/o rotura de arteria aorta o iliaca

Se cubrirá las prestaciones requeridas de cirugía cardiovascular por vía toracotomía o laparotomía para reparar o corregir un aneurisma, coartación, disección o la ruptura de la arteria aorta (la cual para efectos de este programa comprenderá la aorta torácica y abdominal pero no sus ramificaciones) o arteria iliaca, siempre que no sean congénitas y/o preexistentes a la contratación del programa, que sean moderadas o graves, evidenciadas a través de ecocardiografía y/o doppler cardíaco y que generen sintomatología en el paciente.

La cobertura incluye los siguientes procedimientos:

- Cirugía correctiva vía toracotomía o laparotomía.
- Plastia vascular percutánea.
- Colocación de endoprótesis.

La necesidad de estos procedimientos debe ser confirmada por un especialista de la Clínica Delgado y el otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la IAFAS, siempre que se encuentre pertinentemente indicado y recomendado en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**, cumpliendo todos los criterios de elegibilidad.

Las prestaciones por emergencia sólo serán cubiertas en casos de rotura o disección, en cuyo caso se extenderá al manejo multidisciplinario de emergencia, cuidados intensivos y hospitalización.

Para el caso de cirugías electivas o programadas, el otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la IAFAS, siempre que se encuentre pertinentemente indicado y recomendado en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**.

No incluye prestaciones y/o servicios ambulatorios previos, así como prestaciones de medicina física y rehabilitación.

1.4. Accidente Cerebro Vascular (Infarto o Derrame Cerebral)

Se cubrirá las prestaciones requeridas, en emergencia, unidad de cuidados intensivos y hospitalización, por Accidente Cerebro Vascular, sea Isquémico o Hemorrágico, evidenciado en una Tomografía Computarizada (TC), Resonancia Magnética Nuclear (RMN) o técnica de imagen confirmatoria de alguna de las siguientes condiciones:

- Infarto del tejido cerebral
- Hemorragia intracraneana o sub-aracnoidea.

La cobertura incluye los siguientes procedimientos:

- Neurocirugía descompresiva cerebral.
- Drenaje de hematomas.
- Reperusión vascular cerebral.
- Trombectomía endoluminal y quirúrgica.
- Trombolisis cerebral.
- Embolización endovascular.
- Colocación de clips.

Se excluyen los siguientes diagnósticos diferenciales:

- Accidentes isquémicos transitorios (TIA).
- Lesión cerebral resultante de trauma o hipoxia.
- Síntomas neurológicos secundarios a migraña (jaqueca).
- Enfermedad vascular que afecta el ojo, nervio óptico o funciones vestibulares. Asimismo, otros similares que no cumplan con la definición previa.

La necesidad de estos procedimientos debe ser confirmada por un especialista de la Clínica Delgado y el otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la IAFAS, siempre que se encuentre pertinentemente indicado y recomendado en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**, cumpliendo todos los criterios de elegibilidad.

Las prestaciones por emergencia incluirán los estudios diagnósticos, en cuyo caso confirmatorio, se extenderá la cobertura al manejo multidisciplinario en cuidados intensivos y hospitalización.

No incluye prestaciones y/o servicios ambulatorios previos, así como prestaciones de medicina física y rehabilitación.

1.5. Aneurismas y Malformaciones Arteriovenosas Cerebrales

Se cubrirá exclusivamente los procedimientos neuroquirúrgicos o de radiocirugía, indicados para corrección de defectos o anomalías, de las arterias intracerebrales, tales como aneurismas o malformaciones arteriovenosas cerebrales, evidenciadas a través de Tomografía Computarizada (TC), Resonancia Magnética Nuclear (RMN), Angiografía o técnica de imagen confirmatoria de alguna de las siguientes condiciones:

- Aneurisma cerebral (con o sin rotura)
- Malformación arteriovenosa cerebral.

Se excluye toda prestación para lesiones que hayan sido diagnosticadas o establecidas en forma anterior a la contratación del programa.

La cobertura incluye los siguientes procedimientos:

- Resección microquirúrgica de malformación arteriovenosa.
- Colocación de clips microquirúrgicos.
- Embolización y/o colocación de espirales endovasculares.
- Radiocirugía estereotáxica.

El otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la **IAFAS**, una vez establecido el diagnóstico definitivo, siempre que se encuentre pertinentemente indicado y recomendado en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**, cumpliendo todos los criterios de elegibilidad evaluados por un especialista designado por la **IPRESS**.

Las prestaciones por emergencia sólo serán cubiertas en casos de rotura del aneurisma o sangrado de

la malformación arteriovenosa, en cuyo caso se extenderá al manejo multidisciplinario en cuidados intensivos y hospitalización.

Para el caso de cirugías electivas o programadas, el otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la **IAFAS**, siempre que se haya superado el **PERÍODO DE ESPERA**.

1.6. Neurocirugía de columna vertebral por trauma accidental

Se cubrirá las prestaciones requeridas de neurocirugía de columna vertebral ocasionadas por traumatismos accidentales, es decir cuando por la acción de una fuerza física externa directa se producen daños en las vértebras, los ligamentos o discos de la columna vertebral, evidenciados a través de Tomografía Computarizada (TC), Resonancia Magnética Nuclear (RMN), o técnica de imagen confirmatoria de alguna de las siguientes condiciones:

- Fracturas vertebrales estables o inestables.
- Luxaciones y Subluxaciones.
- Lesión medular.

Se excluye toda prestación para lesiones que hayan sido diagnosticadas o establecidas en forma anterior a la contratación del programa. Asimismo, aquellas por causa distinta a traumatismos accidentales, tales como a causa o consecuencia de enfermedades infecciosas, degenerativas o autoinmunes y/o lesiones oncológicas, entre otras.

La cobertura incluye los siguientes procedimientos:

- Cirugía Vertebral: Fusión vertebral (Artrodesis) y laminectomía descompresiva, con instrumentación.
- Fijación y estabilización vertebral.
- Cirugía de discos vertebrales (discectomía y microdiscectomía).
- Reducción cruenta de fracturas vertebrales.

Las prestaciones por emergencia sólo serán cubiertas en casos de trauma accidental, en cuyo caso se extenderá al manejo multidisciplinario de emergencia, cuidados intensivos y hospitalización.

El otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la **IAFAS**, una vez establecido el diagnóstico definitivo, siempre que se encuentre pertinentemente indicado y recomendado en las **GUIAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**, cumpliendo todos los criterios de elegibilidad evaluados por un especialista designado por la **IPRESS**.

Para el caso de cirugías electivas o programadas, el otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la **IAFAS**, siempre que se haya superado el **PERÍODO DE ESPERA**.

1.7. Trasplante renal

Se cubrirá exclusivamente el procedimiento del trasplante de riñón histocompatible, por única vez, independientemente de la renovación del plan contratado, en casos de enfermedad renal crónica terminal que requieren terapia de sustitución de la función renal o sean candidatos a trasplante renal anticipado.

La cobertura incluye los siguientes procedimientos:

- Trasplante renal de donante vivo.
- Trasplante renal de donante cadavérico.
- Control post trasplante hospitalario (Hasta 4 controles ambulatorios).

El otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la **IAFAS**, una vez establecido el diagnóstico definitivo, siempre que se encuentre pertinentemente indicado y recomendado en las **GUIAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**, cumpliendo todos los criterios de elegibilidad evaluados por un especialista designado por la **IPRESS** y evaluación del Comité de Trasplantes de órganos sólidos de la **RED AUNA**.

No incluye estudio de donantes ni la búsqueda de estos, así como prestaciones realizadas a donantes, con excepción de los gastos relacionados únicamente a la cirugía extractiva del donante vivo.

Las prestaciones de fase de diagnóstico, elegibilidad del trasplante, identificación del donante y otras

previas a la realización del procedimiento del trasplante de renal, será a costo del afiliado.

1.8. Trasplante autólogo de médula ósea

Se cubrirá exclusivamente el procedimiento del trasplante de autólogo (autotrasplante) de médula ósea, por única vez, independientemente de la renovación del plan contratado.

Se excluye toda prestación de trasplante de médula ósea como indicación de condiciones de salud que hayan sido diagnosticados o establecidas en forma anterior a la contratación del programa. No incluye estudio de donantes ni la búsqueda de estos, ni prestaciones realizadas a donantes, al tratarse sólo de la cobertura de trasplante autólogo. Asimismo, no forma parte de este beneficio el tratamiento específico, de mantenimiento y/o consolidación de la enfermedad de fondo.

La cobertura incluye los siguientes procedimientos:

- Colecta de precursores hematopoyéticos.
- Infusión o trasplante.
- Control post trasplante hospitalario (Hasta 4 controles ambulatorios).

El otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la **IAFAS**, una vez establecido el diagnóstico definitivo, siempre que se encuentre pertinentemente indicado y recomendado en las **GUIAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**, cumpliendo todos los criterios de elegibilidad evaluados por un especialista designado por la **IPRESS** y evaluación del Comité de Trasplante de Precursores Hematopoyéticos de la **RED AUNA**.

Las prestaciones de fase diagnóstica, elegibilidad del trasplante, y otras previas a la realización del procedimiento del trasplante de médula ósea, será a costo del afiliado.

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

PRESTACIONES GENERALES

2.1. ATENCIÓN POR EMERGENCIA

Incluye las prestaciones de salud que se requieran para la atención de una condición de salud, objeto de la cobertura, que surja de forma repentina e inesperada, que requiere atención y procedimientos quirúrgicos y/o médicos inmediatos al poner en peligro inminente la vida, la salud, o que pueden dejar secuelas invalidantes al afiliado.

La determinación de la condición de emergencia médica o accidental será realizada por el profesional médico encargado de la atención bajo responsabilidad. Dicha atención no le será aplicable **PERÍODO DE CARENCIA** ni **PERÍODO DE ESPERA** y los gastos generados las prestaciones de emergencia, serán cubiertos por el programa de salud con los deducibles y copago establecidos en su **PLAN DE SALUD**.

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

En caso que el evento médico iniciado en emergencia requiera atención hospitalaria, serán cubiertas bajo las condiciones detalladas **PLAN DE SALUD** del presente **CONTRATO**.

El programa otorga las siguientes prestaciones:

- a. Honorarios médicos.
- b. Medicamentos, materiales e insumos incluyendo, catéteres, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos.
- c. Exámenes de laboratorio y anatomía patológica relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones o enfermedades cubiertas por el programa de salud.
- d. Estudios de imágenes, tales como rayos x, ecografías, tomografía computarizada y otros relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones o enfermedades cubiertas por el programa.

- e. Procedimientos ambulatorios quirúrgicos y no quirúrgicos, incluyendo uso de tóxico, sala de operaciones y sala de recuperaciones.

2.2. ATENCIÓN HOSPITALARIA

Incluye las prestaciones de salud que se requieran para la atención de una condición de salud, objeto de la cobertura, el internamiento del **AFILIADO** bajo indicación médica, debiendo permanecer internado por lo menos un (1) día. Los gastos generados las prestaciones de hospitalización, serán cubiertos por el programa de salud con los deducibles y copago, así como el **PERÍODO DE ESPERA**, todo ello establecido en su **PLAN DE SALUD**.

Todo requerimiento de cobertura de prestaciones, antes de haber superado el **PERÍODO DE ESPERA**, no será cubierto por el programa de salud, no obstante, el **AFILIADO** podrá acceder a tarifas especiales y descuentos sobre estos servicios.

El programa otorga las siguientes prestaciones:

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

2.3. CONTINUIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA POST HOSPITALIZACIÓN

Incluye las prestaciones de salud objeto de la cobertura, que requieren de control de atención ambulatoria, posterior a una hospitalización cubierta por el programa. Los gastos generados las prestaciones de atención ambulatoria, serán cubiertos por el programa de salud con los deducibles y copago establecidos en su **PLAN DE SALUD**, hasta un máximo de 04 consultas en general, exclusivamente relacionadas al diagnóstico, procedimiento o intervención que ha sido otorgado bajo cobertura por el programa y hasta por un plazo máximo de 90 (noventa) días de haber producido el alta hospitalaria.

PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS

2.4. PRÓTESIS INTERNA Y MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS

Incluye las prótesis internas quirúrgicamente pertinentes en aquellas prestaciones objeto de la cobertura del programa, incluyendo stent, coils, mallas, prótesis valvulares, placas, tornillos y separadores (No incluye prótesis externas, dentales, oculares, obturadores, ni aquellas con fines estéticos), hasta un monto máximo global establecido en su **PLAN DE SALUD** para este beneficio específico.

Para el caso de la cobertura de prótesis valvulares y vasculares se otorgarán por única vez. No estando bajo cobertura de programa el reemplazo, renovación o adición a las ya otorgadas.

La prótesis será la establecida por la **IAFAS** de acuerdo a las características del paciente, criterios de pertinencia establecidos en la **GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA** y hasta el alcance de la cobertura de este beneficio específico.

2.5. TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA Y HEMODERIVADOS

Se cubrirán las pruebas de tamizaje, procesamiento en banco de sangre, pruebas cruzadas y los insumos necesarios solo de la transfusión de aquellas unidades efectivamente transfundidas de glóbulos rojos y plaquetas, que se encuentren registradas en la historia clínica, bajo indicación pertinente debidamente justificada.

No incluye búsqueda de donantes, ni prestaciones económicas de ningún tipo.

2.6. NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL

Se cubrirá la alimentación endovenosa solo durante la estancia hospitalaria hasta por un período máximo de tres (3) semanas, a pacientes con lesiones del tracto gastrointestinal o condiciones específicas que impidan la alimentación enteral del paciente.

El otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la **IAFAS**, siempre que se encuentre pertinentemente indicado y recomendado en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**, cumpliendo todos los criterios de elegibilidad evaluados en junta médica de los especialistas de la **IPRESS**.

2.7. ALBÚMINA HUMANA

Se cubrirá su administración durante la atención en sala de emergencia y/o estancia hospitalaria de albumina humana en solución para perfusión intravenosa hasta el monto máximo global establecido en su **PLAN DE SALUD**.

El otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la **IAFAS**, siempre que se encuentre pertinentemente indicada exclusiva por el especialista en medicina intensiva y recomendado en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**, cumpliendo los criterios de pertinencia establecidos en la **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**.

2.8. ESTUDIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD

Prueba que evalúa unas proteínas llamadas antígenos leucocitarios humanos (también conocida como HLA, por sus siglas en inglés), los cuales se encuentran en la superficie de casi toda célula en el cuerpo humano y que ayudan al sistema inmunitario a establecer la diferencia entre los tejidos ajenos a su propio cuerpo. Este estudio es requerido para la realización de un trasplante de órganos, evaluando la semejanza entre donantes y receptores.

Se cubrirá la realización de estudios de histocompatibilidad sólo del **AFILIADO** receptor del trasplante, para procedimiento de trasplantes que se realizarán bajo la cobertura del programa. No incluye estudio de donantes ni la búsqueda de estos.

2.9. RADIOCIRUGÍA

Incluye el uso de radiación de alta energía proveniente de partículas u ondas, tales como los rayos x, rayos gamma, u otras fuentes, para reducir o eliminar ciertas lesiones cerebrales.

El otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la **IAFAS**, incluye los estudios de imágenes de planificación y simulación, siempre que sea indicado por el médico radioterapeuta asignado por la **IAFAS**, cumpla con los criterios de pertinencia recomendados en las **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**.

2.10. CHEQUEO MÉDICO ANUAL

Incluye un paquete de exámenes según edad del **AFILIADO** para detectar la sospecha de alguna enfermedad de mayor frecuencia, relacionada a las condiciones de salud objeto de la cobertura del programa. Aplica para los **AFILIADOS** a partir de la primera renovación, previa validación del cumplimiento del pago de los aportes a la fecha de la solicitud del beneficio y con una periodicidad anual, teniendo en cuenta el último chequeo efectivo. Los componentes del chequeo médico, serán los detallados en la siguiente tabla:

CHEQUEO MEDICO ANUAL	< 18 años	18 - 40 años	> 40 años
Exámenes de Laboratorio:			
Hemograma	√	√	√
Glucosa	√	√	√
Hemoglobina Glicosilada		√	√
Perfil lipídico			√
Examen Completo de orina	√	√	√
Creatinina	√	√	√
Exámenes de Imágenes			
Electrocardiograma			√
Evaluación Médica:			
Consulta en Medicina Interna	√	√	√

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

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

Asimismo, la **IAFAS** está facultada a realizar, durante esta evaluación, el examen de detección de nicotina y/o sus metabolitos, a los **AFILIADOS** que hayan consignado la **CONDICIÓN DE NO FUMADOR** en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, que en caso de resultar positiva la **IAFAS** procederá al cobro retroactivo de los aportes a partir de la última renovación bajo la **TARIFA DE RIESGO**, los cuales se detallan en el **Anexo 2**.

La cita deberá ser reservada a través del Call Center o de manera presencial en las **IPRESS** pertenecientes a la red de atención del presente **CONTRATO**.

2.11. TARIFAS Y DESCUENTOS PREFERENCIALES

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

3. PERTINENCIA DE LAS PRESTACIONES

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

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

De igual forma se incluyen otras prestaciones y procedimientos, así como los estudios de laboratorio,

imágenes y farmacia necesarios para su atención, siempre que no se encuentren excluidos bajo las condiciones descritas en el **PLAN DE SALUD** que forma parte de las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.

Contrato vigente a partir del 01 de marzo de 2022

Código OS.SP.P.02.88

Revisión: 00

ÍNDICE DE ANEXOS

- ANEXO 1: Plan de salud
- ANEXO 2: Aportes y formas de pago
- ANEXO 3: Exclusiones, gastos no cubiertos y limitaciones a las coberturas contratadas
- ANEXO 4: Procedimiento para solicitar cobertura
- ANEXO 5: Red de atención
- ANEXO 6: Flujograma de procedimiento de atención de consultas y reclamos

ANEXO 1 - PLAN DE SALUD

La cobertura a la que el (los) **AFILIADO**(s) tiene(n) derecho a través del presente **CONTRATO**, corresponde de manera específica al plan de salud optado por el **CONTRATANTE** en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, cuyos alcances, limitaciones, deducibles, copagos y aportes detallamos a continuación:

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN:

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN	PLAN PREMIUM	PLAN CLASSIC
Límite máximo del beneficio anual por afiliado¹: Afiliado Titular y Dependientes	S/ 750,000	S/ 350,000
Límite ingreso: Afiliado Titular y Dependientes	Hasta los 55 años	
Límite de permanencia: Afiliado Titular y Dependientes	Sin Límite	
Suscripción del CONTRATO	Rige a partir del primer día del mes siguiente de cancelado el primer aporte	
Periodo de carencia: Plazo mínimo de permanencia en el programa para tener derecho a las coberturas establecidas en éste. Se contabilizan en forma individual por cada AFILIADO , a partir de la fecha de inicio de vigencia	90 días	
Periodo de espera: se contabiliza desde el inicio de vigencia del plan, el mismo que empieza a partir del primer día del mes siguiente de cancelada la primera cuota del plan, previa suscripción y recepción de la SOLICITUD DE AFILIACIÓN por parte de la IAFAS .	<ul style="list-style-type: none">• 12 meses para Intervenciones quirúrgicas programadas (incluyendo exámenes pre-operatorios)• 18 meses para Trasplante autólogo de médula ósea y Trasplante renal	
Latencia: Es un derecho especial de cobertura por desempleo que la IAFAS ESSALUD y la IAFAS EPS le otorga al AFILIADO regular y sus derechohabientes	No aplica	

¹: El cual aplica por **AFILIADO** durante su vigencia anual, para las condiciones de salud cubiertas por este programa, siempre que no estén consideradas en las exclusiones detalladas en el **Anexo 3**.

REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN

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

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

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

Cualquier requerimiento de información médica adicional que sustente la condición de salud de la persona propuesta para su afiliación (incluyendo exámenes de laboratorio e imágenes) que sean requeridos para la suscripción de la afiliación deberán ser presentados por el **CONTRATANTE** a su cuenta y costo.

En cualquier momento, la **IAFAS** podrá solicitar a los **AFILIADOS** que hayan consignado en la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** que no cumplen con la **CONDICIÓN DE FUMADOR**, la realización

obligatoria de la prueba de nicotina y/o sus metabolitos que la **IAFAS** establezca, sin costo alguno en cualquiera de los establecimientos asignados por la **IAFAS**. Los resultados no deben tener una antigüedad mayor a cuarenta y ocho (48) horas posteriores a la solicitud por parte de la **IAFAS**.

En caso la prueba de nicotina y/o sus metabolitos resultase positiva dentro del rango específico que el tipo de prueba establezca o el **AFILIADO** no realizará la prueba oportunamente, la **IAFAS** procederá al cobro retroactivo de los aportes a partir de la última renovación bajo la **TARIFA DE RIESGO**, los cuales se detallan en el **Anexo 2**.

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

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

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

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

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

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

PRESTACIONES GENERALES:

PRESTACIONES CUBIERTAS	PLAN PREMIUM	PLAN CLASSIC
Infarto agudo al miocardio.	Sí incluye	Sí incluye
Patologías de válvulas cardíacas	Sí incluye	Sí incluye
Aneurisma, coartación disección y/o rotura de arteria aorta o iliaca	Sí incluye	Sí incluye
Accidente Cerebro Vascular (Infarto o Derrame Cerebral)	Sí incluye	-
Aneurismas y Malformaciones arteriovenosas cerebrales	Sí incluye	-
Neurocirugía de columna por trauma accidental	Sí incluye	-
Trasplante autólogo de médula ósea.	Sí incluye	Sí incluye
Trasplante renal.	Sí incluye	Sí incluye

PRESTACIONES CUBIERTAS	PLAN PREMIUM		PLAN CLASSIC	
PRESTACIONES GENERALES	Deducible y/o copago a cargo del afiliado	Cobertura	Deducible y/o copago a cargo del afiliado	Cobertura
ATENCIÓN DE EMERGENCIA				
Deducible por emergencia	S/ 0.00		S/ 0.00	
Exámenes auxiliares de laboratorio clínico y patología	0%	100%	20%	80%
Exámenes de diagnóstico por imágenes	0%	100%	20%	80%
Procedimientos en emergencia (honorarios médicos, sala de procedimientos y enfermería)	0%	100%	20%	80%
Farmacia e insumos	0%	100%	20%	80%
ATENCIÓN HOSPITALARIA				
Deducible por hospitalización	1 día de habitación		1 día de habitación	
Honorarios médicos por tratamiento y/o cirugías (médico principal, ayudantía, anestesista)	0%	100%	20%	80%
Sala de operaciones y sala de recuperación	0%	100%	20%	80%
Habitación estándar, Cuidados intermedios, UCI y UCIN	0%	100%	20%	80%
Otros servicios clínicos y procedimientos	0%	100%	20%	80%
Exámenes auxiliares de laboratorio clínico y patología	0%	100%	20%	80%
Exámenes de diagnóstico por imágenes	0%	100%	20%	80%
Farmacia hospitalaria, insumos y material médico	0%	100%	20%	80%
CONTINUIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA Post evento hospitalario, hasta 04 consultas				
Deducible	S/ 0.00		S/ 0.00	
Exámenes auxiliares de laboratorio clínico y patología	0%	100%	20%	80%
Exámenes de diagnóstico por imágenes	0%	100%	20%	80%
Farmacia hospitalaria, insumos y material médico	0%	100%	20%	80%
Procedimientos médicos	0%	100%	20%	80%

OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS

PRESTACIONES CUBIERTAS	PLAN PREMIUM		PLAN CLASSIC	
	Deducible y/o copago a cargo del afiliado	Cobertura	Deducible y/o copago a cargo del afiliado	Cobertura
Prótesis internas quirúrgicamente necesarias Hasta un máximo de S/ 60,000 (incluye IGV) como beneficio máximo anual. Incluye stent, coils, mallas, placas y separadores, prótesis valvulares.	0%	100%	20%	80%
Transfusión sanguínea y hemoderivados , pruebas de tamizaje, banco de sangre, pruebas cruzadas y los insumos de unidades efectivamente transfundidas.	0%	100%	20%	80%
Nutrición parenteral total (NPT): Sólo durante la estancia hospitalaria hasta un máximo de tres semanas.	0%	100%	20%	80%
Albumina humana Hasta un máximo de S/ 7,000 (incluye IGV) como beneficio máximo anual. Únicamente indicada por el médico intensivista.	0%	100%	20%	80%
Estudio de histocompatibilidad para trasplantes sólo del AFILIADO receptor. No incluye estudio de donantes ni la búsqueda de estos, ni prestaciones realizadas a donantes.	0%	100%	20%	80%
Radiocirugía. Sólo en RED AUNA	0%	100%	20%	80%

PERIODOS DE ESPERA

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

Tipo de Prestación	Tiempo de Espera
Emergencias Médicas y/o Accidentales	Sin Período de Espera
Intervenciones quirúrgicas programadas (incluyendo exámenes pre-operatorios)	12 meses
Trasplante autólogo de médula ósea. (Una vez).	18 meses
Trasplante renal (Una vez).	18 meses

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

Sólo están exceptuadas de **PERÍODO DE CARENCIA** y **PERÍODO DE ESPERA** las prestaciones de Emergencia, tanto médicas y/o Accidentales.

ANEXO 2 – APORTES Y FORMAS DE PAGO

Como contraprestación por la contratación de las prestaciones de salud, el **CONTRATANTE** pagará a la **IAFAS** los **APORTES** indicados en este anexo, los mismos que incluyen los tributos de ley y gastos correspondientes.

Los aportes están expresados en moneda nacional e incluyen el impuesto general a las ventas (IGV).

EVENTOS CRÍTICOS - 7 VIDAS - PLAN PREMIUM							
Rango de edad	PAGO ANUAL AL CONTADO (Afilación y Renovación)			PAGO MENSUAL RECURRENTE (Afilación y Renovación)			
	Efectivo o Tarjeta de Crédito		Tarjeta de Crédito		Tarjeta de Débito o Cargo en Cuenta		
	Tarifa Regular	Tarifa De Riesgo	Tarifa Regular	Tarifa De Riesgo	Tarifa Regular	Tarifa De Riesgo	
0-17	S/ 307.00	S/ 344.00	S/ 27.00	S/ 31.00	S/ 31.00	S/ 35.00	
18 – 25	S/ 411.00	S/ 461.00	S/ 36.00	S/ 41.00	S/ 41.00	S/ 46.00	
26 – 30	S/ 570.00	S/ 639.00	S/ 50.00	S/ 56.00	S/ 58.00	S/ 65.00	
31 – 35	S/ 730.00	S/ 818.00	S/ 64.00	S/ 72.00	S/ 74.00	S/ 83.00	
36 – 40	S/ 878.00	S/ 984.00	S/ 77.00	S/ 87.00	S/ 89.00	S/ 100.00	
41 – 45	S/ 1,038.00	S/ 1,194.00	S/ 91.00	S/ 105.00	S/ 105.00	S/ 121.00	
46 – 50	S/ 1,243.00	S/ 1,430.00	S/ 109.00	S/ 126.00	S/ 125.00	S/ 144.00	
51 – 55	S/ 1,516.00	S/ 1,744.00	S/ 133.00	S/ 153.00	S/ 153.00	S/ 176.00	
56 - 60 (*)	S/ 1,824.00	S/ 2,098.00	S/ 160.00	S/ 184.00	S/ 184.00	S/ 212.00	
61 - 70 (*)	S/ 2,177.00	S/ 2,504.00	S/ 191.00	S/ 220.00	S/ 220.00	S/ 253.00	
71 - 80 (*)	S/ 2,599.00	S/ 2,989.00	S/ 228.00	S/ 263.00	S/ 262.00	S/ 302.00	
81 - 120 (*)	S/ 3,123.00	S/ 3,592.00	S/ 274.00	S/ 316.00	S/ 315.00	S/ 363.00	

EVENTOS CRÍTICOS - 7 VIDAS - PLAN CLASSIC							
Rango de edad	PAGO ANUAL AL CONTADO (Afilación y Renovación)			PAGO MENSUAL RECURRENTE (Afilación y Renovación)			
	Efectivo o Tarjeta de Crédito		Tarjeta de Crédito		Tarjeta de Débito o Cargo en Cuenta		
	Tarifa Regular	Tarifa De Riesgo	Tarifa Regular	Tarifa De Riesgo	Tarifa Regular	Tarifa De Riesgo	
0-17	S/ 205.00	S/ 230.00	S/ 18.00	S/ 21.00	S/ 21.00	S/ 24.00	
18 – 25	S/ 319.00	S/ 358.00	S/ 28.00	S/ 32.00	S/ 32.00	S/ 36.00	
26 – 30	S/ 422.00	S/ 473.00	S/ 37.00	S/ 42.00	S/ 43.00	S/ 49.00	
31 – 35	S/ 525.00	S/ 588.00	S/ 46.00	S/ 52.00	S/ 53.00	S/ 60.00	
36 – 40	S/ 627.00	S/ 703.00	S/ 55.00	S/ 62.00	S/ 63.00	S/ 71.00	
41 – 45	S/ 730.00	S/ 840.00	S/ 64.00	S/ 74.00	S/ 74.00	S/ 86.00	
46 – 50	S/ 844.00	S/ 971.00	S/ 74.00	S/ 86.00	S/ 85.00	S/ 98.00	
51 – 55	S/ 1,049.00	S/ 1,207.00	S/ 92.00	S/ 106.00	S/ 106.00	S/ 122.00	
56 - 60 (*)	S/ 1,311.00	S/ 1,508.00	S/ 115.00	S/ 133.00	S/ 132.00	S/ 152.00	
61 - 70 (*)	S/ 1,573.00	S/ 1,809.00	S/ 138.00	S/ 159.00	S/ 159.00	S/ 183.00	
71 - 80 (*)	S/ 1,892.00	S/ 2,176.00	S/ 166.00	S/ 191.00	S/ 191.00	S/ 220.00	
81 - 120 (*)	S/ 2,257.00	S/ 2,596.00	S/ 198.00	S/ 228.00	S/ 228.00	S/ 263.00	

(*) Sólo renovación.

La **TARIFA DE RIESGO** aplicará a aquellas personas propuestas para afiliación, con condición de fumador y/o que hayan declarado como antecedentes condiciones de salud que agraven el riesgo de la cobertura objeto de este programa. En caso, el **CONTRATANTE**, haya registrado en la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** alguna respuesta afirmativa a cualquiera de las preguntas realizadas, aplicará automáticamente la **TARIFA DE RIESGO**, según el medio de pago y rango de edad correspondiente. Sin perjuicio de las consideraciones del proceso de suscripción contemplado en el [Anexo 1 – Requisitos de Suscripción](#), la **IAFAS** evaluará la información declarada y en caso determine que el antecedente no constituye una condición que agrave el riesgo de la cobertura objeto de este programa, aplicará la Tarifa Regular, para lo cual, el afiliado deberá actualizar su solicitud de afiliación.

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** respectivamente, aplicándose los mismos requisitos de **SUSCRIPCIÓN** señalados en el **Anexo 1** del presente **CONTRATO**. Los nuevos **AFILIADOS**, se encuentran sujetos a las condiciones establecidas por su programa contratado.

Del mismo modo, el **CONTRATANTE** puede solicitar la migración a un programa de salud de menores características de cobertura, en cualquier momento durante la vigencia y a un programa de mayores características de cobertura, solo al vencimiento del plazo contractual. Para ello, debe realizar la solicitud de migración con treinta (30) días de anticipación, presentando una nueva **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** respectivamente, siempre que el afiliado no presente morosidad en el programa.

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

En caso el **CONTRATANTE** desee modificar la modalidad, medio de pago y/o **CONDICIÓN DE NO FUMADOR** a **CONDICIÓN DE FUMADOR**, o la modificación de alguna de las condiciones de salud registradas en la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** del(los) **AFILIADO(S)**, deberá formular la solicitud escrita a la **IAFAS**. Asimismo, para efectos de este **CONTRATO** no es factible modificar la **CONDICIÓN DE FUMADOR** a **NO FUMADOR**.

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**.

DE LA DESAFILIACIÓN

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

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

Del mismo modo, el **CONTRATANTE** tiene el derecho a solicitar de forma libre y voluntaria su **DESAFILIACIÓN**. Para ello deberá comunicarse a la central telefónica de la **IAFAS** a la siguiente línea telefónica (01) 513-7900 en el horario de lunes a viernes de 8:00 am a 8:00 pm.

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

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

EN CASO 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** requieran continuar bajo protección del programa, deberán presentar una nueva **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** a la **IAFAS**, designando un nuevo **CONTRATANTE**, generándose un nuevo contrato con continuidad, la cual procederá según las condiciones vigentes al público para este programa siempre que se encuentre en comercialización, caso contrario podrán optar por algún programa similar.

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

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

RESPONSABILIDAD DE PAGOS

El **AFILIADO** cede por voluntad propia la responsabilidad del pago de sus aportes al **CONTRATANTE**, como contraprestación por la contratación de la cobertura complementaria respecto de las prestaciones de salud, el **CONTRATANTE** pagará a la **IAFAS** los aportes indicados en el **Anexo 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** de cualquier variación del medio de pago y/o la información relativa al mismo.

INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE LOS APORTES COMERCIALES Y REHABILITACIÓN

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

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

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

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

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

1. Las prestaciones de salud no contempladas en las coberturas o el **PLAN DE SALUD** del presente **CONTRATO**.
2. Toda prestación médica o sanitaria derivada de lesiones auto infligidas, intento de suicidio o autoeliminación, inclusive aquellas de naturaleza accidental resultantes del uso o adicción a las drogas, estupefacientes, por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares. Así como las lesiones que se produzcan en situación de embriaguez o bajo influencia de drogas registrados en la historia clínica y/o con el dosaje respectivo (caso del alcohol: nivel sérico > 0.5 g/dl). En caso el paciente se niegue a realizarse el examen de alcoholemia o toxicológico requerido, asume la integralidad del gasto prestacional generado automáticamente.
3. Las enfermedades o lesiones preexistentes a la suscripción del presente **CONTRATO**. Inclusive si hubiesen sido reveladas en la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**, la cual motivará la resolución del **CONTRATO**, sin devolución de aportes.
4. Las enfermedades detectadas y/o incurridas antes de la culminación del **PERÍODO DE CARENCIA** o **ESPERA**.
5. Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional atendido fuera de la **RED AUNA**.
6. Cualquier requerimiento o prestación médica cuyo propósito sea el chequeo, detección y/o diagnóstico, salvo las prestaciones expresamente señaladas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**. Prestaciones y/o servicios ambulatorios de fase diagnóstica y otras previas a la realización del procedimiento quirúrgico ejemplo: angiografía coronaria, TEM cardiaca, ecocardiograma, prueba de esfuerzo, etc. Para infarto cardiaco o enfermedad valvular cardiaca.
7. Todo procedimiento o terapia que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria. Así como prestaciones y tratamientos profilácticos, psicológicos, psiquiátricos, psicoterapéuticos, curas de reposo, cualquier tipo de tratamiento de medicina física, rehabilitación física, kinésico o mental, prestaciones odontológicas, nutricional, salvo las prestaciones detalladas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**. De la misma manera, las prestaciones por o para, neurotización, ginecomastia, mastopexia, simetrización. Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional que involucre utilización de láser o fototerapia de cualquier tipo.
8. Equipos médicos durables tales como: termómetro, tensiómetro, equipos de oxigenoterapia, glucómetro (equipo y tiras), respiradores, pulsioxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP o similares, audífonos e implantes cocleares, prótesis ortopédicas externas. Asimismo, sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés, audífonos, aparatos y equipos ortopédicos, ortésicos, prótesis externas, equipos mecánicos o electrónicos, medias para varices.
9. Alquiler de equipos o servicios no disponibles en la **IPRESS**, independientemente del diagnóstico y/o pertinencia médica.
10. Gastos relacionados a medicina no tradicional de cualquier tipo ni tratamientos homeopáticos, recetario magistral, iriología, reflexología y en general tratamientos médicos no tradicionales o experimentales, empíricos y también la medicina alternativa. Asimismo, no están cubiertos la acupuntura, quiropráxia, cuidados y tratamientos de rehabilitación en gimnasios.
11. Cualquier gasto relacionado a la búsqueda o estudio de donantes de células, tejidos u órganos.
12. Todo tipo de medicamentos, dispositivos médicos o insumos utilizados con fines preventivos o profilácticos.
13. Cualquier gasto relacionado a criopreservación, almacenamiento, conservación, mantenimiento, preparación y/o acondicionamiento, así como el traslado y/o transporte, de células, tejidos u órganos.
14. Suministro de nutrición parenteral y/o nutrición enteral (procedimiento, insumos y fórmula) y/o referidos a prestaciones nutricionales, salvo las prestaciones detalladas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.

15. Todo tipo de requerimiento prestacional que no sea ordenado o prescrito por el o los profesionales médicos designados por la **IAFAS** y/o no hayan sido autorizadas por ésta, así como el tratamiento y/o manejo de las complicaciones, eventos adversos, efectos secundarios y otros que se puedan ocasionar o devenir de estos tratamientos e indicaciones médicas dadas y ejecutadas al margen de lo anteriormente establecido.
16. Todo tipo de prestaciones diagnósticas o terapéuticas, equipos, insumos, suministros o fármacos y otras nuevas tecnologías que no hayan sido aprobados por la FDA (Food and Drug Administration) para el diagnóstico solicitado, los cuales deben contar además 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+ ò 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. Así como aquellos que no hayan concluido exitosamente el **ENSAYO CLÍNICO DE FASE III** o que no se encuentren debidamente aprobados por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), de la Food and Drug Administration (FDA) y de la European Medicines Agency (EMA) o que no se recomienden en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**. De igual manera, aquellos que no se comercialicen o no se encuentren disponibles en el territorio nacional.
17. Fármacos como ansiolíticos, antipsicóticos, antidepresivos, vacunas, vitaminas, minerales, suplementos alimenticios, suplementos nutricionales, productos naturales (hierbas y sus derivados, levaduras, probióticos, uso medicinal de cannabis), homeopáticos, alternativos o productos no medicinales, estimulantes del apetito, anabólicos, antioxidantes, productos geriátricos y reconstituyentes, neurotónicos y nootrópicos, productos dermatológicos (protectores solares, cremas hidratantes, lociones dérmicas, etc.) así como cualquier otro producto o medicamento no relacionado a las prestaciones de salud objeto de la cobertura del programa.
18. Modificadores de la respuesta biológica y similares de cualquier tipo, sean de naturaleza biológica, semisintética o sintética; tales como interferones, interleukinas, factor estimulante de colonias y anticuerpos monoclonales. Así como inhibidores de tirosinkinasa, antiangiogénicos, inhibidores del proteosoma u otros similares.
19. Alimentos o sustitutos alimenticios, aunque sea con fines terapéuticos.
20. Suministro de cualquier tipo de medio de transporte y servicio de ambulancia. Salvo las expresamente señaladas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
21. Toda enfermedad de origen congénito y/o malformación congénita, salvo las expresamente señaladas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
22. Cuidados de enfermería, vigilancia y/o acompañamiento del paciente a cargo de enfermeras, técnicas o auxiliares de enfermería, u otro personal a dedicación exclusiva durante la estancia hospitalaria y/o en domicilio. Asimismo, queda excluida cualquier tipo de asistencia o prestación a acompañantes del paciente.
23. Pruebas de laboratorio exámenes o estudios moleculares con fines de estudio genético y/o de mutaciones o similares de cualquier tipo, incluyendo biopsias líquidas y/o perfiles o secuenciamientos moleculares y/o genéticos. Asimismo, cualquier tipo de prestación relacionada a este tipo de estudios incluyendo las consultas u orientaciones genéticas.
24. Estudios de diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y procedimientos relacionados con problemas de disfunciones sexuales, esterilidad, fertilidad, infertilidad, esterilización y planificación familiar, incluyendo aborto terapéutico y/o complicaciones de la gestación.
25. Prestaciones relacionadas con la Infección por virus de inmunodeficiencia humana - VIH, Síndrome Inmunológico Deficiencia Adquirida (SIDA) y el Síndrome complejo relativo al SIDA (SCRS), sus consecuencias y complicaciones
26. Todo tipo de servicios de bazar y confort personal durante la hospitalización, como radios, televisores, teléfonos, consumos de frío bar, artículos personales o de higiene, pañales, medias antiembólicas, toallas higiénicas, máquinas de afeitar, guantes descartables no estériles, mantas térmicas de cualquier tipo, papel higiénico, batas, ropa de cama, hisopos, colchón antiescaras.
27. Cualquier prestación o gastos relacionados a segunda opinión nacional o internacional, inclusive si fuera realizada en la **IPRESS** designada por la **IAFAS**.

28. Cualquier prestación y/o procedimiento que no se realice en la infraestructura de las **IPRESS** designada por la **IAFAS**. Inclusive aquello no disponible y/o no comercializado a nivel nacional.
29. Gastos relacionados a sepelio, velatorio y afines. Así como prestaciones económicas de cualquier índole.

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

ANEXO 4 - PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

El **AFILIADO** podrá hacer uso de los beneficios y coberturas del programa, luego de 90 días de periodo de carencia desde el inicio de vigencia del programa, el mismo que empieza a partir del primer día del mes siguiente de cancelada la primera cuota del programa, previa suscripción y recepción de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** por parte de la **IAFAS**.

En caso de ocurrir algún evento que requiera de las prestaciones recuperativas de salud, objeto del **CONTRATO**, el afiliado deberá acudir, a las **IPRESS** de la **RED AUNA** detalladas en el **Anexo 5** de las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente contrato; en el que consta la dirección de los establecimientos.

Al momento de requerir la atención de salud deberá identificarse con su documento nacional de identidad e indicar en admisión de la **IPRESS** que es afiliado del programa. El equipo de admisión de las **IPRESS**, realizará su acreditación y gestionará con la **IAFAS**, las autorizaciones correspondientes.

En caso el beneficio requerido por el **AFILIADO** le corresponda un **DEDUCIBLE** y/o **COPAGO**, los cuales están detallados en el **PLAN DE SALUD**, este deberá ser cancelado por el **AFILIADO** previamente, según corresponda.

Las prestaciones indicadas por su médico tratante (Farmacia, laboratorio, imágenes, procedimientos, entre otros) deberán estar registradas en su historia clínica y en una orden de atención, cuya cobertura deberá ser solicitada por el **AFILIADO** en la **IPRESS**, cuyo equipo de admisión coordinará con la **IAFAS** el documento de autorización de cobertura correspondiente, el mismo que mostrará el periodo de validez del mismo.

En el caso de prestaciones hospitalarias, en sala de emergencias o cirugías ambulatorias, es posible que las **IPRESS** soliciten un depósito en garantía por los **COPAGOS** y/o eventuales gastos no cubiertos que pudieran generarse, el mismo que será devuelto, total o parcialmente según se haya usado, a través de los procedimientos y plazos que le serán informados por la **IPRESS**.

ANEXO 5 - RED DE ATENCIÓN

NOMBRE COMERCIAL	RAZÓN SOCIAL	REGISTRO SUSALUD	CIUDAD	DISTRITO	DIRECCION	TELEFONO
Clínica Delgado	MEDIC SER SAC	1408279	Lima	Miraflores	Av. Angamos Oeste °450- 490	(01) 377-7000

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:

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

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

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

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

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

1



PASO 1

Afiliado realiza la consulta o reclamo

A través de los siguientes medios, según corresponda.



Call center

¿Cuál es el número y horario de atención?

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



Correo electrónico

contactos@oncosalud.pe



Carta

¿Dónde pedir y dónde dejar la carta?

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



Libro de reclamaciones

¿Cómo acceder al libro de reclamaciones electrónico y físico?

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

2



PASO 2

Servicio al cliente recibe la consulta o reclamo.

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

3



PASO 3

Servicio al cliente realiza el análisis correspondiente.

4



PASO 4

Área involucrada envía descargo o absolución de consulta, según corresponda.

5



PASO 5

Servicio al cliente brindará respuesta final a la consulta o reclamo de acuerdo al tiempo establecido por la autoridad administrativa competente.

i

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

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