CONTRATO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS ESPECIALIZADAS DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMA PREPAGADO AUNA SALUD

RESUMEN

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

CLÁUSULAS GENERALES

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

CLÁUSULAS PARTICULARES

1. **Descripción y alcance de las prestaciones cubiertas por el programa**

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

2. **Pertinencia de las prestaciones**

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

ANEXOS

ANEXO 1: Plan de salud

ANEXO 2: Aportes y condiciones de afiliación

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

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

ANEXO 5: Red de atención

ANEXO 6: Cobertura de maternidad

ANEXO 7: Control del niño sano

ANEXO 8: Esquema de inmunizaciones

ANEXO 9: Flujograma de procedimiento de atención de consultas y reclamos

CONTRATO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS ESPECIALIZADAS DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMA PREPAGADO AUNA SALUD

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 Nº 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

1. El **CONTRATO** que se suscribe consta de las siguientes partes integrantes:
2. **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.
3. **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.
4. **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**.
5. **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.

6. **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. **AFILIACION 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.
4. **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.
5. **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.
6. **AFILIACIÓN OBLIGATORIA**: Constituye **AFILIACIÓN** obligatoria, aquella por la cual una persona natural adquiere la condición de **AFILIADO**, por el sólo hecho de cumplir una condición preestablecida, sin que se encuentre obligada a manifestar o ratificar su voluntad de acceder al plan de aseguramiento que le corresponde. Se encuentran dentro de esta categoría quienes acceden a un **PLAN DE SALUD** por mandato legal o por el sólo hecho de su vinculación laboral o contractual con un empleador determinado, así como sus derechohabientes legales y dependientes, según el caso.
7. **APORTE**: Pago periódico, establecido en el contrato, al que se compromete el afiliado o contratante a abonar en forma adelantada a la **IAFAS** por los beneficios del plan o programa de salud contratado.
8. **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.
9. **AUS**: Aseguramiento Universal de Salud

10. **BENEFICIARIO**: Persona residente en el país que está bajo la cobertura de un plan de Aseguramiento Universal en Salud. Acepción que se utiliza de manera indistinta para referirse a los **AFILIADOS** o **ASEGURADOS**.

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 periodo de la vigencia anual, reduce automáticamente el monto del beneficio, sin lugar a restitución hasta la celebración de una nueva anualidad del contrato. El monto del beneficio máximo anual y sus precisiones operativas se detallan en el **PLAN DE SALUD**, importe que no es acumulable entre renovaciones y no incluye IGV.

12. **BENEFICIOS**: Derechos del (los) **AFILIADO**(s), según las condiciones establecidas en el plan o programa de salud contratado.

13. **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.

14. **CONDICIÓN DE FUMADOR**: Persona que tiene o ha tenido el hábito de fumar y/o consume cualquier producto con tabaco, 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:

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

    (ii) Fumador vigente. - Persona que ha fumado cien (100) o más cigarrillos (o su equivalente en productos con tabaco), durante el último año antes de la solicitud de afiliación de su programa de salud.

    (iii) Fumador histórico severo. - Persona que ha fumado una (1) cajetilla de 20 cigarrillos, dos (2) cajetillas de diez cigarrillos al año o más (o su equivalente en productos con tabaco), durante toda su vida hasta un (1) año antes de la solicitud de afiliación de su programa de salud.

    (iv) 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 la **CONDICIÓN DE 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.

15. **CONDICIÓN DE NO FUMADOR**: Persona que no cumpla con la **CONDICIÓN DE FUMADOR** anteriormente descrita.

16. **CONDICIONES ESPECIALES: E**stipulaciones que tienen por objeto ampliar, reducir, aclarar, y en general, modificar el contenido o efecto de las condiciones generales y particulares.

17. **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.

18. **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**.
19. **CONTRATO**: Documento que contiene las condiciones que suscribe la **IAFAS** con el **AFILIADO** o **CONTRATANTE**, para regular los derechos y las obligaciones de las partes, con relación a los beneficios ofrecidos en el plan o programa de salud.
20. **COPAGO:** (o Coaseguro o Copago Variable) 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.
21. **DEDUCIBLE: (o** Copago Fijo) Importe fijo a pagar por el AFILIADO por los servicios cubiertos, ya sea en emergencia, ambulatorios u hospitalarios. 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).
22. **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.
23. **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.
24. **DÍAS**: Días calendario.
25. **EMERGENCIA ACCIDENTAL: E**s aquella emergencia derivada de un **ACCIDENTE** y que requiere atención médica en forma inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud, o que puede dejar secuelas invalidantes al paciente. Por ejemplo: Traumatismos (luxaciones, fracturas, esguinces), heridas cortantes de cualquier causa, mordeduras de animales o picaduras.
26. **EMERGENCIA MÉDICA Y/O QUIRÚRGICA**: Es toda condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I y II.
27. **ENFERMEDAD CONGÉNITA**: Es toda aquella enfermedad adquirida durante el período embrionario-fetal y perinatal, la cual puede manifestarse y diagnosticarse en el nacimiento o después durante todo el transcurso de la vida. Esta definición incluye, pero no se limita a todos los diagnósticos calificados como congénitos de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades 10° edición de la Organización Mundial de la Salud.
28. **ENFERMEDAD CONGÉNITA NO CONOCIDA**: Cualquier condición o malformación presente desde el nacimiento de la persona, que ha trascurrido de forma asintomática y desconocida a lo largo de su vida.
29. **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.

30. **EPS:** Entidades Prestadoras de Salud. Son empresas que prestan servicios de atención en salud a sus afiliados, complementando los servicios y cobertura de EsSalud, a través sus propias **IPRESS** de atención.
31. **ESTADO TERMINAL**: Paciente en progresión de enfermedad importante y no tributario de tratamiento oncológico curativo o con capacidad para retrasar la evolución y/o en no condiciones clínicas de recibir tratamiento activo y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses).
32. **EXAMEN ANTÍGENO PROSTÁTICO**: Examen de laboratorio que mide la concentración en sangre de una proteína producida exclusivamente por las células de la glándula prostática. Puede encontrarse valores elevados tanto en condiciones malignas como no malignas, por lo que puede ser usado para la detección y seguimiento de estas condiciones.
33. **EXCLUSIONES**: Son aquellas prestaciones de salud no cubiertas por el plan o programa de salud. En el marco de lo establecido en el Plan de Esencial de Aseguramiento en Salud aprobado mediante Decreto Supremo Nº 023-2021-SA y posteriores actualizaciones, los daños derivados del intento de autoeliminación o lesiones autoinflingidas por problemas de salud mental, derivados de un diagnóstico de salud mental no se excluyen.
34. **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.
35. **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.
36. **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.
37. **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.
38. **NICOTINA**: Es un alcaloide, estimulante, psicoactivo y adictivo, presente en las hojas de tabaco y en los productos que contienen nicotina.
39. **NIVEL DE EVIDENCIA**: Categorización de la evidencia científica de una recomendación médica en base a las pruebas o estudios de investigación y al consenso de los miembros de las instituciones evaluadoras.
40. **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.
41. **PERÍODO DE CARENCIA**: Es el plazo en el cual no están activas las coberturas de salud, suele durar de treinta (30) a noventa (90) días calendario. En Seguridad Social es el período de tres (03) meses contados desde el inicio de labores de un **AFILIADO / ASEGURADO** regular que no haya tenido vínculo laboral en los meses previos y que le

impiden cumplir con las condiciones para tener derecho de cobertura. En el caso de un **AFILIADO / ASEGURADO** potestativo, el período puede ser menor a tres (03) meses durante el cual el **AFILIADO / ASEGURADO** y sus dependientes inscritos no pueden acceder a las prestaciones de salud contenidas en el **CONTRATO**. Los **PERÍODOS DE CARENCIA** se contabilizan en forma individual por cada **AFILIADO / ASEGURADO**.

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

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

Por ningún motivo, puede excluirse de la cobertura del Plan Complementario, aquellas enfermedades o dolencias diagnosticadas durante el **PERÍODO DE CARENCIA**.

42. **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.
43. **PLAN DE SALUD**: Es el documento que detalla los beneficios y coberturas que otorga la **IAFAS** al amparo del presente **CONTRATO**.
44. **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**.
45. **PRIMA O APORTE 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**.
46. **PRIMA O APORTE 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 esta le ofrece. Su costo se determina sobre bases actuariales.
47. **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.
48. **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.
49. **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**.
50. **RELACIÓN DE ASEGURAMIENTO EN SALUD**: Es el vínculo legal establecido entre la **IAFAS**, asegurados y/o entidades empleadoras para el otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción y recuperación de la salud, prestaciones económicas, de conformidad con lo señalado en el marco legal. Esta relación puede ser pactada u obligatoria, la cual genera derechos y deberes.

51. **SALUD**: Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
52. **SEXO BIOLÓGICO**: Es el sexo que se consigna en la partida de nacimiento del beneficiario. Para efectos de este **CONTRATO**, cuando se haga uso de la palabra **SEXO**, se referirá en todos los casos al **SEXO BIOLÓGICO**.
53. **TELECONSULTA**: Es la consulta a distancia que se realiza entre un profesional de la salud, en el marco de sus competencias, y una persona usuaria mediante el uso de las tecnologías de información y comunicaciones, con fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según sea el caso, cumpliendo con las restricciones reguladas a la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el Ministerio de Salud.
54. **TERAPIA ADYUVANTE**: Terapia adicional administrada luego del tratamiento primario (generalmente quirúrgico) para reducir el riesgo de recurrencia del tumor maligno. El tratamiento adyuvante puede incluir, pero no solo limitarse a, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, terapia blanco o terapia biológica.
55. **TERAPIA NEO ADYUVANTE (o terapia de inducción)**: Tratamiento administrado de manera inicial con la finalidad de reducir el tamaño tumoral antes del manejo quirúrgico. Este tratamiento puede incluir, pero no necesariamente limitarse a, quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia.
56. **URGENCIA**: Es toda situación que altera el estado de salud de la persona y que requiere de atención inmediata, no existiendo riesgo inminente de poner en peligro la vida.

CLÁUSULA CUARTA: COBERTURA, GARANTÍA Y CONDICIONES

La **IAFAS** otorga cobertura a el **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS**, consistente en las prestaciones promocional, preventiva, recuperativa y de rehabilitación comprendidas en el presente **CONTRATO**.

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

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

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

CLÁUSULA QUINTA: PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD

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

CLÁUSULA SEXTA: PRESTACIONES DE SALUD PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES

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

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**.

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).

Otros servicios.

CLÁUSULA SÉPTIMA: EXCLUSIONES Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

En las **CLÁUSULAS PARTICULARES** se señalan las **EXCLUSIONES** y limitaciones a las 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 las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**, al **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS** / **ASEGURADOS**, siempre que mantengan la condición de **AFILIADOS** al presente plan al momento de hacer uso de los servicios de salud cubiertos por el mismo.

CLÁUSULA NOVENA: INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA

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

CLÁUSULA DÉCIMA: LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

El otorgamiento de las prestaciones de salud, promocional, preventiva, recuperativa y de rehabilitación de la salud cubiertas por el presente **CONTRATO**, se otorgan en las **IPRESS** indicadas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**, en el cual consta la dirección de los establecimientos y su número de registro ante **SUSALUD**.

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

sustento técnico. Para tal efecto, se entiende cumplida dicha obligación mediante comunicación de fecha cierta dirigida a el **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS**.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: REFERENCIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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 cuarenta y cinco (45) días calendario previos al vencimiento del plazo pactado para la vigencia de los aportes y copagos, una comunicación escrita, con conocimiento de los **AFILIADOS** / **ASEGURADOS**, manifestando la intención de reajustar tales montos.

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA: INFORMACIÓN

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA: EXÁMENES MÉDICOS Y DECLARACIONES DE SALUD

De requerirse a el **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS** una **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** o la realización de un examen médico, antes de la suscripción del presente **CONTRATO** o durante su vigencia, el **ASEGURADO** o los **ASEGURADOS** no podrán ser sujetos a rechazo basado en los resultados de tal examen o declaración. La **IAFAS** que solicita la realización del examen médico, asumirá el costo del mismo.

La **IAFAS** se obliga a mantener la confidencialidad de los resultados de tal examen médico o **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**, de conformidad con la normativa vigente.

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA: PLAZO CONTRACTUAL

Las partes acuerdan que la cobertura contenida en el presente **CONTRATO** rige a partir del día siguiente de su suscripción. El presente **CONTRATO** tiene una vigencia de un (01) año y a su vencimiento queda automáticamente renovado por igual plazo, salvo que alguna de las partes manifieste, mediante aviso remitido vía correo electrónico u otro medio, cursado a la otra parte con sesenta (60) días de anticipación, su voluntad de no renovarlo, o de modificar los términos contractuales. En este último caso, debe remitir la propuesta de detalle de la modificación con el sustento correspondiente, a fin de que los **AFILIADOS** tomen conocimiento y puedan analizar la propuesta. Asimismo, deberá anexar las recomendaciones correspondientes para la contención del gasto.

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA: DOMICILIO

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

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Todas las desavenencias, conflictos o controversias que pudieran surgir entre la **ENTIDAD EMPLEADORA** y la **IAFAS - EPS**, así como las que se susciten entre la **IAFAS EPS** u otras **IAFAS** y los **AFILIADOS / ASEGURADOS**, derivadas del presente **CONTRATO**, incluidas las de su nulidad o invalidez, son resueltas a través de los mecanismos de solución de controversias del Centro de Conciliación y Arbitraje (**CECONAR**) de la Superintendencia Nacional de Salud o en aquellos centros que se encuentren registrados y habilitados por este.

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 estas resuelven la controversia subsistente de forma definitiva, a través de un procedimiento de arbitraje, de conformidad con lo establecido en el párrafo anterior.

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA: RESOLUCIÓN DE CONTRATO

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA: MODALIDAD DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA: CLÁUSULA DE GARANTÍA DE CONTINUIDAD DE COBERTURA DE PREEXISTENCIAS

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA: MODIFICACIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA

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

Al día siguiente del vencimiento de este plazo, se entenderá que el **CONTRATANTE** ha aceptado satisfactoriamente las modificaciones contractuales y estas entrarán en vigencia, salvo que el **CONTRATANTE** haya comunicado a la **IAFAS**, su desacuerdo y no aceptación de las modificaciones informadas por la **IAFAS**, por escrito, de manera física o por correo electrónico a través de los medios descritos en el **Anexo 09**, en cuyo caso no se genera la resolución del **CONTRATO**, teniendo derecho a mantener los términos originales hasta el vencimiento de su vigencia.

CLÁUSULA VIGÉSIMO CUARTA: CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

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

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

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

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

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

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

CONTRATO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS ESPECIALIZADAS DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMA PREPAGADO AUNA SALUD

CLÁUSULAS PARTICULARES

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

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

1.1. PRESTACIONES GENERALES DE SALUD

ATENCIÓN AMBULATORIA (CONSULTA PRESENCIAL)

Es aquella atención médica presencial, que se realiza en los consultorios diferenciándose de las atenciones hospitalarias, en sala de emergencias u otras modalidades de atención médica.

Se encuentran incluidos en el beneficio de atención ambulatoria los procedimientos médicos de baja complejidad, exámenes de apoyo (laboratorio o imágenes) y medicamentos, incluyendo las tiras reactivas para control de la glucosa. La medicación prescrita por el médico tratante, en cada atención, no podrá ser mayor a treinta (30) días de tratamiento. En caso se requiera una receta larga, la renovación de la receta será autorizada previa evaluación de la **IAFAS**.

Asimismo, para el caso de pacientes diabéticos en tratamiento activo con insulina se otorgará la dotación periódica de las tiras reactivas para el control de la glicemia, estas se cubrirán sujetas al **COPAGO** de la atención ambulatoria según la **IPRESS** de atención, detallado en el **Anexo 1** del presente **CONTRATO**.

Por otro lado, si el **AFILIADO** cuenta con derivaciones a farmacia y/o exámenes auxiliares en un establecimiento de salud diferente al que inició la atención, pero que forma parte de la red de atención ambulatoria del **PLAN DE SALUD** contratado, estas se cubrirán sujetas al **COPAGO** de la atención ambulatoria según la **IPRESS** de derivación, detallado en el **Anexo 1** del presente **CONTRATO**.

Este beneficio cuenta con un **PERÍODO DE ESPERA** de tres (03) meses, por lo que todo gasto efectuado dentro de este período, no será cubierto por el **PLAN DE SALUD** contratado. Sin embargo, durante este periodo el **AFILIADO** podrá acceder a las tarifas y descuentos preferenciales, cuyo detalle se encuentra indicado en el numeral 1.4 del presente documento, para consultas ambulatorias, descuentos sobre servicios clínicos, imágenes, exámenes de laboratorio y medicamentos.

La red de clínicas, así como las especialidades que oferta cada una, estarán definidas por la **IAFAS** según el **PLAN DE SALUD** contratado por el **AFILIADO**, cuyo detalle estará publicado en la página web **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes**.

Finalmente, a través de este beneficio, se cubrirán también las prestaciones de cámara hiperbárica necesarias en forma ambulatoria al ochenta por ciento (80%) y sin pago de **DEDUCIBLE**. Se otorgará hasta un máximo de diez (10) sesiones por ciclo, siempre que cumpla con los criterios de pertinencia y previa autorización de la **IAFAS**, exclusivamente en las **IPRESS** designadas en la página web **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes**, servicio que estará disponible solo en Lima.

ATENCIÓN POR TELECONSULTA

La atención por teleconsulta es aquella que se realiza a distancia (virtual) utilizando las tecnologías de la información y de la comunicación para brindar asistencia médica. Mediante plataformas de video llamada se brinda la entrevista médica con el objetivo de evaluar la salud.

Si producto de la teleconsulta, el médico recomienda derivaciones a farmacia y/o exámenes auxiliares, estas se podrán dar en las sedes que forman parte de la red de atención ambulatoria del **PLAN DE SALUD** contratado, sujetas al **COPAGO** de la atención ambulatoria según la **IPRESS** de derivación, detallado en el **Anexo 1** del presente **CONTRATO**.

Dichas atenciones cuentan con un **PERÍODO DE ESPERA** de tres (03) meses, por lo que todo gasto efectuado dentro de este período, no será cubierto por el **PLAN DE SALUD** contratado. Sin embargo, durante este periodo el **AFILIADO** podrá acceder a las tarifas y descuentos preferenciales, cuyo detalle se encuentra indicado en el numeral 1.4 del presente documento, para consultas ambulatorias, descuentos sobre servicios clínicos, imágenes, exámenes de laboratorio y medicamentos.

La red de clínicas, así como las especialidades que oferta cada una, estarán definidas por la **IAFAS** según el **PLAN DE SALUD** contratado por el **AFILIADO**, cuyo detalle estará publicado en la página web **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes**.

En caso el **AFILIADO** sea derivado a consulta ambulatoria (de forma presencial), indistintamente de la especialidad, la atención será cubierta bajo las condiciones especificadas en el **CONTRATO**, y se encuentra sujeta al pago de **DEDUCIBLE** y **COPAGO**, según las condiciones de la **IPRESS** seleccionada, que forma parte de la red de atención ambulatoria del **PLAN DE SALUD** contratado. Las condiciones mencionadas se encuentran detalladas en el **Anexo 1** del presente **CONTRATO**.

ATENCIONES POR EMERGENCIA NO ACCIDENTAL

La emergencia no accidental o emergencia médica es aquella no generada a consecuencia de un accidente, sin embargo, requiere atención y procedimientos médicos inmediatos. A la estabilización de la emergencia no le será aplicable **PERÍODO DE ESPERA**, y estará sujeta al pago de **DEDUCIBLE** y **COPAGO**, según la sede de atención seleccionada.

La determinación de la condición de emergencia no accidental será definida por el profesional médico encargado de la atención.

En caso de que la emergencia no accidental requiera de hospitalización y/o continuidad de atención ambulatoria de la emergencia, estas serán cubiertas tras haber superado el **PERIODO DE ESPERA**, sujetas al pago de **DEDUCIBLE** y **COPAGO**, según las condiciones de la atención requerida en la **IPRESS** seleccionada, los cuales se encuentran detallados en el **Anexo 1** del presente **CONTRATO**.

La continuidad de atención (hospitalaria o ambulatoria) de las siguientes enfermedades agudas: Apendicitis, enfermedad cerebro vascular aguda (isquémico o hemorrágico), infarto agudo de miocardio y torsión testicular, está exceptuada del **PERÍODO DE ESPERA**.

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. Si no se hace uso del depósito total, la **IPRESS** realizará la devolución del monto a favor.

ATENCIÓN POR EMERGENCIA ACCIDENTAL

La emergencia accidental es aquella producida por un accidente, es decir, una acción imprevista, fortuita u ocasional, de una fuerza externa, repentina y violenta que afecta súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad y por la cual requiere atención médica y/o procedimientos quirúrgicos y/o médicos inmediatos al poner en peligro inminente la vida, la salud, o que puede dejar secuelas invalidantes. Para la estabilización de la emergencia no se aplicará **PERÍODO DE ESPERA**, y estará cubierta sin **DEDUCIBLE** ni **COPAGO** alguno.

Las atenciones deberán realizarse dentro las veinticuatro (24) horas de producido el evento. La determinación de la condición de emergencia accidental es definida por el profesional médico encargado de la atención bajo responsabilidad.

Adicionalmente, se cubrirá la continuidad de la emergencia accidental a través del beneficio de atención ambulatoria, hasta un máximo de noventa (90) días calendario. Dicha cobertura aplica exclusivamente para controles ambulatorios, exámenes de laboratorio y radiológicos de control, terapia física (hasta un máximo de doce (12) sesiones por evento), retiro de puntos y retiro de yeso. Asimismo, estas atenciones serán brindadas solo en la **IPRESS** seleccionada del **PLAN DE SALUD** contratado, en donde se realizó la atención inicial.

De requerir atención hospitalaria, esta será atendida exonerando el **PERÍODO DE ESPERA**, pero manteniendo el pago del **DEDUCIBLE** y **COPAGO**, correspondiente a la cobertura hospitalaria de la **IPRESS** seleccionada, los cuales se encuentran detallados en el **Anexo 1** del presente **CONTRATO**.

Es importante señalar que las diferentes **IPRESS** pueden requerir al **AFILIADO** un depósito en garantía o sus equivalentes ante eventuales gastos no cubiertos por la **IAFAS** durante una atención de emergencia, no limitando el alcance de la prestación. Si no se hace uso del depósito total, la **IPRESS** realizará la devolución del monto a favor.

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

IMPORTANTE:

El programa otorgará cobertura sobre las siguientes prestaciones para atención ambulatoria, tanto presencial como teleconsultas, emergencia no accidental y emergencia accidental, según las condiciones establecidas en el **PLAN DE SALUD** contratado:

A. Honorarios médicos por consulta y/o procedimientos ambulatorios.

B. Medicamentos según tratamiento farmacológico de acuerdo a la **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA** vigente, así como también materiales e insumos incluyendo catéteres, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos.

C. Exámenes de laboratorio y anatomía patológica relacionados al diagnóstico y seguimiento del tratamiento de las lesiones o enfermedades cubiertas por el plan.

D. Estudios de imágenes, tales como rayos X, ecografías, tomografía computarizada y otros relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones o enfermedades cubiertas por el plan.

E. Procedimientos ambulatorios quirúrgicos y no quirúrgicos, incluyendo uso de tópico, sala de operaciones y sala de recuperaciones.

REEMBOLSO POR EMERGENCIA ACCIDENTAL

Es el reconocimiento y devolución al **AFILIADO** del gasto realizado por una atención médica particular en sala de emergencia, exclusivamente a causa de un accidente, en una **IPRESS** que no pertenece a la red de atención del programa. Dicha cobertura no le será aplicable **PERIODO DE ESPERA** y será cubierta según las condiciones de reembolso detalladas en el **PLAN DE SALUD** contratado.

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

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

A. El **AFILIADO** tendrá hasta noventa (90) días posteriores a la atención para poder solicitar su reembolso.

B. El **AFILIADO** deberá solicitar la factura a nombre de **ONCOSALUD S.A.C** (RUC 20101039910). No aplica otro documento de pago.

C. Para solicitar el reembolso, el **CONTRATANTE** deberá descargar la Ficha de Solicitud de Reembolso disponible en la página web **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes** e indicar al médico tratante que la complete.

D. Los reembolsos se efectúan en base a auditoría médica y montos definidos. Se aplicará el tarifario de reembolso disponible en **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes**.

E. Los documentos se deberán enviar al correo electrónico **reembolsosaunasalud@auna.pe**.

F. La **IAFAS** revisará la solicitud en un plazo máximo de treinta (30) días. Posteriormente, tendrá hasta treinta (30) días adicionales para proceder con el abono en la cuenta del **CONTRATANTE**.

IMPORTANTE: En caso el equipo de auditoría médica de la **IAFAS** lo considere necesario, podrá solicitar información adicional al **AFILIADO** con el fin de analizar la solicitud de reembolso.

ATENCIÓN DE MÉDICO A DOMICILIO

Es un tipo de asistencia médica que permite resolver algún problema de salud de baja complejidad. Dichas atenciones estarán sujetas al pago de **DEDUCIBLE** y **COPAGO**, de acuerdo a las especialidades médicas detalladas en el **PLAN DE SALUD** del presente **CONTRATO**. Dichas atenciones cuentan con un **PERÍODO DE ESPERA** de tres (03) meses. Este beneficio, incluye la entrega de las medicinas prescritas en esta atención, según petitorio de medicamentos establecido.

Aplica exclusivamente para enfermedades ambulatorias agudas de baja complejidad, es decir, para la atención de enfermedades comunes que no requieran uso de laboratorio o imágenes. Las atenciones y tratamientos para pacientes con diagnósticos crónicos o de mayor complejidad serán atendidos sólo a través del beneficio de atención ambulatoria que está detallada en el **PLAN DE SALUD** del presente **CONTRATO**.

El servicio será brindado por el proveedor indicado en la red de atención del presente **CONTRATO**, el cual estará indicada en la página web **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes**.

El procedimiento de atención es el siguiente:

A. La solicitud de atención se deberá realizar a través de la central telefónica de la **IPRESS** designada en la red de atención, indicando los nombres del **CONTRATANTE** y del paciente, y el lugar donde se brindará el servicio. Al momento de la atención se deberá presentar el documento de identidad (DNI o carné de extranjería).

B. El médico prestará el servicio en un período de tiempo que será coordinado con el solicitante.

C. Se cancelará el **DEDUCIBLE** y **COPAGO** indicados en el **PLAN DE SALUD** del presente **CONTRATO**.

D. El horario de atención es de lunes a sábado de 8:00am a 8:00pm, de acuerdo a la disponibilidad del proveedor.

E. Se encuentran exceptuadas de atención aquellas zonas identificadas como de alto riesgo en los Mapas de Delito de la Policía Nacional del Perú y atenciones fuera del territorio establecido.

Este servicio se encuentra actualmente disponible solo en Lima Metropolitana, según zonas de cobertura detalladas en el **PLAN DE SALUD** del presente **CONTRATO**.

Atención en Lima:

1) **Por el norte:** Hasta km 21 de la Panamericana Norte.
2) **Por el este:** Hasta municipalidad de Ate Vitarte.
3) **Por el sur:** Hasta Chorrillos, San Juan de Miraflores.
4) **Por el oeste:** Hasta La Punta Callao.

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

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

La cobertura odontológica brinda atenciones para la prevención, recuperación y cuidado de la salud bucal. Dicha atención cuenta con un **PERÍODO DE ESPERA** de tres (03) meses.

Esta cobertura no incluye procedimiento de ortodoncia, ni prótesis, implantes, pernos, carillas y afines de ningún tipo, así como medicamentos derivados de las atenciones odontológicas.

El servicio será brindado por el proveedor indicado en la red de atención del presente **CONTRATO**, el cual estará indicada en la página web **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes**.

El programa otorgará cobertura sobre las siguientes prestaciones para atención odontológica, según las condiciones establecidas en el **PLAN DE SALUD** contratado:

A. Honorarios profesionales por consulta odontológica, examen odontológico (incluye odontograma) y/o procedimientos ambulatorios.

B. Materiales e insumos odontológicos, incluyendo anestésicos utilizados durante la atención.

C. Estudios de imágenes, tales como radiografía bite wing, oclusal, panorámica y periapical.

D. Procedimientos odontológicos ambulatorios, obturaciones que incluye colocación de amalgamas, resinas, extracciones simples, endodoncias simples para incisivos y caninos, así como la endodoncia premolar y molar, pulpectomías y pulpotomías.

E. Fluorización anual y sellantes para niños hasta doce (12) años.

El procedimiento de atención es el siguiente:

A. La solicitud de atención se debe realizar a través del call center de la **IPRESS** designada en la red de atención, indicando los nombres del **CONTRATANTE** y del paciente. Al momento de la atención se deberá presentar el documento de identidad (DNI o carné de extranjería).

B. Se cancelará el **DEDUCIBLE** y **COPAGO**, indicados en el **PLAN DE SALUD** del presente **CONTRATO**.

IMPORTANTE: El **DEDUCIBLE** y **COPAGO** es por cada pieza tratada y terminada, según el **PLAN DE SALUD** del presente **CONTRATO**.

ATENCIÓN POR PSIQUIATRÍA

Ofrece exclusivamente atención médica ambulatoria, de la especialidad de psiquiatría para los diagnósticos de ansiedad, depresión, alcoholismo y esquizofrenia, bajo el **DEDUCIBLE** y **COPAGO**, según las condiciones de la **IPRESS** seleccionada, las cuales se encuentran detalladas en el **Anexo 1** del presente **CONTRATO**.

Dicha atención cuenta con un **PERÍODO DE ESPERA** de tres (03) meses. Sin embargo, durante este periodo el **AFILIADO** podrá acceder a las tarifas y descuentos preferenciales, cuyo detalle se encuentra indicado en el numeral 1.4 del presente documento, para consultas ambulatorias, descuentos sobre servicios clínicos, imágenes, exámenes de laboratorio y medicamentos.

IMPORTANTE: Este beneficio no cubre las sesiones de psicoterapias, medicamentos, hospitalizaciones ni tratamientos por emergencias. Tener en cuenta que este beneficio no se encuentra contemplado para el **PLAN SENIOR**.

CIRUGÍA AMBULATORIA

También conocida como cirugía de baja complejidad, es aquella intervención quirúrgica ambulatoria, que cuenta con indicación médica pertinente, utiliza sala de operaciones y no requiere de hospitalización. Tener en cuenta que este tipo de procedimiento puede ser derivado de la atención ambulatoria o emergencia, según recomendación médica,

sujeta al pago de **DEDUCIBLE** y **COPAGO**, según las condiciones de la **IPRESS** seleccionada, las cuales se encuentran detalladas en el **Anexo 1** del presente **CONTRATO**.

Dicha atención cuenta con un **PERÍODO DE ESPERA** de tres (03) meses. Sin embargo, durante este periodo el **AFILIADO** podrá acceder a las tarifas y descuentos preferenciales, cuyo detalle se encuentra indicado en el numeral 1.4 del presente documento, para consultas ambulatorias, descuentos sobre servicios clínicos, imágenes, exámenes de laboratorio y medicamentos.

Es importante señalar que las diferentes **IPRESS** pueden requerir al **AFILIADO** un depósito en garantía o sus equivalentes por los **COPAGOS** y/o eventuales gastos no cubiertos por la **IAFAS** durante la hospitalización, no limitando el alcance de la prestación. En caso no se utilice el depósito inicial o solo se utilice parte de este, la **IPRESS** realizará la devolución correspondiente.

El programa otorgará cobertura sobre las siguientes prestaciones para cirugía ambulatoria, según las condiciones establecidas en el **PLAN DE SALUD** contratado:

A. Honorarios médicos por tratamiento y/o cirugías (médico principal, ayudantía, anestesista).

B. Uso de sala de operaciones, sala de recuperación.

C. Medicamentos, materiales e insumos como catéteres permanentes, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos.

D. Exámenes de laboratorio y/o anatomía patológica relacionados al diagnóstico y al seguimiento del tratamiento de las lesiones o enfermedades cubiertas por el plan.

E. Estudios de imágenes, tales como rayos x, ecografía, tomografía computarizada y otros relacionados al diagnóstico, seguimiento y al procedimiento realizado bajo cobertura.

ATENCIÓN HOSPITALARIA

La atención hospitalaria es el internamiento del **AFILIADO** bajo indicación médica, debiendo permanecer internado por lo menos un (01) día. Dicha atención cuenta con un **PERÍODO DE ESPERA** de doce (12) meses, por lo que todo gasto efectuado dentro de este período, no será cubierto por el **PLAN DE SALUD** contratado. Las atenciones estarán sujetas al pago de **DEDUCIBLE** y **COPAGO**, según las condiciones de la **IPRESS** seleccionada, las cuales se encuentran detalladas en el **Anexo 1** del presente **CONTRATO**.

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

Adicionalmente, se cubrirán las consultas de control post hospitalización generadas dentro de los treinta (30) días posteriores al alta del **AFILIADO**, sin **DEDUCIBLE** ni **COPAGO** alguno. Esta cobertura aplicará para consultas especializadas, exámenes de ayuda diagnósticas (exámenes de laboratorio y estudio de imágenes), procedimientos médicos y farmacia.

Es importante señalar que las diferentes **IPRESS** pueden requerir al **AFILIADO** un depósito en garantía o sus equivalentes por los **COPAGOS** y/o eventuales gastos no cubiertos por la **IAFAS** durante la hospitalización, no limitando el alcance de la prestación. En caso no se utilice el depósito inicial o solo se utilice parte de este, la **IPRESS** realizará la devolución correspondiente.

El programa otorgará cobertura sobre las siguientes prestaciones para atención hospitalaria, según las condiciones establecidas en el **PLAN DE SALUD** contratado:

A. Honorarios médicos por tratamiento y/o cirugías (médico principal, ayudantía, anestesista).

B. Hotelería: Habitación estándar.

C. Medicamentos, materiales e insumos como catéteres permanentes, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos.

D. Exámenes de laboratorio y/o anatomía patológica relacionados al control y al seguimiento del tratamiento de las lesiones o enfermedades cubiertas por el plan.

E. Estudios de imágenes, tales como rayos x, ecografía, tomografía computarizada y otros relacionados al control y al seguimiento del tratamiento de las lesiones o enfermedades cubiertas por el plan.

F. Procedimientos hospitalarios quirúrgicos y no quirúrgicos, incluyendo uso de tópico, sala de operaciones, sala de recuperación, unidad de cuidados intensivos y unidad de cuidados intermedios.

Por otro lado, a través de este beneficio, se cubrirá también el insumo albúmina humana para uso endovenoso hospitalario. El otorgamiento de la cobertura será previa evaluación y autorización de la **IAFAS**, siempre que cumpla con los criterios de pertinencia, exclusivamente en las **IPRESS** designadas para tal fin.

Asimismo, se cubrirá nutrición parenteral total y nutrición enteral. Se brindarán por un periodo máximo de tres (03) semanas, de acuerdo a pertinencia médica, evaluación y aprobación por parte de la **IAFAS**. De requerirse por un periodo más extenso, esta cobertura estará sujeta a evaluación.

PRÓTESIS INTERNAS, IMPLANTES INTERNOS Y MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS

Este beneficio otorgará cobertura al **AFILIADO** en el que, como consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por el **PLAN DE SALUD** contratado, requiera colocación de prótesis internas quirúrgicamente necesarias.

Las prótesis cubiertas son las siguientes: cadera, codo, dedo, hombro, muñeca, rodilla y tobillo (se excluyen cualquier otro tipo de prótesis, inclusive las prótesis dentales).

Asimismo, el programa brindará cobertura para:

A. El material de osteosíntesis, stents, injertos sintéticos, semisintéticos e implantes quirúrgicos para indicaciones no oncológicas. Se cubrirán bajo el beneficio de prótesis internas.

B. Las indicadas por causa oncológica, serán cubiertas bajo las condiciones del beneficio del material de osteosíntesis en la sección de coberturas oncológicas.

C. No estará cubierto ningún tipo de prótesis dental, prótesis ortopédicas externas, implantes cocleares, y ningún otro tipo de prótesis o implantes distintos a los detallados en este beneficio.

D. Aplican las condiciones detalladas en el **PLAN DE SALUD** contratado.

E. El límite de monto máximo anual se encuentra diferenciado por planes, las condiciones podrán ser encontradas en el **Anexo 1** del presente **CONTRATO**.

CHEQUEO PREVENTIVO ANUAL

El chequeo preventivo es un examen médico que permite al profesional de la salud detectar síntomas de ciertas enfermedades o factores de riesgo que podrían desencadenar problemas más graves en el futuro.

Aplicará 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. Este conjunto de exámenes se realizará según edad y sexo biológico del **AFILIADO** y están alineados a las mejores prácticas y recomendaciones mundiales de instituciones prestigiosas. Aplica para todos los **AFILIADOS**, teniendo un periodo de espera inicial de doce (12) meses, estando su otorgamiento de cobertura sujeto a la vigencia de afiliación del **PLAN DE SALUD** contratado y la validación del cumplimiento del pago de los aportes a la fecha de la solicitud del beneficio.

Asimismo, los **AFILIADOS** del programa contarán con exámenes oftalmológicos como parte de su chequeo preventivo. Para el caso de los **AFILIADOS** al **PLAN SENIOR**, podrán agendar su chequeo oftalmológico en momentos distintos al chequeo médico general, si así lo prefiriesen.

Los exámenes preventivos que conforman el paquete no son transferibles, acumulables, canjeables o intercambiables con otros exámenes que no correspondan al **PLAN DE SALUD** contratado. Asimismo, el paquete no puede ser fragmentado y deberá concluirse en un período no mayor de treinta (30) días calendario contados desde el inicio del chequeo médico. Al finalizar este plazo, el **AFILIADO** deberá esperar un intervalo de doce (12) meses para acceder nuevamente al próximo chequeo preventivo.

En caso el médico evaluador considere pertinente indicar la interconsulta con alguna especialidad, esta será atendida bajo las condiciones especificadas en el **CONTRATO** y se encontrará sujeta al pago de **DEDUCIBLE** y **COPAGO**, según las condiciones de la **IPRESS** seleccionada, que forma parte de la red de atención ambulatoria del **PLAN DE SALUD** contratado. Las condiciones mencionadas se encuentran detalladas en el **Anexo 1** del presente **CONTRATO**.

Asimismo, de contar con derivación de farmacia y/o exámenes auxiliares, estas se cubrirán según el **COPAGO** de la atención ambulatoria de la **IPRESS** seleccionada, que forma parte de la red de atención ambulatoria del **PLAN DE SALUD** contratado, detallado en el **Anexo 1** del presente **CONTRATO**.

A. 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**.

B. El detalle de los componentes de cada paquete de evaluación se encuentra publicado en la página web **https:// marketing.oncosalud.pe/documentos-interes** y estarán sujetos a variaciones y disponibilidad al momento de la atención.

ATENCIÓN POR MATERNIDAD

La atención por maternidad está diseñada para el cuidado de la salud en las distintas etapas de la gestación y el recién nacido. Asimismo, se encuentra sujeta a un **PERÍODO DE ESPERA** de doce (12) meses, por lo que todo gasto efectuado dentro de este período, no será cubierto por el **PLAN DE SALUD** contratado.

Durante la gestación, se brindará control al estado de salud de la gestante mediante controles prenatales, compuesto por consultas ambulatorias y exámenes auxiliares para monitorear la evolución del embarazo. Esta atención se encontrará sujeta al pago de **DEDUCIBLE** y **COPAGO**, según las condiciones de la **IPRESS** seleccionada, que forma

parte de la red de atención ambulatoria del **PLAN DE SALUD** contratado, detalladas en el **Anexo 1** del presente **CONTRATO**.

Cabe resaltar que, dentro de los controles pre natales, se incluye la administración de la vacuna antitetánica para gestantes previa indicación de su médico tratante y pertinencia médica, según el **COPAGO** de la atención ambulatoria de la **IPRESS** seleccionada del **PLAN DE SALUD** contratado.

De manera adicional, se pone a disposición de los **AFILIADOS** el programa de psicoprofilaxis brindado a partir del sexto mes de gestación y con el objetivo de orientar a la pareja sobre la maternidad, el parto y los primeros días del recién nacido.

Durante la etapa final de la gestación, se brindarán atenciones hospitalarias para el parto natural, múltiple y/o cesárea, sujetas al pago de **DEDUCIBLE** y **COPAGO**, según las condiciones de la **IPRESS** seleccionada del **PLAN DE SALUD** contratado, detalladas en el **Anexo 1** del presente **CONTRATO**. La cobertura hospitalaria de la gestante y el recién nacido se brindará de acuerdo a pertinencia médica y de manera independiente.

Es importante señalar que las diferentes **IPRESS** pueden requerir al **AFILIADO** un depósito en garantía o sus equivalentes por los **COPAGOS** y/o eventuales gastos no cubiertos por la **IAFAS** durante la hospitalización relacionada a maternidad, no limitando el alcance de la prestación. En caso no se utilice el depósito inicial o solo se utilice parte de este, la **IPRESS** realizará la devolución correspondiente.

Posterior al parto, se ofrecen dos (02) atenciones bajo la especialidad de ginecología a fin de brindarle seguimiento al estado de salud de la madre. Ambas consultas se encuentran sujetas al pago de **DEDUCIBLE** y **COPAGO**, según las condiciones de la **IPRESS** seleccionada del **PLAN DE SALUD** contratado, detalladas en el **Anexo 1** del presente **CONTRATO**.

El detalle de atención por maternidad se encuentra en el **Anexo 6** del presente **CONTRATO**.

En caso el estado de salud de la gestante se vea comprometido por una amenaza de aborto o complicaciones durante el embarazo, el programa brinda cobertura bajo las siguientes condiciones:

A. El ingreso a emergencia por aborto o amenaza de aborto será atendido sin **PERIODO DE ESPERA**, y bajo las condiciones de una emergencia no accidental. Es decir, estará sujeta al pago de **DEDUCIBLE** y **COPAGO**, según las condiciones de la **IPRESS** seleccionada del **PLAN DE SALUD** contratado.

   En caso de que, la emergencia requiera atención ambulatoria u hospitalaria se dará exonerando el **PERÍODO DE ESPERA**, pero se mantendrá el pago del **DEDUCIBLE** y **COPAGO**, según las condiciones de la **IPRESS** seleccionada, que forma parte de la red de atención ambulatoria del **PLAN DE SALUD** contratado, detalladas en el **Anexo 1** del presente **CONTRATO**.

   Por otro lado, si la gestante requiere una atención hospitalización o cirugía programada, serán brindadas tras haber superado el **PERIODO DE ESPERA** de doce (12) meses, sujeta al **COPAGO** y **DEDUCIBLE** de la atención requerida, según las condiciones de la **IPRESS** seleccionada del **PLAN DE SALUD** contratado, detalladas en el **Anexo 1** del presente **CONTRATO**. Sin embargo, durante este periodo la gestante podrá acceder a las tarifas y descuentos preferenciales, cuyo detalle se encuentra indicado en el numeral 1.4 del presente documento, para consultas ambulatorias, descuentos sobre servicios clínicos, imágenes, exámenes de laboratorio y medicamentos.

B. Se reconocerá como complicaciones durante el embarazo a los siguientes diagnósticos:

- Placenta Previa.
- Desprendimiento de placenta.
- Amenaza de parto pre término.
- Ruptura prematura de membranas.
- Embarazo prolongado.
- Preeclampsia.
- Hipertensión arterial inducida por embarazo.
- Diabetes gestacional.
- Hiperémesis Gravídica.

La atención por emergencia de los diagnósticos listados se otorga sin **PERIODO DE ESPERA**, y bajo las condiciones de una emergencia no accidental. Es decir, se encuentra sujeta al pago de **DEDUCIBLE** y **COPAGO**, según las condiciones de la **IPRESS** seleccionada del **PLAN DE SALUD** contratado.

En caso de que, el evento médico iniciado requiera atención ambulatoria y/u hospitalaria, serán cubiertas tras haber superado el **PERIODO DE ESPERA** de doce (12) meses, sujetas al pago de **DEDUCIBLE** y **COPAGO**, según las condiciones de la **IPRESS** seleccionada del **PLAN DE SALUD** contratado, detalladas en el **Anexo 1** del presente **CONTRATO**. Sin embargo, durante este periodo la gestante podrá acceder a las tarifas y descuentos preferenciales, cuyo detalle se encuentra indicado en el numeral 1.4 del presente documento, para consultas ambulatorias, descuentos sobre servicios clínicos, imágenes, exámenes de laboratorio y medicamentos.

El programa otorgará cobertura sobre las siguientes prestaciones para atención por maternidad, según las condiciones establecidas en el **PLAN DE SALUD** contratado:

A. Honorarios médicos por consulta en la especialidad de ginecobstetricia y/o procedimientos obstétricos ambulatorios u hospitalarios, incluyendo atención de parto natural o cesárea, así como visita hospitalaria, honorarios quirúrgicos y administración de anestesia.

B. Hotelería: Habitación individual o bipersonal estándar, según disponibilidad. Hasta dos (02) días para parto natural y hasta tres (03) días para cesárea.

C. Medicamentos, materiales e insumos incluyendo, suturas, catéteres, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos.

D. Exámenes de laboratorio relacionados al control y seguimiento del embarazo, incluyendo los estudios previos al parto natural o cesárea. Así como, los correspondientes a la atención inicial del recién nacido.

E. Estudios de ecografías obstétricas transvaginales y pélvicas relacionados al control y seguimiento del embarazo.

F. Parto natural o cesárea, incluyendo uso de tópico, centro obstétrico, sala de operaciones, sala de recuperación y sala de recién nacido.

G. Programa de psicoprofilaxis obstétrica aplica a partir del sexto mes de gestación. La estructura del programa de psicoprofilaxis rige bajo las condiciones establecidas por cada **IPRESS** según **PLAN DE SALUD** contratado.

H. Tamizaje neonatal básico que consiste en la punción del talón del recién nacido que permite detectar enfermedades metabólicas congénitas, así como los exámenes de emisiones otoacústicas, para evaluación de hipoacusia; y la evaluación oftalmológica para evaluar el reflejo rojo, a fin de descartar el padecimiento de cataratas congénitas. Aplica para aquellos nacidos bajo la cobertura del plan e inscritos antes de los treinta (30) días calendario desde su nacimiento. Las enfermedades metabólicas congénitas consideradas son: Hipotiroidismo congénito,

Fenilcetonuria, Galactosemia, Hiperplasia Suprarrenal, Deficiencia de Biotinidasa, Fibrosis Quística, Hipoacusia congénita y Catarata congénita.

IMPORTANTE: Para aquellos gastos de maternidad durante el **PERIODO DE ESPERA**, la gestante podrá acceder al beneficio de tarifas y descuentos preferenciales, cuyo detalle se encuentra indicado en el numeral 1.4 del presente documento, para consultas ambulatorias, descuentos sobre servicios clínicos, imágenes, exámenes de laboratorio y medicamentos.

CONTROL DEL NIÑO SANO

El control de niño sano consiste en la evaluación mensual con el pediatra hasta el primer año de vida del recién nacido. Aplica para niños nacidos bajo la cobertura del **PLAN DE SALUD** contratado e inscritos antes de los treinta (30) días calendario desde su nacimiento. En caso el pediatra prescriba exámenes auxiliares o medicamentos, se aplicará el **COPAGO**, según las condiciones de la **IPRESS** seleccionada del **PLAN DE SALUD** contratado. Tener en cuenta que este beneficio no se encuentra contemplado dentro del **PLAN SENIOR**.

El detalle del control del niño sano se encuentra en el **Anexo 7** del presente **CONTRATO**.

INMUNIZACIONES

Para el **PLAN CLASSIC** y **PLAN PREMIUM**, la cobertura de inmunizaciones aplica para niños nacidos bajo la cobertura del programa e inscritos antes de los treinta (30) días calendario desde su nacimiento, según el esquema de vacunación del MINSA para este grupo etario. Dicho plan aplica hasta el primer año de vida del recién nacido.

El **PLAN SENIOR**, otorgará cobertura de inmunización para el adulto mayor de acuerdo al esquema de vacunación del MINSA para este grupo etario. Esta cobertura cuenta con un **PERÍODO DE ESPERA** de doce (12) meses. El programa otorga cobertura para atención de inmunizaciones, según las condiciones de la **IPRESS** seleccionada del **PLAN DE SALUD** contratado. Sin embargo, durante este periodo el **AFILIADO** podrá acceder a las tarifas y descuentos preferenciales, cuyo detalle se encuentra indicado en el numeral 1.4 del presente documento, para consultas ambulatorias, descuentos sobre servicios clínicos, imágenes, exámenes de laboratorio y medicamentos.

El detalle del esquema de inmunizaciones se encuentra en el **Anexo 8** del presente **CONTRATO**.

ATENCIÓN PARA ENFERMEDADES CONGÉNITAS PARA RECIÉN NACIDOS

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

Dicha cobertura cubrirá las atenciones ambulatorias y/u hospitalarias a consecuencia de estas enfermedades. Además, aplica hasta el primer año de vida del recién nacido, con un límite máximo anual establecido.

A. El procedimiento de atención es el mismo que corresponde a una atención ambulatoria y/o hospitalaria, según sea el caso.

B. Límite de monto máximo anual de hasta S/ 17,000 (no inc. IGV).

C. El alcance de la cobertura del plan está sujeto a la capacidad resolutiva de cada **IPRESS**. Asimismo, no está cubierto cualquier tipo de gasto de traslado y atención fuera de las **IPRESS** designadas en la red de atención del presente **CONTRATO**.

PREEXISTENCIAS

Beneficio exclusivo para aquellos afiliados que hayan declarado, al momento de su inscripción al programa de salud, alguna condición de salud diagnosticada con anterioridad su afiliación al programa y esta no cumpla con las consideraciones normadas para el otorgamiento de la continuidad de cobertura de preexistencias (Según el Artículo 100 del DS 008-2010-SA "Reglamento de la Ley Nº 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud").

Este beneficio se otorgará una vez superado el **PERÍODO DE ESPERA** de doce (12) meses, sujeto al pago de **DEDUCIBLES y COPAGOS,** según las condiciones de la **IPRESS** seleccionada del **PLAN DE SALUD** contratado, y hasta el límite del monto máximo anual específico para este beneficio, señalados en el **Anexo 1** del presente **CONTRATO**.

A. Esta cobertura aplica exclusivamente a los diagnósticos no oncológicos.

B. Las atenciones de preexistencias requieren carta de garantía.

C. Límite de monto máximo anual de hasta S/ 34,000 (no inc. IGV).

Importante:

En caso una preexistencia declarada sea atendida bajo condiciones regulares, sin que se asuma el **COPAGO** correspondiente a ella, se ejecutará el cobro diferencial tras haberse brindado la atención y las siguientes atenciones serán brindadas bajo la cobertura de preexistencias, sujetas al **COPAGO**, según las condiciones de la **IPRESS** seleccionada del **PLAN DE SALUD** contratado, detallado en el **Anexo 01** del presente **CONTRATO**.

Toda condición de salud preexistente no revelada en la declaración jurada de salud, no será atendida bajo esta cobertura. Sin embargo, durante este periodo el **AFILIADO** podrá acceder a las tarifas y descuentos preferenciales.

Por otro lado, en caso se hubiese otorgado cobertura sobre alguna condición de salud preexistente no registrada en la Declaración Jurada de Salud al momento de la afiliación, las **IPRESS** quedan facultadas a ejecutar el cobro diferencial sobre cualquier prestación brindada. Adicionalmente, la **IAFAS** no otorgará cobertura alguna sobre esta, por incumplimiento de las obligaciones contractuales del **AFILIADO**, y se reservará la facultad para resolver unilateral y automáticamente el **CONTRATO**.

1.2. PRESTACIONES GENERALES ONCOLÓGICAS

HONORARIOS PROFESIONALES

Remuneración o contraprestación al personal de salud relacionado a los servicios médicos brindados a los pacientes del programa, sean ambulatorios y hospitalarios, clínicos o quirúrgicos, siempre que sean brindados exclusivamente por los profesionales asignados por la **RED AUNA** y autorizados por la **IAFAS**.

QUIMIOTERAPIA

Tratamiento farmacológico cuyo objetivo es detener el crecimiento o multiplicación de las células cancerosas. Puede administrarse en forma ambulatoria u hospitalaria de acuerdo al esquema de quimioterapia establecido por el profesional asignado por la **RED AUNA** y autorizado por la **IAFAS**. Se cubre los medicamentos quimioterápicos convencionales, inclusive las vitaminas que formen parte del esquema de quimioterapia, los insumos necesarios para su administración (incluyendo catéteres y bombas de infusión).

TERAPIA MODIFICADORA DE RESPUESTA BLANCO DIRIGIDA

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

A. **Anticuerpos monoclonales:** Anticuerpo homogéneos utilizados para bloquear las células tumorales o sus funciones internas con la intención de destruirlas de manera selectiva.

B. **Inhibidores de enzimas kinasas y proteosomas:** Moléculas que bloquean el funcionamiento de un conjunto de enzimas del tipo kinasa o proteosomas u otras, implicadas en activar la multiplicación celular la cual está alterada en muchos tipos de tumores.

C. **Inmunoterapia (BCG):** El bacilo de Calmette-Guérin (BCG) es una forma inactiva de la bacteria de la tuberculosis, que estimula el sistema inmunitario para atacar indirectamente a las células de cáncer de vejiga.

D. **Citocinas (Interferones e Interleucinas):** Proteínas de señalización celular producidas por los glóbulos blancos de la sangre que intervienen y regulan las reacciones inmunitarias, inflamación y la formación de algunos tipos de células, inhibiendo el crecimiento de células cancerosas o promoviendo su muerte o destrucción.

E. **Factor estimulante de colonias de células blancas (Filgrastim**): Moléculas que estimulan a las células de la médula ósea para que produzcan más células sanguíneas del sistema de defensa.

F. **Inmunomoduladores**: Sustancias que modulan el sistema inmunitario, potenciando la inmunidad celular e inhibiendo la producción de citocinas proinflamatorias y/o inhibiendo la formación de nuevos microvasos sanguíneos, logrando un efecto antineoplásico.

Siempre que sea indicado por el médico asignado por la **RED AUNA**, autorizado por la **IAFAS**, y que cumpla con los criterios de pertinencia mencionados en el presente **CONTRATO**. Asimismo, se cubren los insumos necesarios para su administración, incluyendo catéteres y bombas de infusión, así como los servicios ambulatorios u hospitalarios. Coberturas y copagos detallados en el **PLAN DE SALUD** según programa contratado. Para mayor detalle, revisar el “Listado de Medicamentos para el tratamiento del cáncer” disponible en la página web **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes**.

RADIOTERAPIA

Uso de radiación de alta energía proveniente de los rayos X u otras fuentes, cuyo objetivo es destruir las células cancerosas en el área que recibe tratamiento y de esta forma controlar y reducir (según respuesta) el tamaño del tumor. La cobertura incluye Radioterapia en técnicas: 3DRT (Radioterapia Tridimensional), VMAT (Arcoterapia Volumétrica de Intensidad Modulada), IMRT (Radioterapia de Intensidad Modulada, SRS (Radiocirugía Estereotáxica), SBRT, (Radioterapia Estereotáxica Extra Cerebral), RIO (Radioterapia IntraOperatoria)*, Braquiterapia de Alta Tasa de Dosis. Siempre que sea indicado por el médico radioterapeuta asignado por la **RED AUNA**, autorizado por la **IAFAS**, y que cumpla con los criterios de pertinencia mencionados en el presente **CONTRATO**. Servicio disponible solo en Lima.

**Sólo en Patología mamaria.*

TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA HISTOCOMPATIBLE

Procedimiento por el que se extraen células formadoras de sangre (células madre) sanas de la sangre circulante o de la médula ósea de un paciente o un donante compatible, las cuales se almacenan, procesan y se trasplantan al paciente, previo tratamiento de su propia médula ósea enferma.

Se otorga en el territorio nacional y según disponibilidad en las clínicas de la **RED AUNA** destinadas para tal fin y solo las **IPRESS** específicamente autorizadas por la **IAFAS** que cuenten con la acreditación correspondiente de la Dirección General de Donaciones, Trasplantes y Banco de Sangre del **MINSA** para realizar estos procedimientos.

La cobertura incluye los estudios de histocompatibilidad y pre trasplante sólo del **AFILIADO** receptor, acondicionamiento y colecta de precursores hematopoyéticos. Asimismo, se cubre las complicaciones agudas, subagudas y crónicas relacionadas al trasplante, incluyendo la enfermedad injerto-contra-huésped. El otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la **IAFAS**, cumpliendo con los criterios de pertinencia mencionados en el presente **CONTRATO** y evaluados por el Comité de Trasplante de Precursores Hematopoyéticos de la **RED AUNA**.

No incluye estudio de donantes ni la búsqueda de estos, ni prestaciones realizadas a donantes. Asimismo, este beneficio no incluye prestaciones relacionas a trasplante de tipo haploidéntico, es decir, en el que se usa células madre de donantes que no son totalmente compatibles.

SERVICIOS DE APOYO AL TRATAMIENTO

Exámenes de laboratorio, anatomía patológica e inmunohistoquímica para clasificación o tipificación, estudios de imágenes (ecografías, rayos X, tomografía computarizada y resonancia magnética) y medicina nuclear, relacionados al control y seguimiento del tratamiento de la patología oncológica.

ESTUDIOS DE MEDICINA NUCLEAR

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

TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES (PET SCAN)

Estudio de imágenes no invasivo que utiliza radio-isótopos emisores de positrones para generar imágenes moleculares del interior del cuerpo. La cobertura incluye la evaluación médica previa, la realización de estudio de imágenes, la sustancia radioactiva FDG y/o reactivos disponibles en el país, siempre que sea indicado por el médico tratante asignado por la **RED AUNA**, autorizado por la **IAFAS** y que cumpla con los criterios de pertinencia mencionados en el presente **CONTRATO**. Servicio disponible solo en Lima.

SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS CONTINUOS A DOMICILIO

Beneficio a través del cual se otorga atenciones en el domicilio por la unidad médica de alta especialización de Cuidados Continuos para: a) Atención de cuidados paliativos, así como para el tratamiento del dolor en las diferentes etapas de la evolución de la enfermedad oncológica, b) Continuidad del tratamiento hospitalario en domicilio. A continuación, se presenta el detalle:

a) Atención de cuidados paliativos y tratamiento del dolor en domicilio:

En esta categoría se incluyen los servicios de asistencia médica y/o asistencia de enfermería y/o técnico de enfermería y/o atención remota centralizada para el suministro del tratamiento prescrito por el médico paliativista, según criterio médico y/o condición clínica del paciente así como para el manejo de equipos médicos que faciliten la estancia en el domicilio del paciente que se encuentra en ESTADO TERMINAL (que no sea tributario de tratamiento oncológico curativo) y en completa postración por la enfermedad oncológica cubierta por el programa.

El otorgamiento de los servicios mencionados se encuentra condicionado a la designación previa, bajo responsabilidad y por cuenta propia de la familia, de un cuidador principal y uno secundario, cuyas edades no deben superar los sesenta y cinco (65) años. El cuidador principal colaborará con el personal técnico y tendrá a su cargo las actividades de alimentación, baño e higiene, vestido y acicalamiento, uso de servicios higiénicos del paciente, así como también deberá cooperar con mitigar su soledad y potenciar su autoestima.

La asignación de este servicio se encontrará exclusivamente a cargo del profesional paliativista asignado por la **IPRESS** y autorizado por la **IAFAS**, quien pasará a ser su nuevo médico tratante. No obstante, el anterior médico tratante podrá continuar brindando prestaciones al paciente a manera de interconsultas, toda vez que las mismas sean requeridas únicamente por el nuevo médico tratante paliativista. La cobertura de dichas interconsultas deberá ser previamente validada por la **IAFAS**, de acuerdo a las condiciones del programa contratado.

La determinación de la cantidad de horas del personal (aplicables únicamente para turnos diurnos), así como días y frecuencias específicas (diaria, interdiaria o semanal) se encuentra sujeto a variación según la criticidad evolutiva o involutiva del paciente, conforme lo indique el médico tratante paliativista.

b) Continuidad del tratamiento hospitalario en domicilio:

Esta categoría se refiere a los servicios orientados a la atención médica especializada y/o de enfermería para la aplicación de medicamentos al paciente en el domicilio declarado, continuando el tratamiento intrahospitalario iniciado en la **IPRESS** designada por la **IAFAS**, hasta en un máximo de siete (07) días calendario, computados a partir del alta hospitalaria medicamente pertinente.

El paciente deberá cumplir con los criterios establecidos en el programa, previa valoración del médico de la **IPRESS** designada por la **IAFAS** que brinda el servicio. La asistencia del personal de enfermería se efectuará conforme al horario en que los

medicamentos prescritos han de aplicarse. Asimismo, las visitas médicas del programa, se darán con frecuencia interdiaria o conforme se considere necesario medicamente.

Estas prestaciones domiciliarias se brindarán exclusivamente en el domicilio declarado por el paciente o el cuidador principal. En tal sentido, bajo ninguna circunstancia procede el traslado del personal asignado y equipos fuera de este lugar (incluyendo entre otras: instalaciones médicas, de cuidados intermedios, casas de reposo y/o albergues).

Asimismo, a fin de hacer efectiva la prestación, la familia del paciente deberá suscribir la aceptación de los "Términos y condiciones del Manual para el cuidador del paciente con enfermedad oncológica avanzada" del servicio de cuidados continuos, garantizando en todo momento la integridad física y emocional del personal de salud asignado y la seguridad de la infraestructura suministrada, caso contrario se suspenderá (ya sea temporal o definitivamente), quedando la **IAFAS** y la **IPRESS**, designada por esta, liberada de toda responsabilidad.

El servicio prestado por la **IPRESS** designada por la **IAFAS** se encontrará sujeto al área de cobertura en la ciudad de Lima Metropolitana, de acuerdo a los siguientes límites: NORTE: Los Olivos (Covida) desde Av. Canta Callao cruce con la Av. Carlos Izaguirre que se prolonga hasta el cruce con Túpac Amaru; OESTE: hasta La Punta; ESTE: Santa Anita, hasta la Av. Prolongación Javier Prado hasta el cruce con Av. Metropolitana y de San Juan de Lurigancho hasta la Av. Las Lomas cruce con Av. Lurigancho; SUR: Chorrillos (Villa) hasta la Av. Alameda Las Garzas Reales. Se exceptúan de cobertura las zonas excluidas por consideraciones de seguridad que se detallan en la página web **https://marketing. oncosalud.pe/documentos-interes**.

TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA Y HEMODERIVADOS (GLÓBULOS ROJOS, PLAQUETAS, PLASMA)

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

ALBÚMINA HUMANA

Se cubrirá su administración bajo las condiciones de cobertura oncológica, solo durante la atención hospitalaria, siempre que esté relacionado con el cuadro oncológico de fondo, previa evaluación y autorización de la **IAFAS**, cumpliendo con los criterios de pertinencia.

NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL (NPT)

Alimentación endovenosa que se otorga solo durante la estancia hospitalaria hasta por un período máximo de tres (03) semanas, a pacientes con complicaciones entéricas por radioterapia y/o quimioterapia o sometidos a cirugía oncológica de cabeza y cuello, esófago y/o fístulas que impidan la alimentación enteral del paciente, siempre y cuando no tengan carcinomatosis y/o enfermedad metastásica sistémica. Se otorgará solo con autorización previa de la **IAFAS** bajo indicación médica pertinente.

NUTRICIÓN ENTERAL TOTAL (NET)

Tipo de alimentación que por medio de una sonda que va hacia el estómago o intestino, se proporcionan las dietas de alta absorción conteniendo los nutrientes necesarios para

dar soporte al paciente hospitalizado que por causa de la enfermedad oncológica no puede ingerir los alimentos a través de vía oral. Se otorgará hasta por un periodo máximo de tres (03) semanas y solo durante la estancia hospitalaria, bajo la indicación médica pertinente, y solo para tumores localizados de cabeza y cuello, esófago y estómago, no extendidos en otras áreas regionales.

KIT DE COLOSTOMÍA O ILEOSTOMÍA

Insumo y equipamiento a pacientes con colostomía o ileostomía por causa oncológica; dotación suministrada directamente al paciente de manera recurrente cada mes de acuerdo al criterio médico. Incluye: pinza, bolsas y pegamento. A fin de acceder a este beneficio, el paciente y su familia deberá participar y cumplir los lineamientos del "Programa de atención al paciente con Ostomías" de AUNA donde se le brindará educación al paciente y su familia para el autocuidado y mantenimiento de la colostomía o ileostomía.

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA ONCOLÓGICA ANTE SECUELA MUTILANTE

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

MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS

Insumos quirúrgicos, tales como placas metálicas, clavos, tornillos, alambres y pines, que se utilizan en algunos casos de fracturas patológicas a consecuencia de metástasis ósea o cáncer óseo para unir y/o fijar los fragmentos de un hueso fracturado para que pueda recuperarse. Esta cobertura se brinda con indicación de cirugía, previa autorización de la **IAFAS**.

PRÓTESIS INTERNAS QUIRÚRGICAMENTE NECESARIAS

Este beneficio contempla la colocación de prótesis internas, previa autorización de la **IAFAS**, incluyendo stents y clips requeridas a consecuencia de metástasis, además del material de instrumentación de neurocirugía tales como separadores interespinosos para columna vertebral, discos intervertebrales protésicos y demás dispositivos empleados. Asimismo, se cubrirá el obturador palatino funcional, no estético por neoplasia maligna de maxilar superior solo hasta el primer año de realizada la cirugía.

1.3. PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS ONCOLÓGICAS

CIRUGIA DE CÁNCER NO BIOPSIABLE

En casos de alta sospecha de neoplasia maligna en tumores primarios de encéfalo (cerebro, el cerebelo y el bulbo raquídeo), páncreas, ovario, riñón y testículo, en los que por la ubicación no es factible realizar la biopsia previa, siendo necesario realizar una cirugía para el establecimiento del diagnóstico definitivo se otorgará este beneficio para cubrir las prestaciones médicas (honorarios profesionales, procedimientos y cirugía,

sala de operaciones y recuperación, así como el procedimiento de anatomía patológica) relacionadas a la cirugía que permitirá establecer el diagnóstico definitivo.

Para acceder a este beneficio, el **AFILIADO** deberá adjuntar todos los exámenes de imágenes y de laboratorio que le hayan realizado, así como el informe médico que sustente la fuerte sospecha de neoplasia maligna de los órganos antes mencionados y que cumpla con los criterios de pertinencia mencionados en el presente **CONTRATO**, debiendo ser evaluado y autorizado previamente por la **IAFAS**.

La **IAFAS** condicionará la cobertura del procedimiento quirúrgico a la confirmación del diagnóstico oncológico positivo final. En caso el informe anátomo patológico post quirúrgico no confirme la sospecha de cáncer, el gasto médico generado será cubierto bajo las condiciones de los beneficios ambulatorios y hospitalarios de las prestaciones generales de salud detalladas en el **PLAN DE SALUD** contratado.

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

BIOPSIA PARA DESCARTE DE CÁNCER DE MAMA

Procedimiento en el que se extrae una pequeña muestra de tejido para detectar cáncer de mama.

La **IAFAS** condicionará la cobertura del procedimiento (procedimiento y estudio de patología) a la confirmación del diagnóstico oncológico positivo final. En caso el informe anátomo patológico post quirúrgico no confirme la sospecha de cáncer, los gastos incurridos serán cubiertos bajo las condiciones de los beneficios ambulatorios y hospitalarios de las prestaciones generales de salud detalladas en el **PLAN DE SALUD** contratado.

PRUEBA DE EXPRESIÓN GENÉTICA PARA CÁNCER DE MAMA

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

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA Y DE PEZÓN

Cirugía que se realiza con el propósito de devolver la forma de la mama extraída en una intervención de mastectomía radical y total (retiro del seno, los ganglios linfáticos axilares y los músculos pectorales) por cáncer de mama. Esta cobertura se otorga por única vez, solo a mujeres menores de setenta (70) años afiliadas bajo la **CONDICIÓN DE NO FUMADOR**.

Esta cirugía deberá realizarse exclusivamente en la **RED AUNA** y solo a cargo de los cirujanos designados por la **RED AUNA** y autorizado por la **IAFAS**. Este beneficio no incluye cobertura sobre procedimientos estéticos en la mama afectada, así como ningún procedimiento en la mama contralateral. Servicio disponible solo en Lima.

PRÓTESIS DE MAMA

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

PRÓTESIS TESTICULAR POST ORQUIDECTOMÍA POR CÁNCER DE TESTÍCULO O PRÓSTATA

Se otorga, por única vez, a los hombres que por causa de su tratamiento oncológico debe extraérsele los testículos, atendidos bajo la cobertura del programa oncológico a partir de la última renovación del **CONTRATO** vigente y solo a cargo de los cirujanos designados por la **RED AUNA** y autorizado por la **IAFAS** para este propósito. La prótesis será la establecida por la **IAFAS** de acuerdo a las características del paciente.

MEDICINA INTEGRATIVA

Es la combinación de la medicina convencional y de la medicina alternativa para lograr mejores resultados en los tratamientos de manera personalizada. Dentro de las prestaciones cubiertas, se encuentran las siguientes:

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

TERAPIA FÍSICA

Tratamiento que ayuda a recuperar la funcionalidad de algunas partes fundamentales del cuerpo después de haberle realizado un tratamiento o una cirugía contra el cáncer. Se cubrirá hasta un máximo de doce (12) sesiones, durante los tres (03) primeros meses posteriores a la cirugía descrita en las siguientes condiciones:

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

FONIATRÍA

Tipo de terapia física altamente especializada que busca la rehabilitación de las capacidades del habla y/o deglución que podrían verse afectadas por el cáncer y su tratamiento. Se otorgará hasta un máximo de doce (12) sesiones, siempre que se programen con la regularidad de tres (03) veces por semana y de manera no interrumpida, durante los tres (03) primeros meses a la cirugía descrita en las siguientes condiciones:

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

Servicio disponible solo en Lima.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA NACIONAL

Proceso de revisión del expediente clínico del paciente sobre su diagnóstico, tratamiento y/o pronóstico de la enfermedad sobre el que se ha emitido un primer informe, realizada por facultativos expertos.

Este beneficio consiste sólo en una consulta y revisión del expediente médico del paciente, emitiéndose una conclusión y/o recomendación sobre el aspecto consultado, tomando en cuenta los criterios de pertinencia mencionados en el presente **CONTRATO** y previo consentimiento del paciente. Asimismo, el médico tratante contara con el soporte de los comités multidisciplinarios de alta complejidad pertenecientes a la **RED AUNA**.

Se excluye la realización de exámenes auxiliares (laboratorio, patología y/o imágenes) adicionales y/o la repetición de los mismos o una revisión de los ya realizados.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA INTERNACIONAL

La Junta Médica permanente de la **IAFAS** podrá solicitar la valoración del caso (revisión del expediente) a una institución de prestigio internacional determinada por la **IAFAS** cuando lo considere necesario y previo consentimiento del paciente, sobre tratamiento, pronóstico y orientaciones de la enfermedad del paciente.

Esta evaluación del expediente médico del paciente pasará por una revisión en la que se emitirán conclusiones y/o recomendaciones, tomando en cuenta los criterios de pertinencia mencionados en el presente **CONTRATO**.

Se excluye la realización de exámenes auxiliares (laboratorio, patología y/o imágenes) adicionales y/o la repetición de los mismos fuera del territorio nacional o una revisión de los ya realizados. No se cubren los gastos de elaboración, duplicado y/o traducción de informes ni otros gastos relacionados al contenido del expediente.

AMBULANCIA TERRESTRE

Se otorgará al alta hospitalaria en caso de pacientes postrados o imposibilitados de desplazarse por la enfermedad oncológica; únicamente con destino a su domicilio. No es aplicable para urgencias y/o **EMERGENCIAS** médicas. La programación del servicio será previa solicitud del paciente y se efectuará según disponibilidad de unidades, rutas y hora del alta.

El servicio prestado por la **IPRESS** autorizado por la **IAFAS** se encontrará sujeto al área de cobertura en la ciudad de Lima Metropolitana, de acuerdo a los siguientes límites: **NORTE**: Los Olivos (Covida) desde Av. Canta Callao cruce con la Av. Carlos Izaguirre que se prolonga hasta el cruce con Túpac Amaru; **OESTE**: hasta La Punta; **ESTE**: Santa Anita, hasta la Av. Prolongación Javier Prado y de San Juan de Lurigancho hasta la Av. Las Lomas; **SUR**: Chorrillos (Villa) hasta la Av. Alameda Las Garzas Reales. Se exceptúan de cobertura las zonas excluidas por consideraciones de seguridad que se detallan en la página web **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes**.

TRASLADO PARA PACIENTES RADICADOS FUERA DE LIMA

Se otorga un (01) boleto aéreo para vuelo comercial área nacional (ida y vuelta) por cada vigencia anual para aquellos pacientes domiciliados en provincia (según dirección estipulada en DNI) que, por causa médica, evaluada por la **IAFAS**, deban desplazarse desde su lugar de origen hacia el lugar de tratamiento. Para su otorgamiento, el **AFILIADO** deberá tramitar la solicitud del beneficio con mínimo treinta (30) días de anticipación. La programación de fechas de ida y retorno, bajo tarifa económica estarán sujeta a disponibilidad de ruta aérea comercial y cupos disponibles de la aerolínea asignada por la **IAFAS**.

ALIMENTACIÓN PARA ACOMPAÑANTE DE PACIENTES PEDIÁTRICOS

Beneficio para un (01) acompañante de pacientes pediátricos (menores de catorce (14) años y seis (06) meses de edad) hospitalizados, compuesto por un (01) desayuno, un (01) almuerzo y una (01) cena del menú estándar que la clínica establezca para el día y en el mismo horario de los pacientes, debiendo ser solicitado con la anticipación establecida por la clínica, durante el tiempo que dure la hospitalización.

TUTORÍA MÉDICA Y EJECUTIVA DE ACOMPAÑAMIENTO AL PACIENTE

Orientación personalizada que busca facilitar información sobre la enfermedad, tratamiento y oportuna accesibilidad a sus beneficios del programa **CONTRATADO**. Asimismo, brinda orientación para el acceso a la primera consulta con el médico tratante, así como a otros servicios, tales como imágenes, patología, laboratorio, hospitalización u otros.

IMPORTANTE:

En Lima, para el caso de aquellos pacientes oncológicos mayores de quince (15) años de edad, los diferentes tipos de prestaciones especializadas oncológicas (ambulatoria, hospitalaria, quimioterapia, etc.), serán otorgadas únicamente en las sedes prestacionales de Oncocenter. Esta condición no aplica para afiliados de los planes Premium y Senior.

1.4. TARIFAS PREFERENCIALES Y DESCUENTOS

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

2. PERTINENCIA DE LAS PRESTACIONES

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

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

B. Que el tratamiento y el (los) fármaco(s) indicado(s), hayan concluido exitosamente el **ENSAYO CLÍNICO DE FASE III** y se encuentren comprendidos en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la Red Auna disponibles en la página web **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes**.

C. Que, los procedimientos y tratamientos se encuentren estrictamente relacionados al (los) al(los) diagnóstico(s) objeto de la cobertura del programa.

D. Que los tratamientos, exámenes y/o medios diagnósticos se encuentren disponibles y se ejecuten íntegramente en el territorio de la República del Perú.

E. Que las prestaciones requeridas bajo la cobertura se encuentren descritas en el **PLAN DE SALUD** y no se encuentren comprendidos en las **EXCLUSIONES** detallas en el **Anexo 3** del presente **CONTRATO**.

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

A. Que, las prestaciones oncológicas se sustenten hasta en un **NIVEL DE EVIDENCIA II-A** de la categorización de la Red Nacional Integral del Cáncer (National Comprehensive Cancer Network – NCCN), es decir sólo se cubrirán aquellas prestaciones categorizadas como I-A (Aquella con alto nivel de evidencia y con consenso uniforme que la intervención es adecuada) y II-A (Aquella con menor nivel de evidencia, pero con consenso uniforme que la intervención es adecuada).

B. Que, los procedimientos y tratamientos oncológicos se encuentren estrictamente relacionados al(los) diagnóstico(s) oncológico(s) admitido(s) y sea(n) autorizado(s) por la **IAFAS**.

C. Que, el paciente a quien se ha indicado un tratamiento de quimioterapia y/o terapia modificadora de respuesta biológica o blanco dirigida u otra específica contra el desarrollo del cáncer, cumpla con los mismos Criterios de Inclusión y Exclusión del paciente que formó parte del estudio de investigación que avaló el ingreso y/o forma de uso de la terapia y/o molécula; a partir de lo cual se sustenta su inclusión a la **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**. Los Criterios de Inclusión y Exclusión, los estudios referenciales y los demás parámetros aplicables se encuentran publicados y son actualizados periódicamente en la página web **www.clinicaltrials.gov**.

D. Que, los medicamentos oncológicos y no oncológicos se encuentren incluidos según se vaya actualizando y/o modificando en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud (PNUME), que aprueba el Ministerio de Salud de la República del Perú. Adicionalmente, a través de las presentes **CONDICIONES GENERALES**, tendrán cobertura los medicamentos oncológicos que estén debidamente autorizados para su importación y/o comercialización en el Perú por parte de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) o de la autoridad que haga sus veces y (ii) que figuren en el "Listado de Medicamentos Oncológicos" de la **IAFAS**, publicado en la página web **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes**. Utilizando criterios técnicos, este listado se renovará y/o actualizará como mínimo cada dos (02) años, contados desde la fecha de su última publicación en la página web antes descrita, tomando en cuenta para ello los estándares nacionales e internacionales sobre la materia.

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

De igual forma se incluyen otras prestaciones y procedimientos, así como los estudios de laboratorio, imágenes y farmacia necesarios para su atención, siempre que no se encuentren excluidos bajo las condiciones descritas en el **PLAN DE SALUD** que forma parte de las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO y no se encuentren comprendidos en las EXCLUSIONES detallas en el Anexo 3**.

IMPORTANTE: Para conocer más detalle técnico de tu programa en línea con la Resolución de Superintendencia 069-2021-SUSALUD/S y su modificatoria a través de la Resolución de Superintendencia 069-2022-SUSALUD/S ingresa a **https://marketing.oncosalud.pe/documentosinteres**.

Contrato vigente a partir del 01 de Setiembre del 2023

Código OS.SP.P.02.112

Revisión: 02

ÍNDICE DE ANEXO

ANEXO 1: Plan de salud
ANEXO 2: Aportes y condiciones de afiliación
ANEXO 3: Exclusiones, gastos no cubiertos y limitaciones a las coberturas contratadas
ANEXO 4: Procedimiento para solicitar la cobertura en caso de siniestro
ANEXO 5: Red de atención
ANEXO 6: Cobertura de maternidad
ANEXO 7: Control del niño sano
ANEXO 8: Esquema de inmunizaciones
ANEXO 9: Flujograma de procedimiento de atención de consultas y reclamos
:

ANEXO 1: PLAN DE SALUD

Las coberturas a las que los **AFILIADOS** tienen derecho a través del presente **CONTRATO**, corresponden de manera específica al programa optado por el **CONTRATANTE** en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, cuyos alcances, limitaciones, copagos y deducibles detallamos a continuación.

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN

Condiciones de Suscripción	Plan Classic	Plan Premium	Plan Senior
Límite máximo del beneficio anual por afiliado: Afiliado Titular y Dependientes	S/ 400,000	S/ 750,000	S/ 500,000
Límite de ingreso: Afiliado Titular y Dependientes	Hasta los 60 años		Desde los 61 años, sin límite de ingreso
Límite de permanencia: Afiliado Titular y Dependientes	Sin límite	Sin límite	Sin límite
Suscripción del CONTRATO	Considera la fecha de pago del primer aporte al **PLAN DE SALUD**: • Si el pago es realizado durante los primeros quince (15) días del mes en curso, el inicio de vigencia será el primer día del mes en curso. • Si el pago es realizado después del día quince (15) del mes, el inicio de vigencia será el primer día del mes siguiente.		
Periodo de Carencia: Plazo mínimo de permanencia en el programa para tener derecho a las coberturas establecidas en este. Se contabilizan en forma individual por cada **AFILIADO**	90 días		
RED AUNA	• Clínica Auna sede Bellavista • Clínica Auna sede Vallesur • Clínica Auna sede Miraflores • Clínica Auna sede Guardia Civil • Centro Médico Auna sede Miraflores • Oncocenter - Centro de Bienestar Auna(1) • Centro Médico Auna sede Servimédicos • Clínica Auna sede Chiclayo • Clínica Auna sede Camino Real (2) • Oncocenter - Sede San Borja (2) • Oncocenter - Clínica Oncosalud(2) • Oncocenter - Radio Oncología Sede San Isidro(2) • Oncocenter - Radio Oncología Sede Delgado(2) • R y R Patólogos Asociados (2) • Petscan Perú CAMSA (2)	• Clínica Delgado Auna • Clínica Auna sede Bellavista • Clínica Auna sede Vallesur • Clínica Auna sede Miraflores • Clínica Auna sede Guardia Civil • Centro Médico Auna sede Miraflores • Oncocenter - Centro de Bienestar Auna(1) • Centro Médico Auna sede Servimédicos • Clínica Auna sede Chiclayo • Clínica Auna sede Camino Real (2) • Oncocenter - Sede San Borja (2) • Oncocenter - Clínica Oncosalud(2) • Oncocenter - Radio Oncología Sede San Isidro(2) • Oncocenter - Radio Oncología Sede Delgado(2) • R y R Patólogos Asociados (2) • Petscan Perú CAMSA (2)	• Clínica Delgado Auna • Clínica Auna sede Bellavista • Clínica Auna sede Vallesur • Clínica Auna sede Miraflores • Clínica Auna sede Guardia Civil • Centro Médico Auna sede Miraflores • Oncocenter - Centro de Bienestar Auna(1) • Centro Médico Auna sede Servimédicos • Clínica Auna sede Chiclayo • Clínica Auna sede Camino Real (2) • Oncocenter - Sede San Borja (2) • Oncocenter - Clínica Oncosalud(2) • Oncocenter - Radio Oncología Sede San Isidro(2) • Oncocenter - Radio Oncología Sede Delgado(2) • R y R Patólogos Asociados (2) • Petscan Perú CAMSA (2)

(1) Atención exclusiva para chequeos preventivos en Lima

(2) Atención exclusiva para casos oncológicos

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. Declaración de **CONDICIÓN DE FUMADOR** incluida en la solicitud de afiliación, según corresponda.
6. **PLAN DE SALUD** primario **PEAS**

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

En cualquier momento, la **IAFAS** podrá solicitar a los **AFILIADOS** que hayan consignado la **CONDICIÓN NO FUMADOR** en la solicitud de afiliación la realización obligatoria de la prueba de nicotina y/o sus metabolitos que la **IAFAS** establezca sin costo alguno en cualquiera de los establecimientos asignados por la **IAFAS**. Los resultados no deben tener una antigüedad mayor a cuarenta y ocho (48) horas posteriores a la solicitud por parte de la **IAFAS**.

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 **CONDICIÓN DE FUMADOR**, 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 COMERCIALES** a favor del **CONTRATANTE**, en tanto este último formule su desistimiento, por la vía comunicacional que considere conveniente, dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de notificación de las limitaciones particulares formuladas por la **IAFAS**.

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

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

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

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

PRESTACIONES GENERALES DE SALUD

ATENCIÓN AMBULATORIA (Consulta presencial)	Clínica Delgado Auna	Clínica Auna Sede Guardia Civil	Clínica Auna Sede Chiclayo	Clínica Auna Sede Vallesur Clínica Auna Sede Miraflores(1)	Clínica Auna Sede Bellavista	Centro Médico Auna Sede Servimédicos
Plan Classic						
Deducible por consulta	**No aplica**	S/ 65		S/ 50	S/ 40	
Cobertura	**No aplica**	75%		80%		
Copago	**No aplica**	25%		20%		
Prestaciones cubiertas	Exámenes auxiliares de laboratorio, diagnóstico por imágenes, procedimientos ambulatorios, cirugía ambulatoria y farmacia, incluyendo tiras reactivas(2)					
Plan Premium - Plan Senior						
Deducible por consulta	S/ 90	S/ 65		S/ 50	S/ 40	
Cobertura	70%	75%		80%		
Copago	30%	25%		20%		
Prestaciones cubiertas	Exámenes auxiliares de laboratorio, diagnóstico por imágenes, procedimientos ambulatorios, cirugía ambulatoria y farmacia, incluyendo tiras reactivas(2)					

ATENCIÓN TELECONSULTA	Clínica Delgado Auna	Clínica Auna Sede Guardia Civil	Clínica Auna Sede Chiclayo	Clínica Auna Sede Vallesur Clínica Auna Sede Miraflores(1)	Clínica Auna Sede Bellavista	Centro Médico Auna Sede Servimédicos
Plan Classic						
Deducible por Teleconsulta	**No aplica**	S/ 65		S/ 50	S/ 40	
Cobertura	**No aplica**	75%		80%		
Copago	**No aplica**	25%		20%		
Prestaciones cubiertas	Exámenes auxiliares de laboratorio, diagnóstico por imágenes, procedimientos ambulatorios y farmacia, incluyendo tiras reactivas(2)					
Plan Premium - Plan Senior						
Deducible por Teleconsulta	S/ 90	S/ 65		S/ 50	S/ 40	
Cobertura	70%	75%		80%		
Copago	30%	25%		20%		
Prestaciones cubiertas	Exámenes auxiliares de laboratorio, diagnóstico por imágenes, procedimientos ambulatorios y farmacia, incluyendo tiras reactivas(2)					

ATENCIÓN POR EMERGENCIA NO ACCIDENTAL	Clínica Delgado Auna	Clínica Auna Sede Guardia Civil	Clínica Auna Sede Chiclayo	Clínica Auna Sede Vallesur Clínica Auna Sede Miraflores[1]	Clínica Auna Sede Bellavista	Centro Médico Auna Sede Servimédicos
Plan Classic						
Deducible por emergencia no accidental	**No aplica**	S/ 75		S/ 50	S/ 40	**No aplica**
Cobertura	**No aplica**	75%		80%		**No aplica**
Copago	**No aplica**	25%		20%		**No aplica**
Prestaciones cubiertas	Exámenes auxiliares de laboratorio, diagnóstico por imágenes, procedimientos ambulatorios y farmacia[2]					
Plan Premium - Plan Senior						
Deducible por emergencia no accidental	S/ 100	S/ 75		S/ 50	S/ 40	**No aplica**
Cobertura	70%	75%		80%		**No aplica**
Copago	30%	25%		20%		**No aplica**
Prestaciones cubiertas	Exámenes auxiliares de laboratorio, diagnóstico por imágenes, procedimientos ambulatorios y farmacia[2]					

ATENCIÓN POR EMERGENCIA ACCIDENTAL	Clínica Delgado Auna	Clínica Auna Sede Guardia Civil	Clínica Auna Sede Chiclayo	Clínica Auna Sede Vallesur Clínica Auna Sede Miraflores[1]	Clínica Auna Sede Bellavista	Centro Médico Auna Sede Servimédicos
Plan Classic						
Deducible por emergencia accidental	**No aplica**	Sin deducible				**No aplica**
Cobertura	**No aplica**	100%				**No aplica**
Plan Premium - Plan Senior						
Deducible por emergencia accidental	Sin deducible					**No aplica**
Cobertura	100%					**No aplica**
Prestaciones cubiertas	Emergencias que inician atención en clínica dentro de las primeras 24 horas de ocurrido el accidente, hasta la estabilización del paciente. Aplica continuidad en clínica de la emergencia accidental ambulatoria hasta máximo 90 días calendario. Derivación hospitalaria por emergencia según condiciones de hospitalización.					
Reembolso	Sin deducible al 50%					
Prestaciones cubiertas	Emergencias que inician atención en clínica dentro de las primeras 24 horas de ocurrido el accidente, hasta la estabilización del paciente.					

ATENCIÓN DE MÉDICO A DOMICILIO (SÓLO LIMA)	APLICA PARA LA RED DE ATENCIÓN DE MÉDICO A DOMICILIO DEL PRESENTE CONTRATO
Deducible por consulta	S/ 40
Cobertura	80%
Copago	20%
Prestaciones cubiertas	Consulta a domicilio en la especialidad de medicina general, pediatría y para medicamentos bajo modalidad de botiquín. No incluye laboratorio ni exámenes auxiliares.

CHEQUEO MÉDICO ANUAL	Clínica Auna Sede Chiclayo	Clínica Auna Sede Vallesur Clínica Auna Sede Miraflores[1]	Centro Médico Auna Sede Servimédicos	Centros de Bienestar Auna (Solo Lima)
Plan Classic – Plan Premium – Plan Senior				
Deducible por consulta	S/ 65	S/ 50	S/ 40	
Cobertura	100%			
Prestaciones cubiertas	Chequeo detallado **(El detalle se encuentra en la web https:// marketing.oncosalud.pe/documentos-interes)**			

ATENCIÓN HOSPITALARIA	Clínica Delgado Auna	Clínica Auna Sede Guardia Civil	Clínica Auna Sede Chiclayo	Clínica Auna Sede Vallesur Clínica Auna Sede Miraflores[1]	Clínica Auna Sede Bellavista	Centro Médico Auna Sede Servimédicos
Plan Classic						
Deducible por hospitalización	**No aplica**	S/ 400	S/ 270	S/ 270	S/ 210	**No aplica**
Cobertura	**No aplica**	80%				**No aplica**
Copago	**No aplica**	20%				**No aplica**
Prestaciones cubiertas	Honorarios médicos, procedimientos hospitalarios quirúrgicos y no quirúrgicos, sala de operaciones, sala de recuperación, hotelería, exámenes de laboratorio, diagnóstico por imágenes, farmacia hospitalaria (2) y material médico.					
Plan Premium - Plan Senior						
Deducible por hospitalización	S/ 530	S/ 400	S/ 270	S/ 270	S/ 210	**No aplica**
Cobertura	80%					**No aplica**
Copago	20%					**No aplica**
Prestaciones cubiertas	Honorarios médicos, procedimientos hospitalarios quirúrgicos y no quirúrgicos, sala de operaciones, sala de recuperación, hotelería, exámenes de laboratorio, diagnóstico por imágenes, farmacia hospitalaria [2] y material médico.					

ATENCIÓN DE MATERNIDAD No aplica para el Plan Senior	Clínica Delgado Auna	Clínica Auna Sede Guardia Civil	Clínica Auna Sede Chiclayo	Clínica Auna Sede Vallesur Clínica Auna Sede Miraflores[1]	Clínica Auna Sede Bellavista	Centro Médico Auna Sede Servimédicos
Maternidad hospitalaria - Plan Classic (ver Anexo 6)						
Deducible por parto normal, cesárea y/o parto múltiple	**No aplica**	S/ 400	S/ 270		S/ 210	**No aplica**
Deducible por aborto, amenaza de aborto, complicaciones orgánicas y quirúrgicas del embarazo	**No aplica**	S/ 400	S/ 270		S/ 210	**No aplica**
Cobertura	**No aplica**	80%				**No aplica**
Copago	**No aplica**	20%				**No aplica**
Prestaciones cubiertas	Hospitalización[3], exámenes auxiliares, sala de parto y sala de bebé.					
Maternidad hospitalaria - Plan Premium (ver Anexo 6)						
Deducible por parto normal, cesárea y/o parto múltiple	S/ 530	S/ 400	S/ 270		S/ 210	**No aplica**

ATENCIÓN DE MATERNIDAD No aplica para el Plan Senior	**Clínica Delgado Auna**	**Clínica Auna Sede Guardia Civil**	**Clínica Auna Sede Chiclayo**	**Clínica Auna Sede Vallesur Clínica Auna Sede Miraflores[1]**	**Clínica Auna Sede Bellavista**	**Centro Médico Auna Sede Servimédicos**
Deducible por aborto, amenaza de aborto, complicaciones orgánicas y quirúrgicas del embarazo	S/ 530	S/ 400	S/ 270		S/ 210	**No aplica**
Cobertura	80%					**No aplica**
Copago	20%					**No aplica**
Prestaciones cubiertas	Hospitalización[3], exámenes auxiliares, sala de parto y sala de bebé.					
Maternidad ambulatoria - Plan Classic (ver Anexo 6)						
Deducible por consulta por control pre y postnatal	**No aplica**	S/ 65		S/ 50	S/ 40	**No aplica**
Cobertura	**No aplica**	75%		80%		**No aplica**
Copago	**No aplica**	25%		20%		**No aplica**
Prestaciones cubiertas	Consultas por control pre y postnatal, exámenes auxiliares y medicamentos derivados de los controles del embarazo, tamizaje neonatal básico.					
Maternidad ambulatoria - Plan Premium (ver Anexo 6)						
Deducible por consulta por control pre y postnatal	S/ 90	S/ 65		S/ 50	S/ 40	**No aplica**
Cobertura	70%	75%		80%		**No aplica**
Copago	30%	25%		20%		**No aplica**
Prestaciones cubiertas	Consultas por control pre y postnatal, exámenes auxiliares y medicamentos derivados de los controles del embarazo, tamizaje neonatal básico.					

ATENCIÓN DE MATERNIDAD No aplica para el Plan Senior	**Clínica Delgado Auna**	**Clínica Auna Sede Guardia Civil**	**Clínica Auna Sede Chiclayo**	**Clínica Auna Sede Vallesur Clínica Auna Sede Miraflores[1]**	**Clínica Auna Sede Bellavista**	**Centro Médico Auna Sede Servimédicos**
Psicoprofilaxis						
Plan Classic						
Deducible	**No aplica**	Sin deducible				**No aplica**
Cobertura	**No aplica**	100%				**No aplica**
Prestaciones cubiertas	Sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica[4]					
Plan Premium						
Deducible	Sin deducible					**No aplica**
Cobertura	100%					**No aplica**
Prestaciones cubiertas	Sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica[4]					

ATENCIÓN DE MATERNIDAD No aplica para el Plan Senior	**Clínica Delgado Auna**	**Clínica Auna Sede Guardia Civil**	**Clínica Auna Sede Chiclayo**	**Clínica Auna Sede Vallesur Clínica Auna Sede Miraflores[1]**	**Clínica Auna Sede Bellavista**	**Centro Médico Auna Sede Servimédicos**
Amenaza de Aborto y Complicaciones durante el embarazo - Plan Classic						
Deducible por Emergencia Médica	**No aplica**	S/ 75		S/ 50	S/ 40	**No aplica**
Cobertura	**No aplica**	75%		80%		**No aplica**
Copago	**No aplica**	25%		20%		**No aplica**
Deducible por Consulta Ambulatoria	**No aplica**	S/ 65		S/ 50	S/ 40	**No aplica**
Cobertura	**No aplica**	75%		80%		**No aplica**
Copago	**No aplica**	25%		20%		**No aplica**
Deducible por Hospitalización	**No aplica**	S/ 400	S/ 270		S/ 210	**No aplica**
Cobertura	No aplica	80%				**No aplica**
Copago	No aplica	20%				**No aplica**
Amenaza de Aborto y Complicaciones durante el embarazo - Plan Premium						
Deducible por Emergencia Médica	S/ 100	S/ 75		S/ 50	S/ 40	**No aplica**
Cobertura	70%	75%		80%		**No aplica**
Copago	30%	25%		20%		**No aplica**
Deducible por Consulta Ambulatoria	S/ 90	S/ 65		S/ 50	S/ 40	**No aplica**
Cobertura	70%	75%		80%		**No aplica**
Copago	30%	25%		20%		**No aplica**
Deducible por Hospitalización	S/ 530	S/ 400	S/ 270		S/ 210	**No aplica**
Cobertura	80%					**No aplica**
Copago	20%					**No aplica**

CONTROL DE NIÑO SANO No aplica para el Plan Senior	**Clínica Delgado Auna**	**Clínica Auna Sede Guardia Civil**	**Clínica Auna Sede Chiclayo**	**Clínica Auna Sede Vallesur Clínica Auna Sede Miraflores[1]**	**Clínica Auna Sede Bellavista**	**Centro Médico Auna Sede Servimédicos**
Plan Classic						
Evaluación médica mensual	**No aplica**	Sin deducible				**No aplica**
Cobertura	**No aplica**	80%				**No aplica**
Copago	**No aplica**	20%				**No aplica**
Prestaciones cubiertas	Medicamentos y/o exámenes auxiliares derivados de la consulta de control, según detalle del **Anexo 7**.					
Plan Premium						
Evaluación médica mensual	Sin deducible					**No aplica**
Cobertura	80%					**No aplica**
Copago	20%					**No aplica**
Prestaciones cubiertas	Medicamentos y/o exámenes auxiliares derivados de la consulta de control, según detalle del **Anexo 7**.					

INMUNIZACIONES	APLICA PARA LA RED DE ATENCIÓN DE INMUNIZACIONES DEL PRESENTE CONTRATO
Plan Classic - Plan Premium	
Esquema de Inmunización Niños	Sin deducible
Cobertura	80%
Copago	20%
Prestaciones cubiertas	Incluye vacunas, según detalle del **Anexo 8**, así como la aplicación de las mismas.
Plan Senior	
Esquema de Inmunización Adulto Mayor	Sin deducible
Cobertura	100%
Prestaciones cubiertas	Incluye vacunas, según detalle del **Anexo 8**, así como la aplicación de las mismas.

ATENCIÓN POR ENFERMEDADES CONGÉNITAS PARA RECIÉN NACIDOS No aplica para el Plan Senior	Clínica Delgado Auna	Clínica Auna Sede Guardia Civil	Clínica Auna Sede Chiclayo	Clínica Auna Sede Vallesur Clínica Auna Sede Miraflores(1)	Clínica Auna Sede Bellavista	Centro Médico Auna Sede Servimédicos
Plan Classic						
Deducible por Consulta Ambulatoria	**No aplica**	S/ 65		S/ 50	S/ 40	**No aplica**
Cobertura	**No aplica**	75%		80%	**No aplica**	
Copago	**No aplica**	25%		20%	**No aplica**	
Tope	**No aplica**	Hasta S/ 17,000 (no inc. IGV) como beneficio máximo anual.				**No aplica**
Deducible por Hospitalización	**No aplica**	S/ 400		S/ 270	S/ 210	**No aplica**
Cobertura	**No aplica**	80%				**No aplica**
Copago	**No aplica**	20%				**No aplica**
Tope	**No aplica**	Hasta S/ 17,000 (no inc. IGV) como beneficio máximo anual.				**No aplica**
Prestaciones cubiertas	Según condiciones ambulatorias y/u hospitalarias, según corresponda, hasta el primer año de vida.					
Plan Premium						
Deducible por Consulta Ambulatoria	S/ 90	S/ 65		S/ 50	S/ 40	**No aplica**
Cobertura	70%	75%		80%		**No aplica**
Copago	30%	25%		20%		**No aplica**
Tope	Hasta S/ 17,000 (no inc. IGV) como beneficio máximo anual.					**No aplica**
Deducible por Hospitalización	S/ 530	S/ 400		S/ 270	S/ 210	**No aplica**
Cobertura	80%					**No aplica**
Copago	20%					**No aplica**
Tope	Hasta S/ 17,000 (no inc. IGV) como beneficio máximo anual.					**No aplica**
Prestaciones cubiertas	Según condiciones ambulatorias y/u hospitalarias, según corresponda, hasta el primer año de vida.					

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	APLICA PARA LA RED DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DEL PRESENTE CONTRATO
Deducible por consulta	S/ 40
Cobertura	100%
Prestaciones cubiertas	- Examen odontológico (incluye odontograma). - Profilaxis anual (incluye limpieza, incluye limpieza manual simple sin uso de cavitrón o equivalentes, solo una vez durante la vigencia anual). - Fluorización anual (para niños hasta 12 años).
Deducible por pieza tratada y terminada	S/ 40
Cobertura	80%
Copago	20%
Prestaciones cubiertas	Pulpotomías, pulpectomías, endodoncias, extracciones simples y obturaciones que incluye colocación de amalgamas y resinas.
Deducible por otros servicios odontológicos	Sin deducible
Cobertura	80%
Copago	20%
Prestaciones cubiertas	- Radiografías por placa. - Sellantes (para niños hasta 12 años).

PRÓTESIS INTERNAS, IMPLANTES INTERNOS Y MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS	Clínica Delgado Auna	Clínica Auna Sede Guardia Civil	Clínica Auna Sede Chiclayo	Clínica Auna Sede Vallesur Clínica Auna Sede Miraflores(1)	Clínica Auna Sede Bellavista	Centro Médico Auna Sede Servimédicos
Plan Classic						
Deducible	**No aplica**	Sin deducible				**No aplica**
Cobertura	**No aplica**	80%				**No aplica**
Copago	**No aplica**	20%				**No aplica**
Tope	**No aplica**	Hasta S/ 5,000 (no inc. IGV) como beneficio máximo anual				**No aplica**
Prestaciones cubiertas	Las prótesis cubiertas son las siguientes: cadera, codo, dedo, hombro, muñeca, rodilla y tobillo.					
Plan Premium - Plan Senior						
Deducible	Sin deducible					**No aplica**
Cobertura	80%					**No aplica**
Copago	20%					**No aplica**
Tope	Sin tope de beneficio máximo anual					**No aplica**
Prestaciones cubiertas	Las prótesis cubiertas son las siguientes: cadera, codo, dedo, hombro, muñeca, rodilla y tobillo.					

PSIQUIATRÍA No aplica para el Plan Senior	Clínica Delgado Auna	Clínica Auna Sede Guardia Civil	Clínica Auna Sede Chiclayo	Clínica Auna Sede Vallesur Clínica Auna Sede Miraflores(1)	Clínica Auna Sede Bellavista	Centro Médico Auna Sede Servimédicos
Plan Classic						
Deducible	**No aplica**	**No aplica**	S/ 65	S/ 50	S/ 40	
Prestaciones cubiertas	No cubre psicoterapias, medicamentos, hospitalizaciones, ni tratamientos por emergencias.					
Plan Premium						
Deducible	S/ 90	**No aplica**	S/ 65	S/ 50	S/ 40	
Prestaciones cubiertas	No cubre psicoterapias, medicamentos, hospitalizaciones, ni tratamientos por emergencias.					

PREEXISTENCIAS	Clínica Delgado Auna	Clínica Auna Sede Guardia Civil	Clínica Auna Sede Chiclayo	Clínica Auna Sede Vallesur Clínica Auna Sede Miraflores[1]	Clínica Auna Sede Bellavista	Centro Médico Auna Sede Servimédicos
Plan Classic						
Deducible por Atención Ambulatoria	**No Aplica**	S/ 65		S/ 50	S/ 40	
Deducible por Atención Hospitalaria	**No Aplica**	S/ 400	S/ 270	S/ 270	S/ 210	**No aplica**
Cobertura	50%					
Copago	50%					
Tope	Hasta S/ 34,000 (no inc. IGV) como beneficio máximo anual.					
Prestaciones cubiertas	Se cubrirán los gastos médicos (atenciones ambulatorias y/o hospitalarias) bajo las condiciones del programa.					
PREEXISTENCIAS	**Clínica Delgado Auna**	**Clínica Auna Sede Guardia Civil**	**Clínica Auna Sede Chiclayo**	**Clínica Auna Sede Vallesur Clínica Auna Sede Miraflores[1]**	**Clínica Auna Sede Bellavista**	**Centro Médico Auna Sede Servimédicos**
Plan Premium - Plan Senior						
Deducible por Atención Ambulatoria	S/ 90	S/ 65		S/ 50	S/ 40	
Deducible por Atención Hospitalaria	S/ 530	S/ 400	S/ 270	S/ 270	S/ 210	**No aplica**
Cobertura	50%					
Copago	50%					
Tope	Hasta S/ 34,000 (no inc. IGV) como beneficio máximo anual.					
Prestaciones cubiertas	Se cubrirán los gastos médicos (atenciones ambulatorias y/o hospitalarias) bajo las condiciones del programa.					

[1] Se considera tanto el Centro Médico Miraflores como la Clínica Miraflores. Para mayor detalle ver red de atención.

[2] Según tratamiento farmacológico de Guía de Práctica Clínica vigente.

[3] Según las condiciones de la cobertura de atención hospitalaria detalladas en el **PLAN DE SALUD.**

[4] La duración del programa de psicoprofilaxis está sujeto a las condiciones de la **IPRESS** elegida.

Importante:

El alcance de las coberturas de los planes Classic, Premium y Senior está sujeto a la capacidad resolutiva de la IPRESS elegida.

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

PRESTACIONES GENERALES ONCOLÓGICAS

PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA AMBULATORIO Y HOSPITALARIO PRESTACIONES GENERALES	PLAN CLASSIC	PLAN PREMIUM	PLAN SENIOR
Honorarios médicos por consultas o teleconsultas, intervenciones quirúrgicas o visita domiciliaria, ayudantía o administración de anestesia.	100%	100%	100%
Quimioterapia[1]: Medicamentos antineoplásicos convencionales, materiales e insumos (incluyendo catéteres permanentes, líneas de infusión, entre otros) y servicios relacionados a su administración. Incluye la pre medicación y vitaminas que formen parte del esquema de quimioterapia.	100%	100%	100%
Terapia modificadora de respuesta biológica o blanco dirigida[1]: *-Anticuerpos monoclonales* *-Inhibidores de enzimas kinasas y proteosomas* *-Inmunoterapia (BCG)* *-Citocinas (Interferones e Interleucinas)* *-Factor estimulante de colonias de células blancas (Filgrastim)* *-Inmunomoduladores*	80%	100%	100%
Medicamentos no oncológico, dispositivos médicos para el tratamiento oncológicos, materiales e insumos relacionados con el tratamiento oncológico[1].Incluyendo albúmina humana.	100%	100%	100%
Radioterapia: Radioterapia Tridimensional, Arcoterapia Volumétrica de Intensidad Modulada, Radioterapia de Intensidad Modulada, Radiocirugía Estereotáxica, Radioterapia Estereotáxica Extra Cerebral, Radioterapia IntraOperatoria, Braquiterapia de Alta Tasa de Dosis. Servicio solo disponible en Lima.	100%	100%	100%
Trasplante de Médula Ósea histocompatible: Incluye cobertura de estudios de histocompatibilidad solo del **AFILIADO** receptor. No incluye estudio u otros gastos relacionados a los donantes.	80%	100%	100%
Servicios de apoyo al tratamiento: Exámenes de laboratorio, imágenes, anatomía patológica e inmunohistoquímica.	100%	100%	100%
Estudios de Medicina Nuclear: Gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela.	100%	100%	100%

[1]Se cubrirán los medicamentos únicamente listados en el "Listado de medicamentos para el tratamiento del cáncer"

PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA AMBULATORIO Y HOSPITALARIO PRESTACIONES GENERALES	PLAN CLASSIC	PLAN PREMIUM	PLAN SENIOR
Tomografía por emisión de positrones (PET Scan): Incluye el examen de valoración previa y la sustancia radioactiva FDG. Servicio disponible solo en Lima.	100%	100%	100%
Servicios de la unidad de Cuidados Continuos a domicilio: Cuidados paliativos y terapias del dolor, así como Continuidad de tratamiento hospitalario en domicilio. Servicio disponible solo en Lima y según los límites geográficos establecidos.	100%	100%	100%
Transfusión sanguínea y hemoderivados (glóbulos rojos, plaquetas, plasma), se cubrirán las pruebas de tamizaje, procesamiento en banco de sangre, pruebas cruzadas y los insumos necesarios solo de la transfusión de aquellas unidades efectivamente transfundidas	80%	100%	100%
Nutrición Parenteral Total (NPT): Solo durante la estancia hospitalaria hasta un máximo de tres (03) semanas.	100%	100%	100%
Nutrición Enteral (NE): Solo durante la estancia hospitalaria hasta un máximo de tres (03) semanas.	100%	100%	100%
Kit de colostomía e ileostomía insumo y equipamiento a pacientes con colostomía o ileostomía.	100%	100%	100%
Cirugía reconstructiva oncológica ante secuela mutilante para pacientes de cáncer de piel y tejidos blandos del sistema musculo esquelético, inclusive en cara y por amputación de extremidades (no incluye genitales), en el mismo acto operatorio extractivo y no cosmético.	100%	100%	100%
Material de Osteosíntesis para pacientes con fracturas patológicas por metástasis ósea o cáncer óseo	80%	100%	100%
Prótesis internas quirúrgicamente necesarias	100%	100%	100%

PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS ONCOLÓGICAS

PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA AMBULATORIO Y HOSPITALARIO OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS (Solo en RED AUNA y previa autorización por la IAFAS)	PLAN CLASSIC	PLAN PREMIUM	PLAN SENIOR
Cirugía de cáncer no biopsiable: En caso de alta sospecha de neoplasia maligna primaria de encéfalo, páncreas, riñón, ovario y testículo.	100%	100%	100%
Biopsia de descarte de cáncer de mama en caso de alta sospecha de neoplasia maligna.	No cubre	100%	100%

PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA AMBULATORIO Y HOSPITALARIO OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS (Solo en RED AUNA y previa autorización por la IAFAS)	PLAN CLASSIC	PLAN PREMIUM	PLAN SENIOR
Prueba de expresión genética para cáncer de mama.	No cubre	100%	100%
Reconstrucción mamaria y pezón para pacientes con mastectomía radical por cáncer de mama. Servicio disponible solo en Lima.	No cubre	100%	No cubre
Prótesis de mama para pacientes con mastectomía radical por cáncer de mama. Por única vez por mama.	No cubre	100%	No cubre
Medicina Integrativa: Dentro de las prestaciones cubiertas, se encuentran las siguientes: - Psicooncología para pacientes y familiares directos. Incluye cinco (05) sesiones programadas por año. Solo en **RED AUNA**. - Orientación nutricional para pacientes y familiares directos. Incluye cinco (05) sesiones programadas por año. Solo en **RED AUNA**.	100%	100%	100%
Terapia física: En el hombro y brazo para el tratamiento de linfedema posterior a mastectomía radical por cáncer de mama; post cirugía mutilante de tejidos blandos en extremidades; fisioterapia respiratoria post cirugía por cáncer pulmonar. Hasta un máximo de doce (12) sesiones durante los tres (03) meses posteriores a la cirugía antes descrita.	100%	100%	100%
Foniatría, hasta doce (12) sesiones programadas. Servicio disponible solo en Lima.	No cubre	100%	100%
Prótesis Testicular post orquidectomia para pacientes de cáncer de testículo y próstata.	No cubre	100%	No cubre
Segunda Opinión Médica Nacional: Bajo revisión de la junta médica permanente de la IAFAS y con el soporte de los comités multidisciplinarios de alta complejidad de la **RED AUNA**.	100%	100%	100%
Segunda Opinión Médica Internacional: Bajo solicitud de la junta médica permanente de la **IAFAS**, que podrá solicitar la valoración del caso (revisión del expediente) a una institución de prestigio internacional determinada por la **IAFAS**.	No cubre	100%	No cubre
Ambulancia terrestre al alta hospitalaria, para pacientes postrados o imposibilitados de desplazarse. Servicio disponible solo en Lima y según los límites geográficos establecidos.	100%	100%	100%

PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA AMBULATORIO Y HOSPITALARIO OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS (Solo en RED AUNA y previa autorización por la IAFAS)	PLAN CLASSIC	PLAN PREMIUM	PLAN SENIOR
Traslado para pacientes radicados fuera de Lima: Un (01) boleto aéreo (ida y vuelta en vuelo comercial) al año, para aquellos pacientes domiciliados en provincias (según dirección estipulada en DNI) y con destino al lugar de tratamiento.	No cubre	100%	No cubre
Alimentación para un acompañante de pacientes pediátricos (hasta los 17 años) durante el tiempo que dure la hospitalización. Solo en **RED AUNA**.	No cubre	100%	No cubre
Tutoría médica y ejecutiva de acompañamiento al paciente.	100%	100%	100%

BENEFICIOS ADICIONALES

BENEFICIOS ADICIONALES RED AUNA	PLAN CLASSIC	PLAN PREMIUM	PLAN SENIOR
Tarifas y descuentos preferenciales	El detalle de las tarifas y descuentos preferenciales de los servicios que incluye se encuentra publicado en la página web: **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes**.		

IMPORTANTE:

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

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

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

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

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

PERÍODOS DE ESPERA

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

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

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

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

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

ANEXO 2: APORTES Y CONDICIONES DE AFILIACIÓN

De acuerdo a la Cláusula Décimo Segunda de las **CLÁUSULAS GENERALES**, el **CONTRATANTE** deberá pagar los siguientes aportes de acuerdo a la modalidad de pago elegida.

Los aportes están expresados en soles e incluyen IGV.

RANGO DE EDAD	PLAN CLASSIC					
	PAGO ANUAL (AFILIACIÓN Y RENOVACIÓN)		PAGO MENSUAL RECURRENTE (AFILIACIÓN Y RENOVACIÓN)			
	EFECTIVO O T. CRÉDITO		TARJETA DE CRÉDITO		TARJETA DE DÉBITO/ CARGO EN CUENTA	
	Tarifa No Fumador	Tarifa Fumador	Tarifa No Fumador	Tarifa Fumador	Tarifa No Fumador	Tarifa Fumador
0 - 17	1,153.56	1,269.00	101.20	111.32	111.31	122.45
18 - 25	1,371.24	1,508.28	120.17	132.18	132.82	146.11
26 - 35	1,530.36	1,683.60	134.08	147.50	148.00	162.80
36 - 40	1,707.36	1,878.00	149.27	164.20	164.44	180.89
41 - 45	2,249.64	2,474.64	197.34	217.07	217.07	238.78
46 - 50	2,640.96	2,905.08	231.47	254.62	255.51	281.06
51 - 55	3,432.00	3,775.08	301.05	331.14	331.43	364.57
56 - 60	4,113.72	4,525.08	360.50	396.55	397.20	436.93
61 - 65 (*)	4,614.48	5,075.88	404.79	445.27	445.26	489.79
66 - 70 (*)	5,277.96	5,805.84	462.98	509.29	509.76	560.75
71 - 75 (*)	6,071.16	6,678.24	532.56	585.82	585.81	644.40
76 - 80 (*)	7,051.68	7,757.04	618.58	680.44	680.54	748.60
81 - 120 (*)	8,263.08	9,089.40	724.84	797.33	797.31	877.06

RANGO DE EDAD	PLAN PREMIUM					
	PAGO ANUAL (AFILIACIÓN Y RENOVACIÓN)		PAGO MENSUAL RECURRENTE (AFILIACIÓN Y RENOVACIÓN)			
	EFECTIVO O T. CRÉDITO		TARJETA DE CRÉDITO		TARJETA DE DÉBITO/ CARGO EN CUENTA	
	Tarifa No Fumador	Tarifa Fumador	Tarifa No Fumador	Tarifa Fumador	Tarifa No Fumador	Tarifa Fumador
0 - 17	1,908.96	2,099.88	167.45	184.21	184.41	202.87
18 - 25	2,277.72	2,505.60	199.81	219.80	219.79	241.78
26 - 35	2,540.88	2,795.04	222.89	245.18	245.17	269.70
36 - 40	2,831.88	3,115.08	248.32	273.16	273.17	300.51
41 - 45	3,726.12	4,098.84	326.86	359.55	359.55	395.51
46 - 50	4,384.56	4,823.04	384.61	423.08	423.07	465.38
51 - 55	5,135.04	5,648.52	450.44	495.49	495.48	545.04
56 - 60	,530.08	6,083.04	485.10	533.61	533.61	586.97
61 - 65 (*)	5,661.48	6,227.52	496.63	546.29	546.28	600.92
66 - 70 (*)	6,780.96	7,459.08	594.83	654.31	654.30	719.74
71 - 75 (*)	7,768.44	8,545.32	681.45	749.60	749.58	824.55
76 - 80 (*)	8,821.68	9,704.04	773.84	851.24	851.23	936.35
81 - 120 (*)	9,901.56	10,891.68	868.56	955.42	955.41	1,050.96

(*) Solo aplica en renovaciones para los planes Classic y Premium.

RANGO DE EDAD	PLAN SENIOR					
	PAGO ANUAL (AFILIACIÓN Y RENOVACIÓN)		PAGO MENSUAL RECURRENTE (AFILIACIÓN Y RENOVACIÓN)			
	EFECTIVO O T. CRÉDITO		TARJETA DE CRÉDITO		TARJETA DE DÉBITO/ CARGO EN CUENTA	
	Tarifa No Fumador	Tarifa Fumador	Tarifa No Fumador	Tarifa Fumador	Tarifa No Fumador	Tarifa Fumador
61 - 65	5,517.60	6,069.36	484.00	532.40	532.39	585.63
66 - 70	6,699.24	7,369.20	587.40	646.14	646.62	711.27
71 - 75	7,674.48	8,441.88	673.20	740.52	740.52	814.57
76 - 80	8,815.56	9,697.08	773.30	850.63	851.16	936.28
81 - 120	10,257.60	11,283.48	899.80	989.78	989.77	1,088.76

1. MODIFICACIONES A LA AFILIACIÓN

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

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

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

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

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

En caso el **CONTRATANTE** desee modificar la modalidad, medio de pago y/o **CONDICIÓN DE NO FUMADOR** a **CONDICIÓN DE FUMADOR** 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.**

2. DE LA ACTUALIZACIÓN DE DATOS

El **CONTRATANTE** asume la responsabilidad de comunicar debidamente a la **IAFAS** a través de los medios de comunicación señalados en el **Anexo 9** (físicos, electrónicos, telefónicos y/o cualquier otro permitido por la legislación nacional), toda actualización o cambio en lo referente a sus datos personales o de contacto, así como sobre sus medios de pago, para evitar cualquier perjuicio en las comunicaciones, reconocimiento y atención de sus beneficios correspondientes al programa y plan contratado.

3. DE LA DESAFILIACIÓN

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

A. Por la culminación del supuesto de hecho que le daba la condición de **AFILIADO**.

B. Por la extinción del **CONTRATO** de Prestaciones de Servicios de Salud por las causales de caducidad, no renovación, resolución, rescisión, o nulidad del **CONTRATO**.

Del mismo modo, el **CONTRATANTE** tiene el derecho a solicitar de forma libre y voluntaria su **DESAFILIACIÓN**. Para ello deberá comunicarse a la central telefónica de la **IAFAS** a la siguiente línea telefónica (01) 519-5000 en el horario de lunes a viernes de 8:00 am a 8:00 pm.

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

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

4. EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL CONTRATANTE O AFILIADOS

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

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

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

5. RESPONSABILIDAD DE PAGOS

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

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

Para cualquier modalidad de pago y/o forma de fraccionamiento de los **APORTES COMERCIALES** elegidas, ya sea abono directo o a través de instituciones financieras o terceros, el **CONTRATANTE** se obliga a cancelar dichas sumas dentro de los plazos

establecidos. En tal sentido, el **CONTRATANTE** se responsabiliza, a título personal, ante la IAFAS por cualquier deuda generada, inclusive cuando la misma se derive de hechos imputables a la entidad financiera o tercero al que delegó el pago de sus **APORTES COMERCIALES**.

Cualquier incumplimiento, tanto del **CONTRATANTE** como la entidad financiera o el tercero a través del cual se valga para hacer efectivo el pago de sus **APORTES COMERCIALES**, facultará a la **IAFAS** a suspender o resolver el **CONTRATO** según lo dispuesto en los términos establecidos por el mismo. En cualquier caso, será obligación exclusiva del **CONTRATANTE** la oportuna comunicación a la **IAFAS,** a través de los medios de comunicación señalados en el **Anexo 9**, de cualquier variación del medio de pago y/o la información relativa al mismo.

6. INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE APORTES COMERCIALES Y REHABILITACIÓN

A. 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.

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

C. Superado el transcurso de los noventa (90) días referidos en los párrafos precedentes, el **CONTRATO** se resolverá indefectiblemente y de forma automática.

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

7. MÉTODO DE REAJUSTE

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

Condiciones:

La aplicación del reajuste estará sujeta a cambios en la inflación médica y a los gastos relacionados a la operativa del producto.

La aplicación del reajuste es procedente siempre que la IAFAS cumpla con brindar la información correspondiente del reporte de siniestralidad debidamente sustentado y analizado, señalando las medidas orientadas a la racionalización del gasto. La evaluación de la siniestralidad y el reajuste de copagos y aportes se realizan de acuerdo a la normativa vigente.

8. SOBRE EL REAJUSTE DE APORTES Y/O COPAGOS

Conforme al artículo 141° del Código Civil, la respuesta sobre el reajuste de aportes y/o copagos a que se refiere la Cláusula Décimo Cuarta de las **CLÁUSULAS GENERALES** podrá formularse por el **CONTRATANTE** de manera expresa o tácita.

De manera expresa: mediante comunicación del **CONTRATANTE** que manifieste, por cualquier medio, su conformidad sobre el reajuste de los aportes y/o copagos.

De manera tácita: si el **CONTRATANTE** cumple con el pago de los aportes y/o copagos luego de la aplicación del reajuste comunicado previamente por la **IAFAS**.

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

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

1. Todo tipo de requerimiento prestacional que no sea ordenado o prescrito por el o los profesionales médicos designados previamente por la **IAFAS** y/o no hayan sido autorizadas previamente por esta, así como el tratamiento y/o manejo de las complicaciones, eventos adversos, efectos secundarios y otros que se puedan ocasionar o devenir de estos tratamientos e indicaciones médicas dadas y ejecutadas al margen de lo anteriormente establecido
2. Reintegro y/o pagos por servicios médicos y/o no médicos suministrados por terceros, por concepto de gastos ambulatorios, de hospitalización no quirúrgica, quirúrgica o gastos post-operatorios de cualquier índole.
3. Cualquier solicitud de cobertura y/o reintegro de gastos médicos, inclusive honorarios de médicos y/o asistenciales pactados directamente por el **AFILIADO**, así como cualquier tipo de gastos efectuados fuera de la red de atención autorizada por el programa, inclusive en el extranjero. No se reconocerán honorarios y/o tarifas por encima de lo pactado con los proveedores de salud, inclusive, sobrecostos de medicamentos, insumos, material médico o procedimientos diagnósticos o terapéuticos por encima de lo establecido entre la **IAFAS** y las **IPRESS**.
4. Alquiler de equipos o servicios no disponibles en la **IPRESS**, independientemente del diagnóstico y/o pertinencia médica.
5. Cualquier requerimiento o prestación médica cuyo propósito sea el chequeo médico y/o despistaje. salvo las prestaciones detalladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**. Así mismo, la cobertura sobre cualquier prestación, médica o quirúrgica, que no sean recuperativas ni rehabilitadoras.
6. Todos los gastos relacionados al incumplimiento de las indicaciones médicas por decisión del propio paciente, así como la automedicación en perjuicio de su curación y/o rehabilitación. No se cubren tratamientos, procedimientos o medicamentos otorgados o expedidos sin indicación o receta médica, ni cualquier estudio, tratamiento, análisis o procedimiento no relacionado directamente a un diagnóstico determinado.
7. Todo procedimiento, terapia o consulta que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria. Así como, prestaciones y tratamientos profilácticos, psicológicos, psiquiátricos, psicoterapéuticos, curas de reposo, cualquier tipo de tratamiento kinésico, de rehabilitación física o mental, odontológico, nutricional, salvo las prestaciones detalladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**. De la misma manera, las cirugías de neurotización, por ginecomastia, mastopexia y de simetrización u otras cirugías plásticas.
8. Lesiones autoinfligidas o producidas voluntariamente o estando mentalmente insano, intento de suicidio, peleas y riñas.
9. Todo tratamiento médico o quirúrgico de melasma, alopecia u otros trastornos dermatológicos estéticos, así como el retiro de tatuajes, piercing o similares.
10. No están cubiertos los tratamientos médicos y/o quirúrgicos de sobrepeso, obesidad, obesidad mórbida, raquitismo, anorexia nerviosa y los derivados de estos diagnósticos. No se cubre la liposucción, lipoescultura, lipotrasferencia e inyecciones reductoras de grasa u otros métodos liporeductores.
11. Epidemias declaradas como tales por el Ministerio de Salud o Pandemias declaradas por la OMS.

12. Cualquier tipo de cobertura de prestaciones médicas, inclusive accidentales, resultantes del uso o adicción a las drogas, estupefacientes, tabaquismo, ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares. Así como aquellas relacionadas a lesiones por accidentes que se produzcan en situación de embriaguez o bajo influencia de drogas registrados en la historia clínica y/o con el dosaje respectivo (caso del alcohol: nivel sérico > 0.5 g/L, según la Ley N° 27753). En caso el paciente se niegue a realizarse el examen de alcoholemia o toxicológico requerido, asumirá automáticamente la integralidad del gasto prestacional generado. En caso que la muestra para el examen de alcoholemia no sea tomada inmediatamente después del accidente, para calcular el grado de alcohol en la sangre al momento del accidente, se considerará una disminución por hora de 0.15g/L. desde el momento del accidente hasta la toma de la muestra. En el caso de situación bajo influencia de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos se considerará cualquier grado positivo de un examen toxicológico.
13. Cualquier requerimiento o prestación médica y/o quirúrgica consecuencia de la conducción de un vehículo motorizado sin contar con la licencia de conducir vigente que corresponda al tipo de vehículo según la normativa pertinente.
14. Cualquier tipo de lesiones, enfermedades, secuelas y/o complicaciones a consecuencia directa o indirecta surgidas de la ocupación u oficio del (los) **AFILIADO**(s), incluyendo accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, así como otras prestaciones cubiertas por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.
15. Lesiones o enfermedades a consecuencia de actos de guerra, revoluciones, así como los que resulten de la participación activa en motines, huelgas, conmoción civil, terrorismo o actos delictivos. Lesiones, enfermedades, secuelas y/o complicaciones, a consecuencia directa o indirecta de fusión o fisión nuclear, isótopos radioactivos o cualquier accidente nuclear.
16. Ecografías 3D y 4D, con excepción de aquellas indicadas durante la gestación, para el diagnóstico de malformaciones congénitas con sospecha debidamente sustentada a través de ecografía convencional. La cobertura y límites de estas prestaciones será la establecida en el beneficio de atención por enfermedades congénitas, detallado en las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO.**
17. Todo tipo de prestaciones diagnósticas o terapéuticas, equipos, insumos, suministros o fármacos u otras nuevas tecnologías que:
    - No se comercialicen o no se encuentren disponibles en el territorio nacional.
    - No cuenten con registro sanitario emitido por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), de la Administración de Alimentos y Drogas (Food and Drug Administration - FDA) y de la Agencia Europea de Medicamentos (European Medicines Agency -EMA), ni se comercialice en el territorio nacional.
    - No se recomienden en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA** detalladas en **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes**, en caso se cuente con **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** para la indicación solicitada y/o evaluada. De lo contrario se valorará la recomendación realizada por otras instituciones con prestigio internacional. En el caso de patologías oncológicas se considerará: Red Nacional Integral del Cancer (National Comprehensive Cancer Network - NCCN), Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención (National Institute for Health and Care Excellence - NICE), Sociedad Americana de Oncología Médica (American Society of Clinical Oncology - ASCO), Sociedad Europea de Oncología Médica (European Society for Medical Oncology - ESMO) u otras, siempre que la recomendación realizada cuente con un respaldo de evidencia científica de nivel IIA.

- No hayan alcanzado el nivel de evidencia 2A en Medicina Basada en Evidencia de la Agency for Healthcare Reserch and Quality – AHRQ, para el caso de patologías no oncológicas.
- No hayan concluido exitosamente el **ENSAYO CLÍNICO DE FASE III**. Siempre que el estudio cuente con respaldo de resultados de eficacia y seguridad de un ensayo clínico Fase III respecto a un comparador válido para la **RED AUNA** y que sea autorizado por la **IAFAS**.

18. Medicina tradicional de cualquier tipo, ni tratamientos homeopáticos, recetario magistral, iriología, reflexología y en general tratamientos de medicina alternativa o complementaria, incluyendo acupuntura, quiropráxia y similares, así mismo, cuidados y tratamientos de rehabilitación en gimnasios y afines. De la misma forma queda excluido cualquier tipo de tratamiento de naturaleza experimental o empírico.
19. Nimodipino se cubre sólo en casos de hemorragia subaracnoidea. Vacunas distintas a las mencionadas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO,** con excepción de la vacuna antitetánica y antirrábica bajo indicación médica y bajo pertinencia médica; además de la inmunoglobulina anti D para el caso de la isoinmunización de la gestante debidamente sustentada en la historia clínica. Así como, inmunoprofilaxis, inmunoterapia y lisados bacterianos de cualquier tipo. No se cubren medicamentos inmunoestimulantes (inmunomoduladores, oligonucleótidos).
20. En caso de trastornos alérgicos, no se cubren procedimientos de desensibilización o pruebas relacionadas tales como prick test y/o test de alérgenos.
21. La cobertura sobre prestaciones relacionadas a condiciones de salud o enfermedades preexistentes a la suscripción del presente **CONTRATO** y/o enfermedades crónicas y sus reagudizaciones, inclusive si hubiesen sido reveladas durante la inscripción, siempre que no se ajustes a lo dispuesto en el Artículo 100 del reglamento de la Ley 29344 Ley Marco de aseguramiento universal en salud, en cuyo caso, su financiamiento está a cargo de la **IAFAS** que otorga cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud al **AFILIADO**.
22. Cualquier requerimiento de cobertura sobre prestaciones relacionadas a cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada y no resuelta en el momento previo a la presentación de la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**, así como aquellas que no cumplan las condiciones de continuidad de cobertura establecidas en el artículo 100 del Decreto Supremo Nº 008-2010-SA, así como las enfermedades oncológicas detectadas y/o incurridas antes de la culminación del **PERÍODO DE CARENCIA**, cuyo financiamiento deberá estar a cargo de la **IAFAS** que otorga cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud al **AFILIADO**. En caso esta cobertura resultase insuficiente, aplicará lo dispuesto en el artículo 5.2. de la Ley N° 31336, Ley Nacional del Cáncer. De no garantizarse la cobertura del Seguro Integral de Salud, se procederá con la resolución del **CONTRATO**.
23. La cobertura sobre prestaciones relacionadas a condiciones de salud o enfermedades preexistentes a la suscripción del presente **CONTRATO** y/o enfermedades crónicas y sus reagudizaciones, inclusive si hubiesen sido reveladas durante la inscripción, está a cargo de la **IAFAS** que otorga cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud al **AFILIADO.**
24. Prestaciones relacionadas con la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH, Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y el Síndrome Complejo Relativo al SIDA (SCRS), sus consecuencias y complicaciones.
25. Cualquier requerimiento de cobertura sobre prestaciones relacionadas a enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos y sus gastos derivados, definidas en el capítulo XVII del CIE 10 “Malformaciones Congénitas” que codifica las malformaciones congénitas.

Publicado en la página web de la Organización Mundial de Salud (**https://icd.who.int/browse10/2019/en**). El beneficio de enfermedades congénitas, no aplica en caso se trate de una gestación o recién nacido, concebido por inseminación artificial o cualquier tratamiento para fertilidad.

26. Gastos relacionados a circuncisión o postectomía. Salvo para los bebés nacidos bajo la cobertura del plan de salud, siempre que este tratamiento se realice durante los primeros noventa (90) días calendario desde el nacimiento.

27. Gastos relacionados a tratamientos y operaciones de carácter odontológico y/o cirugías bucales que afecten el componente estomatogmático; periodontitis, ortodoncia, gingivitis, a excepción de los causados por accidentes cubiertos por el **PLAN DE SALUD** y la cobertura de odontología. Así mismo, cualquier tipo de prótesis, obturadores palatinos o implantes dentales.

28. Adicionalmente, se excluyen tratamientos de periodoncia y ortodoncia, así como pernos, coronas, carillas, y afines, así como las consecuencias y/o complicaciones de su colocación y uso.

29. Cirugías odontológicas, cirugía bucal, ni alteraciones de la articulación témporo-mandibular, prognatismo, problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular y craneomandibular, desórdenes u otras alteraciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y los relacionados con ellos, aun cuando sean a consecuencia de un accidente.

30. Equipos médicos durables tales como: termómetro, tensiómetro, equipos de oxigenoterapia, respiradores, pulsoximetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP o similares, audífonos e implantes cocleares, prótesis ortopédicas externas. No se cubren glucómetro (equipo y tiras) salvo las prestaciones detalladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**. No están cubiertas las prótesis (sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés). No se cubren audífonos. De igual manera aparatos y equipos ortopédicos, zapatos ortopédicos, ortésicos, prótesis externas, equipos mecánicos o electrónicos, medias para varices, audífonos e implante coclear.

31. Monturas ni cristales y/o resinas, lentes de contacto, implantes oculares, lente estromal o cualquier otro dispositivo para trastornos de refracción, intra o extra ocular (con excepción de los casos de cataratas, en cuyo caso solo se cubrirá el lente intraocular monofocal no tórico). Cualquier tipo de prótesis o dispositivos incluyendo implantes o válvulas. Asimismo, intervenciones quirúrgicas (convencional o láser) para corrección de trastornos de refracción (tales como miopía, hipermetropía, astigmatismo o presbicia). Cualquier cirugía o procedimiento láser distinto al de corrección de trastornos de refracción se cubrirá a la tarifa del procedimiento convencional.

32. Hospitalizaciones para fines de curas de reposo o de sueño, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento. Así como equipos o dispositivos relacionados al estudio y/o tratamiento de transtornos del sueño, incluyendo Polisomnografía. No serán coberturados los electroencefalogramas para cefaleas.

33. Estudios de diagnóstico, tratamientos y procedimientos que tengan relación con problemas de esterilidad, fertilidad e infertilidad; así como, sus complicaciones y/o consecuencias, incluidos los gastos por fertilización. Asimismo, diagnóstico, estudios y tratamientos o cirugías para esterilización, fertilización (tanto en infertilidad primaria como secundaria), disfunción eréctil y cambio de sexo. En los casos de fertilización asistida documentada en la historia clínica de la madre o a través de documentación médica confiable relacionada a la gestación, no se cubrirá ninguna atención de maternidad de la madre ni tampoco las atenciones médicas por prematuridad de los hijos nacidos de la gestación asistida. No se cubrirán tampoco las secuelas relacionadas a la prematuridad

en estos niños. Asimismo, gastos relacionados a aborto inducido, no relacionado a las consideraciones legales nacionales de aborto terapéutico.

34. Insuficiencia o sustitución hormonal en casos de trastorno de crecimiento.
35. Gastos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades psiquiátricas y psicológicas definidas en el capítulo V del CIE-10 “Trastornos mentales y del comportamiento” de la OMS a excepción de los diagnósticos F00 al F10, F20, F32 y F41. Publicado en la página web de la Organización Mundial de Salud (**https://icd.who.int/browse10/2019/en**). Con excepción del beneficio de Psicooncología.
36. Trastornos del desarrollo psicomotor y del lenguaje de etiología adquirida a excepción de los causados por traumatismos o accidentes cerebrovasculares, en los que la terapia de rehabilitación se extenderá hasta un período máximo de ciento ochenta (180) días.
37. Tratamiento, procedimientos y operaciones derivadas de pie plano, varo, valgo, callos. Se exceptúa el tratamiento quirúrgico pertinente para Hallux Valgus adquirido.
38. Modificadores de la respuesta biológica, terapia biológica, blanco dirigida y similares de cualquier tipo, sean de naturaleza biológica, semisintética o sintética; tales como interferones, interleukinas, factor estimulante de colonias, antiangiogénicos, inmunomodulares, inmunoterapia y anticuerpos monoclonales. Así como inhibidores de enzimas, tales como tirosinkinasa, proteosomas u otros similares. Salvo lo detallado en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**, para las prestaciones oncológicas.
39. Leches maternizadas (excepto en casos de imposibilidad documentable de lactancia materna sólo durante los días de hospitalización del recién nacido y exclusivamente durante la etapa puerperal).
40. Alimentos o sustitutos alimenticios, aunque sea con fines terapéuticos.
41. Cremas, lociones faciales, sustancias exfoliativas, despigmentantes, jabones, shampúes, cremas neutras y bloqueadores solares. No se cubren lágrimas naturales (salvo casos de síndrome de ojo seco). Así como tratamiento médico o quirúrgico de várices de considerarse de naturaleza estética.
42. Gastos relacionados al suministro de implantes o injertos de origen biológico, salvo los suministros detallados en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**, que hagan referencia a las **COBERTURAS ONCOLÓGICAS** y **NO ONCOLÓGICAS**.
43. Cualquier trasplante de órganos, tejidos y células (incluyendo médula ósea), tanto su costo, como los gastos vinculados a cualquier prestación relacionada a los mismos. No están cubiertos tampoco el trasplante, infusión o implante de células madre indistintamente de la zona anatómica, su causa u origen. Asimismo, se encuentra fuera de cobertura cualquier gasto relacionado a criopreservación, almacenamiento, conservación, mantenimiento, preparación y/o acondicionamiento, así como el traslado y/o transporte, de órganos, tejidos o células, de igual manera cualquier gasto relacionado a prestaciones realizadas a donantes. Salvo los suministros detallados en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**, que hagan referencia a las **COBERTURAS ONCOLÓGICAS**.
44. Gastos relacionados con la adquisición de órganos o tejidos o células, tales como sangre y sus derivados como: paquetes de glóbulos rojos, plaquetas, plasma y factores de coagulación, así como sustitutos sanguíneos naturales o sintéticos de cualquier tipo. Cualquier gasto relacionado a la búsqueda o estudio de donantes, así como gastos relacionados por complicaciones médicas del proceso de extracción o colecta en el donante. De igual forma anticoagulantes, heparinoides, procoagulantes y eritropoyetina, con fines preventivos o profilácticos. Albúmina Humana (en cualquiera de sus

presentaciones), con excepción de los casos hospitalarios exclusivamente para los diagnósticos de gran quemado, peritonitis bacteriana espontánea, paracentesis de gran volumen y pacientes oncológicos.

45. Diálisis (Hemodiálisis y diálisis peritoneal) con excepción de los casos hospitalarios en los que sea necesario intercurrentemente, siempre que sea indicado por el staff médico de la **RED AUNA**, autorizado previamente por la **IAFAS**, y que cumpla con los criterios de pertinencia mencionados en el presente **CONTRATO**.
46. Suministro de nutrición parenteral y nutrición enteral (procedimiento, insumos y fórmula) y/o referidos a consultas nutricionales, salvo las expresamente señaladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO** en tratamiento oncológico y no oncológico, siempre que sea indicado por el staff médico de la **RED AUNA**, autorizado previamente por la **IAFAS**, y que cumpla con los criterios de pertinencia mencionados en el presente **CONTRATO**.
47. Fármacos como ansiolíticos, antipsicóticos, antidepresivos, vitaminas, suplementos alimenticios, suplementos nutricionales, productos naturales (hierbas y sus derivados, levaduras, probióticos, uso medicinal de cannabis), estimulantes del apetito, anabólicos, antioxidantes, productos geriátricos y reconstituyentes, neurotónicos y nootrópicos, productos naturales, homeopáticos, alternativos o productos no medicinales, así como cualquier otro producto o medicamento no relacionado a la enfermedad objeto de cobertura.
48. Suministro de cualquier tipo de medio de transporte y servicio de ambulancia. Salvo las expresamente señaladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
49. Gastos relacionados a acompañantes, mientras el **AFILIADO** se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, cama, alimentación, bazar y/o confort y similares, alquiler de unidades de calefacción, teléfono ni artefactos eléctricos, aire acondicionado, etc. Salvo lo señalado en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**, en referencia a la **COBERTURA ONCOLÓGICA HOSPITALARIA**.
50. Todo tipo de servicios de bazar y confort personal durante la hospitalización, como radios, televisores, teléfonos, consumos de frigobar, artículos personales o de higiene, pañales, toallas higiénicas, máquinas de afeitar, papel higiénico, batas, ropa de cama, hisopos y/o colchón antiescaras.
51. Cuidados de enfermería, vigilancia y/o acompañamiento del paciente a cargo de enfermeras, técnicas o auxiliares de enfermería, u otro personal a dedicación exclusiva durante la estancia hospitalaria y/o en domicilio, salvo los servicios expresamente señalados en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
52. Prestaciones económicas de cualquier índole. Inclusive gastos relacionados a sepelio, velatorio y afines. Así como cualquier requerimiento de cobertura relacionada a prestaciones no contempladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** en el **PLAN DE SALUD** contratado.
53. Cualquier gasto relacionado a enfermedades oncológicas diagnosticadas, en el momento previo a la presentación de la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**, resueltas o no (incluso si se tratase de lesiones de tipos celulares distintos o en una nueva localización o reaparición de una lesión oncológica ya tratada), aquellas que no cumplan las condiciones de continuidad de cobertura establecidas en el artículo 100 del Decreto Supremo Nº 008-2010-SA, así como las enfermedades oncológicas detectadas y/o incurridas antes de la culminación del **PERÍODO DE CARENCIA**, cuyo financiamiento deberá estar a cargo de la IAFAS que otorga cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud al **AFILIADO**. En caso esta cobertura resultase insuficiente, aplicará lo dispuesto en el artículo 5.2. de la Ley N° 31336, Ley Nacional del Cáncer. De

no garantizarse la cobertura del Seguro Integral de Salud, se procederá con la resolución del **CONTRATO**.

54. Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional atendido fuera de la **RED AUNA** detallada en la red de atención, salvo los eventos programados y autorizados con antelación por la **IAFAS**, en tanto las **IPRESS** se encuentren adscritas al **PLAN DE SALUD** correspondiente al presente **CONTRATO**.
55. Cualquier gasto relacionado a la búsqueda y análisis de compatibilidad de donantes de sangre y médula ósea, así como gastos de criopreservación o cultivo de células madre u otros tejidos. Asimismo, gastos relacionados por complicaciones médicas del proceso de extracción o colecta en el donante.
56. Gastos relacionados a consultas, estudios o pruebas genéticas, con excepción de los contemplados para la tipificación de enfermedades oncológicas diagnosticadas bajo cobertura.
57. Gastos relacionados al suministro, adecuación, mantenimiento, ajuste, remoción y cambio, de implantes, expansores, prótesis externas de cualquier tipo y los cementos relacionados salvo los suministros detallados en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**. Para el caso de obturador palatino, sólo se cubrirá por neoplasia maligna de maxilar superior, únicamente durante el primer año posterior a la cirugía extractiva y máximo un recambio. Asimismo, cualquier gasto relacionado al mantenimiento, remoción o cambio de cualquier tipo de prótesis que no haya sido otorgada bajo cobertura del presente **CONTRATO**.
58. No se cubren intervenciones o tratamientos con fines puramente anticonceptivos o de planificación familiar.
59. No se cubren enfermedades cuyos exámenes de diagnóstico, independientemente del resultado, se hayan iniciado, realizado o hayan sido prescritos antes del inicio de vigencia del presente **CONTRATO** o de la fecha de afiliación del **AFILIADO**. Inclusive cuando el diagnóstico definitivo se haya confirmado dentro de la vigencia del presente **CONTRATO**.
60. Accidentes producidos a consecuencia de la realización o la participación del **AFILIADO** en actividades o deportes de alto riesgo, tales como la conducción de automóviles o vehículos de competencia, carreras de automóviles, motos, motonetas, bicicletas, motocross, lanchas, botes, motos de agua, práctica de down hill, concursos o prácticas hípicas, alpinismo, andinismo, montañismo, rappel, escalada, trekking, paracaidismo, ala delta, parapente, paramotor, sky-surf, puenting, cacería, buceo, pesca submarina o en alta mar, kayak, rafting, surf, sandboard o similares. Tampoco se cubren accidentes producidos durante vuelos en aviones o aeronaves no comerciales (no se cubren los gastos de atención de las lesiones del piloto y/o acompañantes) o en globos aerostáticos.
61. Dispositivos implantables, tales como el implante de estimulación cerebral profunda, estimulador de crecimiento óseo, estimulador espinal, estimulador de nervio vago, bomba implantable de infusión, bomba intratecal. Salvo lo detallado en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.

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

En caso las coberturas del programa resultasen insuficiente, siempre que no se ajusten a lo dispuesto en el Artículo 100 del reglamento de la Ley 29344 Ley Marco de aseguramiento universal en salud, en cuyo caso, el financiamiento de las prestaciones estará a cargo de la **IAFAS** que otorga cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud al **AFILIADO**.

ANEXO 4: PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO

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

A. Requerir su atención, en las clínicas de **RED AUNA** detalladas en el **Anexo 5**, identificándose como **AFILIADO** del programa con su Documento Nacional de Identidad (DNI) o Carné de Extranjería, según sea el caso (este documento será requerido por las **IPRESS** para efectivizar la atención al **AFILIADO**).

B. El equipo de admisión de las **IPRESS**, realizará su acreditación y gestionará con la **IAFAS**, las autorizaciones correspondientes. En caso el beneficio requerido por el **AFILIADO** le corresponda un **DEDUCIBLE** y/o **COPAGO**, este deberá ser cancelado por el **AFILIADO** previamente, según corresponda.

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

D. 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**.

1. ACTIVACIÓN DEL BENEFICIO ONCOLÓGICO

En caso de que un médico oncólogo le haya indicado el diagnóstico de alta sospecha de cáncer o ya tenga un diagnóstico oncológico establecido. Debe seguir los siguientes pasos para acceder a los beneficios de recuperación de la salud:

2. REQUISITOS PARA ACTIVAR EL BENEFICIO ONCOLÓGICO

A. Formato de Solicitud de Admisión al Programa Oncológico, la cual tiene carácter de declaración jurada. Disponible en la web de la **IAFAS**: **https://www.oncosalud.pe/activar-mi-programa**.

B. Documento de identidad original (DNI, CE o pasaporte)

C. Encontrarse al día en sus pagos

D. Informe de anatomía patológica** con diagnóstico oncológico concluyente, emitido por patólogo colegiado en el país (Indispensable para el otorgamiento de los beneficios de Tratamiento Oncológico)

E. Informe médico* emitido por especialista oncólogo colegiado en el país, sustentando la alta sospecha de cáncer, respaldado con los informes de estudios de imágenes* y bioquímicos*. (Indispensable para el otorgamiento de los beneficios de Diagnóstico Oncológico)

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

**Importante: En caso aún no tengas el diagnóstico de anatomía patológica, pero su médico le ha indicado la alta sospecha, podrá hacer uso el beneficio de fase diagnóstica o de cáncer no biopsiable.

3. PROCESO DE ACTIVACIÓN DEL BENEFICIO ONCOLÓGICO Y ADMISIÓN DE PACIENTE

a) Comuníquese a través de los siguientes canales de atención:

b) Call Center: (01) 513-7900

c) Buzón de autorizaciones: autorizaciones@oncosalud.pe

d) Página web: www.oncosalud.pe

e) WhatsApp: 987 770 550

De esta manera, le programaremos una cita para ayudarlo. Si no puede asistir personalmente, podrá realizarlo el cónyuge, un familiar hasta el cuarto grado de consanguinidad o su representante legal, debiendo entregar copia de su documento de identidad y carta poder simple que acredite la representación según corresponda.

Si se encuentra fuera de Lima, su cita podrá ser programada en las clínicas de la **RED AUNA** mencionadas en el **Anexo 5**.

A. En la fecha y hora citada, deberá presentar los documentos requeridos para activar el beneficio oncológico a las Ejecutivas de Beneficios para la validación administrativa, seguidamente contará con la asesoría de la Tutoría Oncológica y la asignación de su médico oncólogo líder del directorio médico de la **RED AUNA**.

B. El **AFILIADO** admitido como paciente del programa oncológico recibirá una charla orientativa acerca de los beneficios, coberturas, alcances, limitaciones y **EXCLUSIONES**, así como absolver las dudas y consultas referentes a sus beneficios. Asimismo, se le entregará el manual del paciente oncológico, el cual le orientará en los procedimientos que le permitirán el mayor aprovechamiento de los beneficios de su programa oncológico contratado.

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

Es importante tener presente lo siguiente:

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

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

En caso el AFILIADO haya activado el programa para el otorgamiento de los beneficios de Diagnóstico Oncológico y se determine con posterioridad la inexistencia de una

dolencia oncológica a través del Diagnóstico Anátomo Patológico (DAP), la IAFAS desactivará inmediata y automáticamente el otorgamiento de cualquier cobertura de Recuperación de la Salud, debiendo el AFILIADO asumir los gastos generados en adelante, al tratarse de una condición de salud no oncológica.

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

En caso se determine que el descarte de la enfermedad o diagnóstico confirmatorio se produjo dentro del **PERÍODO DE CARENCIA**, la **IAFAS** quedará exenta de obligación respecto a la entrega de las coberturas aquí contempladas, y el financiamiento de la atención del **AFILIADO** se regirá según lo dispuesto en el artículo 5.2. de la Ley N° 31336, Ley Nacional del Cáncer, procediendo a la terminación automática del **CONTRATO**, lo cual dará mérito a la devolución de los aportes abonados por el **AFILIADO**.

4. PROCEDIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE PREEXISTENCIAS

Se considera como **PREEXISTENCIA** a cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**. Entendiéndose por no resuelta también a las condiciones de salud crónicas, recurrentes y/o que demandan control periódico permanente a futuro, tal como las enfermedades oncológicas.

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

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

A. Que, al momento del diagnóstico de la enfermedad, el afiliado debe encontrarse bajo la cobertura de un PEAS y de un programa complementario, y que haya trascurrido noventa (90) días desde su afiliación; lo cual deberá sustentarse presentado: constancia de afiliación al plan previo y su récord de siniestralidad.

B. Que la adquisición del nuevo programa de salud complementario se haya efectuado dentro de los sesenta (60) días de extinta la relación contractual del programa complementario anterior.

C. Que el diagnóstico preexistente se haya generado durante la vigencia del programa complementario anterior, su cobertura no haya estado excluida bajo ese **CONTRATO** y sea un beneficio cubierto también por el programa complementario solicitado.

D. Que el diagnóstico preexistente no haya sido excluido en el programa complementario anterior, por motivos de no haberlo declarado oportunamente, declaración falsa o reticente; de ser este el caso esta condición no será cubierta en el nuevo programa complementario siendo totalmente excluida del **CONTRATO**.

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

En caso que la condición de salud preexistente, declarada, no cumpla con las consideraciones para el otorgamiento de la continuidad de su cobertura, esta podrá ser cubierta a través del beneficio de **PREEXISTENCIAS** detallado en el **PLAN DE SALUD**

aplicándose los **DEDUCIBLES** y **COPAGOS** de este beneficio, siempre que haya superado el **PERIODO DE ESPERA** señalado en el **Anexo 1**.

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

ANEXO 5: RED DE ATENCIÓN

RED AUNA					
IPRESS	**DPTO.**	**PROVINCIA**	**DISTRITO**	**DIRECCIÓN**	**REG.S USALUD**
Clínica Delgado Auna	Lima	Lima	Miraflores	Av. Angamos Oeste N°450-490	00019049
Clínica Auna Sede Guardia Civil	Lima	Lima	San Borja	Av. Guardia Civil 368	00027320
Oncocenter - Clínica Oncosalud*	Lima	Lima	San Borja	Av. Guardia Civil 227	00017634
Clínica Auna Sede Bellavista	Callao	Callao	Bellavista	Jr. Las Gaviotas 207 Urb. San Jose	00009250
Clínica Auna Sede Miraflores	Piura	Piura	Piura	Cll. Las Dalias A12 Castilla	00013494
Centro Médico Auna Sede Miraflores	Piura	Piura	Piura	Cll. Huancavelica 1015	00018816
Clínica Auna Sede Camino Real*	La Libertad	Trujillo	Trujillo	Jr. Bolognesi 565 T	00016830
Centro Médico Auna Sede Servimédicos	Lambayeque	Chiclayo	Chiclayo	Cll. Manuel María Izaga 621	00008229
Clínica Auna Sede Vallesur	Arequipa	Arequipa	Arequipa	Av. La Salle N°116 Y N° 108	00016744
Oncocenter - Centro de Bienestar Auna	Lima	Lima	Miraflores	Cll. Independencia 1055	00031032
Clínica Auna Sede Chiclayo	Lambayeque	Chiclayo	Chiclayo	Av. Mariscal Nieta N°480	00030057
Oncocenter Sede San Borja	Lima	Lima	San Borja	Av. Guardia Civil 545,571,585 manzana B5, lote 06-09. Urbanización Corpac 1era zona	00016786
Oncocenter - Radio Oncología Sede San Isidro	Lima	Lima	San Isidro	Av. Paseo de la República Nº3650-3658	00009845
Oncocenter - Radio Oncología Sede Delgado	Lima	Lima	Miraflores	Av. Angamos Oeste Nº 490 - sótano 1 Of 101	00020323
R Y R Patólogos Asociados - Sede Delgado	Lima	Lima	Miraflores	Av. Angamos Oeste N° 490 - sótano 1	00021725
R Y R Patólogos Asociados - Sede Guardia Civil	Lima	Lima	San Borja	Av. Guardia Civil 227 Int primer piso	00021726
Pet Scan - CAMNSA	Lima	Lima	Miraflores	Av. Petit Thouars N°4340 Urb. Country Club	00009617

IMPORTANTE: Los servicios de Radioterapia, Medicina Nuclear, Prestaciones Domiciliarias y Ambulancia Terrestre se encuentran disponibles sólo en Lima.

Pacientes con domicilio registrado en las ciudades de Piura, Chiclayo, Trujillo, Cajamarca, San Martin y otros de la zona nororiental que requieran del servicio de Radioterapia, este será 15otorgado exclusivamente en la Clínica Auna Chiclayo

*En las **IPRESS** Oncocenter - Clínica Oncosalud y Clínica Auna Sede Camino Real, los afiliados a este programa podrán acceder a las prestaciones ambulatorias disponibles (consultas médicas, farmacia, exámenes auxiliares de laboratorio, imágenes y procedimientos ambulatorios quirúrgicos, incluyendo uso de tópico, sala de operaciones y recuperaciones) con deducible de S/ 40 bajo las condiciones del programa, según el listado de especialidades publicado en la página web **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes**.

RED AUNA DE INMUNIZACIONES					
IPRESS	**DPTO.**	**PROVINCIA**	**DISTRITO**	**DIRECCIÓN**	**REG. SUSALUD**
Clínica Delgado Auna	Lima	Lima	Miraflores	Av. Angamos Oeste N°450-490	00019049
Clínica Auna Sede Vallesur	Arequipa	Arequipa	Arequipa	Av. La Salle N°116 Y N° 108	00016744
Clínica Auna Sede Chiclayo	Lambayeque	Chiclayo	Chiclayo	Av. Mariscal Nieta N°480	00030057
Centro Médico Auna sede Miraflores	Piura	Piura	Piura	Cll. Huancavelica 1015	00018816

La relación de **IPRESS** complementarias se encuentra publicado en la página web **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes**.

ANEXO 6 – COBERTURA DE MATERNIDAD

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

***Previa firma de consentimiento informado**

NOTA: No se cubren los suplementos nutricionales durante el período de gestación

ANEXO 7: CONTROL DEL NIÑO SANO

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

*Se realiza por única vez durante el internamiento post parto

**Los exámenes de oftalmología se brindan según pertinencia médica

*** Según esquema de inmunizaciones, indicado en el **Anexo 8**, aplicable en las sedes indicadas en la red de atención.

ANEXO 8 – ESQUEMA DE INMUNIZACIONES

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

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

ANEXO 9 – FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

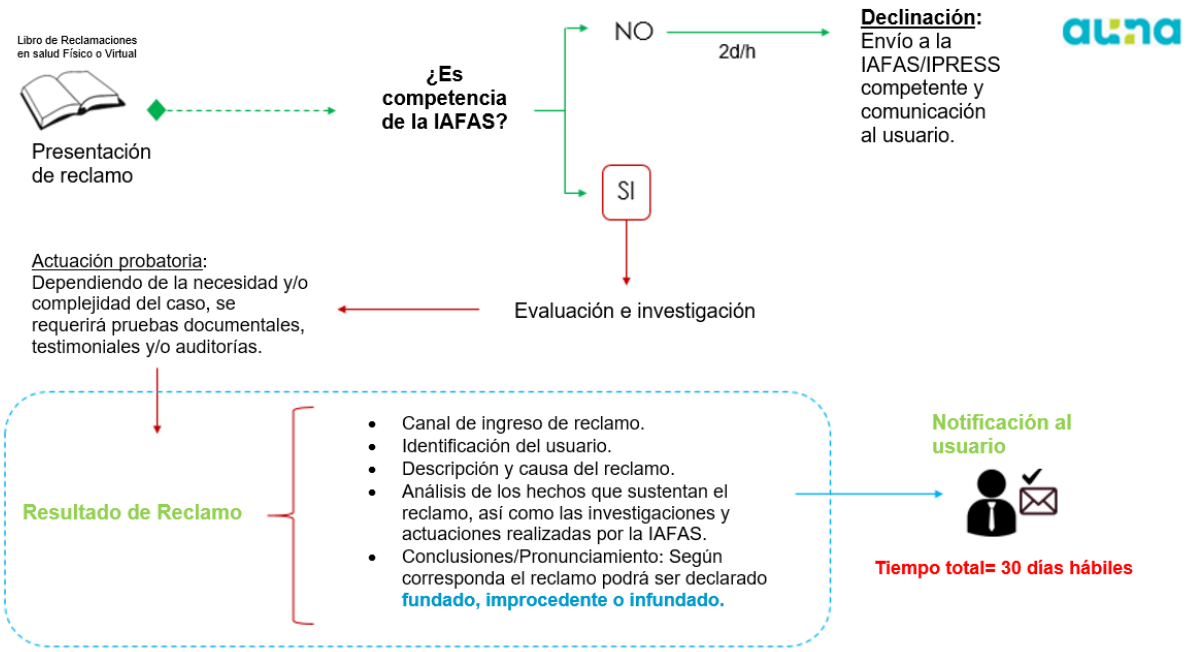
Los **AFILIADOS** cuentan con los siguientes medios para la presentación de consultas y reclamos ante la **IAFAS**, cuya tramitación es gratuita:

A. Libro de Reclamaciones en Salud físico, disponible en nuestra Plataforma de atención al Afiliado, ubicada en Av. Guardia Civil 571 – San Borja, dentro del horario de atención de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 6:00 p.m.

B. Libro de Reclamaciones en Salud Virtual, disponible en la página web https://auna.org/pe/libro-de-reclamaciones.

En el eventual caso de ocurrir alguna falla técnica en el Libro de Reclamaciones Virtual, el **AFILIADO** podrá presentar su reclamo en el Libro de Reclamaciones en Salud físico.

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



PASO 1
AFILIADO REGISTRA SU RECLAMO
Libro de reclamaciones
¿Cómo acceder al libro de reclamaciones electrónico y físico?
Libro de Reclamaciones en salud Físico: En nuestra Plataforma de Atención al Afiliado, ubicada en Av. Guardia Civil 571 – San Borja, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 6:00 p.m.
Libro de Reclamaciones en salud Virtual: Disponible en la página web https://auna.org/pe/libro-de-reclamaciones

PASO 2
EXPERIENCIA DEL AFILIADO RECIBE EL RECLAMO.
De acuerdo al canal y al horario de atención establecido en el **PASO 1**.

PASO 3
EXPERIENCIA DEL AFILIADO REALIZA EL ANÁLISIS CORRESPONDIENTE.

PASO 4
ÁREA INVOLUCRADA ENVÍA DESCARGO O ABSOLUCIÓN AL RECLAMO, SEGÚN CORRESPONDA.

PASO 5
EXPERIENCIA DEL AFILIADO BRINDARÁ RESPUESTA FINAL AL RECLAMO DE ACUERDO AL TIEMPO ESTABLECIDO POR LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA COMPETENTE (en un plazo máximo treinta (30) días hábiles).

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**).

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**.

!

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.

Asimismo, los **AFILIADOS** cuentan con los siguientes medios para la atención de **Consultas o Requerimientos**:

A. WhatsApp: (+51) 987-777-050, horario de lunes a sábado de 8:00 am a 8:00 pm.

B. Call Center: (01) 513-7900, horario de lunes a viernes de 8:00 am a 8:00 pm y sábados de 8:00 am a 2:00 pm.

C. Correo corporativo para programas oncológicos: contactos@oncosalud.pe

D. Correo corporativo para programas de salud: aunasalud@auna.pe

E. Plataforma de Atención al Afiliado, ubicada en Av. Guardia Civil 571 – San Borja, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 6:00 p.m.

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.

CONTRATO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS ESPECIALIZADAS DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMA PREPAGADO AUNA SALUD

CONDICIÓN ESPECIAL PARA AFILIACIONES INDIVIDUALES A TRAVÉS DE WORKSITE

Se define por **CONDICIÓN ESPECIAL** a aquellas condiciones especiales que se adicionan al **CONTRATO**, permitiendo extender y ampliar los términos y condiciones estipuladas, prevaleciendo sobre las **CLÁUSULAS GENERALES** y las **CLÁUSULAS PARTICULARES**.

ALCANCE DE LAS CONDICIONES ESPECIALES

Aplica exclusivamente para afiliaciones a través de la modalidad de **AFILIACIÓN WORKSITE**, aplicándose los términos y condiciones detallados en esta **CONDICION ESPECIAL**:

DEFINICIÓN

AFILIACIÓN WORKSITE: Modalidad de afiliación individual que acontece en la entidad empleadora del **CONTRATANTE**, otorgándole acceso a beneficios tarifarios, siendo el pago de aportes a través de descuento de su remuneración por parte de su empleador, con quien la **IAFAS** tiene vigente un convenio marco de cooperación para la afiliación de programas complementarios prepagados y recaudación de aportes.

OBJETO DE LA CONDICIÓN ESPECIAL

Mediante la presente **CONDICION ESPECIAL**, se modifican los siguientes términos y condiciones

1. RESPONSABILIDAD DE PAGOS

El aporte es asumido por el trabajador **CONTRATANTE**, exclusivamente a través del descuento de su remuneración por parte de la entidad empleadora.

Esta modalidad de afiliación y sus beneficios tarifarios tendrá una vigencia anual para los **AFILIADOS** que ingresen al convenio en la fecha de renovación de este. Para las afiliaciones que ingresan durante la vigencia del convenio marco de cooperación, podrán mantener las condiciones del programa y tarifas vigentes hasta la renovación más próxima del convenio marco de cooperación.

Lo indicado en el párrafo precedente, conserva validez en tanto el **CONTRATANTE** tenga vinculación laboral con su entidad empleadora y este mantenga en eficacia el convenio marco de cooperación con la **IAFAS**.

2. INICIO DE VIGENCIA WORKSITE POR AFILIADO

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

3. MODIFICACIONES A LA AFILIACIÓN

El **CONTRATANTE** puede solicitar la incorporación de nuevos **AFILIADOS** con posterioridad al inicio de la vigencia del presente **CONTRATO**, según los términos y condiciones estipulados en el convenio marco de cooperación entre el empleador y la **IAFAS**, aplicándose los mismos requisitos de afiliación señalados en el **Anexo 2** del **CONTRATO**. Del mismo modo, se encuentran sujetos a las condiciones establecidas por su programa contratado.

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

4. REQUISITOS PARA CONTINUIDAD A AFILIACIÓN INDIVIDUAL POR DESVINCULACIÓN LABORAL

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

a) El **AFILIADO** titular deberá presentar los documentos que acrediten la conclusión del vínculo laboral en el que consigne la fecha de cese ante la **IAFAS** dentro de sesenta (60) días calendario posteriores a la conclusión del vínculo laboral en las oficinas de la **IAFAS** los cuales se detallan en el **Anexo 9**, trascurrido dicho tiempo el **AFILIADO** y sus derechohabientes perderán todo derecho de registro de continuidad de afiliación y de cobertura.

b) El **AFILIADO** titular y sus derechohabientes afiliados, deben haber permanecido inscritos en el programa complementarios prepagados como mínimo tres (03) meses continuos y no presentar deuda.

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

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

5. APORTE ESPECIAL WORKSITE POR AFILIADO:

A través de esta modalidad de afiliación, se otorgará al afiliado un aporte especial, quedando de la siguiente manera:

Rango de Edades	PLAN CLASSIC 2023	PLAN PREMIUM 2023	PLAN SENIOR 2023
0-17	S/ 80.96	S/ 133.95	No aplica
18-25	S/ 96.13	S/ 159.85	No aplica
26-35	S/ 107.26	S/ 178.31	No aplica
36-40	S/ 119.42	S/ 198.66	No aplica
41-45	S/ 157.87	S/ 261.49	No aplica
46-50	S/ 185.18	S/ 307.69	No aplica
51-55	S/ 240.84	S/ 360.35	No aplica
56-60	S/ 288.40	S/ 388.08	No aplica
61-65 (*)	S/ 323.83	S/ 397.29	S/ 459.80
66-70 (*)	S/ 370.38	S/ 475.86	S/ 558.03
71-75 (*)	S/ 426.05	S/ 545.16	S/ 639.54
76-80 (*)	S/ 494.86	S/ 619.06	S/ 734.64
81-120 (*)	S/ 579.86	S/ 694.85	S/ 854.80

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

IMPORTANTE

a) El envío oportuno del requerimiento de afiliación se realizará por parte de la entidad empleadora según los mecanismos, frecuencia, oportunidad y términos establecidos en el convenio marco de cooperación entre la entidad empleadora y la **IAFAS**.

b) En caso, el **AFILIADO** requiera modificar su **AFILIACIÓN**, inclusive la composición de su grupo familiar, o de **DERECHOHABIENTES**, deberá realizar la petición por intermedio de su entidad empleadora, quien a su vez lo comunicará la **IAFAS** según lo estipulado en el convenio marco de cooperación.

c) Cualquier modificación relacionada al **AFILIADO** o los **AFILIADOS**, así como a las condiciones del programa durante su vigencia o a su renovación, serán comunicadas por intermedio de su empleador, según los mecanismos, frecuencia, oportunidad y términos establecidos en el convenio marco de cooperación**.**

INVARIABILIDAD DEL CONTRATO

Se deja expresa constancia que las **CLÁUSULAS GENERALES** y **CLÁUSULAS PARTICULARES** que no han sido modificadas expresa o tácitamente por la presente **CONDICIÓN ESPECIAL**, permanecen inalterables, en plena vigencia y eficacia legal.

Guillermo Michell Lecaros Gutiérrez
DNI 10308857
Apoderado Especial

Contrato vigente a partir del 01 de setiembre del 2023

Código OS.SP.P.02.112

Revisión: 02