CONTRATO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS ESPECIALIZADAS DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMA DE SALUD PREPAGADO AUNA SALUD PREVENTIVO PARA AFILIACIÓN COLECTIVA O CORPORATIVA

RESUMEN

El condicionado del **Programa de Salud Prepagado Auna Salud Preventivo** para Contratante Grupal **(AFILIACIÓN COLECTIVA O CORPORATIVA)** 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 listan las prestaciones preventivas, de acuerdo a la cobertura del programa contratado. Asimismo, se detalla el uso de las Tarifas Preferenciales y Descuentos.

2. Criterios de Pertinencia de las prestaciones de Salud

En esta sección, se definen los criterios de pertinencia para el otorgamiento de la cobertura sobre las prestaciones generales y complementarias del programa de salud.

ANEXOS

ANEXO 1: Plan de Salud

ANEXO 2: Aportes y consideraciones adicionales

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

ANEXO 4: Procedimiento para solicitar la cobertura

ANEXO 5: Red de atención

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

CONTRATO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS ESPECIALIZADAS DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMA DE SALUD PREPAGADO AUNA SALUD PREVENTIVO PARA AFILIACIÓN COLECTIVA O CORPORATIVA

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

EL CONTRATO que se suscribe consta de las siguientes partes integrantes:

1. **CLÁUSULAS GENERALES:** Conjunto de cláusulas de incorporación obligatoria establecidas por **SUSALUD** que rigen los **CONTRATOS** de afiliación con una **IAFAS**. La **IAFAS**, puede incorporar otras cláusulas en virtud de su libertad contractual.
2. **CLÁUSULAS PARTICULARES**: Son aquellas cláusulas que señalan el detalle de las condiciones en las cuales se otorgan las coberturas correspondientes, incluyendo la red de **IPRESS**, copagos, deducibles, aportes adicionales, y las obligaciones administrativas de las partes.

3. **PLAN, PROGRAMA O PRODUCTO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD:** Documento que incluye las condiciones de cobertura y la lista de prestaciones de salud que son financiadas por la **IAFAS**.
4. **DECLARACIÓN DE SALUD**: Documento mediante el cual el **CONTRATANTE** informa los antecedentes médicos relevantes del titular, dependientes o personas no dependientes, propuestos para afiliación, al momento de suscribir la solicitud de inscripción.
5. **RELACIÓN DE LOS AFILIADOS / ASEGURADOS**: Documento que contiene la relación detallada de los **AFILIADOS / ASEGURADOS** al presente **CONTRATO**, el cual puede incrementarse o reducirse, según se cumplan las condiciones establecidas en este documento y en las normas que lo regulan.

CLÁUSULA TERCERA: DEFINICIONES

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

1. **AFILIACIÓN**: Adscripción de un asegurado a un plan de aseguramiento en salud y a una **IAFAS**.
2. **AFILIACIÓN COLECTIVA O CORPORATIVA**: Modalidad de afiliación mediante la cual cualquier organización, colectividad de individuos, empresa o entidad empleadora, formaliza su relación de aseguramiento con una **IAFAS**, en forma voluntaria, en calidad de contratante, en virtud de un contrato suscrito con una **IAFAS**. En el caso de los dependientes, la **IAFAS** respectiva debe registrarlos individualmente. La afiliación colectiva o corporativa puede ser obligatoria o voluntaria.
3. **AFILIACIÓN INDIVIDUAL**: Modalidad de afiliación mediante la cual el afiliado formaliza su relación de aseguramiento con una **IAFAS** a título personal, en virtud de un contrato suscrito con esta. En el caso de los dependientes o beneficiarios, la **IAFAS** respectiva debe registrarlos individualmente.
4. **AFILIACIÓN 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 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.
6. **APORTE**: Pago periódico, establecido en el **CONTRATO** a que se compromete el **AFILIADO** o **CONTRATANTE** a abonar en forma adelantada a la **IAFAS** por los beneficios del plan o programa de salud contratado.
7. **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.

8. **BENEFICIARIO**: Persona residente en el país que están 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**.

9. **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL**: Cobertura Máxima Anual, monto límite del **BENEFICIO** por **AFILIADO**, del programa contratado. Los gastos médicos incurridos por el (los) **AFILIADOS** durante el periodo de la vigencia anual, reduce automáticamente el monto del **BENEFICIO**, sin lugar a restitución hasta la celebración de una nueva anualidad del **CONTRATO**. El monto del **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL** y sus precisiones operativas se detallan en el **PLAN DE SALUD**, importe que no es acumulable entre renovaciones y no incluye IGV.

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

11. **CLÁUSULAS ABUSIVAS**: De acuerdo a la definición establecida en el artículo 49 de la Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor, en los contratos por adhesión y en las **CLÁUSULAS GENERALES** de contratación no aprobadas administrativamente, se consideran cláusulas abusivas y, por tanto, inexigibles todas aquellas estipulaciones no negociadas individualmente que, en contra de las exigencias de la buena fe, coloquen al consumidor, en su perjuicio, en una situación de desventaja o desigualdad o anulen sus derechos.

12. **CLÁUSULAS 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.

13. **CONTINUIDAD:** Reconocimiento del tiempo de permanencia en los contratos inmediatamente anteriores a la vigencia del nuevo **CONTRATO** con la misma **IAFAS** u otra distinta, con el mismo plan, programa o producto de salud o equivalente, con el objeto de dar cobertura a dolencias o enfermedades cuyo desarrollo y tratamiento médico se hubiera iniciado durante la vigencia del **CONTRATO** anterior y se encuentre cubierto en el nuevo **CONTRATO**.

14. **CONTRATO**: Documento que contiene las **CLÁUSULAS GENERALES** y **CLÁUSULAS PARTICULARES** que suscribe la **IAFAS** con el **CONTRATANTE**, para regular los derechos y las obligaciones de las partes, con relación a los beneficios ofrecidos en el plan o programa de salud.

15. **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.**

16. **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**.

17. **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).

18. **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.
19. **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**.
20. **DÍAS**: Días calendario.
21. **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.
22. **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 Nº023-2021-SA y posteriores actualizaciones, los daños derivados del intento de autoeliminación o lesiones autoinfringidas por problemas de salud mental, derivados de un diagnóstico de salud mental no se excluyen.
23. **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.
24. **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.
25. **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.
26. **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.
27. **PEAS**: Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.
28. **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 (3) 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 (3) meses durante el cual el **AFILIADO/ASEGURADO** y sus dependientes inscritos no pueden acceder a las prestaciones de salud contenidas

en el **CONTRATO**. Los **PERÍODOS DE CARENCIA** se contabilizan en forma individual por cada **AFILIADO/ASEGURADO**.

Las emergencias no presentan **PERÍODOS DE CARENCIA** en ninguno de los regímenes de financiamiento. 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.**

29. **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.
30. **PLAN DE SALUD**: Es el documento que detalla los beneficios y coberturas que otorga la **IAFAS** al amparo del presente contrato.
31. **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**.
32. **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.
33. **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 ésta le ofrece. Su costo se determina sobre bases actuariales.
34. **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**.
35. **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**.
36. **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.
37. **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**.
38. **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, GARANTÍAY CONDICIONES

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

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

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

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

CLÁUSULA QUINTA: PRESTACIONES DE RECUPERACION DE LA SALUD

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

CLÁUSULA SEXTA: PRESTACIONES DE SALUD PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES

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

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

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**.

b) **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).

c) Otros servicios.

CLÁUSULA SÉPTIMA: EXCLUSIONES Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

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

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

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

CLÁUSULA NOVENA: INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA

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

CLÁUSULA DÉCIMA: LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: REFERENCIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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 tener los mismos costos para todos sus **ASEGURADOS** (regulares y potestativos).

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

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA: INFORMACIÓN

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA: EXÁMENES MÉDICOS Y DECLARACIONES DE SALUD

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA: PLAZO CONTRACTUAL

Las partes acuerdan que la cobertura contenida en el presente **CONTRATO** rige a partir del día siguiente de su suscripción. El presente **CONTRATO** tiene una vigencia de un (1) año y a su vencimiento queda automáticamente renovado por igual plazo, salvo que alguna de las partes manifieste, mediante aviso remitido vía correo electrónico u otro medio, cursado a la otra parte con sesenta (60) días de anticipación, su voluntad de no renovarlo, o de modificar los términos contractuales. En este último caso, debe remitir la propuesta de detalle de la modificación con el sustento correspondiente, a fin que los **AFILIADOS** tomen conocimiento y puedan analizar la propuesta. Asimismo, deberá anexar las recomendaciones correspondientes para la contención del gasto.

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA: DOMICILIO

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

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA: RESOLUCIÓN DE CONTRATO

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA: MODALIDAD DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO

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

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

La **IAFAS** se obliga a continuar brindando cobertura a las atenciones de salud de sus **ASEGURADOS**, por aquellas contingencias diagnosticadas y no resueltas, en un anterior **PLAN DE SALUD**, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 100 del Reglamento

de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 008-2010-SA.

En el caso de la **IAFAS EPS**, se obliga a continuar brindando cobertura a las atenciones de salud de los trabajadores y sus derechohabientes, en términos y condiciones equivalentes, por aquellas contingencias diagnosticadas y no resueltas, determinadas y cubiertas en un anterior plan de salud de una **EPS**, de conformidad a lo dispuesto en la Ley 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 6**, en cuyo caso no se genera la resolución del **CONTRATO**, teniendo derecho a mantener los términos originales hasta el vencimiento de su vigencia.

CLÁUSULA VIGÉSIMO CUARTA: CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

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

El **CONTRATANTE** autoriza que los datos personales proporcionados puedan ser transferidos a nivel nacional a empresas del grupo **AUNA** y/o socios comerciales y/o empresas vinculadas, los cuales están descritos en la página web

www.oncosalud.pe/grupo-economico-y-socios-comerciales con la finalidad de cumplir con los fines mencionados y relacionados a los servicios brindados; y a nivel internacional, a Amazon Web Services y Google Inc, con el fin de almacenar los datos en la nube, cuyos servidores se encuentran en Estados Unidos.

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

De 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 DE SALUD PREPAGADO AUNA SALUD PREVENTIVO PARA AFILIACIÓN COLECTIVA O CORPORATIVA

CLÁUSULAS PARTICULARES

A través del presente documento, se describe a nivel de detalle las condiciones protegidas, prestaciones y servicios a los que, conforme a los límites y condiciones del programa optado por el **CONTRATANTE**, los **AFILIADOS** tienen derecho según el detalle de las **CONDICIONES PARTICULARES** y sus los Anexos, que son parte integrante del presente **CONTRATO.**

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

1.1. PRESTACIONES GENERALES DE SALUD

CHEQUEO MÉDICO

El chequeo médico está conformado por un paquete de evaluaciones y exámenes, de acuerdo al sexo biológico y edad del **AFILIADO**, así como la identificación de alguna condición de riesgo para la salud que, alineados a las mejores prácticas y recomendaciones mundiales de instituciones prestigiosas, permitirán detectar la sospecha de alguna enfermedad.

Los **AFILIADOS** podrán acceder a este beneficio sin aplicación de periodo de carencia o espera inicial, y la periodicidad dependerá del plan oncológico al cual se encuentre previamente inscrito el **AFILIADO** (con excepción de aquellos exámenes que se especifique un periodo distinto) teniendo en cuenta el último chequeo efectivo. En ese sentido, si el chequeo del programa oncológico del que proviene el **AFILIADO**, tiene una frecuencia anual, se mantendrá esa misma frecuencia, y de igual forma, si el chequeo del programa oncológico es de otorgamiento bienal.

Las evaluaciones y exámenes que conforman el chequeo médico dependerán del plan por el que ha optado el **CONTRATANTE**, las mismas que no son transferibles, acumulables, canjeables o intercambiables con otros exámenes que no correspondan al beneficio del plan contratado.

Asimismo, el paquete general no podrá ser fragmentado y deberá concluirse en un período no mayor de treinta (30) días calendario contados desde el inicio del chequeo médico. Al finalizar este plazo, el **AFILIADO** deberá esperar el tiempo establecido en el **PLAN DE SALUD** para acceder nuevamente al próximo chequeo médico.

Sin perjuicio de lo anteriormente indicado, en el caso de mujeres de cuarenta (40) a setenta (70) años, podrán fragmentar u optar por realizarse de manera independiente el conjunto de exámenes en las siguientes etapas: 1) mamografía y 2) demás pruebas del chequeo médico. De igual manera, los afiliados mayores de cincuenta (50) años que les corresponda el examen de colonoscopia podrán fragmentar y optar por realizarse de manera independiente dicho examen, siendo

responsabilidad de afiliado la programación de lo pendiente, durante su vigencia contractual.

Si el **AFILIADO** incumple con la realización de los servicios ya iniciados en la **IPRESS**, no concluyéndolos, el total de servicios autorizados se dará por ejecutado. Siendo los siguientes otorgamientos del beneficio de acuerdo con la frecuencia establecida.

A continuación, se describe a detalle las evaluaciones y exámenes que componen el beneficio de Chequeo Médico, sobre los cuales la **IAFAS** otorgará cobertura según el plan elegido por el **CONTRATANTE** y serán realizados por un equipo de salud especializado en prevención en las **IPRESS** que conforman la red de atención que se detalla en el **Anexo 5**.

	PLAN CLASSIC	PLAN PREMIUM
Evaluaciones y exámenes auxiliares		
Funciones vitales	Presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura (para todas las edades)	Presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura (para todas las edades)
Peso, talla e Índice de Masa Corporal (IMC) [1]	– Para todas las edades – IMC sólo desde los 18 años de edad	– Para todas las edades – IMC sólo desde los 18 años de edad
Antecedentes, Anamnesis y Examen físico general [2]	Evaluación de antecedentes, síntomas y examen físico general para todas las edades	Evaluación de antecedentes, síntomas y examen físico general para todas las edades
Evaluación de cumplimiento de inmunizaciones [3]	– Hasta los 17 años y desde los 60 años de edad, según esquema nacional de inmunizaciones	– Hasta los 17 años y desde los 60 años de edad, según esquema nacional de inmunizaciones
Valoración de riesgo de caídas [4]	– Desde los 60 años de edad	– Desde los 60 años de edad
Despistaje de deterioro cognitivo y funcional [5]	– Desde los 60 años de edad	– Desde los 60 años de edad
Evaluación postural	– Desde los 18 años de edad	– Desde los 18 años de edad
Tacto rectal	– Para hombres a partir de los 40 años y mujeres a partir de los 18 años, según criterio médico	– Para hombres a partir de los 40 años y mujeres a partir de los 18 años, según criterio médico
Hemograma completo (incluye hemoglobina y hematocrito)	– Para todos los grupos de edades	– Para todos los grupos de edades
Glicemia en ayunas [6]	– Desde los 35 años de edad – En menores de 35 años de edad, condicionado a la identificación de riesgo por parte del médico evaluador	– Desde los 35 años de edad – En menores de 35 años de edad, condicionado a la identificación de riesgo por parte del médico evaluador
Colesterol total [7]	– Desde los 35 hasta los 74 años de edad – Desde los 75 años en adelante, condicionado a la	– Desde los 35 hasta los 74 años de edad – Desde los 75 años en adelante, condicionado a la

	PLAN CLASSIC	PLAN PREMIUM
	identificación de riesgo por parte del médico evaluador	identificación de riesgo por parte del médico evaluador
Colesterol HDL [7]	– Desde los 35 hasta los 74 años de edad – Desde los 75 años en adelante, condicionado a la identificación de riesgo por parte del médico evaluador	– Desde los 35 hasta los 74 años de edad – Desde los 75 años en adelante, condicionado a la identificación de riesgo por parte del médico evaluador
Colesterol LDL [7]	– Desde los 35 hasta los 74 años de edad – Desde los 75 años en adelante, condicionado a la identificación de riesgo por parte del médico evaluador	– Desde los 35 hasta los 74 años de edad – Desde los 75 años en adelante, condicionado a la identificación de riesgo por parte del médico evaluador
Triglicéridos [7]	– Desde los 35 hasta los 74 años de edad – Desde los 75 años en adelante, condicionado a la identificación de riesgo por parte del médico evaluador	– Desde los 35 hasta los 74 años de edad – Desde los 75 años en adelante, condicionado a la identificación de riesgo por parte del médico evaluador
Antígeno prostático específico (PSA)	– A hombres mayores de 45 años de edad	– A hombres mayores de 45 años de edad
Examen de orina [8]	– Sólo a mayores de 18 años de edad con diagnóstico de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus	– Sólo a mayores de 18 años de edad con diagnóstico de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus
Creatinina [8]	– Sólo a mayores de 18 años de edad con diagnóstico de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus	– Sólo a mayores de 18 años de edad con diagnóstico de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus
VDRL [9]	– Sólo a mayores de 18 años de edad en riesgo y bajo indicación médica del evaluador	– Sólo a mayores de 18 años de edad en riesgo y bajo indicación médica del evaluador
Elisa para HIV-1 y HIV-2 [9]	– Sólo a mayores de 18 años de edad en riesgo y bajo indicación médica del evaluador	– Sólo a mayores de 18 años de edad en riesgo y bajo indicación médica del evaluador
Radiografía de tórax [10]	– Sólo a mayores de 18 años de edad en riesgo y bajo indicación médica del evaluador	– Sólo a mayores de 18 años de edad en riesgo y bajo indicación médica del evaluador
Examen de Thevenon (identificación de sangrado oculto en las heces) [11]	– A mayores de 50 años y hasta los 75 años – Desde los 76 años y hasta los 85 años, condicionado a la identificación de riesgo por parte del médico evaluador – No corresponde cuando se otorgue colonoscopia	– A mayores de 50 años y hasta los 75 años – Desde los 76 años y hasta los 85 años, condicionado a la identificación de riesgo por parte del médico evaluador – No corresponde cuando se otorgue colonoscopia
Colonoscopia [12]	– A mayores de 50 años y hasta los 75 años – Desde los 76 años y hasta los 85 años, condicionado a la identificación de riesgo	– A mayores de 50 años y hasta los 75 años – Desde los 76 años y hasta los 85 años, condicionado a la identificación de riesgo

	PLAN CLASSIC	PLAN PREMIUM
	por parte del médico evaluador – Cada 5 años en los planes anuales y cada 6 años en los planes bienales	por parte del médico evaluador – Cada 5 años en los planes anuales y cada 6 años en los planes bienales
Electrocardiograma [13]	– Sólo a mayores de 50 años de edad, condicionado a la identificación de riesgo por parte del médico evaluador	– Sólo a mayores de 50 años de edad, condicionado a la identificación de riesgo por parte del médico evaluador
Evaluación ginecológica		
Examen de mama [14]	– A mujeres mayores de 18 años de edad	– A mujeres mayores de 18 años de edad
Papanicolau en base líquida [15]	– A mujeres desde los 18 hasta los 64 años de edad, condicionado al resultado del VPH Molecular	– A mujeres desde los 18 hasta los 64 años de edad, condicionado al resultado del VPH Molecular
VPH Molecular [16]	– A mujeres desde los 30 y hasta los 64 años de edad – Se realiza cada 4 años desde el último otorgamiento	– A mujeres desde los 30 y hasta los 64 años de edad – Se realiza cada 4 años desde el último otorgamiento
Mamografía bilateral [17]	– A mujeres desde los 40 y hasta los 70 años de edad – En mujeres de 35 a 39 años y mayores de 70 años de edad, sólo según identificación de riesgo para cáncer de mama[18] por parte del médico evaluador	– A mujeres desde los 40 y hasta los 70 años de edad. – En mujeres de 35 a 39 años y mayores de 70 años de edad, sólo según identificación de riesgo para cáncer de mama[18] por parte del médico evaluador
Evaluación nutricional y psicológica		
Consulta psicológica [19]	**No cubre**	– Para todas las edades
Consulta nutricionista	**No cubre**	– Para todas las edades
Evaluación oftalmológica		
Examen externo del ojo	**No cubre**	– Para todas las edades
Descarte de estrabismo	**No cubre**	– Para todas las edades
Agudeza visual	**No cubre**	– Para todas las edades
Fondo de ojo sin dilatación	**No cubre**	– Para todas las edades
Descarte de glaucoma	**No cubre**	– Para todas las edades
Verificación de anteojos	**No cubre**	– Para todas las edades
Evaluación odontológica		
Odontograma	**No cubre**	– Para todas las edades
Evaluación periodental	**No cubre**	– Para todas las edades
Profilaxis	**No cubre**	– Para todas las edades
Fluorización [20]	**No cubre**	– A niños desde los 2 y hasta los 12 años de edad

	PLAN CLASSIC	PLAN PREMIUM
Sellantes [20]	**No cubre**	– A niños desde los 2 y hasta los 12 años de edad. – Hasta un máximo de 4 aplicaciones
Servicio complementario		
Informe de Chequeo	– Para todas las edades	– Para todas las edades

[1] El cálculo de Índice de Masa Corporal (IMC) sólo es evaluable en mayores de 18 años de edad.

[2] Acorde al protocolo de prevención de Clínicas Auna para cada rango etario, sexo e identificación de factores de riesgo. El examen físico para niños y adolescentes consiste en: exploración de cavidad oral, palpación de tiroides, palpación de ganglios cervicales, axilares e inguinales, exploración de pene y testículos, palpación abdominal y exploración de la piel. El examen físico para damas y varones consiste en: i. Para ambos: Exploración de cavidad oral, palpación de tiroides, palpación de ganglios cervicales, axilares e inguinales, palpación abdominal, exploración de la piel y tacto rectal. ii. Damas: Revisión de aparato genital femenino interno y externo, palpación de mamas. iii. Varones: Exploración de pene y testículos.

[3] La evaluación de cumplimiento de inmunizaciones del cumplimiento del esquema nacional de vacunaciones vigente según grupo etario y sexo, permite identificar las vacunas faltantes al **AFILIADO** y aquellas recomendables según el médico evaluador identifique alguna condición de riesgo. Este beneficio no incluye la cobertura de vacunas. Si durante el control de inmunizaciones se identifica la necesidad de prescripción de alguna vacuna, ésta deberá ser asumida por el afiliado.

[4] Evaluación de tamizaje del riesgo de caídas en el ámbito comunitario del adulto mayor funcional.

[5] Evaluación de tamizaje para identificación de sospecha de deterioro mental del adulto mayor. En caso de identificarse la sospecha de alguna alteración por el médico evaluador, se le derivará a consulta especializada para definir el diagnóstico la cual deberá ser asumida por el afiliado.

[6] Para el caso de menores de 35 años, se otorgará sólo en caso de existir algún factor de riesgo identificado por el médico evaluador, tales como obesidad, antecedente familiar de diabetes mellitus, entre otros.

[7] Permitirán al médico evaluador estimar el score de riesgo cardiovascular a 10 años.

[8] Sólo se otorgará a mayores de 18 años de edad en los que el médico evaluador haya identificado alguna condición médica de riesgo para Enfermedad Renal Crónica (Como, por ejemplo: Diabetes Mellitus de tipo 2, Hipertensión Arterial, Enfermedad vascular cerebral, Historia familiar de insuficiencia renal crónica, tuberculosis, Hepatitis B o C, Obesidad, Litiasis renal).

[9] Se otorgará a aquellas personas en las que el médico evaluador haya identificado conductas sexuales de riesgo.

[10] Exclusiva para personas con tos con expectoración mucosa o sanguinolenta por más de 15 días o que hayan tenido contacto epidemiológico con otras personas con diagnóstico de tuberculosis.

[11] No aplica en el año que le corresponde la colonoscopia.

[12] Este beneficio no incluye la cobertura de biopsias y procedimientos derivados de la colonoscopia. La colonoscopia podrá ser realizada de forma convencional o virtual de acuerdo al criterio de riesgo del médico evaluador. Por principio de seguridad del paciente, este procedimiento se realizará sólo en las IPRESS habilitadas detalladas en el **Anexo 5** y siempre que el AFILIADO haya cumplido con la preparación previa indicada por la IPRESS**.**

[13] Exclusivo para personas mayores de 50 años de edad en las que el médico evaluador haya identificado alguna condición médica de riesgo para insuficiencia cardiaca (Como, por ejemplo: Hipertensión Arterial, arritmias cardiacas, obesidad severa o antecedentes personales de insuficiencia cardiaca).

[14] Incluye la exploración de ambas mamas y axilas, así como consejería sobre el autoexamen de mamas e identificación de señales de riesgo.

[15] En edades de 30 a 64 años, se otorgará el examen de Papanicolaou en base líquida, sólo en aquellos casos en el que la prueba molecular del VPH (Virus de Papiloma Humano) indique un resultado positivo a los genotipos de virus de alto riesgo, diferentes al 16 y 18. Se consideran virus de alto riesgo a los genotipos: 45, 31, 51, 52, grupo G1 (33 y 38), grupo G2 (35, 39, 68) y el grupo G3 (56, 59, 66). Esta evaluación se otorgará cada 4 años, contabilizándose desde su último otorgamiento por el programa.

[16] Esta evaluación se otorgará cada 4 años, contabilizándose desde su último otorgamiento por el programa.

[17] Este beneficio no incluye la cobertura de biopsias y procedimientos derivados de éstas, por lo que su realización deberá ser asumida por la **AFILIADA**. Adicionalmente se otorgará a las mujeres entre los 35 a 39 años de edad, exclusivamente si el médico evaluador identifica algún factor de riesgo o sospecha de tumoración o masa oncológica.

[18] Antecedentes de lesión mamaria sugestiva de NM de mama y/o alto riesgo de cáncer de mama debido a una mutación genética subyacente conocida (como una mutación del gen BRCA1 o BRCA2 u otro síndrome de cáncer de mama familiar).

[19] Incluye evaluación del estado emocional (riesgo de depresión).

[20] Beneficio exclusivo para niños desde los 2 años hasta 12 años de edad.

IMPORTANTE: En caso el médico evaluador considere pertinente recomendar o indicar alguna prueba adicional como resultado del chequeo médico (por ejemplo: consulta con alguna especialidad, medicamentos, vacunas, exámenes de laboratorio o imágenes, o procedimientos), no contempladas en los beneficios de este programa, deberán ser asumidas por el **AFILIADO**.

2. CRITERIOS DE PERTINENCIA DE LAS PRESTACIONES DE SALUD

La cobertura que la **IAFAS** otorga a favor del **AFILIADO** en virtud del presente **CONTRATO**, comprende las condiciones y prestaciones de salud contenidas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES,** las cuales se encuentran acorde con las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** disponible en la página web https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes de la **RED DE ATENCIÓN** indicada en el **Anexo 5** con base al cumplimiento de los siguientes criterios:

1. Que las prestaciones de salud se encuentren recomendadas y comprendidas en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED DE ATENCIÓN**, las mismas que deberán ser acordes al diagnóstico establecido y sustentarse con beneficio clínico y de significancia estadística demostrados a través de la evaluación de los criterios de Medicina Basada en la Evidencia. Se consideran para cobertura únicamente aquellas recomendaciones con **NIVEL DE EVIDENCIA** 1++, 1+ o 2++ y por ende los grados de recomendación A o B según los parámetros del SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network). Para más información puede consultar a: www. sign.ac.uk.
2. Que las indicaciones médicas, sea por tratamiento farmacológico y/o procedimientos médicos, hayan concluido exitosamente el **ENSAYO CLÍNICO DE FASE III** y se encuentren comprendidos en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA**, disponibles en la página web https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes de la **RED DE ATENCIÓN.**
3. Que los tratamientos y/o procedimientos médicos se encuentren estrictamente relacionados al objeto de la cobertura del programa.
4. Que las indicaciones de farmacia y/o exámenes de ayuda al diagnóstico se encuentren en el Listado de medicamentos y exámenes auxiliares del Programa Dr. Auna, disponible en la página web https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes. el mismo que se actualizará como mínimo cada dos (2) años, contados desde la fecha de su última publicación en la página web antes descrita.
5. Que las prestaciones requeridas bajo cobertura se encuentren descritas en el **PLAN DE SALUD** detallado en el **Anexo 1** y no se encuentren comprendidas en las **EXCLUSIONES** del **Anexo 3** del presente **CONTRATO**.

Contrato vigente a partir del 01 de enero del 2024

Código OS.SP.P.02.115

Revisión: 01

CONTRATO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS ESPECIALIZADAS DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMA DE SALUD PREPAGADO AUNA SALUD PREVENTIVO PARA AFILIACIÓN COLECTIVA O CORPORATIVA

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Plan de Salud.

Anexo 2: Aportes y condiciones de afiliación.

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

Anexo 4: Procedimiento para solicitar la cobertura.

Anexo 5: Red de Atención.

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

ANEXO 1 - PLAN DE SALUD

1. PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD

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

2. COBERTURAS DE SALUD

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

3. DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

Son planes que complementan al **Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)**, donde el Plan de Beneficios contenido en este, se describe como:

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

La descripción de los beneficios se realiza a detalle en la sección 1 de las **CLÁUSULAS PARTICULARES.**

3.1. Diagnósticos CIE – 10 comprendidos

Z00 Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico informado

3.2. Prestaciones a financiar

Chequeo preventivo anual (incluye evaluación médica de salud general, ginecológica, oftalmológica, odontológica y oncológica según plan contratado).

4. PRESTACIONES A SER OTORGADAS

4.1. CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN	AUNA SALUD PREVENTIVO
	Plan Classic y Plan Premium
Límite Máximo de Beneficio Anual	No aplica
Edad límite de ingreso	No aplica
Edad mínima de ingreso	No aplica
Edad límite de permanencia	No aplica

Suscripción del CONTRATO	Rige a partir del primer día del mes en el cual se canceló el primer aporte
Renovación	Automática, anual
Declaración Jurada de Salud	No aplica
Periodo de carencia Plazo mínimo de permanencia en el programa para tener derecho a las coberturas establecidas en éste. Se contabilizan en forma individual por cada AFILIADO, a partir de la fecha de inicio de vigencia.	No aplica
Periodo de espera	No aplica

4.2. REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN

Constituye un requisito previo y parte integral del **CONTRATO**, la suscripción de la totalidad de los **AFILIADOS** cuando se encuentren debidamente registrados en la **NÓMINA** o trama de **AFILIADOS** reportada por el **CONTRATANTE** y tengan un **PLAN DE SALUD** primario **PEAS** y un programa oncológico contratado con la **IAFAS**.

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

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

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

En el supuesto del párrafo 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 cubiertos de manera indebida.

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

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

4.3. PERIODO DE CARENCIA O ESPERA

Las prestaciones cubiertas para este programa no están afectas a periodo de carencia inicial.

Una vez otorgado el beneficio del chequeo médico, el **AFILIADO** podrá acceder a un nuevo otorgamiento con una periodicidad establecida por su Programa Oncológico para el beneficio del Chequeo oncológico y evaluación general de salud, (con excepción de aquellos exámenes que se especifique un periodo distinto) teniendo en cuenta el último chequeo efectivo. En ese sentido, si el chequeo del programa oncológico del que proviene el **AFILIADO**, tiene una frecuencia anual, se mantendrá esa misma frecuencia, y de igual forma, si el chequeo del programa oncológico es de otorgamiento bienal.

4.4. PRESTACIONES GENERALES [1]

BENEFICIO	IPRESS	DEDUCIBLE	COPAGO	COBERTURA
Chequeo Médico [1]	CENTRO DE BIENESTAR AUNA – SEDE INDEPENDENCIA [2]	S/.0.00	S/.0.00	100%
	CLÍNICA AUNA SEDE GUARDIA CIVIL [3]			
	CLÍNICA AUNA SEDE VALLESUR [4]			
	CENTRO MÉDICO AUNA SEDE PIURA [5]			
	CLÍNICA AUNA SEDE PIURA [6]			
	CLÍNICA AUNA SEDE CAMINO REAL [4]			
	CENTRO MÉDICO AUNA SERVIMÉDICOS [2]			
	CLÍNICA AUNA SEDE CHICLAYO [3]			
	CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO [7]			

1 El alcance de los servicios cubiertos para cada plan del programa, se encuentra detallado con amplitud en la sección **1 DESCRIPCIÓN Y ALCANCE DE LAS PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA** de las **CLÁUSULAS PARTICULARES**. No obstante, precisar que el Plan Classic no incluye las evaluaciones odontológica, oftalmológica, nutrición ni psicológica.

2 IPRESS habilitadas para la realización del Chequeo Médico, con excepción de la prueba de colonoscopia y la evaluación odontológica

3 IPRESS exclusivamente habilitadas para la realización de la colonoscopia.

4 IPRESS habilitadas para la realización del Chequeo Médico (incluido colonoscopia), con excepción de la evaluación odontológica.

5 IPRESS habilitada para la realización del Chequeo Médico, con excepción de la colonoscopia, consulta de nutrición, consulta de psicología y evaluación odontológica.
6 IPRESS habilitadas exclusivamente para la realización de la colonoscopia, consulta psicológica y de nutrición.
7 IPRESS especializada habilitada exclusivamente para las evaluaciones odontológicas. Ver en el Anexo 5 el detalle de sus sedes prestacionales.

IMPORTANTE: La cantidad de prestaciones correspondientes a cada anualidad o bienalidad (según corresponda), no podrá ser requerido para coberturas en forma retroactiva o anticipadamente, es decir, para cubrir prestaciones incurridas antes de la renovación.

Las prestaciones están sujetas a **EXCLUSIONES**, y limitaciones detalladas en el **Anexo 3**.

ANEXO 2: APORTES Y CONDICIONES DE AFILIACIÓN

De acuerdo a la Cláusula Décimo Segunda de las **CLÁUSULAS GENERALES**, el **CONTRATANTE** pagará los **APORTES** establecidos en el convenio de cooperación entre el **CONTRATANTE y la IAFAS**, a través a la modalidad de pago pactada, los mismos que están expresados en soles e incluyen IGV.

1. MODIFICACIONES A LA AFILIACIÓN

El **CONTRATANTE** puede solicitar la incorporación de nuevos **AFILIADOS** con posterioridad al inicio de la vigencia del presente **CONTRATO**, según los términos estipulados en el convenio de cooperación entre el **CONTRATANTE** y la **IAFAS**, aplicándose los mismos requisitos de suscripción señalados en el presente **CONTRATO**. Del mismo modo, se encuentran sujetos a las condiciones de suscripción detalladas en el **Anexo 1**

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

El envío oportuno del requerimiento de la **AFILIACIÓN** de la **NÓMINA** y sus **DERECHOHABIENTES**, de ser el caso, se realizará por parte del **CONTRATANTE**, según los mecanismos, frecuencia, oportunidad y términos establecidos en el convenio de cooperación entre el **CONTRATANTE** y la **IAFAS.**

2. 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**.

c) Por incumplimiento de cuatro (4) cuotas impagas.

Del mismo modo, el **CONTRATANTE** tiene el derecho a solicitar de forma libre y voluntaria su **DESAFILIACIÓN** o la de alguno de sus **BENEFICIARIOS**. Para ello, deberá cursar comunicación a través de la central telefónica de la IAFAS a la siguiente línea telefónica (01) 513-7900 en el horario de lunes a viernes de 8:00 am a 6:00 pm.

En caso la petición de desafiliación sea realizada por un **AFILIADO** distinto al **CONTRATANTE**, deberá remitir carta simple firmada por el **CONTRATANTE**.

La solicitud de desafiliación no libera al **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 las vigencias pasadas y/o en curso.

La **DESAFILIACIÓN**, se hará efectiva en un plazo no mayor a 20 días calendario, desde el momento en que la solicita, siempre y cuando, el proceso culmine de forma exitosa durante la llamada telefónica. No procederá ningún tipo de devolución por cuotas cobradas dentro de los primeros 20 días calendario post solicitud de desafiliación. Pasado este tiempo, en caso corresponda alguna devolución de

aportes, ésta se efectivizará en un plazo no mayor a 30 días calendario posterior a la solicitud del **CONTRATANTE**.

3. RESPONSABILIDAD DE PAGOS

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

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

4. INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE LOS APORTES COMERCIALES Y REHABILITACIÓN

Siempre que el **CONTRATANTE** incumpla con el pago de los **APORTES** por un plazo mayor a treinta (30) **DÍAS** calendarios, contados desde la fecha de recepción del documento de cobranza, la **IAFAS** suspenderá automáticamente todos los derechos a las prestaciones convenidas según el programa adquirido. La suspensión se mantendrá vigente hasta que el **CONTRATANTE** cumpla con cancelar el monto total correspondiente a las aportaciones vencidas, quedando la **IAFAS** liberada de responsabilidad de cobertura durante este periodo. Cabe precisar que la **IAFAS** no reconocerá los gastos médicos en que haya incurrido el **AFILIADO** durante el periodo de suspensión y mientras se mantengan impagas las aportaciones del **CONTRATANTE**, quedando la IAFAS liberada de cualquier responsabilidad al respecto y renunciando expresamente el **CONTRATANTE** a cualquier reclamo sobre el particular.

En caso de que el incumplimiento en el pago de los **APORTES** 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** vencidos, la cual se reactivará a partir de las 00:00 horas del día siguiente de la fecha efectiva de pago a la **IAFAS**.

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

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

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

5. METODO DE REAJUSTE DE APORTES

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.

6. 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.

1. De manera expresa: mediante comunicación del **CONTRATANTE** que manifieste, por cualquier medio, su conformidad sobre el reajuste de los aportes y/o copagos.
2. 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, cuyo costo, de ser suministradas por las **IPRESS** contratadas por la **IAFAS**, deberá ser asumido por el **AFILIADO**:

1. Cualquier requerimiento de cobertura relacionada a prestaciones no contempladas en las **CLAÚSULAS PARTICULARES** y al **PLAN DE SALUD**. Así como cualquier requerimiento o prestación médica preventiva o no preventiva distinto a los otorgados por el programa para cada plan, según sexo biológico, grupo etáreo y condición de riesgo específico identificado por el médico evaluador.
2. Cualquier tipo de vacunas, inmunoprofilaxis, inmunoterapia, inmunoestimulantes y lisados bacterianos de cualquier tipo. Así mismo se excluyen prestaciones de desensibilización alérgica o inmunológica.
3. Prestaciones económicas de cualquier índole o reembolsos no autorizados por escrito por la IAFAS con antelación a la realización de cualquier procedimiento.

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

ANEXO 4: PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

En caso el afiliado desee realizarse un chequeo preventivo, objeto del **CONTRATO**, la cita deberá ser programada a través del Call Center de servicio al cliente al número telefónico en Lima (01) 513-7900 y (01) 320-0700, Piura (073) 749-333, Trujillo (044) 749-333 y Arequipa (054) 749-333.

Para el caso de la evaluación odontológica deberá programar la cita contactando al número telefónico de la sede de su elección del Centro Odontológico Americano detalladas en el **Anexo 5**.

Al momento de requerir la atención de salud deberá identificarse con su documento nacional de identidad e indicar en admisión de la **IPRESS** que es afiliado del programa.

El equipo de admisión de las **IPRESS**, realizará su acreditación y gestionará con la **IAFAS**, las autorizaciones correspondientes.

ANEXO 5: RED DE ATENCIÓN

Las prestaciones objeto de la cobertura de este programa serán otorgadas exclusivamente por la **IPRESS** de la Red de Atención detallada a continuación:

IPRESS	NIVEL DE ATENCIÓN	RENIPRESS	DPTO.	PROVINCIA	DISTRITO	DIRECCIÓN	Teléfono
Centros de Bienestar Auna Sede Independencia (1)	I-3	00031032	Lima	Lima	Miraflores	Calle Independencia 1055	(01) 320-0700
Clínica Auna Sede Guardia Civil (2)	II-E	00027320	Lima	Lima	San Isidro	Av. Guardia Civil 368	(01) 204-9600
Centro Médico Auna Sede Piura (3)	I-2	00018816	Piura	Piura	Piura	Calle Huancavelica 1015	(073) 749-333
Clínica Auna Sede Piura (4)	II-1	00013494	Piura	Piura	Piura	Calle Las Dalias A12 Castilla	(073) 749-333
Centro Médico Auna Servimédicos (1)	I-3	00008229	Lambayeque	Chiclayo	Chiclayo	Calle Manuel María Izaga 621	(074) 221945
Clínica Auna Sede Chiclayo (2)	II-E	00030057	Lambayeque	Chiclayo	Chiclayo	Avenida Mariscal Nieta N°480	(074) 221945
Clínica Auna Sede Camino Real (5)	II-E	00016830	La Libertad	Trujillo	Trujillo	Jr. Bolognesi 565 T	(044) 749333
Clinica Auna Sede Vallesur (5)	II-1	00016744	Arequipa	Arequipa	Arequipa	Avenida La Salle N°116 Y N° 108	(054) 749-333
Centro Odontológico Americano (6)	I-3	00014113	Lima	Lima	San Isidro	Avenida Javier Prado Este 1692 1er Piso	(01) 475-1719 / 475-1717
Centro Odontológico Americano (6)	I-1	00013245	Lima	Lima	Jesús María	Jirón Huiracocha Nº 1486	(01) 424-1443
Centro Odontológico Americano (6)	I-3	00010036	Lima	Lima	La Molina	Calle Santa Magdalena Sofia 109	(01) 436-2883
Centro Odontológico Americano (6)	I-1	00008537	Lima	Lima	Lima	Jirón Camaná 780 Of. 508	(01) 427-0158
Centro Odontológico Americano (6)	I-1	00023924	Lima	Lima	San Borja	Avenida Primavera Número 643 Interior 503 Manzana Z-2 Lote 13 Urbanización Chacarilla Del Estanque Iv	(01) 6480253
Centro Odontológico Americano (6)	I-1	00012041	Lima	Lima	Pueblo Libre	Avenida Juan Pablo Fernandini N° 1573	(01) 330-7492
Centro Odontológico Americano (6)	I-3	00010892	Lima	Lima	San Borja	Avenida Joaquin Madrid N° 235 Urb Las Camelias	(01) 225-0809
Centro Odontológico Americano (6)	I-1	00023441	Lima	Lima	San Miguel	Calle Ayarsa De Morales Número 237 Urbanización El Campillo	(01) 636-1105
Centro Odontológico Americano (6)	I-1	00011499	Lima	Lima	La Victoria	Jirón Juan Voto Bernales N°399 Urb. Santa Catalina	(01) 471-3998
Centro Odontológico Americano (6))	I-3	00026558	Lima	Lima	Santiago De Surco	Avenida Caminos Del Inca Numero 1554 Urbanización Las Gardenias Et. Uno	(01) 279-1930 / 688-8529

IPRESS	NIVEL DE ATENCIÓN	RENIPRESS	DPTO.	PROVINCIA	DISTRITO	DIRECCIÓN	Teléfono
Centro Odontológico Americano (6))	I-3	00011860	Lima	Lima	Surquillo	Calle Las Tiendas N°331 Dpto.- 101	(01) 440-1021
Centro Odontológico Americano (6))	I-1	00008567	Lima	Lima	San Juan De Lurigancho	Jirón Las Chulpas 296 Of 201-202	(01) 458-6472 / 459-9645
Centro Odontológico Americano (6))	I-3	00014357	Lima	Lima	Barranco	Jirón Alfonso Ugarte 250	(01) 247-6892
Centro Odontológico Americano (6))	I-1	00014784	Lima	Lima	Comas	Avenida El Maestro Peruano 430 - Mz I, Lt 6 – Urb. Carabayllo 2da Etapa	(01) 5358144
Centro Odontológico Americano (6))	I-3	00023749	Lima	Lima	Los Olivos	Avenida Carlos Alberto Izaguirre Número 1268 Manzana K Lote 8 Urbanización Gamarra De Leon Velarde Angelica I Etapa	(01) 523-2190
Centro Odontológico Americano (6))	I-1	00009547	Lima	Lima	San Juan De Miraflores	Avenida Guillermo Billinghurst 619 Mz G Lt 33 Zona D Urb. San Juan	(01) 466-1128
Centro Odontológico Americano (6))	I-3	00027114	Lima	Lima	San Isidro	Avenida Petit Thouars Numero 3470	(01) 4216323
Centro Odontológico Americano (6))	I-1	00008583	Lima	Lima	San Miguel	Calle Monseñor Jorge Dintilhac 717 - Urb Pando 1era Etapa	(01) 451-5553
Centro Odontológico Americano (6))	I-1	00012672	Callao	Callao	Callao	Avenida Guardia Chalaca 1362 Urb. Santa Marina	(01) 453-3276
Centro Odontológico Americano (6))	I-1	00015614	Piura	Piura	Piura	Avenida Grau Nro. 1050 Lote D - 1	(073) 305820
Centro Odontológico Americano (6))	I-3	00013230	La Libertad	Trujillo	Trujillo	Calle Santa Ursula 109 - Urb. La Merced	(044) 286921
Centro Odontológico Americano (6))	I-1	00026708	Lambayeque	Chiclayo	Chiclayo	Avenida Jose Balta Número 039	(074) 223877 / 259527
Centro Odontológico Americano (6))	I-3	00020252	Arequipa	Arequipa	Cayma	Calle Sevilla N° 107 Urb. Los Sauces	(054) 272716
Centro Odontológico Americano (6))	I-3	00031811	San Martin	San Martin	Tarapoto	Jr. Augusto B Leguía N° 1119	(042)-605172

1 **IPRESS** habilitadas para la realización del Chequeo Médico, con excepción de la prueba de colonoscopia y la evaluación odontológica
2 **IPRESS** exclusivamente habilitadas para la realización de la colonoscopia. No se realizará otro tipo de evaluaciones en estas **IPRESS**.
3 **IPRESS** habilitada para la realización del Chequeo Médico, con excepción de la colonoscopia, consulta de nutrición, consulta de psicología y evaluación odontológica.
4 **IPRESS** habilitadas exclusivamente para la realización de la colonoscopia, consulta psicológica y de nutrición.
5 **IPRESS** habilitadas para la realización del Chequeo Médico (incluido colonoscopia), con excepción de la evaluación odontológica.
6 **IPRESS** especializadas habilitadas exclusivamente para las evaluaciones odontológicas. No se realizará otro tipo de evaluaciones en estas **IPRESS**.

ANEXO 6: FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE RECLAMOS Y CONSULTAS

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

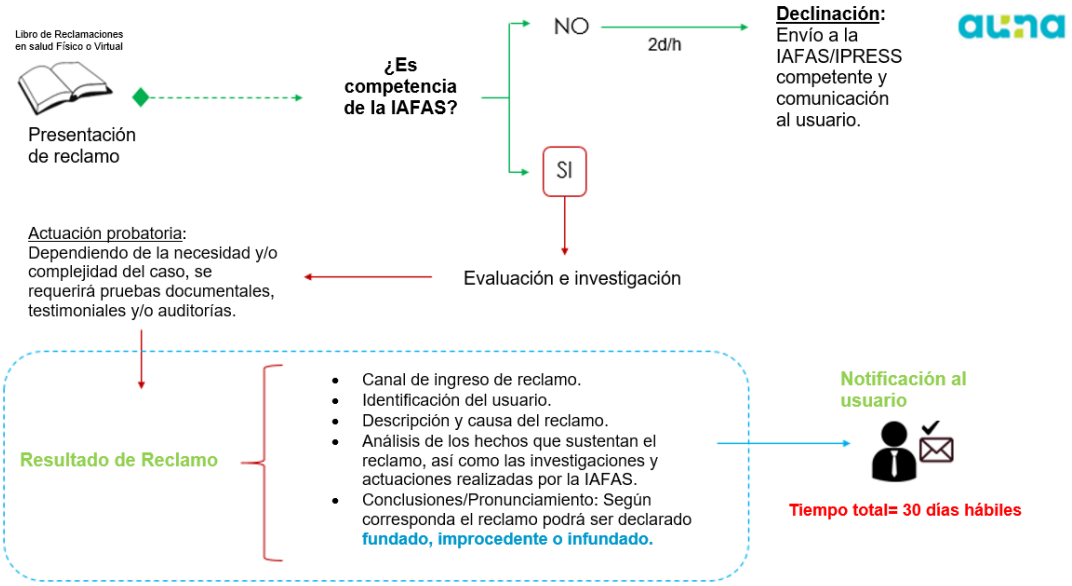
a) Libro de Reclamaciones en Salud físico, disponible en nuestra Plataforma de atención al Afiliado, ubicada en Av. Guardia Civil 571 – San Borja, dentro del horario de atención de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 6:00 p.m.

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:

Esquema resumen del procedimiento 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 de salud: aunasalud@auna.pe

d) 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.