CONTRATO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS ESPECIALIZADAS DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMA ONCOLÓGICO PREPAGADO – ONCOFLEX

RESUMEN

El condicionado del Programa Oncológico Prepagado – ONCOFLEX 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 y consentimiento de tratamiento de datos personales.

CLÁUSULAS PARTICULARES

1. Relación de prestaciones cubiertas por el programa oncológico

En esta sección, se listan las prestaciones hospitalarias, ambulatorias y domiciliarias. Las dos primeras prestaciones incluyen honorarios médicos, servicios de apoyo al tratamiento, medicamentos oncológicos y no oncológicos y, procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos. Las prestaciones domiciliarias se dividen en dos categorías: Cuidados paliativos y terapias de dolor, así como seguimiento y control en domicilio.

2. Descripción y alcance de las prestaciones cubiertas por el programa

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

3. Criterios de pertinencia de las prestaciones oncológicas

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: Activación del programa oncológico

ANEXO 5: Red de atención

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

CONTRATO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS ESPECIALIZADAS DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMA ONCOLÓGICO PREPAGADO – ONCOFLEX

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 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.
4. **AFILIACIÓN INDIVIDUAL**: Modalidad de afiliación mediante la cual el **AFILIADO** formaliza su relación de aseguramiento con una **IAFAS** a título personal, en virtud de un **CONTRATO** suscrito con esta. En el caso de los dependientes o beneficiarios, la **IAFAS** respectiva debe registrarlos individualmente.
5. **AFILIACIÓN 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. **AUS**: Aseguramiento Universal de Salud
9. **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**.

10. **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.

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

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

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

14. **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 oncológico.
    (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 oncológico.
    (iv) Persona que da positivo al examen de detección de nicotina y/o sus metabolitos al momento de la solicitud de afiliación de su programa oncológico, aun habiéndose inscrito bajo la **CONDICIÓN DE NO FUMADOR** al momento de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** de su programa oncológico. 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. **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**.

17. **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.**

18. **CONTRATO**: Documento que contiene las condiciones que suscriben la **IAFAS** con el **AFILIADO** o **CONTRATANTE**, para regular los derechos y las obligaciones de las partes, con relación a los beneficios ofrecidos en el plan o programa de salud.
19. **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**.
20. **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).
21. **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.
22. **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**.
23. **DÍAS**: Días calendario.
24. **EDAD ACTUARIAL:** Es la edad del **AFILIADO** que se toma de referencia para calcular el **APORTE**, misma que corresponde a la fecha de cumpleaños más próxima a la fecha de inicio de vigencia del **CONTRATO**.
25. **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.
26. **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.
27. **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.
28. **EPS**: Entidades Prestadoras de Salud (EPS) son empresas que prestan servicios de atención en salud a sus afiliados, complementando los servicios y cobertura de EsSalud, a través de sus propias **IPRESS** de atención**.**
29. **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).

30. **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.

31. **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 autoinfligidas por problemas de salud mental, derivados de un diagnóstico de salud mental no se excluyen.

32. **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.

33. **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.

34. **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.

35. **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.

36. **NICOTINA**: Es un alcaloide, estimulante, psicoactivo y adictivo, presente en las hojas de tabaco y en los productos que contienen nicotina.

37. **NIVEL DE EVIDENCIA**: Se adopta la categorización de la Red Nacional Integral del Cáncer (National Comprehensive Cancer Network – NCCN) sobre lo apropiado de una recomendación en base al **NIVEL DE EVIDENCIA** y el consenso de cada uno de sus miembros, refiriéndose de acuerdo a las siguientes categorías:

    (i) Categoría I-A: Aquella con alto nivel de evidencia y con consenso uniforme que la intervención es adecuada.
    (ii) Categoría II-A: Aquella con menor nivel de evidencia, pero con consenso uniforme que la intervención es adecuada.
    (iii) Categoría II-B: Aquella con nivel inferior de evidencia sin un consenso uniforme, pero sin grandes desacuerdos.
    (iv) Categoría III: Aquella con cualquier nivel de evidencia y con grandes desacuerdos.

38. **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.

39. **PEAS:** Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.

40. **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.**

41. **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.

42. **PLAN DE SALUD:** Es el documento que detalla los beneficios y coberturas que otorga la **IAFAS** al amparo del presente **CONTRATO.**

43. **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.**

44. **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**.

45. **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.

46. **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.

47. **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.

48. **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**.

49. **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.
50. **SALUD**: Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
51. **SEGUNDO O SIGUIENTE CÁNCER PRIMARIO**: Es la nueva manifestación de neoplasia maligna (cáncer) que cumple con la siguiente condición para efectos de este CONTRATO, que sea histológicamente distinto y que se presente en un órgano de estructura y funcionalidad distinto al o las enfermedades oncológicas preexistentes.
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 literales a) al e) del último párrafo del artículo 100 del Reglamento de la Ley N° 29344, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA.

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

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

CLÁUSULA QUINTA: PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD

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

CLÁUSULA SEXTA: PRESTACIONES DE SALUD PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES

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

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

   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 ONCOLÓGICO PREPAGADO – ONCOFLEX

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. RELACIÓN DE PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO

1.1. PRESTACIONES AMBULATORIAS

a) **Honorarios médicos** por consulta o teleconsulta y/o procedimientos quirúrgicos ambulatorios.

b) **Medicamentos oncológicos** para quimioterapia y/o terapia modificadora de la respuesta biológica o blanco dirigida y otros específicos contra el desarrollo del cáncer y limitado al "Listado de Medicamentos para el tratamiento del cáncer" disponible en la página web https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes.

c) **Medicamentos no oncológicos, materiales e insumos,** incluyendo catéteres permanentes, líneas de infusión, oxígeno, anestésicos, analgésicos y antibióticos relacionados con el tratamiento y pertinencia a su diagnóstico oncológico.

d) **Exámenes de laboratorio** relacionados al control y seguimiento del tratamiento de la patología oncológica.

e) **Exámenes histopatológicos**, incluyendo exámenes de inmunohistoquímica para clasificación o tipificación.

f) **Estudios de imágenes**, tales como ecografías, rayos X, tomografía computarizada y resonancia magnética.

g) **Estudios de medicina nuclear**, tales como gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela y tomografía por emisión de positrones (PET-CT). 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**.

h) **Procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos** de quimioterapia y radioterapia, incluyendo salas de quimioterapia, operaciones y de recuperación

Precisar que aquel paciente oncológico que tiene cinco (5) años de evolución desde la activación de su cobertura oncológica, tendrá sólo cobertura ambulatoria para controles periódicos, aplicándose las siguientes condiciones: cubierto al 80%, copago 20%, sin deducible, atribuible a todo tipo de servicio: honorarios médicos por consulta o teleconsulta, laboratorio, imágenes, entre otros. Esta modificación en la cobertura no aplica en pacientes en tratamiento oncológico con quimioterapia, inmunoterapia o

radioterapia; con un **SEGUNDO** O **SIGUIENTE CÁNCER PRIMARIO** en tratamiento activo y que no haya sobrepasado los cinco (5) años. En caso se evidenciara recurrencia o recaída de la enfermedad oncológica, se aplicarán las condiciones de cobertura originales señaladas en el **PLAN DE SALUD**, tanto para las prestaciones ambulatorias, hospitalarias, en emergencia y domiciliarias.

1.2. SERVICIOS DE CUIDADOS CONTINUOS EN DOMICILIO: CUIDADOS PALIATIVOS, TERAPIAS DEL DOLOR Y CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO HOSPITALARIO EN DOMICILIO

a) **Personal de salud** (Técnico o Licenciado de enfermería, Médico Paliativista) para dar continuidad o complementar el tratamiento intrahospitalario, médico o quirúrgico, en el domicilio de pacientes oncológicos admitidos al programa y que cumplan con los criterios de derivación definidos por la **RED AUNA** y autorizados por la **IAFAS.** El personal de salud designado para la atención domiciliaria será el recomendado según condición clínica y valoración médica.

   Técnico de enfermería para brindar soporte y confort al paciente terminal.

   Licenciado de enfermería para la administración del tratamiento paliativo parenteral exclusivamente prescrito por el médico paliativista asignado de la **RED AUNA** autorizado por la **IAFAS**, y para promover la educación del paciente y su cuidador principal.

   Médico paliativista para la evaluación y prescripción del tratamiento paliativo y terapia del dolor, originado por el curso de la enfermedad oncológica.

b) **Medicamentos** relacionados al tratamiento paliativo y terapia del dolor por la enfermedad oncológica, incluyendo materiales e insumos para su administración, tales como catéteres permanentes, líneas y bombas de infusión, oxígeno, entre otros.

c) **Cama clínica mecánica y soporte para infusiones** u otros equipos como parte del confort al paciente terminal en condición de postración; los cuales deberán ser devueltos al término del servicio.

1.3. PRESTACIONES HOSPITALARIAS

a) **Honorarios médicos** por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia.

b) **Hotelería:** Aplica para habitación individual o bipersonal estándar, según disponibilidad.

c) **Medicamentos oncológicos** para quimioterapia y/o terapia modificadora de la respuesta biológica o blanco dirigida y otros específicos contra el desarrollo del cáncer y limitado al “Listado de Medicamentos para el tratamiento del cáncer” disponible en la página web https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes.

d) **Medicamentos no oncológicos**, **materiales e insumos**, incluyendo catéteres permanentes, líneas de infusión, mallas marlex, grapas, oxígeno, anestésicos y otros relacionados con el tratamiento y pertinencia a su diagnóstico oncológico.

e) **Exámenes de laboratorio** relacionados al control y seguimiento del tratamiento de la patología oncológica.

f) **Exámenes histopatológicos**, incluyendo exámenes de inmunohistoquímica para clasificación o tipificación.

g) **Estudios de imágenes**, tales como ecografías, rayos X, tomografía computarizada y resonancia magnética.

h) **Estudios de medicina nuclear**, tales como gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela y tomografía por emisión de positrones (PET Scan).

i) **Procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos** de quimioterapia y radioterapia, incluyendo salas de quimioterapia, operaciones y de recuperación.

j) **Nutrición Parenteral Total**: Para pacientes con complicaciones entéricas por radioterapia y/o quimioterapia, o sometidos a cirugía oncológica de cabeza y cuello, esófago, estómago o entéricas, así como fístulas digestivas que impidan la alimentación enteral del paciente.

k) **Nutrición Enteral:** Para paciente hospitalizado que por causa oncológica no puede ingerir alimentos a través de la vía oral, y solo para tumores localizados de cabeza y cuello, esófago y estómago, no extendidos en otras áreas regionales.

Es importante tener en cuenta que las **IPRESS** solicitarán un depósito obligatorio en garantía para los eventuales gastos no cubiertos por el programa oncológico contratado. Asimismo, las firmas de pagarés para el reconocimiento de deudas impagas. Si no se utilizó el depósito en garantía inicial o sólo parte de él, las **IPRESS** realizarán la devolución correspondiente.

Si una vez definida el alta hospitalaria por su médico tratante y/o Junta Médica, el paciente hospitalizado con o sin **ESTADO TERMINAL**, no concretara el alta o regreso a su domicilio, por motivos particulares (disponibilidad de cuidador, falta de adecuación de infraestructura u otros), los gastos de hospitalización generados desde la fecha programada de alta serán asumidos como gastos no cubiertos y deberán ser pagados por el **AFILIADO** a favor de la **IPRESS**.

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

2.1. PRESTACIONES GENERALES

Honorarios profesionales: Remuneración o contraprestación al personal de salud relacionado a los servicios y cuidados brindados a los pacientes del programa oncológico, sean ambulatorios, hospitalarios o en sala de emergencias, tanto 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 y en algunos casos hasta su destrucción. Existen distintas sustancias para este tipo de tratamiento, las cuales pueden darse solas o en combinación, a lo cual se le conoce como esquema de quimioterapia. Cada esquema de quimioterapia es elegido por el médico tratante según el tipo de neoplasia, su extensión, características moleculares propias del tumor, otros tratamientos recibidos y estado del paciente. 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 biológica o blanco dirigida*: Tratamiento farmacológico con un tipo muy especial de medicamentos que actúan sobre ciertas partes específicas de las células cancerosas, por lo que se les conoce 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:

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

Esta herramienta de tratamiento también puede ser utilizada en forma conjunta con otros tipos de tratamientos con la quimioterapia y la radioterapia.

Hormonoterapia farmacológica: También llamado tratamiento hormonal o endocrino, con el cual, mediante la administración de algunos medicamentos, se modula las hormonas del organismo (modificando su producción o sus efectos sobre determinadas células) para atenuar el crecimiento o reducir el riesgo de recurrencia de ciertos tumores y/o aliviar los síntomas del cáncer. Estos medicamentos se clasifican en convencionales o complejos, cuyo detalle encontrará en el "Listado de medicamentos para el tratamiento del cáncer" disponible en la página web

https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes, y el alcance de su cobertura, según clasificación, se detalla en el Plan de Salud.

Estos medicamentos se clasifican en:

- Hormonoterapia farmacológica convencional
- Hormonoterapia farmacológica compleja

Albúmina humana: Se cubrirá su administración, 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.

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 y Chiclayo.

**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.

Esta cobertura incluye:

- Estudios de histocompatibilidad sólo del asegurado receptor.
- Pretrasplante sólo del asegurado receptor.
- Complicaciones agudas, subagudas y crónicas relacionadas al trasplante, incluyendo la enfermedad injerta contra huésped.

Este beneficio no contempla lo siguiente:

- Estudio de donantes ni la búsqueda de estos.

- Prestaciones realizadas a donantes.
- Prestaciones relacionadas a trasplante de tipo haploidéntico, es decir, en el que se usa células madre de donantes que no son totalmente compatibles.

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.**

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.

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 (7) días calendario, computados a partir del alta hospitalaria médicamente 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.

IMPORTANTE: Para el otorgamiento de este beneficio, en cualquiera de sus dos modalidades, se deberá tener en cuenta el total cumplimiento de las siguientes consideraciones:

- Para 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 el servicio (ya sea temporal o definitivamente), quedando la **IAFAS** y la **IPRESS**, designada por esta, liberada de toda responsabilidad.
- 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.
- 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).
- 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; 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): En el caso de algunas enfermedades oncológicas, sea por la naturaleza de la enfermedad o por efecto del tratamiento (por ejemplo, una cirugía), es necesario que el paciente reciba un componente de la sangre indispensable para su recuperación. A través de este beneficio, el programa cubrirá el procedimiento de transfusión de aquellas unidades efectivamente transfundidas y que se encuentren registradas en la historia clínica, bajo indicación pertinente debidamente justificada y también sus prestaciones relacionadas como:

- Pruebas de tamizaje
- Procesamiento en banco de sangre
- Pruebas cruzadas
- Los insumos utilizados en el procedimiento de transfusión.

Tener en cuenta que el tejido sanguíneo y/o los componentes de la sangre no se comercializan, estando prohibido por ley. Por lo tanto, en caso sea necesario realizar alguna transfusión, las **IPRESS** requerirán de donantes voluntarios para su reposición (la **IAFAS** no otorga cobertura o asume gastos por prestaciones realizadas en el donante).

Nutrición Parenteral Total (NPT): Alimentación endovenosa que se otorga solo durante la estancia hospitalaria hasta por un período máximo de tres (3) semanas, a pacientes con complicaciones entéricas por radioterapia y/o quimioterapia o sometidos a cirugía oncológica de cabeza y cuello, esófago, estómago o entéricas, así como fístulas digestivas 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 (NE): 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 (3) 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 colectoras, pegamento y pasta protectora tipo hidrocoloide natural. 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.

Kit de urostomía: Insumo y equipamiento a paciente con urostomía por causa oncológica; dotación suministrada directamente al paciente de manera recurrente cada mes de acuerdo al criterio médico. Incluye: pinza, bolsas colectoras, pegamento y pasta protectora tipo hidrocoloide natural. 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 urostomía.

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.

IMPORTANTE: 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**.

Complicaciones ocasionadas por el tratamiento oncológico: A través de este beneficio, cubrimos las complicaciones agudas detalladas a continuación:

a) Atención por complicaciones post-quimioterapia o terapia biológica: Hasta por un plazo máximo de cuatro (04) semanas con relación a la fecha de realización de la quimioterapia: Intoxicación Gastrointestinal (mucositis oral, náuseas y vómitos persistentes y diarreas); Trastornos Hidroelectrolíticos; Hipercalcemia tumoral; Intoxicación Hematológica (anemia; trombocitopenia, pancitopenia, neutropenia); Intoxicación cutánea (eritema acral); Infecciones por Bacterias, Hongos y Virus; Neuropatía en tratamientos con fármacos de la familia de los platinos, taxanos y/o epotilomas.

b) Atención por complicaciones post-radioterapia: Hasta por un plazo máximo de ocho (08) semanas con relación a la fecha de realización de la radioterapia: Epitelitis actínica, Proctitis actínica, Cistitis actínica, Mucositis oral, Esofagitis, Neumonitis y Eritema.

No se cubrirá ninguna complicación que se diagnostique como enfermedad crónica (como, por ejemplo, hipertensión arterial, diabetes mellitus, insuficiencia renal, gota, migraña, etc.).

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.

Los pacientes con diagnósticos de linfomas, leucemias, mielomas y enfermedades mieloproliferativas y/o menores de quince (15) años de edad también tendrán acceso a la sede prestacional Clínica Delgado.

2.2. OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS

A suministrar exclusivamente a través de la **RED AUNA**. El otorgamiento de estas prestaciones dependerá de la debida programación, autorización previa y disposición del servicio.

Fase diagnóstica: Ante el diagnóstico de alta sospecha de cáncer, realizado exclusivamente por un profesional médico especialista en oncología, sustentada debidamente en estudios de imágenes, laboratorio y procedimientos, y en concordancia con las recomendaciones del Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (National Institute for Health and Care Excellence - NICE) https://www.nice.org.uk/guidance/ng12/chapter/1-Recommendations-organised-by-site-of-cancer, se otorgará este beneficio para cubrir las prestaciones médicas ambulatorias (consultas, honorarios profesionales, procedimientos y cirugía ambulatoria, así como los exámenes de laboratorio, imágenes y patología) necesarias para obtener la biopsia y estudio de anatomía patológica para establecer un diagnóstico definitivo.

Este beneficio se brinda exclusivamente en la sede prestacional Oncocenter Sede San Borja, detallada en la **RED AUNA** del Anexo 5, bajo oferta de médicos seleccionados que serán informados al momento de su atención.

Para el caso de órganos no biopsiables (tumores primarios de encéfalo, páncreas, ovario, riñón y testículo) y en caso de biopsia de mama, tendrán cobertura diferenciada a través de los beneficios específicos descritos a continuación.

Cirugía de cáncer no biopsiable: En casos de alta sospecha de neoplasia maligna en tumores primarios de encéfalo (cerebro, cerebelo y bulbo raquídeo), páncreas, riñón, ovario, 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 patología) relacionadas a la cirugía que permitirá establecer el diagnóstico definitivo. Las consultas y prestaciones previas a la cirugía serán cubiertas a través del beneficio de Fase diagnóstica.

Para acceder a este beneficio, el **AFILIADO** deberá presentar a la **IAFAS** 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, los gastos incurridos serán cubiertos a través del beneficio de Fase diagnóstica, salvo aquellos correspondientes a las **EXCLUSIONES** contempladas en el Anexo 3.

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 no confirme la sospecha de cáncer, los gastos incurridos serán cubiertos a través del beneficio de Fase diagnóstica, salvo aquellos correspondientes a las **EXCLUSIONES** contempladas en el Anexo 3.

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:

- **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 Integrada.
- **Orientación Nutricional:** Asistencia al paciente y familiares directos (incluye tutores, cuidadores o responsables). Incluye cinco (5) consultas programadas por año, contadas a partir de su admisión como paciente. Solo en **RED AUNA**.

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 (3) primeros meses posteriores a la cirugía descrita en las siguientes condiciones:

- Terapia física en el hombro y brazo para el tratamiento de linfedema posterior a mastectomía radical por cáncer de mama
- Terapia física post cirugía mutilante de tejidos blandos en extremidades por sarcomas óseos o de partes blandas
- Terapia física post cirugía encefálica
- 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 (3) veces por semana y de manera no interrumpida, durante los tres (3) primeros meses a la cirugía descrita en las siguientes condiciones:

- Pacientes con disfonía severa o pérdida del habla, posterior a cirugía por cáncer primario de laringe y cuerdas vocales.
- 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.

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; **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.

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.

Chequeo oncológico y evaluación general de salud: El chequeo oncológico es un paquete de prestaciones de prevención y promoción de la salud, a través del cual se otorga al **AFILIADO** un conjunto de evaluaciones médicas y exámenes auxiliares, según su edad y sexo biológico, para identificar la sospecha de algunos tipos de enfermedades oncológicas que sean evidenciables en una etapa temprana, diseñados siguiendo las mejores prácticas y recomendaciones mundiales de instituciones prestigiosas. Asimismo, la evaluación general de salud, incluye una serie de evaluaciones para identificar factores de riesgo cardiovascular como la Obesidad, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemia (triglicéridos y colesterol elevado), entre otros.

Este beneficio es accesible a todos los **AFILIADOS** que hayan superado el periodo de espera inicial de 360 días, sujetándose el otorgamiento de cobertura a la vigencia de afiliación al programa y la validación del cumplimiento del pago de los aportes a la fecha de la solicitud del beneficio. La periodicidad de otorgamiento de cobertura de este beneficio será de acuerdo al programa contratado, teniendo en cuenta su último chequeo oncológico y evaluación general de salud efectivo, por lo que no será aplicable ninguna excepcionalidad a cualquier requerimiento de adelanto en su otorgamiento.

La cita deberá ser programada a través del Call Center de servicio al cliente al número telefónico en Lima **(01) 320-0700**, Callao **(01) 204-9600**, Piura **(073) 749-333**, Trujillo **(044) 749-333** y Arequipa **(054) 749-333** o en los establecimientos de salud pertenecientes a la **RED AUNA** listados en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** y otros establecimientos asignados por la **IAFAS**. El detalle de los componentes de cada paquete y la periodicidad de su otorgamiento se encuentra publicado en la página web https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes y están sujetos a variaciones y disponibilidad al momento de la atención.

Ningún componente del paquete de prestaciones que conforman este beneficio es transferible, acumulable, canjeable o intercambiable con otras prestaciones, evaluaciones médicas o exámenes auxiliares que no corresponden al establecido en este beneficio para cada grupo etáreo y sexo biológico. Asimismo, ningún paquete de prestaciones que conforman este beneficio puede ser fragmentado y deberá concluirse en la misma sede prestacional, en un período no mayor de treinta (30) días calendario contados desde el inicio del chequeo oncológico y evaluación general de salud (Incluyendo la consulta de resultados); Si el **AFILIADO** incumple con la realización de cualquiera de sus componentes dentro de ese periodo, el total del paquete se dará por ejecutado. El **AFILIADO** deberá esperar el tiempo establecido en el **PLAN DE SALUD** para acceder nuevamente al próximo otorgamiento del Chequeo Oncológico y evaluación general de salud.

Este beneficio no incluye cobertura de sedación o prestaciones quirúrgicas por causas particulares del **AFILIADO**.

En caso el médico evaluador considere pertinente recomendar o indicar algún examen adicional, fuera del conjunto de exámenes cubierto por su programa, este deberá ser asumido por el **CONTRATANTE** bajo tarifa preferencial o ser requerido bajo el beneficio oncológico de Fase Diagnóstica, según se trate la naturaleza de la condición de salud observada.

Programa del Ángel Guardián: Programa de acompañamiento y seguimiento personalizado al **AFILIADO,** para optimizar los tiempos de atención entre la sospecha de cáncer y la confirmación del diagnóstico. El beneficio del programa incluye:

- Seguimiento y acompañamiento virtual dentro o fuera de la sede
- Coordinación y apoyo para las citas y/o exámenes
- Acompañamiento y orientación a la familia, en caso lo autorice expresamente el **AFILIADO**
- Asistencia en el proceso para la activación del programa oncológico, en caso se confirme la sospecha oncológica

3. CRITERIOS DE PERTINENCIA DE LAS PRESTACIONES ONCOLÓGICAS

La cobertura que la **IAFAS** otorga a favor del **AFILIADO** en virtud del presente **CONTRATO**, comprende las condiciones y prestaciones oncológicas contenidas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES**; las cuales se otorgarán cumpliendo íntegramente los siguientes criterios:

1. Que las prestaciones oncológicas se encuentren recomendadas y comprendidas en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**; las mismas que deberán ser acordes a su diagnóstico oncológico, estadio y sustentarse hasta un **NIVEL DE EVIDENCIA II-A**
2. Que el tratamiento farmacológico (sea individual o en esquema de quimioterapia y/o terapia modificadora de respuesta biológica o blanco dirigida u otra) corresponda al Listado de tratamientos basados en evidencia científica, el mismo que deberá ser acorde a su diagnóstico oncológico y estadio.
3. Que el tratamiento farmacológico (sea individual o en esquema de quimioterapia y/o terapia modificadora de respuesta biológica o blanco dirigida u otra), dispositivos médicos o procedimientos oncológicos, hayan concluido exitosamente el **ENSAYO CLÍNICO DE FASE III** y se encuentren comprendidos en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**.
4. 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**.
5. Que los tratamientos, exámenes y/o medios diagnósticos, así como los dispositivos médicos, se encuentren disponibles y se ejecuten íntegramente en el territorio de la República del Perú.
6. 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 de los pacientes que formaron 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 **IAFAS**. Los mismos que se encuentran publicados y se encuentran en un repositorio de ensayos clínicos como https://clinicaltrials.gov/ en Estados Unidos, https://www.clinicaltrialsregister.eu/, en Europa u otros.
7. 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, sólo tendrán cobertura los medicamentos oncológicos y dispositivos médicos que (i) 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 para el tratamiento del cáncer" de la IAFAS.

8. Que las prestaciones requeridas bajo coberturas se encuentren descritas en el **PLAN DE SALUD** detallado en el Anexo 1 y no se encuentren comprendidos en las **EXCLUSIONES** detallas en el Anexo 3 del presente **CONTRATO**.

Las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA**, el Listado de tratamientos basados en evidencia científica, así como el Listado de Medicamentos para el tratamiento del cáncer, se encuentran, en sus versiones vigentes, disponibles en la página web https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes.

El Listado de tratamientos basados en evidencia científica, así como el Listado de Medicamentos para el tratamiento del cáncer, se renovarán y/o actualizarán como mínimo cada dos (2) años, contados desde la fecha de su última publicación, tomando en cuenta para ello los criterios técnicos y estándares nacionales e internacionales sobre la materia.

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 al link https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes.

Contrato vigente a partir del 01 de marzo del 2024
Código OS.SP.P.02.52
Revisión: 08

CONTRATO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS ESPECIALIZADAS DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMA ONCOLÓGICO PREPAGADO – ONCOFLEX

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 contratadas.

Anexo 4: Activación del Programa Oncológico.

Anexo 5: Red de Atención.

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

ANEXO 1 – PLAN DE SALUD

Las coberturas, exclusivamente oncológicas, 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.

1. CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN	ONCOFLEX 2024
Límite máximo del beneficio anual por afiliado: Afiliado Titular y Dependientes	Hasta S/ 750,000 Renovables por año [(1)]
Límite de ingreso: Afiliado Titular y Dependientes	Hasta los 60 años
Límite de permanencia: Afiliado Titular y Dependientes	Sin límite
Suscripción del CONTRATO	Rige a partir del primer día del mes en curso, habiendo cancelado el primer aporte
Período de Carencia: Plazo mínimo de permanencia en el programa para tener derecho a las coberturas establecidas en éste. Se contabilizan en forma individual por cada **AFILIADO**, a partir de la fecha de inicio de vigencia.	90 días
Latencia: Es un derecho especial de cobertura por desempleo que la **IAFAS ESSALUD** y la **IAFAS EPS** le otorga al **ASEGURADO** regular y sus derechohabientes.	No aplica

[1]El cual aplica por AFILIADO durante su vigencia anual y no acumulable, para las condiciones de salud oncológicas cubiertas por este programa, siempre que no estén consideradas en las exclusiones detallas en el Anexo 03.

2. REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN

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

1. Datos Generales del (los) **AFILIADO**(s).
2. Identificación y selección del programa optado.
3. Indicación de la modalidad de pago de las aportaciones por efectuar.

4. **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** del (los) **AFILIADO**(s), de forma individual.
5. Resultados de exámenes auxiliares, en caso sean solicitados por la **IAFAS**
6. Declaración de **CONDICIÓN DE FUMADOR** incluida en la solicitud de afiliación, según corresponda.
7. **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.

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

En cualquier momento, la **IAFAS** podrá solicitar a los **AFILIADOS** que hayan consignado 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 realizase 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 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 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**.

3. PRESTACIONES GENERALES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA

PRESTACIONES GENERALES	ONCOFLEX 2024	
	Cobertura	Copago
Honorarios médicos por consultas o teleconsultas, intervenciones quirúrgicas o visita domiciliaria, ayudantía o administración de anestesia.	100%	Ninguno
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%	Ninguno
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	70%	30%
Hormonoterapia farmacológica convencional[1]**:** Medicamentos convencionales para modular las hormonas del organismo atenuando el crecimiento o reducir el riesgo de recurrencia de ciertos tumores.	100%	Ninguno
Hormonoterapia farmacológica compleja[1,2]**:** medicamentos novedosos o avanzada generación para estimular o inhibir el sistema hormonal modificando el comportamiento de algunos tumores y sus síntomas.	70%	30%
Medicamentos no oncológicos[1] (dispositivos médicos para el tratamiento oncológico), materiales e insumos relacionados con el tratamiento oncológico, incluyendo la Albúmina humana.	100%	Ninguno
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 y Chiclayo.	100%	Ninguno
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.	70%	30%

Servicios de apoyo al tratamiento: Exámenes de laboratorio, imágenes, anatomía patológica e inmunohistoquímica.	100%	Ninguno
Estudios de medicina nuclear: Gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela.	100%	Ninguno
Tomografía por emisión de positrones (PET Scan): Incluye el examen de valoración previa y la sustancia radioactiva FDG. Hasta máximo 02 veces al año. Servicio disponible solo en Lima.	100%	Ninguno
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%	Ninguno
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.	70%	30%
Nutrición Parenteral Total (NPT): Solo durante la estancia hospitalaria hasta un máximo de tres (3) semanas.	70%	30%
Nutrición Enteral (NE): Solo durante la estancia hospitalaria hasta un máximo de tres (3) semanas.	70%	30%
Kit de colostomía e ileostomía insumo y equipamiento a pacientes con colostomía o ileostomía.	100%	Ninguno
Kit de urostomía insumo y equipamiento a pacientes con urostomía por causa oncológica.	100%	Ninguno
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%	Ninguno
Material de Osteosíntesis para pacientes con fracturas patológicas por metástasis ósea o cáncer óseo.	70%	30%
Complicaciones ocasionadas por el tratamiento oncológico únicamente las patologías que se presentan a consecuencia de la enfermedad oncológica o luego de realizada la aplicación del respectivo tratamiento oncológico, descritas en las prestaciones generales.	100%	Ninguno
Control ambulatorio de pacientes oncológicos con 5 años de evolución sin enfermedad activa	80%	Ninguno

(1) Se cubrirán los medicamentos únicamente citados en el "Listado de Medicamentos para el tratamiento del cáncer".

(2) Las modificaciones de cobertura sobre hormonoterapia compleja, aplican para afiliados que no están en condición de paciente oncológico activo al momento de entrada en vigencia del presente condicionado.

4. OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS CUBIERTAS POR EL PROGRAMA

OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS (Solo en RED AUNA y previa autorización por la IAFAS)	ONCOFLEX 2024 Cobertura	 Copago
Fase diagnóstica	50%	50%
Cirugía de cáncer no biopsiable: En caso de alta sospecha de neoplasia maligna primaria de encéfalo, páncreas, riñón, ovario y testículo.	100%	Ninguno
Biopsia para descarte de cáncer de mama en caso de alta sospecha de neoplasia maligna.	100%	Ninguno
Medicina Integrativa: Dentro de las prestaciones cubiertas, se encuentran las siguientes: - **Psicooncología**: Incluye cinco (5) sesiones programadas 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 Integrada**.** - **Orientación nutricional** para pacientes en compañía de familiares. Incluye cinco (5) sesiones programadas por año. Solo en **RED AUNA.**	100%	Ninguno
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; terapia física post cirugía encefálica; fisioterapia respiratoria post cirugía por cáncer pulmonar. Hasta un máximo de doce (12) sesiones durante los tres (3) meses posteriores a la cirugía antes descrita.	100%	Ninguno
Foniatría: hasta doce (12) sesiones programadas. Servicio disponible solo en Lima.	100%	Ninguno
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%	Ninguno
Ambulancia terrestre al alta hospitalaria, para pacientes postrados o imposibilitados de desplazarse. Servicio disponible solo en Lima y según los límites geográficos establecidos.	100%	Ninguno
Tutoría médica y ejecutiva de acompañamiento al paciente	100%	Ninguno
Chequeo oncológico: Conjunto de exámenes para identificar la sospecha de algunos tipos de enfermedades oncológicas. Asimismo, con la evaluación general de salud se busca identificar factores de riesgo cardiovascular. El deducible, cobertura, así como el detalle y periodicidad de los exámenes que incluye el chequeo oncológico y evaluación general de salud están publicados en nuestra página web **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes**	100%	Deducible de S/ 100.00

5. BENEFICIOS ADICIONALES

BENEFICIOS ADICIONALES (Solo en RED AUNA)	ONCOFLEX 2024	
	Cobertura	Copago
Programa del Ángel Guardián	100%	Ninguno

IMPORTANTE:

Tener presente que el inicio de las prestaciones de la recuperación de la salud (sea de diagnóstico oncológico o de tratamiento), bajo cobertura, será de manera posterior a la activación del programa oncológico detallada en el Anexo 4. Las prestaciones no están sujetas a deducibles.

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.

1. TABLA DE APORTES

Los **APORTES** están expresados en soles e incluyen IGV.

ONCOFLEX 2024						
Rango de edad	Pago Anual		Pago Mensual Recurrente			
	Efectivo o Tarjeta de Crédito		Tarjeta de Crédito		Tarjeta de débito o Cargo en cuenta	
	No fumador	Fumador	No fumador	Fumador	No fumador	Fumador
00 - 17	264.36	343.68	23.19	30.15	24.34	31.65
18 – 25	296.28	385.20	25.98	33.78	27.28	35.47
26 - 30	669.96	870.84	58.76	76.39	61.70	80.22
31 – 35	723.72	940.80	63.48	82.53	66.66	86.66
36 – 40	758.52	986.16	66.54	86.51	69.87	90.82
41 – 45	793.20	1031.28	69.58	90.46	73.07	94.99
46 – 50	902.04	1172.64	79.12	102.86	83.07	107.99
51 – 55	1406.52	1828.44	123.38	160.40	129.55	168.42
56 – 60	1819.80	2365.68	159.63	207.51	167.61	217.89
61 – 65*	2407.80	3130.08	211.21	274.57	221.77	288.30
66 – 70*	3387.84	4404.00	297.17	386.32	312.03	405.64
71 – 75*	4227.84	5496.24	370.86	482.12	389.40	506.22
76 – 80*	4913.52	6387.60	431.01	560.31	452.55	588.32
81 – 85*	5417.64	7042.92	475.23	617.80	499.00	648.69
86 a más*	5697.72	7407.00	499.80	649.74	524.79	682.23

*Solo renovación

2. MODIFICACIONES A LA AFILIACIÓN

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

Del mismo modo, el **CONTRATANTE** puede solicitar la migración a un programa oncológico de menores características de cobertura en cualquier momento durante la vigencia, y a un programa de mayores características de cobertura solo al vencimiento del plazo contractual. Para ello, debe realizar la solicitud de migración con 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, no aplicando un nuevo **PERIODO DE CARENCIA**.

Para la migración de programa oncológico, se deberá cumplir con los siguientes requisitos:

a) El **AFILIADO** no registre en su historial clínico diagnóstico de cáncer.
b) El **AFILIADO** no tenga sintomatología, que induzca a sospecha de cáncer.
c) El **AFILIADO** no esté en estudio o fase de diagnóstico por sospecha de cáncer.

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.**

IMPORTATE: El **CONTRATANTE** se obliga a comunicar por escrito a la **IAFAS** sobre el cambio de **CONDICIÓN DE NO FUMADOR** hacia **CONDICIÓN DE FUMADOR**, tanto del titular como de cualquiera de sus **AFILIADOS**, durante la vigencia del **CONTRATO** y sus renovaciones. En cuyo caso, aplicará el correspondiente reajuste de **APORTES** bajo apercibimiento de tener por resuelto el **CONTRATO** de no mediar aceptación del **CONTRATANTE** dentro de los quince (15) días de recibida la comunicación por parte de la **IAFAS**.

3. DE LA ACTUALIZACIÓN DE DATOS

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

4. DE LA DESAFILIACIÓN

La **DESAFILIACIÓN** al programa 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 comunicarse a la central telefónica de la **IAFAS** a la siguiente línea telefónica (01) 513-7900 en el horario de lunes a viernes de 8:00 am a 6:00 pm.

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

5. 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.

6. 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 oncológicas, el **CONTRATANTE** pagará a la **IAFAS** los aportes indicados en el Anexo 2.

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

Para cualquier modalidad de pago y/o forma de fraccionamiento de los aportes elegidos, ya sea abono directo o a través de instituciones financieras o terceros, el

CONTRATANTE se obliga a cancelar dichas sumas dentro de los plazos establecidos. En tal sentido, el **CONTRATANTE** se responsabiliza, a título personal, ante la **IAFAS** por cualquier deuda generada, inclusive cuando la misma se derive de hechos imputables a la entidad financiera o tercero al que delegó el pago de sus aportes.

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

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

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

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

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

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

8. MÉTODO 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.

9. 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 de ser suministradas por las **IPRESS** contratadas por la **IAFAS**, deberá ser asumido por el **AFILIADO**:

1. Toda prestación médica o sanitaria derivada de lesiones auto infligidas, intento de suicidio o autoeliminación o de accidentes.
2. 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**.
3. Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional sobre alguna enfermedad o condición no oncológica preexistente o adquirida durante el curso del tratamiento oncológico (médico o quirúrgico), incluso si ha sido causada, agravada, complicada o directamente afectada por la enfermedad oncológica, su tratamiento y/o procedimientos relacionados, cuyo financiamiento deberá estar a cargo de la **IAFAS** que otorga cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud al **AFILIADO**. Se exceptúa de esta exclusión los beneficios señalados en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
4. Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional atendido fuera de la **RED AUNA** detallada en el Anexo 5, 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**.
5. Reembolso y/o pagos por servicios médicos suministrados por terceros, por concepto de gastos ambulatorios, de hospitalización no quirúrgica, quirúrgica o gastos post-operatorios de cualquier índole médicos o no médicos.
6. Cualquier requerimiento o prestación médica cuyo propósito sea el chequeo, detección y/o diagnóstico, oncológico o no oncológico, salvo las prestaciones de chequeo oncológico y evaluación de salud, así como las prestaciones de fase diagnostica, expresamente señaladas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
7. Todo procedimiento o terapia, consulta o teleconsulta 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 (inclusive si son indicados post cirugía extractiva), odontológica, nutricional, salvo las prestaciones detalladas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**. De la misma manera, las cirugías de neurotización, por ginecomastia, mastopexia, simetrización y lipotransferencias (inyección de grasa) de cualquier tipo indistintamente de la ubicación anatómica.

8. Gastos relacionados al suministro de todo tipo de dispositivos ortésicos tales como sillas de ruedas, plantillas ortopédicas, corsés, audífonos, zapatos ortopédicos y equipos mecánicos o electrónicos.
9. Equipos médicos durables tales como: termómetro, tensiómetro, equipos de oxigenoterapia, glucómetro (equipo y tiras), respiradores, pulsioximetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP o similares, audífonos e implantes cocleares, separadores interespinosos para columna vertebral y discos intervertebrales protésicos, y demás dispositivos empleados en neurocirugía y prótesis ortopédicas externas. Como tampoco las prótesis u otros (sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés). De igual manera aparatos y equipos ortopédicos, zapatos ortopédicos, ortésicos, prótesis externas, equipos mecánicos o electrónicos, no se cubren pilas, baterías, cargadores o fuentes de poder.
10. Gastos relacionados con la adquisición de órganos o tejidos, 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. Asimismo, anticoagulantes, heparinoides, procoagulantes y eritropoyetina con fines preventivos o profilácticos (con excepción de las indicaciones para cirugía mayor).
11. 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 las expresamente señaladas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
12. Cualquier gasto relacionado a la búsqueda y análisis de compatibilidad de donantes de sangre y médula ósea, así como gastos de crio preservación o cultivo de células madre u otros tejidos. Asimismo, gastos relacionados por complicaciones médicas del proceso de extracción o colecta en el donante.
13. 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 ésta, así como el tratamiento y/o manejo de las complicaciones, eventos adversos, efectos secundarios y otros que se puedan ocasionar o devenir de estos tratamientos e indicaciones médicas dadas y ejecutadas al margen de lo anteriormente establecido.
14. Todo tipo de prestaciones diagnósticas o terapéuticas, equipos, insumos, suministros o fármacos u otras nuevas tecnologías que:
    - No cuenten con registro sanitario para su comercialización, no se comercialicen o no se encuentren disponibles en el territorio nacional.
    - No se encuentren debidamente aprobados por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), de la Administración de Alimentos y Drogas (Food and Drug Administration – FDA) y de la Agencia Europea de Medicamentos (European Medicines Agency – EMA). No se cubrirá en ningún caso tecnología aprobada por la FDA a través de aprobaciones rápidas (Fast Track Approvals)
    - No se recomiendan en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**, 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 como la Red Nacional Integral del Cáncer

(National Comprehensive Cancer Network - NCCN), Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (National Institute for Health and Care Excellence - NICE), Sociedad Americana de Oncología Clínica (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. Otros niveles de evidencia deberán ser evaluados por el área correspondiente y podrán ser considerados como terapia médica experimental.

- No cumplan íntegramente con la totalidad de los Criterios de Pertinencia de las Prestaciones detalladas en las CLÁUSULAS PARTICULARES del presente CONTRATO.

15. Fármacos como ansiolíticos, antipsicóticos, antidepresivos, vacunas, vitaminas (con excepción de las que forman parte del esquema de quimioterapia, anticoagulados o politrasfundidos), minerales, suplementos alimenticios, suplementos nutricionales, productos naturales (hierbas y sus derivados, levaduras, probióticos, uso medicinal de cannabis o sus derivados o variantes), homeopáticos, alternativos o productos no medicinales, estimulantes del apetito, anabólicos, antioxidantes, productos geriátricos y reconstituyentes, neurotónicos y nootrópicos, productos dermatológicos (protectores solares, cremas hidratantes, lociones dérmicas, etc.) así como cualquier otro producto o medicamento no oncológico y/o no relacionado a la enfermedad oncológica.
16. Suministro de cualquier tipo de medio de transporte y servicio de ambulancia. Salvo las expresamente señaladas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
17. Toda enfermedad de origen congénito y/o malformación congénita, así como enfermedades de origen laboral y profesional y/o por contaminación nuclear.
18. 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 **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
19. Gastos relacionados a prestaciones y/o servicios odontológicos de cualquier tipo.
20. Pruebas de laboratorio exámenes o estudios moleculares y/o genéticos y/o estudios de mutaciones u otras, de cualquier tipo, tales como y sin limitarse a: EGFR, PDL1, KRAS, NRAS, BRAF, ALK, VEGF, T790M, inestabilidad microsatelital en sangre, pruebas moleculares para GIST, así como biopsias líquidas y/o perfiles o secuenciamientos moleculares y/o genéticos, con excepción de las contempladas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
21. Estudios de diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y procedimientos relacionados con problemas de disfunciones sexuales, esterilidad, fertilidad, infertilidad, esterilización y planificación familiar, incluyendo aborto terapéutico y/o complicaciones de la gestación.
22. Todo tipo de servicios de bazar y confort personal durante la hospitalización como radios, televisores, teléfonos, consumos de frio bar, artículos personales o de higiene, pañales, toallas higiénicas, máquinas de afeitar e hisopo.

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**.

Para la atención de sus diversas necesidades médicas prestacionales que no estén en cobertura del programa oncológico contratado, se otorga a favor del **AFILIADO**, acceso a tarifas y descuentos preferenciales, 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.

ANEXO 4 – ACTIVACIÓN DEL PROGRAMA 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:

1. REQUISITOS PARA ACTIVAR EL PROGRAMA 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).

f) Prueba de nicotina y/o sus metabolitos. Sólo si es requerida por la **IAFAS**.

*Estos documentos son entregados por la institución de salud que le 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 de los beneficios de Fase diagnóstica, Cirugía de cáncer no biopsiable o Biopsia para descarte de cáncer de mama, para lo cual es necesario entregue todos los exámenes de laboratorio e imágenes que sustentan la alta sospecha de cáncer.

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

1. Comuníquese a través de los siguientes canales de atención:
   - Call Center: **(01) 513-7900**
   - Buzón de autorizaciones: **autorizaciones@oncosalud.pe**
   - Página web: **www.oncosalud.pe**
   - WhatsApp: **987 777 050**

   Si en caso el **AFILIADO** estuviera imposibilitado de realizar este proceso personalmente, en su representación podrá hacerlo 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.

De esta manera, se programará su cita. Una vez que se haya comunicado y solicitado la activación del beneficio oncológico y admisión de paciente, una Ejecutiva de Beneficios lo contactará para orientarlo durante este proceso.

2. En la fecha y hora citado, deberá presentar los documentos requeridos para activar el beneficio oncológico a la Ejecutiva 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**.
3. 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.
4. 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 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**.

En caso el **AFILIADO** que demande la activación de sus beneficios haya consignado la **CONDICIÓN DE NO FUMADOR** en la solicitud de afiliación, la activación del beneficio oncológico podrá ser condicionada a la realización obligatoria de la prueba de nicotina y/o sus metabolitos, que la **IAFAS** establezca sin costo alguno para el **AFILIADO**, en cualquiera de los establecimientos designados 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 realizara 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, caso contrario no procederá la activación del beneficio quedando el **AFILIADO** excluido de toda cobertura,

procediéndose a la resolución del **CONTRATO**, en concordancia con lo señalado en los requisitos de suscripción del Anexo 1.

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.

ANEXO 5 – RED DE ATENCIÓN

1. RED AUNA

1.1. RED INTEGRADA

SEDE PRESTACIONAL	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO	DIRECCIÓN	CÓDIGO RENIPRESS*
ONCOCENTER SEDE SAN BORJA (1)	LIMA	LIMA	SAN BORJA	AV. GUARDIA CIVIL N° 545,571,585 - MANZANA B5 LOTE 06-09 URB. CORPAC 1ERA ZONA	00016786
ONCOCENTER CLÍNICA ONCOSALUD	LIMA	LIMA	SAN BORJA	AV. GUARDIA CIVIL N° 219-225-227- 229 MZ. A2 LT. 02 URB. CORPA 1RA ZONA	00017634
CLÍNICA AUNA SEDE GUARDIA CIVIL	LIMA	LIMA	SAN ISIDRO	AV. GUARDIA CIVIL N° 368	00027320
CENTRO DE BIENESTAR AUNA – SEDE INDEPENDENCIA(2)	LIMA	LIMA	MIRAFLORES	CALLE INDEPENDENCIA N° 1055	00031032
CLÍNICA AUNA SEDE CAMINO REAL(2)	LA LIBERTAD	TRUJILLO	TRUJILLO	JR. FRANCISCO BOLOGNESI N° 561-565	00016830

1.2. OTRAS SEDES DE LA RED AUNA

SEDE PRESTACIONAL	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO	DIRECCIÓN	CÓDIGO RENIPRESS*
R Y R PATÓLOGOS ASOCIADOS - SEDE GUARDIA CIVIL	LIMA	LIMA	SAN BORJA	AV. GUARDIA CIVIL 227 INT PRIMER PISO	00021726
ONCOCENTER RADIO ONCOLOGÍA SEDE SAN ISIDRO	LIMA	LIMA	SAN ISIDRO	AV. PASEO DE LA REPÚBLICA Nº 3650-3658	00009845
CLÍNICA DELGADO AUNA(3)	LIMA	LIMA	MIRAFLORES	AV. ANGAMOS OESTE N°450-490	00019049
ONCOCENTER RADIO ONCOLOGÍA SEDE MIRAFLORES	LIMA	LIMA	MIRAFLORES	AV. ANGAMOS OESTE N° 490 - SOTANO 1 - OF 101	00020323
ONCOCENTER SEDE BENAVIDES	LIMA	LIMA	MIRAFLORES	AV. BENAVIDES 2525	00016297
PETSCAN S.A.	LIMA	LIMA	MIRAFLORES	AV. PETIT THOUARS N°4340 URB. COUNTRY CLUB	00009617

CLINICA AUNA SEDE BELLAVISTA[2]	CALLAO	CALLAO	BELLAVISTA	AV. LAS GAVIOTAS 207 URB. SAN JOSÉ	00009250
CLÍNICA AUNA SEDE CHICLAYO	LAMBAYEQUE	CHICLAYO	CHICLAYO	AV. MARISCAL NIETO N° 480 - URB. CAMPODÓNICO	00030057
CENTRO MÉDICO AUNA SERVIMÉDICOS[2]	LAMBAYEQUE	CHICLAYO	CHICLAYO	CALLE MANUEL MARÍA IZAGA Nº 621	00008229
CLÍNICA AUNA SEDE VALLESUR[2]	AREQUIPA	AREQUIPA	AREQUIPA	AV. LA SALLE N° 108-116	00016744
CLÍNICA AUNA SEDE MIRAFLORES	PIURA	PIURA	CASTILLA	LAS DALIAS A-12 URB. MIRAFLORES	00013494
CENTRO MÉDICO AUNA SEDE MIRAFLORES [2]	PIURA	PIURA	PIURA	CALLE HUANCAVELICA N° 1015	00018816

(1) Única sede prestacional en la que se otorgará el beneficio de Fase diagnóstica.
(2) Sedes habilitadas para efectuar el beneficio de prevención y promoción oncológica.
(3) Solo aplica para atención de pacientes con diagnósticos de linfomas, leucemias, mielomas y enfermedades mieloproliferativas y/o menores de quince (15) años de edad.

* RS: Número de registro SUSALUD

IMPORTANTE: Los servicios de 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 otorgado exclusivamente en la Clínica Auna Chiclayo.

Recuerda que el listado de las **IPRESS** que conforman la Red Complementaria se encuentra disponible en la página web https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes.

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:

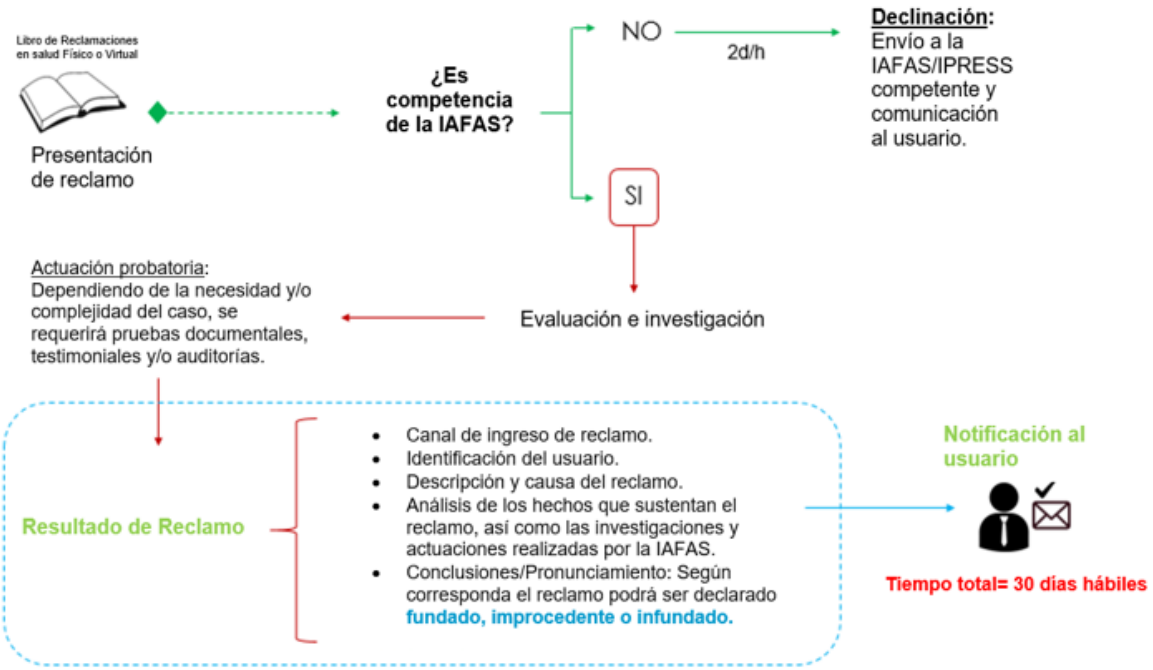
a) Libro de Reclamaciones en Salud físico, disponible en nuestra Plataforma de atención al **AFILIADO**, ubicada en Av. Guardia Civil 571 – San Borja, dentro del horario de atención de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 6:00 p.m.

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



1

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/**

2

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

3

PASO 3
EXPERIENCIA DEL AFILIADO REALIZA EL ANÁLISIS CORRESPONDIENTE.

4

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

5

PASO 5
EXPERIENCIA DEL AFILIADO BRINDARA 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**, institucionesPrestadoras 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 6:00 pm y sábados de 8:00 am a 2:00 pm

c. Correo corporativo para programas oncológicos: **contactos@oncosalud.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.

Contenido

RESUMEN 0
CLÁUSULAS GENERALES 0
CLÁUSULAS PARTICULARES 0
ANEXOS 0
CLÁUSULAS GENERALES 1
CLÁUSULA PRIMERA: OBJETO 1
CLÁUSULA SEGUNDA: CONTENIDO 1
CLÁUSULA TERCERA: DEFINICIONES 2
CLÁUSULA CUARTA: COBERTURA, GARANTÍA Y CONDICIONES 7
CLÁUSULA QUINTA: PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD 8
CLÁUSULA SEXTA: PRESTACIONES DE SALUD PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES 8
CLÁUSULA SÉPTIMA: EXCLUSIONES Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS 8
CLÁUSULA OCTAVA: DEL AFILIADO / ASEGURADO O LOS AFILIADOS / ASEGURADOS DE LA COBERTURA CONTRATADA 8
CLÁUSULA NOVENA: INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA 9
CLÁUSULA DÉCIMA: LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO 9
CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: REFERENCIAS 9
CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA: APORTES E INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE APORTES 9
CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA: COPAGOS 10
CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA: REAJUSTE DE APORTES Y/O COPAGOS 10
CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA: INFORMACIÓN 11
CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA: EXÁMENES MÉDICOS Y DECLARACIONES DE SALUD 11
CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA: PLAZO CONTRACTUAL 12
CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA: DOMICILIO 12
CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS 12
CLÁUSULA VIGÉSIMA: RESOLUCIÓN DE CONTRATO 12
CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA: MODALIDAD DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO 13
CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA: CLÁUSULA DE GARANTÍA CONTINUIDAD DE COBERTURA DE PREEXISTENCIAS 13
CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA: MODIFICACIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA 13

CLÁUSULA VIGÉSIMO CUARTA: CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES 14
CLÁUSULAS PARTICULARES 15
1. RELACIÓN DE PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO 15
1.1. PRESTACIONES AMBULATORIAS 15
1.2. SERVICIOS DE CUIDADOS CONTINUOS EN DOMICILIO: CUIDADOS PALIATIVOS, TERAPIAS DEL DOLOR Y CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO HOSPITALARIO EN DOMICILIO 16
1.3. PRESTACIONES HOSPITALARIAS 16
2. DESCRIPCIÓN Y ALCANCE DE LAS PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA 17
2.1. PRESTACIONES GENERALES 17
2.2. OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS 24
3. CRITERIOS DE PERTINENCIA DE LAS PRESTACIONES ONCOLÓGICAS 28
ÍNDICE DE ANEXOS 30
ANEXO 1 – PLAN DE SALUD 31
1. CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN 31
2. REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN 31
3. PRESTACIONES GENERALES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA 33
4. OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS CUBIERTAS POR EL PROGRAMA 35
5. BENEFICIOS ADICIONALES 36
ANEXO 2 – APORTES Y CONDICIONES DE AFILIACIÓN 37
1. TABLA DE APORTES 37
2. MODIFICACIONES A LA AFILIACIÓN 37
3. DE LA ACTUALIZACIÓN DE DATOS 38
4. DE LA DESAFILIACIÓN 38
5. EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL CONTRATANTE O AFILIADOS 39
6. RESPONSABILIDAD DE PAGOS 39
7. INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE LOS APORTES COMERCIALES Y REHABILITACIÓN 40
8. MÉTODO DE REAJUSTE DE APORTES 41
9. SOBRE EL REAJUSTE DE APORTES Y/O COPAGOS 41
ANEXO 3 – EXCLUSIONES, GASTOS NO CUBIERTOS Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS 42
ANEXO 4 – ACTIVACIÓN DEL PROGRAMA ONCOLÓGICO 46
1. REQUISITOS PARA ACTIVAR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO 46

2. PROCESO DE ACTIVACIÓN DEL BENEFICIO ONCOLÓGICO Y ADMISIÓN DE PACIENTE 46
ANEXO 5 – RED DE ATENCIÓN 49
1. RED AUNA 49
1.1. RED INTEGRADA 49
1.2. OTRAS SEDES DE LA RED AUNA 49
ANEXO 6: FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE RECLAMOS Y CONSULTAS 51