RESUMEN

El condicionado del programa de salud prepagado **CERO ACCIDENTES** consta de tres secciones: Cláusulas Generales, Cláusulas Particulares y Anexos.

1 CLÁUSULAS GENERALES

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

2 CLÁUSULAS PARTICULARES

1. **Descripción y alcance de las prestaciones cubiertas por el programa de salud**
   En esta sección, se listan las prestaciones generales y complementarias del programa contratado, como también el alcance de cada una de ellas.

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

3 ANEXOS

1. **ANEXO 1:** Plan de salud
2. **ANEXO 2:** Aportes y condiciones de afiliación
3. **ANEXO 3:** Exclusiones, gastos no cubiertos y limitaciones a las coberturas contratadas
4. **ANEXO 4:** Procedimiento de atención
5. **ANEXO 5:** Red de atención
6. **ANEXO 6:** Flujograma de procedimiento de atención de consultas y reclamos

CONTRATO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS ESPECIALIZADAS DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMA DE SALUD PREPAGADO – CERO ACCIDENTES

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. **ACCIDENTE:** Suceso eventual imprevisto, fortuito u ocasional, producido por acción de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad, pudiendo resultar en daño para la vida o la salud.
2. **AFILIACIÓN:** Adscripción de un **ASEGURADO** a un plan de aseguramiento en salud y a una **IAFAS**.
3. **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.

4. **AFILIACIÓN ELECTRÓNICA:** La afiliación electrónica es una modalidad de **AFILIACIÓN** pactada. En ella, la persona manifiesta su voluntad de **AFILIACIÓN** mediante mecanismos no presenciales, estableciéndose la relación de aseguramiento entre el asegurado y la **IAFAS** respectiva. Esta modalidad queda supeditada a la implementación por parte de la **IAFAS** de los mecanismos que permitan acreditar la autenticidad del **CONTRATO**, mediante la firma electrónica u otro medio que asegure seguridad.

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

6. **AFILIACIÓN OBLIGATORIA:** Constituye afiliación obligatoria, aquella por la cual una persona natural adquiere la condición de **AFILIADO**, por el sólo hecho de cumplir una condición preestablecida, sin que se encuentre obligada a manifestar o ratificar su voluntad de acceder al plan de aseguramiento que le corresponde. Se encuentran dentro de esta categoría quienes acceden a un **PLAN DE SALUD** por mandato legal o por el sólo hecho de su vinculación laboral o contractual con un empleador determinado, así como sus **DERECHOHABIENTES** legales y dependientes, según el caso.

7. **APORTE:** Pago periódico, establecido en el **CONTRATO** a que se compromete el **AFILIADO** o **CONTRATANTE** a abonar en forma adelantada a la **IAFAS** por los beneficios del plan o programa de salud contratado.

8. **ASEGURADO O AFILIADO:** Toda persona residente en el país, que esté bajo cobertura de algunos de los regímenes del AUS. Se le asume obligatoriamente **AFILIADO** a cualquier plan de aseguramiento en salud. El **AFILIADO** puede ser titular o derechohabiente y debe reunir los requisitos de afiliación correspondientes.

9. **AUS:** Aseguramiento Universal de Salud.

10. **BENEFICIARIO:** Persona residente en el país que 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**.

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

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

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

14 **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.

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

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

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 **CLÁUSULAS 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 **DOLENCIAS AGUDAS:** Son aquellas condiciones de salud o enfermedades que presentan síntomas precisos y definidos, de aparición súbita o repentina, en general de menos de tres meses de duración y que no son reconocidas como enfermedades crónicas por la Organización Mundial de la Salud (que define como enfermedad crónica a aquella afección que por lo general se caracteriza por durar 3 meses o más, tiene carácter permanente, evolutivo y a través de intervenciones de salud puede ser mitigada o controlada).

25 **EMERGENCIA ACCIDENTAL:** Es aquella emergencia producida por un **ACCIDENTE** y que requiere atención médica en forma inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud, o que puede dejar secuelas invalidantes al paciente.

26 **EMERGENCIA MÉDICA Y/O QUIRÚRGICA:** Es toda condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I y II.

27 **ENFERMEDAD CONGÉNITA:** Es toda aquella enfermedad adquirida durante el período embrionario-fetal y perinatal, la cual puede manifestarse y diagnosticarse en el nacimiento o después durante todo el transcurso de la vida. Esta definición incluye, pero no se limita a todos los diagnósticos calificados como congénitos de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades 10° edición de la Organización Mundial de la Salud.

28 **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.

29 **EPS:** Entidades Prestadoras de Salud. Son empresas que prestan servicios de atención en salud a sus afiliados, complementando los servicios y cobertura de EsSalud, a través sus propias **IPRESS** de atención.

30 **EVENTO HOSPITALARIO:** Un evento hospitalario se considera como un internamiento del **AFILIADO** en una **IPRESS**, de por lo menos un día, bajo indicación médica pertinente y hasta el alta médica, al amparo de las estipulaciones contempladas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del **CONTRATO**.

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 Nº023-2021-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 **FRACTURA ÓSEA:** Es una ruptura o solución de continuidad del tejido óseo (hueso), como consecuencia de la aplicación sobre el mismo de una fuerza superior a la que éste puede resistir. Para efectos de éste contrato, sólo se contemplarán en cobertura aquellas ocurridas en huesos sanos.

33 **FRACTURA PATOLÓGICA:** Es aquella **FRACTURA ÓSEA** que se produce por un debilitamiento del hueso debido a alguna enfermedad que lo aqueja, por lo que el hueso se rompe incluso frente a fuerzas leves o cotidianas

34 **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA:** Conjunto de recomendaciones desarrolladas en forma sistemática para ayudar a los profesionales y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas en el abordaje de un problema de salud o una condición clínica específica.

35 **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.

36 **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.

37 **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.

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

39 **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**.

40 **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.

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

PLAN DE SALUD PRIMARIO: Es el seguro o plan de **EPS** o de Asistencia médica, vigente, con el que cuenta el **AFILIADO** y que tiene acceso a cobertura en las **IPRESS** de la **RED AUNA** que forman parte de este **CONTRATO** para los **BENEFICIOS** descritos en las **CLÁUSULAS PARTICULARES**, del presente **CONTRATO**. No aplica para planes de formación laboral, autoseguros u otros planes prepagados, SCTR, SOAT, AFOCAT.

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 **Plan Esencial de Aseguramiento en Salud** (**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 **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.

47 **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**.

48 **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.

49 **SALUD:** Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

50 **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 LA SALUD PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES

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

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

   En los casos de demanda de medicación o exámenes auxiliares derivados de una atención preventiva, es considerada como una atención ambulatoria, sujeta a las condiciones previstas en el **PLAN DE SALUD**.

2. **Promoción de la Salud:** Son las actividades que buscan mejorar el nivel de vida del individuo, la familia y la comunidad, relacionada con las políticas de desarrollo social y con participación activa de la comunidad (educación para la salud).

3. Otros servicios.

CLÁUSULA SÉPTIMA:

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

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

CLÁUSULA OCTAVA:

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

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

CLÁUSULA NOVENA:

INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA

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

CLÁUSULA DÉCIMA:

LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

El otorgamiento de las prestaciones 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 al **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** pagan 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** adeuden 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 a el **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 a EL **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 han incurrido en mora cumplen con ponerse al día en los aportes adeudados, recobran el derecho a gozar de los beneficios de EL **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 encontraban 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 de el **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 a el **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 EPS** o **IAFAS** 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** debe 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 calendarios 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 Esenciales de Aseguramiento en Salud (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 Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (**PEAS**), y de las coberturas complementarias, de ser el caso.

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA:

EXÁMENES MÉDICOS Y DECLARACIONES DE SALUD

De requerirse al **AFILIADO / ASEGURADO** o a 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 de que los **AFILIADOS** tomen conocimiento y puedan analizar la propuesta. Asimismo, deberá anexar las recomendaciones correspondientes para la contención del gasto.

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA:

DOMICILIO

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

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA:

SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Todas las desavenencias, conflictos o controversias que pudieran surgir entre la **ENTIDAD EMPLEADORA** y la **IAFAS EPS**, así como las que se susciten entre la **IAFAS EPS** u otras **IAFAS** y los **AFILIADOS / ASEGURADOS**, derivadas del presente **CONTRATO**, incluidas las de su nulidad o invalidez, son resueltas a través de los mecanismos de solución de controversias del Centro de Conciliación y Arbitraje (**CECONAR**) de la Superintendencia Nacional de Salud o en aquellos centros que se encuentren registrados y habilitados por 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 **CONDICIONES ESPECIALES** 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 del **CONTRATANTE** y **AFILIADOS**, en especial los referidos a datos sensibles son los estrictamente necesarios para la gestión y ejecución de las prestaciones vinculadas al programa contratado para:

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

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

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

De expresar la negativa a brindar los datos personales, la **IAFAS** no podrá cumplir con la gestión y ejecución de las prestaciones vinculadas al programa contratado. Asimismo, el **CONTRATANTE** declara contar con la

autorización de las personas consignadas en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** para el tratamiento de los datos personales incluidos, así como en la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**.

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

a. Oficinas de la **IAFAS** ubicadas en Av. Guardia Civil 571 - San Borja.

b. Dirección de correo electrónico **derechosarco@auna.pe**.

c. Página web institucional **www.oncosalud.pe/solicitudes-arco**.

CONTRATO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS ESPECIALIZADAS DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMA DE SALUD PREPAGADO – CERO ACCIDENTES

CLÁUSULAS PARTICULARES

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

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

1.1 PRESTACIONES GENERALES

Atención por emergencia accidental

La emergencia accidental es aquella producida por un accidente, es decir, una acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad y por la cual requiere atención y procedimientos quirúrgicos y/o médicos inmediatos al poner en peligro inminente la vida, la salud, o que puede dejar secuelas invalidantes. Los gastos médicos de emergencias accidentales serán cubiertos por el programa de salud sin deducible ni copago alguno, siempre que la atención se haya iniciado hasta dentro de las 48 horas después de ocurrido el accidente. La determinación de la condición de emergencia accidental es realizada por el profesional médico encargado de la atención bajo responsabilidad. En caso de que, el evento médico iniciado en emergencia accidental requiera atención ambulatoria y/o hospitalaria, serán cubiertas bajo las condiciones detalladas en el **PLAN DE SALUD** del presente **CONTRATO**.

El programa otorga las siguientes prestaciones:

a. Honorarios médicos y asistenciales.

b. Medicamentos según tratamiento farmacológico de **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA** vigente, disponible en la página web **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes**, materiales e insumos incluyendo: catéteres, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos, vendas de yeso y yeso acrílico.

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

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

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

IMPORTANTE: La cobertura no incluye prótesis externas, férulas ortopédicas, cabestrillos y similares.

Atención hospitalaria (médica y/o quirúrgica)

La atención hospitalaria es el internamiento del afiliado bajo indicación médica pertinente, a causa de un accidente, debiendo permanecer internado por lo menos un (1) día. Los gastos médicos generados por las prestaciones de hospitalización serán cubiertos por el programa sin deducible ni copago alguno según lo establecido en su **PLAN DE SALUD**, hasta el agotamiento del **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL**, según lo establecido en su **CONTRATO**. Siempre que el **AFILIADO** haya avisado a la **IAFAS** de la ocurrencia del accidente hasta un plazo no mayor a 48 horas después de ocurrido el mismo.

El programa otorga las siguientes prestaciones:

a. Honorarios médicos y asistenciales.

b. Hotelería: Habitación estándar.

c. Medicamentos según tratamiento farmacológico de **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA** vigente, disponible en la página web **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes**, materiales e insumos incluyendo: catéteres, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos, vendas de yeso y yeso acrílico.

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

e. Estudios de imágenes, tales como rayos X, ecografía, tomografía computarizada y otros relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones por el plan.

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

g. Alimentación para un acompañante del paciente pediátrico. Este beneficio es exclusivo del plan Premium.

h. Tratamientos en Medicina Física y Rehabilitación.

IMPORTANTE: La cobertura de prótesis internas y material de osteosíntesis será según las condiciones de su acápite específico.

La cobertura no incluye prótesis externas, férulas ortopédicas, cabestrillos y similares, ningún tipo de prótesis dentales, oculares, obturadores, implantes cocleares, ni aquellas con fines estéticos.

Continuidad ambulatoria de emergencia accidental

Se cubre la continuidad de la emergencia accidental bajo atención ambulatoria hasta un máximo de 120 días calendario después del accidente. Dicha cobertura aplica para controles ambulatorios, exámenes de laboratorio de control, exámenes radiológicos de control, procedimientos ambulatorios, retiro de puntos, entre otros.

Los gastos médicos generados por las prestaciones de atención ambulatoria serán cubiertos por el programa sin deducible ni copago alguno según lo establecido en su **PLAN DE SALUD**. Siempre que el **AFILIADO** haya avisado a la **IAFAS** de la ocurrencia del accidente hasta un plazo no mayor a 48 horas después de ocurrido el mismo.

El programa otorga las siguientes prestaciones:

a. Honorarios médicos y asistenciales.

b. Medicamentos según tratamiento farmacológico de **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA** vigente, disponible en la página web **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes**, materiales e insumos incluyendo: catéteres, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos, vendas de yeso y yeso acrílico.

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

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

e. Procedimientos ambulatorios en consultorio, tópico o sala de procedimientos menores.

IMPORTANTE: En caso de una **CIRUGÍA AMBULATORIA** se cubrirá bajo condiciones de una atención hospitalaria.

1.2. PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS

Prótesis internas y material de osteosíntesis

Este beneficio otorga cobertura al **AFILIADO** para aquellas prestaciones objeto de la cobertura del programa, las prótesis internas y material de osteosíntesis (placas, clavos, tornillos, alambre, agujas y pines, entre otros) quirúrgicamente pertinentes. Las mismas que serán establecidas por la **IAFAS** de acuerdo a las características del paciente, criterios de pertinencia establecidos en la **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**, disponible en la página web **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes**.

La cobertura será según las condiciones y hasta el monto del Beneficio Máximo especifico establecido en su **PLAN DE SALUD**, el cual es único durante la vigencia del **CONTRATO**, independientemente del número de eventos o fracturas óseas.

IMPORTANTE: La cobertura no incluye prótesis externas, férulas ortopédicas, cabestrillos y similares, ningún tipo de prótesis dentales, oculares, obturadores cocleares, ni aquellas con fines estéticos.

Transfusión sanguínea y hemoderivados

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

Los gastos médicos generados por la terapia serán cubiertos por el programa con los deducibles, copago y monto límite anual establecidos en su **PLAN DE SALUD**.

IMPORTANTE: La cobertura no incluye búsqueda de donantes, ni prestaciones económicas de ningún tipo.

Terapia de rehabilitación ambulatoria

Incluye las sesiones de rehabilitación de acuerdo a un tratamiento necesario para la estabilización del afiliado y que este sea requerido a raíz de la ocurrencia de un accidente hasta un plazo máximo de 120 días después de la ocurrencia del accidente.

Los gastos generados por la terapia serán cubiertos por el programa con los deducibles, copago y monto límite anual establecidos en su **PLAN DE SALUD**. Siempre que el **AFILIADO** haya avisado a la **IAFAS** de la ocurrencia del accidente hasta un plazo no mayor a 48 horas después de ocurrido el mismo.

Gastos odontológicos

Incluye las prestaciones de salud objeto de la cobertura, que requieren de revisión, procedimientos y control de atención odontológica, tanto en hospitalario como ambulatoriamente, hasta un plazo máximo de 120 días después del accidente o hasta agotar el beneficio máximo anual específico para este beneficio. Los gastos generados serán cubiertos por el programa con los deducibles y copago establecidos en su **PLAN DE SALUD**.

IMPORTANTE: Este beneficio aplica exclusivamente para la red de atención odontológica del presente contrato. La cobertura no incluye prótesis dentales, obturadores, o similares.

Alimentación para un acompañante

Beneficio para un (1) acompañante de pacientes pediátricos (hasta los 17 años) hospitalizados, compuesto por un (1) desayuno, un (1) almuerzo y una (1) cena del menú estándar que la clínica establezca para el día y en el mismo horario de los pacientes, debiendo ser solicitado con la anticipación establecida por la clínica.

IMPORTANTE: Este beneficio aplica exclusivamente durante el periodo de hospitalización del paciente pediátrico.

Terapia psicológica ambulatoria

Incluye evaluación especializada y las sesiones psicológicas necesarias para la atención mental del afiliado, y que este sea requerido a raíz de la ocurrencia de un accidente.

Solo se otorgará este beneficio a causa de un accidente y hasta un máximo de 120 días después de la ocurrencia del accidente.

Posterior a este período, el afiliado podrá acceder a estas prestaciones a través de tarifa preferencial.

IMPORTANTE: No incluye el tratamiento psiquiátrico, ni medicinas.

Los gastos generados por la terapia psicológica serán cubiertos por el programa con los deducibles, copago y monto límite anual establecidos en su **PLAN DE SALUD**. Siempre que el **AFILIADO** haya avisado a la **IAFAS** de la ocurrencia del accidente hasta un plazo no mayor a 48 horas después de ocurrido el mismo.

Cirugía plástica reconstructiva

Incluye las prestaciones quirúrgicas ante la evidente alteración física de alguna parte del cuerpo a causa específica del accidente, como por ejemplo tratamiento de cicatrices queloides, reconstrucción de mama en caso de pérdida o desfiguración, rinoplastia, entre otros.

Solo se otorgará este beneficio durante el internamiento hospitalario y en forma ambulatoria, hasta un máximo de 120 días después de la ocurrencia del accidente o hasta agotar el beneficio máximo anual específico para este beneficio.

Los gastos generados por cirugía estética serán cubiertos por el programa con los deducibles, copago y monto límite anual establecidos en su **PLAN DE SALUD**.

IMPORTANTE: Se excluye de la cobertura el aumento o simetrización de busto, glúteos y/o labios, así como procedimientos de naturaleza exclusivamente estética o cosmética y/o aquellas acciones correctivas de procedimientos realizado en otras **IPRESS** fuera de la red de atención de este programa.

1.3. TARIFAS Y DESCUENTOS PREFERENCIALES

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

2. CRITERIOS DE PERTINENCIA DE LAS PRESTACIONES DE SALUD

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

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

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

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

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

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

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

Contrato vigente a partir del 01 de noviembre del 2023
Código OS.SP.P.02.67
Revisión: 04

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: Plan de Salud ..... **Pág. 26**

ANEXO 2: Aportes y condiciones de afiliación ..... **Pág. 32**

ANEXO 3: Exclusiones, gastos no cubiertos y limitaciones a las coberturas contratadas ..... **Pág. 36**

ANEXO 4: Procedimiento de atención ..... **Pág. 40**

ANEXO 5: Red de Atención ..... **Pág. 41**

ANEXO 6: Flujograma de procedimiento de atención de consultas y reclamos ..... **Pág. 44**

ANEXO 1

PLAN DE SALUD

1. PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD

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

2. COBERTURAS DE SALUD

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

3. DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

Son planes que complementan al **Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)** y son definidos como aquellos que otorgan prestaciones no comprendidos en éste.

El Plan de Beneficios que contiene el **PLAN COMPLEMENTARIO**, se describen como:

Plan complementario especializado: Comprende la atención de contingencias no incluidas en el **Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)**, y que se encuentran delimitadas a una determinada especialidad, condición asegurable, garantía explícita, tipo de intervención o prestaciones a financiar.

4. PRESTACIONES A SER OTORGADAS

4.1. CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN*		
CONDICIONES	**PLAN CLASSIC**	**PLAN PREMIUM**
Límite máximo del beneficio anual por afiliado[1]: Afiliado titular y dependientes	S/ 30,000	S/ 100,000
Límite de ingreso: Afiliado titular y dependientes.	Hasta los 65 años	
Límite de permanencia: Afiliado titular y dependientes.	Sin límite	
Suscripción del CONTRATO.	Rige a partir del primer día del mes en curso habiendo cancelado el primer **APORTE**.	
Periodo de carencia: Plazo mínimo de permanencia en el programa para tener derecho a las coberturas establecidas en éste. Se contabilizan en forma individual por cada **AFILIADO**, a partir de la fecha de inicio de vigencia.	No aplica	
Latencia: Es un derecho especial de cobertura por un desempleo que la **IAFAS ESSALUD** y la **IAFAS EPS** otorga al **ASEGURADO** regular y sus derechohabientes.	No aplica	

1. El cual aplica por **AFILIADO** durante su vigencia anual, para todas las condiciones de salud, objeto de las coberturas del programa, siempre que estén considerados en los **BENEFICIOS** descritos en el **PLAN DE SALUD** y que no formen parte de las **EXCLUSIONES** detalladas en el **Anexo 3**.

4.2. 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 consignar la siguiente información:

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

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**, condicionamientos que la **IAFAS** deberá poner en conocimiento del **CONTRATANTE** con la debida oportunidad.

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

Cualquier reticencia, falsedad, omisión, inexactitud u ocultamiento de información relativa al estado de salud, por parte del **CONTRATANTE**, 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 párrafo precedente, en caso la **IAFAS** haya concedido coberturas, servicios o prestaciones a favor del **AFILIADO**, sin que a este le corresponda ese derecho, podrá exigir el pago del valor de la totalidad de los servicios 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**.

4.3. PRESTACIONES GENERALES

ATENCIÓN DE EMERGENCIA ACCIDENTAL	IPRESS	PLAN CLASSIC			PLAN PREMIUM		
		Cobertura	Copago	Deducible	Cobertura	Copago	Deducible
• Honorarios médicos y asistenciales • Exámenes auxiliares de laboratorio clínico y patología • Exámenes de diagnóstico por imágenes • Procedimientos de emergencia (honorarios médicos, sala de procedimientos y enfermería) • Farmacia e insumos	• Clínica Delgado Auna • Clínica Auna Bellavista • Clínica Auna Miraflores* • Clínica Auna Vallesur • Clínica Auna Chiclayo* • Centro Médico Auna Servimédicos** • Resocentro Sede Piura**	100%	0%	S/ 0.00	100%	0%	S/ 0.00

*Sedes no habilitadas para la realización de resonancia magnética.

**Sedes habilitadas para la realización de resonancia magnética en Piura y Chiclayo.

ATENCIÓN HOSPITALARIA (Médica y/o quirúrgica)	IPRESS	PLAN CLASSIC			PLAN PREMIUM		
		Cobertura	Copago	Deducible	Cobertura	Copago	Deducible
• Honorarios médicos y asistenciales • Exámenes auxiliares de laboratorio clínico y patología • Exámenes de diagnóstico por imágenes • Procedimientos de emergencia (honorarios médicos, sala de procedimientos y enfermería) • Farmacia e insumos	• Clínica Delgado Auna • Clínica Auna Bellavista • Clínica Auna Miraflores* • Clínica Auna Vallesur • Clínica Auna Chiclayo* • Centro Médico Auna Servimédicos** • Resocentro Sede Piura**	100%	0%	S/ 0.00	100%	0%	S/ 0.00

*Sedes no habilitadas para la realización de resonancia magnética.

**Sedes habilitadas para la realización de resonancia magnética en Piura y Chiclayo.

CONTINUIDAD AMBULATORIA POR EMERGENCIA ACCIDENTAL (Hasta máximo de 120 días calendario después del accidente)	IPRESS	PLAN CLASSIC			PLAN PREMIUM		
		Cobertura	Copago	Deducible	Cobertura	Copago	Deducible
• Honorarios médicos y asistenciales • Exámenes auxiliares de laboratorio clínico y patología • Exámenes de diagnóstico por imágenes • Procedimientos médicos • Farmacia e insumos	• Clínica Delgado Auna • Clínica Auna Bellavista • Clínica Auna Miraflores* • Clínica Auna Vallesur • Clínica Auna Chiclayo* • Centro Médico Auna Servimédicos** • Resocentro Sede Piura**	100%	0%	S/ 0.00	100%	0%	S/ 0.00

*Sedes no habilitadas para la realización de resonancia magnética.

**Sedes habilitadas para la realización de resonancia magnética en Piura y Chiclayo.

4.4 PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS

PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS	IPRESS	PLAN CLASSIC			PLAN PREMIUM		
		Cobertura	Copago	Deducible	Cobertura	Copago	Deducible
Transfusión sanguínea y hemoderivados Pruebas de tamizaje, banco de sangre, pruebas cruzadas y los insumos de unidades efectivamente transfundidas	• Clínica Auna Bellavista • Clínica Auna Piura • Clínica Auna Vallesur • Clínica Auna Chiclayo • Centro Médico Servimédicos*	100%	0%	S/ 0.00	100%	0%	S/ 0.00
Prótesis internas y material de osteosíntesis Incluye placas, clavos, tornillos, alambre, agujas y pines, entre otros quirúrgicamente pertinentes.		80% Hasta S/6,000	20%	S/ 0.00	100%	0%	S/ 0.00
Terapia de rehabilitación ambulatoria Hasta un máximo de 120 días calendario después del accidente sesiones de rehabilitación física.		80%	20%	S/ 0.00	100%	0%	S/ 0.00
Terapia psicológica ambulatoria Hasta un máximo de 120 días calendario después del accidente.		No cubierto	No cubierto	No cubierto	No aplica	0%	S/ 80.00
Cirugía plástica reconstructiva Hasta un máximo de 120 días calendario después del accidente.		No cubierto	No cubierto	No cubierto	50% Hasta S/10,000	50%	S/ 0.00
Gastos odontológicos por accidente Hasta un máximo de 120 días calendario después del accidente	La red odontológica se encuentra detallada en el **Anexo 5.**	No cubierto	No cubierto	No cubierto	50% Hasta S/10,000	0%	S/ 0.00

*Sede habilitada para las derivaciones de Clínica Chiclayo para brindar las atenciones de Medicina Física y Rehabilitación.

4.5. BENEFICIOS ADICIONALES

TARIFAS Y DESCUENTOS PREFERENCIALES (Solo en RED AUNA)	CERO ACCIDENTES	
	Cobertura	Copago
	El detalle de las tarifas y descuentos preferenciales de los servicios que incluye se encuentran publicados en nuestra página web: **https:/marketing.oncosalud.pe/documentos-interes**	

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

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

ANEXO 2

APORTES Y CONDICIONES DE AFILIACIÓN

De acuerdo a la Cláusula Décimo Segunda de las **CLÁUSULAS GENERALES**, el **CONTRATANTE** deberá pagar los siguientes **APORTES** de acuerdo a la modalidad de pago elegida. Los **APORTES** están expresados en soles e incluyen I.G.V.

PLAN CLASSIC		
RANGO ETARIO	Anual	Mensual
00 – 35	S/ 250.20	S/ 21.95
36 – 65	S/ 328.92	S/ 28.86
66 –75*	S/ 434.52	S/ 38.11
76 – 120*	S/ 565.92	S/ 49.65

*Tarifas de renovación
Precios incluyen IGV

PLAN PREMIUM		
RANGO ETARIO	Anual	Mensual
00 – 35	S/ 367.92	S/ 32.28
36 – 65	S/ 469.44	S/ 41.18
66 –75*	S/ 596.28	S/ 52.31
76 – 120*	S/ 761.28	S/ 66.78

*Tarifas de renovación
Precios incluyen IGV

1. MODIFICACIONES A LA AFILIACIÓN

El **CONTRATANTE** puede solicitar la incorporación de nuevos **AFILIADOS** con posterioridad al inicio de la vigencia del presente **CONTRATO**. Para ello, deberá contar con una nueva **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, aplicándose los mismos requisitos de afiliación señalados en el **Anexo 1** del presente **CONTRATO**. Los nuevos **AFILIADOS**, se encuentran sujetos a al **PERIODO DE CARENCIA** y **PERIODO DE ESPERA** señalados en las condiciones de suscripción.

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

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

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

1. Al vencimiento del plazo contractual, a la renovación de su **CONTRATO**, en cuyo caso no aplicará un nuevo **PERIODO DE CARENCIA** o **PERIODO DE ESPERA**.

2. En cualquier momento durante el transcurso de la vigencia, en cuyo caso el **PERIODO DE CARENCIA** y los **PERIODOS DE ESPERA** se seguirán contabilizando desde el inicio de vigencia inicial del programa primigenio.

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

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

2. DE LA ACTUALIZACIÓN DE DATOS

El **CONTRATANTE** asume la responsabilidad de comunicar debidamente a la **IAFAS** a través de los medios de comunicación señalados en el **Anexo 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

3. DE LA DESAFILIACIÓN

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

1. Por la culminación del supuesto de hecho que le daba la condición de **AFILIADO**.
2. Por la extinción del **CONTRATO** de Prestaciones de Servicios de Salud por las causales de caducidad, no renovación, resolución, rescisión o nulidad del **CONTRATO.**
3. Por incumplimiento de cuatro (4) cuotas impagas

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

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

La solicitud de desafiliación no libera al **CONTRATANTE** de las deudas que haya contraído con la **IAFAS**, incluido el pago de intereses legales, de ser el caso. Siendo así, la **DESAFILIACIÓN** procederá previa cancelación de cualquier deuda pendiente por aportaciones correspondientes a las vigencias pasadas y/o en curso.

La **DESAFILIACIÓN** se hará efectiva en un plazo no mayor a veinte (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 veinte (20) días posteriores a la solicitud de desafiliación. Pasado este tiempo, en caso corresponda alguna devolución de aportes, esta se efectivizará en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario posterior a la solicitud del **CONTRATANTE**.

4. EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL CONTRATANTE O AFILIADOS

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

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

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

5. RESPONSABILIDAD DE PAGOS

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

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

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

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

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

1. 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.

2. En caso de que el incumplimiento en el pago de los **APORTES COMERCIALES** se mantenga durante sesenta (60) días calendario adicionales al periodo establecido en el párrafo precedente, el **CONTRATANTE** (siempre que la **IAFAS** no haya expresado su decisión de resolver el **CONTRATO**) podrá rehabilitar su

cobertura previo pago del monto total de los **APORTES COMERCIALES** vencidos, la cual se reactivará a partir de las 00:00 horas del día siguiente de la fecha efectiva de pago a la **IAFAS**.

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

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

7. MÉTODO DE REAJUSTE 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 inflamación médica t a los gastos relacionados a la operativa del producto.
- La aplicación del reajuste es procedente siempre que la **IAFAS** cumpla con brindar la información correspondiente del reporte de siniestralidad debidamente sustentado y analizado, señalando las medidas orientadas a la racionalización del gasto. La evaluación de la siniestralidad y el reajuste de copagos y aportes se realizan de acuerdo a la normativa vigente.

8. SOBRE EL REAJUSTE DE APORTES Y/O COPAGOS

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

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

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

ANEXO 3

EXCLUSIONES, GASTOS NO CUBIERTOS Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

Se encuentran excluidas de la cobertura, las siguientes condiciones y/o prestaciones, cuyo costo, de ser suministradas por las **IPRESS** de la **RED DE ATENCIÓN**, sus costos deberán ser asumidos por el **AFILIADO**:

1. Las prestaciones de salud no contempladas en las coberturas o el **PLAN DE SALUD** del presente **CONTRATO**.

2. Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional atendidos fuera de las **IPRESS** habilitadas para este programa y detalladas en el **Anexo 5**, inclusive en el extranjero. Así como todo tipo de requerimiento prestacional que no sea ordenado o prescrito por el o los profesionales médicos designados por la **IAFAS** y/o no hayan sido autorizadas por ésta, así como el tratamiento y/o manejo de las complicaciones, eventos adversos, efectos secundarios y otros que se puedan ocasionar o devenir de estos tratamientos e indicaciones médicas dadas y ejecutadas al margen de lo anteriormente establecido.

3. Alquiler de equipos o servicios no disponibles en la **IPRESS**, independientemente del diagnóstico y/o pertinencia médica. Cualquier prestación y/o procedimiento que no se realice en la infraestructura de las **IPRESS** designada por la **IAFAS**. Inclusive aquello no disponible y/o no comercializado a nivel nacional.

4. Cualquier requerimiento de reintegro y/o pagos por servicios médicos suministrados por terceros no autorizados expresamente por la **IAFAS** y/o pactados directamente por el **AFILIADO**. No se reconocerán honorarios y/o tarifas por encima de lo pactado con los proveedores de salud, inclusive, sobrecostos de medicamentos, insumos, material médico o procedimientos diagnósticos o terapéuticos por encima de lo establecido entre la **IAFAS** y las **IPRESS**.

5. Cualquier requerimiento de cobertura sobre prestaciones relacionadas a enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos y sus gastos derivados, definidas en el capítulo XVII del CIE 10 “Malformaciones Congénitas” que codifica las malformaciones congénitas. Publicado en la página web de la Organización Mundial de Salud (https://icd.who.int/browse10/2019/en). 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, su financiamiento está a cargo de la **IAFAS** que otorga cobertura del **Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)** al **AFILIADO**.

6. Cualquier requerimiento o prestación médica cuyo propósito sea el chequeo, detección y/o diagnóstico, salvo las prestaciones expresamente señaladas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**. Prestaciones y/o servicios ambulatorios de fase diagnóstica y otras previas a la realización del procedimiento quirúrgico ejemplo: angiografía coronaria, TEM cardiaca, ecocardiograma, prueba de esfuerzo, etc. para infarto cardiaco o enfermedad valvular cardiaca.

7. Prestaciones relacionadas a un accidente que no haya sido reportado a la **IAFAS**, hasta un máximo de 48 horas después de ocurrido el mismo (con excepción de las Emergencias Accidentales). Estas prestaciones podrán ser atendidas, a costo del afiliado, a través de las tarifas preferenciales a las que tiene derecho.

8. Prestaciones relacionadas a embarazo, aborto, parto natural o cesárea, así como sus complicaciones y/o consecuencias. Definidas en el capítulo XV del CIE 10 “Embarazo, parto y puerperio” que codifica las Afecciones relacionadas o agravadas por el embarazo, el parto o el puerperio (causas maternas o causas obstétricas).

9. Prestaciones relacionadas al periodo perinatal y sus complicaciones y/o consecuencias. Definidas en el capítulo XVI del CIE 10 “Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal” que codifica las afecciones que tienen su origen en el periodo perinatal aun cuando la enfermedad o la muerte ocurran más tarde.

10. Prestaciones relacionadas con la Infección por virus de inmunodeficiencia humana - VIH, Síndrome Inmunológico Deficiencia Adquirida (SIDA) y el Síndrome Complejo Relativo al SIDA (SCRS), sus consecuencias y complicaciones

11. Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional sobre alguna enfermedad o condición oncológica, inclusive si hubiese sido diagnosticada en vigencia del contrato.

12. Toda prestación médica o sanitaria derivada de lesiones auto infligidas, intento de suicidio o autoeliminación, inclusive aquellas de naturaleza accidental resultantes del uso o adicción a las drogas, estupefacientes, por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares; en cuyo caso, el financiamiento de las prestaciones estará a cargo de la **IAFAS** que otorga cobertura del **Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)** al **AFILIADO**. Así como toda prestación de naturaleza psicológica, psiquiátrica o psicoterapéutico. Con excepción de lo especificado en su tabla de beneficios.

13. Insumos y materiales de cualquier tipo, requeridos para la aplicación de medicamentos, inclusive inyectables, así como para la realización de procedimientos. Equipos médicos durables tales como: termómetro, tensiómetro, equipos de oxigenoterapia, glucómetro (equipo y tiras), respiradores, pulsoximetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP o similares, audífonos e implantes cocleares, separadores interespinosos para columna vertebral y discos intervertebrales protésicos. No están cubiertas las prótesis internas o externas, sillas de ruedas, anteojos, aparatos y equipos ortopédicos u ortésicos, corsés, zapatos y/o plantillas ortopédicas, equipos mecánicos o electrónicos y medias para varices.

14. Fármacos como ansiolíticos, antipsicóticos, antidepresivos, vacunas, vitaminas, minerales, suplementos alimenticios, suplementos nutricionales, productos naturales (hierbas y sus derivados, levaduras, probióticos, uso medicinal de cannabis), homeopáticos, alternativos o productos no medicinales, estimulantes del apetito, anabólicos, antioxidantes, productos geriátricos y reconstituyentes, neurotónicos y nootrópicos, productos dermatológicos (protectores solares, cremas hidratantes, lociones dérmicas, etc.) así como cualquier otro producto o medicamento no relacionado a las prestaciones de salud objeto de la cobertura del programa.

15. Todo tipo de prestaciones diagnósticas o terapéuticas, equipos, insumos, suministros o fármacos y otras nuevas tecnologías que no hayan sido aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (Food and Drug Administration - FDA) para el diagnóstico solicitado, los cuales deben contar además con beneficio clínico y de significancia estadística demostrados a través de la evaluación sustentada en Medicina Basada en la Evidencia. Se consideran para beneficio de cobertura únicamente los niveles de evidencia 1++, 1+ ò 2++ y por ende los grados de recomendación A o B según los parámetros del SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network). Para más información puede consultar a: www.sign.ac.uk. Así como aquellos que no hayan concluido exitosamente el **ENSAYO CLÍNICO DE FASE III** o que no se encuentren debidamente aprobados por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), de la Administración de Alimentos y Drogas (Food and Drug Administration - FDA) y de la Agencia Europea de Medicamentos (European Medicines Agency - EMA) o que no se recomienden en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** disponible en la página web https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes de la **RED AUNA**. De igual manera, aquellos que no se comercialicen o no se encuentren disponibles en el territorio nacional.

16. Todo procedimiento o terapia que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria. Así como, prestaciones y tratamientos profilácticos, psicológicos, psiquiátricos, psicoterapéuticos, curas de reposo, cualquier tipo de tratamiento kinésico, acupuntura, quiropráxia o de rehabilitación mental, prestaciones odontológicas nutricional. De la misma manera, las cirugías de neurotización, por ginecomastia estética, mastopexia y de simetrización u otras cirugías plásticas. Cremas, lociones faciales, sustancias exfoliativas, despigmentantes, jabones, shampúes, cremas neutras y bloqueadores solares. De la misma manera, las prestaciones por o para neurotización, ginecomastia, mastopexia, simetrización. Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional que involucre utilización de láser o fototerápia de cualquier tipo. Todo tratamiento médico o quirúrgico de melasma, alopecia u otros trastornos dermatológicos estéticos, así como el retiro de tatuajes, piercing o similares.

17. Todo tipo de servicios de bazar y confort personal durante la hospitalización, como radios, televisores, teléfonos, consumos de frigobar, artículos personales o de higiene, pañales, medias antiembólicas, toallas higiénicas, máquinas de afeitar, guantes descartables no estériles, mantas térmicas de cualquier tipo, papel higiénico, batas, ropa de cama, hisopos y/o colchón antiescaras.

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. Asimismo, queda excluida cualquier tipo de asistencia o prestación a acompañantes del paciente.

19. Gastos relacionados a acompañantes, mientras el **AFILIADO** se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, cama, alimentación, bazar y/o confort y similares. Con excepción de lo especificado en su tabla de beneficios.

20. Gastos relacionados a medicina no tradicional de cualquier tipo ni tratamientos homeopáticos, recetario magistral, iriología, reflexología y en general tratamientos médicos no tradicionales o experimentales, empíricos y también la medicina alternativa. Asimismo, no están cubiertos la acupuntura, quiropráxia, cuidados y tratamientos de rehabilitación en gimnasios.

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. Cualquier lesión que se produzca en situación de embriaguez o bajo influencia de drogas registrados en la historia clínica y/o con el dosaje respectivo (caso del alcohol: nivel sérico > 0.5 g/dl). En caso el paciente se niegue a realizarse el examen de alcoholemia o toxicológico requerido, asume la integralidad del gasto prestacional generado automáticamente.

23. Cualquier requerimiento o prestación médica y/o quirúrgica consecuencia de la conducción de un vehículo motorizado sin contar con la licencia de conducir vigente que corresponda al tipo de vehículo según la normativa pertinente. Así como lesiones o enfermedades a consecuencia de la participación activa del **AFILIADO** en motines, huelgas, conmoción civil, terrorismo o actos delictivos. Así como aquellas a causa de una guerra Civil o Internacional.

24. Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional a causa de la participación de cualquier deporte de alto riesgo, tales como, pero sin limitarse a: paracaidismo, parapente, vuelo en aeronaves ultraligeras o ala delta y vuelos no comerciales (inclusive como pasajero), escalamiento, parkour, downhill, skateboard, esquí acuático y sobre nieve o snowboarding, rafting y rappel, buceo o caza submarina, cualquier tipo de deporte aéreo, saltos desde puentes o puntos elevados al vacío, cacería, equitación, toreo o rodeo,

carreras de vehículos motorizados (incluidos los denominados “piques”), boxeo y artes marciales y otras actividades o deportes razonablemente riesgosos y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.

25. Lesiones, secuelas y/o complicaciones, a consecuencia directa o indirecta de accidentes de trabajo o relacionados a la ocupación u oficio del (los) **AFILIADO(S)**, así como otras prestaciones cubiertas por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.

26. Los denominados “accidentes médicos”, tales como apoplejías, congestiones, síncopes, vértigos, edemas agudos, infartos de miocardio, trombosis, ataques epilépticos u otros análogos. Así como fracturas patológicas.

27. Pruebas de laboratorio, exámenes o estudios moleculares con fines de estudio genético y/o de mutaciones o similares de cualquier tipo, incluyendo biopsias líquidas y/o perfiles o secuenciamientos moleculares y/o genéticos. Asimismo, cualquier tipo de prestación relacionada a este tipo de estudios incluyendo las consultas u orientaciones genéticas.

28. Cualquier gasto relacionado a la atención y/o tratamientos de sobrepeso, obesidad, obesidad mórbida, raquitismo, anorexia nerviosa y los derivados de estos diagnósticos. Incluyendo los relacionados a liposucción, lipoescultura e inyecciones reductoras de grasa u otros métodos liporeductores.

29. Monturas ni cristales y/o resinas, lentes de contacto, implantes oculares, lente estromal o cualquier otro dispositivo para trastornos de refracción. Así como intervenciones quirúrgicas para corrección de trastornos de refracción (tales como miopía, hipermetropía, astigmatismo o presbicia, catarata o glaucoma, inclusive cirugía láser. Complicaciones relacionadas a vicios de refracción. No están cubiertos los lentes intraoculares para el tratamiento de vicios de la refracción, cubriéndose solamente en el caso de Catarata, lentes monofocales.

30. Cualquier prestación o gastos relacionados a segunda opinión nacional o internacional, inclusive si fuera realizada en la **IPRESS** designada por la **IAFAS**.

31. Suministro de cualquier tipo de medio de transporte y servicio de ambulancia. Salvo las expresamente señaladas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.

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

En caso las coberturas del programa resultasen insuficientes, 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 (PEAS)** al **AFILIADO**.

ANEXO 04

PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN

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

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

Al momento de requerir la atención de salud deberá identificarse con su documento nacional de identidad e indicar en admisión de la **IPRESS** que es afiliado del programa, así mismo deberá declarar con verdad la fecha del accidente y las circunstancias de ocurrencia, las cuales quedarán registradas en la historia clínica.

El **AFILIADO** o quien lo represente, deberá dar aviso al **CALL CENTER (01) 513-7900** o al **CORREO contactos@oncosalud.com** sobre la ocurrencia del accidente, hasta un plazo no mayor de cuarenta y ocho (48) horas de ocurrido el mismo. Esta comunicación no es indispensable para la atención inicial en emergencia. Sin embargo, es imprescindible para el otorgamiento de los demás beneficios objeto del programa.

Para el otorgamiento o continuidad de la cobertura, la **IAFAS** tendrá derecho, a requerir al **AFILIADO** información o documentación que sustente el evento accidental (tales como: denuncias policiales, licencias de conducir, etc.), los cuales deberán ser entregados hasta en un máximo de siete (7) días después de realizado dicho requerimiento. Excedido el plazo, la falta de respuesta, obstaculización, reticencia de información o falta de veracidad en la información presentada o declarada, por parte del **AFILIADO** o **CONTRATANTE** liberará a la **IAFAS** de cualquier obligación.

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

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

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

ANEXO 05

RED DE ATENCIÓN

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

Red Auna

Lima

MIRAFLORES

Clínica Delgado Auna
(RS 000190490)
Avenida Angamos Oeste N°450-490
Nivel de atención: III-1

Callao

BELLAVISTA

Clínicas Auna Bellavista
(RS 00009250)
Jr. Las gaviotas N° 207 , Bellavista Urb. San josé
Nivel de atención: II-1

Provincias

PIURA

Clínica Auna Miraflores[1]
(RS 00013494)
Calle Las Dalias A12 Castilla
Nivel de atención: II-1

Resocentro Piura[3]
(RS 00016066)
Av. San Ramón N° 549-553 Urb. El Chipe

AREQUIPA

Clínica Auna Vallesur
(RS 00016744)
Avenida La Salle N° 116 y N° 108
Nivel de atención: II-1

LAMBAYEQUE

Clínica Auna Chiclayo[1]
(00030057)
Av. Mariscal Nieto N° 480
Nivel de atención: II-E

Centro Médico Auna Servimédicos[2]
(RS 00008229)
Calle Manuel María Izaga N° 621
Nivel de atención: I-3

1. Sedes no habilitadas para la realización de resonancia magnética.
2. Sede habilitada para las derivaciones de Clínica Auna Chiclayo para brindar las siguientes coberturas: Continuación de emergencia accidental, Servicios Auxiliares de Control y Medicina Física y Rehabilitación.
3. Sede habilitada para la realización de resonancia magnética en la ciudad de Piura.

RED ODONTOLÓGICA

NOMBRE COMERCIAL	DPTO.	PROVINCIA	DISTRITO	DIRECCIÓN	TELÉFONO	REG. SUSALUD
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	Miraflores	Av. Roosevelt (Ex República de Panamá) N° 5806	(01) 447-5190	00010215
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	Miraflores	Av. Roosevelt Número 5790 Piso 3 Interior 301	(01) 5304614	00024505
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	San Isidro	Av. Juan De Arona Numero 402	(01) 4216323	00023156
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	San Isidro	Av. Javier Prado Este 1692 1er Piso	(01) 475-1719 / 475-1717	00014113
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	Jesús María	Jirón Huiracocha N° 1486	(01) 424-1443	00013245
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	La Molina	Calle Santa Magdalena Sofia 109	(01) 436-2883	00010036
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	Lima	Jirón Camana 780 Of. 508	(01) 427-0158	00008537
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	San Borja	Av. Primavera N° 643 Interior 503 Mz Z-2 Lt 13 Urb. Chacarilla del Estanque Iv	(01) 6480253	00023924
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	Pueblo Libre	Av. Juan Pablo Fernandini N° 1573	(01) 330-7492	00012041
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	San Borja	Av. Joaquin Madrid N° 235 Urb Las Camelias	(01) 225-0809	00010892
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	San Miguel	Calle Ayarsa De Morales N° 237 Urbanización El Campillo	(01) 636-1105	00023441
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	La Victoria	Jirón Juan Voto Bernales N°399-urb. Santa Catalina	(01) 471-3998	00011499
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	Santiago de Surco	Av. Caminos del Inca Numero 1554 Urb. Las Gardenias Et. Uno	(01) 279-1930 / 688-8529	00026558
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	Surquillo	Calle Las Tiendas N°331 Dpto- 101	(01) 440-1021	00011860
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	San Juan de Lurigancho	Jirón Las Chulpas 296 Of 201-202	(01) 458-6472 / 459-9645	00008567

NOMBRE COMERCIAL	DPTO.	PROVINCIA	DISTRITO	DIRECCIÓN	TELÉFONO	REG. SUSALUD
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	Barranco	Jirón Alfonso Ugarte 250	(01) 247-6892	00014357
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	Comas	Avenida El Maestro Peruano 430 - Mz I, Lt 6 - Urb Carabayllo 2da Etapa	(01) 5358144	00014784
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	Los Olivos	Av. Carlos Alberto Izaguirre N° 1268 Mz. K Lt. 8 Urb. Gamarra de Leon Velarde Angelica I Etapa	(01) 523-2190	00023749
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	San Juan De Miraflores	Av. Guillermo Billinghurst 619 Mz G Lt 33 Zona D Urb. San Juan	(01) 466-1128	00009547
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	San Isidro	Avenida Petit Thouars Numero 3470	(01) 4216323	00027114
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	San Miguel	Calle Monseñor Jorge Dintilhac 717 - Urb. Pando 1era Etapa	(01) 451-5553	00008583
Centro Odontológico Americano	Callao	Callao	Callao	Av. Guardia Chalaca 1362 Urb. Santa Marina	(01) 453-3276	00012672
Centro Odontológico Americano	Piura	Piura	Piura	Av. Grau Nro. 1050 Lt. D - 1	(073) 305820	00015614
Centro Odontológico Americano	Arequipa	Arequipa	Cayma	Calle Sevilla N° 107 Urb. Los Sauces	(054) 272716	00020252

ANEXO 6

FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

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

1. 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.
2. Libro de Reclamaciones en Salud Virtual, disponible en la página web **https://auna.org/pe/oncosalud/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/oncosalud/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 BRINDARÁ RESPUESTA FINAL AL RECLAMO DE ACUERDO AL TIEMPO ESTABLECIDO POR LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA COMPETENTE.

(En un plazo máximo treinta (30) días hábiles)

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

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

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

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

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

3. WhatsApp: **(+51) 987-777-050**, horario de lunes a sábado de 8:00 am a 8:00 pm.
4. 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.
5. Correo corporativo para programas de salud: **aunasalud@auna.pe**
6. 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.

CONTRATO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS ESPECIALIZADAS DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMA DE SALUD PREPAGADO – CERO ACCIDENTES

CONDICIÓN ESPECIAL PARA AFILIACIONES INDIVIDUALES A TRAVÉS DE WORKSITE

CONDICIÓN ESPECIAL PARA AFILIACIONES INDIVIDUALES A TRAVÉS DE WORKSITE

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

ALCANCE DE LA CONDICIÓN ESPECIAL

Aplica exclusivamente para afiliaciones al programa de salud prepagado Cero Accidentes través de la modalidad de **AFILIACIÓN WORKSITE** desde el 01 de noviembre del 2023, aplicándose los términos y condiciones detallados en esta **CONDICIÓN ESPECIAL**.

DEFINICIÓN

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

OBJETO DE LA CONDICIÓN ESPECIAL

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

1. RESPONSABILIDAD DE PAGOS

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

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

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

2. MODIFICACIONES A LA AFILIACIÓN

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

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

3. REQUISITOS PARA CONTINUIDAD A AFILIACIÓN INDIVIDUAL POR DESVINCULACIÓN LABORAL

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

a. El **AFILIADO** titular deberá presentar los documentos que acrediten la conclusión del vínculo laboral en el que consigne la fecha de cese ante la **IAFAS** dentro de sesenta (60) días calendario posteriores a la conclusión del vínculo laboral en las oficinas de la **IAFAS** los cuales se detallan en el **Anexo 5**, trascurrido dicho tiempo el **AFILIADO** y sus derechohabientes perderán todo derecho de registro de continuidad de afiliación y de cobertura.

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

c. La continuidad aplica siempre que el programa se encuentre contemplado en el portafolio de la **IAFAS**, vigente al público general al momento de su solicitud. De lo contrario, el **AFILIADO** podrá migrar al plan del programa que se ajuste a sus intereses y que se encuentre disponible en dicho portafolio, debiendo asumir el aporte convencional (no promocional o de campaña) vigente al público y forma de pago establecida para el programa contratado.

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

1. APORTE ESPECIAL WORKSITE POR AFILIADO:

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

APORTE WORKSITE	
RANGO DE EDAD	MENSUAL
00 - 35	S/ 17.32
36 - 65	S/ 23.09
66 -75*	S/ 38.11
76 - 120*	S/ 49.65

*Tarifas de renovación

Precios incluyen IGV.

IMPORTANTE

- El envío oportuno del requerimiento de afiliación se realizará por parte de la entidad empleadora según los mecanismos, frecuencia, oportunidad y términos establecidos en el convenio marco de cooperación entre la entidad empleadora y la **IAFAS**.
- En caso, el **AFILIADO** requiera modificar su **AFILIACIÓN**, inclusive la composición de su grupo familiar, o de **DERECHOHABIENTES**, deberá realizar la petición por intermedio de su entidad empleadora, quien a su vez lo comunicará la **IAFAS** según lo estipulado en el convenio marco de cooperación.
- Cualquier modificación relacionada al **AFILIADO** o los **AFILIADOS**, así como a las condiciones del programa durante su vigencia o a su renovación, serán comunicadas por intermedio de su empleador, según los mecanismos, frecuencia, oportunidad y términos establecidos en el convenio marco de cooperación.

INVARIABILIDAD DEL CONTRATO:

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

Código OS.SP.P.02.67.B
Revisión: 00

Guillermo Michell Lecaros Gutiérrez
DNI 10308857
Apoderado Especial

auna