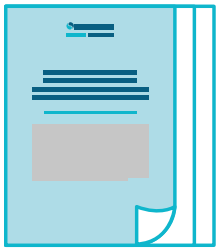
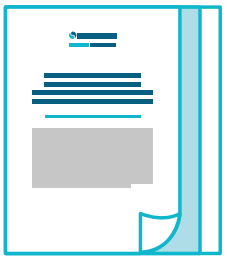
RESUMEN

El condicionado del programa de salud prepagado **MÁS COBERTURA** 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, consentimiento de tratamiento de datos personales y modificaciones contractuales.

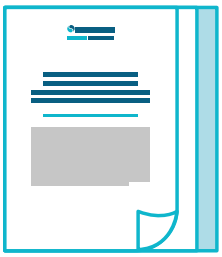


2 CLÁUSULAS PARTICULARES

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

   En esta sección, se listan las prestaciones hospitalarias y de cirugía ambulatoria, de acuerdo a la cobertura del programa contratado. Asimismo, se detalla el uso de los Cupones de Descuento y de las Tarifas Preferenciales y Descuentos.

2. **Pertinencia de las Prestaciones**



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 para Solicitar la Cobertura
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 MÁS COBERTURA – PLAN PREMIUM

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 A**FILIADOS / ASEGURADOS**, en los términos y condiciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA:

OBJETO

En virtud del presente Contrato de Aseguramiento en Salud, en adelante el **CONTRATO**, la **IAFAS** otorga a el **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS** la cobertura complementaria de salud, conforme a los límites y condiciones señalados en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del **CONTRATO**.

Los planes complementarios y **BENEFICIOS** adicionales que se contratan son de naturaleza voluntaria, y se regirán conforme a las reglas establecidas en las presentes **CLÁUSULAS GENERALES** y las **PARTICULARES** del presente **CONTRATO**, y demás disposiciones legales que les resulten aplicables.

Para efectos de las presentes **CLÁUSULAS GENERALES**, entiéndase como "**AFILIADO / ASEGURADO**" o "**AFILIADOS / ASEGURADOS**" al Titular y a sus **BENEFICIARIOS**.

CLÁUSULA SEGUNDA:

CONTENIDO

El **CONTRATO** que se suscribe consta de las siguientes partes integrantes:

1. **CLÁUSULAS GENERALES:** Conjunto de cláusulas de incorporación obligatoria establecidas por **SUSALUD** que rigen los contratos de **AFILIACIÓN** con una **IAFAS**. La **IAFAS**, puede incorporar otras cláusulas en virtud de su libertad contractual.
2. **CLÁUSULAS PARTICULARES:** Son aquellas cláusulas que señalan el detalle de las condiciones en las cuales se otorgan las coberturas correspondientes, incluyendo la red de **IPRESS**, copagos, deducibles, APORTES adicionales, y las obligaciones administrativas de las partes.
3. **PLAN, PROGRAMA O PRODUCTO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD:** Documento que incluye las condiciones de cobertura y la lista de prestaciones de salud que son financiadas por la **IAFAS.**
4. **DECLARACIÓN DE SALUD:** Documento mediante el cual el **CONTRATANTE** informa los antecedentes médicos relevantes del titular, dependientes o personas no dependientes, propuestos para **AFILIACIÓN**, al momento de suscribir la solicitud de inscripción.
5. **RELACIÓN DE LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS:** Documento que contiene la relación detallada de los **AFILIADOS / ASEGURADOS** al presente **CONTRATO**, el cual puede incrementarse o reducirse, según se cumplan las condiciones establecidas en este documento y en las normas que lo regulan.

CLÁUSULA TERCERA:

DEFINICIONES

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

1. **AFILIACIÓN:** Adscripción de un **ASEGURADO** a un Plan de Aseguramiento en Salud y a una **IAFAS**.
2. **AFILIACIÓN COLECTIVA O CORPORATIVA:** Modalidad de afiliación mediante la cual cualquier organización, colectividad de individuos, empresa o entidad empleadora, formaliza su relación de aseguramiento con una **IAFAS**, en forma voluntaria, en calidad de **CONTRATANTE**, en virtud de un

CONTRATO suscrito con una **IAFAS**. En el caso de los dependientes, la **IAFAS** respectiva debe registrarlos individualmente. La **AFILIACIÓN COLECTIVA O CORPORATIVA** puede ser obligatoria o voluntaria.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

13. **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.

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

15 **CONTRATANTE:** Toda persona natural o jurídica que suscribe un Contrato de Aseguramiento en Salud con una IAFAS por su propio derecho, en representación de terceros, o ambos. El **CONTRATANTE**, es el único responsable frente a la **IAFAS** por el cumplimiento de las obligaciones contractuales asumidas, salvo los casos en los que se establezcan obligaciones contractuales expresas a cargo de los **ASEGURADOS**.

16 **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.

17 **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**.

18 **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).

19 **DERECHOHABIENTE:** Son derechohabientes el cónyuge o el concubino a quienes se refiere el Artículo 326 del Código Civil, así como los hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo. Su **AFILIACIÓN** puede ser a solicitud del titular del seguro de salud o su derechohabiente, padre, madre, tutor o curador.

20 **DESAFILIACIÓN:** Acto por el cual una persona deja de tener la condición de **AFILIADO** respecto de una **IAFAS** determinada, por la culminación del supuesto de hecho que le daba la condición como tal o por extinción del **CONTRATO** por las causales de caducidad, no renovación, resolución, recisión o nulidad del mismo. La **DESAFILIACIÓN** debe darse por solicitud expresa del **CONTRATANTE**.

21 **DÍAS:** Días calendario.

22 **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.

23 **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.

24 **ENFERMEDAD CONGÉNITA:** Son todas aquellas que se producen en la etapa de gestación, es decir presentes desde el nacimiento, listadas en el capítulo XVII del Código Internacional de Enfermedades, 10° edición (CIE-10) “Malformaciones congénitas”.

25 **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.

26 **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.

27 **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**.

28 **EXCLUSIONES:** Son aquellas prestaciones de salud no cubiertas por el plan o programa de salud. En el marco de lo establecido en el Plan de Esencial de Aseguramiento en Salud aprobado mediante Decreto Supremo Nº023-2021-SA y posteriores actualizaciones, los daños derivados del intento de autoeliminación o lesiones autoinfringidas por problemas de salud mental, derivados de un diagnóstico de salud mental no se excluyen.

29 **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.

30 **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.

31 **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.

32 **NOTA TÉCNICA:** Documento que describe la metodología y las bases técnicas aplicadas para el cálculo actuarial de la prima pura de riesgo o aporte y la prima comercial, así como la justificación de sus gastos de gestión, administración y sistemas de cálculo de sus provisiones o reservas técnicas.

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

34 **PERÍODO DE CARENCIA:** Es el plazo en el cual no están activas las coberturas de salud, suele durar de treinta (30) a noventa (90) días calendario. En Seguridad Social es el período de tres (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. En el caso de la **IAFAS ESSALUD** y la **IAFAS EPS**, la

afiliada regular titular o la derechohabiente que se encuentre en estado de gestación, tiene derecho a la cobertura de maternidad brindada por las citadas **IAFAS** de forma inmediata desde la afiliación.

Por ningún motivo puede excluirse de la cobertura del Plan Complementario, aquellas enfermedades o dolencias diagnosticadas durante el Período de Carencia.

35 **PERÍODO DE ESPERA:** Es el tiempo durante el cual el **AFILIADO** regular en actividad y/o sus derechohabientes no pueden acceder a algunas atenciones relacionadas a determinados diagnósticos previstos en la lista de contingencias de **ESSALUD**. El concepto de **PERÍODO DE ESPERA** puede ser aplicado por otras **IAFAS**. En ningún caso, el **PERÍODO DE ESPERA** puede ser mayor a un año; asimismo, las enfermedades diagnosticadas durante este periodo no podrán ser consideradas como preexistentes ni negarse su cobertura.

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

37 **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**.

38 **PREEXISTENCIA:** Es cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**. No puede ser considerada como preexistente un diagnóstico contemplado en el **PEAS**.

39 **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**.

40 **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.

41 **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.

42 **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**.

43 **RELACIÓN DE ASEGURAMIENTO EN SALUD:** Es el vínculo legal establecido entre la **IAFAS**, asegurados y/o entidades empleadoras para el otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción y recuperación de la salud, prestaciones económicas, de conformidad con lo señalado en el marco legal. Esta relación puede ser pactada u obligatoria, la cual genera derechos y deberes.

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

45 **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/ ASEGURADO**S, consistente en las prestaciones promocional, preventiva, recuperativa y de rehabilitación comprendidas en el presente **CONTRATO**.

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

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

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

CLÁUSULA QUINTA:

PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD

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

CLÁUSULA SEXTA:

PRESTACIONES DE SALUD PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES

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

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 la 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 las que se encuentran sujetos el **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS** al **PLAN DE SALUD** complementario que es materia del presente **CONTRATO**.

CLÁUSULA OCTAVA:

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

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

CLÁUSULA NOVENA:

INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA

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

CLÁUSULA DÉCIMA:

LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

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

La **IAFAS** informa por escrito o vía correo electrónico u otro medio electrónico a **EL AFILIADO/ ASEGURADO** o LOS **AFILIADOS/ASEGURADO**S, 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 AFILIADOI/ASEGURADO** o **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS.**

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA:

REFERENCIAS

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA:

APORTES E INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE APORTES

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA:

COPAGOS

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

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA:

REAJUSTE DE APORTES Y/O COPAGOS

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

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

Previamente a la aplicación del reajuste de los aportes y copagos, la **IAFAS** debe cursar 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** o **IAFAS EPS** según corresponda, dentro del plazo de treinta (30) días calendario contados desde que recibió la comunicación. La modificación aceptada de los **APORTES** y/o copagos deben constar en una adenda.

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA:

INFORMACIÓN

El **AFILIADO / ASEGURADO** proporciona a la **IAFAS**, en la forma y en los plazos que se establece en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**, la información señalada en las mismas. El

AFILIADO / ASEGURADO debe informar a la **IAFAS** sobre la inclusión o la exclusión de los **AFILIADOS / ASEGURADOS** al plan, dentro de los cinco (05) primeros días del mes siguiente a la ocurrencia.

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA:

EXÁMENES MÉDICOS Y DECLARACIONES DE SALUD

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

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 tales exámenes médicos o declaraciones juradas de salud, de conformidad con la normativa vigente.

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA:

PLAZO CONTRACTUAL

Las partes acuerdan que la cobertura contenida en el presente **CONTRATO** rige a partir del día siguiente de su suscripción. El presente **CONTRATO** tiene una vigencia de un (1) año y a su vencimiento queda automáticamente renovado por igual plazo, salvo que alguna de las partes manifieste, mediante aviso remitido vía correo electrónico u otro medio, cursado a la otra parte con 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 periodo de vigencia.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA:

DOMICILIO

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

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA:

SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA:

RESOLUCIÓN DE CONTRATO

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA:

MODALIDAD DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA:

CLÁUSULA DE GARANTÍA CONTINUIDAD DE COBERTURA DE PREEXISTENCIAS

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA:

MODIFICACIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA

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

Al día siguiente del vencimiento de este plazo, se entenderá que el **CONTRATANTE** ha aceptado satisfactoriamente las modificaciones contractuales y estas entrarán en vigencia, salvo que el **CONTRATANTE** haya comunicado a la **IAFAS**, su desacuerdo y no aceptación de las modificaciones informadas por la IAFAS, por escrito, de manera física o por correo electrónico a través de los medios descritos en el **Anexo 6**, en cuyo caso no se genera la resolución del **CONTRATO**, teniendo derecho a mantener los términos originales hasta el vencimiento de su vigencia.

CLÁUSULA VIGÉSIMO CUARTA:

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

El **CONTRATANTE** declara haber sido informado conforme a Ley N° 29733 – Ley de Protección de Datos Personales (en adelante "Ley") y su Reglamento, que los datos personales proporcionados 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

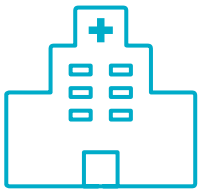
PROGRAMA DE SALUD PREPAGADO MÁS COBERTURA – PLAN PREMIUM

CLÁUSULAS PARTICULARES

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

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

1.1 PRESTACIONES GENERALES DE SALUD



Atención Hospitalaria

La atención hospitalaria es el internamiento del **AFILIADO** bajo indicación médica pertinente, debiendo permanecer internado por lo menos un (1) día. Contabilizándose los días de internamiento, en días calendario.

Bajo este **BENEFICIO**, se cubrirán gastos médicos provenientes de las prestaciones de salud que se requieran para la hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante asignado y en complemento de la cobertura de su **PLAN DE SALUD PRIMARIO** (sea EPS o de Asistencia Médica).

Los gastos generados por las prestaciones de hospitalización serán cubiertos por el programa de acuerdo con su **PLAN DE SALUD**, siempre que el **EVENTO HOSPITALARIO** haya sido cubierto primero por su **PLAN DE SALUD PRIMARIO**, según sus propias condiciones contractuales.

La cobertura del programa aplica exclusivamente sobre el gasto médico incurrido que sea considerado como **COPAGO** variable o coaseguro por su plan primario (sea EPS o de Asistencia Médica). Por lo que no forma parte de la cobertura de este programa, los deducibles (copagos fijos) o gastos no cubiertos o excluidos.

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

Cabe precisar que las prestaciones relacionadas a "Cáncer", "VIH Sida" y "Embarazo, Parto y Puerperio" cuentan con **PERIODO DE ESPERA**, el cual es detallado en el **Anexo 1**. Las prestaciones relacionadas al "Embarazo, Parto y Puerperio" acontecidas antes de superar el **PERIODO DE ESPERA**, deberán ser financiadas a cargo de la IAFAS que otorga cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud del **AFILIADO**.

Cirugía Ambulatoria

Es aquella intervención quirúrgica bajo indicación médica pertinente que utiliza sala de operaciones y no requiere de hospitalización.

El programa otorga cobertura del COPAGO variable de las siguientes prestaciones para cirugía ambulatoria:
a. Honorarios médicos por tratamiento y/o cirugías (médico principal, ayudantía, anestesista).
b. Uso de sala de operaciones, sala de recuperación
c. Medicamentos, materiales e insumos incluyendo catéteres permanentes, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos
d. Exámenes de laboratorio y/o anatomía patológica relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones o enfermedades cubiertas por el programa
e. Estudios de imágenes, tales como rayos X, ecografía, tomografía computarizada y otros relacionados al control y el procedimiento realizado bajo cobertura.

Las condiciones de cobertUra serán las mismas descritas para atención hospitalaria.

Cabe precisar que las prestaciones relacionadas a "Cáncer", "VIH Sida" y "Embarazo, Parto y Puerperio" cuentan con **PERIODO DE ESPERA**, el cual es detallado en el **Anexo 1**. Las prestaciones relacionadas al "Embarazo, Parto y Puerperio" acontecidas antes de superar el **PERIODO DE ESPERA**, deberán ser financiadas a cargo de la **IAFAS** que otorga cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud del **AFILIADO**.

1.2 BENEFICIOS ADICIONALES

CUPONES DE DESCUENTO

Los **AFILIADOS** al Programa **MÁS COBERTURA** contarán con diez (10) cupones de descuento por un monto fijo de S/30.00 (incluyendo IGV) cada uno, los mismos que son personales e intransferibles, podrán ser utilizados una vez superado el **PERIODO DE CARENCIA**. Asimismo, únicamente podrán ser aplicados sobre el **DEDUCIBLE** que corresponda a las siguientes prestaciones o servicios ambulatorios cubiertas en primer lugar por su **PLAN DE SALUD PRIMARIO**, sea EPS o Asistencia Médica, en la Red de Atención de este programa detallada en el **Anexo 5**:

1. Consultas Médicas
2. Consultas de Psicología
3. Teleconsultas Médicas
4. Teleconsultas de Nutrición
5. Teleconsultas de Psicología
6. Procedimientos ambulatorios

Pasos a considerar al momento de cancelar el **DEDUCIBLE** de los servicios ambulatorios y hacer uso del cupón:

1. El **AFILIADO** deberá indicar al personal de admisión que cuenta con un **PLAN DE SALUD PRIMARIO** vigente para proceder a la acreditación y validación en los sistemas correspondientes.
2. El **AFILIADO** deberá dar aviso al personal de admisión ambulatoria que cuenta con el programa Más Cobertura y con el **BENEFICIO** de Cupones de Descuento vigente.
3. El **AFILIADO** deberá presentar su Documento Nacional de Identidad (DNI original).
4. El personal de admisión verificará con el DNI original del **AFILIADO** que

cuenta con el **BENEFICIO** vigente y que podrá usarlo como parte de pago del deducible relacionado a la consulta ambulatoria. Por último, el **AFILIADO** deberá pagar el saldo restante del deducible de la consulta ambulatoria.

Bajo ninguna circunstancia el **AFILIADO** podrá solicitar la aplicación del cupón una vez se haya cerrado la transacción de pago del **DEDUCIBLE** o en forma retroactiva. Cada cupón podrá ser utilizado por el **AFILIADO** una única vez, ya sea que se aplique total o parcialmente su valor. En aquellos casos, en donde el monto del cupón sea igual o mayor al monto del **DEDUCIBLE**, el **AFILIADO** deberá pagar un monto mínimo de S/ 0.10. No se aceptan acumulaciones de saldos a favor por usos parciales del cupón; así como tampoco devoluciones por servicios ambulatorios no efectivizados. El **AFILIADO** podrá aplicar como máximo un (01) cupón por atención (cada consulta); los cupones no son acumulables.

IMPORTANTE: Los cupones asignados al **AFILIADO** se encuentran vinculados a la vigencia anual de su programa; caducando de manera automática al vencimiento del mismo, así como también si el **AFILIADO** entra en suspensión o baja. A la renovación del **CONTRATO** se asignarán nuevos cupones, no acumulándose en ningún caso los que no fueron utilizados en el periodo anterior, los mismos se aplicarán bajo las condiciones de la renovación del programa.

1.3 TARIFAS PREFERENCIALES Y DESCUENTOS

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

2. PERTINENCIA DE LAS PRESTACIONES

La cobertura de salud que la **IAFAS** otorga a favor del **AFILIADO** en virtud del presente **CONTRATO**, comprende las condiciones y prestaciones de salud contenidas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES**; las cuales se encuentran acorde con las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** disponibles en la página web **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes**, de la **RED AUNA** 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 sustentada en Medicina Basada en la Evidencia. Se consideran para beneficio de cobertura únicamente los niveles de evidencia 1++, 1+ o 2++ y por ende los grados de recomendación A o B según los parámetros 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** de la **RED AUNA** disponibles en la página web **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes.**

c. Que, los procedimientos y tratamientos, se encuentren estrictamente relacionados al 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**.

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

Contrato vigente a partir del 01 de agosto del 2023
Código OS.SP.P.02.71
Revisión: 03

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: Plan de Salud ..... **Pág. 23**

ANEXO 2: Aportes y condiciones de afiliación ..... **Pág. 27**

ANEXO 3: Exclusiones, Gastos No Cubiertos y Limitaciones a las coberturas contratadas ..... **Pág. 30**

ANEXO 4: Procedimiento para solicitar la cobertura ..... **Pág. 33**

ANEXO 5: Red de Atención ..... **Pág. 35**

ANEXO 6: Flujograma de procedimiento de atención de consultas y reclamos ..... **Pág. 36**

ANEXO 1

PLAN DE SALUD

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**.

COBERTURAS DE SALUD

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

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

Son planes que complementan al **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 **PEAS**, y que se encuentran delimitadas a una determinada especialidad, condición asegurable, garantía explícita, tipo de intervención o prestaciones a financiar.

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN

CONDICIONES	MÁS COBERTURA PLAN PREMIUM
Límite máximo del beneficio anual por afiliado: Afiliado titular y dependientes	Hasta S/ 85,000
Límite de ingreso: Afiliado titular y dependientes	Sin límite
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 de éste. Se contabilizan en forma individual por cada AFILIADO, a partir de la fecha de inicio de vigencia.	90 días
Periodo de Espera	**12 meses para coberturas de prestaciones** relacionadas a: "Cáncer", "VIH SIDA" y "Embarazo, parto y puerperio"
Latencia: Es un derecho especial de cobertura por desempleo que la **IAFAS ESSALUD** y la **IAFAS EPS** le otorga al **ASEGURADO** regular y sus derechohabientes.	No aplica

1. El cual aplica por **AFILIADO** durante su vigencia anual, 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**.

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, EPS** o de Asistencia Médica, con el que cuenta el **AFILIADO** y que este otorgue cobertura en las **IPRESS** detalladas en el **Anexo 5**.

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 de la cláusula 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**.

PERÍODO DE ESPERA

Los periodos de carencia o espera aplicarán de acuerdo a lo descrito en la siguiente tabla.

Estos periodos se contabilizan desde el inicio de vigencia del plan, el mismo que empieza a partir del primer día del mes en curso de haber cancelado el primer aporte del plan, previa suscripción y recepción de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** por parte de la **IAFAS**.

TIPO DE PRESTACIÓN	PERIODO DE ESPERA
Prestaciones relacionadas a cáncer (inclusive sea diagnóstico o tratamiento)	12 Meses
Prestaciones relacionadas a VIH / SIDA	12 Meses
Prestaciones relacionadas a embarazo, parto y puerperio	12 Meses

En ese sentido, cualquier gasto relacionado a prestaciones de salud efectuadas dentro de este periodo, no serán cubiertas por el **CONTRATO,** pudiendo acceder el **AFILIADO** a las tarifas y descuentos preferenciales detalladas en **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes.**

PRESTACIONES GENERALES

ATENCIÓN HOSPITALARIA (MÉDICA O QUIRÚRGICA)

BENEFICIO	IPRESS	DEDUCIBLE	COBERTURA
Deducible por hospitalización	Clínica Delgado Auna	S/ 0.00	**100% del copago** (Hasta agotar el BMA)
Honorarios médicos y asistenciales	Clínica Delgado Auna	No aplica	**100% del copago** (Hasta agotar el BMA)
Habitación estándar, Cuidados intermedios, UCI y UCIN	Clínica Delgado Auna	No aplica	**100% del copago** (Hasta agotar el BMA)
Sala de operaciones y sala de recuperación	Clínica Delgado Auna	No aplica	**100% del copago** (Hasta agotar el BMA)
Exámenes auxiliares de laboratorio clínico y patología	Clínica Delgado Auna	No aplica	**100% del copago** (Hasta agotar el BMA)
Exámenes de diagnóstico por imágenes	Clínica Delgado Auna	No aplica	**100% del copago** (Hasta agotar el BMA)
Farmacia hospitalaria, insumos y material médico	Clínica Delgado Auna	No aplica	**100% del copago** (Hasta agotar el BMA)
Procedimientos hospitalarios quirúrgicos y no quirúrgicos	Clínica Delgado Auna	No aplica	**100% del copago** (Hasta agotar el BMA)

CIRUGÍA AMBULATORIA

BENEFICIO	IPRESS	DEDUCIBLE	COBERTURA
Deducible por cirugía ambulatoria	Clínica Delgado Auna	S/ 0.00	**100% del copago** (Hasta agotar el BMA)
Honorarios médicos y asistenciales	Clínica Delgado Auna	No aplica	**100% del copago** (Hasta agotar el BMA)
Sala de operaciones y sala de recuperación	Clínica Delgado Auna	No aplica	**100% del copago** (Hasta agotar el BMA)
Exámenes auxiliares de laboratorio clínico y patología	Clínica Delgado Auna	No aplica	**100% del copago** (Hasta agotar el BMA)
Exámenes de diagnóstico por imágenes	Clínica Delgado Auna	No aplica	**100% del copago** (Hasta agotar el BMA)
Farmacia, insumos y material médico	Clínica Delgado Auna	No aplica	**100% del copago** (Hasta agotar el BMA)

Para que se otorgue la cobertura señalada, el **AFILIADO**, primero deberá hacer uso de la cobertura de su **PLAN DE SALUD PRIMARIO**, sea **EPS** o de Asistencia Médica. El programa otorgará la cobertura adicional señalada, sobre el gasto afecto a copagos generado por la prestación hospitalaria o cirugía ambulatoria, cubiertos por el **PLAN PRIMARIO** del **AFILIADO**, de tal manera que en forma complementaria se incremente la cobertura global de todo el evento (exceptuando deducibles y gastos no cubiertos).

BENEFICIOS ADICIONALES

BENEFICIOS ADICIONALES (Solo en RED AUNA)	MÁS COBERTURA 2023	
	Cobertura	Copago
Tarifas y descuentos preferenciales	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	

ANEXO 2

APORTES Y FORMAS DE PAGO

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

RANGO ETARIO	PLAN PREMIUM	
	Mensual	Anual
00 - 35	S/ 67.76	S/ 772.44
36 - 65	S/ 98.01	S/ 1,117.20
66 a más	S/ 169.40	S/ 1,931.16

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.

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**.

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

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.

DE LA DESAFILIACIÓN

La **DESAFILIACIÓN** al programa 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.

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**.

EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL CONTRATANTE O AFILIADOS

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

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

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

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.

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.

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.

SOBRE EL REAJUSTE DE APORTES Y/O COPAGOS

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

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

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

ANEXO 3

EXCLUSIONES, GASTOS NO CUBIERTOS Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

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

1. Cualquier gasto relacionado a prestaciones incurridas antes de la culminación del **PERIODO DE CARENCIA** o **ESPERA**.
2. Cualquier requerimiento de cobertura de servicios de Atención Hospitalaria o de Cirugía Ambulatoria, cuyo propósito sea distinto a prestaciones de salud de naturaleza recuperativa. Así como las prestaciones de salud no contempladas en las coberturas del **PLAN DE SALUD PRIMARIO** (EPS o de Asistencia Médica) del **AFILIADO** y las no contempladas en las coberturas o el **PLAN DE SALUD** del presente **CONTRATO.**
3. Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional atendido fuera de las **IPRESS** habilitadas para este programa y detalladas en el **Anexo 5**. Así como aquellos que no sean ordenados o prescritos por sus profesionales médicos.
4. Las enfermedades o lesiones preexistentes a la suscripción del presente **CONTRATO**. Salvo aquellos casos, en donde el **PLAN DE SALUD PRIMARIO** (EPS o de Asistencia Médica) otorgue cobertura y que, a su vez, estén contempladas en el presente **CONTRATO**.
5. 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.
6. Cualquier requerimiento de reintegro y/o pagos por servicios médicos suministrados por terceros no autorizados expresamente por la **IAFAS**.
7. 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 al **AFILIADO**. Así como las lesiones que se produzcan en situación de embriaguez o bajo influencia de drogas registrados en la historia clínica y/o con el dosaje respectivo (caso del alcohol: nivel sérico > 0.5 g/dl). En caso el paciente se niegue a realizarse el examen de alcoholemia o toxicológico requerido, asume la integralidad del gasto prestacional generado automáticamente.
8. Todo procedimiento o terapia que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria. Así como prestaciones y tratamientos profilácticos, psicológicos, psiquiátricos, psicoterapéuticos, curas de reposo, cualquier tipo de tratamiento de medicina física, rehabilitación física, kinésico o mental, prestaciones odontológicas, nutricional, salvo las prestaciones detalladas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**. De la misma manera, las prestaciones por o para neurotización, ginecomastia, mastopexia, simetrización. Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional que involucre utilización de láser o fototerápia de cualquier tipo.
9. No están cubiertos los tratamientos médicos y/o quirúrgicos de sobrepeso, obesidad, obesidad mórbida, raquitismo, anorexia nerviosa y los derivados de estos diagnósticos. No se cubre la liposucción, lipoescultura e inyecciones reductoras de grasa u otros métodos liporeductores.
10. Equipos médicos durables tales como: termómetro, tensiómetro, equipos de oxigenoterapia, glucómetro (equipo y tiras), respiradores, pulsioximetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP

o similares, audífonos e implantes cocleares, prótesis ortopédicas externas. Así mismo, sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés, audífonos, aparatos y equipos ortopédicos, ortésicos, prótesis externas, equipos mecánicos o electrónicos, medias para varices.

11. Alquiler de equipos o servicios no disponibles en la **IPRESS**, independientemente del diagnóstico y/o pertinencia médica.

12. Gastos relacionados a medicina alternativa y/o complementaria de cualquier tipo, así como tratamientos homeopáticos, recetario magistral, iriología, reflexología y en general tratamientos médicos tradicionales, herbáreos, experimentales y empíricos. Asimismo, no están cubierta la acupuntura, quiropráxia, cuidados y tratamientos de rehabilitación en gimnasios.

13. Cualquier gasto relacionado a la búsqueda o estudio de donantes de células, tejidos u órganos.

14. Todo tipo de medicamentos, dispositivos médicos o insumos utilizados con fines preventivos o profilácticos.

15. Cualquier gasto relacionado a criopreservación, almacenamiento, conservación, mantenimiento, preparación y/o acondicionamiento, así como el traslado y/o transporte, de células, tejidos u órganos.

16. Suministro de nutrición parenteral y/o nutrición enteral (procedimiento, insumos y fórmula) y/o referidos a prestaciones nutricionales. Salvo las prestaciones detalladas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.

17. 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.

18. 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, las 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+ o 2++ y por ende los grados de recomendación A o B según los parámetros de la Red Escocesa de Directrices Intercolegiales (Scottish Intercollegiate Guidelines Network – SIGN). 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** de la **RED AUNA** disponibles en la página web **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes**. De igual manera, aquellos que no se comercialicen o no se encuentren disponibles en el territorio nacional.

19. 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.

20. Modificadores de la respuesta biológica y similares de cualquier tipo, sean de naturaleza biológica, semisintética o sintética; tales como interferones, interleukinas, factor estimulante de colonias y anticuerpos monoclonales. Así como inhibidores de tirosinkinasa, antiangiogénicos, inhibidores del proteosoma u otros similares.

21. Alimentos o sustitutos alimenticios, aunque sea con fines terapéuticos.

22. Suministro de cualquier tipo de medio de transporte y servicio de ambulancia.
23. La cobertura sobre prestaciones relacionadas a las condiciones de salud o las enfermedades preexistentes a la suscripción del presente **CONTRATO** y/o enfermedades crónicas y sus reagudizaciones, inclusive si hubiesen sido reveladas durante la inscripción, siempre que no se 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 al **AFILIADO**.
24. 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.
25. 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.
26. Intervenciones quirúrgicas para corrección de trastornos de refracción (tales como miopía, hipermetropía, astigmatismo o presbicia), inclusive cirugía láser. Así como monturas, cristales y/o resinas, lentes de contacto, implantes oculares, lente estromal o cualquier otro dispositivo para trastornos de refracción, intra o extra ocular.
27. Hospitalizaciones para fines exclusivos de: cuarentena o aislamiento, cuidado sanitario o asilo, curas de reposo o de sueño. Así como equipos o dispositivos relacionados al estudio y/o tratamiento de trastornos del sueño, incluyendo polisomnografía.
28. 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.
29. Gastos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades psiquiátricas y psicológicas definidas en el capítulo V del CIE-10 “Trastornos mentales y del comportamiento” de la OMS.
30. Todo tipo de servicios de bazar y confort personal durante la hospitalización, como radios, televisores, teléfonos, consumos de frío bar, artículos personales o de higiene, pañales, medias antiembólicas, toallas higiénicas, máquinas de afeitar, guantes descartables no estériles, mantas térmicas de cualquier tipo, papel higiénico, batas, ropa de cama, hisopos, colchón antiescaras.
31. Cualquier prestación o gastos relacionados a segunda opinión nacional o internacional, inclusive si fuera realizada en la **IPRESS** designada por la **IAFAS**.
32. Cualquier prestación y/o procedimiento que no se realice en la infraestructura de la **IPRESS** designada por la **IAFAS**. Inclusive aquello no disponible y/o no comercializado a nivel nacional.
33. Gastos relacionados a sepelio, velatorio y afines. Así como prestaciones económicas o reembolsos de cualquier índole.

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

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

ANEXO 4

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

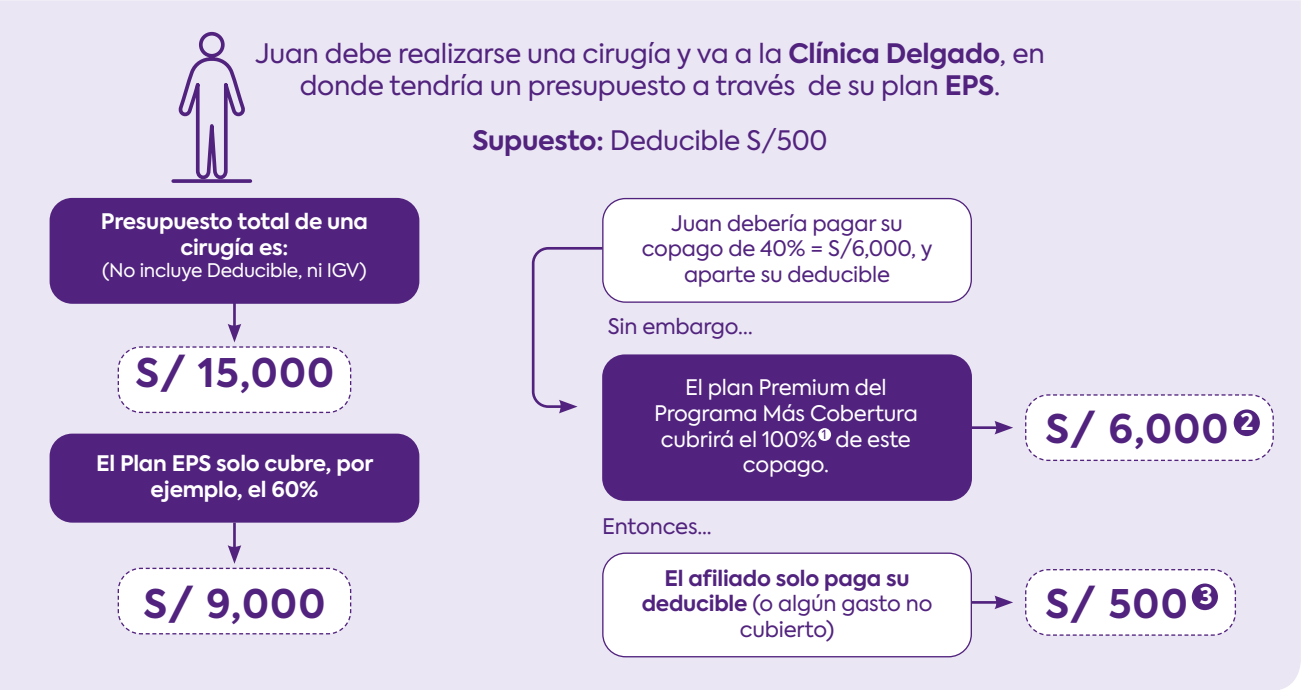
El **AFILIADO** podrá hacer uso de los **BENEFICIOS** y coberturas del programa, desde el inicio de vigencia del programa, el mismo que empieza a partir del primer día del mes en el cual se cancela la primera cuota del programa, previa recepción y suscripción y de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** por parte de la **IAFAS**, así como haber superado el **PERIODO DE CARENCIA** y **PERIODOS DE ESPERA**, según corresponda.

¿CÓMO FUNCIONA MI PROGRAMA?

Para que el **AFILIADO** pueda hacer uso de sus **BENEFICIOS** objeto de cobertura del presente **CONTRATO,** deberá comunicar a la **IPRESS** al momento del ingreso a hospitalización o cirugía ambulatoria, que cuenta con este programa vigente y que desea hacer uso de sus **BENEFICIOS**. Cualquier aviso para el uso de los **BENEFICIOS**, realizado después de la alta médica, no podrá ser atendido, liberando a la **IAFAS** de cualquier obligación frente al **CONTRATANTE** y/o **AFILIADOS**, sin excepción alguna.

La cobertura aplica exclusivamente sobre el gasto médico incurrido que sea considerado como **COPAGO** variable o coaseguro por su **PLAN DE SALUD PRIMARIO**. Por lo que no forma parte de la cobertura de este programa, sus deducibles (copagos fijos) o sus gastos no cubiertos.

A través del siguiente ejemplo, te explicaremos cómo funciona tu Programa Más Cobertura:



1. Será condición esencial para el otorgamiento de las coberturas de este programa que el **AFILIADO** cuente con su **PLAN DE SALUD PRIMARIO** vigente, sea **EPS** o de **ASISTENCIA MÉDICA**, y este haya cubierto primero la atención o prestación requerida.
2. El monto de cobertura estará sujeto según las condiciones que se detallan en el **PLAN DE SALUD** detallado en el **Anexo 1**.
3. El monto del **DEDUCIBLE** señalado en el ejemplo de S/ 500 es meramente referencial y podrá variar dependiendo de las condiciones del **PLAN DE SALUD PRIMARIO**, sea **EPS** o de **ASISTENCIA MÉDICA**, que tenga el **AFILIADO**.

IMPORTANTE: Es indispensable que, el **CONTRATANTE** comunique a la **IAFAS**, la suspensión o término contractual del **PLAN DE SALUD PRIMARIO**, sea **EPS** o de **ASISTENCIA MÉDICA**. En caso de que, el **CONTRATANTE** no comunique dicha información, la **IAFAS** quedará liberada de cualquier obligación futura frente al **CONTRATANTE** y/o **AFILIADOS**, sin excepción alguna, en relación a los términos y condiciones contenidos en el presente **CONTRATO**.

Asimismo, 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 I**PRESS**.

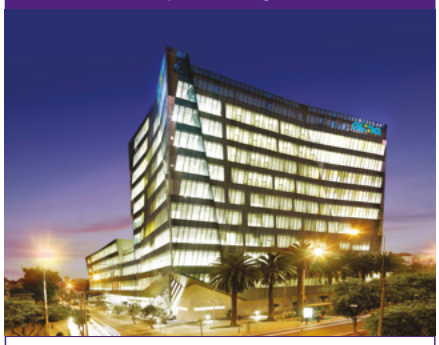
ANEXO 5

RED DE ATENCIÓN

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

Red Auna

Lima



Clínica Delgado Auna
(RS 00019049)
Av. Angamos Oeste N° 450 - 490
(01) 377-7000

* RS: Número de registro Susalud

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 A LA 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 (C**ECONAR**) de la Superintendencia Nacional de Salud (S**USALUD**).

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:

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

   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.

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

2. 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.

Auna Salud, en este caso, es la marca que Oncosalud S.A.C. utiliza para referirse a un conjunto de programas de salud, incluyendo Más Cobertura.