

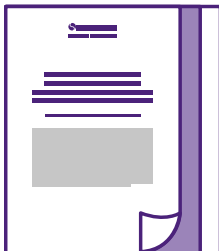
RESUMEN

El condicionado del programa de salud prepagado **DR. AUNA** 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.



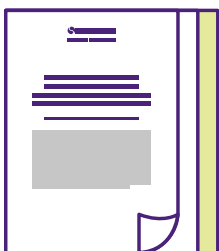
2 CLÁUSULAS PARTICULARES

1 Descripción y alcance de las prestaciones cubiertas por el programa de salud

En esta sección, se definen las prestaciones generales y complementarias del programa de salud, así como también el alcance de cada una de ellas, de acuerdo a la cobertura del plan seleccionado.

2 Pertinencia de las prestaciones

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



3 ANEXOS

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

CONTRATO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS ESPECIALIZADAS DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMA DE SALUD PREPAGADO DR. AUNA – PLAN BÁSICO, CLÁSICO Y PLUS

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 N° 20006, quien se encuentra debidamente representado por su Apoderado Especial, Señor Guillermo Michell Lecaros Gutiérrez, identificado con DNI N° 10308857, según poderes inscritos en la partida electrónica N°00558907 del Registro de Personas Jurídicas de Lima, a quien en adelante se le denominará la **IAFAS**, y de la otra parte el **CONTRATANTE** quien consigna sus generales de ley en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, que forma parte integrante de este **CONTRATO**, quien actúa en representación de los **ASEGURADOS** a quien en adelante se denominarán el **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS**, en los términos y condiciones siguientes:



CLÁUSULA PRIMERA:

OBJETO

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

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

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

CLÁUSULA SEGUNDA:

CONTENIDO

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

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

CLÁUSULA TERCERA:

DEFINICIONES

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

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

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

- 3 **AFILIACIÓN ELECTRÓNICA:** La afiliación electrónica es una modalidad de **AFILIACIÓN** pactada. En ella, la persona manifiesta su voluntad de **AFILIACIÓN** mediante mecanismos no presenciales, estableciéndose la relación de aseguramiento entre el **ASEGURADO** y la **IAFAS** respectiva. Esta modalidad queda supeditada a la implementación por parte de la **IAFAS** de los mecanismos que permitan acreditar la autenticidad del **CONTRATO**, mediante la firma electrónica u otro medio que asegure seguridad.
- 4 **AFILIACIÓN INDIVIDUAL:** Modalidad de **AFILIACIÓN** mediante la cual el **AFILIADO** formaliza su relación de aseguramiento con una **IAFAS** a título personal, en virtud de un **CONTRATO** suscrito con esta. En el caso de los dependientes o beneficiarios, la **IAFAS** respectiva debe registrarlos individualmente.
- 5 **AFILIACIÓN OBLIGATORIA:** Constituye afiliación obligatoria, aquella por la cual una persona natural adquiere la condición de **AFILIADO**, por el sólo hecho de cumplir una condición preestablecida, sin que se encuentre obligada a manifestar o ratificar su voluntad de acceder al plan de aseguramiento que le corresponde. Se encuentran dentro de esta categoría quienes acceden a un **PLAN DE SALUD** por mandato legal o por el sólo hecho de su vinculación laboral o contractual con un empleador determinado, así como sus **DERECHOHABIENTES** legales y dependientes, según el caso.
- 6 **APORTE:** Pago periódico, establecido en el **CONTRATO** a que se compromete el **AFILIADO** o **CONTRATANTE** a abonar en forma adelantada a la **IAFAS** por los beneficios del plan o programa de salud contratado.
- 7 **ASEGURADO O AFILIADO:** Toda persona residente en el país, que esté bajo cobertura de algunos de los regímenes del **AUS**. Se le asume obligatoriamente **AFILIADO** a cualquier plan de aseguramiento en salud. El **AFILIADO** puede ser titular o derechohabiente y debe reunir los requisitos de afiliación correspondientes.
- 8 **AUS:** Aseguramiento Universal de Salud.
- 9 **BENEFICIARIO:** Persona residente en el país que están bajo la cobertura de un plan de Aseguramiento Universal en Salud. Aceptación 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 ADICIONALES:** Son aquellas condiciones especiales y opcionales a uno o más contratos, que permiten extender o ampliar las coberturas principales del producto de aseguramiento, comprendidas en las condiciones generales, incluyendo riesgos no contemplados o expresamente excluidos.
- 14 CLÁUSULAS GENERALES:** Conjunto de cláusulas de incorporación obligatoria establecidas por **SUSALUD** que rigen los contratos de afiliación con una **IAFAS**. La **IAFAS**, puede incorporar otras cláusulas en virtud de su libertad contractual.
- 15 CONDICIONES ESPECIALES:** Estipulaciones que tienen por objeto ampliar, reducir, aclarar, y en general, modificar el contenido o efecto de las condiciones generales y particulares.
- 16 CONTINUIDAD:** Reconocimiento del tiempo de permanencia en los contratos inmediatamente anteriores a la vigencia del nuevo **CONTRATO** con la misma **IAFAS** u otra distinta, con el mismo plan, programa o producto de salud o equivalente, con el objeto de dar cobertura a dolencias o enfermedades cuyo desarrollo y tratamiento médico se hubiera iniciado durante la vigencia del **CONTRATO** anterior y se encuentre cubierto en el nuevo **CONTRATO**.
- 17 CONTRATANTE:** Toda persona natural o jurídica que suscribe un **CONTRATO** de Aseguramiento en Salud con una **IAFAS** por su propio derecho, en representación de terceros, o ambos. El **CONTRATANTE**, es el único responsable frente a la **IAFAS** por el cumplimiento de las obligaciones contractuales asumidas, salvo los casos en los que se establezcan obligaciones contractuales expresas a cargo de los **ASEGURADOS**.
- 18 CONTRATO:** Documento que contiene las **CLÁUSULAS GENERALES** y **CLÁUSULAS PARTICULARES** que suscribe la **IAFAS** con el **CONTRATANTE**, para regular los derechos y las obligaciones de las partes, con relación a los beneficios ofrecidos en el plan o programa de salud.
- 19 COPAGO:** (o Coaseguro o Copago Variable) Importe a pagar por el **AFILIADO** por los servicios médicos o beneficios solicitados, el cual puede estar expresado en un porcentaje del valor de la atención y/o en una cantidad fija, establecidos en el plan o programa de salud que forma parte integrante del **CONTRATO** suscrito entre el **AFILIADO** y la **IAFAS**.
- 20 DEDUCIBLE:** (o Copago Fijo) Importe fijo a pagar por el **AFILIADO** por los servicios cubiertos, ya sea en emergencia, ambulatorios u hospitalarios. Los conceptos en los cuales se aplican deducibles se especifican en el **PLAN DE SALUD** de las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del **CONTRATO**. Una misma atención puede estar afecta al pago de **DEDUCIBLE Y COPAGO** (Coaseguro o Copago Variable).
- 21 DERECHOHABIENTE:** Son derechohabientes el cónyuge o el concubino a quienes se refiere el Artículo 326 del Código Civil, así como los hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo. Su **AFILIACIÓN** puede ser a solicitud del titular del seguro de salud o su derechohabiente, padre, madre, tutor o curador.
- 22 DESAFILIACIÓN:** Acto por el cual una persona deja de tener la condición de **AFILIADO** respecto de una **IAFAS** determinada, por la culminación del supuesto de hecho que le daba la condición como tal o por extinción del **CONTRATO** por las causales de caducidad, no renovación, resolución, recisión o nulidad del mismo. La **DESAFILIACIÓN** también puede darse por solicitud expresa del **AFILIADO**.
- 23 DÍAS:** Días calendario.
- 24 DOLENCIAS AGUDAS:** Son aquellas condiciones de salud o enfermedades que presentan síntomas precisos y definidos, de aparición súbita o repentina, en general de menos de tres meses de duración y que no son reconocidas como enfermedades crónicas por la Organización Mundial de la Salud (que define como enfermedad crónica a aquella afección que por lo general se caracteriza por durar 3 meses

o más, tiene carácter permanente, evolutivo y a través de intervenciones de salud puede ser mitigada o controlada).

- 25 **EMERGENCIA ACCIDENTAL:** Es aquella emergencia derivada de un **ACCIDENTE** y que requiere atención médica en forma inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud, o que puede dejar secuelas invalidantes al paciente.
- 26 **EMERGENCIA MÉDICA Y/O QUIRÚRGICA:** Es toda condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I y II.
- 27 **ENFERMEDAD CONGÉNITA:** Es toda aquella enfermedad adquirida durante el período embrionario-fetal y perinatal, la cual puede manifestarse y diagnosticarse en el nacimiento o después durante todo el transcurso de la vida. Esta definición incluye, pero no se limita a todos los diagnósticos calificados como congénitos de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades 10^o edición de la Organización Mundial de la Salud.
- 28 **ENSAYO CLÍNICO DE FASE III:** Estudio que se realiza a nivel mundial a diferentes pacientes con la finalidad de corroborar si un nuevo tratamiento es seguro y eficaz comparado con el tratamiento estándar o convencional, en condiciones de uso habituales. Sus resultados proporcionan la base para la aprobación del fármaco por las entidades regulatorias de salud.
- 29 **EPS:** Entidades Prestadoras de Salud. Son empresas que prestan servicios de atención en salud a sus afiliados, complementando los servicios y cobertura de EsSalud, a través sus propias **IPRESS** de atención.
- 30 **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 N°023-2021-SA y posteriores actualizaciones, los daños derivados del intento de autoeliminación o lesiones autoinflingidas por problemas de salud mental, derivados de un diagnóstico de salud mental no se excluyen.
- 31 **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.
- 32 **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.
- 33 **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.
- 34 **NIVEL DE EVIDENCIA:** Categorización de la evidencia científica de una recomendación médica en base a las pruebas o estudios de investigación y al consenso de los miembros de las instituciones evaluadoras.
- 35 **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.

- 36 PEAS:** Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.
- 37 PERÍODO DE CARENCIA:** Es el plazo en el cual no están activas las coberturas de salud, suele durar de treinta (30) a noventa (90) días calendario. En Seguridad Social es el período de tres (3) meses contados desde el inicio de labores de un **AFILIADO / ASEGURADO** regular que no haya tenido vínculo laboral en los meses previos y que le impiden cumplir con las condiciones para tener derecho de cobertura. En el caso de un **AFILIADO / ASEGURADO** potestativo, el período puede ser menor a tres (3) meses durante el cual el **AFILIADO / ASEGURADO** y sus dependientes inscritos no pueden acceder a las prestaciones de salud contenidas en el **CONTRATO**. Los períodos de carencia se contabilizan en forma individual por cada **AFILIADO / ASEGURADO**.
- Las emergencias no presentan períodos de carencia en ninguno de los regímenes de financiamiento. Además, no se aplica el **PERÍODO DE CARENCIA** en ninguna clase de emergencia.
- En los regímenes contributivo y semicontributivo, para el caso de maternidad, es suficiente que la asegurada haya estado afiliada al momento de la concepción.
- Por ningún motivo puede excluirse de la cobertura del Plan Complementario, aquellas enfermedades o dolencias diagnosticadas durante el **PERÍODO DE CARENCIA**.
- 38 PERÍODO DE ESPERA:** Es el tiempo durante el cual el **AFILIADO** regular en actividad y/o sus derechohabientes no pueden acceder a algunas atenciones relacionadas a determinados diagnósticos previstos en la lista de contingencias de **ESSALUD**. El concepto de período de espera puede ser aplicado por otras **IAFAS**. En ningún caso, el período de espera es mayor al año contractual.
- 39 PLAN DE SALUD:** Es el documento que detalla los beneficios y coberturas que otorga la **IAFAS** al amparo del presente **CONTRATO**.
- 40 PREEXISTENCIA:** Es cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**. No puede ser considerada como preexistente un diagnóstico contemplado en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (**PEAS**).
- 41 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**.
- 42 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.
- 43 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.
- 44 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**.
- 45 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.

- 46 **SALUD:** Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
- 47 **SEXO BIOLÓGICO:** Es el sexo que se consigna en la partida de nacimiento del beneficiario. Para efectos de este **CONTRATO**, cuando se haga uso de la palabra **SEXO**, se referirá en todos los casos al **SEXO BIOLÓGICO**.
- 48 **TELECONSULTA:** Es la consulta a distancia que se realiza entre un profesional de la salud, en el marco de sus competencias, y una persona usuaria mediante el uso de las tecnologías de información y comunicaciones, con fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según sea el caso, cumpliendo con las restricciones reguladas a la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el Ministerio de Salud.
- 49 **URGENCIA:** Es toda situación que altera el estado de salud de la persona y que requiere de atención inmediata, no existiendo riesgo inminente de poner en peligro la vida.

CLÁUSULA CUARTA:

COBERTURA, GARANTÍA Y CONDICIONES

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

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

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

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

CLÁUSULA QUINTA:

PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD

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

CLÁUSULA SEXTA:

PRESTACIONES DE SALUD PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES

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

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

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

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

CLÁUSULA SÉPTIMA:

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

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

CLÁUSULA OCTAVA:

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

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

CLÁUSULA NOVENA:

INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA

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

CLÁUSULA DÉCIMA:

LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA:

REFERENCIAS

La **IPRESS** que forma parte de la red de atención de salud de la **IAFAS**, se obliga a atender al **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 han incurrido en mora cumplen con ponerse al día en los **APORTES** adeudados, recobran el derecho a gozar de los **BENEFICIOS** del **CONTRATO** a partir del día hábil siguiente de efectuado el pago, pero sin efecto retroactivo, por lo que en ningún caso responde la **IAFAS** por contingencias ocurridas, iniciadas o como consecuencia de diagnósticos realizados durante el período en que el **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS** se encontraban en mora en el pago de los **APORTES**, aun cuando la contingencia se prolongue al período en que se rehabilite la cobertura.

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

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA: **COPAGOS**

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

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA: **REAJUSTE DE APORTES Y/O COPAGOS**

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

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

Previamente a la aplicación del reajuste de los **APORTES** y **COPAGOS**, la **IAFAS** debe cursar al **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS**, con una anticipación no menor a cuarenta y cinco (45) días calendario previos al vencimiento del plazo pactado para la vigencia de los **APORTES** y **COPAGOS**, una comunicación escrita, con conocimiento de los **AFILIADOS / ASEGURADOS**, manifestando la intención de reajustar tales montos.

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

Si los **AFILIADOS / ASEGURADOS** están de acuerdo con la modificación, la **ENTIDAD EMPLEADORA** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS** debe 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 Esenciales de Aseguramiento en Salud (PEAS)**. De forma similar se calcula la siniestralidad de los planes complementarios sumando la cartera de afiliados regulares más afiliados potestativos, considerándolos como una sola cartera. En ese sentido, los costos de ambos planes (**PEAS** y Complementario) de las **IAFAS EPS** deben tener los mismos costos para todos sus asegurados (regulares y potestativos).

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

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA: INFORMACIÓN

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA: EXÁMENES MÉDICOS Y DECLARACIONES DE SALUD

De requerirse al **AFILIADO / ASEGURADO** o a los **AFILIADOS/ASEGURADOS** una declaración jurada de salud o la realización de un examen médico, antes de la suscripción del presente **CONTRATO** o durante su vigencia, el **ASEGURADO** o los **ASEGURADOS** no podrán ser sujetos a rechazo basado en los resultados de tal examen o declaración.

La **IAFAS** que solicita la realización de examen médico, asumirá el costo del mismo.

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

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA:

PLAZO CONTRACTUAL

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA:

DOMICILIO

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

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA:

SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA:

RESOLUCIÓN DE CONTRATO

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA:

MODALIDAD DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA:

CLÁUSULA DE GARANTÍA CONTINUIDAD DE COBERTURA DE PREEXISTENCIAS

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

En el caso de la **IAFAS EPS**, se obliga a continuar brindando cobertura a las atenciones de salud de los trabajadores y sus derechohabientes, en términos y condiciones equivalentes, por aquellas contingencias diagnosticadas y no resueltas, determinadas y cubiertas en un anterior **PLAN DE SALUD** de una **EPS**, de conformidad a lo dispuesto en la Ley N° 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 expresarse 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 DR. AUNA – PLAN BÁSICO, CLÁSICO Y PLUS

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 por Teleconsulta

La **TELECONSULTA** es aquella atención ambulatoria que se realiza a distancia a través del uso de las tecnologías de comunicación remota y permiten la interacción del staff médico designado y el **AFILIADO**, para la atención y manejo de sus **DOLENCIAS AGUDAS**.

El programa otorgará una cobertura de hasta un máximo de atenciones durante la vigencia anual del **CONTRATO**, que están detalladas en el **PLAN DE SALUD**. Si en caso el **AFILIADO** requiriese un número mayor de atenciones, podrá acceder a ellas a tarifas preferenciales y descuentos detallados en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>

Para acceder al servicio, el **AFILIADO** deberá agendar su cita a través del procedimiento detallado en el **Anexo 4**. Asimismo,, siendo que la atención se efectuará a través de videollamada, es necesario que el **AFILIADO** cuente con conectividad a internet estable.

Es indispensable tener presente que la **TELECONSULTA** es intransferible, es decir quien recibe la prestación debe ser el **AFILIADO** al programa. Asimismo, cabe precisar que las teleconsultas disponibles de acuerdo a la frecuencia detallada en el **PLAN DE SALUD**, no son acumulables..

El médico responsable de la atención, en consecuencia, a su evaluación médica podrá determinar si la condición de salud del **AFILIADO** excede el alcance de la **TELECONSULTA**, en cuyo caso indicará la derivación correspondiente al servicio de salud que estime pertinente.

Asimismo,, el médico podrá prescribir medicamentos, exámenes de laboratorio e imágenes, los mismos que se ofertarán bajo las condiciones señaladas en el **PLAN DE SALUD**.



Atención Ambulatoria (Consulta)

La consulta médica es aquella atención ambulatoria que se realiza presencialmente en la red de atención del programa y que no requiere hospitalización.

El programa otorgará una cobertura de hasta un máximo de atenciones durante la vigencia anual del **CONTRATO**, estando estas detalladas en el **PLAN DE SALUD**. Si en caso el **AFILIADO** requiriese un número mayor de atenciones, podrá acceder a ellas a tarifas preferenciales detalladas en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>.

Este beneficio aplica para las especialidades detalladas en el **Anexo 1** para atenciones presenciales, pudiendo reservar su cita a través del App Auna

Así mismo, el médico podrá prescribir medicamentos, exámenes de laboratorio e imágenes, los mismos que se ofertaran bajo las condiciones señaladas en el **PLAN DE SALUD**, así como a través de los descuentos y tarifas preferenciales detalladas en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>.

Los exámenes auxiliares de laboratorio e imágenes, en caso apliquen, serán atendidos exclusivamente en la **IPRESS** de la red de atención donde se realizó la consulta médica.

Este beneficio, no contempla procedimientos ni cirugías ambulatorias.



Atención de medicamentos

A través de este beneficio, se otorgará la cobertura de los medicamentos prescritos exclusivamente durante una **TELECONSULTA** o consulta médica cubierta por el programa, indicados en la receta enviada al **AFILIADO**, siempre que se encuentren en el petitorio de medicamentos y exámenes auxiliares detallado en link <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes> y hasta el monto máximo de señalado en el **PLAN DE SALUD** para cada atención.

Para el caso de las recetas generadas en **TELECONSULTA**, la entrega de medicamentos se realizará a través del servicio de delivery en la comodidad del hogar del **AFILIADO** o dónde este lo indique, siempre que esté dentro de la zona de cobertura señalada en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>, para lo cual una ejecutiva de la red de atención, coordinará con el **AFILIADO** la programación del servicio.

En caso el **AFILIADO** resida por fuera de la zona de cobertura, podrá recoger sus medicamentos en la **IPRESS** de su elección según el plan contratado.

Cabe precisar que este beneficio no aplica para condiciones de salud preexistentes o de naturaleza crónica, así como de las condiciones detalladas en las **EXCLUSIONES** del programa.

Si en caso la receta indicada contemplara medicamentos no incluidos en el petitorio señalado en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>, estos deberán ser asumidos por el **AFILIADO**, pudiendo hacer uso de los descuentos y tarifas preferenciales detallados en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>.



Estudios de Laboratorio e Imágenes

A través de este beneficio, se otorgará la cobertura de los exámenes de ayuda diagnóstica, tanto de laboratorio como imágenes, indicados únicamente durante una **TELECONSULTA** o consulta cubierta por el programa, hasta el monto máximo señalado en el **PLAN DE SALUD** para cada atención, el mismo que no es acumulable para siguientes servicios, siempre que se encuentren en el petitorio de medicamentos y exámenes auxiliares detallado en link <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>. La atención de este beneficio será únicamente en las IPRESS detalladas en el **Anexo 5**.

Cabe precisar que este beneficio no aplica para condiciones de salud preexistentes o de naturaleza crónica, así como de las condiciones detalladas en las exclusiones del programa.

Si los exámenes de ayuda diagnóstica indicados durante las atenciones cubiertas por el programa, superan el monto máximo para cada atención señalado en el **PLAN DE SALUD**, la diferencia correrá a cargo del **AFILIADO**, pudiendo hacer uso de los descuentos y tarifas preferenciales detalladas en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>.



Atención en sala de emergencia (por emergencia médica y/o accidental)

A través de este beneficio, se otorgará la cobertura de las prestaciones de salud en la sala de emergencias, ante la ocurrencia de una situación de **EMERGENCIA** de salud, según el plan contratado y hasta el monto máximo señalado en el **PLAN DE SALUD**.

Las atenciones deberán realizarse dentro las 24 horas de producido el evento y la determinación de la condición de **EMERGENCIA** es realizada por el profesional médico encargado de la atención. En ese sentido, en caso de que el evento médico iniciado en sala de emergencias sea catalogado como **URGENCIA**, será cubierto por el programa a través del beneficio de consulta ambulatoria presencial, siempre y cuando el afiliado cuente con ese beneficio en su **PLAN DE SALUD**, hasta el máximo de atenciones detalladas en el mismo. Caso contrario, los gastos deberán ser cubiertos por cuenta del **AFILIADO**, para lo cual puede hacer uso de los descuentos y tarifas preferenciales detalladas en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>.

En caso que el evento médico iniciado en emergencia requiera atención ambulatoria y/o hospitalaria, los gastos deberán ser asumidos por el **AFILIADO**.

EL PROGRAMA OTORGA LAS SIGUIENTES PRESTACIONES EN SALA DE EMERGENCIAS:

- a. Honorarios médicos y asistenciales.
- b. Medicamentos, materiales e insumos incluyendo: catéteres, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos, vendas de yeso y yeso acrílico.
- c. Exámenes de laboratorio.
- d. Estudios de imágenes, tales como rayos x, ecografías, tomografía computarizada y otros.

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

1.2 PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS

Orientación telefónica



Servicio de consejería y orientación al **AFILIADO**, brindado a través nuestro aliado estratégico para este beneficio, en las especialidades de medicina general, geriatría, y pediatría, así como en psicología y nutrición con el fin de guiarlo, absolver dudas, entre otros. Sin embargo, por este medio no se realiza un diagnóstico, no se prescriben recetas médicas ni se solicitan exámenes adicionales.

Para acceder a este beneficio, el **AFILIADO** deberá seguir el procedimiento de atención con nuestro aliado estratégico, detallado en el [Anexo 4](#).

Cabe resaltar que este beneficio no es una consulta médica o una **TELECONSULTA**, y según el nivel de complejidad de lo comunicado por el **AFILIADO** podrá ser derivado a los servicios médicos y/o especialistas respectivos.

Servicio de ambulancia por emergencia médica



El programa otorgará la asistencia del traslado terrestre en ambulancia desde el punto de recojo hasta la **IPRESS** más cercana, ante la eventualidad de que el **AFILIADO** sufra una emergencia médica. El servicio será brindado a través de nuestro aliado estratégico para este beneficio.

El tipo de ambulancia estará determinado de acuerdo al estado y complejidad del evento a asistir, según la evaluación del equipo médico operador del servicio.

Se otorgará durante las 24 horas y todos los días del año la cobertura de hasta un máximo de atenciones especificadas en el **PLAN DE SALUD**, siempre que sea dentro de las zonas de cobertura detalladas en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>. Para acceder a este beneficio, el afiliado debe contactarse a través de la central telefónica (01) 700-6693.

El **AFILIADO** tendrá la opción de escoger la **IPRESS** dentro de la zona de atención del servicio, no obstante, cabe precisar que el médico designado por el operador del servicio como responsable del traslado, determinará la condición de urgencia o emergencia del paciente y dependiendo de ello definirá el establecimiento médico de destino más próximo y conveniente para la condición de salud del **AFILIADO**.

Bajo ningún concepto este programa cubrirá los gastos relacionados a prestaciones de salud en servicios de Emergencias, Urgencias y/o Hospitalizaciones, salvo que sea parte de las coberturas según el plan contratado.

Despistaje anual de diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia



Conformado por un paquete de exámenes de laboratorio y evaluación médica de resultados realizada a través de la especialidad de medicina de familia o medicina interna de la **IPRESS** designada en la red de atención para este beneficio.

Los **AFILIADOS**, a partir de los 18 años, podrán acceder a este beneficio, según el plan contratado, superado el periodo de espera, previa validación del cumplimiento del pago de aportes a la fecha de la solicitud del beneficio y con una periodicidad anual, teniendo en cuenta su último despistaje efectivo.

Ningún componente del paquete de prestaciones que conforman este beneficio es transferible, acumulable, canjeable o intercambiable con otras prestaciones, evaluaciones médicas o exámenes auxiliares que no corresponden al establecido en este beneficio para cada grupo etáreo y sexo biológico. Asimismo, ningún examen médico de este beneficio puede ser fragmentado y deberá concluirse en la misma sede prestacional, en un período no mayor de treinta (30) días calendario contados desde el inicio del despistaje. Al finalizar este plazo, el **AFILIADO** deberá esperar el tiempo establecido en el **PLAN DE SALUD** para acceder nuevamente al próximo despistaje.

En caso el médico evaluador considere pertinente recomendar o indicar alguna prestación adicional como resultado de sus hallazgos (interconsultas con alguna especialidad, medicamentos, exámenes auxiliares o procedimientos), estas no formarán parte de este beneficio ni de la cobertura del programa, para lo cual el **AFILIADO** podrá hacer uso de las tarifas preferenciales y descuentos detallados en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>.

El **AFILIADO** podrá reservar su cita llamando a la central telefónica de cada sede o acercándose presencialmente. Los números telefónicos y direcciones de cada **IPRESS** se encuentran detallados en el **Anexo 5**.

2. PERTINENCIA DE LAS PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD:

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

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

Contrato vigente a partir del 01 de enero del 2024.

Código OS.SP.P.02.76

Revisión: 04

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1:	Plan de Salud	Pág. 25
ANEXO 2:	Aportes y condiciones de afiliación	Pág. 31
ANEXO 3:	Exclusiones, gastos no cubiertos y limitaciones a las coberturas contratadas	Pág. 35
ANEXO 4:	Procedimiento de atención	Pág. 38
ANEXO 5:	Red de Atención	Pág. 40
ANEXO 6:	Flujograma de procedimiento de atención de consultas y reclamos	Pág. 41

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

El Plan de Beneficios que contiene el Plan Complementario, se describen como:

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

PRESTACIONES A SER OTORGADAS

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

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN	
Límite máximo del beneficio anual por afiliado: Afiliado Titular y Dependientes.	No aplica
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..	30 días
Latencia: Es un derecho especial de cobertura por desempleo que la IAFAS ESSALUD y la IAFAS EPS le otorga al ASEGURADO regular y sus derechohabientes.	No aplica

**Aplica a todos los planes*

REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN

Constituye un requisito previo y parte integral del **CONTRATO**, la suscripción de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, por parte del **CONTRATANTE** en la que debe consignar la siguiente información:

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

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

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

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

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

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

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

PERÍODO DE CARENCIA O ESPERA

Las siguientes prestaciones sólo serán cubiertas luego de superados el **PERIODO DE CARENCIA** y **PERIODO DE ESPERA** detallados a continuación:

PERIODO DE CARENCIA			
Tipo de Prestación	Plan Básico	Plan Clásico	Plan Plus
Atención de teleconsulta	30 días	30 días	30 días
Atención de consulta	No aplica	No aplica	30 días
Emergencia médica y/o accidental	No aplica	No aplica	Sin carencia
Ambulancia terrestre por emergencia	No aplica	Sin carencia	Sin carencia

PERIODO DE ESPERA			
Tipo de Prestación	Plan Básico	Plan Clásico	Plan Plus
Descarte de diabetes y dislipidemia	No Aplica	180 días	180 días

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**.

Sólo están exceptuadas de **PERÍODO DE CARENANCIA** y **PERÍODO DE ESPERA** las prestaciones de Emergencia, tanto médicas y/o accidentales.

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

PRESTACIÓN PRINCIPAL PLAN BÁSICO		IPRESS	DEDUCIBLE	COPAGO	COBERTURA
Atención de teleconsulta	En la especialidad de medicina familiar ¹ . Hasta un máximo de 12 eventos durante la vigencia anual y 1 evento cada 30 días.	Clínica Delgado Auna ⁽²⁾	S/0.00 Sin deducible	0%	100%

PRESTACIONES PRINCIPALES PLAN CLÁSICO		IPRESS	DEDUCIBLE	COPAGO	COBERTURA
Atención de teleconsulta	En la especialidad de medicina familiar. ¹ Hasta un máximo de 12 eventos durante la vigencia anual y 1 evento cada 30 días.	Clínica Delgado Auna ⁽²⁾	S/0.00 Sin deducible	0%	100%
Medicamentos derivados de la teleconsulta(*)	Hasta S/60.00 por atención (sin IGV). Hasta un máximo de 12 eventos durante la vigencia anual y 1 evento cada 30 días.	La dispensación de medicamentos será a través del proveedor estratégico de farmacia (Anexo 4).	S/0.00 Sin deducible	0%	100%
Laboratorio derivado de la teleconsulta(*)	Hasta S/40.00 por atención (sin IGV). Hasta un máximo de 12 eventos durante la vigencia anual y 1 evento cada 30 días.	Clínica Delgado Auna Clínica Auna Sede Guardia Civil Clínica Auna Sede Bellavista	S/0.00 Sin deducible	0%	100%
Imágenes derivadas de la teleconsulta(*)	Hasta S/40.00 por atención (sin IGV). Hasta un máximo de 12 eventos durante la vigencia anual y 1 evento cada 30 días.	Clínica Auna Sede Miraflores Clínica Auna Sede Camino Real Clínica Auna Sede Vallesur Clínica Auna Sede Chiclayo	S/0.00 Sin deducible	0%	100%

PRESTACIONES PRINCIPALES PLAN PLUS		IPRESS	DEDUCIBLE	COPAGO	COBERTURA
Atención de teleconsulta	Pediatría, dermatología, neumología, nutrición, medicina familiar, geriatría, endocrinología, gastroenterología y cardiología. Hasta un máximo de 6 eventos durante la vigencia anual y hasta 1 evento cada 15 días.	Clínica Delgado Auna ⁽²⁾	S/0.00 Sin deducible	0%	100%
Medicamentos derivados de la teleconsulta(*)	Hasta S/ 100.00 por atención (sin IGV). Hasta un máximo de 6 eventos durante la vigencia anual y hasta 1 evento cada 15 días.	La dispensación de medicamentos será a través del proveedor estratégico de farmacia (Anexo 4).	S/0.00 Sin deducible	0%	100%
Laboratorio derivado de la teleconsulta(*)	Hasta S/ 100.00 por atención (sin IGV). Hasta un máximo de 6 eventos durante la vigencia anual y hasta 1 evento cada 15 días.	Clínica Delgado Auna Clínica Auna Sede Guardia Civil Clínica Auna Sede Bellavista Clínica Auna Sede Miraflores	S/0.00 Sin deducible	0%	100%
Imágenes derivadas de la teleconsulta(*)	Hasta S/ 100.00 por atención (sin IGV). Hasta un máximo de 6 eventos durante la vigencia anual y hasta 1 evento cada 15 días.	Clínica Auna Sede Camino Real Clínica Auna Sede Vallesur Clínica Auna Sede Chiclayo	S/0.00 Sin deducible	0%	100%
Atención de consulta³	Cardiología, cirugía general, dermatología, gastroenterología, ginecología, medicina interna, oftalmología, traumatología, otorrinolaringología, pediatría y urología. ³ Hasta un máximo de 6 eventos durante la vigencia anual y hasta 1 evento cada 15 días.	Clínica Auna Sede Guardia Civil Clínica Auna Sede Bellavista Clínica Auna Sede Miraflores	S/0.00 Sin deducible	0%	100%
Medicamentos derivados de la consulta(*)	Hasta S/ 100.00 por atención (sin IGV). Hasta un máximo de 6 eventos durante la vigencia anual y hasta 1 evento cada 15 días.	Clínica Auna Sede Camino Real Clínica Auna Sede Vallesur Clínica Auna Sede Chiclayo	S/0.00 Sin deducible	0%	100%
Laboratorio derivado de la consulta(*)	Hasta S/ 100.00 por atención (sin IGV). Hasta un máximo de 6 eventos durante la vigencia anual y hasta 1 evento cada 15 días.		S/0.00 Sin deducible	0%	100%

PRESTACIONES PRINCIPALES PLAN PLUS		IPRESS	DEDUCIBLE	COPAGO	COBERTURA
Imágenes derivadas de la consulta(*)	Hasta S/ 100.00 por atención (sin IGV).	Clínica Auna Sede Guardia Civil	S/0.00 Sin deducible	0%	100%
	Hasta un máximo de 6 eventos durante la vigencia anual y hasta 1 evento cada 15 días.	Clínica Auna Sede Bellavista Clínica Auna Sede Miraflores			
Atención en sala de emergencia ³ (Médica y/o Accidental)	Hasta S/ 2,000.00 (Sin IGV) en la anualidad.	Clínica Auna Sede Camino Real	S/0.00 Sin deducible	0%	100%
		Clínica Auna Sede Vallesur Clínica Auna Sede Chiclayo			

(*) Medicamentos, laboratorio e imágenes derivados de teleconsulta o consulta **se encuentran sujetos a petitorio**, hasta alcanzar el monto máximo de cobertura indicado según plan. Deberá visualizar el petitorio vigente en la página web <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>.

La dispensación de medicamentos será a través de los proveedores de farmacia de acuerdo a disponibilidad.

1: La especialidad de medicina familiar es una especialidad médica con una formación científica de 3 años de especialización. Un médico de familia es un especialista que actúa como médico de cabecera enfocándose en una evaluación general dado que está capacitado para resolver u orientar cualquier necesidad de salud en la asistencia de niños, adultos y ancianos, práctica ginecológica, seguimiento cirugías menores, desde un enfoque integral de la persona y su familia, en su desarrollo cotidiano y laboral como médico de cabecera.

2: Las **TELECONSULTAS** son brindadas por Clínica Digital Auna 360, un servicio de Clínica Delgado Auna.

3: En las especialidades habilitadas en la **IPRESS** de la Red de atención elegida, para este programa.

PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS CUBIERTAS POR EL PROGRAMA

PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS	PLAN BÁSICO		
	Deducible	Copago	Cobertura
Descarte de diabetes y dislipidemia Colesterol total, Glucosa, LDL, Triglicéridos, Consulta de resultados. Se otorga por única vez durante la anualidad del contrato.	No aplica (No cubierto)	No aplica (No cubierto)	No aplica (No cubierto)
Orientación telefónica En medicina general, pediatría, geriatría, nutrición y psicología. Sin límite de número de eventos durante la vigencia anual.	No aplica (No cubierto)	No aplica (No cubierto)	No aplica (No cubierto)
Ambulancia terrestre por Emergencia Hasta máximo S/300 (sin IGV). Se otorga por única vez durante la vigencia anual.	No aplica (No cubierto)	No aplica (No cubierto)	No aplica (No cubierto)

PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS	PLAN CLÁSICO		
	Deducible	Copago	Cobertura
Descarte de diabetes y dislipidemia Colesterol total, Glucosa, LDL, Triglicéridos, Consulta de resultados. Se otorga por única vez durante la anualidad del contrato.	S/0.00 (Sin deducible)	0%	100%
Orientación telefónica En medicina general, pediatría, geriatría, nutrición y psicología. Sin límite de número de eventos durante la vigencia anual.	S/0.00 (Sin deducible)	0%	100%
Ambulancia terrestre por Emergencia Hasta máximo S/300 (sin IGV). Se otorga por única vez durante la vigencia anual.	S/0.00 (Sin deducible)	0%	100%

PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS	PLAN PLUS		
	Deducible	Copago	Cobertura
Descarte de diabetes y dislipidemia Colesterol total, Glucosa, LDL, Triglicéridos, Consulta de resultados. Se otorga por única vez durante la anualidad del contrato.	S/0.00 (Sin deducible)	0%	100%
Orientación telefónica En medicina general, pediatría, geriatría, nutrición y psicología. Sin límite de número de eventos durante la vigencia anual.	S/0.00 (Sin deducible)	0%	100%
Ambulancia terrestre por Emergencia Hasta máximo S/300 (sin IGV). Se otorga por única vez durante la vigencia anual.	S/0.00 (Sin deducible)	0%	100%

La red de atención habilitada para las prestaciones complementarias se encuentra en el [Anexo 5](#).

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

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

La cantidad de prestaciones correspondientes a cada vigencia anual, no podrá ser requerida por el **AFILIADO** para coberturas en forma retroactiva o anticipadamente, es decir, para cubrir prestaciones incurridas antes del inicio de vigencia del **PLAN DE SALUD** contratado ni antes de la renovación de la vigencia anual del **CONTRATO**. De igual manera, estas prestaciones no son acumulables entre cada periodo anual.

Las prestaciones están sujetas a **EXCLUSIONES**, gastos no cubiertos y limitaciones detallados en el [Anexo 3](#).

ANEXO 2

APORTES Y CONDICIONES DE AFILIACIÓN

De acuerdo a la Cláusula Décimo Segunda de las **CLÁUSULAS GENERALES**, el **CONTRATANTE** deberá pagar los siguientes **APORTES**, de acuerdo a la modalidad de pago elegida, los cuales se muestran en la cláusula adicional específica, parte integrante del **CONTRATO**, correspondiente al canal por el cual realizó su afiliación al plan elegido.

MODIFICACIONES A LA AFILIACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La **DESAFILIACIÓN** se hará efectiva en un plazo no mayor a 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.

Cabe precisar que la **IAFAS** no reconocerá los gastos médicos en que haya incurrido el **AFILIADO** durante el periodo de suspensión y mientras se mantengan impagas las aportaciones del **CONTRATANTE**, quedando la **IAFAS** liberada de cualquier responsabilidad al respecto y renunciando expresamente el **CONTRATANTE** a cualquier reclamo sobre el particular.

- 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.
- 4 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
$S \leq 60\%$	NO	NO	NO	0 - 15%
$60\% < S \leq 100\%$	Copago x 1.50	NO	NO	15% - 35%
$100\% < S \leq 150\%$	Copago x 1.50	Cobertura -5%	Cobertura -5%	$(S - 60\%) * 1.1$
$S \leq 150\%$	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** de la **RED DE ATENCIÓN**, sus costos deberán ser asumidos por el **AFILIADO**:

- 1 La cobertura sobre prestaciones relacionadas a condiciones de salud o enfermedades preexistentes a la suscripción del presente **CONTRATO** y/o enfermedades crónicas y sus reagudizaciones, inclusive si hubiesen sido reveladas durante la inscripción, siempre que no se ajustes a lo dispuesto en el Artículo 100 del reglamento de la Ley 29344 Ley Marco de aseguramiento universal en salud, en cuyo caso, su financiamiento está a cargo de la **IAFAS** que otorga cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud al **AFILIADO**.
- 2 Prestaciones relacionadas a embarazo, aborto, parto natural o cesárea, así como sus complicaciones y/o consecuencias. Definidas en el capítulo XV del CIE 10 “Embarazo parto y puerperio” que codifica las Afecciones relacionadas o agravadas por el embarazo, el parto o el puerperio (causas maternas o causas obstétricas).
- 3 Las renovaciones de receta de consultas médicas anteriores, así como prescripciones procedentes de **TELECONSULTAS** no cubiertas por el programa. Es decir, la provisión de farmacia se dará una única vez por receta.
- 4 Leches maternizadas y alimentos o sustitutos alimenticios, aunque sea con fines terapéuticos.
- 5 Fármacos como ansiolíticos, antipsicóticos, antidepresivos, vitaminas, suplementos alimenticios, suplementos nutricionales, productos naturales (hierbas y sus derivados, levaduras, probióticos, uso medicinal de cannabis), estimulantes del apetito, anabólicos, antioxidantes, productos geriátricos y reconstituyentes, neurotónicos y nootrópicos, productos no medicinales, así como cualquier otro producto o medicamento no relacionado a las enfermedades objeto de cobertura.
- 6 Insuficiencia o sustitución hormonal en casos de trastorno de crecimiento.
- 7 Cualquier requerimiento de cobertura de servicios cuyo propósito sea distinto a prestaciones recuperativas de la salud a través de **TELECONSULTA** cubierta por el programa. Tales como, sin limitarse a: dispensación de farmacia, exámenes de laboratorio, exámenes de imágenes, procedimientos médicos, chequeos médicos, despistajes, prestaciones en salas de emergencia, consultas ambulatorias presenciales de cualquier tipo, hospitalizaciones, atenciones domiciliarias, entre otras, inclusive si hubiesen sido indicadas durante la atención de **TELECONSULTA**.
- 8 Todo tipo de requerimiento prestacional que no sea ordenado o prescrito por los profesionales médicos de la **RED DE ATENCIÓN** autorizada para este programa. Así como el tratamiento y/o manejo de las complicaciones, eventos adversos, efectos secundarios y otros que se puedan devenir de los tratamientos e indicaciones dadas y ejecutadas al margen de lo anteriormente establecido.
- 9 Cualquier reintegro y/o pagos por servicios médicos suministrados por terceros no autorizados expresamente por la **IAFAS**. Así como cualquier solicitud de reintegro o reembolso de gastos médicos o de cualquier tipo, inclusive honorarios de médicos y/o asistenciales pactados directamente por el **AFILIADO**, así como cualquier tipo de gastos efectuados fuera de la red de atención autorizada para el programa.

- 10 Todos los gastos relacionados al incumplimiento de las indicaciones médicas por decisión del propio paciente, así como la automedicación en perjuicio de su curación y/o rehabilitación. No se cubren tratamientos, procedimientos o medicamentos otorgados o expedidos sin indicación o receta médica, ni cualquier estudio, tratamiento, análisis o procedimiento no relacionado directamente a un diagnóstico determinado.
- 11 Cualquier gasto relacionado a la atención y/o tratamientos de sobrepeso, obesidad, obesidad mórbida, raquitismo, anorexia nerviosa y los derivados de estos diagnósticos. Incluyendo los relacionados a liposucción, lipoescultura e inyecciones reductoras de grasa u otros métodos liporeductores.
- 12 Medicamentos y/o exámenes auxiliares no contemplados en los petitorios específicos del programa y publicado en la página <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>, el mismo será de anual o conforme la periodicidad que la **IAFAS** establezca.
- 13 Modificadores de la respuesta biológica, terapia biológica, blanco dirigida y similares de cualquier tipo, sean de naturaleza biológica, semisintética o sintética; tales como interferones, interleukinas, factor estimulante de colonias, antiangiogénicos, inmunomoduladores, inmunoterapia y anticuerpos monoclonales. Así como inhibidores de enzimas, tales como tirosinkinasa, proteosomas u otros similares.
- 14 Todo tipo de prestaciones diagnósticas o terapéuticas, equipos, insumos, suministros o fármacos y otras nuevas tecnologías que no hayan alcanzado el **NIVEL DE EVIDENCIA 2A** en Medicina Basada en Evidencia de la Agency for Healthcare Reserch and Quality – AHRQ y/o que no hayan concluido exitosamente la fase III de su ensayo clínico y/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** disponible en la página web <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>.
- 15 No se cubre medicina tradicional de cualquier tipo ni tratamientos homeopáticos, recetario magistral, iriología, reflexología y en general tratamientos experimentales, empíricos o relacionados a la medicina alternativa.
- 16 Gastos relacionados a la atención y/o tratamiento relacionado con la Infección por virus de inmunodeficiencia humana - VIH, Síndrome de Inmuno Deficiencia adquirida (SIDA) y el Síndrome complejo relativo al SIDA (SCRS), sus consecuencias y complicaciones.
- 17 Gastos relacionados a enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos considerados enfermedades preexistentes (anteriores al inicio de vigencia del Programa de Salud) y gastos derivados de causas relacionadas, definidas en el capítulo XVII del CIE 10 “Malformaciones congénitas” que codifica las malformaciones congénitas.
- 18 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.
- 19 Gastos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades tumorales y oncológicas definidas en el capítulo II del CIE-10 “Tumores [neoplasias]” de la OMS.
- 20 Gastos relacionados a la atención y/o procedimientos o terapias que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria. Así como, prestaciones y tratamientos profilácticos, psicológicos, psiquiátricos, psicoterapéuticos, curas de reposo, cualquier tipo de tratamiento kinésico, de rehabilitación física o mental, odontológica o estomatológica, nutricional, salvo las prestaciones detalladas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**. De la

misma manera cremas, lociones faciales o sustancias exfoliativas, despigmentantes, jabones, champúes, cremas neutras y bloqueadores solares. Así como medias antiembólicas o para tratamiento de várices.

- 21 Gastos relacionados a la atención y/o tratamiento médico o quirúrgico de melasma, alopecia u otros trastornos dermatológicos estéticos, así como el retiro de tatuajes, piercing o similares.
- 22 Equipos médicos durables tales como: termómetro, tensiómetro, equipos de oxigenoterapia, glucómetro (equipo y tiras), respiradores, pulsoxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP o similares, audífonos e implantes cocleares, separadores interespinosos para columna vertebral y discos intervertebrales protésicos. No están cubiertas las prótesis externas, sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés. De igual manera aparatos y equipos ortopédicos, zapatos ortopédicos, ortésicos, equipos mecánicos o electrónicos, audífonos e implante coclear.
- 23 Cualquier tipo de prestación, que tengan relación a esterilidad, fertilidad e infertilidad; así como, sus complicaciones y/o consecuencias, incluidos los gastos por fertilización. Asimismo, diagnóstico, estudios y tratamientos o cirugías para esterilización, fertilización (tanto en infertilidad primaria como secundaria), disfunción eréctil y cambio de sexo.
- 24 Gastos relacionados a sepelio, velatorio y afines. Así como prestaciones económicas 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 insuficientes, siempre que no se ajusten a lo dispuesto en el Artículo 100 del reglamento de la Ley 29344 Ley Marco de aseguramiento universal en salud, en cuyo caso, el financiamiento de las prestaciones estará a cargo de la **IAFAS** que otorga cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (**PEAS**) al **AFILIADO**.

Para la atención de sus diversas necesidades médicas prestacionales que no estén en cobertura del programa oncológico contratado, se otorga a favor del **AFILIADO**, acceso a tarifas y descuentos preferenciales sobre las tarifas prestacionales vigentes en la página web <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>.

ANEXO 4 PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN

PARA AGENDAR UNA TELECONSULTA

- 1 Ingresar al portal de agendamiento de Dr. Auna <https://doctorauna.auna.org/>.
- 2 Regístrate con tus datos personales e inicia sesión con tu usuario y contraseña.
- 3 Haz clic en agendar ahora.
- 4 Elige la especialidad, la fecha y el médico con el que desees atenderte para pre-reservar tu cita.
- 5 Luego, un asesor te contactará vía Whatsapp para confirmar el agendamiento.
- 6 El día de tu teleconsulta, ingresa a la plataforma, donde encontrarás el link para conectarte.

Si tienes alguna duda en el proceso, contáctate a través de Whatsapp al número **+51 966-693-402**. Un asesor se comunicará contigo para asesorarte.

PARA AGENDAR UNA CONSULTA PRESENCIAL

- 1 Contáctate a cualquiera de los siguientes números, dependiendo del lugar en el que desees agendar tu consulta presencial
 - a Lima: (01) 377-7000
 - b Piura: (073) 749-333
 - c Trujillo (044) 749-333
 - d Arequipa (054) 749-333
 - e Chiclayo: (074) 749-333
- 2 Indica tu nombre, DNI, programa y plan al que te encuentras afiliado.
- 3 El asesor te ayudará a elegir el mejor horario para ti, gestionará tu cita y te dará las indicaciones necesarias para la atención.

PARA ACCEDER A LA ATENCIÓN DE MEDICAMENTOS

El servicio de Delivery de medicamentos se encontrará sujeto a disponibilidad de cobertura en Lima y Provincias del proveedor estratégico establecido. En caso de que el punto de entrega esté fuera de la zona de cobertura, se derivará la dispensación a sus locales físicos.

PARA AGENDAR EL SERVICIO DE ORIENTACIÓN TELEFÓNICA O AMBULANCIA POR EMERGENCIA MÉDICA

Para agendar el servicio de **ORIENTACIÓN TELEFÓNICA** o Ambulancia, el **AFILIADO** deberá contactarse con nuestro aliado estratégico para este beneficio al teléfono **(01) 700-6693** e identificarse como afiliado de este programa.

PARA ACCEDER A LA ATENCIÓN EN SALA DE EMERGENCIAS.

En caso de ocurrir algún evento que requiera de las prestaciones recuperativas de salud en sala de emergencia, el **AFILIADO** deberá acudir a las **IPRESS** de la **RED AUNA** detalladas en el **Anexo 5** de las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**; en el que consta la dirección de los establecimientos e identificarse con su **DNI** como afiliado del programa y plan.

PARA ACCEDER AL DESPISTAJE ANUAL DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y DISLIPIDEMIA

- 1 Contáctate a cualquiera de los siguientes números o correos electrónicos, dependiendo de la plaza en la que desees agendar tu consulta presencial
 - a Lima: (01) 320-0700
 - b Piura: (073) 749-333
 - c Arequipa: (054) 749-333
 - d Trujillo: (044) 749-333
 - e Chiclayo: (074) 749-333
- 2 Indica tu nombre, DNI, programa y plan al que te encuentras afiliado.
- 3 El asesor te ayudará a elegir el mejor horario para ti, gestionará tu cita y te dará las indicaciones necesarias para la atención.

ANEXO 5 RED DE ATENCIÓN

RED DE ATENCIÓN DE TELECONSULTAS

IPRESS	NIVEL DE ATENCIÓN	RENIPRESS	DPTO.	PROVINCIA	DISTRITO	DIRECCIÓN
Clínica Delgado Auna	III-1	00019049	Lima	Lima	Miraflores	Avenida Angamos Oeste N°450-490

**Los números de contacto se encuentran en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>.

Las **TELECONSULTAS** son brindadas por Clínica Digital Auna 360, un servicio de Clínica Delgado. El procedimiento de agendamiento se detalla en el **Anexo 4**.

La dispensación de medicamentos, en caso corresponda, será gestionada por Clínica Digital Auna 360 a través de los proveedores de designados.

RED DE ATENCIÓN PRESENCIAL

IPRESS	NIVEL DE ATENCIÓN	RENIPRESS	DPTO.	PROVINCIA	DISTRITO	DIRECCIÓN
Clínica Auna Sede Guardia Civil ²	II-E	00027320	Lima	Lima	San Borja	Av. Guardia Civil 368
Clínica Auna Sede Bellavista ²	II-1	00009250	Callao	Callao	Bellavista	Jiron Las Gaviotas 207 Urb. San Jose
Clínica Auna Sede Miraflores ^{1,2}	II-1	00013494	Piura	Piura	Piura	Calle Las Dalias A12 Castilla
Clínica Auna Sede Camino Real ^{1,2}	II-E	00016830	La Libertad	Trujillo	Trujillo	Jr. Bolognesi 565 T
Clínica Auna Sede Vallesur ^{1,2}	II-1	00016744	Arequipa	Arequipa	Arequipa	Avenida La Salle N° 116 y N° 108
Clínica Auna Sede Chiclayo ²	II-E	00030057	Lambayeque	Chiclayo	Chiclayo	Av. Mariscal Nieto N° 480
Centro de Bienestar Auna ¹	I-3	00031032	Lima	Lima	Miraflores	Calle Independencia N° 1055
Centro Médico Auna Servimédicos ¹	I-3	00008229	Lambayeque	Chiclayo	Chiclayo	Calle Manuel María Izaga 621

**Los números de contacto se encuentran en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>.

- 1: Disponible exclusivamente para la atención del beneficio de despistaje de Diabetes mellitus tipo 2 y Dislipidemia.
- 2: La red de atención presencial aplica sólo para las siguientes especialidades: cardiología, cirugía general, dermatología, gastroenterología, ginecología, medicina interna, oftalmología, traumatología, otorrinolaringología, pediatría, urología.

Los servicios de Orientación Telefónica y Ambulancia son ofertados a través de nuestro aliado estratégico para este beneficio, por lo que para acceder sus servicios el **AFILIADO** deberá contactarse al teléfono **(01) 700-6693** e identificarse como **AFILIADO** de este programa.

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


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





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

Esquema resumen del procedimiento de atención de reclamos



- 1**  **PASO 1**
AFILIADO REGISTRA SU RECLAMO

 **Libro de reclamaciones**
¿Cómo acceder al libro de reclamaciones electrónico y físico?

 - **Libro de Reclamaciones en salud Físico:** En nuestra Plataforma de Atención al Afiliado, ubicada en Av. Guardia Civil 571 – San Borja, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 6:00 p.m.
 - **Libro de Reclamaciones en salud Virtual:** Disponible en la página web <https://auna.org/pe/libro-de-reclamaciones/>
- 2**  **PASO 2**
EXPERIENCIA DEL AFILIADO RECIBE EL RECLAMO..
De acuerdo al canal y al horario de atención establecido en el PASO 1.
- 3**  **PASO 3**
EXPERIENCIA DEL AFILIADO REALIZA EL ANÁLISIS CORRESPONDIENTE
- 4**  **PASO 4**
ÁREA INVOLUCRADA ENVÍA DESCARGO O ABSOLUCIÓN AL RECLAMO, SEGÚN CORRESPONDA.
- 5**  **PASO 5**
EXPERIENCIA DEL AFILIADO BRINDARÁ RESPUESTA FINAL AL RECLAMO DE ACUERDO AL TIEMPO ESTABLECIDO POR LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA COMPETENTE.
(En un plazo máximo treinta (30) días hábiles)

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

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



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

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

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

- 1** WhatsApp: **(+51) 987-777-050**, horario de lunes a sábado de 8:00 am a 8:00 pm.
- 2** 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.
- 3** Correo corporativo para programas de salud: aunasalud@auna.pe
- 4** Plataforma de Atención al Afiliado, ubicada en Av. Guardia Civil 571 – San Borja, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 6:00 p.m.

**CONTRATO DE
PRESTACIONES
COMPLEMENTARIAS
ESPECIALIZADAS DE
SERVICIOS DE SALUD
PROGRAMA DE SALUD
PREPAGADO DR. AUNA – PLAN
BÁSICO, CLÁSICO Y PLUS**

**CONDICIÓN ESPECIAL
PARA AFILIACIONES AL
PLAN BÁSICO A TRAVÉS DE
AFILIACIÓN INDIVIDUAL**



CONDICIÓN ESPECIAL PARA AFILIACIONES AL PLAN BÁSICO A TRAVÉS DE AFILIACIÓN INDIVIDUAL

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

ALCANCE DE LA CONDICIÓN ESPECIAL

Aplica exclusivamente para nuevas afiliaciones y renovaciones de el / los **AFILIADO(S)** inscritos al programa de salud prepagado Dr. Auna Plan Básico, a través de la modalidad de **AFILIACIÓN INDIVIDUAL** realizada a partir del **01/01/2024**. Desde el inicio de la vigencia de su contrato, el / los **AFILIADO / AFILIADOS** podrán acceder a los beneficios a través de las condiciones detalladas en la presente **CONDICIÓN ESPECIAL**, prevaleciendo por sobre lo estipulado en las **CLÁUSULAS GENERALES** y las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del **CONTRATO**, permaneciendo los demás términos y condiciones inalterables.

OBJETO DE LA CONDICIÓN ESPECIAL

Mediante la presente **CONDICIÓN ESPECIAL** se presenta las tarifas correspondientes al Plan Básico del programa Dr. Auna, cuyos beneficios se encuentran detallados en el **Anexo 1** - Plan de Salud:

TARIFAS		
RANGO DE EDAD	MENSUAL	ANUAL
De 0 a más años de edad	S/ 5.66	S/ 64.56

*Los aportes están expresados en soles e incluyen IGV.

INVARIABILIDAD DEL CONTRATO:

Se deja constancia que las cláusulas del **CONTRATO** primigenio que no han sido añadidas, expresa o tácitamente, por la presente **CONDICIÓN ESPECIAL**, permanecen inalterables y en plena vigencia y eficacia legal.

Vigente a partir del 01 de enero del 2024

Código: OS.SP.P.02.76.A

Revisión: 02



Guillermo Michell Lecaros Gutiérrez
DNI 10308857
Apoderado Especial

**CONTRATO DE
PRESTACIONES
COMPLEMENTARIAS
ESPECIALIZADAS DE
SERVICIOS DE SALUD**

**PROGRAMA DE SALUD
PREPAGADO DR. AUNA**

**CONDICIÓN ESPECIAL
PARA AFILIACIONES
INDIVIDUALES AL
PLAN PLUS - FFVV y
Telemarketing**



CONDICIÓN ESPECIAL PARA AFILIACIONES AL PLAN PLUS A TRAVÉS DE FUERZA DE VENTAS Y TELEMARKETING

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

ALCANCE DE LA CONDICIÓN ESPECIAL

Aplica exclusivamente para el / los **AFILIADO(S)** inscritos al programa de salud prepagado Dr. Auna Plan Plus, a través de la modalidad de **AFILIACIÓN INDIVIDUAL** en los canales de Fuerza de ventas y Telemarketing, realizada a partir del **01/09/2023**. Desde el inicio de la vigencia de su contrato, el / los **AFILIADO / AFILIADOS** podrán acceder a los beneficios a través de las condiciones detalladas en la presente **CONDICIÓN ESPECIAL**, prevaleciendo por sobre lo estipulado en las **CLÁUSULAS GENERALES** y las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del **CONTRATO**, permaneciendo los demás términos y condiciones inalterables.

OBJETO DE LA CONDICIÓN ESPECIAL

Mediante la presente **CONDICIÓN ESPECIAL** se presenta las tarifas correspondientes al Plan Plus del programa Dr. Auna, cuyos beneficios se encuentran detallados en el **Anexo 1 - Plan de Salud**:

Tarifas Mensuales		
Rango de Edad	Mensual	Anual
De 0 a 35 años de edad	S/ 53.89	S/ 614.28
De 36 a 65 años de edad	S/ 78.10	S/ 890.28
De 66 años de edad a más	S/ 104.50	S/ 1191.24

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

INVARIABILIDAD DEL CONTRATO:

Se deja constancia que las cláusulas del **CONTRATO** primigenio que no han sido añadidas, expresa o tácitamente, por la presente **CONDICIÓN ESPECIAL**, permanecen inalterables y en plena vigencia y eficacia legal.

Vigente a partir del 01 de setiembre del 2023
Código: OS.SP.P.02.76.B
Revisión: 01


Guillermo Michell Lécaros Gutiérrez
DNI 10308857
Apoderado Especial

**CONTRATO DE
PRESTACIONES
COMPLEMENTARIAS
ESPECIALIZADAS DE
SERVICIOS DE SALUD**

**PROGRAMA DE SALUD
PREPAGADO DR. AUNA**

**CONDICIÓN ESPECIAL PARA
AFILIACIONES INDIVIDUALES
AL PLAN PLUS - Ecommerce
y Digital Intervenido**



CONDICIÓN ESPECIAL PARA AFILIACIONES AL PLAN PLUS A TRAVÉS DE ECOMMERCE Y DIGITAL INTERVENIDO

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

ALCANCE DE LA CONDICIÓN ESPECIAL

Aplica exclusivamente para el / los **AFILIADO(S)** inscritos al programa de salud prepago Dr. Auna Plan Plus, a través de la modalidad de **AFILIACIÓN INDIVIDUAL** en los canales digitales, realizada a partir del **01/09/2023**. Desde el inicio de la vigencia de su contrato, el / los **AFILIADO / AFILIADOS** podrán acceder a los beneficios a través de las condiciones detalladas en la presente **CONDICIÓN ESPECIAL**, prevaleciendo por sobre lo estipulado en las **CLÁUSULAS GENERALES** y las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del **CONTRATO**, permaneciendo los demás términos y condiciones inalterables.

OBJETO DE LA CONDICIÓN ESPECIAL

Mediante la presente **CONDICIÓN ESPECIAL** se presenta las tarifas correspondientes al Plan Plus del programa Dr. Auna, cuyos beneficios se encuentran detallados en el **Anexo 1 - Plan de Salud**:

Tarifas Mensuales		
Rango de Edad	Mensual	Anual
De 0 a 35 años de edad	S/ 43.03	S/ 490.56
De 36 a 65 años de edad	S/ 64.04	S/ 729.96
De 66 años de edad a más	S/ 85.05	S/ 969.48

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


INVARIABILIDAD DEL CONTRATO:

Se deja constancia que las cláusulas del **CONTRATO** primigenio que no han sido añadidas, expresa o tácitamente, por la presente **CONDICIÓN ESPECIAL**, permanecen inalterables y en plena vigencia y eficacia legal.

Vigente a partir del 01 de setiembre del 2023

Código: OS.SP.P.02.76.C

Revisión: 01



Guillermo Michell Lécaros Gutiérrez
DNI 10308857
Apoderado Especial



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