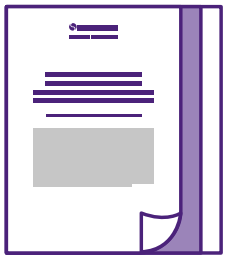
RESUMEN

El condicionado del programa de salud prepagado **EVENTOS CRÍTICOS – 7 VIDAS** 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 Relación de prestaciones cubiertas por el programa de salud

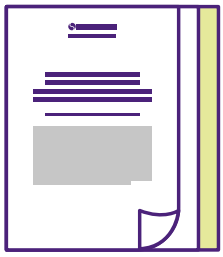
En esta sección, se listan las coberturas de las prestaciones de alta complejidad necesarias para los **eventos críticos** en las siguientes áreas médicas: **Cardiología y Cirugía Cardiovascular**, **Neurocirugía y Radiocirugía (Microcirugía)**, y **Trasplante de médula ósea**.

2 Descripción y alcance de las prestaciones cubiertas por el programa

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

3 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 para solicitar la cobertura
5. **ANEXO 5:** Red de atención
6. **ANEXO 6:** Flujograma de procedimiento de atención de consultas y reclamos

CONTRATO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS ESPECIALIZADAS DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMA DE SALUD PREPAGADO – EVENTOS CRÍTICOS 7 VIDAS

CLÁUSULAS GENERALES

Conste por el presente documento, que celebran de una parte **ONCOSALUD S.A.C.**, con R.U.C. N° 20101039910, domicilio legal en Av. República de Panamá N° 3461, Piso 14, Distrito de San Isidro, Provincia y Departamento de Lima, y RIAFAS Nº 20006, quien se encuentra debidamente representado por su Apoderado Especial, Señor Guillermo Michell Lecaros Gutiérrez, identificado con DNI N° 10308857, según poderes inscritos en la partida electrónica N° 00558907 del Registro de Personas Jurídicas de Lima, a quien en adelante se le denominará la **IAFAS**, y de la otra parte el **CONTRATANTE** quien consigna sus generales de ley en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, que forma parte integrante de este **CONTRATO**, quien actúa en representación de los asegurados a quien en adelante se denominarán el **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS**, en los términos y condiciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA:

OBJETO

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

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

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

CLÁUSULA SEGUNDA:

CONTENIDO

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

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

CLÁUSULA TERCERA:

DEFINICIONES

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

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

3. **AFILIACIÓN COLECTIVA O CORPORATIVA:** Modalidad de **AFILIACIÓN** mediante la cual cualquier organización, colectividad de individuos, empresa o entidad empleadora, formaliza su relación de aseguramiento con una **IAFAS**, en forma voluntaria, en calidad de **CONTRATANTE,** en virtud de un **CONTRATO** suscrito con una IAFAS. En el caso de los dependientes, la **IAFAS** respectiva debe registrarlos individualmente. La **AFILIACIÓN COLECTIVA O CORPORATIVA** puede ser obligatoria o voluntaria.

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

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

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

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

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

   AUS: Aseguramiento Universal de Salud.

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

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

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

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

14. **CLÁUSULAS GENERALES**: Conjunto de cláusulas de incorporación obligatoria establecidas por **SUSALUD** que rigen los contratos de **AFILIACIÓN** con una **IAFAS**. La **IAFAS**, puede incorporar otras cláusulas en virtud de su libertad contractual

15. **CONDICIÓN DE FUMADOR:** Persona que tiene o ha tenido el hábito de fumar y/o consume cualquier producto con nicotina, inclusive aún si ha dejado de fumar al momento de suscribir la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**. Se considera bajo la **CONDICIÓN DE FUMADOR** a la siguiente clasificación:

    a. **Fumador activo:** Persona que en la actualidad fuma y/o consume producto(s) con nicotina de forma esporádica, ocasional o frecuente.

    b. **Fumador vigente:** Persona que ha fumado cien (100) o más cigarrillos (o su equivalente en productos con nicotina), durante el último año antes de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** de su programa de salud.

    c. **Fumador Histórico Severo:** Persona que ha fumado un (1) pack al año o más (o su equivalente en productos con nicotina), durante toda su vida hasta un (1) año antes de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** de su programa de salud.

    d. **Persona con resultado positivo al examen de detección de nicotina:** Persona que da positivo al examen de detección de nicotina y/o sus metabolitos, aun habiéndose inscrito bajo **CONDICIÓN NO FUMADOR** al momento de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** de su programa de salud.

    La **IAFAS** podrá decidir el tipo de prueba a utilizar para la detección de nicotina y sus metabolitos, se considerará positivo a los resultados dentro del rango específico que el tipo de prueba establezca.

16. **CONDICIÓN DE NO FUMADOR:** Persona que no cumpla con la **CONDICIÓN DE FUMADOR** anteriormente descrita.

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

18. **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**.

19. **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**.

20. **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.

21. **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**.

22. D**EDUCIBLE:** (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).

23 **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.

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

25 **DÍAS:** Días calendario.

26 **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).

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

28 **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.

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

30 **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.

31 **EPS:** Entidad Prestadora de Salud.

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

33 **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 (PEAS) aprobado mediante Decreto Supremo Nº023-2021-SA y posteriores actualizaciones, los daños derivados del intento de autoeliminación o lesiones autoinfringidas por problemas de salud mental, derivados de un diagnóstico de salud mental no se excluyen.

34 **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA**: Conjunto de recomendaciones desarrolladas en forma sistemática para ayudar a los profesionales y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria más

apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas en el abordaje de un problema de salud o una condición clínica específica.

35 **HISTOCOMPATIBLE:** Semejanza de los antígenos tisulares de distintos individuos, del que depende la posibilidad de un injerto o trasplante, para minimizar las posibilidades de rechazo del trasplante.

36 **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.

37 **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.

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

39 **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.

40 **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.

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

42 **PERÍODO DE CARENCIA:** Es el plazo en el cual no están activas las coberturas de salud, suele durar de treinta (30) a noventa (90) días calendario. En Seguridad Social es el período de tres (3) meses contados desde el inicio de labores de un **AFILIADO / ASEGURADO** regular que no haya tenido vínculo laboral en los meses previos y que le impiden cumplir con las condiciones para tener derecho de cobertura. En el caso de un **AFILIADO / ASEGURADO** potestativo, el período puede ser menor a tres (3) meses durante el cual el **AFILIADO / ASEGURADO** y sus dependientes inscritos no pueden acceder a las prestaciones de salud contenidas en el **CONTRATO**. Los períodos de carencia se contabilizan en forma individual por cada **AFILIADO / ASEGURADO**.

Las emergencias no presentan períodos de carencia en ninguno de los regímenes de financiamiento. Además, no se aplica el **PERÍODO DE CARENCIA** en ninguna clase de emergencia.

En los regímenes contributivo y semicontributivo, para el caso de maternidad, es suficiente que la asegurada haya estado afiliada al momento de la concepción. En el caso de la **IAFAS ESSALUD** y la **IAFAS EPS**, la afiliada regular titular o la **DERECHOHABIENTE** que se encuentre en estado de gestación, tiene derecho a la cobertura de maternidad brindada por las citadas **IAFAS** de forma inmediata desde la **AFILIACIÓN**.

Por ningún motivo puede excluirse de la cobertura del Plan Complementario, aquellas enfermedades o dolencias diagnosticadas durante el **PERÍODO DE CARENCIA**.

43 **PERÍODO DE ESPERA:** Es el tiempo durante el cual el **AFILIADO** regular en actividad y/o sus derechohabientes no pueden acceder a algunas atenciones relacionadas a determinados diagnósticos previstos en la lista de contingencias de **ESSALUD**. El concepto de **PERÍODO DE ESPERA** puede ser aplicado por otras IAFAS. En ningún caso, el **PERÍODO DE ESPERA** puede ser mayor a un año; asimismo,

las enfermedades diagnosticadas durante este periodo no podrán ser consideradas como preexistentes ni negarse su cobertura.

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

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

46 **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 (**PEAS**).

47 **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**.

48 **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.

49 **PRODUCTOS QUE CONTIENEN NICOTINA:** Productos derivados del tabaco como los cigarrillos, cigarros, puros, habanos, tabaco para mascar, chupar, inhalar o tabaco consumido en pipa; además de los parches de nicotina, la goma de mascar en base a nicotina y los cigarrillos electrónicos, entre otros.

50 **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.

51 **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**.

52 **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.

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

54 **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**.

55 **TARIFA DE RIESGO:** Tarifa que aplica a las personas con **CONDICIÓN DE FUMADOR** y/o que hayan registrado en su **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** condiciones de salud que agraven el riesgo de la cobertura objeto de este programa (como, por ejemplo, sin limitarse a: obesidad, diabetes, dislipidemia, hipertensión arterial, neoplasias malignas, enfermedades autoinmunes, insuficiencia renal, entre otras).

56 **TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MÉDULA ÓSEA**: Procedimiento por el que se extraen células formadoras de sangre (células madre) sanas de la sangre o la médula ósea de un paciente, las cuales se almacenan, procesan y se trasplantan al mismo paciente, por lo que también se le denomina autotrasplante.

57 **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 A**FILIADOS/ 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**.

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

CLÁUSULA OCTAVA:

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

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

CLÁUSULA NOVENA:

INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA

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

CLÁUSULA DÉCIMA:

LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

El otorgamiento de las prestaciones de salud, promocional, preventiva, recuperativa y de rehabilitación de la salud cubiertas por el presente **CONTRATO**, se otorgan en las **IPRESS** indicadas en las **CLÁUSULAS ARTICULARES**, 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 al **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS**.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA:

REFERENCIAS

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA:

APORTES E INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE APORTES

Como contraprestación por el otorgamiento de la cobertura complementaria, el **AFILIADO / ASEGURADO** o **AFILIADOS / ASEGURADOS** pagan a la **IAFAS los APORTE**S indicados en las **CLAÚSULAS 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 / ASEGURAD**O o los **AFILIADOS / ASEGURADOS** adeuden a la **IAFAS**, origina la suspensión automática de la cobertura otorgada en el **CONTRATO**, a partir del día siguiente de la fecha de vencimiento de pago.

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

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

Si el **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS** que han incurrido en mora cumplen con ponerse al día en los aportes adeudados, recobran el derecho a gozar de los **BENEFICIOS** 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 a el **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS**, con una anticipación no menor a cuarenta y cinco (45) días calendario previos al vencimiento del plazo pactado para la vigencia de los aportes y copagos, una comunicación escrita, con conocimiento de los **AFILIADOS / ASEGURADOS**, manifestando la intención de reajustar tales montos.

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

Si los **AFILIADOS / ASEGURADOS** está 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 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 PARTICULARE**S del presente **CONTRATO**, la información señalada en las mismas. El A**FILIADO / 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 a el **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS** una **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** o la realización de un examen médico, antes de la suscripción del presente **CONTRATO** o durante su vigencia, el **ASEGURADO** o los **ASEGURADOS** no podrán ser sujetos a rechazo basado en los resultados de tal examen o declaración.

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA:

PLAZO CONTRACTUAL

Las partes acuerdan que la cobertura contenida en el presente **CONTRATO** rige a partir del día siguiente de su suscripción. El presente **CONTRATO** tiene una vigencia de un (1) año y a su vencimiento queda

automáticamente renovado por igual plazo, salvo que alguna de las partes manifieste, mediante aviso remitido vía correo electrónico u otro medio, cursado a la otra parte con sesenta (60) **DÍAS** de anticipación, su voluntad de no renovarlo, o de modificar los términos contractuales. En este último caso, debe remitir la propuesta de detalle de la modificación con el sustento correspondiente, a fin 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 entre la **ENTIDAD EMPLEADORA** y la **IAFAS EPS**, así como las que se susciten entre la **IAFAS EPS** u otras **IAFAS** y los **AFILIADOS / ASEGURADOS,** derivadas del presente **CONTRATO**, incluidas las de su nulidad o invalidez, son resueltas a través de los mecanismos de solución de controversias del Centro de Conciliación y Arbitraje (**CECONAR**) de la Superintendencia Nacional de Salud o en aquellos centros que se encuentren registrados y habilitados por éste.

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA:

RESOLUCIÓN DE CONTRATO

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

1. El mutuo acuerdo de las partes.

2. El fallecimiento del **AFILIADO / ASEGURADO**.

3. El incumplimiento en el pago oportuno de los aportes, salvo pacto en contrario incluido en las **CLÁUSULAS PARTICULARES**. Para tal efecto, la **IAFAS** envía una carta de requerimiento de pago, indicando el importe adeudado, el cual debe ser pagado en un plazo máximo de quince (15) **DÍAS**, contado desde la notificación de dicho documento, bajo apercibimiento de resolver el **CONTRATO**. Si el pago no se cumple en el plazo señalado, el **CONTRATO** queda automáticamente resuelto. En las **CONDICIONES ESPECIALES** se pueden establecer como causales de resolución otros plazos de vencimiento de pago de aportes insolutos.

4. Sin perjuicio de lo mencionado en el numeral anterior, por el cumplimiento parcial, tardío o defectuoso de cualquier otra de las obligaciones de una de las partes contenidas en las **CLÁUSULAS GENERALES** o **PARTICULARES**. Para tal efecto, la parte que se perjudica con el incumplimiento requiere notarialmente a la otra para que satisfaga su prestación en el plazo de treinta (30) **DÍAS** calendario, bajo pena de resolución del **CONTRATO**. Si la prestación no se cumple dentro del plazo señalado, el **CONTRATO** queda automáticamente resuelto.

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA:

MODALIDAD DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA:

CLÁUSULA DE GARANTÍA CONTINUIDAD DE COBERTURA DE PREEXISTENCIAS

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA:

MODIFICACIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA

El presente **CONTRATO** podrá ser modificado por la **IAFAS** durante su vigencia, por razones técnicas, circunstancias del mercado, declaración de estado de emergencia sanitaria nacional u otras razones similares o relacionadas, mediante aviso previo remitido al **CONTRATANTE** con treinta (30) **DÍAS** calendario de anticipación,

a través de medios físicos, digitales y/o electrónicos o analógicos (dirección, correo electrónico, celular, teléfono y/o cualquier otro permitido).

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO CUARTA:

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

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

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

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

De expresar la negativa a brindar los datos personales, la **IAFAS** no podrá cumplir con la gestión y ejecución de las prestaciones vinculadas al programa contratado. Asimismo, el **CONTRATANTE** declara contar con la autorización de las personas consignadas en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** para el tratamiento de los datos personales incluidos, así como en la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**.

El **CONTRATANTE** y/o **AFILIADO** se encuentran facultados para ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación u oposición al tratamiento de sus datos personales que la **IAFAS** realiza. Para tales efectos

deberá cursar una comunicación escrita a la **IAFAS**, valiéndose de los siguientes canales de información y comunicación habilitados por la **IAFAS**:

1. Oficinas de la **IAFAS** ubicadas en Av. Guardia Civil Nº 571 - San Borja.
2. Dirección de correo electrónico **derechosarco@auna.pe**.
3. Página web institucional **www.oncosalud.pe/solicitudes-arco.**

CONTRATO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS ESPECIALIZADAS DE SERVICIOS DE SALUD

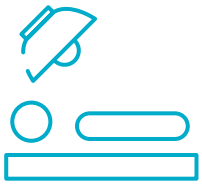
PROGRAMA DE SALUD PREPAGADO – EVENTOS CRÍTICOS 7 VIDAS

CLÁUSULAS PARTICULARES

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

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

El programa brindará cobertura de las prestaciones de alta complejidad necesarias para los **EVENTOS CRÍTICOS** en las siguientes áreas médicas:

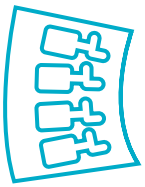


Cardiología y Cirugía Cardiovascular

1. Infarto agudo al miocardio.
2. Patologías de válvulas cardiacas.
3. Aneurisma, coartación disección y/o rotura de arteria aorta o iliaca.

Neurocirugía y Radiocirugía (Microcirugía)

4. Accidente Cerebro Vascular (Infarto o Derrame Cerebral).
5. Aneurismas y Malformaciones arteriovenosas cerebrales.
6. Neurocirugía de columna por trauma accidental.



Trasplantes

7. Trasplante renal.
8. Trasplante autólogo de médula ósea.

1.1 Infarto agudo al miocardio

Se cubrirá las prestaciones, de emergencia y hospitalarias, requeridas por infarto agudo al corazón, definido como la muerte o necrosis de una parte del músculo cardiaco como consecuencia del deficiente aporte sanguíneo en forma súbita, demostrado por:

- Dolor torácico no traumático y/o síntomas de Infarto Agudo de Miocardio.
- Incremento diagnóstico de enzimas cardíacas.
- Cambios electrocardiográficos de infarto.

No incluye el tratamiento de otros eventos coronarios crónicos, angina de pecho, angina inestable o pericarditis.

La cobertura incluye los siguientes procedimientos:
Reperfusión coronaria – fibrinólisis o trombolisis.
Cateterismo coronario.
Cirugía o procedimiento Angioplastía y colocación de endoprótesis (Stents).
Cirugía de By pass coronario.

La necesidad de estos procedimientos debe ser confirmada por un especialista de la Clínica Delgado y el otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la **IAFAS**, siempre que se encuentre pertinentemente indicado y recomendado en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** disponible en la página web **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes** de la **RED AUNA**, cumpliendo todos los criterios de elegibilidad.

! **IMPORTANTE:** *Incluye el manejo multidisciplinario en emergencia, cuidados intensivos y hospitalización. Asimismo, hasta cuatro controles ambulatorios posteriores al alta hospitalaria.*

No incluye prestaciones y/o servicios ambulatorios previos, así como prestaciones de medicina física y rehabilitación.

*Para caso de condiciones de salud preexistentes, así como en caso la cobertura del programa resultase insuficiente, 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, el financiamiento de las prestaciones estará a cargo de la IAFAS que otorga cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en **Salud (PEAS)** al **AFILIADO**.*

1.2 Patologías de válvulas cardíacas

Se cubrirá exclusivamente los procedimientos indicados para corrección de defectos o anormalidades, no congénitos, de las válvulas del corazón (válvulas aórtica, mitral, tricúspide y pulmonar), debido a una estenosis (estrechamiento) o insuficiencia (cierre indebido) o a la combinación de ambos, que sean moderadas o graves, evidenciadas a través de ecocardiografía y/o doppler cardíaco y que generen sintomatología en el paciente, es decir que cursen con disnea, angina o síncope.

Se excluyen prestaciones vinculadas a defectos congénitos de las válvulas cardiacas o del corazón.

La cobertura incluye los siguientes procedimientos:
✷ Plastia percutánea de válvulas cardiacas.
✷ Cirugía de corazón abierto vía toracotomía para reemplazo de válvulas cardiacas.

No Incluye: Implante valvular transcateter.

El otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la **IAFAS**, siempre que se encuentre pertinentemente indicado y recomendado en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** disponible en la página web **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes** de la **RED AUNA**, cumpliendo todos los criterios de elegibilidad.

La necesidad de estos procedimientos debe ser confirmada por un especialista de la Clínica Delgado y el otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la **IAFAS**, siempre que se encuentre pertinentemente indicado y recomendado en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** disponible en la página web **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes** de la **RED AUNA**, cumpliendo todos los criterios de elegibilidad.

! **IMPORTANTE:** *Incluye el manejo multidisciplinario en emergencia, cuidados intensivos y hospitalización. Asimismo, hasta cuatro controles ambulatorios posteriores al alta hospitalaria.*

No incluye prestaciones y/o servicios ambulatorios previos, así como prestaciones de medicina física y rehabilitación.

*Para caso de condiciones de salud preexistentes, así como en caso la cobertura del programa resultase insuficiente, 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, el financiamiento de las prestaciones estará a cargo de la **IAFAS** que otorga cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en **Salud (PEAS)** al **AFILIADO**.*

1.3 Aneurisma, coartación, disección y/o rotura de arteria aorta o iliaca

Se cubrirá las prestaciones requeridas de cirugía cardiovascular por vía toracotomía o laparotomía para reparar o corregir un aneurisma, coartación, disección o la ruptura de la arteria aorta (la cual para efectos de este programa comprenderá la aorta torácica y abdominal pero no sus ramificaciones) o arteria iliaca, siempre que no sean congénitas y/o preexistentes a la contratación del programa, que sean moderadas o graves, evidenciadas a través de ecocardiografía y/o doppler cardíaco y que generen sintomatología en el paciente.

La cobertura incluye los siguientes procedimientos:
✷ Cirugía correctiva vía toracotomía o laparotomía.
✷ Plastia vascular percutánea.
✷ Colocación de endoprótesis.

La necesidad de estos procedimientos debe ser confirmada por un especialista de la Clínica Delgado y el otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la **IAFAS**, siempre que se encuentre pertinentemente indicado y recomendado en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** disponible en la página web **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes** de la **RED AUNA**, cumpliendo todos los criterios de elegibilidad.

Las prestaciones por emergencia sólo serán cubiertas en casos de rotura o disección, en cuyo caso se extenderá al manejo multidisciplinario de emergencia, cuidados intensivos y hospitalización.

Para el caso de cirugías electivas o programadas, el otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la **IAFAS**, siempre que se encuentre pertinentemente indicado y recomendado en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** disponible en la página web **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes** de la **RED AUNA**.

! **IMPORTANTE:** *No incluye prestaciones y/o servicios ambulatorios previos, así como prestaciones de medicina física y rehabilitación.*

*Para caso de condiciones de salud preexistentes, así como en caso la cobertura del programa resultase insuficiente, 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, el financiamiento de las prestaciones estará a cargo de la IAFAS que otorga cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en **Salud (PEAS)** al **AFILIADO**.*

1.4 Accidente Cerebro Vascular (Infarto o Derrame Cerebral)

Se cubrirá las prestaciones requeridas, en emergencia, unidad de cuidados intensivos y hospitalización, por Accidente Cerebro Vascular, sea Isquémico o Hemorrágico, evidenciado en una Tomografía Computarizada (TC), Resonancia Magnética Nuclear (RMN) o técnica de imagen confirmatoria de alguna de las siguientes condiciones:

- Infarto del tejido cerebral
- Hemorragia intracraneana o sub-aracnoidea.

La cobertura incluye los siguientes procedimientos:
Neurocirugía descompresiva cerebral.
Drenaje de hematomas.
Reperfusión vascular cerebral.
Trombectomia endoluminal y quirúrgica.
Trombolisis cerebral.
Embolización endovascular.
Colocación de clips.

Se excluye los siguientes diagnósticos diferenciales:
Accidentes isquémicos transitorios (TIA).
Lesión cerebral resultante de trauma o hipoxia.
Síntomas neurológicos secundarios a migraña (jaqueca).
Enfermedad vascular que afecta el ojo, nervio óptico o funciones vestibulares.

Así mismo, otros similares que no cumplan con la definición previa.

La necesidad de estos procedimientos debe ser confirmada por un especialista de la Clínica Delgado y el otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la **IAFAS**, siempre que se encuentre pertinentemente indicado y recomendado en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** disponible en la página web **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes** de la **RED AUNA**, cumpliendo todos los criterios de elegibilidad.

IMPORTANTE: *Las prestaciones por emergencia incluirán los estudios diagnósticos, en cuyo caso confirmatorio, se extenderá la cobertura al manejo multidisciplinario en cuidados intensivos y hospitalización.*

No incluye prestaciones y/o servicios ambulatorios previos, así como prestaciones de medicina física y rehabilitación.

*Para caso de condiciones de salud preexistentes, así como en caso la cobertura del programa resultase insuficiente, 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, el financiamiento de las prestaciones estará a cargo de la IAFAS que otorga cobertura del **Plan Esencial de Aseguramiento** en **Salud (PEAS)** al **AFILIADO**.*

1.5 Aneurismas y Malformaciones Arteriovenosas Cerebrales

Se cubrirá exclusivamente los procedimientos neuroquirúrgicos o de radiocirugía, indicados para corrección de defectos o anormalidades, de las arterias intracerebrales, tales como aneurismas o malformaciones arteriovenosas cerebrales, evidenciadas a través de Tomografía Computarizada (TC), Resonancia Magnética Nuclear (RMN), Angiografía o técnica de imagen confirmatoria de alguna de las siguientes condiciones:

- Aneurisma cerebral (con o sin rotura)
- Malformación arteriovenosa cerebral.

Se excluye toda prestación para lesiones que hayan sido diagnosticadas o establecidas en forma anterior a la contratación del programa.

Se excluye toda prestación para lesiones que hayan sido diagnosticadas o establecidas en forma anterior a la contratación del programa. Asimismo, aquellas por causa distinta a traumatismos accidentales, tales como a causa o consecuencia de enfermedades infecciosas, degenerativas o autoinmunes y/o lesiones oncológicas, entre otras.

La cobertura incluye los siguientes procedimientos:
Resección microquirúrgica de malformación arteriovenosa.
Colocación de clips microquirúrgicos.
Embolización y/o colocación de espirales endovasculares.
Radiocirugía estereotáxica.

El otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la **IAFAS**, una vez establecido el diagnóstico definitivo, siempre que se encuentre pertinentemente indicado y recomendado en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** disponible en la página web **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes** de la **RED AUNA**, cumpliendo todos los criterios de elegibilidad evaluados por un especialista designado por la **IPRESS**.

! **IMPORTANTE:** *Las prestaciones por emergencia sólo serán cubiertas en casos de rotura del aneurisma o sangrado de la malformación arteriovenosa, en cuyo caso se extenderá al manejo multidisciplinario en cuidados intensivos y hospitalización.*

*Para el caso de cirugías electivas o programadas, el otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la **IAFAS**, siempre que se haya superado el **PERÍODO DE ESPERA**.*

*Para caso de condiciones de salud preexistentes, así como en caso la cobertura del programa resultase insuficiente, 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, el financiamiento de las prestaciones estará a cargo de la IAFAS que otorga cobertura del **Plan Esencial de Aseguramiento** en **Salud (PEAS)** al **AFILIADO**.*

1.6 Neurocirugía de columna vertebral por trauma accidental

Se cubrirá las prestaciones requeridas de neurocirugía de columna vertebral ocasionadas por traumatismos accidentales, es decir cuando por la acción de una fuerza física externa directa se producen daños en las vértebras, los ligamentos o discos de la columna vertebral, evidenciados a través de Tomografía Computarizada (TC), Resonancia Magnética Nuclear (RMN), o técnica de imagen confirmatoria de alguna de las siguientes condiciones:

- Fracturas vertebrales estables o inestables.
- Luxaciones y Subluxaciones.
- Lesión medular.

Se excluye toda prestación para lesiones que hayan sido diagnosticadas o establecidas en forma anterior a la contratación del programa. Asimismo, aquellas por causa distinta a traumatismos accidentales, tales como a causa o consecuencia de enfermedades infecciosas, degenerativas o autoinmunes y/o lesiones oncológicas, entre otras.

La cobertura incluye los siguientes procedimientos:
Cirugía Vertebral: Fusión vertebral (Artrodesis) y laminectomía descompresiva, con instrumentación.
Fijación y estabilización vertebral.
Cirugía de discos vertebrales (discectomía y microdiscectomía).
Reducción cruenta de fracturas vertebrales.

Las prestaciones por emergencia sólo serán cubiertas en casos de trauma accidental, en cuyo caso se extenderá al manejo multidisciplinario de emergencia, cuidados intensivos y hospitalización.

El otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la **IAFAS**, una vez establecido el diagnóstico definitivo, siempre que se encuentre pertinentemente indicado y recomendado en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** disponible en la página web **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes** de la **RED AUNA**, cumpliendo todos los criterios de elegibilidad evaluados por un especialista designado por la **IPRESS**.

IMPORTANTE: *Para el caso de cirugías electivas o programadas, el otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la **IAFAS,** siempre que se haya superado el **PERÍODO DE ESPERA**.*

*Para caso de condiciones de salud preexistentes, así como en caso la cobertura del programa resultase insuficiente, 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, el financiamiento de las prestaciones estará a cargo de la **IAFAS** que otorga cobertura del **Plan Esencial de Aseguramiento** en **Salud (PEAS)** al **AFILIADO**.*

1.7 Trasplante renal

Se cubrirá exclusivamente el procedimiento del trasplante de riñón histocompatible, por única vez, independientemente de la renovación del plan contratado, en casos de enfermedad renal crónica terminal que requieren terapia de sustitución de la función renal o sean candidatos a trasplante renal anticipado.

La cobertura incluye los siguientes procedimientos:
✷ Trasplante renal de donante vivo.
✷ Trasplante renal de donante cadavérico.
✷ Control post trasplante hospitalario (Hasta 4 controles ambulatorios).

El otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la **IAFAS**, una vez establecido el diagnóstico definitivo, siempre que se encuentre pertinentemente indicado y recomendado en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** disponible en la página web **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes** de la **RED AUNA**, cumpliendo todos los criterios de elegibilidad evaluados por un especialista designado por la **IPRESS** y evaluación del Comité de Trasplantes de órganos sólidos de la **RED AUNA**.

IMPORTANTE: *No incluye estudio de donantes ni la búsqueda de estos, así como prestaciones realizadas a donantes, con excepción de los gastos relacionados únicamente a la cirugía extractiva del donante vivo.*

*Las prestaciones de fase diagnóstica, elegibilidad del trasplante, y otras previas a la realización del procedimiento del trasplante renal, será a costo del **AFILIADO**.*

*Para caso de condiciones de salud preexistentes, así como en caso la cobertura del programa resultase insuficiente, 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, el financiamiento de las prestaciones estará a cargo de la IAFAS que otorga cobertura del **Plan Esencial de Aseguramiento** en **Salud (PEAS)** al **AFILIADO**.*

1.8 Trasplante autólogo de médula ósea

Se cubrirá exclusivamente el procedimiento del trasplante de autólogo (autotrasplante) de médula ósea, por única vez, independientemente de la renovación del plan contratado.

Se excluye toda prestación de trasplante de médula ósea como indicación de condiciones de salud que hayan sido diagnosticados o establecidas en forma anterior a la contratación del programa. No incluye estudio de donantes ni la búsqueda de estos, ni prestaciones realizadas a donantes, al tratarse sólo de la cobertura de trasplante autólogo. Asimismo, no forma parte de este beneficio el tratamiento específico, de mantenimiento y/o consolidación de la enfermedad de fondo.

La cobertura incluye los siguientes procedimientos:
✷ Colecta de precursores hematopoyéticos.
✷ Infusión o trasplante.
✷ Control post trasplante hospitalario (Hasta 4 controles ambulatorios).

El otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la **IAFAS**, una vez establecido el diagnóstico definitivo, siempre que se encuentre pertinentemente indicado y recomendado en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** disponible en la página web **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes** de la **RED AUNA**, cumpliendo todos los criterios de elegibilidad evaluados por un especialista designado por la **IPRESS** y evaluación del Comité de Trasplante de Precursores Hematopoyéticos de la **RED AUNA**.

IMPORTANTE: *Las prestaciones de fase diagnóstica, elegibilidad del trasplante, y otras previas a la realización del procedimiento del trasplante de médula ósea, será a costo del **AFILIADO**.*

*Para caso de condiciones de salud preexistentes, así como en caso la cobertura del programa resultase insuficiente, 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, el financiamiento de las prestaciones estará a cargo de la **IAFAS** que otorga cobertura del **Plan Esencial de Aseguramiento** en **Salud (PEAS)** al **AFILIADO**.*

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

PRESTACIONES GENERALES

2.1 Atención Por Emergencia

Incluye las prestaciones de salud que se requieran para la atención de una condición de salud, objeto de la cobertura, que surja de forma repentina e inesperada, que requiere atención y procedimientos quirúrgicos y/o médicos inmediatos al poner en peligro inminente la vida, la salud, o que pueden dejar secuelas invalidantes al **AFILIADO**.

La determinación de la condición de emergencia médica o accidental será realizada por el profesional médico encargado de la atención bajo responsabilidad. Dicha atención no le será aplicable P**ERÍODO DE CARENCIA** ni **PERÍODO DE ESPERA** y los gastos generados las prestaciones de emergencia, serán cubiertos por el programa de salud con los deducibles y copago establecidos en su **PLAN DE SALUD**.

Es importante señalar que las diferentes **IPRESS** pueden requerir al **AFILIADO** un depósito en garantía o sus equivalentes ante eventuales gastos no cubiertos por la **IAFAS** durante una atención de emergencia no limitando el alcance de la prestación.

En caso que el evento médico iniciado en emergencia requiera atención hospitalaria, serán cubiertas bajo las condiciones detalladas **PLAN DE SALUD** del presente **CONTRATO**.

El programa otorga las siguientes prestaciones:

a. Honorarios médicos.
b. Medicamentos, materiales e insumos incluyendo, catéteres, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos.
c. Exámenes de laboratorio y anatomía patológica relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones o enfermedades cubiertas por el programa de salud.
d. Estudios de imágenes, tales como rayos x, ecografías, tomografía computarizada y otros relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones o enfermedades cubiertas por el programa.
e. Procedimientos ambulatorios quirúrgicos y no quirúrgicos, incluyendo uso de tópico, sala de operaciones y sala de recuperaciones.

2.2 Atención Hospitalaria

Incluye las prestaciones de salud que se requieran para la atención de una condición de salud, objeto de la cobertura, el internamiento del **AFILIADO** bajo indicación médica, debiendo permanecer internado por lo menos un (1) día. Los gastos generados las prestaciones de hospitalización, serán cubiertos por el programa de salud con los deducibles y copago, así como el **PERÍODO DE ESPERA**, todo ello establecido en su **PLAN DE SALUD**.

Todo requerimiento de cobertura de prestaciones, antes de haber superado el **PERÍODO DE ESPERA**, no será cubierto por el programa de salud, no obstante, el **AFILIADO** podrá acceder a tarifas especiales y descuentos sobre estos servicios.

El programa otorga las siguientes prestaciones:

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

2.3 Continuidad De Atención Ambulatoria Post Hospitalización

Incluye las prestaciones de salud objeto de la cobertura, que requieren de control de atención ambulatoria, posterior a una hospitalización cubierta por el programa. Los gastos generados las prestaciones de atención ambulatoria, serán cubiertos por el programa de salud con los deducibles y copago establecidos en su **PLAN DE SALUD**, hasta un máximo de 04 consultas en general, exclusivamente relacionadas al diagnóstico, procedimiento o intervención que ha sido otorgado bajo cobertura por el programa y hasta por un plazo máximo de 90 (noventa) días de haber producido el alta hospitalaria.

PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS

2.4 Prótesis Interna Y Material De Osteosíntesis

Incluye las prótesis internas quirúrgicamente pertinentes en aquellas prestaciones objeto de la cobertura del programa, incluyendo stent, coils, mallas, prótesis valvulares, placas, tornillos y separadores (No incluye prótesis externas, dentales, oculares, obturadores, ni aquellas con fines estéticos), hasta un monto máximo global establecido en su **PLAN DE SALUD** para este beneficio especifico.

Para el caso de la cobertura de prótesis valvulares y vasculares se otorgarán por única vez. No estando bajo cobertura de programa el reemplazo, renovación o adición a las ya otorgadas.

La prótesis será la establecida por la **IAFAS** de acuerdo a las características del paciente, criterios de pertinencia establecidos en la **GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA** y hasta el alcance de la cobertura de este beneficio especifico.

2.5 Transfusión Sanguínea Y Hemoderivados

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

No incluye búsqueda de donantes, ni prestaciones económicas de ningún tipo.

2.6 Nutrición Parenteral Total

Se cubrirá la alimentación endovenosa solo durante la estancia hospitalaria hasta por un período máximo de tres (3) semanas, a pacientes con lesiones del tracto gastrointestinal o condiciones específicas que impidan la alimentación enteral del paciente.

El otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la **IAFAS**, siempre que se encuentre pertinentemente indicado y recomendado en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** disponible en la página web **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes** de la **RED AUNA,** cumpliendo todos los criterios de elegibilidad evaluados en junta médica de los especialistas de la **IPRESS**.

2.7 Albúmina Humana

Se cubrirá su administración durante la atención en sala de emergencia y/o estancia hospitalaria de albumina humana en solución para perfusión intravenosa hasta el monto máximo global establecido en su **PLAN DE SALUD**.

El otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la **IAFAS**, siempre que se encuentre pertinentemente indicada exclusiva por el especialista en medicina intensiva y recomendado en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA disponible en la página web** **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes** de la **RED AUNA**, cumpliendo los criterios de pertinencia establecidos en la **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**.

2.8 Estudio De Histocompatibilidad

Prueba que evalúa unas proteínas llamadas antígenos leucocitarios humanos (también conocida como HLA, por sus siglas en inglés), los cuales se encuentran en la superficie de casi toda célula en el cuerpo humano y que ayudan al sistema inmunitario a establecer la diferencia entre los tejidos ajenos a su propio cuerpo. Este estudio es requerido para la realización de un trasplante de órganos, evaluando la semejanza entre donantes y receptores.

Se cubrirá la realización de estudios de histocompatibilidad sólo del **AFILIADO** receptor del trasplante, para procedimiento de trasplantes que se realizarán bajo la cobertura del programa. No incluye estudio de donantes ni la búsqueda de estos.

2.9 Radiocirugía

Incluye el uso de radiación de alta energía proveniente de partículas u ondas, tales como los rayos x, rayos gamma, u otras fuentes, para reducir o eliminar ciertas lesiones cerebrales.

El otorgamiento de la cobertura será previa evaluación de la **IAFAS**, incluye los estudios de imágenes de planificación y simulación, siempre que sea indicado por el médico radioterapeuta asignado por la **IAFAS**, cumpla con los criterios de pertinencia recomendados en las **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**.

2.10 Chequeo Médico Anual

Incluye un paquete de exámenes según edad del **AFILIADO** para detectar la sospecha de alguna enfermedad de mayor frecuencia, relacionada a las condiciones de salud objeto de la cobertura del programa. Aplica para los **AFILIADOS** a partir de la primera renovación, previa validación del cumplimiento del pago de los aportes a la fecha de la solicitud del beneficio y con una periodicidad anual, teniendo en cuenta el último chequeo efectivo. Los componentes del chequeo médico, serán los detallados en la siguiente tabla:

CHEQUEO MÉDICO ANUAL	< 18 años	18 - 40 años	> 40 años
Exámenes de Laboratorio:			
✷ Hemograma	Sí	Sí	Sí
✷ Glucosa	Sí	Sí	Sí
✷ Hemoglobina Glicosilada		Sí	Sí
✷ Perfil lipídico			Sí
✷ Examen Completo de orina	Sí	Sí	Sí
✷ Creatinina	Sí	Sí	Sí
Exámenes de Imágenes			
Electrocardiograma			Sí
Evaluación Médica			
Consulta en Medicina Interna	Sí	Sí	Sí

Los exámenes preventivos que conforman el paquete no son transferibles, acumulables, canjeables o intercambiables con otros exámenes que no correspondan al plan de salud contratado. Asimismo, el paquete no puede ser fragmentado y deberá concluirse en un período no mayor de treinta (30) **DÍAS** calendario contados desde el inicio del chequeo médico anual, vencido este plazo el **AFILIADO** deberá esperar el tiempo establecido en el **PLAN DE SALUD** para acceder nuevamente al próximo chequeo médico anual.

En caso el médico evaluador considere pertinente recomendar o indicar alguna atención adicional como resultado del chequeo médico anual (interconsulta con alguna especialidad, farmacia o exámenes auxiliares), esta deberá ser atendida bajo atención ambulatoria.

Asimismo, la **IAFAS** está facultada a realizar, durante esta evaluación, el examen de detección de nicotina y/o sus metabolitos, a los **AFILIADOS** que hayan consignado la **CONDICIÓN DE NO FUMADOR** en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, que en caso de resultar positiva la **IAFAS** procederá al cobro retroactivo de los aportes a partir de la última renovación bajo la **TARIFA DE RIESGO**, los cuales se detallan en el **Anexo 2**.

! *La cita deberá ser reservada a través del Call Center o de manera presencial en las **IPRESS** pertenecientes a la red de atención del presente **CONTRATO**.*

BENEFICIO DE TRASLADO MÉDICO

2.11. Beneficio De Traslado Médico

En caso de que durante la atención de alguno de los eventos cubiertos por el programa Eventos Críticos – 7 Vidas en la Red de Provincias, se determine que el **AFILIADO** deba ser trasladado, por causas médicas (Por ejemplo: que no haya la capacidad profesional y/o equipamiento médico local), a la Red de Lima para tratamiento definitivo, se otorgará la cobertura del traslado terrestre o aéreo (sea en avión comercial o ambulancia aérea), según la condición de salud del **AFILIADO** y criterio del médico tratante.

PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS	PLAN PREMIUM		PLAN CLASSIC	
Beneficio De Traslado Médico	Deducible y/o copago a cargo del afiliado	Cobertura	Deducible y/o copago a cargo del afiliado	Cobertura
Ambulancia Terrestre	S/ 0.00	100%	S/ 0.00	100%
Traslado Aéreo (en avión comercial o ambulancia aérea)	S/ 0.00	100%	S/ 0.00	100%

Este beneficio no incluye el traslado, alimentación, ni hotelería de familiares y/o acompañantes.

Los traslados con ambulancia/ avión ambulancia/ avión comercial solo aplican para la referencia de Clínica Auna Sede Chiclayo, Clínica Auna Sede Vallesur, Clínica Auna Sede Miraflores hacia Clínica Delgado Auna ante la necesidad de intervención inmediata luego de la estabilización del paciente en la emergencia por los diagnósticos referidos en el Condicionado de origen.

No se cubren los traslados de contrarreferencia. *Ejemplo: De Clínica Delgado Auna hacia Clínica Auna Sede Chiclayo.*

No se cubren traslados para controles posteriores a procedimientos.

Los controles post intervención podrán ser vía Telemedicina, si el caso lo amerita.

El proveedor del traslado será determinado por la **IAFAS** y el beneficio será cubierto previa autorización de la **IAFAS**.

2.12. TARIFAS Y DESCUENTOS PREFERENCIALES

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

3. PERTINENCIA DE LAS PRESTACIONES

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-interés** de la **RED DE ATENCIÓN** indicada en el **Anexo 5** con base al cumplimiento de los siguientes criterios:

1. Que, las prestaciones de salud se encuentren recomendadas y comprendidas en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED DE ATENCIÓN**, las mismas que deberán ser acordes a su diagnóstico establecido y sustentarse con beneficio clínico y de significancia estadística demostrados a través de la evaluación sustentada en Medicina Basada en la Evidencia. Se consideran para beneficio de cobertura únicamente los niveles de evidencia 1++, 1+ o 2++ y por ende los grados de recomendación A o B según los parámetros del SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network). Para más información puede consultar a: **www. sign.ac.uk**.
2. Que el tratamiento y el (los) fármaco(s) indicado(s), hayan concluido exitosamente el **ENSAYO CLÍNICO DE FASE** III y se encuentren comprendidos en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA** disponibles en la página web **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes**.
3. Que, los procedimientos y tratamientos se encuentren estrictamente relacionados al(los) diagnóstico(s) objeto de la cobertura del programa.
4. Que los tratamientos, exámenes y/o medios diagnósticos se encuentren disponibles y se ejecuten íntegramente en el territorio de la República del Perú.
5. Que las prestaciones requeridas bajo la cobertura se encuentren descritas en el **PLAN DE SALUD** y no se encuentren comprendidos en las **EXCLUSIONES** detallas en el **Anexo 3** del presente **CONTRATO**.

De igual forma aplican para el otorgamiento de cobertura de cualquier prestación relacionada, siempre que se encuentren descritos en el **PLAN DE SALUD** que forma parte de las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO** y no se encuentren comprendidos en las **EXCLUSIONES** detallas en el **Anexo 3.**

Contrato vigente a partir del 01 de setiembre de 2023
Código OS.SP.P.02.88
Revisión: 04

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: Plan de Salud ..... **Pág. 36**
ANEXO 2: Aportes y condiciones de afiliación ..... **Pág. 44**
ANEXO 3: Exclusiones, gastos no cubiertos y limitaciones a las coberturas contratadas ..... **Pág. 50**
ANEXO 4: Procedimiento para solicitar la cobertura ..... **Pág. 53**
ANEXO 5: Red de atención ..... **Pág. 54**
ANEXO 6: Flujograma de procedimiento de atención de consultas y reclamos ..... **Pág. 55**

ANEXO 1

PLAN DE SALUD

La cobertura a la que el (los) **AFILIADO**(s) tiene(n) derecho a través del presente **CONTRATO**, corresponde de manera específica al plan de salud optado por el **CONTRATANTE** en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, cuyos alcances, limitaciones, deducibles, copagos y aportes detallamos a continuación:

PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD

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

COBERTURAS DE SALUD

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

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

Son planes que complementan al **PEAS** y son definidos como aquellos que otorgan prestaciones no comprendidos en éste.

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

Plan Complementario Especializado: Comprende la atención de contingencias no incluidas en el **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

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN	PLAN PREMIUM	PLAN CLASSIC
Límite máximo del beneficio anual por afiliado[1]: Afiliado Titular y Dependientes.	S/ 750,000	S/ 350,000
Límite ingreso: Afiliado Titular y dependientes.	Hasta los 55 años	
Límite de permanencia: Afiliado Titular y Dependientes.	Sin límite	
Suscripción del CONTRATO	Rige a partir del primer día del mes en curso habiendo cancelado el primer aporte.	
Periodo de carencia: Plazo mínimo de permanencia en el programa para tener derecho a las coberturas establecidas en éste. Se contabilizan en forma individual por cada **AFILIADO**, a partir de la fecha de inicio de vigencia.	90 días	
Periodo de espera:	• 12 meses para Intervenciones quirúrgicas programadas (incluyendo exámenes pre-operatorios). • 12 meses para Trasplante autólogo de médula ósea y Trasplante renal.	
Latencia: Es un derecho especial de cobertura por desempleo que la **IAFAS ESSALUD** y la **IAFAS EPS** le otorga al **ASEGURADO** regular y sus derechohabientes.	No aplica	

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

REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN

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

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

El **CONTRATANTE** deberá completar y suscribir la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** adjunta a la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**. En caso la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** se haya efectuado por algún medio virtual o no presencial, se deberá dejar igual constancia de la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** por la vía que la opción de **AFILIACIÓN** establezca.

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

En cualquier momento, la **IAFAS** podrá solicitar a los **AFILIADOS** que hayan consignado en la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** que no cumplen con la **CONDICIÓN DE FUMADOR**, la realización obligatoria de la prueba de nicotina y/o sus metabolitos que la **IAFAS** establezca, sin costo alguno en cualquiera de los establecimientos asignados por la **IAFAS**. Los resultados no deben tener una antigüedad mayor a cuarenta y ocho (48) horas posteriores a la solicitud por parte de la **IAFAS**.

En caso la prueba de nicotina y/o sus metabolitos resultase positiva dentro del rango específico que el tipo de prueba establezca o el **AFILIADO** no realizará la prueba oportunamente, la **IAFAS** procederá al cobro retroactivo de los aportes a partir de la última renovación bajo la **TARIFA DE RIESGO**, los cuales se detallan en el **Anexo 2**.

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

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

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

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

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

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

PERÍODO DE CARENCIA O ESPERA

Las siguientes prestaciones por concepto de tratamientos y/o cirugías sólo serán cubiertas, luego de superados el **PERIODOS DE CARENCIA** y **PERIODOS DE ESPERA** señalados a continuación.

TIPO DE PRESTACIÓN	PERIODO DE CARENCIA
Prestaciones del programa	90 días

TIPO DE PRESTACIÓN	PERIODO DE ESPERA
Emergencias Médicas y/o Accidentales	Sin periodo de espera
Prestaciones relacionadas a: Intervenciones quirúrgicas programadas (incluyendo exámenes preoperatorios).	12 meses
Trasplante renal (Una vez).	12 meses
Trasplante autólogo de médula ósea (Una vez).	12 meses

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 CARENCIA** 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

PRESTACIONES CUBIERTAS	PLAN CLASSIC	PLAN PREMIUM
Infarto agudo al miocardio	Sí incluye	Sí incluye
Patologías de válvulas cardiacas	Sí incluye	Sí incluye
Aneurisma, coartación disección y/o rotura de arteria aorta o iliaca	Sí incluye	Sí incluye
Accidente Cerebro Vascular (Infarto o Derrame Cerebral)	(No cubierto)	Sí incluye
Aneurismas y Malformaciones arteriovenosas cerebrales	(No cubierto)	Sí incluye
Neurocirugía de columna por trauma accidental	(No cubierto)	Sí incluye
Trasplante renal	Sí incluye	Sí incluye
Trasplante autólogo de médula ósea	Sí incluye	Sí incluye

ATENCIÓN DE EMERGENCIA	IPRESS	PLAN CLASSIC			PLAN PREMIUM		
		Deducible	Copago a cargo del afiliado	Cobertura	Deducible	Copago a cargo del afiliado	Cobertura
• Exámenes auxiliares de laboratorio clínico y patología • Exámenes de diagnóstico por imágenes • Procedimientos en emergencia (honorarios médicos, sala de procedimientos y enfermería) • Farmacia e insumos	Clínica Delgado Auna	S/ 0.00	20%	80%	S/ 0.00	0%	100%
	Clínica Auna Sede Miraflores						
	Clínica Auna Sede Vallesur						
	Clínica Auna Sede Chiclayo						

ATENCIÓN HOSPITALARIA	IPRESS	PLAN CLASSIC			PLAN PREMIUM		
		Deducible	Copago a cargo del afiliado	Cobertura	Deducible	Copago a cargo del afiliado	Cobertura
• Honorarios médicos por tratamiento y/o cirugías (médico principal, ayudantía, anestesista) • Sala de operaciones y sala de recuperación • Habitación estándar, Cuidados intermedios, UCI y UCIN • Otros servicios clínicos y procedimientos • Exámenes auxiliares de laboratorio clínico y patología • Exámenes de diagnóstico por imágenes • Farmacia hospitalaria, insumos y material médico	Clínica Delgado Auna	1 día de habitación (S/530)	20%	80%	1 día de habitación (S/530)	0%	100%
	Clínica Auna Sede Miraflores	1 día de habitación (S/270)	20%	80%	1 día de habitación (S/270)	0%	100%
	Clínica Auna Sede Vallesur	1 día de habitación (S/270)	20%	80%	1 día de habitación (S/270)	0%	100%
	Clínica Auna Sede Chiclayo	1 día de habitación (S/270)	20%	80%	1 día de habitación (S/270)	0%	100%

CONTINUIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA Post evento hospitalario,hasta 04 consultas	IPRESS	PLAN CLASSIC			PLAN PREMIUM		
		Deducible	Copago a cargo del afiliado	Cobertura	Deducible	Copago a cargo del afiliado	Cobertura
• Exámenes auxiliares de laboratorio clínico y patología • Exámenes de diagnóstico por imágenes • Farmacia hospitalaria, insumos y material médico •Procedimientos médicos	Clínica Delgado Auna	S/ 0.00	20%	80%	S/ 0.00	0%	100%
	Clínica Auna Sede Miraflores	S/ 0.00	20%	80%	S/ 0.00	0%	100%
	Clínica Auna Sede Vallesur	S/ 0.00	20%	80%	S/ 0.00	0%	100%
	Clínica Auna Sede Chiclayo	S/ 0.00	20%	80%	S/ 0.00	0%	100%

OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS

PRESTACIONES CUBIERTAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS	IPRESS	PLAN CLASSIC			PLAN PREMIUM		
		Deducible	Copago a cargo del afiliado	Cobertura	Deducible	Copago a cargo del afiliado	Cobertura
Prótesis internas quirúrgicamente necesarias Hasta un máximo de S/ 60,000 (incluye IGV) como beneficio máximo anual. Incluye stent, coils, mallas, placas y separadores, prótesis valvulares.	Clínica Delgado Auna Clínica Auna Sede Miraflores Clínica Auna Sede Vallesur Clínica Auna Sede Chiclayo	S/ 0.00	20%	80%	S/ 0.00	0%	100%
Transfusión sanguínea y hemoderivados, pruebas de tamizaje, banco de sangre, pruebas cruzadas y los insumos de unidades efectivamente transfundidas.		S/ 0.00	20%	80%	S/ 0.00	0%	100%
Nutrición parenteral total (NPT): Sólo durante la estancia hospitalaria hasta un máximo de tres semanas.		S/ 0.00	20%	80%	S/ 0.00	0%	100%
Albúmina humana Hasta un máximo de S/ 7,000 (incluye IGV) como beneficio máximo anual. Únicamente indicada por el médico intensivista.		S/ 0.00	20%	80%	S/ 0.00	0%	100%
Estudio de histocompatibilidad para trasplantes sólo del **AFILIADO** receptor. No incluye estudio de donantes ni la búsqueda de estos, ni prestaciones realizadas a donantes.		S/ 0.00	20%	80%	S/ 0.00	0%	100%
Radiocirugía. Sólo en RED AUNA.	Clínica Delgado Auna Clínica Auna Sede Chiclayo	S/ 0.00	20%	80%	S/ 0.00	0%	100%

BENEFICIOS ADICIONALES

BENEFICIOS ADICIONALES (Solo en RED AUNA)	EVENTOS CRÍTICOS 7 VIDAS 2023	
	Cobertura	Copago
Ambulancia Terrestre: Los traslados solo aplican para la referencia de Clínica Auna Sede Chiclayo, Vallesur, Miraflores a Clínica Auna Sede Delgado ante la necesidad de intervención inmediata luego de la estabilización del paciente.	100%	0%
Tarifas y descuentos preferenciales	El detalle de las tarifas y descuentos preferenciales de los servicios que incluye se encuentran publicados en nuestra página web: **https:/marketing.oncosalud.pe/documentos-interes**	

IMPORTANTE: *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 una nueva anualidad, no podrá ser requerido para coberturas en forma retroactiva, es decir, para cubrir prestaciones incurridas antes de la renovación.

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

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

No están cubiertos los gastos de traslado ni atenciones fuera de la red designada.

ANEXO 2

APORTES Y CONDICIONES DE AFILIACIÓN

De acuerdo a la Cláusula Décimo Segunda de las **CLÁUSULAS GENERALES**, el **CONTRATANTE** deberá pagar los siguientes **APORTES** de acuerdo a la modalidad de pago elegida. Los **APORTES** están expresados en moneda nacional e incluyen el impuesto general a las ventas (IGV).

PROGRAMA EVENTOS CRITICOS 7 VIDAS PLAN CLASSIC						
RANGO DE EDAD	PAGO ANUAL (Afiliación y renovación)		PAGO MENSUAL RECURRENTE (Afiliación y renovación)			
	Efectivo o Tarjeta de Crédito		Tarjeta de Crédito		Tarjeta de Débito o Cargo en Cuenta	
	Tarifa regular	Tarifa de riesgo	Tarifa regular	Tarifa de riesgo	Tarifa regular	Tarifa de riesgo
0-17 años	259.56	298.44	22.77	26.18	26.18	30.11
18-25 años	403.44	463.92	35.39	40.70	40.70	46.81
26-30 años	533.16	613.08	46.76	53.78	53.78	61.86
31-35 años	663.36	762.84	58.19	66.92	66.92	76.96
36-40 años	793.20	912.00	69.58	80.02	80.02	92.02
41-45 años	922.68	1,061.04	80.94	93.08	93.08	107.04
46-50 años	1,067.04	1,227.12	93.61	107.65	107.65	123.79
51-55 años	1,326.36	1,525.32	116.35	133.80	133.80	153.87
56 - 60 (*)	1,657.80	1,906.68	145.44	167.25	167.25	192.35
61 - 70 (*)	1,989.72	2,288.16	174.53	200.72	200.72	230.83
71 - 80 (*)	2,393.64	2,752.68	209.97	241.46	241.46	277.69
81 - 120 (*)	2,855.04	3,283.32	250.44	288.01	288.01	331.21

Sólo renovación.

PROGRAMA EVENTOS CRITICOS 7 VIDAS PLAN PREMIUM						
RANGO DE EDAD	PAGO ANUAL (Afiliación y renovación)		PAGO MENSUAL RECURRENTE (Afiliación y renovación)			
	Efectivo o Tarjeta de Crédito		Tarjeta de Crédito		Tarjeta de Débito o Cargo en Cuenta	
	Tarifa regular	Tarifa de riesgo	Tarifa regular	Tarifa de riesgo	Tarifa regular	Tarifa de riesgo
0-17 años	365.28	420.12	32.05	36.86	36.86	42.39
18-25 años	486.96	560.04	42.72	49.12	49.12	56.50
26-30 años	676.56	778.08	59.35	68.25	68.25	78.49
31-35 años	865.80	995.64	75.94	87.34	87.34	100.44
36-40 años	1,041.84	1,198.32	91.41	105.11	105.11	120.89
41-45 años	1,231.20	1,416.00	108.01	124.21	124.21	142.84
46-50 años	1,475.04	1,696.20	129.39	148.80	148.80	171.12
51-55 años	1,799.88	2,069.88	157.88	181.57	181.57	208.81
56 - 60 (*)	2,165.40	2,490.12	189.94	218.44	218.44	251.21
61 - 70 (*)	2,584.68	2,972.28	226.73	260.74	260.74	299.85
71 - 80 (*)	3,085.56	3,548.52	270.68	311.28	311.28	357.96
81 - 120 (*)	3,708.12	4,264.32	325.28	374.07	374.07	430.18

** Sólo renovación.*

INFORMACIÓN IMPORTANTE: La **TARIFA DE RIESGO** aplicará a aquellas personas propuestas para **AFILIACIÓN**, con **CONDICIÓN DE FUMADOR** y/o que hayan declarado como antecedentes condiciones de salud que agraven el riesgo de la cobertura objeto de este programa. En caso, el **CONTRATANTE**, haya registrado en la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** alguna respuesta afirmativa a cualquiera de las preguntas realizadas, aplicará automáticamente la **TARIFA DE RIESGO**, según el medio de pago y rango de edad correspondiente. Sin perjuicio de las consideraciones del proceso de suscripción contemplado en el **Anexo 1 - Requisitos de Suscripción**, la **IAFAS** evaluará la información declarada y en caso determine que el antecedente no constituye una condición que agrave el riesgo de la cobertura objeto de este programa, aplicará la Tarifa Regular, para lo cual, el aliado deberá actualizar su **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**.

MODIFICACIONES A LA AFILIACIÓN

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

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

Del mismo modo el **CONTRATANTE** puede solicitar la migración a un plan de menores características de cobertura en cualquier momento durante la vigencia, y a un plan de mayores características de cobertura solo 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**.

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.

En cualquier de los casos el **PERIODO DE CARENCIA** y los **PERIODOS DE ESPERA** se seguirán contabilizando desde el inicio de vigencia inicial del programa primigenio.

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

En caso el **CONTRATANTE** desee modificar la modalidad, medio de pago y/o **CONDICIÓN DE NO FUMADOR** a **CONDICIÓN DE FUMADOR** del(los) **AFILIADO**(s), deberá formular la solicitud escrita a la **IAFAS**. Asimismo, para efectos de este **CONTRATO**, no es factible modificar la **CONDICIÓN DE FUMADOR** a **NO FUMADOR**.

DE LA ACTUALIZACIÓN DE DATOS

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

DE LA DESAFILIACIÓN

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

1. Por la culminación del supuesto de hecho que le daba la condición de **AFILIADO**.

2. Por la extinción del **CONTRATO** de Prestaciones de Servicios de Salud por las causales de caducidad, no renovación, resolución, rescisión, o nulidad del **CONTRATO**.
3. Por incumplimiento de cuatro (4) cuotas impagas.

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

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

La **DESAFILIACIÓN** se hará efectiva en un plazo no mayor a veinte (20) días calendario, desde el momento en que la solicita, siempre y cuando, el proceso culmine de forma exitosa durante la llamada telefónica. No procederá ningún tipo de devolución por cuotas cobradas dentro de los primeros veinte (20) días posteriores a la solicitud de desafiliación. Pasado este tiempo, en caso corresponda alguna devolución de aportes, esta se efectivizará en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario posterior a la solicitud del **CONTRATANTE**.

EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL CONTRATANTE O AFILIADOS

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

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

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

RESPONSABILIDAD DE PAGOS

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

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

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

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

INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE LOS APORTES COMERCIALES Y REHABILITACIÓN

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

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

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

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

.

MÉTODO DE REAJUSTE DE APORTES

RANGOS DE SINIESTRALIDAD	COPAGO	COBERTURA HOSPITALARIA/ AMBULATORIA		VARIACIÓN DE APORTES
S < = 60%	NO	NO	NO	0 - 15%
60% < S < = 100%	Copago x 1.50	NO	NO	15% - 35%
100% < S < = 150%	Copago x 1.50	Cobertura -5%	Cobertura -5%	(S - 60%) * 1.1
S < = 150%	Copago x 1.50	Cobertura -10%	Cobertura -10%	(S - 60%) * 1.2

Condiciones:

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

SOBRE EL REAJUSTE DE APORTES Y/O COPAGOS

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

1. De manera expresa: mediante comunicación del **CONTRATANTE** que manifieste, por cualquier medio, su conformidad sobre el reajuste de los aportes y/o copagos.
2. De manera tácita: si el **CONTRATANTE** cumple con el pago de los aportes y/o copagos luego de la aplicación del reajuste comunicado previamente por la **IAFAS**.

ANEXO 3

EXCLUSIONES, GASTOS NO CUBIERTOS Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

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

1. Las prestaciones de salud no contempladas en las coberturas o el **PLAN DE SALUD** del presente **CONTRATO**.
2. Cualquier gasto relacionado a prestaciones incurridas antes de la culminación del **PERIODO DE CARENCIA** o **PERIODO DE ESPERA**.
3. Cualquier requerimiento de cobertura sobre prestaciones relacionadas a enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos y sus gastos derivados, definidas en el capítulo XVII del CIE 10 "Malformaciones Congénitas" que codifica las malformaciones congénitas. Publicado en la página web de la Organización Mundial de Salud (https://icd.who.int/browse10/2019/en). Siempre que no se ajusten a lo dispuesto en el Artículo 100 del reglamento de la Ley 29344 Ley Marco de aseguramiento universal en salud, en cuyo caso, su financiamiento está a cargo de la **IAFAS** que otorga cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (**PEAS**) al **AFILIADO**.
4. Toda prestación médica o sanitaria derivada de lesiones auto infligidas, intento de suicidio o autoeliminación, inclusive aquellas de naturaleza accidental resultantes del uso o adicción a las drogas, estupefacientes, por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares; en cuyo caso, el financiamiento de las prestaciones estará a cargo de la **IAFAS** que otorga cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (**PEAS**) al **AFILIADO**. Así como las lesiones que se produzcan en situación de embriaguez o bajo influencia de drogas registrados en la historia clínica y/o con el dosaje respectivo (caso del alcohol: nivel sérico > 0.5 g/dl). En caso el paciente se niegue a realizarse el examen de alcoholemia o toxicológico requerido, asume la integralidad del gasto prestacional generado automáticamente.
5. Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional atendido fuera de las **IPRESS** habilitadas para este programa y detalladas en el **Anexo 5**. Así como aquellos que no sean ordenados o prescritos por sus profesionales médicos. Alquiler de equipos o servicios no disponibles en la **IPRESS**, independientemente del diagnóstico y/o pertinencia médica. Cualquier prestación y/o procedimiento que no se realice en la infraestructura de las **IPRESS** designada por la **IAFAS**. Inclusive aquello no disponible y/o no comercializado a nivel nacional.
6. Cualquier requerimiento o prestación médica cuyo propósito sea el chequeo, detección y/o diagnóstico, salvo las prestaciones expresamente señaladas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**. Prestaciones y/o servicios ambulatorios de fase diagnóstica y otras previas a la realización del procedimiento quirúrgico ejemplo: angiografía coronaria, TEM cardiaca, ecocardiograma, prueba de esfuerzo, etc. para infarto cardiaco o enfermedad valvular cardiaca.
7. Todo procedimiento o terapia que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria. Así como, prestaciones y tratamientos profilácticos, psicológicos, psiquiátricos, psicoterapéuticos, curas de reposo, cualquier tipo de tratamiento kinésico, acupuntura, quiropráxia o de rehabilitación mental, prestaciones odontológicas nutricional. De la misma manera, las cirugías de neurotización, por ginecomastia estética, mastopexia y de simetrización u otras cirugías plásticas. Cremas, lociones faciales, sustancias exfoliativas, despigmentantes, jabones, shampúes, cremas neutras y bloqueadores solares. Todo tratamiento médico o quirúrgico de melasma, alopecia u otros trastornos dermatológicos estéticos, así como el retiro de tatuajes, piercing o similares.

Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional que involucre utilización de láser o fototerápia de cualquier tipo.

8. Equipos médicos durables tales como: termómetro, tensiómetro, equipos de oxigenoterapia, glucómetro (equipo y tiras), respiradores, pulsoximetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP o similares, audífonos e implantes cocleares, separadores interespinosos para columna vertebral y discos intervertebrales protésicos. No están cubiertas las prótesis externas, sillas de ruedas, anteojos, aparatos y equipos ortopédicos u ortésicos, corsés, zapatos y/o plantillas ortopédicas, equipos mecánicos o electrónicos y medias para varices.
9. Gastos relacionados a medicina no tradicional de cualquier tipo ni tratamientos homeopáticos, recetario magistral, iriología, reflexología y en general tratamientos médicos no tradicionales o experimentales, empíricos y también la medicina alternativa. Asimismo, no están cubiertos la acupuntura, quiropráxia, cuidados y tratamientos de rehabilitación en gimnasios.
10. Cualquier gasto relacionado a la búsqueda o estudio de donantes de células, tejidos u órganos.
11. Todo tipo de medicamentos, dispositivos médicos o insumos utilizados con fines preventivos o profilácticos.
12. Cualquier gasto relacionado a criopreservación, almacenamiento, conservación, mantenimiento, preparación y/o acondicionamiento, así como el traslado y/o transporte, de células, tejidos u órganos.
13. Cualquier requerimiento de reembolso y/o pagos por servicios médicos suministrados por terceros no autorizados expresamente por la **IAFAS**, por concepto de gastos ambulatorios, de hospitalización no quirúrgica, quirúrgica o gastos post operatorios de cualquier índole.
14. Todo tipo de requerimiento prestacional que no sea ordenado o prescrito por el o los profesionales médicos designados por la **IAFAS** y/o no hayan sido autorizadas por ésta, así como el tratamiento y/o manejo de las complicaciones, eventos adversos, efectos secundarios y otros que se puedan ocasionar o devenir de estos tratamientos e indicaciones médicas dadas y ejecutadas al margen de lo anteriormente establecido.
15. Todo tipo de prestaciones diagnósticas o terapéuticas, equipos, insumos, suministros o fármacos y otras nuevas tecnologías que no hayan sido aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (Food and Drug Administration - FDA) para el diagnóstico solicitado, los cuales deben contar además con beneficio clínico y de significancia estadística demostrados a través de la evaluación sustentada en Medicina Basada en la Evidencia. Se consideran para beneficio de cobertura únicamente los niveles de evidencia 1++, 1+ ò 2++ y por ende los grados de recomendación A o B según los parámetros del SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network). Para más información puede consultar a: www.sign.ac.uk. Así como aquellos que no hayan concluido exitosamente el **ENSAYO CLÍNICO DE FASE III** o que no se encuentren debidamente aprobados por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), de la Administración de Alimentos y Drogas (Food and Drug Administration - FDA) y de la Agencia Europea de Medicamentos (European Medicines Agency - EMA) o que no se recomienden en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** disponible en la página web **https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes** de la **RED AUNA**. De igual manera, aquellos que no se comercialicen o no se encuentren disponibles en el territorio nacional.
16. Fármacos como ansiolíticos, antipsicóticos, antidepresivos, vacunas, vitaminas, minerales, suplementos alimenticios, suplementos nutricionales, productos naturales (hierbas y sus derivados, levaduras, probióticos, uso medicinal de cannabis), homeopáticos, alternativos o productos no medicinales, estimulantes del apetito, anabólicos, antioxidantes, productos geriátricos y reconstituyentes, neurotónicos y nootrópicos, productos dermatológicos (protectores solares, cremas hidratantes, lociones dérmicas, etc.) así como cualquier otro producto o medicamento no relacionado a las prestaciones de salud objeto de la cobertura del programa.

17. Modificadores de la respuesta biológica y similares de cualquier tipo, sean de naturaleza biológica, semisintética o sintética; tales como interferones, interleukinas, factor estimulante de colonias y anticuerpos monoclonales. Así como inhibidores de tirosinkinasa, antiangiogénicos, inhibidores del proteosoma u otros similares.
18. Alimentos o sustitutos alimenticios, aunque sea con fines terapéuticos
19. Suministro de cualquier tipo de medio de transporte y servicio de ambulancia. Salvo las expresamente señaladas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
20. Cuidados de enfermería, vigilancia y/o acompañamiento del paciente a cargo de enfermeras, técnicas o auxiliares de enfermería, u otro personal a dedicación exclusiva durante la estancia hospitalaria y/o en domicilio. Asimismo, queda excluida cualquier tipo de asistencia o prestación a acompañantes del paciente.
21. Pruebas de laboratorio, exámenes o estudios moleculares con fines de estudio genético y/o de mutaciones o similares de cualquier tipo, incluyendo biopsias líquidas y/o perfiles o secuenciamientos moleculares y/o genéticos. Asimismo, cualquier tipo de prestación relacionada a este tipo de estudios incluyendo las consultas u orientaciones genéticas.
22. Estudios de diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y procedimientos relacionados con problemas de disfunciones sexuales, esterilidad, fertilidad, infertilidad, esterilización y planificación familiar, incluyendo aborto terapéutico y/o complicaciones de la gestación.
23. Prestaciones relacionadas con la Infección por virus de inmunodeficiencia humana - VIH, Síndrome Inmunológico Deficiencia Adquirida (SIDA) y el Síndrome Complejo Relativo al SIDA (SCRS), sus consecuencias y complicaciones
24. Todo tipo de servicios de bazar y confort personal durante la hospitalización, como radios, televisores, teléfonos, consumos de frigobar, artículos personales o de higiene, pañales, medias antiembólicas, toallas higiénicas, máquinas de afeitar, guantes descartables no estériles, mantas térmicas de cualquier tipo, papel higiénico, batas, ropa de cama, hisopos, colchón antiescaras.
25. Cualquier solicitud de cobertura y/o reintegro de gastos médicos, 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 por el programa, inclusive en el extranjero. No se reconocerán honorarios y/o tarifas por encima de lo pactado con los proveedores de salud, inclusive, sobrecostos de medicamentos, insumos, material médico o procedimientos diagnósticos o terapéuticos por encima de lo establecido entre la **IAFAS** y las **IPRESS**.
26. Cualquier prestación o gastos relacionados a segunda opinión nacional o internacional, inclusive si fuera realizada en la **IPRESS** designada por la **IAFAS**.
27. Gastos relacionados a sepelio, velatorio y afines. Así como prestaciones económicas o reembolsos de cualquier índole.

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

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

ANEXO 4

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

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

a. Requerir su atención, en las **IPRESS** de la **RED DE ATENCION** detalladas en el **Anexo 5**, identificándose como **AFILIADO** del programa con su Documento Nacional de Identidad (DNI) o Carné de Extranjería, según sea el caso (este documento será requerido por las **IPRESS** para efectivizar la atención al **AFILIADO**).

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

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

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

ANEXO 5

RED DE ATENCIÓN

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

Red Auna

Lima

Clínica Delgado Auna[2] [3]
(RS 00019049)
Avenida Angamos Oeste N°450-490

Centros de Bienestar Auna[1]
(RS 00031032)
Calle Independencia N° 1055

Piura

Clínica Auna Sede Miraflores[1]
(RS 00013494)
Calle Las Dalias A12 Castilla

Arequipa

Clínica Auna Sede Vallesur[1]
(RS 00016744)
Avenida La Salle N°116 Y N° 108

Chiclayo

Clínica Auna Sede Chiclayo[3]
(RS 00030057)
Avenida Mariscal Nieta N°480

Centro Médico Auna Servimédicos[1]
(RS 00008229)
Calle Manuel María Izaga 621

(1): Sedes habilitadas para efectuar el beneficio de Chequeo Médico Anual.
(2): Sede acreditada para el otorgamiento del beneficio de trasplantes.
(3): Sedes acreditadas para el otorgamiento del beneficio de radiocirugia.

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/oncosalud/libro-de-reclamaciones/**

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

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

Esquema resumen del procedimiento de atención de reclamos

1

PASO 1

AFILIADO REGISTRA SU RECLAMO

Libro de reclamaciones

¿Cómo acceder al libro de reclamaciones electrónico y físico?

- **Libro de Reclamaciones en salud Físico:** En nuestra Plataforma de Atención al Afiliado, ubicada en Av. Guardia Civil 571 – San Borja, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 6:00 p.m.
- **Libro de Reclamaciones en salud Virtual:** Disponible en la página web https:/auna.org/pe/oncosalud/libro-de-reclamaciones/

2

PASO 2

EXPERIENCIA DEL AFILIADO RECIBE EL RECLAMO..

De acuerdo al canal y al horario de atención establecido en el **PASO 1**.

3

PASO 3

EXPERIENCIA DEL AFILIADO REALIZA EL ANÁLISIS CORRESPONDIENTE

4

PASO 4

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

5

PASO 5

EXPERIENCIA DEL AFILIADO BRINDARÁ RESPUESTA FINAL AL RECLAMO DE ACUERDO AL TIEMPO ESTABLECIDO POR LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA COMPETENTE.

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

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

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

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

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

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

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

3 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.

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

5 Plataforma de Atención al Afiliado, ubicada en Av. Guardia Civil 571 – San Borja, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 6:00 p.m.

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

CONTRATO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS ESPECIALIZADAS DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMA DE SALUD PREPAGADO – EVENTOS CRÍTICOS 7 VIDAS

ADENDA N°01 -2023

PRIMERO: OBJETO DE LA ADENDA

Mediante la presente adenda, se amplía la **RED DE ATENCIÓN** del programa **EVENTOS CRÍTICOS – 7 VIDAS** detallada en el **Anexo 5**, iniciando su vigencia desde el **01 de diciembre del 2023**.

SEGUNDO: MODIFICACIONES A LAS CONDICIONES PARTICULARES

De acuerdo a lo indicado en el **OBJETO DE LA ADENDA**, se modifica el **Anexo 1** – **PLAN DE SALUD** en la sección de **PRESTACIONES A SER OTORGADAS** en las tablas de Prestaciones Generales y Prestaciones Complementarias. Asimismo, se modifica el **Anexo 5** – **RED DE ATENCIÓN**, según el detalle descrito a continuación:

1. ANEXO 5 – RED DE ATENCIÓN

Se adiciona:

(...)

IPRESS	NIVEL DE ATENCIÓN	RENIPRESS	DPTO.	PROVINCIA	DISTRITO	DIRECCIÓN
Clínica Auna Guardia Civil	II-E	00027320	Lima	Lima	San Isidro	Av. Guardia Civil 368

(...)

2. PRESTACIONES GENERALES

Se adiciona:

ATENCIÓN DE EMERGENCIA	IPRESS	PLAN CLASSIC			PLAN PREMIUM		
		Deducible	Copago	Cobertura	Deducible	Copago	Cobertura
• Exámenes auxiliares de laboratorio clínico y patología • Exámenes de diagnóstico por imágenes • Procedimientos en emergencia (honorarios médicos, sala de procedimientos y enfermería) • Farmacia e insumos	(...) Clínica Auna Guardia Civil (...)	S/ 0.00	20%	80%	S/ 0.00	0%	100%

ATENCIÓN HOSPITALARIA	IPRESS	PLAN CLASSIC			PLAN PREMIUM		
		Deducible	Copago	Cobertura	Deducible	Copago	Cobertura
• Honorarios médicos por tratamiento y/o cirugías (médico principal, ayudantía, anestesista) • Sala de operaciones y sala de recuperación • Habitación estándar, Cuidados intermedios, UCI y UCIN • Otros servicios clínicos y procedimientos • Exámenes auxiliares de laboratorio clínico y patología • Exámenes de diagnóstico por imágenes • Farmacia hospitalaria, insumos y material médico	(...) Clínica Auna Guardia Civil (...)	1 día de habitación (S/400)	20%	80%	1 día de habitación (S/400)	0%	100%

CONTINUIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA (Post evento hospitalario, hasta 04 consultas)	IPRESS	PLAN CLASSIC			PLAN PREMIUM		
		Deducible	Copago	Cobertura	Deducible	Copago	Cobertura
• Exámenes auxiliares de laboratorio clínico y patología • Exámenes de diagnóstico por imágenes • Farmacia, insumos y material médico • Procedimientos médicos	(...) Clínica Auna Guardia Civil (...)	S/ 0.00	20%	80%	S/ 0.00	0%	100%

3. PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS

Se adiciona:

PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS	IPRESS	PLAN CLASSIC			PLAN PREMIUM		
		Deducible	Copago	Cobertura	Deducible	Copago	Cobertura
Prótesis internas quirúrgicamente necesarias Hasta un máximo de S/ 60,000 (incluye IGV) como beneficio máximo anual. Incluye stent, coils, mallas, placas y separadores, prótesis valvulares.	(...) Clínica Auna Guardia Civil (...)	S/ 0.00	20%	80%	S/ 0.00	0%	100%
Transfusión sanguínea y hemoderivados, pruebas de tamizaje, banco de sangre, pruebas cruzadas y los insumos de unidades efectivamente transfundidas.		S/ 0.00	20%	80%	S/ 0.00	0%	100%
Nutrición parenteral total (NPT): Sólo durante la estancia hospitalaria hasta un máximo de tres semanas.		S/ 0.00	20%	80%	S/ 0.00	0%	100%
Albúmina humana Hasta un máximo de S/ 7,000 (incluye IGV) como beneficio máximo anual. Únicamente indicada por el médico intensivista.		S/ 0.00	20%	80%	S/ 0.00	0%	100%

4. PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS

Se modifica:

BENEFICIOS ADICIONALES (Solo en **RED AUNA**)	EVENTOS CRÍTICOS 7 VIDAS 2023	
	Cobertura	Copago
Ambulancia Terrestre: Los traslados solo aplican para la referencia de Clínicas Auna Chiclayo, Vallesur, Miraflores y Guardia Civil a Clínica Delgado Auna ante la necesidad de intervención inmediata luego de la estabilización del paciente.	100%	0%

(...)

TERCERO: INVARIABILIDAD DEL CONTRATO

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

Código OS.SP.P.02.88
Revisión: 04

Guillermo Michell
Lecaros Gutiérrez
Apoderado Especial