

RESUMEN

El condicionado de ONCOSALUD consta de tres secciones: Cláusulas generales, Cláusulas particulares y anexos.

CLÁUSULAS GENERALES

La primera sección contiene las veintitrés cláusulas del contrato. Entre estas cláusulas se encuentra el objeto, contenido del contrato, algunas definiciones de guía para el afiliado, inicio del otorgamiento de la cobertura y consentimiento de tratamiento de datos personales.

CLÁUSULAS PARTICULARES

1. Relación de prestaciones cubiertas por el programa oncológico

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

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

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

3. Pertinencia de las prestaciones oncológicas

ANEXOS

ANEXO 1: Plan de salud

ANEXO 2: Aportes y formas de pago

ANEXO 3: Exclusiones, gastos no cubiertos y limitaciones a las coberturas contratadas

ANEXO 4: Activación del programa oncológico

ANEXO 5: Red de atención

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

CONTRATO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS DE SERVICIOS DE SALUD PROGRAMA ONCOLÓGICO PREPAGADO

CLÁUSULAS GENERALES

Conste por el presente documento, que celebran de una parte **ONCOSALUD S.A.C.**, con R.U.C. N° 20101039910, domicilio legal en Av. República de Panamá N° 3461, Piso 14, Distrito de San Isidro, Provincia y Departamento de Lima, y RIAFAS N° 20006, quien se encuentra debidamente representado por su Apoderado Especial, Señor Guillermo Michell Lecaros Gutiérrez, identificado con DNI N° 10308857, según poderes inscritos en la partida electrónica N° 00558907 del Registro de Personas Jurídicas de Lima, a quien en adelante se le denominará la **IAFAS**, y de la otra parte el **CONTRATANTE** quien consigna sus generales de ley en la solicitud de afiliación, que forma parte integrante de este **CONTRATO**, quien actúa en representación de los asegurados a quien en adelante se denominarán el **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS**, en los términos y condiciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA: OBJETO

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

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

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

CLÁUSULA SEGUNDA: CONTENIDO

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

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

5. **RELACIÓN DE LOS AFILIADOS / ASEGURADOS:** Documento que contiene la relación detallada de los **AFILIADOS / ASEGURADOS** al presente **CONTRATO**, el cual puede incrementarse o reducirse, según se cumplan las condiciones establecidas en este documento y en las normas que lo regulan.

CLÁUSULA TERCERA: DEFINICIONES

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

1. **AFILIACIÓN:** Adscripción de un asegurado a un Plan de Aseguramiento en Salud y a una **IAFAS**.
2. **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.
3. **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.
4. **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.
5. **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.
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. **BENEFICIOS:** Derechos del (los) **AFILIADO(S)** según las condiciones establecidas en el plan o programa de salud contratado.

9. **BENEFICIARIO:** Persona designada por el **CONTRATANTE**, y/o **AFILIADO** o asegurado en el **CONTRATO**, como titular de los derechos de acceso a las prestaciones de salud especificados en el plan, programa o producto de aseguramiento en salud.
10. **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, 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.
11. **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**.
12. **CONTRATO:** Documento que contiene las condiciones que suscriben la **IAFAS** con el **AFILIADO** o **CONTRATANTE**, para regular los derechos y las obligaciones de las partes, con relación a los beneficios ofrecidos en el plan o programa de salud.
13. **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.
14. **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 suscribirla solicitud de afiliación. Se considera bajo la **CONDICIÓN DE FUMADOR** a la siguiente clasificación:
- (i) Fumador activo. - Persona que en la actualidad fuma y/o consume producto(s) con nicotina de forma esporádica, ocasional o frecuente.
 - (ii) 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 oncológico.
 - (iii) 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 oncológico.
 - (iv) 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 oncológico.

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

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

16. **COPAGO:** 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**.
17. **DESAFILIACIÓN:** Acto por el cual una persona deja de tener la condición de **AFILIADO** respecto de una **IAFAS** determinada, por la culminación del supuesto de hecho que le daba la condición como tal o por extinción del **CONTRATO** por las causales de caducidad, no renovación, resolución, recisión o nulidad del mismo. La **DESAFILIACIÓN** también puede darse por solicitud expresa del **AFILIADO**.
18. **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.
19. **DÍAS:** Días calendario.
20. **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.
21. **EMERGENCIA:** 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.
22. **ESTADO TERMINAL:** Paciente en progresión de enfermedad importante y no tributario de tratamiento oncológico curativo o con capacidad para retrasar la evolución y/o en no condiciones clínicas de recibir tratamiento activo y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses).
23. **EXCLUSIONES:** Son aquellas prestaciones de salud no cubiertas por el plan o programa de salud. En el marco de lo establecido en la Segunda Disposición Complementaria Modificatoria y Tercera Disposición Complementaria Modificatoria de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, que modifica el artículo 3 de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, los daños derivados del intento de autoeliminación o lesiones autoinfligidas por problemas de salud mental, derivados de un diagnóstico de salud mental no se excluyen.
24. **EXAMEN ANTÍGENO PROSTÁTICO:** Examen de laboratorio que mide la concentración en sangre de una proteína producida exclusivamente por las células de la glándula prostática. Puede encontrarse valores elevados tanto en condiciones malignas como no malignas, por lo que puede ser usado para la detección y seguimiento de estas condiciones.
25. **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.

26. **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.
27. **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.
28. **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.
29. **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, por la cual tienen derecho a las prestaciones de prevención, promoción y atención de la salud durante un período de latencia de hasta doce (12) meses, siempre que cuenten con un mínimo de cinco (05) meses de aportación consecutivos o no consecutivos, en los últimos tres (03) años precedentes al cese, acogándose a dos (02) meses de período de latencia por cada cinco (05) meses de aportación. El período de latencia para los casos de suspensión perfecta de labores resulta de aplicación a partir de la fecha de pérdida del derecho de cobertura. Se activa cuando el asegurado dependiente o regular se encuentra en situación de desempleo o en situación de suspensión perfecta de labores.
30. **NICOTINA:** Es un alcaloide, estimulante, psicoactivo y adictivo, presente en las hojas de tabaco y en los productos que contienen nicotina.
31. **NIVEL DE EVIDENCIA:** Se adopta la categorización de la "National Comprehensive Cancer Network" (**NCCN**) sobre lo apropiado de una recomendación en base al **NIVEL DE EVIDENCIA** y el consenso de cada uno de sus miembros, refiriéndose de acuerdo a las siguientes categorías:
- (i) Categoría I-A: Aquella con alto nivel de evidencia y con consenso uniforme que la intervención es adecuada.
 - (ii) Categoría II-A: Aquella con menor nivel de evidencia, pero con consenso uniforme que la intervención es adecuada.
 - (iii) Categoría II-B: Aquella con nivel inferior de evidencia sin un consenso uniforme, pero sin grandes desacuerdos.
 - (iv) Categoría III: Aquella con cualquier nivel de evidencia y con grandes desacuerdos.
32. **NOTA TÉCNICA:** Documento que describe la metodología y las bases técnicas aplicadas para el cálculo actuarial de la prima pura de riesgo o aporte y la prima comercial, así como la justificación de sus gastos de gestión, administración y sistemas de cálculo de sus provisiones o reservas técnicas.
33. **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 (03) 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 (03) 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.

Para el caso de maternidad, resulta suficiente que la asegurada haya estado afiliada al momento de la concepción.

34. **PERÍODO DE ESPERA:** Es el tiempo durante el cual el **AFILIADO** regular en actividad y/o sus derechohabientes no pueden acceder a algunas atenciones relacionadas a determinados diagnósticos previstos en la lista de contingencias de **ESSALUD**. El concepto de período de espera puede ser aplicado por otras **IAFAS**. En ningún caso, el período de espera es mayor al año contractual.
35. **PREEXISTENCIA:** Es cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**. No puede ser considerada como preexistente un diagnóstico contemplado en el **PEAS**.
36. **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.
37. **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.
38. **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.
39. **PRIMA O APORTE COMERCIAL:** Es la prima o aporte que aplica la **IAFAS** al riesgo de salud para determinar su cobertura. Está formada por la prima o aporte puro de riesgo más los gastos de administración, afiliación, liquidación, entre otros, y el beneficio comercial de la **IAFAS**.
40. **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**.
41. **REGISTRO DE MODELOS DE CONTRATOS Y PLANES DE SALUD:** Es el registro administrativo a cargo de **SUSALUD**, que sistematiza la información de los modelos de contratos y planes de salud que comercializan la **IAFAS** y que cuentan con su respectivo código de registro.
42. **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.

43. **SALUD:** Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
44. **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**.
45. **TERAPIA ADYUVANTE:** Terapia adicional administrada luego del tratamiento primario (generalmente quirúrgico) para reducir el riesgo de recurrencia del tumor maligno. El tratamiento adyuvante puede incluir, pero no solo limitarse a, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, terapia blanco o terapia biológica.
46. **TERAPIA NEO ADYUVANTE** (o terapia de inducción): Tratamiento administrado de manera inicial con la finalidad de reducir el tamaño tumoral antes del manejo quirúrgico. Este tratamiento puede incluir, pero no necesariamente limitarse a, quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia.
47. **TELECONSULTA:** Es la consulta a distancia que se realiza entre un profesional de la salud, en el marco de sus competencias, y una persona usuaria mediante el uso de las tecnologías de información y comunicaciones, con fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según sea el caso, cumpliendo con las restricciones reguladas a la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el Ministerio de Salud.
48. **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 de recuperación de la salud y las prestaciones preventivas y promocionales que se detallan en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** que forman parte integrante del 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**.

CLÁUSULA QUINTA: PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD

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

CLÁUSULA SEXTA: PRESTACIONES DE SALUD PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES

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

- a) **Prevención Primaria:** Consiste en brindar las medidas que protejan e incrementen la resistencia del individuo contra los agentes patógenos y mecanismos específicos en la etapa previa a la presentación de cualquier enfermedad (evaluación y control de riesgos e inmunizaciones).
En los casos de demanda de medicación o exámenes auxiliares derivados de una atención preventiva, es considerada como una atención ambulatoria, sujeta a las condiciones previstas en el **PLAN DE SALUD**.
- b) **Promoción de la Salud:** Son las actividades que buscan mejorar el nivel de vida del individuo, la familia y la comunidad, relacionada con las políticas de desarrollo social y con participación activa de la comunidad (educación para la salud).
- c) **Otros servicios.**

CLÁUSULA SÉPTIMA: EXCLUSIONES Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

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

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

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

CLÁUSULA NOVENA: INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA

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

CLÁUSULA DÉCIMA: LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

El otorgamiento de las prestaciones preventivo-promocionales de ser el caso, y de recuperación de la salud cubiertas por el presente **CONTRATO**, se otorgan en la red de establecimientos indicados en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**, en el cual consta la dirección de los establecimientos y su número de registro ante **SUSALUD**.

La **IAFAS** informa por escrito o vía correo electrónico u otro medio electrónico a el **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS**, dentro de un plazo no mayor a dos (02) días hábiles, cualquier interrupción o cese del servicio que brinde alguno de los establecimientos de salud mencionados en el Plan de Aseguramiento en Salud

complementario, debiendo comunicar tal hecho a **SUSALUD** con el correspondiente sustento técnico. Para tal efecto, se entiende cumplida dicha obligación mediante comunicación de fecha cierta dirigida a el **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS**.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: REFERENCIAS

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA: APORTES E INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE APORTES

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA: COPAGOS

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

CLÁUSULA DECIMO CUARTA: REAJUSTE DE APORTES Y/O COPAGOS

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

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

Previamente a la aplicación del reajuste de los aportes y copagos, la **IAFAS** debe cursar al **AFILIADO / ASEGURADO** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS**, con una anticipación no menor a quince (15) días útiles previos al vencimiento del plazo pactado para la vigencia de los aportes y copagos, una comunicación escrita, con conocimiento del **AFILIADOS / ASEGURADOS**, manifestando la intención de reajustar tales montos.

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

Si los **AFILIADOS / ASEGURADOS** están de acuerdo con la modificación, la **ENTIDAD EMPLEADORA** o los **AFILIADOS / ASEGURADOS** deben comunicar tal decisión a la **IAFAS** o **IAFAS EPS** según corresponda, dentro del plazo de treinta (30) días calendario contados desde que recibió la comunicación. La modificación aceptada de los aportes y/o copagos deben constar en una adenda.

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

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

En el caso de la **IAFAS EPS**, la evaluación de la siniestralidad se realiza sumando el gasto de prestaciones de salud de los asegurados regulares (o dependientes) y sus derechohabientes, más el gasto de prestaciones de salud de los asegurados potestativos (o independientes) y sus derechohabientes, considerándolos como una sola cartera, siendo de aplicación para los planes **PEAS**. De forma similar se calcula la siniestralidad de los planes complementarios sumando la cartera de afiliados regulares más afiliados potestativos, considerándolos como una sola cartera.

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

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA: INFORMACIÓN

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA: EXÁMENES MÉDICOS Y DECLARACIONES DE SALUD

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

En ningún caso, los **AFILIADOS / ASEGURADOS** pagan el costo del citado examen médico, debiendo definirse en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** la persona que asume el costo de dicho procedimiento.

La **IAFAS** se obliga a mantener la confidencialidad de los resultados de tales exámenes médicos o declaraciones juradas de salud, de conformidad con la normativa vigente.

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA: PLAZO CONTRACTUAL

Las partes acuerdan que la cobertura contenida en el presente **CONTRATO** rige a partir del día siguiente de su suscripción. El presente **CONTRATO** tiene una vigencia de un (1) año y a su vencimiento queda automáticamente renovado por igual plazo, salvo que alguna de las partes manifieste, mediante aviso remitido vía correo electrónico u otro medio, cursado a la otra parte con noventa (90) días de anticipación, su voluntad de no renovarlo, o de modificar los términos contractuales. En este último caso, debe remitir la propuesta de detalle de la modificación con el sustento correspondiente, a fin que los afiliados tomen conocimiento y puedan analizar la propuesta.

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA: DOMICILIO

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

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Todas las desavenencias, conflictos o controversias que pudieran surgir entre la **ENTIDAD EMPLEADORA** y la **IAFAS - EPS**, así como las que se susciten entre la **IAFAS - EPS** y los **ASEGURADOS**, derivadas del presente **CONTRATO**, incluidas las de su nulidad o invalidez, pueden ser sometidas de común acuerdo a la competencia del centro de conciliación o arbitraje del Servicio de Conciliación y Arbitraje en Salud que consideren pertinente, ya sea en el propio **CONTRATO** o una vez suscitada la controversia, en el marco de la normativa vigente. El Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud (**CECONAR**), pone a disposición de las partes el listado de Centros registrados y especializados en materia de salud.

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA: RESOLUCIÓN DE CONTRATO

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA. MODALIDAD DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA: 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 TERCERA: CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

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

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

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

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

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

1. Oficinas de la **IAFAS** ubicadas en Av. Guardia Civil 571 - San Borja
2. Dirección de correo electrónico derechosarco@auna.pe.
3. Página web institucional www.oncosalud.pe/solicitudes-arco.

CONTRATO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS DE SERVICIOS DE SALUD PROGRAMA ONCOLÓGICO PREPAGADO

CLÁSULAS PARTICULARES

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

1. RELACIÓN DE PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO

1.1. PRESTACIONES AMBULATORIAS

- a) **Honorarios médicos** por consulta o teleconsulta y/o procedimientos quirúrgicos ambulatorios.
- b) **Medicamentos oncológicos** para quimioterapia y/o terapia modificadora de la respuesta biológica o blanco dirigida y otros específicos contra el desarrollo del cáncer y limitado al “Listado de Medicamentos para el tratamiento del cáncer”.
- c) **Medicamentos no oncológicos**, materiales e insumos incluyendo: catéteres permanentes, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos, relacionados con el tratamiento de la enfermedad oncológica.
- d) **Exámenes de laboratorio** relacionados al control y seguimiento del tratamiento de la patología oncológica.
- e) **Exámenes histopatológicos postquirúrgicos**, incluyendo exámenes de inmunohistoquímica para clasificación o tipificación.
- f) **Estudios de imágenes**, tales como ecografías, rayos X, tomografía computarizada y resonancia magnética.
- g) **Estudios de medicina nuclear**, tales como: gammagrafía ósea, detección de ganglio centinela, tomografía por emisión de positrones (PET-CT).
- h) **Procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos de quimioterapia y radioterapia**, incluyendo salas de quimioterapia, operaciones y de recuperación

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

- a) **Personal técnico** de enfermería para brindar soporte y confort al paciente terminal según condición clínica y valoración médica.
- b) **Médico paliativista** para la evaluación y prescripción del tratamiento paliativo y terapia del dolor, originado por el avance de la enfermedad oncológica.
- c) **Enfermera** para la administración del tratamiento paliativo parenteral exclusivamente prescrito por el médico paliativista asignado de la **RED DE AUNA** autorizado por la **IAFAS**, y educación del paciente y su cuidador principal.
- d) **Personal de salud** para dar continuidad o complementar el tratamiento intrahospitalario, médico o quirúrgico, en el domicilio de pacientes oncológicos admitidos al programa y que cumplan con los criterios de derivación definidos por la **RED AUNA** y autorizados por la **IAFAS**.

- e) **Cama clínica mecánica** y soporte para infusiones u otros equipos como parte del confort al paciente terminal en condición de postración; los cuales deberán ser devueltos al término del servicio.
- f) **Medicamentos relacionados al tratamiento paliativo** y terapia del dolor por la enfermedad oncológica, incluyendo materiales e insumos para su administración, tales como catéteres permanentes, líneas y bombas de infusión, oxígeno.

1.3. PRESTACIONES HOSPITALARIAS

- a) **Honorarios médicos por intervención quirúrgica**, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia.
- b) **Hotelería**: Aplica para habitación individual o bipersonal estándar, según disponibilidad.
- c) **Medicamentos oncológicos** para quimioterapia y/o terapia modificadora de la respuesta biológica o blanco dirigida y otros específicos contra el desarrollo del cáncer y limitado al “Listado de Medicamentos para el tratamiento del cáncer”.
- d) **Medicamentos no oncológicos** (dispositivos médicos para el tratamiento oncológico), materiales e insumos, incluyendo: catéteres permanentes, líneas de infusión, mallas marlex, grapas, oxígeno y anestésicos, relacionados con el tratamiento de la enfermedad oncológica.
- e) **Exámenes de laboratorio** relacionados al control y seguimiento del tratamiento de la patología oncológica.
- f) **Exámenes histopatológicos postquirúrgicos**, incluyendo exámenes de inmunohistoquímica para clasificación o tipificación.
- g) **Estudios de imágenes**, tales como ecografías, rayos X, tomografía computarizada y resonancia magnética.
- h) **Estudios de medicina nuclear**, tales como: gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela, tomografía por emisión de positrones (PET-scan).
- i) **Procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos**, quimioterapia y radioterapia, incluyendo salas de quimioterapia, operaciones y de recuperación.
- j) **Nutrición Parenteral Total**, para pacientes con complicaciones entéricas por radioterapia y/o quimioterapia, o sometidos a cirugía oncológica de cabeza y cuello, esófago y/o fístulas que impidan la alimentación enteral del paciente.

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

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

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

2.1. PRESTACIONES GENERALES

Honorarios profesionales: Remuneración o contraprestación al personal de salud relacionado a los servicios médicos brindados a los pacientes del programa oncológico, sean ambulatorios y hospitalarios, clínicos o quirúrgicos, siempre que sean brindados exclusivamente por los profesionales asignados por la **RED AUNA** y autorizados por la **IAFAS**.

Quimioterapia: Tratamiento farmacológico cuyo objetivo es detener el crecimiento o multiplicación de las células cancerosas. Puede administrarse en forma ambulatoria u hospitalaria de acuerdo al esquema de quimioterapia establecido por el profesional asignado por la **RED AUNA** y autorizado por la **IAFAS**. Se cubre los medicamentos quimioterápicos convencionales inclusive las vitaminas que formen parte del esquema de quimioterapia, los insumos necesarios para su administración (incluyendo catéteres y bombas de infusión), así como los servicios ambulatorios u hospitalarios.

Terapia modificadora de respuesta biológica o blanco dirigida: Llamados también como terapia biológica, terapia blanco dirigida o molecularmente dirigida o bioterapia. Incluye agentes de origen biológico, semi sintéticos o sintéticos, tales como: anticuerpos monoclonales, factores estimulantes de colonias, inhibidores de enzimas de kinasas y proteosomas, inmunoterapia, antiangiogénicos, inmunomoduladores, entre otras moléculas creadas o por crearse. Tales como y sin limitarse a:

- **Anticuerpos monoclonales:** Anticuerpo homogéneos utilizados para bloquear las células tumorales o sus funciones internas con la intención de destruirlas de manera selectiva.
- **Inhibidores de enzimas kinasas y proteosomas:** Moléculas que bloquean el funcionamiento de un conjunto de enzimas del tipo kinasa o proteosomas u otras, implicadas en activar la multiplicación celular la cual está alterada en muchos tipos de tumores.
- **Inmunoterapia (BCG):** El bacilo de Calmette-Guérin (BCG) es una forma inactiva de la bacteria de la tuberculosis, que estimula el sistema inmunitario para atacar indirectamente a las células de cáncer de vejiga.
- **Citocinas (Interferones e Interleucinas):** Proteínas de señalización celular producidas por los glóbulos blancos de la sangre que intervienen y regulan las reacciones inmunitarias, inflamación y la formación de algunos tipos de células, inhibiendo el crecimiento de células cancerosas o promoviendo su muerte o destrucción.
- **Factor estimulante de colonias de células blancas (Filgrastim):** Moléculas que estimulan a las células de la médula ósea para que produzcan más células sanguíneas del sistema de defensa.
- **Inmunomoduladores:** Sustancias que modulan el sistema inmunitario, potenciando la inmunidad celular e inhibiendo la producción de citocinas proinflamatorias y/o inhibiendo la formación de nuevos microvasos sanguíneos, logrando un efecto antineoplásico.

Asimismo, se cubren los insumos necesarios para su administración, incluyendo catéteres y bombas de infusión, así como los servicios ambulatorios u hospitalarios. Coberturas y copagos detallados en el **PLAN DE SALUD** según programa contratado.

Radioterapia: Uso de radiación de alta energía proveniente de los rayos X u otras fuentes; cuyo objetivo es destruir las células cancerosas en el área que recibe tratamiento y de ésta forma controlar y reducir (según respuesta) el tamaño del tumor. La cobertura incluye Radioterapia en técnicas: 3DRT (Radioterapia Tridimensional), VMAT (Arcoterapia Volumétrica de Intensidad Modulada), IMRT (Radioterapia de Intensidad Modulada, SRS (Radiocirugía Estereotáxica), SBRT, (Radioterapia Estereotáxica Extra Cerebral), RIO (Radioterapia IntraOperatoria)*, Braquiterapia de

Alta Tasa de Dosis. Siempre que sea indicado por el médico radioterapeuta asignado por la **RED AUNA** y autorizado por la **IAFAS**, cumpla con los criterios de pertinencia recomendados en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**. Servicio solo disponible en Lima.

* Sólo en Patología mamaria.

Servicios de apoyo al tratamiento: Exámenes de laboratorio, anatomía patológica e inmunohistoquímica para clasificación o tipificación, estudios de imágenes (ecografías, rayos X, tomografía computarizada y resonancia magnética) y medicina nuclear, relacionados al control y seguimiento del tratamiento de la patología oncológica.

Estudios de medicina nuclear: Estudios que usan sustancias radioactivas, llamadas también radiofármacos, para crear imágenes en base a la dinámica química del cuerpo, tales como: gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela. Se incluye en este beneficio, el tratamiento con yodo radioactivo para cáncer de tiroides.

Tomografía por emisión de positrones (PET Scan): Estudio de imágenes no invasivo que utiliza radio-isótopos emisores de positrones para generar imágenes moleculares del organismo. La cobertura incluye el examen y la sustancia radioactiva FDG, siempre que sea indicado por el médico tratante asignado por la **RED AUNA** y autorizado por la **IAFAS** y cumpla con los criterios de pertinencia recomendados en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**. Servicio solo disponible en Lima.

Prestaciones domiciliarias: Las prestaciones domiciliarias se refieren a dos categorías: Cuidados paliativos y terapias del dolor, así como Continuidad de tratamiento hospitalario en domicilio:

a) Cuidados paliativos y terapias del dolor:

En esta categoría se incluyen los servicios de: asistencia médica y/o asistencia de enfermería y/o técnico de enfermería y/o atención remota centralizada para el suministro del tratamiento prescrito por el médico paliativista, así como para el manejo de equipos médicos que faciliten la estancia en el domicilio del paciente que se encuentra en estado terminal (que no sea tributario de tratamiento oncológico curativo) y en completa postración por la enfermedad oncológica cubierta por el programa.

El otorgamiento de los servicios mencionados se encuentra condicionado a la designación previa, por cuenta propia de la familia, de un cuidador principal. El cuidador principal colaborará con el personal técnico y tendrá a su cargo las actividades de alimentación, baño e higiene, vestido y acicalamiento, uso de servicios higiénicos del paciente, así como también deberá cooperar con mitigar su soledad y potenciar su autoestima. La asignación de este servicio se encontrará exclusivamente a cargo del profesional paliativista asignado por la **IPRESS** y autorizado por la **IAFAS**, quien pasará a ser su nuevo médico tratante. No obstante, el anterior médico tratante podrá continuar brindando prestaciones al paciente a manera de interconsultas, toda vez que las mismas sean requeridas únicamente por el nuevo médico tratante paliativista. La cobertura de dichas interconsultas deberá ser previamente validada por la **IAFAS**, de acuerdo a las condiciones del programa contratado. La determinación de la cantidad de horas del personal (aplicables únicamente para turnos diurnos), así como días y frecuencias específicas (diaria, interdiaria o semanal) se encuentra sujeto a variación según la criticidad evolutiva o involutiva del paciente, conforme lo indique el médico tratante paliativista.

b) Continuidad de tratamiento hospitalario en domicilio:

Esta categoría se refiere a los servicios orientados a la atención médica especializada y/o de enfermería para la aplicación de medicamentos al paciente en el domicilio declarado, continuando el tratamiento intrahospitalario iniciado en la **IPRESS** designada por la **IAFAS**, hasta en un máximo de siete (7) días calendario, computados a partir del alta hospitalaria y pertinente medicamento.

El paciente deberá cumplir con los criterios establecidos en el programa, previa valoración del médico de la **IPRESS** designada por la **IAFAS** que brinda el servicio. La asistencia del personal de enfermería se efectuará conforme al horario en que los medicamentos prescritos han de aplicarse. Asimismo, las visitas médicas del programa, se darán con frecuencia interdiaria o conforme se considere necesario medicamento.

Estas prestaciones domiciliarias se brindarán exclusivamente en el domicilio declarado por el paciente o el cuidador principal. En tal sentido, bajo ninguna circunstancia procede el traslado del personal asignado y equipos fuera de este lugar (incluyendo entre otras: instalaciones médicas, de cuidados intermedios, casas de reposo y/o albergues). Asimismo, a fin de hacer efectiva la prestación, la familia del paciente deberá garantizar en todo momento la integridad física emocional de los recursos humanos asignados y la seguridad de la infraestructura suministrada, caso contrario se suspenderá (ya sea temporal o definitivo), quedando la **IAFAS** y la **IPRESS**, designada por esta, liberada de toda responsabilidad.

El servicio prestado por la **IPRESS** designada por la **IAFAS** se encontrará sujeto al área de cobertura en la ciudad de Lima Metropolitana, de acuerdo a los siguientes límites: NORTE: Los Olivos (Covida) desde Av. Canta Callao cruce con la Av. Carlos Izaguirre que se prolonga hasta el cruce con Túpac Amaru; OESTE: hasta La Punta; ESTE: Santa Anita, hasta la Av. Prolongación Javier Prado y de San Juan de Lurigancho hasta la Av. Las Lomas; SUR: Chorrillos (Villa) hasta la Av. Alameda Las Garzas Reales. Asimismo, quedan excluidas aquellas zonas consideradas altamente peligrosas por la Policía Nacional del Perú.

Cáncer no biopsiable: En casos de alta sospecha de neoplasia maligna en tumores primarios de encéfalo, páncreas, ovario, riñón y testículo, en los que por la ubicación no es factible realizar la biopsia previa. El **AFILIADO** deberá adjuntar todos los exámenes de imágenes y de laboratorio que le hayan realizado, así como el informe médico que sustente la fuerte sospecha de neoplasia maligna de los órganos antes mencionados. La **IAFAS** podrá condicionar la cobertura del procedimiento (incluyendo los exámenes pre operatorios) a la confirmación del diagnóstico oncológico final. En caso el informe anátomo patológico post quirúrgico no confirme la sospecha de cáncer, el total de gastos incurridos serán asumidos por el **AFILIADO**.

Es importante tener en cuenta que las **IPRESS** solicitarán un depósito obligatorio en garantía ante la posibilidad de que se trate de un diagnóstico no oncológico, si no se utilizó el depósito en garantía inicial o sólo parte de él, las **IPRESS** realizarán la devolución correspondiente.

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

Nutrición Parenteral Total (NPT): Alimentación endovenosa que se otorga solo durante la estancia hospitalaria hasta por un período máximo de tres (3) semanas, a pacientes con complicaciones entéricas por radioterapia y/o quimioterapia o sometidos a cirugía oncológica de cabeza y cuello, esófago y/o fístulas que impidan la

alimentación enteral del paciente, siempre y cuando no tengan carcinomatosis y/o enfermedad metastásica sistémica. Se otorgará solo con autorización previa de la **IAFAS** bajo indicación médica pertinente.

Kit de colostomía o ileostomía: Insumo y equipamiento a pacientes con colostomía o ileostomía por causa oncológica; dotación suministrada directamente al paciente hasta un máximo de treinta (30) bolsas mensuales. Incluye: pasta caralla, pinza, bolsas y pegamento. Así como educación al paciente y su familia para el autocuidado y mantenimiento de la colostomía.

Trasplante de médula ósea histocompatible: Se otorga en el territorio nacional y solo las **IPRESS COMPLEMENTARIAS** específicamente autorizadas por la **IAFAS** que cuenten con la acreditación correspondiente de la Dirección General de Donaciones, Trasplantes y Banco de Sangre del **MINSA** para realizar estos procedimientos y siempre que se encuentre médicamente indicado y recomendado en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**, cumpliendo todos los criterios de elegibilidad. El trasplante deberá ser previamente autorizado por la **IAFAS**. Incluye cobertura de estudios de histocompatibilidad solo del **AFILIADO** receptor. No incluye estudio de donantes ni la búsqueda de estos, ni prestaciones realizadas a donantes.

Cirugía reconstructiva oncológica ante secuela mutilante: Aplica para casos de cirugías por cáncer de piel y tejidos blandos del sistema músculo esquelético, inclusive en cara y por amputación de extremidades (no incluye genitales), en el mismo acto operatorio extractivo. Previa autorización de la **IAFAS**. Reconstrucción no cosmética de la solución de continuidad de la zona afectada. Para el caso de mamas se aplicará el beneficio correspondiente a reconstrucción mamaria.

Kit de urostomía: Insumo y equipamiento a paciente con urostomía por causa oncológica; dotación suministrada directamente al paciente hasta un máximo de treinta (30) bolsas mensuales. Incluye: pasta caralla, pinza, bolsas y pegamento. Así como educación al paciente y su familia para el autocuidado y mantenimiento de la urostomía.

Material de Osteosíntesis: Material quirúrgico requerido en algunos casos de fracturas patológicas siempre y cuando estas hayan sucedido a consecuencia de metástasis ósea o cáncer óseo y con indicación de cirugía. Previa autorización de la **IAFAS**.

Complicaciones ocasionadas por el tratamiento Oncológico: Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional sobre alguna enfermedad o condición no oncológica que haya sido causada, agravada, complicada o directamente afectada por la enfermedad, tratamiento y/o procedimientos proporcionados con relación a un caso de cáncer, con excepción de las complicaciones agudas detalladas a continuación:

- a) **Atención por complicaciones Post-quimioterapia:** Hasta por un plazo máximo de cuatro (04) semanas con relación a la fecha de realización de la quimioterapia: Intoxicación Gastrointestinal (mucositis oral, náuseas y vómitos persistentes y diarreas); Intoxicación Hematológica (gastos de hotelería por anemia; trombocitopenia, pancitopenia, neutropenia).
- b) **Intoxicación cutánea (eritema acral):** Infecciones por Bacterias, Hongos y Virus; Trastornos Hidroelectrolíticos; Neuropatía en tratamientos con fármacos de la familia de los platinos, taxanos y/o epotilomas.
- c) **Atención por complicaciones Post-Radioterapia:** Hasta por un plazo máximo de ocho (08) semanas con relación a la fecha de realización de la radioterapia: Proctitis actínica, Cistitis actínica, Mucositis oral, Esofagitis, Neumonitis y Eritema.

2.2. OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS:

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

Biopsia para descarte de cáncer de mama: Se cubrirá el costo de la biopsia (procedimiento y estudio de patología) al **AFILIADO** con sospecha de cáncer demostrada por estudios de imágenes y bioquímicos, y con Diagnóstico Anatómo Patológico final positivo.

Prueba de expresión genética para cáncer de mama: Sólo para pacientes con cáncer de mama en estadios tempranos (I y II A), con receptores de estrógeno positivos y receptores HER2 negativos, sin extensión a los ganglios linfáticos (ganglios negativos), la cual ayuda a estimar el riesgo de recurrencia de la enfermedad, así como el beneficio de la quimioterapia adyuvante después de una cirugía. Se otorgará bajo indicación médica pertinente y autorizado por la **IAFAS**.

Reconstrucción mamaria y de pezón: Se otorga, por única vez, solo para casos de mastectomía radical por cáncer de mama atendidas dentro de la cobertura del programa oncológico bajo la vigencia del presente **CONTRATO**, que no esté bajo la condición de **FUMADOR** y/o sea menor de 70 años de edad.

Esta cirugía deberá realizarse exclusivamente en la **RED AUNA** y solo a cargo de los cirujanos designados por la **RED AUNA** y autorizado por la **IAFAS** con el único propósito de restablecer la usual apariencia del órgano comprometido.

Prótesis de mama: Se otorga, por única vez, solo para casos de mastectomía radical por cáncer de mama atendidas bajo la cobertura del programa oncológico a partir de la última renovación del **CONTRATO** vigente y solo a cargo de los cirujanos designados por la **RED AUNA** y autorizado por la **IAFAS** para este propósito. La prótesis será la establecida por la **IAFAS** de acuerdo a las características del paciente y hasta el alcance de la cobertura. No se cubrirá el cambio de la prótesis una vez concluido el procedimiento de reconstrucción mamaria.

Prótesis testicular post orquidectomía por cáncer de testículo o próstata: Aplica, por única vez, solo para casos de cáncer de testículo y/o próstata orquidectomizados, atendidos bajo la cobertura del programa oncológico a partir de la última renovación del **CONTRATO** vigente y solo a cargo de los cirujanos designados por la **RED AUNA** y autorizado por la **IAFAS** para este propósito. La prótesis será la establecida por la **IAFAS** de acuerdo a las características del paciente.

Medicina Integrativa: Es la combinación de la medicina convencional y de la medicina alternativa para lograr mejores resultados en los tratamientos de manera personalizada. Dentro de las prestaciones cubiertas, se encuentran las siguientes:

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

Terapia física: Se otorgará terapia física en el hombro y brazo para el tratamiento de linfedema posterior a mastectomía radical por cáncer de mama, terapia física post

cirugía mutilante de tejidos blandos en extremidades y fisioterapia respiratoria post cirugía por cáncer pulmonar. Hasta un máximo de doce (12) sesiones durante los tres (3) primeros meses posteriores a la cirugía antes descrita y previa autorización de la **IAFAS**.

Foniatría en cáncer primario de laringe: Se otorgará solo a pacientes con disfonía severa o pérdida del habla, posterior a cirugía por cáncer primario de laringe y cuerdas vocales hasta un máximo de doce (12) sesiones, siempre que se programen con la regularidad de tres (3) veces por semana y de manera no interrumpida.

Segunda opinión médica nacional: Solo en casos que el médico tratante solicite opinión (sólo consulta) a la junta médica permanente de la **IAFAS**, ante la falta de respuesta esperada a los estándares de manejo clínico de las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA** y previo consentimiento del paciente. Asimismo, el médico tratante contara con el soporte de los comités multidisciplinares de alta complejidad pertenecientes a la **RED AUNA**.

Segunda opinión médica internacional: La Junta Médica permanente de la **IAFAS** podrá solicitar la valoración del caso (revisión del expediente) a una institución de prestigio internacional determinada por la **IAFAS** cuando lo considere necesario y previo consentimiento del paciente, sobre tratamiento, pronóstico y orientaciones de la enfermedad del paciente. No forma parte de este beneficio la realización de exámenes auxiliares o una segunda revisión de los mismos fuera del territorio nacional. No se cubren los gastos de elaboración, duplicado y/o traducción de informes ni otros gastos relacionados al contenido del expediente.

Ambulancia terrestre: Se otorgará al alta hospitalaria en caso de pacientes postrados o imposibilitados de desplazarse por la enfermedad oncológica; únicamente con destino a su domicilio. No es aplicable para urgencias y/o **EMERGENCIAS** médicas. La programación del servicio será previa solicitud del paciente y se efectuará según disponibilidad de unidades, rutas y hora del alta.

Disponible solo en Lima, dentro del área de cobertura indicada a continuación:

El servicio prestado por la IPRESS autorizado por la IAFAS se encontrará sujeto al área de cobertura en la ciudad de Lima Metropolitana, de acuerdo a los siguientes límites: NORTE: Los Olivos (Covida) desde Av. Canta Callao cruce con la Av. Carlos Izaguirre que se prolonga hasta el cruce con Túpac Amaru; OESTE: hasta La Punta; ESTE: Santa Anita, hasta la Av. Prolongación Javier Prado y de San Juan de Lurigancho hasta la Av. Las Lomas; SUR: Chorrillos (Villa) hasta la Av. Alameda Las Garzas Reales. Asimismo, quedan excluidas aquellas zonas consideradas altamente peligrosas por la Policía Nacional del Perú.

Traslado para pacientes radicados fuera de Lima: Cobertura de un (1) boleto aéreo nacional (ida y vuelta) por cada vigencia anual, en vuelo comercial, para aquellos pacientes domiciliados en provincia (según dirección estipulada en DNI) que, por causa médica, evaluada por la **IAFAS**, deban desplazarse desde su lugar de origen hacia el lugar de tratamiento. Para su otorgamiento, el **AFILIADO** deberá tramitar la solicitud del beneficio con mínimo treinta (30) días de anticipación. La programación de fechas de ida y retorno, bajo tarifa económica estarán sujeta a disponibilidad de ruta aérea comercial y cupos disponibles de la aerolínea asignada por la **IAFAS**.

Alimentación para acompañante: Beneficio para un (1) acompañante de pacientes pediátricos (hasta los 17 años) hospitalizados, compuesto por un (1) desayuno, un (1) almuerzo y una (1) cena del menú estándar que la clínica establezca para el día y en

el mismo horario de los pacientes, debiendo ser solicitado con la anticipación establecida por la clínica. Durante el tiempo que dure la hospitalización.

Tutoría médica y ejecución de acompañamiento al paciente: Para orientar en forma personalizada y facilitar al paciente sobre su enfermedad, tratamiento, servicios del programa oncológico y oportuna accesibilidad a sus beneficios del programa **CONTRATADO**.

Chequeo Oncológico y evaluación general de salud: Conjunto de exámenes para identificar la sospecha de algunos tipos de enfermedades oncológicas que sean evidenciables en una etapa temprana, asimismo con la evaluación general de salud se busca identificar factores de riesgo cardiovascular como la Obesidad, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemia (triglicéridos y colesterol elevado) entre otros.

Este conjunto de exámenes se realiza según edad y sexo del **AFILIADO** y están alineados a las mejores prácticas y recomendaciones mundiales de instituciones prestigiosas. Aplica para todos 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 de acuerdo al programa **CONTRATADO**, teniendo en cuenta su último despistaje y evaluación efectiva.

La cita deberá ser programada a través del Call Center de servicio al cliente al número telefónico (01)513-7900 o en los establecimientos de salud pertenecientes a la **RED AUNA** listados en las **CONDICIONES PARTICULARES** y otros establecimientos asignados por la IAFAS. Los exámenes de detección se encuentran publicados en la página web <https://www.oncosalud.pe/servicios/despistajes-oncologicos/> y están sujetos a variaciones de acuerdo a los convenios vigentes con las clínicas y disponibilidad al momento de la atención.

Los exámenes de detección, no son transferibles, acumulables, canjeables o intercambiables con otros exámenes que no corresponden al conjunto de exámenes contratados. Asimismo, no puede ser fragmentado y deberá concluirse en la misma sede prestacional en un período no mayor de treinta (30) días calendario contados desde el inicio del despistaje oncológico y evaluación general de salud, vencido este plazo el **AFILIADO** deberá esperar el tiempo establecido en el **PLAN DE BENEFICIOS** para acceder nuevamente al próximo conjunto de exámenes.

Sin perjuicio de lo anteriormente indicado, en el caso de mujeres de 40 a 70 años, podrán fragmentar u optar por realizarse de manera independiente el conjunto de exámenes en las siguientes etapas: 1) mamografía y 2) demás exámenes del despistaje oncológico y evaluación general de salud, En ese sentido, la afiliada podrá optar por realizarse de manera independiente el paquete que elija 1) mamografía y 2) demás exámenes del despistaje oncológico y evaluación general de salud, siendo su responsabilidad la programación de lo pendiente, durante su vigencia contractual.

Si el **AFILIADO** incumple con la realización de los servicios ya iniciados en la **IPRESS**, no concluyéndolos, el total de servicios autorizados se darán por ejecutado. Siendo los siguientes otorgamientos del beneficio de acuerdo a la frecuencia establecida de su programa.

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

En caso el médico evaluador considere pertinente recomendar o indicar algún examen adicional, sea con fines de despistaje o diagnóstico, fuera del conjunto de exámenes

cubiertos por su programa, este deberá ser asumido por el **AFILIADO** bajo tarifa preferencial.

3. PERTINENCIA DE LAS PRESTACIONES ONCOLÓGICAS

La cobertura que la **IAFAS** otorga a favor del **AFILIADO** en virtud del presente **CONTRATO**, comprende las condiciones y prestaciones oncológicas contenidas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES**; las cuales se encuentran acorde con las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA** con base al cumplimiento de los siguientes criterios:

1. Que las prestaciones oncológicas se encuentren recomendadas y comprendidas en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**; las mismas que deberán ser acordes a su diagnóstico oncológico y sustentarse hasta en un **NIVEL DE EVIDENCIA II-A**.
2. Que el tratamiento de quimioterapia y el (los) fármaco(s) oncológico(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**.
3. Que los procedimientos y tratamientos oncológicos se encuentren estrictamente relacionados al(los) diagnóstico (s) oncológico(s) admitido(s) y sea(n) autorizado(s) por la **IAFAS**.
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 el paciente, a quien se ha indicado un tratamiento de quimioterapia y/o terapia modificadora de respuesta biológica o blanco dirigida u otra específica contra el desarrollo del cáncer, cumpla con los mismos Criterios de Inclusión y Exclusión del paciente que formó parte del estudio de investigación que avaló el ingreso y/o forma de uso de la terapia y/o molécula; a partir de lo cual se sustenta su inclusión a la **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **IAFAS**. Los mismos que se encuentran publicados y se encuentran en un repositorio de ensayos clínicos como <https://clinicaltrials.gov/> en Estados Unidos, <https://www.clinicaltrialsregister.eu/>, en Europa u otros.
6. Que los medicamentos oncológicos y no oncológicos se encuentren incluidos según se vaya actualizando y/o modificando en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud (PNUME), que aprueba el Ministerio de Salud de la República del Perú. Adicionalmente, a través de las presentes **CLÁUSULAS GENERALES**, tendrán cobertura los medicamentos oncológicos que (i) estén debidamente autorizados para su importación y/o comercialización en el Perú por parte de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) o de la autoridad que haga sus veces y (ii) que figuren en el "Listado de Medicamentos para el tratamiento del cáncer" de la **IAFAS**, publicado en la página web <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>. Utilizando criterios técnicos, este listado se renovará y/o actualizará como mínimo cada dos (2) años, contados desde la fecha de su última publicación en la página web antes descrita, tomando en cuenta para ello los estándares nacionales e internacionales sobre la materia.
7. Las prestaciones requeridas bajo las coberturas se encuentren descritas en el **PLAN DE SALUD** detallado en el [Anexo 1](#) y no se encuentren comprendidos en las **EXCLUSIONES** detalladas en el [Anexo 3](#) del presente **CONTRATO**.

Contrato vigente a partir del 01 de marzo del 2022
Código OS.SP.P.02.78
Revisión: 00

CONTRATO DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS DE SERVICIOS DE SALUD PROGRAMA ONCOLÓGICO PREPAGADO

ANEXOS

ANEXO 1: PLAN DE SALUD

Las coberturas, exclusivamente oncológicas, a las que los **AFILIADOS** tienen derecho a través del presente **CONTRATO**, corresponden de manera específica al programa optado por el **CONTRATANTE** en la solicitud de afiliación, cuyos alcances, limitaciones, copagos y deducibles detallamos a continuación.

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN	ONCOPLUS 2021
Límite máximo del beneficio anual por afiliado: Afiliado Titular y Dependientes	Sin límite de Monto
Límite de ingreso: Afiliado Titular y Dependientes	Hasta los 65 años
Límite de permanencia: Afiliado Titular y Dependientes	Sin límite
Suscripción del CONTRATO	Rige a partir del primer día del mes siguiente de cancelado el primer aporte
Período de Carencia: Plazo mínimo de permanencia en el programa para tener derecho a las coberturas establecidas en éste. Se contabilizan en forma individual por cada AFILIADO , a partir de la fecha de inicio de vigencia o la fecha de reactivación de la cobertura generada por incumplimiento en el pago de los aportes al programa.	90 días
Latencia: Es un derecho especial de cobertura por desempleo que la IAFAS ESSALUD y la IAFAS EPS le otorga al asegurado regular y sus derechohabientes.	No aplica

REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN

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

1. Datos Generales del (los) **AFILIADO**(s).
2. Identificación y selección del programa optado.
3. Indicación de la modalidad de pago de las aportaciones por efectuar.
4. **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** del (los) **AFILIADO**(s), de forma individual.
5. Resultado del examen de antígeno prostático (PSA), según corresponda.
6. Resultados de exámenes auxiliares, en caso sean solicitados por la **IAFAS**
7. Declaración de **CONDICIÓN DE FUMADOR** incluida en la solicitud de afiliación, según corresponda.
8. **PLAN DE SALUD** primario **PEAS**

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

Los **AFILIADOS** varones de sesenta y uno (61) años o más, deberán someterse en forma previa a la solicitud de afiliación a una prueba de Antígeno Prostático Específico (PSA), a cuenta del **CONTRATANTE**. Los resultados de la prueba **PSA** no deben tener una antigüedad mayor a treinta (30) días calendario y deberá ser adjuntada a la solicitud de afiliación.

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 costos según las condiciones de la cláusula cuarta.

Los resultados de la prueba de **PSA** y exámenes auxiliares deben ser emitidos por laboratorios que cuenten con la autorización y debida certificación de los entes reguladores de Centros de Salud y/o **IPRESS** del país.

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

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

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** y/o producto del resultado de la prueba de PSA, condicionamientos que la **IAFAS** deberá poner en conocimiento del **CONTRATANTE** con la debida oportunidad.

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

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

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

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

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

PRESTACIONES GENERALES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA

PRESTACIONES GENERALES	ONCOPLUS 2021	
	Cobertura	Copago
Honorarios médicos por consultas o teleconsultas, intervenciones quirúrgicas o visita domiciliaria, ayudantía o administración de anestesia.	100%	Ninguno
Quimioterapia⁽¹⁾ : Medicamentos antineoplásicos convencionales, materiales e insumos (incluyendo catéteres permanentes, líneas de infusión, entre otros) y servicios relacionados a su administración. Incluye la pre medicación y vitaminas que formen parte del esquema de quimioterapia.	100%	Ninguno
Terapia modificadora de respuesta biológica o blanco dirigida⁽¹⁾ : <ul style="list-style-type: none"> • Anticuerpos monoclonales • Inhibidores de enzimas kinasas y proteosomas • Inmunoterapia (BCG) • Citocinas (Interferones e Interleucinas) • Factor estimulante de colonias de células blancas (Filgrastim) • Inmunomoduladores 	100%	Ninguno
Medicamentos no oncológicos⁽¹⁾ materiales e insumos relacionados con el tratamiento oncológico.	100%	Ninguno
Radioterapia : Radioterapia Tridimensional, Arcoterapia Volumétrica de Intensidad Modulada, Radioterapia de Intensidad Modulada, Radiocirugía Estereotáxica, Radioterapia Estereotáxica Extra Cerebral, Radioterapia IntraOperatoria, Braquiterapia de Alta Tasa de Dosis. Servicio solo disponible en Lima.	100%	Ninguno
Cáncer no biopsiable : En caso de alta sospecha de neoplasia maligna primaria de encéfalo, páncreas, riñón, ovario y testículo.	100%	Ninguno

Trasplante de Médula Ósea histocompatible: Incluye cobertura de estudios de histocompatibilidad solo del AFILIADO receptor. No incluye estudio u otros gastos relacionados a los donantes.	100%	Ninguno
Servicios de apoyo al tratamiento: Exámenes de laboratorio, imágenes, anatomía patológica e inmunohistoquímica.	100%	Ninguno
Estudios de Medicina Nuclear: Gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela.	100%	Ninguno
Tomografía por emisión de positrones (PET Scan): Incluye el examen de valoración previa y la sustancia radioactiva FDG. Servicio disponible solo en Lima.	100%	Ninguno
Prestaciones Domiciliarias: Cuidados paliativos y terapias del dolor, así como Continuidad de tratamiento hospitalario en domicilio.	100%	Ninguno
Transfusión sanguínea y hemoderivados (glóbulos rojos, plaquetas, plasma), se cubrirán las pruebas de tamizaje, procesamiento en banco de sangre, pruebas cruzadas y los insumos necesarios solo de la transfusión de aquellas unidades efectivamente transfundidas.	100%	Ninguno
Nutrición Parenteral Total (NPT): Solo durante la estancia hospitalaria hasta un máximo de tres (3) semanas.	100%	Ninguno
Kit de colostomía e ileostomía insumo y equipamiento a pacientes con colostomía o ileostomía.	100%	Ninguno
Kit de urostomía insumo y equipamiento a pacientes con urostomía por causa oncológica.	100%	Ninguno
Cirugía reconstructiva oncológica ante secuela mutilante para pacientes de cáncer de piel y tejidos blandos del sistema musculo esquelético, inclusive en cara y por amputación de extremidades (no incluye genitales), en el mismo acto operatorio extractivo y no cosmético.	100%	Ninguno
Material de Osteosíntesis para pacientes con fracturas patológicas por metástasis ósea o cáncer óseo.	100%	Ninguno
Complicaciones ocasionadas por el tratamiento oncológico únicamente las patologías que se presentan a consecuencia de la enfermedad oncológica o luego de realizada la aplicación del respectivo tratamiento oncológico	100%	Ninguno

(1) No se cubre los medicamentos que no están citados en el "Listado de Medicamentos para el tratamiento del cáncer"

OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS CUBIERTAS POR EL PROGRAMA

OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS (Solo en RED AUNA y previa autorización por la IAFAS)	ONCOPLUS 2021	
	Cobertura	Copago
Biopsia de descarte de cáncer de mama en caso de alta sospecha de neoplasia maligna.	100%	Ninguno
Prueba de expresión genética para cáncer de mama.	100%	Ninguno
Reconstrucción mamaria y pezón para pacientes con mastectomía por cáncer de mama.	100%	Ninguno
Prótesis de mama para pacientes con mastectomía por cáncer de mama. Por única vez por mama.	100%	Ninguno
Medicina Integrativa: Dentro de las prestaciones cubiertas, se encuentran las siguientes:		
Psicooncología para pacientes y familiares directos. Incluye cinco (5) sesiones programadas por año. Solo en RED AUNA .	100%	Ninguno
Orientación nutricional para pacientes y familiares directos. Incluye cinco (5) sesiones programadas por año. Solo en RED AUNA .	100%	Ninguno
Terapia física: En el hombro y brazo para el tratamiento de linfedema posterior a mastectomía radical por cáncer de mama; post cirugía mutilante de tejidos blandos en extremidades; fisioterapia respiratoria post cirugía por cáncer pulmonar. Hasta un máximo de doce (12) sesiones durante los tres (3) meses posteriores a la cirugía antes descrita.	100%	Ninguno
Foniatría en cáncer de laringe hasta doce (12) sesiones programadas.	100%	Ninguno
Prótesis Testicular post orquidectomía para pacientes de cáncer de testículo y próstata.	100%	Ninguno
Segunda Opinión Médica Nacional: Bajo revisión de la junta médica permanente de la IAFAS y con el soporte de los comités multidisciplinares de alta complejidad de la RED AUNA	100%	Ninguno
Segunda Opinión Médica Internacional: Bajo solicitud de la junta médica permanente de la IAFAS , que podrá solicitar la valoración del caso (revisión del expediente) a una institución de prestigio internacional determinada por la IAFAS .	100%	Ninguno
Ambulancia terrestre al alta hospitalaria , para pacientes postrados o imposibilitados de desplazarse. Servicio disponible solo en Lima y según los límites geográficos establecidos.	100%	Ninguno

<p>Traslado para pacientes radicados fuera de Lima: Un (1) boleto aéreo (ida y vuelta en vuelo comercial) al año, para aquellos pacientes domiciliados en provincias(según dirección estipulada en DNI) y con destino al lugar de tratamiento.</p>	100%	Ninguno
<p>Alimentación para un acompañante de pacientes pediátricos (hasta los 17 años) durante el tiempo que dure la hospitalización. Solo en RED AUNA.</p>	100%	Ninguno
<p>Tutoría Médica y Ejecutiva de acompañamiento al paciente</p>	100%	Ninguno
<p>Chequeo Oncológico: Conjunto de exámenes para identificar la sospecha de algunos tipos de enfermedades oncológicas. Asimismo, con la evaluación general de salud se busca identificar factores de riesgo cardiovascular.</p>	<p>El deducible, cobertura, así como el detalle y la periodicidad de los exámenes que incluye el chequeo oncológico y evaluación general de salud están publicados en nuestra página web: https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes.</p>	

Importante:

Los planes PLUS MASTER, ONCORIPLEY, PLAN NACER y PLAN FAMILIA se rigen bajo la cobertura del programa ONCOPLUS 2021.

ANEXO 2: APORTES Y FORMAS DE PAGO

De acuerdo a la Cláusula Décimo Segunda de las **CLÁUSULAS GENERALES**, el **CONTRATANTE** deberá pagar los siguientes aportes de acuerdo a la modalidad de pago elegida.

Los aportes están expresados en soles e incluyen IGV.

ONCOPLUS 2021						
Rango de edad	Pago Anual Contado (Afiliación y renovación)		Pago Mensual Recurrente (Afiliación y renovación)			
	Efectivo o T.Crédito		Tarjeta de Crédito		Tarjeta de Débito	
	No Fumador	Fumador	No Fumador	Fumador	No Fumador	Fumador
00 - 25	380	494	33	43	38	50
26 - 35	1,054	1,370	92	120	106	138
36	1,078	1,402	95	123	109	141
37	1,103	1,434	97	126	111	145
38	1,115	1,450	98	127	112	146
39	1,127	1,466	99	129	114	148
40	1,140	1,482	100	130	115	149
41	1,176	1,529	103	134	119	154
42	1,213	1,577	106	138	122	159
43	1,250	1,625	110	143	126	164
44	1,287	1,673	113	147	130	169
45	1,324	1,721	116	151	134	174
46	1,373	1,784	120	157	138	180
47	1,425	1,853	125	163	144	187
48	1,471	1,912	129	168	148	193
49	1,507	1,960	132	172	152	198
50	1,569	2,039	138	179	158	206
51	1,630	2,119	143	186	164	214
52	1,691	2,199	148	193	171	222
53	1,721	2,238	151	196	174	226
54	1,765	2,294	155	201	178	231
55	1,826	2,374	160	208	184	239
56	1,900	2,469	167	217	192	249
57	2,022	2,629	177	231	204	265
58	2,145	2,788	188	245	216	281
59	2,234	2,905	196	255	225	293
60	2,353	3,059	206	268	237	309
61	2,485	3,231	218	283	251	326
62	2,635	3,425	231	300	266	346

63	2,782	3,616	244	317	281	365
64	2,918	3,794	256	333	294	383
65	3,089	4,016	271	352	312	405
66*	3,260	4,239	286	372	329	428
67*	3,409	4,431	299	389	344	447
68*	3,534	4,594	310	403	357	463
69*	3,671	4,772	322	419	370	481
70*	3,799	4,939	333	433	383	498
71*	3,909	5,082	343	446	394	513
72*	4,020	5,226	353	458	405	527
73*	4,118	5,353	361	470	415	540
74*	4,195	5,454	368	478	423	550
75*	4,265	5,544	374	486	430	559
76*	4,332	5,632	380	494	437	568
77*	4,400	5,721	386	502	444	577
78*	4,469	5,809	392	510	451	586
79*	4,534	5,895	398	517	457	595
80*	4,608	5,990	404	525	465	604
81*	4,681	6,086	411	534	472	614
82*	4,755	6,181	417	542	480	624
83*	4,816	6,261	422	549	486	632
84*	4,902	6,373	430	559	495	643
85*	4,963	6,452	435	566	501	651
86 - 100*	5,049	6,564	443	576	509	662
Más de 100*	5,110	6,643	448	583	516	670

* Solo renovación

MODIFICACIONES A LA AFILIACIÓN

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

Del mismo modo, el **CONTRATANTE** puede solicitar la migración a un programa oncológico de menores características de cobertura en cualquier momento durante la vigencia, y a un programa de mayores características de cobertura solo al vencimiento del plazo contractual. Para ello, debe realizar la solicitud de migración con 30 días de anticipación, presentando una nueva solicitud de afiliación y **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** respectivamente, siempre que el afiliado no presente morosidad en el programa, no aplicando un nuevo **PERIODO DE CARENCIA**.

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

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

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

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

DE LA DESAFILIACIÓN

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

- a) Por la culminación del supuesto de hecho que le daba la condición de **AFILIADO**.
- b) Por la extinción del **CONTRATO** de Prestaciones de Servicios de Salud por las causales de caducidad, no renovación, resolución, rescisión, o nulidad del **CONTRATO**.

Del mismo modo, el **CONTRATANTE** tiene el derecho a solicitar de forma libre y voluntaria su **DESAFILIACIÓN**. Para ello, deberá comunicarse a la central telefónica de la **IAFAS** a la siguiente línea telefónica (01) 513-7900 en el horario de lunes a viernes de 8:00 am a 8:00 pm.

La solicitud de desafiliación no libera al **AFILIADO 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 la vigencia transcurrida, la cual se hará efectiva a partir del primer día del mes siguiente en tanto la solicitud sea recepcionada con un mínimo de veinte (20) días de anticipación.

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** cede por voluntad propia la responsabilidad del pago de sus aportes al **CONTRATANTE**, como contraprestación por la contratación de la cobertura complementaria respecto de las prestaciones oncológicas, el **CONTRATANTE** pagará a la **IAFAS** los aportes indicados en el **Anexo 2**.

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

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

Cualquier incumplimiento, tanto del **CONTRATANTE** como la entidad financiera o el tercero a través del cual se valga para hacer efectivo el pago de sus aportes, facultará a la **IAFAS** a suspender o resolver el **CONTRATO** según lo dispuesto en los términos establecidos en el mismo. En cualquier caso, será obligación exclusiva del **CONTRATANTE** la oportuna comunicación a la **IAFAS** 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 período establecido en el párrafo precedente, el **CONTRATANTE** (siempre que la **IAFAS** no haya expresado su decisión de resolver el **CONTRATO**) podrá rehabilitar su cobertura previo pago del monto total de los **APORTES COMERCIALES** vencidos, la cual se 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, procediendo la **IAFAS** a comunicarlo al **CONTRANTE**.

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. Toda prestación médica o sanitaria derivada de lesiones auto infligidas, intento de suicidio o autoeliminación o de accidentes.
2. Cualquier gasto relacionado a enfermedades oncológicas preexistentes a la suscripción del presente **CONTRATO**. Inclusive si hubiesen sido reveladas en la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**, así como las diagnosticadas antes de superar el **PERIODO DE CARENCIA**. (incluso si se tratase de lesiones de tipos celulares distintos o en una nueva localización o reaparición de una lesión oncológica ya tratada, resuelta o no), la cual motivará la resolución del **CONTRATO**, sin devolución de aportes.
3. Las enfermedades oncológicas detectadas y/o incurridas antes de la culminación del **PERÍODO DE CARENCIA**. la cual motivará la resolución del **CONTRATO**.
4. Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional sobre alguna enfermedad o condición no oncológica preexistente o adquirida durante el curso del tratamiento oncológico (médico o quirúrgico), incluso si ha sido causada, agravada, complicada o directamente afectada por la enfermedad oncológica, su tratamiento y/o procedimientos relacionados.
5. Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional atendido fuera de la **RED AUNA** detallada en el [Anexo 5](#), salvo los eventos programados y autorizados con antelación por la **IAFAS**, en tanto las **IPRESS** se encuentren adscritas al **PLAN DE SALUD** correspondiente al presente **CONTRATO**.
6. Reintegro y/o pagos por servicios médicos suministrados por terceros, por concepto de gastos ambulatorios, de hospitalización no quirúrgica, quirúrgica o gastos post-operatorios de cualquier índole médicos o no médicos.
7. Cualquier requerimiento o prestación médica cuyo propósito sea el chequeo, detección y/o diagnóstico, oncológico o no oncológico, salvo las prestaciones de chequeo oncológico y evaluación de salud, expresamente señaladas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
8. Todo procedimiento o terapia, consulta o teleconsulta que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria. Así como prestaciones y tratamientos profilácticos, psicológicos, psiquiátricos, psicoterapéuticos, curas de reposo, cualquier tipo de tratamiento kinésico, de rehabilitación física o mental (inclusive si son indicados post cirugía extractiva), odontológica, nutricional, salvo las prestaciones detalladas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**. De la misma manera, las cirugías de neurotización, por ginecomastia, mastopexia, simetrización y lipotransferencias (inyección de grasa) de cualquier tipo indistintamente de la ubicación anatómica.
9. Gastos relacionados al suministro, colocación, adecuación, mantenimiento, ajuste, remoción y cambio, de implantes, expansores y/o prótesis internas o externas de cualquier tipo; también están excluidos los stent de cualquier tipo. Así como también material de osteosíntesis (incluyendo placas, clavos, tornillos y similares) y los cementos relacionados; salvo las prestaciones y suministros detallados en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**. Para el caso de obturador palatino, sólo se cubrirá por neoplasia maligna de maxilar superior, únicamente durante el primer año posterior a la cirugía extractiva y máximo un recambio; En ningún caso se cubrirá obturador palatino dentado.

10. Equipos médicos durables tales como: termómetro, tensiómetro, equipos de oxigenoterapia, glucómetro (equipo y tiras), respiradores, pulsioxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP o similares, audífonos e implantes cocleares, separadores interespinosos para columna vertebral y discos intervertebrales protésicos, y demás dispositivos empleados en neurocirugía y prótesis ortopédicas externas. Como tampoco las prótesis u otros (sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés). No se cubren audífonos. De igual manera aparatos y equipos ortopédicos, zapatos ortopédicos, ortésicos, prótesis externas, equipos mecánicos o electrónicos, medias para varices o similares, audífonos e implante coclear.
11. Gastos relacionados con la adquisición de órganos o tejidos, tales como sangre y sus derivados como: paquetes de glóbulos rojos, plaquetas, albúmina (en cualquiera de sus presentaciones), plasma y factores de coagulación, así como sustitutos sanguíneos naturales o sintéticos de cualquier tipo. Cualquier gasto relacionado a la búsqueda o estudio de donantes. Asimismo, anticoagulantes, heparinoides, procoagulantes y eritropoyetina, con fines preventivos o profilácticos (con excepción de las indicaciones para cirugía mayor).
12. Cualquier trasplante de órganos, tejidos y células (incluyendo médula ósea), tanto su costo, como los gastos vinculados a cualquier prestación relacionada a los mismos. No están cubiertos tampoco el trasplante, infusión o implante de células madre indistintamente de la zona anatómica, su causa u origen. Asimismo, se encuentra fuera de cobertura cualquier gasto relacionado a criopreservación, almacenamiento, conservación, mantenimiento, preparación y/o acondicionamiento, así como el traslado y/o transporte, de órganos, tejidos o células, de igual manera cualquier gasto relacionado a prestaciones realizadas a donantes. Salvo las expresamente señaladas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
13. Suministro de nutrición parenteral y nutrición enteral (interconsulta, procedimiento, insumos y fórmula) y/o referidos a consultas nutricionales, salvo las expresamente señaladas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
14. Cualquier gasto relacionado a la búsqueda y análisis de compatibilidad de donantes de sangre y médula ósea, así como gastos de crio preservación o cultivo de células madre u otros tejidos. Asimismo, gastos relacionados por complicaciones médicas del proceso de extracción o colecta en el donante.
15. Todo tipo de requerimiento prestacional que no sea ordenado o prescrito por el o los profesionales médicos designados previamente por la **IAFAS** y/o no hayan sido autorizadas previamente por ésta, así como el tratamiento y/o manejo de las complicaciones, eventos adversos, efectos secundarios y otros que se puedan ocasionar o devenir de estos tratamientos e indicaciones médicas dadas y ejecutadas al margen de lo anteriormente establecido.
16. Todo tipo de prestaciones diagnósticas o terapéuticas, equipos, insumos, suministros o fármacos u otras nuevas tecnologías que:
 - No se comercialicen o no se encuentren disponibles en el territorio nacional.
 - No se encuentren debidamente aprobados por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), de la Food and Drug Administration (FDA) y de la European Medicines Agency (EMA). No se cubrirá en ningún caso tecnología aprobada por la FDA a través de aprobaciones rápidas (Fast Track Approvals)
 - No se recomiendan en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**, en caso se cuente con **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** para la indicación solicitada y/o evaluada. De lo contrario se valorará la recomendación realizada por otras instituciones con prestigio internacional como National Comprehensive Cancer Network (NCCN), National Institute for Health and Care Excellence (NICE),

American Society of Clinical Oncology (ASCO), European Society for Medical Oncology (ESMO) u otras, siempre que la recomendación realizada cuente con un respaldo de evidencia científica de nivel IIA. Otros niveles de evidencia deberán ser evaluados por el área correspondiente y podrán ser considerados como terapia médica experimental.

- No hayan concluido exitosamente el **ENSAYO CLÍNICO DE FASE III**. Siempre que el estudio cuente con respaldo de resultados de eficacia y seguridad de un ensayo clínico Fase III respecto a un comparador válido para la **RED AUNA** y que sea autorizado por la **IAFAS**.
17. Fármacos como ansiolíticos, antipsicóticos, antidepresivos, vacunas, vitaminas (con excepción de las que forman parte del esquema de quimioterapia, anticoagulados o politransfundidos), 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 oncológico y/o no relacionado a la enfermedad oncológica.
 18. Suministro de cualquier tipo de medio de transporte y servicio de ambulancia. Salvo las expresamente señaladas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
 19. Toda enfermedad de origen congénito y/o malformación congénita, así como enfermedades de origen laboral y profesional y/o por contaminación nuclear.
 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, salvo los servicios expresamente señalados en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
 21. Pruebas de laboratorio exámenes o estudios moleculares y/o genéticos y/o estudios de mutaciones u otras, de cualquier tipo, tales como y sin limitarse a: EGFR, PDL1, KRAS, NRAS, BRAF, ALK, VEGF, T790M, inestabilidad microsatelital en sangre, pruebas moleculares para GIST, así como biopsias líquidas y/o perfiles o secuenciamientos moleculares y/o genéticos, con excepción de las contempladas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
 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. Todo tipo de servicios de bazar y confort personal durante la hospitalización como radios, televisores, teléfonos, consumos de frío bar, artículos personales o de higiene, pañales, medias antiembólicas, toallas higiénicas, máquinas de afeitar, guantes descartables no estériles, mantas térmicas de cualquier tipo, papel higiénico, batas, ropa de cama, hisopos y colchón antiescaras.

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**.

ANEXO 4 – ACTIVACION DEL PROGRAMA ONCOLÓGICO

En caso de que un médico oncólogo le haya indicado el diagnóstico de alta sospecha de cáncer o ya tenga un diagnóstico oncológico establecido, ¡Estamos para ayudarle! Sólo debe seguir los pasos para poder acompañarle:

REQUISITOS PARA ACTIVAR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO

- a) Formato de Solicitud de Admisión al Programa Oncológico, la cual tiene carácter de declaración jurada. Disponible en la web de la **IAFAS**: <https://www.oncosalud.pe/activar-mi-programa>.
- b) Documento de identidad original.
- c) Encontrarse al día en sus pagos.
- d) Informe de anatomía patológica** con diagnóstico oncológico concluyente, emitido por patólogo colegiado en el país (Indispensable para el otorgamiento de los beneficios de Tratamiento Oncológico).
- e) Informe médico* emitido por especialista oncólogo colegiado en el país, sustentando la alta sospecha de cáncer, respaldado con los informes de estudios de imágenes* y bioquímicos*. (Indispensable para el otorgamiento de los beneficios de Diagnóstico Oncológico).

*Estos documentos son entregados por la institución de salud que te realizó el diagnóstico.

**Importante: En caso aún no tengas el diagnóstico de anatomía patológica, pero tu médico te ha indicado la alta sospecha de una neoplasia maligna (inclusive en órganos no biopsiables como cerebro, páncreas, riñón, ovario o testículo) podrás hacer uso de tu beneficio de cobertura de cáncer no biopsiable.

PROCESO DE ACTIVACIÓN DEL BENEFICIO ONCOLÓGICO Y ADMISIÓN DE PACIENTE

1. Llámanos al Call Center (01) 513-7900, o escríbenos al autorizaciones@oncosalud.pe, o envíanos un mensaje al WhatsApp 987 770 550 y te programaremos una Cita para ayudarte.
Si no puedes ir personalmente, no te preocupes podrá hacerlo el cónyuge, un familiar hasta el cuarto grado de consanguinidad o su representante legal, debiendo entregar copia de su documento de identidad y carta poder simple que acredite la representación según corresponda.
Si estas fuera del departamento de Lima, tu cita podrá ser en las clínicas de la **RED AUNA** (Callao, Arequipa, Piura, Chiclayo y Trujillo).
2. En la fecha y hora citada, deberá presentar los documentos requeridos para activar el beneficio oncológico a nuestras Ejecutivas de Beneficios para la validación administrativa, seguidamente pasará a la Tutoría Oncológica y asignación de médico oncólogo líder del directorio médico de la **RED AUNA**.
3. El **AFILIADO** admitido como paciente del programa oncológico recibirá una charla orientativa acerca de los beneficios, coberturas, alcances, limitaciones y exclusiones, así como absolver las dudas y consultas referentes a sus beneficios. Asimismo, se le entregará el manual del paciente, el cual le orientará en los procedimientos que le permitirán el mayor aprovechamiento de sus beneficios del programa oncológico contratado.

4. Una vez culminado este proceso, el **AFILIADO** admitido como paciente del programa oncológico, podrá hacer uso de los beneficios y coberturas del programa contratado, detallados en las **CLÁUSULAS GENERALES** y **CLÁUSULAS PARTICULARES**, debiendo tener en cuenta que el programa no cubre eventos en forma retroactiva y/o sin la autorización previa de la **IAFAS** y/o fuera de las condiciones establecidas en su programa contratado.

Es importante tener presente lo siguiente:

A través de la solicitud de activación al programa oncológico, el **AFILIADO** autoriza a la **IAFAS** a tener acceso a sus historias clínicas, inclusive en otras **IPRESS**, en caso lo considere necesario al amparo del Artículo 25 de la Ley 26842 - Ley General de Salud.

Si el informe de anatomía patológica no es concluyente, a solicitud de la **IAFAS**, el **AFILIADO** deberá presentar las láminas, tacos y otros materiales o exámenes necesarios en el plazo más breve posible, para su revisión por nuestro equipo de anatomía patológica especializado.

En caso el **AFILIADO** haya activado el programa para el otorgamiento de los beneficios de Diagnóstico Oncológico y se determine con posterioridad la inexistencia de una dolencia oncológica a través del Diagnóstico Anátomo Patológico (DAP), la **IAFAS** desactivará inmediata y automáticamente el otorgamiento de cualquier cobertura de Recuperación de la Salud, debiendo el **AFILIADO** asumir los gastos generados en adelante, al tratarse de una condición de salud no oncológica.

No obstante, lo señalado en el párrafo anterior, ante la eventualidad que el **AFILIADO** incurra en un nuevo episodio de alta sospecha oncológica, deberá requerir a la **IAFAS** iniciar un nuevo proceso de activación del beneficio oncológico.

En caso se determine que el descarte de la enfermedad o diagnóstico confirmatorio se produjo dentro del **PERÍODO DE CARENCIA**, la **IAFAS** quedará exenta de obligación respecto a la entrega de las coberturas aquí contempladas, procediendo a la terminación automática del **CONTRATO**, lo cual dará mérito a la devolución de los aportes abonados por el **AFILIADO**.

ANEXO 5 – RED DE ATENCIÓN

NOMBRE COMERCIAL	DPTO.	PROVINCIA	DISTRITO	DIRECCIÓN	CODIGO RENIPRESS
ONCOSALUD SEDE SAN BORJA	LIMA	LIMA	SAN BORJA	AV. GUARDIA CIVIL N° 545,571,585 - MANZANA B5 LOTE 06-09 URB. CORPAC 1ERA ZONA	00016786
CLÍNICA ONCOSALUD	LIMA	LIMA	SAN BORJA	AV. GUARDIA CIVIL N° 219-225-227- 229 MZ. A2 LT. 02 URB. CORPA 1RA ZONA	00017634
R Y R PATOLOGOS ASOCIADOS - SEDE GUARDIA CIVIL	LIMA	LIMA	SAN BORJA	AV. GUARDIA CIVIL 227 INT PRIMER PISO	00021726
ONCOSALUD SEDE SAN ISIDRO	LIMA	LIMA	SAN ISIDRO	AV. PASEO DE LA REPUBLICA N° 3650-3658	00009845
CLÍNICA AUNA GUARDIA CIVIL	LIMA	LIMA	SAN ISIDRO	AV. GUARDIA CIVIL N° 368	00027320
ONCOCENTER SEDE ENCALADA ⁽¹⁾	LIMA	LIMA	SANTIAGO DE SURCO	AV. LA ENCALADA 938	00018686
AUNA CLINICA DELGADO	LIMA	LIMA	MIRAFLORES	AV. ANGAMOS OESTE N°450-490	00019049
ONCOCENTER PERU S.A.C. (ONCOCENTER SEDE DELGADO)	LIMA	LIMA	MIRAFLORES	AV. ANGAMOS OESTE NRO. 490 - SOTANO 1 - OF 101	00020323
ONCOCENTER SEDE BENAVIDES ⁽¹⁾	LIMA	LIMA	MIRAFLORES	AV. BENAVIDES 2525	00016297
R Y R PATOLOGOS ASOCIADOS - SEDE DELGADO	LIMA	LIMA	MIRAFLORES	AV. ANGAMOS OESTE 450-490 SOTANO 1	00021725
PETSCAN PERU	LIMA	LIMA	MIRAFLORES	AV. PETIT THOUARS N°4340 URB. COUNTRY CLUB	00009617
CLINICA BELLAVISTA ⁽¹⁾	CALLAO	CALLAO	BELLAVISTA	AV. LAS GAVIOTAS 207 URB. SAN JOSE	00009250
CLINICA CAMINO REAL	LA LIBERTAD	TRUJILLO	TRUJILLO	JR. FRANCISCO BOLOGNESI N° 561 - 565	00016830
CLINICA AUNA SEDE CHICLAYO ⁽¹⁾	LAMBAYEQUE	CHICLAYO	CHICLAYO	AV. MARISCAL NIETO N° 480 - URB. CAMPODÓNICO	00030057
SERVIMEDICOS ⁽¹⁾	LAMBAYEQUE	CHICLAYO	CHICLAYO	CALLE MANUEL MARÍA IZAGA N° 621	00008229
CLINICA VALLESUR ⁽¹⁾	AREQUIPA	AREQUIPA	AREQUIPA	AV. LA SALLE N° 108-116	00016744
AUNA CLINICA MIRAFLORES	PIURA	PIURA	CASTILLA	LAS DALIAS A-12 URB. MIRAFLORES	00013494
POLICLINICO CLINICA MIRAFLORES ⁽¹⁾	PIURA	PIURA	CASTILLA	CALLE HUANCVELICA N° 1015	00018816

⁽¹⁾ Sedes habilitadas para efectuar el Beneficios de Prevención y Promoción Oncológica

* RS: Número de registro SUSALUD

IMPORTANTE: Los servicios de Radioterapia, Medicina Nuclear, Prestaciones Domiciliarias y Ambulancia Terrestre se encuentran disponibles sólo en Lima.

IPRESS COMPLEMENTARIAS

NOMBRE COMERCIAL	DPTO.	PROVINCIA	DISTRITO	DIRECCIÓN	CODIGO RENIPRESS
RESOCENTRO PIURA	PIURA	PIURA	PIURA	AV. SAN RAMON N° 549-553 URB. EL CHIPE	00016066
SANNA CLINICA BELEN	PIURA	PIURA	PIURA	CALLE SAN CRISTOBAL N° 267 - URB. EL CHIPE	00018310
CLINICA DEL PACIFICO	LAMBAYEQUE	CHICLAYO	CHICLAYO	AV. JOSE LEONARDO ORTIZ N° 420	00008750
CLINICA PERUANO AMERICANA S.A.	LA LIBERTAD	TRUJILLO	TRUJILLO	AV. MANSICHE N° 810 - URB. SANTA INES	0013373
CLINICA SAN PABLO TRUJILLO	LA LIBERTAD	TRUJILLO	TRUJILLO	AV. HUSARES DE JUNIN N° 690 URB. LA MERCED I ETAPA	00018404
CLINICA SANCHEZ FERRER S.A.	LA LIBERTAD	TRUJILLO	VICTOR LARCO HERRERA	CALLE LOS LAURELES N° 436 - URB. CALIFORNIA	0010581
CLINICA SAN PABLO SEDE HUARAZ	ANCASH	HUARAZ	INDEPENDENCIA	JR. HUAYLAS N° 172	00012671
ALIADA	LIMA	LIMA	SAN ISIDRO	AV. JOSE GALVEZ BARRENECHEA N° 1044	00008917
CLINICA ANGLOAMERICANA SEDE SAN ISIDRO	LIMA	LIMA	SAN ISIDRO	JR. ALFREDO SALAZAR N° 350	00009123
CLINICA EL GOLF	LIMA	LIMA	SAN ISIDRO	AV. AURELIO MIRO QUESADA N° 1030	00008398
CLINICA JAVIER PRADO S.A	LIMA	LIMA	SAN ISIDRO	AV. JAVIER PRADO ESTE N° 499, URB. JARDIN	00012633
CLINICA RICARDO PALMA	LIMA	LIMA	SAN ISIDRO	AV JAVIER PRADO ESTE N° 1066	00009409
MEDIPERU S.A. (RESOMASA)	LIMA	LIMA	SAN ISIDRO	AV. JAVIER PRADO ESTE N° 1178	00009183
MEDIPERU S.A. (RESOMASA)	LIMA	LIMA	SAN ISIDRO	AV. EMILIO CAVENECA N° 265	00010214
CLINICA LOS ANDES	LIMA	LIMA	MIRAFLORES	CL ASUNCION° N° 177	00011750
CLINICA GOOD HOPE	LIMA	LIMA	MIRAFLORES	AV. MALECON BALTA N° 956	00008746
RESOCENTRO	LIMA	LIMA	MIRAFLORES	AV. PETIT THOUARS N° 4427	00008890
CLINICA CENTENARIO PERUANO JAPONESA	LIMA	LIMA	JESUS MARIA	AV. GREGORIO ESCOBEDO N° 803, URB. RESIDENCIAL SAN FELIPE	00008325
CLINICA DE ESPECIALIDADES MEDICAS	LIMA	LIMA	SAN BORJA	JR. EDUARDO ORDOÑEZ N° 468	00012975
CLINICA JESUS DEL NORTE	LIMA	LIMA	INDEPENDENCIA	AV. CARLOS IZAGUIRRE N° 153	00010182
CLINICA INTERNACIONAL SEDE LIMA	LIMA	LIMA	LIMA	JR. WASHINGTON N° 1471	00015610
CLINICA MONTEFIORI	LIMA	LIMA	LA MOLINA	AV. SEPARADORA INDUSTRIAL N° 1818 - 1820(ANTES N° 380 - 390) - URB. LOS CACTUS	00009153

CLINICA MONTESUR	LIMA	LIMA	SANTIAGO DE SURCO	AV. EL POLO N° 505, URB. MONTEERRICO	00012219
CLINICA PADRE LUIS TEZZA	LIMA	LIMA	SANTIAGO DE SURCO	AV. EL POLO N° 570, URB. MONTEERRICO	00009989
CLINICA SAN PABLO SEDE SURCO	LIMA	LIMA	SANTIAGO DE SURCO	AV. EL POLO N° 789 CON CL LA CONQUISTA N° 145, URB. EL DERBY	00009988
CLINICA INTERNACIONAL SEDE SAN BORJA	LIMA	LIMA	SAN BORJA	AV. GUARDIA CIVIL N° 385	00009682
CLINICA SAN BORJA	LIMA	LIMA	SAN BORJA	AV. GUARDIA CIVIL N° 337	00009886
CLINICA SAN GABRIEL	LIMA	LIMA	SAN MIGUEL	AV. LA MARINA N° 2955, URB. MARANGA II ETAPA	00014501
CLINICA SAN JUAN BAUTISTA	LIMA	LIMA	SAN JUAN DE LURIGANCHO	JR. LOS ZAFIROS, MZ. G LOTE 10, URB. LAS FLORES	00008271
CLINICA SANTA MARTHA DEL SUR	LIMA	LIMA	SAN JUAN DE MIRAFLORES	AV. BELISARIO SUAREZ N° 998, ZONA C, URB. ANDRES AVELINO CACERES	00018985
CLINICA STELLA MARIS	LIMA	LIMA	PUEBLO LIBRE	AV. PASO DE LOS ANDES N° 923	00010743
CREO CLINICA RENAL Y ONCOLOGICA	LIMA	LIMA	SAN MARTIN DE PORRES	AV. HONORIO DELGADO NRO. 430 INGENIERIA ALT. CRUCE PANAMERICANA NORTE CON AVENIDA HONORIO DELGADO	00025573
CLINICA TATAJE	ICA	ICA	ICA	AV. CONDE DE NIEVA N° 355, URB. LUREN	00009648
CLINICA AREQUIPA S.A.	AREQUIPA	AREQUIPA	AREQUIPA	ESQ. PUENTE GRAU Y AV. BOLOGNESI S/N	00013722
CLINICA SAN JUAN DE DIOS SEDE AREQUIPA	AREQUIPA	AREQUIPA	CAYMA	AV. EJERCITO N° 1020	00015730
REMASUR S.A.	AREQUIPA	AREQUIPA	YANAHUARA	CALLE LEON VELARDE 108	00016946
SEDIMED S.R.L.	AREQUIPA	AREQUIPA	AREQUIPA	PLAZA JUAN MANUEL POLAR 103 VALLECITO	00012003
CLINICA LIMATAMBO CAJAMARCA S.A.C.	CAJAMARCA	CAJAMARCA	CAJAMARCA	JR. PUNO N° 263	00009591
CIMA SO CUSCO	CUSCO	CUSCO	CUSCO	AV. PARDO N° 978 URB. CENTRO HISTORICO	00023564
PARDO	CUSCO	CUSCO	WANCHAQ	AV. LA CULTURA NRO. 710	00011338
CLINICA CAYETANO HEREDIA	JUNIN	HUANCAYO	EL TAMBO	AV. HUANCAVELICA N° 745	00008024
CLINICA ADVENTISTA ANA STAHL	LORETO	MAYNAS	IQUITOS	AV. LA MARINA N° 285	00012854

* RS: Número de registro **SUSALUD**

ANEXO 6 – FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

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

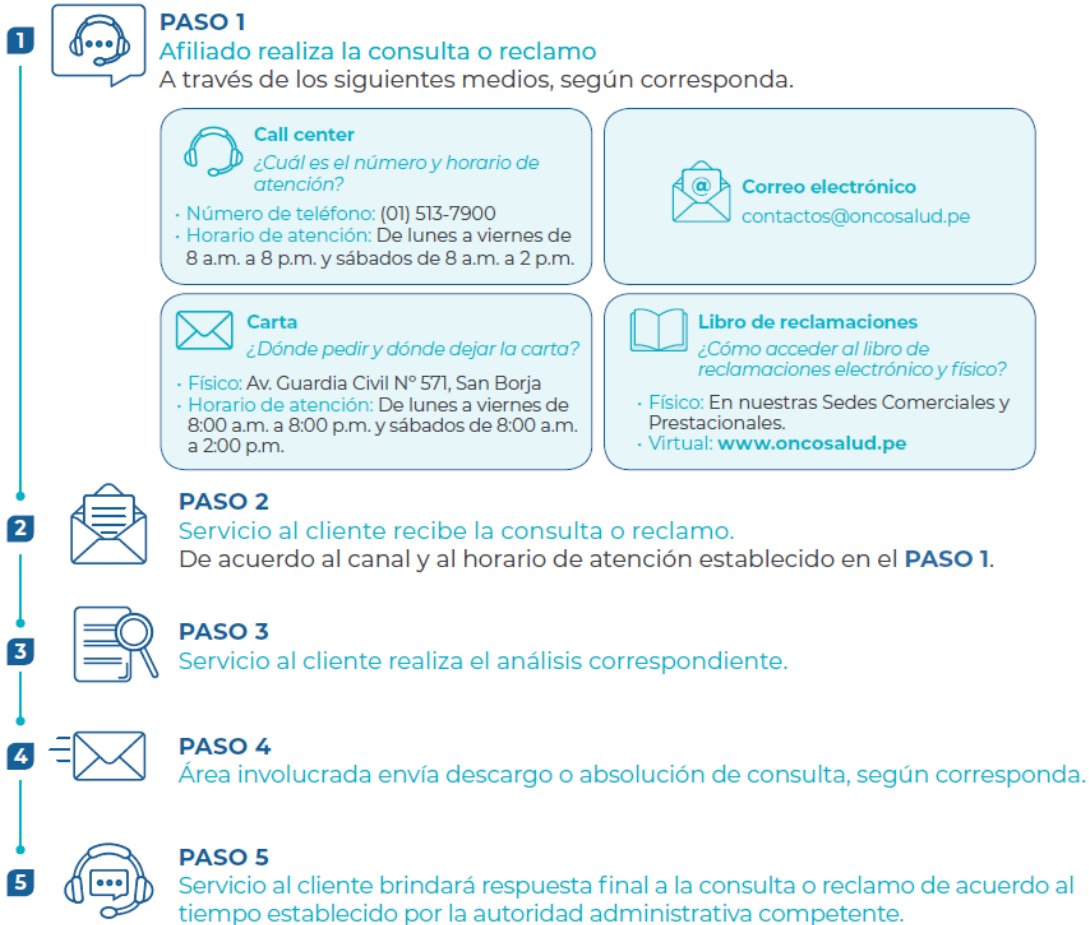
- a) Carta Simple o Notarial dirigido a la **IAFAS**.
- b) Libro de Reclamaciones ubicado de forma física en las oficinas o establecimientos de la **IAFAS**.
- c) Libro de Reclamaciones Virtual disponible en la página web institucional de la **IAFAS**.
- d) Dirección de correo electrónico habilitada para consultas y/o reclamos, contactos@oncosalud.pe.
- e) Call Center de servicio al cliente de la **IAFAS** el mismo que se encuentra disponible en el número telefónico (01) 513-7900.

En caso de dudas sobre el procedimiento antes señalado, el **AFILIADO** puede contactarse al Call Center de servicio al cliente de la **IAFAS** al número telefónico (01) 513-7900 y/o al correo electrónico de la **IAFAS** contactos@oncosalud.pe.

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**).

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

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.

CONDICIONES ADICIONALES PARA AFILIACIONES WORKSITE PROGRAMA COMPLEMENTARIOS PREPAGADOS

A través de esta modalidad de afiliación individual, que acontece en la entidad empleadora con quien la **IAFAS** tiene vigente un convenio marco de cooperación para la afiliación de programas complementarios prepagados y recaudación de aportes, los **AFILIADOS** podrán acceder a los siguientes beneficios tarifarios en sus aportes:

1. DEFINICIÓN

AFILIACIÓN WORKSITE: Modalidad de afiliación individual que brinda acceso a beneficios tarifarios para la afiliación de programas complementarios prepagados y recaudación de aportes a través de un convenio marco de cooperación vigente entre la **IAFAS** y la entidad empleadora del **CONTRATANTE**. El pago de aportes se realiza a través de descuento en la remuneración mensual del **CONTRATANTE** por su entidad empleadora.

2. CARACTERÍSTICAS

- Este beneficio aplica exclusiva y únicamente para afiliaciones realizadas a través de esta modalidad de afiliación.
- El aporte es asumido por el trabajador **CONTRATANTE**, exclusivamente a través del descuento de su remuneración por parte de la entidad empleadora.
- Esta modalidad de afiliación y sus beneficios tarifarios tendrá una vigencia anual para los **AFILIADOS** que ingresen al convenio en la fecha de renovación de este. Para las afiliaciones que ingresan durante la vigencia del convenio marco de cooperación, podrán mantener las condiciones del programa y tarifas vigentes hasta la renovación más próxima del convenio marco de cooperación.
- Lo indicado en el párrafo precedente, conserva validez en tanto el **CONTRATANTE** tenga vinculación laboral con su entidad empleadora y este mantenga en eficacia el convenio marco de cooperación con la **IAFAS**.

3. MODIFICACIONES A LA AFILIACIÓN

- El **CONTRATANTE** puede solicitar la incorporación de nuevos **AFILIADOS** con posterioridad al inicio de la vigencia del presente **CONTRATO**, según los términos y condiciones estipulados en el convenio marco de cooperación entre el empleador y la **IAFAS**, aplicándose los mismos requisitos de afiliación señalados en el **Anexo 1** del **CONTRATO**. Del mismo modo, se encuentran sujetos a las condiciones establecidas por su programa contratado.
- El **CONTRATANTE** declara tener conocimiento y responsabilidad de la información brindada del **AFILIADO** o los **AFILIADOS**. Asimismo, se compromete a informar de forma inmediata a los mismos, respecto al contenido y alcances del presente **CONTRATO**.

4. REQUISITOS PARA CONTINUIDAD A AFILIACIÓN INDIVIDUAL POR DESVINCULACIÓN LABORAL

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

- El **AFILIADO** titular deberá presentar los documentos que acrediten la conclusión del vínculo laboral en el que consigne la fecha de cese ante la **IAFAS** dentro de sesenta (60) días calendario posteriores a la conclusión del vínculo laboral en las oficinas de la **IAFAS** los cuales se detallan en el **Anexo 5**, trascurrido dicho tiempo el **AFILIADO** y sus derechohabientes perderán todo derecho de registro de continuidad de afiliación y de cobertura.
- El **AFILIADO** titular y sus derechohabientes afiliados, deben haber permanecido inscritos en el programa complementarios prepagados como mínimo tres (03) meses continuos y no presentar deuda.

2. La continuidad aplica siempre que el programa se encuentre contemplado en el portafolio vigente de la **IAFAS** al momento del cese; de lo contrario, el **AFILIADO** podrá migrar al programa que se ajuste a sus intereses y que se encuentre disponible en dicho portafolio, debiendo asumir los aportes público vigente y forma de pago establecida para el programa contratado.

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

5. APOORTE ESPECIAL WORKSITE POR AFILIADO:

TARIFARIO MENSUAL	
Rango de edad	Tarifas corporativas Oncoplus
00 - 25	S/ 8.90
26 - 30	S/ 26.50
31 - 35	S/ 28.50
36 - 40	S/ 33.50
41 - 45	S/ 70.50
46 - 50	S/ 88.50
51 - 55	S/ 115.50
56 - 60	S/ 176.00
61 - 65	S/ 236.20
66 - 70*	S/ 306.00
Más de 70*	S/ 372.00

- Aportes mensuales incluyen IGV.

6. IMPORTANTE

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



Guillermo Michell Lécaros Gutiérrez
DNI 10308857
Apoderado Especial

Código OS.SP.P.02.80
Revisión: 00

CONTENIDO

RESUMEN	1
CLÁUSULAS GENERALES	2
CLÁUSULA PRIMERA: OBJETO	2
CLÁUSULA SEGUNDA: CONTENIDO.....	2
CLÁUSULA TERCERA: DEFINICIONES	3
CLÁUSULA CUARTA: COBERTURA, GARANTÍA Y CONDICIONES.....	8
CLÁUSULA QUINTA: PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD.....	8
CLÁUSULA SEXTA: PRESTACIONES DE SALUD PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES	8
CLÁUSULA SÉPTIMA: EXCLUSIONES Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS.....	9
CLÁUSULA OCTAVA: DEL AFILIADO / ASEGURADO O LOS AFILIADOS / ASEGURADOS DE LA COBERTURA CONTRATADA	9
CLÁUSULA NOVENA: INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA	9
CLÁUSULA DÉCIMA: LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO.....	9
CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: REFERENCIAS	10
CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA: APORTES E INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE APORTES	10
CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA: COPAGOS.....	11
CLÁUSULA DECIMO CUARTA: REAJUSTE DE APORTES Y/O COPAGOS.....	11
CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA: INFORMACIÓN	12
CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA: EXÁMENES MÉDICOS Y DECLARACIONES DE SALUD	12
CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA: PLAZO CONTRACTUAL.....	12
CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA: DOMICILIO.....	13
CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	13
CLÁUSULA VIGÉSIMA: RESOLUCIÓN DE CONTRATO.....	13
CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA. MODALIDAD DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO	14
CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA: MODIFICACIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA....	14
CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA: CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES..	14
CLÁSULAS PARTICULARES	16
1. RELACIÓN DE PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO.....	16
1.1. PRESTACIONES AMBULATORIAS	16
1.2. PRESTACIONES DOMICILIARIAS: CUIDADOS PALIATIVOS, TERAPIAS DEL DOLOR Y CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO HOSPITALARIO EN DOMICILIO.....	16
1.3. PRESTACIONES HOSPITALARIAS	17
2. DESCRIPCIÓN Y ALCANCE DE LAS PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA.....	17
2.1. PRESTACIONES GENERALES.....	17
2.2. OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS:	22

3. PERTINENCIA DE LAS PRESTACIONES ONCOLÓGICAS.....	25
ANEXO 1: PLAN DE SALUD.....	26
ANEXO 2: APORTES Y FORMAS DE PAGO.....	32
ANEXO 3 - EXCLUSIONES, GASTOS NO CUBIERTOS Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS.....	36
ANEXO 4 – ACTIVACION DEL PROGRAMA ONCOLÓGICO	39
ANEXO 5 – RED DE ATENCIÓN.....	41
ANEXO 6 – FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS.....	44
CONDICIONES ADICIONALES PARA AFILIACIONES WORKSITE PROGRAMA COMPLEMENTARIOS PREPAGADOS	46
1. DEFINICIÓN.....	46
2. CARACTERÍSTICAS.....	46
3. MODIFICACIONES A LA AFILIACIÓN	46
4. REQUISITOS PARA CONTINUIDAD A AFILIACIÓN INDIVIDUAL POR DESVINCULACIÓN LABORAL 47	
5. APORTE ESPECIAL WORKSITE POR AFILIADO:.....	47
6. IMPORTANTE.....	48