

CONTRATO DE PRESTACIONES PREPAGADAS DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMA DR. AUNA

CONTRATANTE WORKSITE

CONTRATO DE PRESTACIONES PREPAGADAS DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMA DR. AUNA

CONDICIONES GENERALES

Conste por el presente documento, las **CONDICIONES GENERALES** del **CONTRATO** de Prestaciones de Servicios de Salud, que celebran de una parte **ONCOSALUD S.A.C.**, identificado con R.U.C. N° 20101039910 y RIAFAS N° 20006, domiciliado en Av. República de Panamá N° 3461, Piso 14, Distrito de San Isidro, Provincia y Departamento de Lima, 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 procede por su propio derecho y en representación de sus derechohabientes y/o dependientes, quien ha optado por contratar la cobertura de prestaciones de salud con la **IAFAS** para quienes en adelante se denominarán como los **AFILIADOS** o el **AFILIADO**, según corresponda, en los términos y condiciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES

La **IAFAS** es una persona jurídica constituida y debidamente registrada ante la Superintendencia Nacional de Salud (**SUSALUD**), con arreglo a las disposiciones del TUO de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, y el Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud aprobado por el DS-008-2010-SA y demás disposiciones complementarias, cuyo objeto es de brindar cobertura de aseguramiento en salud complementaria al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (**PEAS**), bajo la modalidad de prestación de servicios de salud.

El **CONTRATANTE** es una persona natural que desea suscribir el presente **CONTRATO** de manera voluntaria y, por tanto, ha optado por la contratación de la cobertura de servicios de salud con la **IAFAS**, tanto para sí como para las demás personas incluidas en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, que forma parte integrante del presente **CONTRATO**, a quienes en conjunto se denominará como los **AFILIADOS**.

El **CONTRATANTE** declara que mantiene una relación laboral por lo que recibe una remuneración mensual que garantiza el pago de los aportes y la modalidad de pago prevista en el presente Contrato. En ese sentido, el **CONTRATANTE** reconoce que la vigencia de su relación laboral y la autorización otorgada a su entidad empleadora para el descuento de su remuneración por concepto de aportes de su afiliación, son condiciones esenciales para el acceso a las tarifas preferenciales y otros beneficios que otorgan el presente Contrato de afiliación.

CLÁUSULA SEGUNDA: OBJETO

En virtud del presente “Contrato de Prestaciones de Servicios de Salud” (en adelante, el **CONTRATO**), la **IAFAS** otorga a los **AFILIADOS** cobertura de prestaciones de recuperación de la salud de manera complementaria a la cobertura obligatoria al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), conforme a los límites y condiciones señalados en las **CONDICIONES GENERALES** y **PARTICULARES** del **CONTRATO**.

La cobertura de las prestaciones de servicios de salud contempladas en las **CONDICIONES GENERALES** y en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO** son de naturaleza voluntaria y se regirán conforme a las cláusulas establecidas en el **CONTRATO**.

El programa otorga también, a favor del(los) **AFILIADO(s)**, acceso a descuentos preferenciales sobre las tarifas vigentes al público, detallados en el [Anexo 02](#), en las **IPRESS** que integran la Red de Atención detallada en el [Anexo 05](#) para sus diversas necesidades médicas no contempladas y/o no cubiertas en el plan contratado.

CLÁUSULA TERCERA: CONTENIDO

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

- 3.1. **SOLICITUD DE AFILIACIÓN:** Documento en el que el **CONTRATANTE** propone (i) la relación de **AFILIADOS**; (ii) programa seleccionado; y, (iii) la modalidad de pago por descuento de remuneración.
- 3.2. **CONDICIONES GENERALES:** Conjunto de cláusulas que establecen las condiciones mínimas que rigen la cobertura de las prestaciones de salud.
- 3.3. **CONDICIONES PARTICULARES:** Contiene la descripción pormenorizada del alcance, limitaciones y **EXCLUSIONES** del programa de salud contratado, incluyendo la red de atención, copagos, deducibles, aportes adicionales, obligaciones administrativas de las Partes y otras relevantes que conducen el vínculo entre el **AFILIADO** y la **IAFAS**.

CLÁUSULA CUARTA: DEFINICIONES

- 4.1. **ACCIDENTE:** Suceso eventual imprevisto, fortuito u ocasional, producido por acción de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad, pudiendo resultar en daño para la vida o la salud.
- 4.2. **AFILIADO:** Persona que ha suscrito, o por quien se ha suscrito un **CONTRATO** de Servicios de Salud Prepagados, a través del cual tiene derecho a los beneficios del plan o programa de salud contratado, previa aceptación por la Entidad que presta Servicios de Salud Prepagados (ESSP).
- 4.3. **AFILIACIÓN INDIVIDUAL:** Modalidad mediante la cual el **AFILIADO** formaliza su relación de aseguramiento en salud con una **IAFAS** a título personal, en virtud de un **CONTRATO** suscrito con esta. En el caso de los dependientes, la **IAFAS** respectiva deberá registrarlos individualmente, señalando expresamente cualquier limitación que le resulte aplicable respecto de la cobertura del titular.
- 4.4. **AFILIACIÓN WORKSITE:** Modalidad de afiliación individual que acontece en su entidad empleadora con el **CONTRATANTE**, otorgándole acceso a beneficios tarifarios, siendo el pago de aportes a través de descuento en su remuneración por parte del **CONTRATANTE**, con quien la **IAFAS** tiene vigente un convenio marco de cooperación para la afiliación de programas complementarios prepagados y recaudación de aportes.
- 4.5. **AFILIACIÓN COLECTIVA O CORPORATIVA:** La que se realiza a través de cualquier organización, empresa o entidad empleadora, en virtud a un **CONTRATO**.
- 4.6. **APORTE:** Pago periódico, establecido en el **CONTRATO** a que se compromete el **AFILIADO** o **CONTRATANTE** a abonar en forma adelantada a la Entidad que presta Servicios de Salud Prepagados (ESSP) por los beneficios del plan o programa de salud contratado.

- 4.7. **BENEFICIOS:** Derechos del (los) **AFILIADO(s)**, según las condiciones establecidas en el programa contratado.
- 4.8. **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL:** Monto del beneficio del programa contratado. Los gastos médicos incurridos por el(los) **AFILIADOS** durante el periodo de la vigencia anual, reduce automáticamente el monto del beneficio, sin lugar a restitución hasta la celebración de una nueva anualidad del contrato. El monto del Beneficio Máximo anual no es acumulable entre renovaciones y no incluye IGV.
- 4.9. **CONTRATO:** Documento que contiene las condiciones que suscriben las Entidades que prestan Servicios de Salud Prepagados (ESSP) 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.
- 4.10. **CONTRATANTE:** Toda persona natural o jurídica que suscribe un **CONTRATO** de servicios con una Entidad que presta Servicios de Salud Prepagados (ESSP), para su exclusivo beneficio, para beneficio de terceros o ambos.
El **CONTRATANTE**, salvo en los casos en los que en el **CONTRATO** se encuentren obligaciones expresas a cargo de los **AFILIADOS**, es el único responsable frente a la Entidad que presta Servicios de Salud Prepagados (ESSP), por el cumplimiento de las obligaciones contractuales asumidas; en consecuencia, el **CONTRATANTE** podrá convenir con las Entidades que prestan Servicios de Salud Prepagados, modificaciones a las condiciones del **CONTRATO** sin que se requiera para ello la aprobación del(los) **AFILIADO(s)**. El **CONTRATANTE** es el único responsable frente a la **IAFAS** por el cumplimiento de las obligaciones contractuales asumidas.
- 4.11. **CONTINUIDAD:** Reconocimiento del tiempo de permanencia, en los contratos inmediatamente anteriores a la vigencia del nuevo **CONTRATO** con la misma Entidad que presta Servicios de Salud Prepagados (ESSP), con el mismo plan o programa de salud, con el objeto de dar cobertura a una enfermedad cuyo desarrollo y tratamiento médico se hubiera iniciado durante la vigencia del **CONTRATO** anterior.
- 4.12. **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 Entidad que presta Servicios de Salud Prepagados (ESSP).
- 4.13. **DEDUCIBLE:** Importe fijo a pagar por el **AFILIADO** por los servicios cubiertos, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican deducibles se especifican en el **PLAN DE BENEFICIOS** de las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**. Una misma atención puede estar afecta al pago de copago y deducible.
- 4.14. **DÍAS:** Días calendario.
- 4.15. **DOLENCIAS AGUDAS:** son aquellas condiciones de salud o enfermedades que presentan síntomas precisos y definidos, de aparición súbita o repentina, en general de menos de tres meses de duración y que no son reconocidas como enfermedades crónicas por la Organización Mundial de la Salud (que define como enfermedad crónica a aquella afección que por lo general se caracteriza por durar 3 meses o más, tiene carácter permanente, evolutivo y a través de intervenciones de salud puede ser mitigada o controlada).
- 4.16. **EMERGENCIA:** Es toda condición repentina e inesperada que requiere atención y procedimiento quirúrgicos y/o médicos inmediatos al poner en peligro inminente la vida, la salud o que pueden dejar secuelas invalidantes en el **AFILIADO**. La determinación de la condición de EMERGENCIA es realizada por el profesional médico encargado de la atención, bajo responsabilidad.

- 4.17. **ENFERMEDAD CONGÉNITA:** Son todas aquellas que se producen en la etapa de gestación, es decir presentes desde el nacimiento, listadas en el capítulo XVII del Código Internacional de Enfermedades, 10° edición (CIE-10) “Malformaciones congénitas”.
- 4.18. **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.
- 4.19. **EXCLUSIONES:** Son aquellas intervenciones de salud no cubiertas por el programa de salud contratado, las mismas que son detalladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**.
- 4.20. **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.
- 4.21. **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.
- 4.22. **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.
- 4.23. **PERÍODO DE CARENCIA:** Plazo mínimo de permanencia en el plan o programa de salud para tener derecho a los beneficios establecidos en este. Los **PERÍODO DE CARENCIA** se contabilizan en forma individual por cada **AFILIADO**. Las enfermedades o condiciones de salud que ocurran o le sean diagnosticadas al **AFILIADO** durante este periodo no serán cubiertas durante todo el periodo de vigencia del **CONTRATO** ni en sus renovaciones.
- 4.24. **PERÍODO DE ESPERA:** Plazo mínimo de permanencia en el plan o programa de salud para tener derecho o no, a la activación de algunos beneficios o coberturas. Los **PERÍODOS DE ESPERA** se contabilizan en forma individual por cada **AFILIADO**. Culminado este período, a diferencia del **PERÍODO DE CARENCIA**, la **IAFAS** otorgará la cobertura a aquellas prestaciones.
- 4.25. **PLAN DE BENEFICIOS:** Es el documento que detalla los beneficios que otorga la Entidad de Servicios de Salud Prepagados (ESSP).
- 4.26. **PREEXISTENCIA:** Es cualquier condición de alteración del estado de salud con evidencia clínica, diagnosticada por un profesional de salud colegiado, conocida o no por el **CONTRATANTE**, **AFILIADO** o sus derechohabientes, y consignada en una historia clínica u otro documento o registro con validez legal, no resuelta, y declarada o no, en el momento previo a llenar y suscribir la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** o el **CONTRATO**.
- 4.27. **SALUD:** Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
- 4.28. **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.

CLÁUSULA QUINTA: COBERTURA Y CONDICIONES

La **IAFAS** otorga a los **AFILIADOS** la cobertura sobre las prestaciones de recuperación de la salud para la atención de las contingencias, patologías y demás servicios comprendidos en el plan de salud y descritos en las **CONDICIONES PARTICULARES**, la cual es parte integrante del presente **CONTRATO**, una vez superado el **PERIODO DE CARENCIA** descrito en el [anexo 01](#).

CLÁUSULA SEXTA: REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN

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

1. Datos Generales del (los) **AFILIADO**(s).
2. Identificación y selección del plan optado.
3. Indicación de la modalidad de pago de las aportaciones por efectuar, a través de descuento de su remuneración por parte de su empresa empleadora.

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** (en caso aplique), 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 de los **AFILIADOS**, por parte del **CONTRATANTE**, constituye incumplimiento de las obligaciones del **CONTRATANTE** y, en consecuencia, la **IAFAS** se reserva la facultad para resolver unilateral y automáticamente la **AFILIACION** 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, la **IAFAS** podrá exigir al **AFILIADO** 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**, así mismo que cuenta con representación suficiente del(los) menor(es) de edad y estar plenamente facultado para suscribir el presente **CONTRATO**.

CLÁUSULA SÉPTIMA: 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** respectiva, aplicándose los mismos requisitos de afiliación señalados en el numeral 1 de la cláusula sexta del presente **CONTRATO**. Del mismo modo, se encuentran sujetos a un nuevo **PERÍODO DE CARENCIA** de acuerdo al programa.

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

CLÁUSULA OCTAVA: DE LA DESAFILIACIÓN

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

- Por la culminación del supuesto de hecho que le daba la condición de **AFILIADO**.
- Por la extinción del **CONTRATO** de Prestaciones de Servicios de Salud por las causales de caducidad, no renovación, resolución, rescisión, o nulidad del **CONTRATO**.
- Por la extinción del convenio suscrito entre la **IAFAS** y la empresa empleadora del **AFILIADO**.

Del mismo modo, el **CONTRATANTE** tiene el derecho a solicitar de forma libre y voluntaria su **DESAFILIACIÓN**, para lo cual deberá comunicarlo a su empresa empleadora y, a la **IAFAS** a través de la central telefónica (01)513-7900 en el horario de Lunes a Viernes de 8:00am a 8:00pm.

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 física o electrónica, sea remitida por la entidad empleadora a la **IAFAS** en el plazo establecido en el convenio marco de cooperación.

CLÁUSULA NOVENA: VIGENCIA DEL CONTRATO

El presente **CONTRATO** se celebra por un plazo de un (1) año, comenzando a regir a partir del primer día del mes siguiente de cancelado el primer aporte del programa de salud elegido y quedará automáticamente renovado por igual plazo bajo los términos y condiciones vigentes a la renovación, salvo que cualquiera de las partes manifieste, mediante aviso escrito cursado con treinta (30) días calendario de anticipación, su voluntad de no renovarlo, o de modificar los términos contractuales.

Siempre que el **CONTRATO** quede renovado, el **AFILIADO** no estará sujeto a un nuevo **PERÍODO DE CARENCIA**. Además, no se considerarán como enfermedades preexistentes aquellas que se hayan originado durante la vigencia del **CONTRATO**, en tanto que la renovación se realice en los plazos y condiciones establecidas en el presente **CONTRATO**.

CLÁUSULA DÉCIMA: PERTINENCIA DE LAS PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD

La cobertura de salud que la **IAFAS** otorga a favor del **AFILIADO** en virtud del presente **CONTRATO**, comprende las condiciones y prestaciones de salud contenidas en las **CONDICIONES PARTICULARES**, que correspondan a los conceptos de pertinencia; las cuales se encuentran acorde con las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la Red de Atención indicada en el [Anexo 05](#) con base al cumplimiento de los siguientes criterios:

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

Que, el tratamiento y el (los) fármaco(s) indicado(s), hayan concluido exitosamente el **ENSAYO CLÍNICO DE FASE III** y se encuentren comprendidos en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **Red de Atención**.

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

De igual forma aplican para el otorgamiento de cobertura de cualquier prestación relacionada, siempre que se encuentren descritos en el **PLAN DE BENEFICIOS** que forma parte de las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO** y no se encuentren comprendidos en las **EXCLUSIONES** detalladas en el [Anexo 03](#).

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA

El inicio de la vigencia del **CONTRATO** será a partir del primer día del mes siguiente de cancelada la primera cuota del programa, previa recepción y suscripción de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** por parte de la **IAFAS**.

El inicio de la cobertura de las prestaciones por parte del programa, se dará una vez transcurrido el o los **PERÍODOS DE CARENIA** o **ESPERA** que se consignan en el [Anexo 01](#), con excepción de las tarifas preferenciales y/o descuentos tarifarios concedidos de manera preferencial sobre las tarifas prestacionales vigentes al público en las **IPRESS** que integran la red de atención del plan de salud contratado, a los cuales podrá acceder a partir del primer día del mes siguiente de haber cancelado su cuota, los mismo que se describen en el [Anexo 02](#).

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA: LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y DIRECTORIO MÉDICO

El otorgamiento de las prestaciones de recuperación de salud del programa, amparadas bajo el presente **CONTRATO**, se realizará exclusivamente a través de las **IPRESS** que integran la red de atención detallada en el [Anexo 05](#) de las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**; en el que consta la dirección de los establecimientos.

La **IAFAS** informará al **CONTRATANTE** ya sea por medios digitales o físicos, o a través de su página web, cualquier cese definitivo del servicio que brinde alguno de los establecimientos de salud mencionados en el programa y/o las modificaciones que puedan surgir.

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA: RESPONSABILIDAD DE LAS IAFAS

La **IAFAS** es responsable frente al **AFILIADO** por los servicios que preste relacionados a la acreditación y aprobación de coberturas; sin perjuicio de la responsabilidad que pudiera recaer en otras personas naturales o jurídicas, ni del derecho de repetición a que hubiera lugar.

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA: REFERENCIAS

La **IAFAS** se obliga a atender al **AFILIADO** que requiera sus servicios. Si su condición de salud determina que el tratamiento excede las coberturas contratadas en el **PLAN DE BENEFICIOS** contenido en las **CONDICIONES PARTICULARES**, coordinará la referencia del paciente a la **IPRESS** que corresponda de acuerdo con su programa de cobertura obligatoria y/o complementaria.

En caso que las prestaciones que demande la asistencia al **AFILIADO**, excedan la cobertura del programa contratado y/o cuando el **AFILIADO** no cuente con cobertura por otros planes o programas de protección, los gastos incurridos no cubiertos correrán por cuenta del **AFILIADO**.

Del mismo modo, se otorga también al **AFILIADO** acceso a descuentos preferenciales en las **IPRESS** que integran las **CLÍNICAS AUNA**, los mismos que se encuentran detallados en el [Anexo 02](#) del presente **CONTRATO**.

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA: APORTES Y FORMAS DE PAGO

Como contraprestación por la contratación de la cobertura de las prestaciones de salud, el **CONTRATANTE** pagará a la **IAFAS** los aportes detallados en el [Anexo 04](#) de las **CONDICIONES PARTICULARES**, los mismos que incluyen los tributos de ley y gastos correspondientes.

Los aportes podrán ser abonados según las modalidades que contemple el programa de salud 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.

La falta de pago oportuno de los aportes a la **IAFAS** determina la aplicación de intereses compensatorios, moratorios y/o penalidades por pagos tardíos. Para dichos efectos, la **IAFAS** aplicará, por cada día de atraso hasta la cancelación total del monto adeudado, la tasa promedio de interés establecida por ley o por la autoridad competente, sin necesidad de intimación para la constitución en mora.

Para cualquier modalidad de pago y/o forma de fraccionamiento de los aportes elegidos, 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 la cláusula siguiente. 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.

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA: INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE LOS APORTES

Siempre que el **CONTRATANTE** incumpla con el pago de los aportes 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.

En caso de que el incumplimiento en el pago de los aportes se mantenga durante sesenta (60) días calendario adicionales al período establecido en el párrafo precedente, el **CONTRATANTE**, previo pago del monto total de los aportes vencidos, podrá mantener el programa adquirido, cuya cobertura se reactivará a partir del día siguiente de la fecha efectiva de pago a la **IAFAS**.

Superado el transcurso de los noventa (90) días referidos en los párrafos precedentes, el **CONTRATO** se resolverá indefectiblemente y de forma automática, sin que se requiera comunicación alguna de la **IAFAS** al **CONTRATANTE**. Sin perjuicio de ello, el **CONTRATANTE** podrá solicitar nuevamente la afiliación, previa cancelación de los aportes adeudados y los intereses correspondientes a la Cláusula Décimo Quinta.

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA: COPAGOS Y DEDUCIBLES

Determinadas prestaciones, materia del presente **CONTRATO**, pueden estar sujetas a **COPAGOS** y **DEDUCIBLES** a cargo del **AFILIADO**, los cuales se indican en el **PLAN DE BENEFICIOS** que forma parte de las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.

En caso que no exista cobertura para las condiciones de salud del **AFILIADO** o que se exceda las condiciones del plan contratado, los gastos de atención no cubiertos correrán por cuenta del (los) **AFILIADO(s)**. No obstante, tendrán acceso a descuentos preferenciales sobre las tarifas prestacionales privadas vigentes al público en las **IPRESS** que integran la Red de Atención y demás Clínicas Auna, para sus diversas necesidades médicas no contempladas y/o no cubiertas por el presente **CONTRATO**, los cuales se detallan en el **Anexo 02**.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA: MODIFICACIÓN DE APORTES Y/O COPAGOS

La estimación de aportaciones a pagar por el **CONTRATANTE** se establece en función a la siniestralidad esperada del programa (costos de los distintos tratamientos), los gastos proyectados de comercialización, operativos y administrativos; y al margen requerido por la **IAFAS**.

La siniestralidad esperada depende del perfil de edades de la población afiliada, siendo creciente con la edad. Por lo que, el monto final resultante a pagar por el **CONTRATANTE** para cada edad alcanzada al momento de la afiliación o renovación es modificado buscando una subvención del riesgo entre edades, de manera que los incrementos en el monto de las aportaciones sean más equilibrados, con una subvención mayor para las edades avanzadas.

La **IAFAS** podrá notificar la modificación de los aportes y copagos del **CONTRATO** durante la vigencia del mismo, con una anticipación mínima de treinta (30) días calendario a la fecha de renovación o vencimiento del **CONTRATO**. Transcurrido este período, las modificaciones entrarán en vigencia en la misma fecha de la renovación del **CONTRATO** y el **CONTRATANTE** tendrá hasta noventa (90) días calendario contados a partir de la fecha de recepción de la notificación de modificación para manifestar su disconformidad, lo que dará mérito a la no renovación y terminación del **CONTRATO**.

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA: RENOVACIÓN DEL VALOR MÁXIMO DE PRESTACIONES OTORGADAS BAJO COBERTURA DEL PROGRAMA POR AFILIADO Y POR CADA ANUALIDAD

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

La cantidad de prestaciones correspondientes a una nueva anualidad, no podrá ser requerido para coberturas en forma retroactiva, es decir, para cubrir prestaciones incurridas antes de la renovación.

CLÁUSULA VIGÉSIMA: INFORMACIÓN

La **IAFAS** pone a disposición de los **AFILIADOS** el programa de salud en formato digital a través de su página web disponible en el link <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>, a fin de permitir su acceso a la información de forma oportuna, clara y precisa.

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA: DOMICILIO Y NOTIFICACIONES

Las Partes señalan como domicilio real el que se indica en la introducción del presente **CONTRATO** y/o en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**.

Asimismo, las Partes establecen que se considerarán válidamente dirigidas para todo efecto legal las comunicaciones y/o notificaciones vinculadas a este **CONTRATO** que se realicen a través de los medios físicos, electrónicos o analógicos (dirección, correo electrónico, celular, teléfono y/o cualquier otro permitido) declarados por las Partes en el **CONTRATO** y/o en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**.

En caso alguna de las partes varíe alguno de tales medios de contacto, deberá comunicarlo al correo electrónico de la contra parte señalado con un mínimo de cinco (5) días hábiles de anticipación y con cargo de recepción.

La **IAFAS** no se hace responsable de las consecuencias derivadas de la inexactitud del domicilio real y/o de cualquiera de los medios de contacto declarados por el **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA: ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

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

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

Para un mayor detalle, el procedimiento de atención de consultas y reclamos de la **IAFAS** se detalla en el **Anexo 07** de las **CONDICIONES PARTICULARES**. 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 .

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA: TERMINACIÓN DEL CONTRATO Y CAUSALES DE RESOLUCIÓN

Este **CONTRATO** terminará en los siguientes supuestos:

- 23.1. Por vencimiento del plazo de vigencia del **CONTRATO** sin que medie renovación alguna.
- 23.2. Por mutuo acuerdo de las Partes.
- 23.3. Por fallecimiento del **CONTRATANTE**, para ello los herederos legales deberán informar el deceso a la **IAFAS**. La devolución de los aportes del mismo procederá a partir de la presentación del certificado de defunción. En caso los **AFILIADOS** requieran continuar en el programa, deberán presentar una nueva **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** a la **IAFAS**, la cual procederá según las condiciones vigentes al público para este programa. Cuando uno de los **AFILIADOS** (que no es **CONTRATANTE**) fallece no se culminará el **CONTRATO**, solo se procederá con la desafiliación del mismo siendo el **CONTRATANTE** el responsable de informar el deceso a la **IAFAS**. En caso corresponda la devolución de aportes del mismo procederá a partir de la presentación del certificado de defunción.

El **CONTRATO** podrá ser resuelto por cualquier de las siguientes causales:

- 23.4. Por incumplimiento grave y reiterado de las obligaciones de las Partes establecidas en este **CONTRATO**. En este supuesto la Parte que reclame el incumplimiento deberá enviar una comunicación a la otra Parte solicitando que en el plazo no mayor de treinta (30) días subsane el incumplimiento. Vencido el plazo sin que medie cumplimiento, el **CONTRATO** quedará resuelto de forma automática.
- 23.5. En caso del término o cese de la relación laboral del **AFILIADO**, que impida aplicar la modalidad de pago por descuento de remuneración prevista en el presente Contrato como condición esencial de acceso a las tarifas preferenciales.

A partir de la eventual fecha de resolución, la **IAFAS** quedará liberada de cualquier obligación futura frente al **CONTRATANTE** y/o **AFILIADOS**, sin excepción alguna, en relación a los términos y condiciones contenidos en el presente **CONTRATO**.

CLÁUSULA VIGÉSIMO CUARTA: CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

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

Los datos personales proporcionados serán 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” 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.

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.

CLÁUSULA VIGÉSIMO QUINTA: DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

El **CONTRATANTE** tiene el derecho de arrepentimiento para resolver el **CONTRATO**, sin expresión de causa ni penalidad alguna. Este derecho se podrá ejercer dentro de los treinta (30) días calendario siguiente a la fecha de pago de la primera cuota, debiendo la **IAFAS** devolver el monto del aporte que haya recibido. El **CONTRATANTE** para tal efecto deberá comunicarse con la **IAFAS**, por cualquier medio de comunicación o utilizando el mismo medio, forma y lugar que se usó para la contratación.

Pasado el plazo descrito en el párrafo anterior, el **CONTRATANTE** perderá el derecho de arrepentimiento, manteniéndose las obligaciones contractuales hasta finalizar el período amparado por la última cuota pagada por parte del **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEXTA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las Partes convienen expresamente que cualquier conflicto o controversia que no pudiera ser resuelta en trato directo entre la **IAFAS** y el **CONTRATANTE** o la **IAFAS** y el **AFILIADO**, será sometida en primera instancia a conciliación ante el Centro de Conciliación y Arbitraje (**CECONAR**) de la Superintendencia Nacional de Salud, conforme a las normas aplicables para tal efecto.

Si la controversia se mantuviera sin solución, esta será sometida a arbitraje de derecho bajo la organización y administración del Centro de Conciliación y Arbitraje (**CECONAR**) de la Superintendencia Nacional de Salud y de acuerdo con su Reglamento, y demás normas a las que las Partes se someten voluntaria e incondicionalmente. Para tales efectos, el Tribunal Arbitral estará conformado por tres (03) colegiados en el que la **IAFAS** deberá designar a un árbitro y, consecuentemente, el **CONTRATANTE** y/o el **AFILIADO** designará(n) al suyo. Todo ello conforme a las normas que regulen el arbitraje por parte de dicha institución, cuyo laudo será definitivo e inapelable.

CLÁUSULA VIGESIMO SÉPTIMA: MODIFICACIONES CONTRACTUALES

El presente **CONTRATO** podrá ser modificado por la **IAFAS**, por razones técnicas, circunstancias del mercado u otras razones similares o relacionadas, mediante aviso previo remitido al **AFILIADO** con treinta (30) días calendario de anticipación, a través de medios físicos, electrónicos o analógicos (dirección, correo electrónico, celular, teléfono y/o cualquier otro permitido). Las modificaciones señaladas por la **IAFAS** regirán a partir de la renovación del **CONTRATO**

El **CONTRATANTE** tendrá derecho a terminar la presente relación jurídica si no está de acuerdo con las modificaciones informadas, debiendo para ello comunicar por escrito, de manera física o por correo electrónico, su decisión de resolver el **CONTRATO**. En caso de que el **AFILIADO** no comunique su decisión de resolver el **CONTRATO** y continúe utilizando las prestaciones de salud establecidas por el mismo, después de haber recibido las modificaciones y de haber entrado en vigencia las mismas, se entenderá que el **CONTRATANTE** ha aceptado satisfactoriamente las modificaciones contractuales informadas.

CLÁUSULA VIGÉSIMO OCTAVA: REQUISITOS PARA CONTINUIDAD DE AFILIACIÓN INDIVIDUAL POR DESVINCULACIÓN O CESE LABORAL

El **CONTRATANTE** deberá cumplir con los siguientes requisitos:

1. El **CONTRATANTE** deberá presentar los documentos que acrediten la conclusión del vínculo laboral en donde 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.
2. El **AFILIADO** titular y sus derechohabientes afiliados, deben haber permanecido inscritos en el programa de salud como mínimo tres (03) meses continuos y no presentar deuda.

La continuidad aplica siempre que el programa se encuentre contemplado en el portafolio vigente de la **IAFAS** al momento de la desvinculación o cese laboral; 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.

CONTRATO DE PRESTACIONES PREPAGADAS DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMA DR. AUNA

CONDICIONES PARTICULARES

A través del presente documento se describe a nivel de detalle las condiciones asegurables, prestaciones y servicios, correspondientes al programa de salud los cuales se complementan con los **Anexos 01, 02, 03, 04, 05, 06 y 07** que son parte integrante del presente **CONTRATO**.

Los **AFILIADOS** tienen derecho a:

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

Atención de Teleconsulta.

La **TELECONSULTA** es aquella atención ambulatoria que se realiza a distancia a través del uso de las tecnologías de comunicación remota (aplicación informática Auna para dispositivos móviles y tabletas, App Auna) y permiten la interacción del staff médico designado para cada plan y el **AFILIADO**, para la atención y manejo de sus **DOLENCIAS AGUDAS**.

El programa otorgará una cobertura de hasta un máximo de atenciones durante la vigencia anual del **CONTRATO**, que están detalladas en el **PLAN DE BENEFICIOS**. Así mismo, el **AFILIADO** podrá hacer uso del máximo de **teleconsultas** cada 30 días, señalado en el **PLAN DE BENEFICIOS**, según su plan contratado. Si en caso el **AFILIADO** requiriese un número mayor de atenciones, podrá acceder a ellas a tarifas preferenciales y descuentos detallados en el [Anexo 02](#).

Para acceder al servicio, el **AFILIADO** deberá agendar su cita a través del App Auna, que para mayor comodidad se detalla el procedimiento en el [anexo 06](#). Así mismo, siendo que la atención se efectuará a través de videollamada, es necesario que el **AFILIADO** cuente con conectividad a internet estable.

Es indispensable tener presente que la **TELECONSULTA** es intransferible, es decir quien recibe la prestación debe ser el **AFILIADO** al programa, No obstante, para el caso de menores de edad y adultos mayores dependientes, es necesario que cuenten con la asistencia de un familiar durante la atención.

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

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

BENEFICIOS, así como a través de los descuentos y tarifas preferenciales detalladas en el [anexo 02](#).

Atención Ambulatoria (Consulta)

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

El programa otorgará una cobertura de hasta un máximo de atenciones durante la vigencia anual del **CONTRATO**, estando estas detalladas en el **PLAN DE BENEFICIOS**. Así mismo, el **AFILIADO** podrá hacer uso del máximo de consultas cada 30 días, señalado en el **PLAN DE BENEFICIOS**, según su plan contratado. Si en caso el **AFILIADO** requiriese un número mayor de atenciones, podrá acceder a ellas a tarifas preferenciales detalladas en el [Anexo 02](#).

Este beneficio aplica para todas las especialidades disponibles en cada **IPRESS** de la red de atención correspondiente a su plan, pudiendo reservar su cita a través del App Auna

Así mismo, el médico podrá prescribir medicamentos, exámenes de laboratorio e imágenes, los mismos que se ofertaran bajo las condiciones señaladas en el **PLAN DE BENEFICIOS**, así como a través de los descuentos y tarifas preferenciales detalladas en el [Anexo 02](#).

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

Este beneficio, no contempla procedimientos ni cirugías ambulatorias.

Atención de medicamentos

A través de este beneficio, se otorgará la cobertura de los medicamentos prescritos exclusivamente durante una **TELECONSULTA** o consulta cubierta por el programa, indicado en la receta física o electrónica enviada al **AFILIADO**, siempre que se encuentren en el listado de medicamentos detallado en link <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes> y hasta el monto máximo de señalado en el **PLAN DE BENEFICIOS** para cada atención, el mismo que no es acumulable para siguientes servicios.

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

Para el caso de las recetas generadas en atención presencial, la entrega de medicamentos será exclusivamente en la **IPRESS** de la red de atención donde se realizó la consulta médica.

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

Si en caso la receta indicada durante las atenciones cubiertas por el programa, superan el monto máximo para cada atención, la diferencia correrá a cargo del **AFILIADO**, pudiendo hacer uso de los descuentos y tarifas preferenciales detalladas en el [Anexo 02](#),

Estudios de Laboratorio e Imágenes

A través de este beneficio, se otorgará la cobertura de los exámenes de ayuda diagnóstica, tanto de laboratorio como imágenes, indicados únicamente durante una **TELECONSULTA** o consulta cubierta por el programa, hasta el monto máximo señalado en el **PLAN DE BENEFICIOS** para cada atención, el mismo que no es acumulable para siguientes servicios.

La atención de este beneficio será únicamente en las **IPRESS** detalladas en el [Anexo 05](#), con la opción de toma de muestra a domicilio para el caso de los exámenes de laboratorio, según zonas de cobertura detalladas en la página web disponible en el siguiente link <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>.

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

Si los exámenes de ayuda diagnóstica indicados durante las atenciones cubiertas por el programa, superan el monto máximo para cada atención señalado en el **PLAN DE BENEFICIOS**, la diferencia correrá a cargo del **AFILIADO**, pudiendo hacer uso de los descuentos y tarifas preferenciales detalladas en el [Anexo 02](#).

Despistaje anual de diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia

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

Los afiliados podrán acceder a este beneficio, según el plan contratado, superado el **PERIODO DE ESPERA**, previa validación del cumplimiento del pago de aportes a la fecha de la solicitud del beneficio y con una periodicidad anual, teniendo en cuenta su último despistaje efectivo.

Los exámenes médicos que conforman el paquete no son transferibles, acumulables, canjeables o intercambiables con otros exámenes que no correspondan al programa de salud contratado. Asimismo, el paquete no puede ser fragmentado y deberá concluirse en un período no mayor de treinta (30) días calendario contados desde el inicio del despistaje. Al finalizar este plazo, el **AFILIADO** deberá esperar el tiempo establecido en el **PLAN DE BENEFICIOS** para acceder nuevamente al próximo despistaje.

En caso el médico evaluador considere pertinente recomendar o indicar alguna prestación adicional como resultado de sus hallazgos (interconsultas con alguna especialidad, medicamentos, exámenes auxiliares o procedimientos), estas no formarán parte de este

beneficio ni de la cobertura del programa, para lo cual el **AFILIADO** podrá hacer uso de las tarifas preferenciales y descuentos detallados en el [Anexo 02](#).

El **AFILIADO** podrá reservar su cita llamando a la central telefónica de cada sede o acercándose presencialmente. Los números telefónicos y direcciones de cada IPRESS se encuentran detallados en el [Anexo 05](#).

Asistencia médica telefónica

Servicio de consejería y orientación al **AFILIADO** a través de un equipo especializado, sobre elección de una especialidad médica o servicio, efectos de medicamentos o suplementos, dudas sobre alguna enfermedad específica, solicitud de ambulancia, entre otros.

Este beneficio está disponible para el **AFILIADO**, según su plan contratado y con el detalle indicado en su **PLAN DE BENEFICIOS**, las 24 horas del día los 7 días de la semana. Para acceder a este beneficio el afiliado debe contactarse a través de la central telefónica (01) 700-6693.

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

Servicio de ambulancia por emergencia médica

El programa otorgará la cobertura del traslado terrestre en ambulancia desde el punto de recojo hasta la **IPRESS** más cercana, ante la eventualidad de que el **AFILIADO** sufra una emergencia médica o accidental.

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

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

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

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

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

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

Las atenciones deberán realizarse dentro las 24 horas de producido el evento y la determinación de la condición de **EMERGENCIA** es realizada por el profesional médico encargado de la atención. En caso que el evento médico iniciado en emergencia requiera atención ambulatoria y/o hospitalaria, los gastos correrán por cuenta del **AFILIADO**.

El programa otorga las siguientes prestaciones en sala de emergencias:

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

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

PLAN DE BENEFICIOS

La cobertura a la que el (los) **AFILIADO(S)** tiene(n) derecho a través del presente **CONTRATO**, corresponde de manera específica al plan **ELEGIDO** por el **CONTRATANTE** cuyos alcances, limitaciones, deducibles y copagos detallamos a continuación.

Condiciones de suscripción:

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN	
Beneficio Máximo anual	No aplica
Edad inicio de ingreso	Desde los 0 años.
Edad límite de ingreso	Sin Límite
Edad de límite de permanencia	No Aplica
Renovación	Anual , automática
Declaracion Jurada de Salud	No Aplica

*Aplica a todos los Planes

Condiciones de Cobertura:

COBERTURAS PRINCIPALES	Plan Básico
Atención de Teleconsulta	Sin Deducible y Sin Copago En la especialidad de Medicina Familiar. Hasta un máximo de 12 eventos durante la vigencia anual y cada 30 días.

COBERTURAS PRINCIPALES	Plan Clásico
Atención de Teleconsulta	Sin Deducible y Sin Copago En la especialidad de Medicina Familiar. Hasta un máximo de 12 eventos durante la vigencia anual y cada 30 días.
Medicamentos	Hasta S/ 60.00 por atención (sin IGV) Hasta un máximo de 12 eventos durante la vigencia anual y cada 30 días.
Laboratorio	Hasta S/ 40.00 por atención (sin IGV) Hasta un máximo de 12 eventos durante la vigencia anual y cada 30 días.
Imágenes	Hasta S/ 40.00 por atención (sin IGV) Hasta un máximo de 12 eventos durante la vigencia anual y cada 30 días.
Ambulancia Terrestre por Emergencia médica	Un único evento durante la vigencia anual Hasta S/300.00 (Sin IGV)

COBERTURAS PRINCIPALES	Plan Plus
Atención de Teleconsulta	Sin Deducible y Sin Copago Cualquier especialidad. Hasta un máximo de 6 eventos durante la vigencia anual y hasta 2 eventos cada 30 días.
Medicamentos	Hasta S/ 100.00 por atención (sin IGV) Hasta un máximo de 6 eventos durante la vigencia anual y hasta 2 eventos cada 30 días.
Laboratorio	Hasta S/ 100.00 por atención (sin IGV) Hasta un máximo de 6 eventos durante la vigencia anual y hasta 2 eventos cada 30 días.
Imágenes	Hasta S/ 100.00 por atención (sin IGV) Hasta un máximo de 6 eventos durante la vigencia anual y hasta 2 eventos cada 30 días.
Atención de Consulta	Sin Deducible y Sin Copago Cualquier especialidad. Hasta un máximo de 6 eventos durante la vigencia anual y hasta 2 eventos cada 30 días.
Medicamentos	Hasta S/ 100.00 por atención (sin IGV) Hasta un máximo de 6 eventos durante la vigencia anual y hasta 2 eventos cada 30 días.
Laboratorio	Hasta S/ 100.00 por atención (sin IGV) Hasta un máximo de 6 eventos durante la vigencia anual y hasta 2 eventos cada 30 días.
Imágenes	Hasta S/ 100.00 por atención (sin IGV) Hasta un máximo de 6 eventos durante la vigencia anual y hasta 2 eventos cada 30 días.
Atención en sala de emergencia (Médica y/o Accidental)	Hasta S/ 2,000.00 en la anualidad
Ambulancia Terrestre por Emergencia médica	Un único evento durante la vigencia anual Hasta S/300.00 (Sin IGV)

COBERTURAS COMPLEMENTARIAS	Plan Básico	Plan Clásico	Plan Plus
Descarte de diabetes y dislipidemia			
Colesterol total Glucosa LDL Triglicéridos Consulta de resultados	No Cubre	1 vez al año	1 vez al año
Asistencia médica telefónica	No Cubre	Sí cubre	Sí cubre

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

Las prestaciones están sujetas a exclusiones, gastos no cubiertos y limitaciones detallados en el [Anexo 03](#).

Contrato vigente a partir del 14 de mayo de 2021

Código OS.SP.P.02.43

Revisión: 00

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 01: Periodos de Carencia y/o Espera.

ANEXO 02: Tarifas preferenciales y descuentos.

ANEXO 03: Exclusiones, gastos no cubiertos y limitaciones.

ANEXO 04: Aportes.

ANEXO 05: Red de atención.

ANEXO 06: Procedimiento para agendar una Teleconsulta.

ANEXO 07: Flujograma de procedimiento de atención de consultas y reclamos.

ANEXO 01

PERIODOS DE CARENCIA Y/O ESPERA

Las siguientes prestaciones sólo serán cubiertas, luego de transcurrido el **PERÍODO DE CARENCIA O ESPERA** señalado a continuación.

Tipo de Prestación	Plan Básico	Plan Clásico	Plan Plus
Atención de Teleconsulta	Sin carencia	30 días	30 días
Atención de Consulta	No Aplica	No Aplica	30 días
Emergencia Médica y/o Accidental	No Aplica	No Aplica	Sin carencia
Ambulancia Terrestre por Emergencia	No Aplica	Sin carencia	Sin carencia
Descarte de diabetes y dislipidemia	No Aplica	6 meses	6 meses

El **PERÍODO DE ESPERA Y PERIODO DE CARENCIA** se contabilizan desde el inicio de vigencia de este programa, el mismo que empieza a partir del primer día del mes siguiente de cancelado el primer aporte, previa suscripción y recepción de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** por parte de la **IAFAS**.

ANEXO 02

TARIFAS PREFERENCIALES Y/O DESCUENTOS

Para la atención de las indicaciones del Staff Médico de las Clínicas Auna que no se encuentren bajo cobertura del programa, se otorga a los **AFILIADOS** las siguientes tarifas preferenciales y/o descuentos sobre el tarifario particular al público de las IPRESS que formen parte de la red disponible para este programa.

PRESTACIONES MÉDICAS A TARIFAS PREFERENCIALES					
CONCEPTO	TARIFAS Y DESCUENTOS*				
	Delgado	Valleaur Miraflores	Guardia Civil	Bellavista	C.M. Servimédicos
Consulta externa*	S/ 80	S/ 50		S/ 40	
Teleconsulta*	S/ 80	S/ 50		S/ 40	
Consulta de emergencia*	S/ 80	S/ 50		S/ 40	
Servicios Clínicos**	20%		20%		
Radiología	20%		15%		
Ecografía	20%		15%		
Otras imágenes	20%		15%		
Laboratorio clínico y patológico	20%		15%		
Medicamentos			10%		

* No aplica interconsultas de emergencia u hospitalaria.

** Según Listado de Servicios Clínicos de las IPRESS publicado en la página web <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>. No aplica sobre descuentos ni paquetes privados definidos por las IPRESS.

Los descuentos aplican sobre la tarifa privada vigente al público.

Las tarifas preferenciales incluyen IGV.

Ambos se encuentran sujetas a actualizaciones por parte de las IPRESS que conforman la Red de Atención.

Estos beneficios no aplican para prestaciones en los servicios de Emergencia y Hospitalización.

ANEXO 03

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**:

- A. Cualquier requerimiento de cobertura sobre prestaciones relacionadas a condiciones de salud o enfermedades preexistentes a la suscripción del presente **CONTRATO** y/o enfermedades crónicas y sus reagudizaciones, inclusive si hubiesen sido reveladas durante la inscripción.
- B. Prestaciones relacionadas a embarazo, aborto, parto natural o cesárea, así como sus complicaciones y/o consecuencias. Definidas en el capítulo XV del CIE 10 “Embarazo parto y puerperio” que codifica las Afecciones relacionadas o agravadas por el embarazo, el parto o el puerperio (causas maternas o causas obstétricas).
- C. Las renovaciones de receta de consultas médicas anteriores, así como prescripciones procedentes de teleconsultas no cubiertas por el programa. Es decir, la provisión de farmacia se dará una única vez por receta.
- D. Leches maternizadas y alimentos o sustitutos alimenticios, aunque sea con fines terapéuticos.
- E. Fármacos como ansiolíticos, antipsicóticos, antidepresivos, vitaminas, suplementos alimenticios, suplementos nutricionales, productos naturales (hierbas y sus derivados, levaduras, probióticos, uso medicinal de cannabis), estimulantes del apetito, anabólicos, antioxidantes, productos geriátricos y reconstituyentes, neurotónicos y nootrópicos, productos no medicinales, así como cualquier otro producto o medicamento no relacionado a las enfermedades objeto de cobertura.
- F. Insuficiencia o sustitución hormonal en casos de trastorno de crecimiento.
- G. Cualquier requerimiento de cobertura de servicios cuyo propósito sea distinto a prestaciones recuperativas de la salud a través de Telemedicina. tales como, sin limitarse a: chequeos médicos, despistajes, prestaciones en o de emergencia, consultas ambulatorias presenciales de cualquier tipo, inclusive si hubiesen sido indicadas durante la atención de Telemedicina.
- H. Todo tipo de requerimiento prestacional que no sea ordenado o prescrito por los profesionales médicos de la RED AUNA autorizada para este programa. Así como el tratamiento y/o manejo de las complicaciones, eventos adversos, efectos secundarios y otros que se puedan devenir de los tratamientos e indicaciones dadas y ejecutadas al margen de lo anteriormente establecido.
- I. Cualquier reintegro y/o pagos por servicios médicos suministrados por terceros no autorizados expresamente por la IAFAS. Así como cualquier solicitud de reintegro o reembolso de gastos médicos o de cualquier tipo, inclusive honorarios de médicos y/o asistenciales pactados directamente por el AFILIADO, así como cualquier tipo de gastos efectuados fuera de la red de atención autorizada para el programa.
- J. Todos los gastos relacionados al incumplimiento de las indicaciones médicas por decisión del propio paciente, así como la automedicación en perjuicio de su curación y/o rehabilitación. No se cubren tratamientos, procedimientos o medicamentos otorgados o expedidos sin indicación o receta médica, ni cualquier estudio, tratamiento, análisis o procedimiento no relacionado directamente a un diagnóstico determinado.

- K. Los tratamientos de sobrepeso, obesidad, obesidad mórbida, raquitismo, anorexia nerviosa y los derivados de estos diagnósticos. Incluyendo los relacionados a liposucción, lipoescultura e inyecciones reductoras de grasa u otros métodos liporedutores.
- L. Medicamentos y/o exámenes auxiliares no contemplados en los peticorios específicos del programa y publicado en la página web <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>, el mismo será de anual o conforme la periodicidad que la IAFAS establezca.
- M. Modificadores de la respuesta biológica, terapia biológica, blanco dirigida y similares de cualquier tipo, sean de naturaleza biológica, semisintética o sintética; tales como interferones, interleukinas, factor estimulante de colonias, antiangiogénicos, inmunomoduladores, inmunoterapia y anticuerpos monoclonales. Así como inhibidores de enzimas, tales como tirosinkinasa, proteosomas u otros similares.
- N. Todo tipo de prestaciones diagnósticas o terapéuticas, equipos, insumos, suministros o fármacos y otras nuevas tecnologías que no hayan alcanzado el nivel de evidencia 2A en Medicina Basada en Evidencia de la Agency for Healthcare Reserch and Quality – AHRQ y/o que no hayan concluido exitosamente la fase III de su ensayo clínico y/o que no se encuentren debidamente aprobados por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), de la Food and Drug Administration (FDA) y de la European Medicines Agency (EMA) o que no se recomienden en las Guías de Práctica Clínica de la RED AUNA.
- O. No se cubre medicina tradicional de cualquier tipo ni tratamientos homeopáticos, recetario magistral, irriología, reflexología y en general tratamientos experimentales, empíricos o relacionados a la medicina alternativa.
- P. Tratamiento relacionado con la Infección por virus de inmunodeficiencia humana - VIH, Síndrome de Inmuno Deficiencia adquirida (SIDA) y el Síndrome complejo relativo al SIDA (SCRS), sus consecuencias y complicaciones.
- Q. Gastos relacionados a enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos considerados enfermedades preexistentes (anteriores al inicio de vigencia del Programa de Salud) y gastos derivados de causas relacionadas, definidas en el capítulo XVII del CIE 10 “Malformaciones congénitas” que codifica las malformaciones congénitas.
- R. Gastos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades psiquiátricas y psicológicas definidas en el capítulo V del CIE-10 “Trastornos mentales y del comportamiento” de la OMS.
- S. Gastos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades tumorales y oncológicas definidas en el capítulo II del CIE-10 “Tumores [neoplasias]” de la OMS.
- T. Todo procedimiento o terapia que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria. Así como, prestaciones y tratamientos profilácticos, psicológicos, psiquiátricos, psicoterapéuticos, curas de reposo, cualquier tipo de tratamiento kinésico, de rehabilitación física o mental, odontológica o estomatológica, nutricional, salvo las prestaciones detalladas en las CONDICIONES PARTICULARES del presente CONTRATO. De la misma manera cremas, lociones faciales o sustancias exfoliativas, despigmentantes, jabones, champúes, cremas neutras y bloqueadores solares. Así como medias antiembólicas o para tratamiento de várices.
- U. Todo tratamiento médico o quirúrgico de melasma, alopecia u otros trastornos dermatológicos estéticos, así como el retiro de tatuajes, piercing o similares.
- V. Equipos médicos durables tales como: termómetro, tensiómetro, equipos de oxigenoterapia, glucómetro (equipo y tiras), respiradores, pulsoxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP o similares, audífonos e implantes cocleares, separadores interespinosos para columna vertebral y discos intervertebrales protésicos. No están cubiertas las prótesis externas, sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas,

corsés. De igual manera aparatos y equipos ortopédicos, zapatos ortopédicos, ortésicos, equipos mecánicos o electrónicos, audífonos e implante coclear.

- W. Cualquier tipo de prestación, que tengan relación a esterilidad, fertilidad e infertilidad; así como, sus complicaciones y/o consecuencias, incluidos los gastos por fertilización. Asimismo, diagnóstico, estudios y tratamientos o cirugías para esterilización, fertilización (tanto en infertilidad primaria como secundaria), disfunción eréctil y cambio de sexo.
- X. Gastos relacionados a sepelio, velatorio y afines. Así como prestaciones económicas de cualquier índole.
- Y. 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 04

APORTES

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:

TARIFARIO MENSUAL INDIVIDUAL WORKSITE POR AFILIADO

	Básico	Clásico	Plus
Tarifa Mensual Worksite	NA	S/10.50	NA

El Plan Básico y Plus no aplican para la modalidad de afiliación Worksite.

Aportes mensuales incluyen IGV.

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 de descuento de su remuneración por parte de la empresa en la que labora.

Esta modalidad de afiliación y sus beneficios tarifarios tendrán una vigencia anual para el afiliado, conservando validez en tanto el CONTRATANTE tenga vinculación laboral con su empleador y este mantenga en eficacia el convenio de cooperación con la IAFAS.

ANEXO 05

RED DE ATENCIÓN

Las prestaciones objeto de la cobertura de este programa será otorgadas exclusivamente por las IPRESS detalladas a continuación:

A. RED DE ATENCIÓN DE TELECONSULTAS

NOMBRE COMERCIAL	DPTO	PROVINCIA	DISTRITO	DIRECCIÓN	TELÉFONO	REG. SUSALUD
Clínicas Auna 360	Lima	Lima	Miraflores	Avenida Angamos Oeste N°450-7900	(01) 513 7900	19049

Clínica Digital Auna 360 es una división de la Clínica Delgado, esta será quién brinde el servicio de TELECONSULTA; únicamente a través del APP AUNA cuyo proceso de agendamiento se detalla en el [Anexo 6](#).

B. RED DE ATENCIÓN PRESENCIAL

NOMBRE COMERCIAL	DPTO.	PROVINCIA	DISTRITO	DIRECCIÓN	TELÉFONO	REG.S USALUD
Clinica Delgado	Lima	Lima	Miraflores	Avenida Angamos Oeste N°450-490	(01) 513 7900	00019049
Clinica Guardia Civil	Lima	Lima	San Borja	Av. Guardia Civil 368	(01) 204-9600	00027320
Clinica Bellavista	Callao	Callao	Bellavista	Jiron Las Gaviotas 207 Urb. San Jose	(01) 204-9600	00009250
Clinica Miraflores	Piura	Piura	Piura	Calle Las Dalías A12 Castilla	(073) 749-333	00013494
Clinica Vallesur	Arequipa	Arequipa	Arequipa	Avenida La Salle N°116 Y N° 108	(054) 749-333	00018130

Los servicios de Ambulancia por emergencia y Asistencia médica telefónica son ofertados por MOK PERÚ S.A.C. Según zonas de cobertura detalladas en

<https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>.. Para acceder al beneficio el **AFILIADO** debe contactarse al **(01) 700-6693**.

ANEXO 06

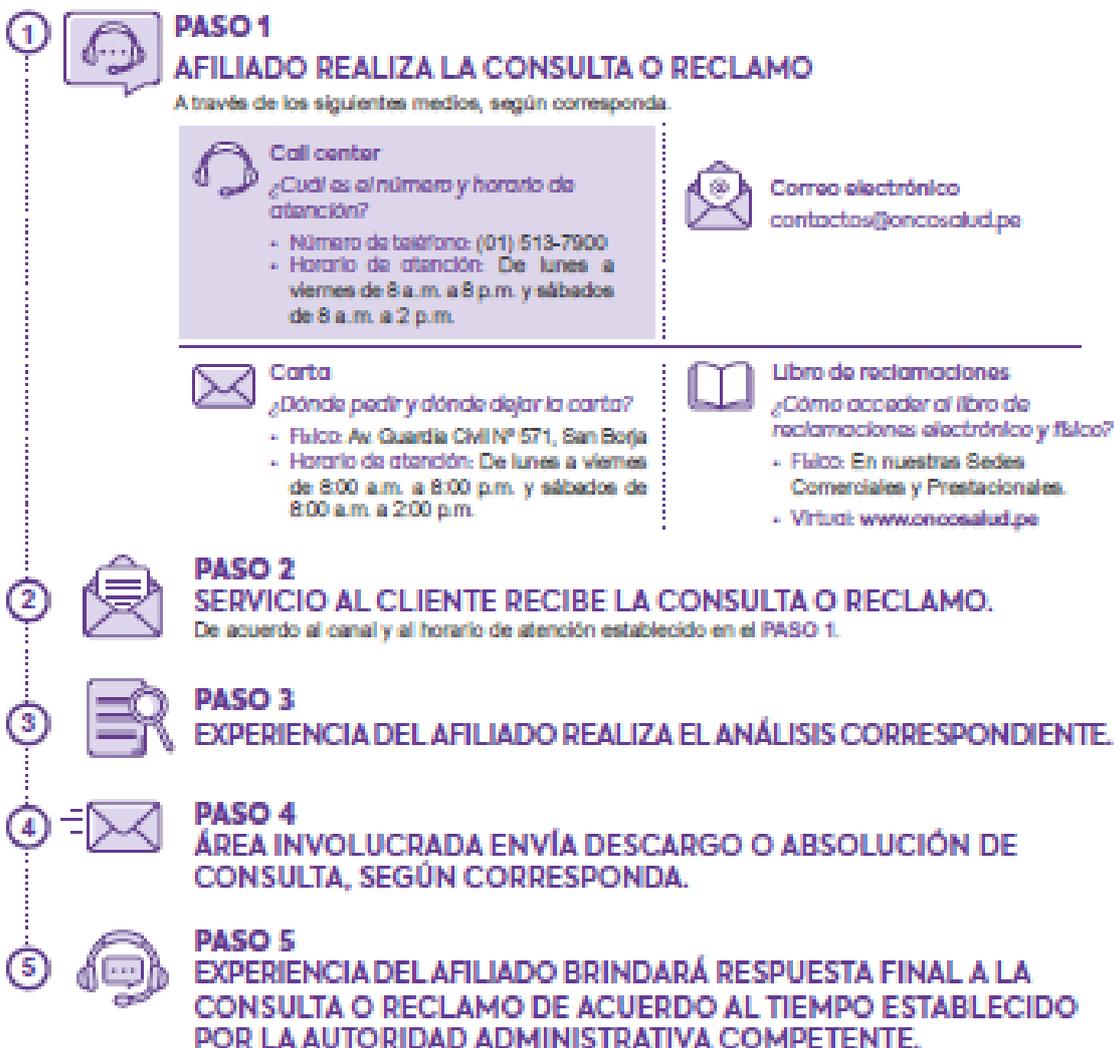
PROCEDIMIENTO PARA AGENDAR UNA TELECONSULTA

1. Descarga la aplicación informática Auna para dispositivos móviles y tabletas (App Auna) en App Store (IOS) o Google Play (Android).
2. Regístrate y o inicia sesión
3. Agenda tu cita
4. Ubica el correo de confirmación de tu cita en la bandeja de entrada del correo proporcionado al momento de registrarte.
5. El día de tu consulta conéctate a través del App Auna o link de Zoom.
6. Durante la consulta tu médico tendrá acceso a tu historia clínica digital.
7. Recibirás una llamada para coordinar la entrega de tu receta médica (A domicilio o recojo en clínica) o toma de muestra (A domicilio presencial en clínica.)

El servicio de delivery de Farmacia se encontrará sujeto al área de cobertura la cual se encuentra detallado en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>.

Para el caso de Imágenes, Laboratorio o recojo de medicamentos, en caso no haya cobertura de delivery en la zona de entrega deseada, se deberá asistir a las Clínicas Auna de Lima y Callao detalladas en el [anexo 04](#).

FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS



DECRETO SUPREMO N° 002-2019 SA: Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Seguro 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 Seguro 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.