

CONTRATO DE PRESTACIONES PREPAGADAS DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMA PROTECCIÓN MÁS COBERTURA

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, Int 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 el de brindar cobertura de aseguramiento en salud como parte y de forma 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 prestaciones 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**.

CLÁUSULA SEGUNDA:

OBJETO

En virtud del presente “Contrato de Prestaciones Prepagadas de Servicios de Salud” (en adelante, el **CONTRATO**), la **IAFAS** otorga a los **AFILIADOS** la cobertura de los copagos variables (o también denominados coaseguros) correspondientes a las prestaciones recuperativas de salud generados bajo cobertura de un plan EPS (Entidad Prestadora de Salud) o Asistencia Médica, como parte y de forma 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**.

Es condición esencial, bajo responsabilidad del **AFILIADO**, contar con un plan EPS o de Asistencia Médica, vigente y con cobertura de la atención requerida en las **IPRESS** de la **RED AUNA** que forman parte de este **CONTRATO**.

La cobertura de servicios de salud contemplados 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**, y demás disposiciones legales que les resulten aplicables.

El programa de salud otorga también, a favor del **AFILIADO**, acceso a descuentos preferenciales sobre las tarifas prestacionales vigentes al público en las **IPRESS** que integran la **RED AUNA** para sus diversas necesidades médicas no contempladas y/o no cubiertas en el plan contratado, detalladas en el **Anexo 3** las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**.

CLÁUSULA TERCERA:

CONTENIDO

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

- 1 SOLICITUD DE AFILIACIÓN:** Documento en el que el **CONTRATANTE** propone (i) la relación de **AFILIADOS**, (ii) plan seleccionado; y, (iii) la modalidad de pago.
- 2 CONDICIONES GENERALES:** Establecen las condiciones mínimas que rigen la cobertura de las prestaciones de salud.

- 3 **CONDICIONES PARTICULARES:** Contiene la descripción pormenorizada del alcance, limitaciones y **EXCLUSIONES** del plan 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

- 1 **ACCIDENTE:** Suceso eventual imprevisto, fortuito u ocasional, producido por acción de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad, pudiendo resultar en daño para la vida o la salud.
- 2 **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).
- 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 **AFILIACIÓN COLECTIVA O CORPORATIVA:** Modalidad mediante la que cualquier organización, empresa o entidad empleadora, formaliza su relación de afiliación con una **IAFAS**, en calidad de **CONTRATANTE**, en virtud del **CONTRATO** suscrito.
- 5 **APORTE:** Contraprestación establecida en el **CONTRATO** a favor de la **IAFAS**, de cargo del **AFILIADO** o **CONTRATANTE**, por las coberturas del plan contratado.
- 6 **BENEFICIOS:** Derechos del (los) **AFILIADO(s)**, según las condiciones establecidas en el plan contratado.
- 7 **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.
- 8 **CONTRATO:** Documento que contiene las **CONDICIONES GENERALES** y **CONDICIONES PARTICULARES** que suscribe la **IAFAS** con el **AFILIADO** o **CONTRATANTE**, para regular los derechos y las obligaciones de las partes, con relación a las coberturas ofrecidas en el plan. Formaliza la relación de afiliación y vincula a un **AFILIADO** con una **IAFAS**.
- 9 **CONTRATANTE:** Toda persona natural o jurídica que suscribe un Contrato de Prestaciones de Servicios de 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.
- 10 **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 (Copago Variable, Coaseguro o simplemente Copago) y/o en una cantidad fija (Deducible), establecidos en el **PLAN DE BENEFICIOS** que forma parte integrante del presente **CONTRATO**.

- 11 **COPAGO VARIABLE:** Porcentaje del gasto que el **AFILIADO** debe pagar directamente a la **IPRESS** de la red de la **IAFAS** en el momento en que se le brindan las coberturas. También denominado como Coaseguro o simplemente Copago.
- 12 **DEDUCIBLE:** Importe fijo a pagar por el **AFILIADO** por los servicios cubiertos 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 deducible y copago (Coaseguro o Copago Variable).
- 13 **DÍAS:** Días calendario.
- 14 **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, deformidades y anomalías cromosómicas” que codifica las malformaciones congénitas.
- 15 **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.
- 16 **EVENTO HOSPITALARIO:** Un evento hospitalario se considera como un internamiento del afiliado en una **IPRESS**, de por lo menos un día, bajo indicación médica pertinente y hasta el alta médica, al amparo de las estipulaciones contempladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**.
- 17 **EPS:** Entidad Prestadora de Salud.
- 18 **EXCLUSIONES:** Son aquellas intervenciones de salud no cubiertas por el plan de salud contratado, las mismas que son detalladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**.
- 19 **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.
- 20 **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.
- 21 **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.
- 22 **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.

- 23 **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. El **PERÍODO DE ESPERA** se contabiliza en forma individual por cada **AFILIADO**. Culminado este período, a diferencia del **PERÍODO DE CARENCIA**, la **IAFAS** otorgará la cobertura a aquellas prestaciones.
- 24 **PLAN DE SALUD PRIMARIO:** Es el seguro o plan de EPS o de Asistencia médica, vigente, con el que cuenta el afiliado y que tiene acceso a cobertura en las **IPRESS** de la **RED AUNA** que forman parte de este **CONTRATO** para los beneficios descritos en las **CONDICIONES PARTICULARES**, del presente contrato. No aplica para planes de formación laboral, autoseguros u otros planes prepagados, SCTR, SOAT, AFOCAT.
- 25 **PLAN DE BENEFICIOS:** Es el documento que detalla los beneficios que otorga la Entidad de Servicios de Salud Prepagados (ESSP).
- 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**.
- 27 **SALUD:** Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

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, exclusivamente hospitalarios o de cirugía ambulatoria, comprendidos en el programa de salud y descritos en las **CONDICIONES PARTICULARES**, la cual es parte integrante del presente **CONTRATO**.

La cobertura de este programa se otorgará siempre que el **AFILIADO** cuente con un plan EPS o de Asistencia Médica, vigente y con cobertura de la atención requerida en las **IPRESS** de la **RED AUNA** y este haya cubierto primero la atención o prestación requerida estipulada en su plan de beneficios.

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

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.
- 4 Plan de Salud Primario (EPS o Asistencia Médica) con el que cuenta el afiliado y que este otorgue cobertura en las **IPRESS** que formen parte del **Anexo 6** del presente **CONTRATO**.

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

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

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

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

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

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

CLAÚSULA SÉPTIMA:

MODIFICACIONES A LA AFILIACIÓN

El **CONTRATANTE** y/o **AFILIADO** titular del grupo familiar puede solicitar la incorporación de nuevos **AFILIADOS** con posterioridad al inicio de la vigencia del presente **CONTRATO**, para ello deberá contar con una nueva **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, aplicándose los mismos requisitos de afiliación señalados en la cláusula sexta del presente **CONTRATO**. Del mismo modo, se encuentran sujetos a las condiciones establecidas por su programa contratado.

Del mismo modo, el **AFILIADO** podrá solicitar la migración a un plan superior en cualquier momento; para lo cual deberá presentar una nueva **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**.

Cabe mencionar que la eventual desestimación de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** a un plan superior, por parte de la **IAFAS**, no invalida el derecho del **AFILIADO** de permanecer cubierto bajo el programa del **CONTRATO** originalmente suscrito y vigente.

En caso el **CONTRATANTE** deba modificar las formas de pago, deberá formular la solicitud escrita a la **IAFAS**.

El **CONTRATANTE** declara tener conocimiento y responsabilidad de la información brindada 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**.

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:

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

Del mismo modo, el **AFILIADO** 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 a.m. a 8:00 p.m.

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.

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 el **CONTRATANTE** 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, 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 AUNA** con base al cumplimiento de los siguientes criterios:

- 1 Que, las prestaciones de salud se encuentren recomendadas y comprendidas en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**.
- 2 Que, el tratamiento y el (los) fármaco(s) indicado(s), hayan concluido exitosamente el **ENSAYO CLÍNICO DE FASE III** y se encuentren comprendidos en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**.
- 3 Que, los procedimientos y tratamientos se encuentren estrictamente relacionados al objeto de la cobertura del programa.

De igual forma se incluyen otras prestaciones y procedimientos, así como los estudios de laboratorio, imágenes y farmacia necesarios para su atención, siempre que no se encuentren excluidos bajo las condiciones descritas en el **PLAN DE BENEFICIOS** que forma parte de las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.

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 los beneficios, bajo cobertura del programa, se dará una vez transcurrido el **PERÍODO DE CARENCIA** que se consigna en el **Anexo 2** con excepción de los descuentos tarifarios concedidos de manera preferencial sobre las tarifas prestacionales vigentes al público en la **IPRESS** que integra la red de atención del programa de salud, a los cuales se podrá acceder una vez efectuado el primer pago de la afiliación detallados en el **Anexo 3**.

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** de la **RED AUNA** detalladas en el **Anexo 6** de las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente contrato; en el que consta la dirección de los establecimientos.

La **IAFAS** informará a los **AFILIADOS** 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

Si la condición de salud del afiliado determina que las prestaciones exceden las coberturas disponibles en la **RED AUNA**, se facilitará la referencia del paciente a otra **IPRESS** 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**.

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA:

APORTES Y FORMAS DE PAGO

Como contraprestación por la contratación de las prestaciones de salud, el **CONTRATANTE** pagará a la **IAFAS** los aportes indicados en 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 el párrafo precedente, 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**, están sujetas a **COPAGOS** a cargo del **AFILIADO**, los cuales se indican en el **PLAN DE BENEFICIOS** que forma parte de las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**. Para efectos de este programa, no aplicarán deducibles sobre los beneficios cubiertos.

En caso que no exista cobertura para los diagnósticos que excedan el programa contratado, los gastos de atención no cubiertos correrán por cuenta del (los) **AFILIADO(S)**.

Así mismo, para el programa descrito las coberturas se otorgarán hasta el **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL** que se indica en el **PLAN DE BENEFICIOS** detallado en las condiciones particulares del presente contrato. El monto excedente al total del gasto, será asumido por el **AFILIADO**.

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 condiciones de cobertura 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 **AFILIADO** 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 PLAN POR AFILIADO Y POR CADA ANUALIDAD

El beneficio total otorgado al (los) **AFILIADO**(s) durante el periodo de la vigencia anual, reduce automáticamente el monto del **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL** del programa contratado, sin lugar a restitución hasta la celebración de una nueva anualidad del **CONTRATO**.

El monto del **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL** no usado o su saldo restante, no es acumulable y/o transferible a otros periodos.

CLÁUSULA VIGÉSIMA:

INFORMACIÓN

La **IAFAS** pone a disposición de los **AFILIADOS** el programa de salud por medios digitales o a través de su página web www.oncosalud.pe, 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 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.

El **AFILIADO** acepta el envío a la dirección de correo electrónico declarada en el **CONTRATO** y/o en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** de los comprobantes de pago que se generen por los pagos realizados vinculados a este **CONTRATO**.

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 7** 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 de la Superintendencia Nacional de Salud (**CECONAR**).

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA:

TERMINACIÓN DEL CONTRATO

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

- 1 Por vencimiento del plazo de vigencia del **CONTRATO** sin que medie renovación alguna.
- 2 Por mutuo acuerdo de las Partes.
- 3 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.
- 4 Por fallecimiento del **AFILIADO** o **CONTRATANTE**. Para ello, el **CONTRATANTE** es el responsable de informar a la **IAFAS** del fallecimiento de alguno de los **AFILIADOS** presentando el certificado de defunción. En caso de fallecimiento del **CONTRATANTE**, los herederos legales deberán informar el deceso. La devolución de aportes procederá a partir de la presentación del certificado de defunción.
- 5 Por término o finalización de su Plan de Salud Primario, sin que medie la continuidad o migración a otro plan de igual alcance. Para ello, el **CONTRATANTE** se obliga a informar a la **IAFAS** del término o finalización del Plan de Salud Primario de los **AFILIADOS** a través de los medios que la **IAFAS** pone a disposición descritos en la **CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA** del presente **CONTRATO**.

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 plan 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 plan 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**:

- * Oficinas de la **IAFAS** ubicadas en Av. Guardia Civil 571 - San Borja.
- * Dirección de correo electrónico derechosarco@auna.pe.
- * 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 de la Superintendencia Nacional de Salud (**CECONAR**), 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 de la Superintendencia Nacional de Salud (**CECONAR**) 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 VIGÉSIMO 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 **AFILIADO** 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 **AFILIADO** ha aceptado satisfactoriamente las modificaciones contractuales informadas.

CONTRATO DE PRESTACIONES PREPAGADAS DE SERVICIOS DE SALUD PROGRAMA PROTECCIÓN MÁS COBERTURA

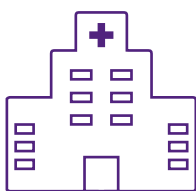
CONDICIONES PARTICULARES

A través del presente documento se describe a nivel de detalle las condiciones asegurables, prestaciones y servicios, correspondientes al plan de salud los cuales se complementan con los **Anexos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8** que son parte integrante del presente **CONTRATO**.

Los **AFILIADOS** tienen derecho a:



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



1. Atención hospitalaria

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

Bajo este beneficio se cubrirán gastos médicos provenientes de las prestaciones de salud que se requieran para la hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante y en complemento de la cobertura de su Plan de Salud Primario (sea EPS o de Asistencia Médica).

Los gastos generados por las prestaciones de hospitalización serán cubiertos por el programa de acuerdo con su plan de beneficios, siempre que el evento hospitalario haya sido cubierto primero por su Plan de Salud Primario, según sus propias condiciones contractuales.

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

El programa otorga cobertura del copago variable de las siguientes prestaciones para atención hospitalaria:

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



2. Cirugía ambulatoria

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

El programa otorga cobertura del copago variable de las siguientes prestaciones para cirugía ambulatoria:

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

! *Las condiciones de cobertura serán las mismas descritas para atención hospitalaria.*

PLAN DE BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE SALUD

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

El programa cuenta con 02 planes diferenciados por la cobertura adicional al Plan de Salud Primario del afiliado. Esta cobertura adicional se otorgará de manera complementaria y de acuerdo a lo indicado en el **Anexo 1** del presente **CONTRATO**.

CONDICIONES	MÁS COBERTURA	
	Plan Classic	Plan Premium
BMA	S/ 85,000	
Edad límite de ingreso	65 años	
Edad límite de permanencia	Sin límites	
Renovación	Automática anual	
Declaración Jurada de Salud	No aplica	
Período de Carencia	3 Meses	
Red de Atención	Clínica Delgado	

PLAN DE BENEFICIOS

ATENCIÓN HOSPITALARIA (médica o quirúrgica)	Plan Classic		Plan Premium	
	Deducible a cargo del Afiliado	Cobertura Adicional	Deducible a cargo del Afiliado	Cobertura Adicional
Deducible por hospitalización	S/0.00	-	S/0.00	-
Honorarios médicos y asistenciales	-	10%	-	25%
Habitación estándar, Cuidados intermedios, UCI y UCIN	-	10%	-	25%
Sala de operaciones y sala de recuperación	-	10%	-	25%
Exámenes auxiliares de laboratorio clínico y patología	-	10%	-	25%
Exámenes de diagnóstico por imágenes	-	10%	-	25%
Farmacia hospitalaria, insumos y material médico	-	10%	-	25%
Procedimientos hospitalarios quirúrgicos y no quirúrgicos	-	10%	-	25%

CIRUGÍA AMBULATORIA	Plan Classic		Plan Premium	
	Deducible a cargo del Afiliado	Cobertura Adicional	Deducible a cargo del Afiliado	Cobertura Adicional
Deducible por cirugía ambulatoria	S/0.00	-	S/0.00	-
Honorarios médicos y asistenciales	-	10%	-	25%
Sala de operaciones y sala de recuperación	-	10%	-	25%
Exámenes auxiliares de laboratorio clínico y patología	-	10%	-	25%
Exámenes de diagnóstico por imágenes	-	10%	-	25%
Farmacia, insumos y material médico	-	10%	-	25%

! Cada plan otorgará la cobertura adicional señalada, sobre el gasto afecto a copagos generado por la prestación hospitalaria o cirugía ambulatoria, cubiertos por el plan primario del afiliado, de tal manera que en forma complementaria se incremente la cobertura global de todo el evento (exceptuando deducibles y gastos no cubiertos).

Contrato vigente a partir del 01 de marzo de 2021
 Código OS.SP.P.02.39
 Revisión: 01

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: ¿Cómo Funciona Mi Programa?	Pág. 21
ANEXO 2: Período de Carencia y Período de Espera	Pág. 22
ANEXO 3: Tarifas y descuentos preferenciales	Pág. 23
ANEXO 4: Exclusiones, gastos no cubiertos y limitaciones	Pág. 24
ANEXO 5: Aportes	Pág. 28
ANEXO 6: Red de atención	Pág. 29
ANEXO 7: Flujograma de procedimiento de atención de consultas y reclamos	Pág. 30
ANEXO 8: Beneficio cupones de descuento	Pág. 31

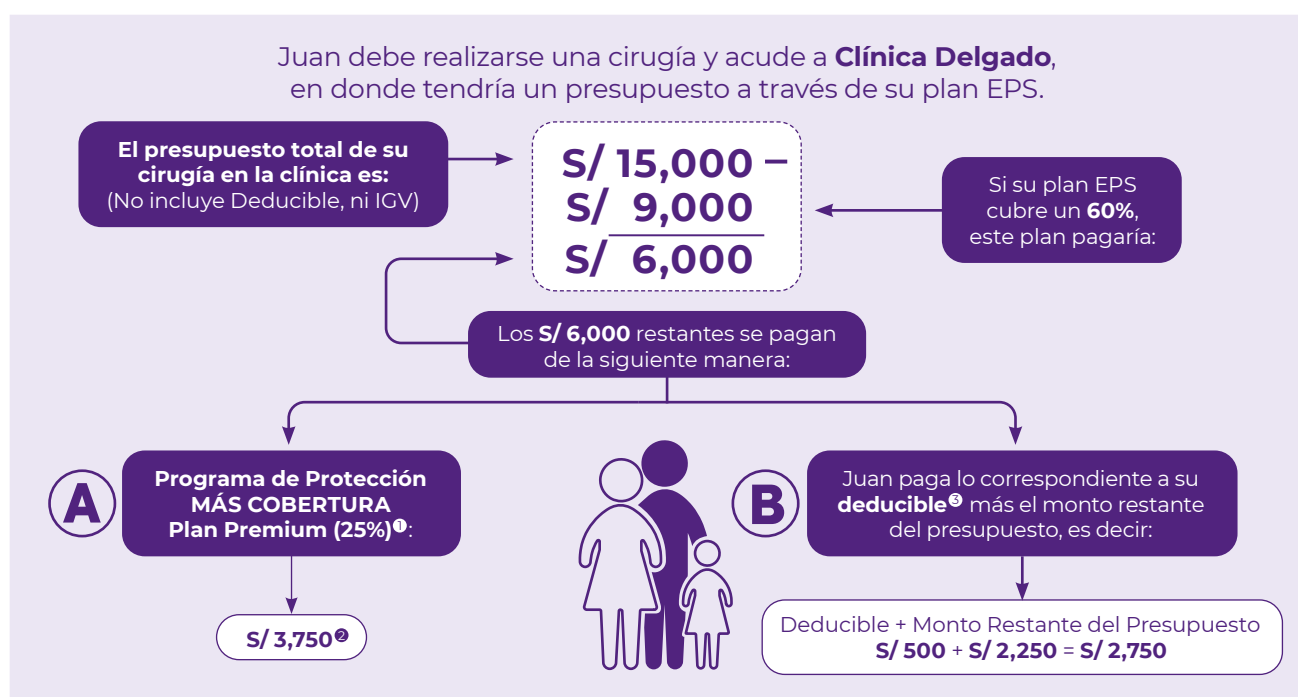
ANEXO 1

¿CÓMO FUNCIONA MI PROGRAMA?

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

La cobertura aplica exclusivamente sobre el gasto médico incurrido que sea considerado como copago variable o coaseguro por su Plan de Salud Primario. Por lo que no forma parte de la cobertura de este programa, sus deducibles (copagos fijos) o sus gastos no cubiertos.

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



- 1 Será condición esencial para el otorgamiento de las coberturas de este programa que el afiliado cuente con su Plan de Salud Primario vigente, y este haya cubierto primero la atención o prestación requerida estipulada en su plan de beneficios.
- 2 El monto de cobertura estará sujeto al plan contratado para el programa y cuyas condiciones se detallan en el **PLAN DE BENEFICIOS** del presente **CONTRATO**.
- 3 El monto del deducible es de S/ 500 para este ejemplo. Este monto es meramente referencial y podrá variar dependiendo de las condiciones del Plan de Salud Primario contratado que tenga el **AFILIADO**.

! **IMPORTANTE:** Es indispensable que, el **CONTRATANTE** comunique a la **IAFAS** la suspensión o término contractual del Plan de Salud Primario contratado por el **AFILIADO**. En caso de que, el **CONTRATANTE** no comunique dicha información, la **IAFAS** quedará liberada de cualquier obligación futura frente al **CONTRATANTE** y/o **AFILIADOS**, sin excepción alguna, en relación a los términos y condiciones contenidos en el presente **CONTRATO**.

ANEXO 2

PERÍODO DE CARENCIA Y PERÍODO DE ESPERA

El **PERÍODO DE CARENCIA** y los **PERÍODO DE ESPERA** se contabilizan desde el inicio de vigencia del plan, el mismo que empieza a partir del primer día del mes siguiente de cancelada la primera cuota del plan, previa suscripción y recepción de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** por parte de la **IAFAS**.

PROGRAMA MÁS COBERTURA	Plan Classic	Plan Premium
Período de Carencia	3 Meses	

ANEXO 3

TARIFAS Y DESCUENTOS PREFERENCIALES

Las siguientes tarifas preferenciales aplican para aquellas prestaciones ocurridas anteriores al vencimiento del **PERÍODO DE CARENCIA** que señala el programa en su **Anexo 2**, o para aquellas que sean preexistentes o exclusiones específicas en el **CONTRATO**.

CONCEPTO	TARIFAS Y DESCUENTOS			
	Clínica Delgado	Clínica Bellavista	Clínica Miraflores	Clínica Vallesur
Consulta externa*	S/80.00	S/40.00	S/50.00	
Consulta de emergencia*	S/80.00	S/40.00	S/50.00	
Servicios Clínicos	Hasta 40%			
Radiología	Hasta 20%			
Ecografía	Hasta 20%			
Otras imágenes	Hasta 20%			
Laboratorio clínico y patológico	Hasta 20%			
Medicamentos	Hasta 20%			

* No aplica interconsultas de emergencia u hospitalaria.



El descuento aplica sobre precio público vigente, incluye IGV.

El descuento sobre servicios clínicos será según listado de las **IPRESS** publicado en la página web. No aplica para descuentos ni paquetes privados definidos por las **IPRESS**, no incluye uso de equipos.

Las tarifas preferenciales y/o descuentos se encuentran sujetas a actualizaciones por parte del prestador de servicios médicos (**IPRESS**).

ANEXO 4

EXCLUSIONES, GASTOS NO CUBIERTOS Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

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

- 1 Cualquier requerimiento de cobertura de servicios de Atención Hospitalaria o de Cirugía ambulatoria, cuyo propósito sea distinto a prestaciones de salud de naturaleza recuperativa. Así como las prestaciones de salud no contempladas en las coberturas del Plan de Salud Primario (EPS o Asistencia Médica) del afiliado y las no contempladas en las coberturas o el **PLAN DE BENEFICIOS** del presente **CONTRATO**.
- 2 Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional atendido fuera de las **IPRESS** habilitadas para este programa y detalladas en el **Anexo 06**. Así como aquellos que no sean ordenados o prescritos por sus profesionales médicos.
- 3 Las enfermedades o lesiones preexistentes a la suscripción del presente **CONTRATO**. Salvo aquellos casos, en donde el Plan de Salud Primario (EPS o Asistencia Médica) otorgue cobertura y que, a su vez, estén contempladas en el presente contrato.
- 4 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).
- 5 Prestaciones relacionadas al periodo perinatal y sus complicaciones y/o consecuencias. Definidas en el capítulo XVI del CIE 10 “Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal” que codifica las afecciones que tienen su origen en el periodo perinatal aun cuando la enfermedad o la muerte ocurran más tarde.
- 6 Cualquier requerimiento de reintegro y/o pagos por servicios médicos suministrados por terceros no autorizados expresamente por la **IAFAS**.
- 7 Toda prestación médica o sanitaria derivada de lesiones auto infligidas, intento de suicidio o autoeliminación, inclusive aquellas de naturaleza accidental resultantes del uso o adicción a las drogas, estupefacientes, por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares. Así como las lesiones que se produzcan en situación de embriaguez o bajo influencia de drogas registrados en la historia clínica y/o con el dosaje respectivo (caso del alcohol: nivel sérico > 0.5 g/dl). En caso el paciente se niegue a realizarse el examen de alcoholemia o toxicológico requerido, asume la integralidad del gasto prestacional generado automáticamente.
- 8 Todo procedimiento o terapia que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria. Así como prestaciones y tratamientos profilácticos, psicológicos, psiquiátricos, psicoterapéuticos, curas de reposo, cualquier tipo de tratamiento de medicina física, rehabilitación física, kinésico o mental, prestaciones odontológicas, nutricional, salvo las prestaciones detalladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**. De la misma manera, las prestaciones por o para, neurotización, ginecomastia, mastopexia, simetrización. Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional que involucre utilización de láser o fototerapia de cualquier tipo.
- 9 No están cubiertos los tratamientos médicos y/o quirúrgicos de sobrepeso, obesidad, obesidad mórbida, raquitismo, anorexia nerviosa y los derivados de estos diagnósticos. No se cubre la liposucción, lipoescultura e inyecciones reductoras de grasa u otros métodos liporeductores.

- 10 Equipos médicos durables tales como: termómetro, tensiómetro, equipos de oxigenoterapia, glucómetro (equipo y tiras), respiradores, pulsioxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP o similares, audífonos e implantes cocleares, prótesis ortopédicas externas. Así mismo, sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés, audífonos, aparatos y equipos ortopédicos, ortésicos, prótesis externas, equipos mecánicos o electrónicos, medias para varices.
- 11 Alquiler de equipos o servicios no disponibles en la **IPRESS**, independientemente del diagnóstico y/o pertinencia médica.
- 12 Gastos relacionados a medicina alternativa y/o complementaria de cualquier tipo, así como tratamientos homeopáticos, recetario magistral, iriología, reflexología y en general tratamientos médicos tradicionales, herbáneos, experimentales y empíricos. Asimismo, no están cubierta la acupuntura, quiropraxia, cuidados y tratamientos de rehabilitación en gimnasios.
- 13 Cualquier gasto relacionado a la búsqueda o estudio de donantes de células, tejidos u órganos.
- 14 Todo tipo de medicamentos, dispositivos médicos o insumos utilizados con fines preventivos o profilácticos.
- 15 Cualquier gasto relacionado a criopreservación, almacenamiento, conservación, mantenimiento, preparación y/o acondicionamiento, así como el traslado y/o transporte, de células, tejidos u órganos.
- 16 Suministro de nutrición parenteral y/o nutrición enteral (procedimiento, insumos y fórmula) y/o referidos a prestaciones nutricionales. salvo las prestaciones detalladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
- 17 Todo tipo de requerimiento prestacional que no sea ordenado o prescrito por el o los profesionales médicos designados por la **IAFAS** y/o no hayan sido autorizadas por ésta, así como el tratamiento y/o manejo de las complicaciones, eventos adversos, efectos secundarios y otros que se puedan ocasionar o devenir de estos tratamientos e indicaciones médicas dadas y ejecutadas al margen de lo anteriormente establecido.
- 18 Todo tipo de prestaciones diagnósticas o terapéuticas, equipos, insumos, suministros o fármacos y otras nuevas tecnologías que no hayan sido aprobados por la FDA (Food and Drug Administration) para el diagnóstico solicitado, los cuales deben contar además con beneficio clínico y de significancia estadística demostrados a través de la evaluación sustentada en Medicina Basada en la Evidencia. Se consideran para beneficio de cobertura únicamente los niveles de evidencia 1++, 1+ 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. Así como aquellos que no hayan concluido exitosamente el **ENSAYO CLÍNICO DE FASE III** o que no se encuentren debidamente aprobados por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), de la 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**. De igual manera, aquellos que no se comercialicen o no se encuentren disponibles en el territorio nacional.
- 19 Fármacos como ansiolíticos, antipsicóticos, antidepresivos, vacunas, vitaminas, minerales, suplementos alimenticios, suplementos nutricionales, productos naturales (hierbas y sus derivados, levaduras, probióticos, uso medicinal de cannabis), homeopáticos, alternativos o productos no medicinales, estimulantes del apetito, anabólicos, antioxidantes, productos geriátricos y reconstituyentes, neurotónicos y nootrópicos, productos dermatológicos (protectores solares, cremas hidratantes, lociones dérmicas, etc.) así como cualquier otro producto o medicamento no relacionado a las prestaciones de salud objeto de la cobertura del programa.

- 20 Modificadores de la respuesta biológica y similares de cualquier tipo, sean de naturaleza biológica, semisintética o sintética; tales como interferones, interleukinas, factor estimulante de colonias y anticuerpos monoclonales. Así como inhibidores de tirosinkinasa, antiangiogénicos, inhibidores del proteosoma u otros similares.
- 21 Alimentos o sustitutos alimenticios, aunque sea con fines terapéuticos.
- 22 Suministro de cualquier tipo de medio de transporte y servicio de ambulancia.
- 23 Toda condición, defecto, malformación y/o enfermedad de origen congénito y sus gastos derivados, definidas en el capítulo XVII del CIE 10 “Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas” que codifica las malformaciones congénitas.
- 24 Cuidados de enfermería, vigilancia y/o acompañamiento del paciente a cargo de enfermeras, técnicas o auxiliares de enfermería, u otro personal a dedicación exclusiva durante la estancia hospitalaria y/o en domicilio. Asimismo, queda excluida cualquier tipo de asistencia o prestación a acompañantes del paciente.
- 25 Pruebas de laboratorio exámenes o estudios moleculares con fines de estudio genético y/o de mutaciones o similares de cualquier tipo, incluyendo biopsias líquidas y/o perfiles o secuenciamientos moleculares y/o genéticos. Asimismo, cualquier tipo de prestación relacionada a este tipo de estudios incluyendo las consultas u orientaciones genéticas.
- 26 Intervenciones quirúrgicas para corrección de trastornos de refracción (tales como miopía, hipermetropía, astigmatismo o presbicia), inclusive cirugía láser. Así como monturas, cristales y/o resinas, lentes de contacto, implantes oculares, lente estromal o cualquier otro dispositivo para trastornos de refracción, intra o extra ocular.
- 27 Hospitalizaciones para fines exclusivos de: cuarentena o aislamiento, cuidado sanitario o asilo, curas de reposo o de sueño. Así como equipos o dispositivos relacionados al estudio y/o tratamiento de trastornos del sueño, incluyendo polisomnografía.
- 28 Estudios de diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y procedimientos relacionados con problemas de disfunciones sexuales, esterilidad, fertilidad, infertilidad, esterilización y planificación familiar, incluyendo aborto terapéutico y/o complicaciones de la gestación.
- 29 Prestaciones relacionadas con la Infección por virus de inmunodeficiencia humana - VIH, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y el Síndrome complejo relativo al SIDA (SCRS), sus consecuencias y complicaciones.
- 30 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.
- 31 Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional sobre alguna enfermedad o condición oncológica, definidas en el capítulo II del CIE-10 “Tumores – Neoplasias - Malignos” de la OMS. inclusive si hubiese sido diagnosticada en vigencia del contrato.
- 32 Todo tipo de servicios de bazar y confort personal durante la hospitalización, como radios, televisores, teléfonos, consumos de frío bar, artículos personales o de higiene, pañales, medias antiembólicas, toallas higiénicas, máquinas de afeitar, guantes descartables no estériles, mantas térmicas de cualquier tipo, papel higiénico, batas, ropa de cama, hisopos, colchón antiescaras.

- 33 Cualquier prestación o gastos relacionados a segunda opinión nacional o internacional, inclusive si fuera realizada en la **IPRESS** designada por la **IAFAS**.
- 34 Cualquier prestación y/o procedimiento que no se realice en la infraestructura de las **IPRESS** designada por la **IAFAS**. Inclusive aquello no disponible y/o no comercializado a nivel nacional.
- 35 Gastos relacionados a sepelio, velatorio y afines. Así como prestaciones económicas o reembolsos de cualquier índole.

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

ANEXO 5 APORTES

PLAN CLASSIC		
RANGO ETARIO	Mensual	Anual
0 - 55	S/ 30	S/ 342
56 - 65	S/ 50	S/ 570
66 - 70*	S/ 70	S/ 798
71 a más*	S/ 100	S/ 1,140

* Tarifas de renovación.
Precios incluyen IGV.

PLAN PREMIUM		
RANGO ETARIO	Mensual	Anual
0 - 55	S/ 50	S/ 570
56 - 65	S/ 70	S/ 798
66 - 70*	S/ 90	S/ 1,026
71 a más*	S/ 120	S/ 1,368

* Tarifas de renovación.
Precios incluyen IGV.

ANEXO 6
RED DE ATENCIÓN

Red Auna



📍 Lima



Clínica Delgado
(RS 00019049)
Av. Angamos Oeste N° 450 - 490
☎️ (01) 513-7900

* RS: Número de registro Susalud

ANEXO 7

FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO 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**.

1



PASO 1

AFILIADO REALIZA LA CONSULTA O RECLAMO

A través de los siguientes medios, según corresponda.



Call center

¿Cuál es el número y horario de atención?

- Número de teléfono: (01) 513-7900
- Horario de atención: De lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y sábados de 8 a.m. a 2 p.m.



Correo electrónico

contactos@oncosalud.pe



Carta

¿Dónde pedir y dónde dejar la carta?

- Físico: Av. Guardia Civil N° 571, San Borja
- Horario de atención: De lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 2:00 p.m.



Libro de reclamaciones

¿Cómo acceder al libro de reclamaciones electrónico y físico?

- Físico: En nuestras Sedes Comerciales y Prestacionales.
- Virtual: www.oncosalud.pe

2



PASO 2

SERVICIO AL CLIENTE RECIBE LA CONSULTA O RECLAMO.

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

3



PASO 3

SERVICIO AL CLIENTE REALIZA EL ANÁLISIS CORRESPONDIENTE.

4



PASO 4

ÁREA INVOLUCRADA ENVÍA DESCARGO O ABSOLUCIÓN DE CONSULTA, SEGÚN CORRESPONDA.

5



PASO 5

SERVICIO AL CLIENTE BRINDARÁ RESPUESTA FINAL A LA CONSULTA O RECLAMO DE ACUERDO AL TIEMPO ESTABLECIDO POR LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA COMPETENTE.



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.

ANEXO 8

BENEFICIO CUPONES DE DESCUENTO

Los afiliados al Programa Más Cobertura contarán con diez (10) cupones de descuento por un monto fijo de S/30.00 (incluyendo IGV) cada uno, los mismos que son personales e intransferibles, y podrán ser utilizados una vez superado el periodo de carencia establecido para el Programa. Asimismo, estos únicamente podrán ser aplicados sobre el deducible que corresponda a las siguientes prestaciones o servicios ambulatorios cubiertas en primer lugar por su plan de salud primario (EPS o Asistencia Médica) en la Red de Atención de este programa (detallada en el Anexo 6 del presente Contrato):

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

Pasos a considerar al momento de cancelar el deducible de los servicios ambulatorios:



El afiliado deberá indicar al personal de admisión que cuenta con un plan de salud primario vigente y con cobertura en la consulta ambulatoria.



El afiliado deberá dar aviso al personal de admisión ambulatoria que cuenta con el programa Más Cobertura y con el Beneficio de Cupones de Descuento vigente.



Afiliado deberá presentar su DNI original.



El personal de admisión verificará con el DNI original del afiliado que cuenta con el beneficio vigente y que podrá usarlo en la consulta ambulatoria. El afiliado deberá pagar el saldo restante por la consulta ambulatoria.

Al momento de cancelar el deducible de los servicios ambulatorios, el Afiliado deberá indicar al personal de admisión ambulatoria de Clínica que cuenta con un cupón de descuento para los servicios ambulatorios, debiendo presentar necesariamente su DNI original. Bajo ninguna circunstancia el Afiliado podrá solicitar la aplicación del cupón una vez se haya cerrado la transacción de pago del deducible o en forma retroactiva. Cada cupón podrá ser utilizado por el Afiliado una única vez, ya sea que se aplique total o parcialmente su valor. En aquellos casos, en donde el monto del cupón sea igual o mayor al monto del deducible, el afiliado deberá pagar un monto mínimo de S/ 0.10. No se aceptan acumulaciones de saldos a favor por usos parciales del cupón; así como tampoco devoluciones por servicios ambulatorios no efectivizados. El afiliado podrá aplicar como máximo un (01) cupón por atención (cada consulta); los cupones no son acumulables.



Importante:

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

aluna
svida

