



INFORMACIÓN GENERAL

PROGRAMA PREPAGADO PROTECCIÓN CERO ACCIDENTES

ÍNDICE

PLAN DE BENEFICIOS	2
ANEXO 1: Procedimiento De Atención	5
ANEXO 2: Tarifas Y Descuentos Preferenciales	6
ANEXO 3: Exclusiones, Gastos No Cubiertos Y Limitaciones A Las Coberturas Contratadas	7
ANEXO 4: Red De Atención	9

1. 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 programa optado por el **CONTRATANTE** en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, cuyos alcances, limitaciones, deducibles y copagos detallamos a continuación.

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN		
CONDICIONES	PLAN CLASSIC	PLAN PREMIUM
Beneficio Máximo anual	S/ 30,000	S/ 100,000
Edad inicio de ingreso	Desde los 0 años	
Edad límite de ingreso	Hasta los 65 años	
Edad de límite de permanencia	Sin Límite	
Renovación	Automática, anual	

PRESTACIONES CUBIERTAS	PLAN CLASSIC		PLAN PREMIUM	
	Deducible y/o copago a cargo del Afiliado	Cobertura	Deducible y/o copago a cargo del Afiliado	Cobertura
ATENCIÓN DE EMERGENCIA ACCIDENTAL				
Deducible por emergencia	S/0.00		S/0.00	
Honorarios médicos y asistenciales	0%	100%	0%	100%
Exámenes auxiliares de laboratorio clínico y patología	0%	100%	0%	100%
Exámenes de diagnóstico por imágenes	0%	100%	0%	100%
Procedimientos en emergencia (honorarios médicos, sala de procedimientos y enfermería)	0%	100%	0%	100%
Farmacia e insumos	0%	100%	0%	100%

PRESTACIONES CUBIERTAS	PLAN CLASSIC		PLAN PREMIUM	
	Deducible y/o copago a cargo del Afiliado	Cobertura	Deducible y/o copago a cargo del Afiliado	Cobertura
ATENCIÓN HOSPITALARIA (Médica o quirúrgica)				
Deducible por hospitalización	S/0.00		S/0.00	
Honorarios médicos y asistenciales	0%	100%	0%	100%
Habitación estándar, cuidados intermedios, UCI y UCIN	0%	100%	0%	100%
Sala de operaciones y sala de recuperación	0%	100%	0%	100%
Exámenes auxiliares de laboratorio clínico y patología	0%	100%	0%	100%
Exámenes de diagnóstico por imágenes	0%	100%	0%	100%
Farmacia hospitalaria, insumos y material médico	0%	100%	0%	100%
Procedimientos hospitalarios quirúrgicos y no quirúrgicos	0%	100%	0%	100%

PRESTACIONES CUBIERTAS	PLAN CLASSIC		PLAN PREMIUM	
	Deducible y/o copago a cargo del Afiliado	Cobertura	Deducible y/o copago a cargo del Afiliado	Cobertura
CONTINUIDAD AMBULATORIA EMERGENCIA ACCIDENTAL (Hasta un máximo de 120 días calendario después del accidente)				
Deducible	S/0.00		S/0.00	
Exámenes auxiliares de laboratorio clínico y patología	0%	100%	0%	100%
Exámenes de diagnóstico por imágenes	0%	100%	0%	100%
Farmacia hospitalaria, insumos y material médico	0%	100%	0%	100%
Procedimientos médicos	0%	100%	0%	100%

PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS	PLAN CLASSIC		PLAN PREMIUM	
	Deducible y/o copago a cargo del Afiliado	Cobertura	Deducible y/o copago a cargo del Afiliado	Cobertura
TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA Y HEMODERIVADOS Pruebas de tamizaje, banco de sangre, pruebas cruzadas y los insumos de unidades efectivamente transfundidas.	0%	100%	0%	100%
PRÓTESIS INTERNAS y MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS Incluye placas, clavos, tornillos, alambre, agujas y pines, entre otros quirúrgicamente pertinentes.	20%	80% Hasta S/ 6,000	0%	100%
TERAPIA DE REHABILITACIÓN AMBULATORIA Hasta un máximo de 120 días calendario después del accidente sesiones de rehabilitación física.	20%	80%	0%	100%
GASTOS ODONTOLÓGICOS POR ACCIDENTE Hasta un máximo de 120 días calendario después del accidente.	No cubierto	No cubierto	0%	100% Hasta S/ 10,000
TERAPIA PSICOLÓGICA AMBULATORIA Hasta un máximo de 120 días calendario después del accidente.	No cubierto	No cubierto	S/ 80	-
CIRUGÍA PLÁSTICA Hasta un máximo de 120 días calendario después del accidente.	No cubierto	No cubierto	50%	50% Hasta S/ 10,000

ANEXO 1 PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN



El **AFILIADO** podrá hacer uso de los beneficios y coberturas del programa, desde el inicio de vigencia del programa, el mismo que empieza a partir del primer día del mes siguiente de cancelada la primera cuota del programa, previa suscripción y recepción de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** por parte de la **IAFAS**.

En caso de ocurrir algún evento que requiera de las prestaciones recuperativas de salud, objeto del **CONTRATO**, el afiliado deberá acudir, a las **IPRESS** de la **RED AUNA** detalladas en el **Anexo 5** de las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente contrato; en el que consta la dirección de los establecimientos.

Al momento de requerir la atención de salud deberá identificarse con su documento nacional de identidad e indicar en admisión de la **IPRESS** que es afiliado del programa, así mismo deberá declarar con verdad la fecha del accidente y las circunstancias de ocurrencia, las cuales quedarán registradas en la historia clínica.

El **AFILIADO** o quien lo represente, deberá dar aviso al **CALL CENTER (01) 513-7900** o al **CORREO contactos@oncosalud.com** sobre la ocurrencia del accidente, hasta un plazo no mayor de 48 horas de ocurrido el mismo. Esta comunicación no es indispensable para la atención inicial en emergencia. Sin embargo, es imprescindible para el otorgamiento de los demás beneficios objeto del programa.

Para el otorgamiento o continuidad de la cobertura, la **IAFAS** tendrá derecho, a requerir al **AFILIADO** información o documentación que sustente el evento accidental (tales como: denuncias policiales, licencias de conducir, etc.), los cuales deberán ser entregados hasta en un máximo de 7 días después de realizado dicho requerimiento. Excedido el plazo, la falta de respuesta, obstaculización, reticencia de información o falta de veracidad en la información presentada o declarada, por parte del **AFILIADO** o **CONTRATANTE** liberará a la **IAFAS** de cualquier obligación.

ANEXO 2 TARIFAS Y DESCUENTOS PREFERENCIALES

Las siguientes tarifas preferenciales aplican 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 3

EXCLUSIONES, GASTOS NO CUBIERTOS Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

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

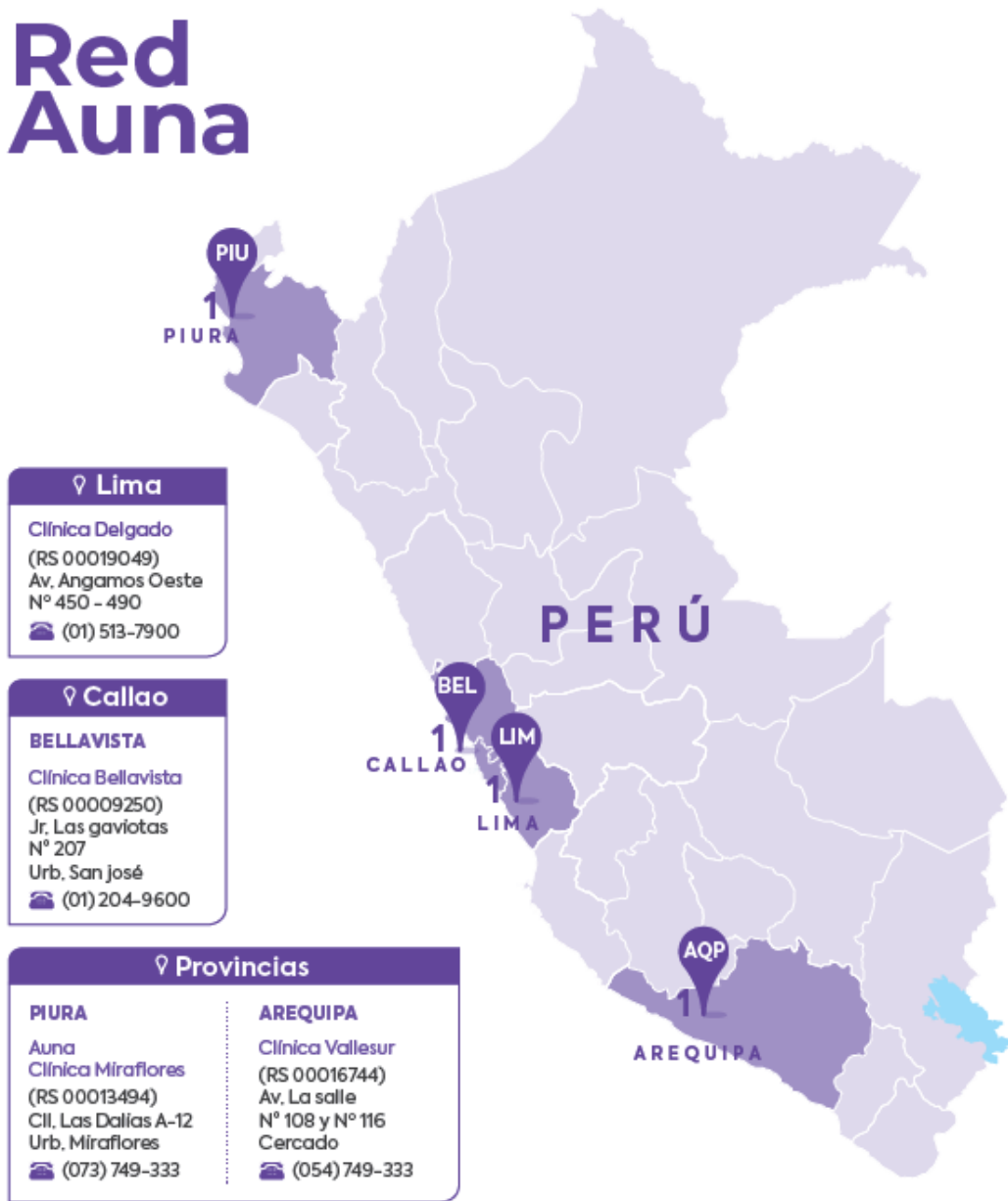
- 1 Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional atendido fuera de la RED AUNA. Así como aquellos que no sean ordenados o prescritos por sus profesionales médicos. Así como cualquier prestación relacionada con complicaciones, efectos adversos o secundarios que devengan de prestaciones ejecutadas al margen de la cobertura de este programa.
- 2 Cualquier requerimiento de reintegro y/o pagos por servicios médicos suministrados por terceros no autorizados expresamente por la IAFAS.
- 3 No se reconocerán honorarios y/o tarifas por encima de lo establecido entre la IAFAS y las IPRESS.
- 4 Alquiler de equipos o servicios no disponibles en la IPRESS, independientemente del diagnóstico y/o pertinencia médica.
- 5 Toda prestación médica o sanitaria derivada de lesiones auto infligidas, intento de suicidio o autoeliminación o estando mentalmente insano producto de peleas y riñas, 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.
- 6 Cualquier requerimiento o prestación médica y/o quirúrgica consecuencia de la conducción de un vehículo motorizado sin contar con la licencia de conducir vigente que corresponda al tipo de vehículo según la normativa pertinente. Así como lesiones o enfermedades a consecuencia de la participación activa del afiliado en motines, huelgas, conmoción civil, terrorismo o actos delictivos. Así como aquellas a causa de una guerra Civil o Internacional.
- 7 Todo tipo de prestaciones diagnósticas o terapéuticas, equipos, insumos, suministros o fármacos y otras nuevas tecnologías que no hayan alcanzado el nivel de evidencia IIA en Medicina Basada en Evidencia de la Agency for Healthcare Reserch and Quality - AHRQ. De igual manera están fuera de cobertura aquellos que no hayan concluido exitosamente la fase III de su ensayo clínico 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. Así mismo, tratamientos o medicamentos e insumos no comercializados a nivel nacional.
- 8 No se cubre medicina tradicional de cualquier tipo ni tratamientos homeopáticos, recetario magistral, iriología, reflexología y en general tratamientos experimentales, empíricos o relacionados a la medicina alternativa.
- 9 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, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés, férulas ortopédicas, cabestrillos y similares, prótesis dentales, oculares, obturadores, ni aquellas con fines estéticos. De igual manera, aparatos y equipos ortopédicos, zapatos ortopédicos, ortésicos.

- 10 Suministro de cualquier tipo de medio de transporte y/o servicio de ambulancia.
- 11 Todo tipo de servicios de bazar y confort personal durante la hospitalización, como radios, televisores, teléfonos, consumos de frigobar, artículos personales o de higiene, pañales, medias antiembólicas, toallas higiénicas, máquinas de afeitar, guantes descartables no estériles, mantas térmicas de cualquier tipo, papel higiénico, batas, ropa de cama, hisopos y/o colchón antiescaras.
- 12 Gastos relacionados a acompañantes, mientras el **AFILIADO** se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, cama, alimentación, bazar y/o confort y similares. Con excepción de lo especificado en su tabla de beneficios.
- 13 Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional a causa de la participación de cualquier deporte de alto riesgo, tales como, pero sin limitarse a: paracaidismo, parapente, vuelo en aeronaves ultraligeras o ala delta y vuelos no comerciales (inclusive como pasajero), escalamiento, parkour, downhill, skateboard, esquí acuático y sobre nieve o snowboarding, rafting y rappel, buceo o caza submarina, cualquier tipo de deporte aéreo, saltos desde puentes o puntos elevados al vacío, cacería, equitación, toreo o rodeo, carreras de vehículos motorizados (incluidos los denominados "piques"), boxeo y artes marciales y otras actividades o deportes razonablemente riesgosos y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.
- 14 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.
- 15 Prestaciones de naturaleza psicológica, psiquiátrica o psicoterapéutica. Con excepción de lo especificado en su tabla de beneficios.
- 16 Prestaciones relacionadas a un accidente que no haya sido reportado a la **IAFAS**, hasta un máximo de 48 horas después de ocurrido el mismo (Con excepción de las Emergencias Accidentales). Estas prestaciones podrán ser atendidas, a costo del afiliado, a través de las tarifas preferenciales a las que tiene derecho.
- 17 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.
- 18 Cualquier prestación o gastos relacionados a segunda opinión nacional o internacional, inclusive si fuera realizada en la **IPRESS** designada por la **IAFAS**.
- 19 Lesiones, secuelas y/o complicaciones, a consecuencia directa o indirecta de accidentes de trabajo o relacionados a la ocupación u oficio del (los) **AFILIADO(S)**, así como otras prestaciones cubiertas por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.
- 20 Los denominados "accidentes médicos", tales como apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, infartos de miocardio, trombosis, ataques epilépticos u otros análogos. Así como fracturas patológicas.

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

ANEXO 4
RED DE ATENCIÓN

Red Auna



* RS: Número de registro Susalud

Red Odontológica

? Lima		? Callao
<p>BARRANCO CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO - BARRANCO (RS 00014357) Jr. Alfonso Ugarte N° 250 ☎ (01) 247-6892</p>	<p>MIRAFLORES CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO - AURORA (RS 00010215) Av. Roosevelt (Ex República de Panamá) N° 5806 ☎ (01) 447-5190</p>	<p>CALLAO CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO - CALLAO (RS 00012672) Av. Guardia Chalaca N° 1362 Urb. Santa Marina ☎ (01) 453-3276</p>
<p>COMAS CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO - COMAS (RS 00014784) Av. El Maestro Peruano N° 430 - Mz. I, Lt. 6 Urb. Carabayillo 2da Etapa ☎ (01) 535-8144</p>	<p>CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO - AURORA ESPECIALIDADES (RS 00024505) Av. Roosevelt N° 5790 Piso 3 Int. 301 ☎ (01) 530-4614</p>	<p>? Provincia</p>
<p>JESÚS MARÍA CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO - JESÚS MARÍA (RS 00013245) Jr. Huiracocha N° 1486 ☎ (01) 424-1443</p>	<p>PUEBLO LIBRE CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO - PUEBLO LIBRE (RS 00012041) Av. Juan Pablo Fernandini N° 1573 ☎ (01) 330-7492</p>	<p>AREQUIPA CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO - AREQUIPA - CAYMA (RS 00020252) Calle Sevilla N° 107 Urb. Los Sauces ☎ (054) 272-716</p>
<p>LA MOLINA CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO - LA MOLINA (RS 00010036) Calle Santa Magdalena Sofía N° 109 ☎ (01) 436-2883</p>	<p>SAN BORJA CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO - PRIMAVERA (RS 00023924) Av. Primavera N° 643 Int. 503 Mz. 2-2 Lote 13 Urb. Chacarilla del Estanque IV ☎ (01) 648-0253</p>	<p>PIURA CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO - PIURA (RS 00015614) Av. Grau N° 1050 Lote D-1 ☎ (073) 305-820</p>
<p>LA VICTORIA CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO - SANTA CATALINA (RS 0001499) Jr. Juan Voto Bernales N° 399 Urb. Santa Catalina ☎ (01) 471-3998</p>	<p>CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO - SEDE SAN BORJA (RS 00010892) Av. Joaquín Madrid N° 235 Urb. Las Camelias ☎ (01) 225-0809</p>	
<p>LIMA CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO - LIMA CENTRO (RS 00008537) Jr. Camaná N° 780 Of. 508 ☎ (01) 427-0158</p>	<p>SAN ISIDRO CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO - ESPECIALIDADES ARONA (RS 00023156) Av. Juan de Arona N° 402 ☎ (01) 421-6323</p>	
<p>LOS OLIVOS CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO - LOS OLIVOS (RS 00023749) Av. Carlos Alberto Izaguirre N° 1268 Mz. K Lt. 8 Urb. Gamarra de León Velarde Angélica - I Etapa ☎ (01) 523-2190</p>	<p>CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO - JAVIER PRADO (RS 00014113) Av. Javier Prado Este N° 1692 - 1er Piso ☎ (01) 475-1719 / 475-1717</p>	
	<p>CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO - SAN ISIDRO (RS 00027114) Av. Petit Thouars N° 3470 ☎ (01) 421-6323</p>	
	<p>SAN JUAN DE LURIGANCHO Centro Odontológico Americano - Zarate (RS 00008567) Jr. Las Chulpas N° 296 Of. 201-202 ☎ (01) 458-6472 / 459-9645</p>	
	<p>SAN JUAN DE MIRAFLORES Centro Odontológico Americano - San Juan de Miraflores (RS 00009547) Av. Guillermo Billinghurst N° 619 Mz. G Lt. 33 Zona D Urb. San Juan ☎ (01) 466-1128</p>	
	<p>SAN MIGUEL CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO - SAN MIGUEL - EL CAMPILLO (RS 00023441) Calle Ayarsa de Morales N° 237 Urb. El Campillo ☎ (01) 636-1105</p>	
	<p>CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO - SAN MIGUEL (RS 00008583) Calle Monseñor Jorge Dintilhac N° 717 Urb. Pando 1era Etapa ☎ (01) 451-5553</p>	
	<p>SANTIAGO DE SURCO CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO - SURCO (RS 00026558) Av. Caminos del Inca N° 1554 Urb. Las Gardenias Et. Uno ☎ (01) 279-1930 / 688-8529</p>	
	<p>SURQUILLO Centro Odontológico Americano - Surquillo (RS 0001860) Calle Las Tiendas N° 331 Dpto. 101 ☎ (01) 440-1021</p>	

* RS: Número de registro Susalud