



CONTRATO DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD PROGRAMA PREPAGADO AUNA JOVEN 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.**, con RIAFAS N° 20006, R.U.C. N° 20101039910, con domicilio en Av. República de Panamá N°4575, Piso 6, Distrito de Surquillo, Provincia y Departamento de Lima, representado por su Apoderado Especial, Señor Guillermo Michell Lecaros Gutiérrez, identificado con DNI N° 10308857, según poder inscrito 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 y/o **AFILIADOS** propuestos sin relación de dependencia, según relación detallada en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, quien ha optado por contratar la cobertura de prestaciones de salud con la **IAFAS** para quienes en adelante se denominará como **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 complementaria al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (**PEAS**), bajo la modalidad de prestación de servicios de salud.

El **AFILIADO** 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**, que forma parte integrante del presente **CONTRATO**.

CLÁUSULA SEGUNDA OBJETO

En virtud del presente **CONTRATO** de afiliación, en adelante el **CONTRATO**, la **IAFAS** otorga a el **AFILIADO** cobertura de prestaciones de salud de manera complementaria a la cobertura obligatoria al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (**PEAS**), denominado plan de salud, conforme a los límites y condiciones señalados en las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**. Tanto la cobertura de servicios de salud y demás beneficios adicionales o especiales son de naturaleza voluntaria y se regirán conforme a las cláusulas establecidas en el **CONTRATO**.

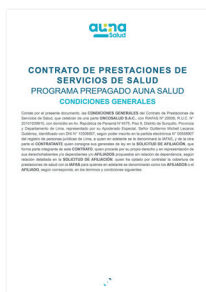
CLÁUSULA TERCERA CONTENIDO

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



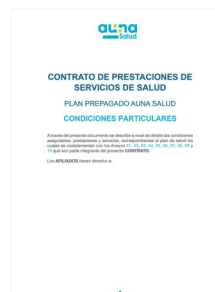
1

**SOLICITUD DE
AFILIACIÓN**



2

**CONDICIONES
GENERALES**



3

**CONDICIONES
PARTICULARES**

- 1 **SOLICITUD DE AFILIACIÓN:** Documento en el que el **CONTRATANTE** propone la relación de **AFILIADOS**, el plan elegido y la modalidad de pago.
- 2 **CONDICIONES GENERALES:** Las mismas que establecen las condiciones que rigen el presente **CONTRATO**.
- 3 **CONDICIONES PARTICULARES:** Contiene la descripción pormenorizada del alcance y limitaciones del plan contratado, incluyendo los copagos, deducibles, aportes adicionales y las obligaciones administrativas de las partes.

CLÁUSULA CUARTA:

DEFINICIONES

Para efectos de las presentes **CONDICIONES GENERALES**, y en lo que resulte aplicable a las **CONDICIONES PARTICULARES**, se entenderá por:

- 1 **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.
- 2 **AFILIADO:** Persona que ha suscrito, o por quien se ha suscrito, un Contrato de Prestaciones de Servicios de Salud, a través del cual tiene derecho a las coberturas del plan contratado, previa aceptación por la **IAFAS**.
- 3 **APORTE:** Contraprestación económica establecida en el **CONTRATO** a favor de la **IAFAS**, de cargo del **AFILIADO** o **CONTRATANTE**, por las coberturas del plan contratado.
- 4 **BENEFICIOS:** Derechos de (los) **AFILIADO**(s), según las condiciones establecidas en el plan contratado.
- 5 **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 aseguramiento y vincula a un **AFILIADO** con una **IAFAS**.
- 6 **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; en consecuencia, el **CONTRATANTE** podrá convenir con la **IAFAS** que presta servicios de salud, modificaciones a las condiciones del **CONTRATO** sin que se requiera para ello la aprobación del (los) **AFILIADO**(s).
- 7 **CONTINUIDAD:** Cobertura de diagnósticos preexistentes en caso que los **AFILIADOS** cambien de **IAFAS** o plan contratado; la misma que se otorgará conforme a lo dispuesto en el Art. 100 del Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA.
- 8 **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 DE BENEFICIOS** que forma parte integrante del presente **CONTRATO**.

- 9 **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 a copagos y deducibles.
- 10 **EXCLUSIONES:** Son aquellas intervenciones de salud no cubiertas por el plan de salud contratado y las mismas que son detalladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**.
- 11 **IPRESS:** 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 (**SUSALUD**), autorizados para brindar los servicios de salud correspondiente a su nivel de atención.
- 12 **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.
- 13 **PERÍODO DE CARENCIA:** Plazo mínimo de permanencia en el plan o programa de salud para tener derecho o no, a los beneficios establecidos en este. Los **PERÍODO DE CARENCIA** se contabilizan en forma individual por cada **AFILIADO**.
- 14 **PLAN DE BENEFICIOS:** Es el documento que detalla los beneficios que otorga la Entidad de Servicios de Salud Prepagados (ESSP).
- 15 **PREEXISTENCIA:** Es cualquier condición de alteración del estado de salud con evidencia clínica, diagnosticada por un profesional de salud, 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 **DECLARACION JURADA DE SALUD** o el **CONTRATO**.

CLÁUSULA QUINTA:

COBERTURA Y CONDICIONES

La **IAFAS** otorga cobertura a favor de los **AFILIADOS**, 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**.

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 sus datos de ley.

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

La eventual inconformidad del **AFILIADO**, con relación a los condicionamientos particulares formulados por la **IAFAS** con posterioridad a la evaluación de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, determinará la anulación del **CONTRATO** y el derecho de devolución íntegra de los aportes a favor del **CONTRATANTE**, siempre que no haya hecho uso de las coberturas, 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 condiciones particulares formuladas por la **IAFAS**.

Toda inclusión con posterioridad al inicio de la vigencia del presente **CONTRATO**, deberá contar con la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** respectiva, aplicándose los mismos requisitos de afiliación aquí descritos y estará afecta a la aplicación de un nuevo **PERÍODO DE CARENCIA** para él o los nuevos **AFILIADOS** de acuerdo al plan contratado.

CLÁUSULA SÉPTIMA:

PRESTACIONES PREVENTIVAS

La cobertura contempla también el otorgamiento de un chequeo médico, cuya amplitud y frecuencia se describe en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**. El íntegro de las prestaciones se realizará en la **IPRESS** designada, resultando este beneficio personal y discrecional para el **AFILIADO**, no siendo transferible ni acumulable, ni canjeable alguno de sus componentes. El **AFILIADO** deberá hacer uso del íntegro de ese derecho en un período no mayor de treinta (30) días calendario, contados desde el inicio del despistaje preventivo, vencido este plazo el **AFILIADO** deberá esperar el tiempo establecido en el **PLAN DE BENEFICIOS** para acceder nuevamente al próximo despistaje preventivo.

CLÁUSULA OCTAVA:

PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD

La cobertura de salud que la **IAFAS** otorga a favor del **AFILIADO** en virtud del presente **CONTRATO** sobre las condiciones asegurables, comprende las prestaciones de la salud convencionales, que incluyen atención médica ambulatoria, según lo descrito en el **PLAN DE BENEFICIOS**, siempre que no se encuentren contemplados en las exclusiones, que forman parte de las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**.

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

CLÁUSULA NOVENA:

INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA

El inicio de la vigencia del **CONTRATO** será a partir del primer día del mes siguiente de cancelado el aporte del plan, previa recepción y suscripción de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** por parte de la **IAFAS**.

El inicio de las prestaciones, bajo cobertura del plan, se dará desde el inicio de la vigencia del programa, sin aplicación de periodo de carencia. De la misma forma se procederá con los descuentos tarifarios concedidos de manera preferencial sobre las tarifas privada en la **IPRESS**.

CLÁUSULA DÉCIMA:

LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y DIRECTORIO MÉDICO

El otorgamiento de las prestaciones preventivas y de recuperación de la salud, así como los demás servicios contemplados, se otorgarán única y exclusivamente en la red de atención consignada en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**, en el que consta la dirección del establecimiento.

La **IAFAS** informará al **AFILIADO** ya sea por medios digitales o físicos o a través de su página web, dentro de un plazo no mayor a dos (2) días hábiles, cualquier interrupción o cese del servicio que brinde alguno de los establecimientos de salud descritos en red de atención y/o las modificaciones que puedan surgir sobre el directorio médico.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA:

RESPONSABILIDAD DE LAS IAFAS

La **IAFAS** es responsable frente al **AFILIADO** por los servicios que preste; 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 SEGUNDA:

REFERENCIAS

La **IAFAS** se obliga a atender al (los) **AFILIADO(s)** que requiera sus servicios. Si el diagnóstico efectuado determina que el tratamiento excede las coberturas contratadas del plan de salud, coordinará la referencia del paciente a la **IAFAS** que corresponda de acuerdo con su plan de cobertura obligatoria y/o complementaria.

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

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA:

APORTES

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 plan de salud y de acuerdo a la forma de pago que el **CONTRATANTE** haya consignado en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**. 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. Asimismo, se entenderá como cancelado el aporte a partir de la fecha y hora en que la **IAFAS** cuente con la suma dineraria correspondiente en sus cuentas bancarias.

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

Cualquier incumplimiento, tanto del **CONTRATANTE** como la entidad financiera o el tercero a través del cual se valga para hacer efectivo el pago de sus aportes, facultará a la **IAFAS** a suspender o resolver el **CONTRATO**, según lo dispuesto en 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 CUARTA:

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** procederá a suspender de manera automática todos los derechos, hasta que cumpla con cancelar el monto total correspondiente al aporte vencido.

En caso el incumplimiento en el pago supere los noventa (90) días calendario, la **IAFAS** procederá a resolver el presente **CONTRATO** indefectiblemente y de forma automática. Para dichos efectos, la **IAFAS** remitirá una comunicación al **CONTRATANTE** por escrito en dicho sentido.

La **IAFAS** no reconocerá los gastos médicos en que haya incurrido el **AFILIADO** durante el período de suspensión, debiendo el **AFILIADO** cancelar el íntegro de las aportaciones pendientes de pago para poder acceder a servicios prestacionales ulteriores.

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA:

COPAGOS Y DEDUCIBLES

Determinadas prestaciones, materia del presente **CONTRATO**, están 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 los diagnósticos que excedan el plan de salud contratado, los gastos de atención no cubiertos correrán por cuenta del **AFILIADO**.

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA:

MODIFICACIÓN DE APORTACIONES Y/O COPAGOS

La estimación de aportaciones a pagar por el **CONTRATANTE** se establece en función a la siniestralidad esperada del plan (incluyendo los costos médicos, costos de tratamiento y modificación de beneficios y/o coberturas), a 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. 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.

En base a los conceptos indicados y sus eventuales variaciones en el tiempo, la **IAFAS** podrá notificar la modificación de los aportes y copagos del **CONTRATO** durante la vigencia del mismo, en tanto hayan transcurrido un mínimo de doce (12) meses de vigencia y/o a partir de los vencimientos anuales con una anticipación mínima de treinta (30) días calendario. Transcurrido este período, las modificaciones entrarán en vigencia a partir del primer día del mes siguiente 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 anulación del **CONTRATO**, aplicándose durante ese lapso de tiempo lo establecido en la cláusula décimo tercera correspondiente a aportes.

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA:

INFORMACIÓN

La **IAFAS** pone a disposición de los **AFILIADOS** el plan de salud a través de www.oncosalud.pe, a fin de permitir su acceso a la información de forma oportuna, clara y precisa.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA:

VIGENCIA DEL CONTRATO

El presente **CONTRATO** se celebra por un plazo de un año, comenzando a regir a partir del primer día del mes siguiente al pago del aporte del programa y quedará automáticamente renovado por igual plazo bajo los mismos términos y condiciones, salvo que el **AFILIADO** manifieste, mediante aviso escrito cursado con treinta (30) días de anticipación, su voluntad de no renovarlo, o de modificar los términos contractuales.

Siempre que el **CONTRATO** quede renovado no habrá **PERÍODO DE CARENCIA**, ni para las atenciones de emergencia por accidente; 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 DÉCIMO NOVENA:

DOMICILIO

Las Partes señalan como domicilio real el que se indica en la introducción del presente **CONTRATO** y en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones vinculadas a este **CONTRATO**, salvo que se hubiera comunicado por escrito a la otra Parte el cambio de domicilio con un mínimo de cinco (5) días hábiles de anticipación y con cargo de recepción. Asimismo, la Parte que efectúe la variación de domicilio deberá cursar la comunicación al correo electrónico de la contraparte señalado en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**.

CLÁUSULA VIGÉSIMA:

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 físico 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**.

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 PRIMERA:

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 superación de la edad límite máximo de permanencia establecido en el **PLAN DE BENEFICIOS**.

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 SEGUNDA:

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

El **CONTRATANTE** declara estar debidamente informado sobre el uso y tratamiento de datos personales a la **IAFAS**, los cuales son estrictamente necesarios para la gestión del plan de salud adquirido.

El **CONTRATANTE** declara estar de acuerdo con que la **IAFAS** incorpore y almacene sus datos personales en el banco de datos denominado “Banco de Datos de Clientes” de titularidad de la **IAFAS**.

El **CONTRATANTE** está de acuerdo con el tratamiento de los datos personales. Los datos referidos al estado de salud del **TITULAR**, proporcionados a la **IAFAS** serán utilizados estrictamente con la finalidad de realizar las gestiones inherentes al plan contratado.

La **IAFAS** declara que los servicios vinculados al manejo de su infraestructura virtual eventualmente podrán ser tercerizados, por lo que informa al **CONTRATANTE** y/o **AFILIADO** que las empresas contratistas utilizarán servidores, propios o de terceros, ubicados en países que garantizan un nivel adecuado de protección, conforme a la Ley N° 29733 y su reglamento, así como en observancia del acuerdo EU-US Privacy Shield-Information disponible en www.privacyshield.gov.

En tal sentido, el **CONTRATANTE** ha sido informado y autorizó a la **IAFAS** a tratar sus datos personales y de las personas propuestas para:

- a** Evaluar el estado de su afiliación en base a la información proporcionada.
- b** Aprobar la cobertura del plan de salud adquirido.
- c** Gestionar el cobro de los aportes, deudas, moras e intereses.
- d** Usar su huella digital para efectos de la gestión administrativa, comercial y acreditación del **AFILIADO** para la prestación médica.
- e** Conservar dichos datos por un periodo de diez (10) años, contados a partir de la fecha de término de la relación comercial; salvo que por mandato legal se establezca un plazo distinto, en cuyo caso se aplicará este último.
- f** Cumplir con requerimientos de información de autoridades administrativas o judiciales, relacionados a su afiliación.
- g** Tratar de forma directa, encargar y/o transferir los datos a sus empresas vinculadas, plataformas que prestan el servicio de almacenamiento en la nube y empresas terceras que tengan un vínculo directo con la finalidad de la recopilación de los datos personales, quienes guardarán estricta confidencialidad de la información remitida.
- h** Enviar información referente a la concientización de estilos de vida saludable y cuidado de la salud.

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA:

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 siguientes a la fecha de pago de la cuota anual, 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 CUARTA:

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, ya sea de manera física o al correo electrónico señalado por el **AFILIADO**. 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 DE SERVICIOS DE SALUD

PLAN AUNA JOVEN

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 01, 02, 03, 04, 05, 06 y 07** que son parte integrante del presente **CONTRATO**.

Los **AFILIADOS** tienen derecho a:

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

1.1 CHEQUEO MÉDICO

Conformado por un paquete de exámenes de laboratorio, evaluación médica de resultados a través de la especialidad de medicina interna y evaluación de agudeza visual por optómetra, realizado por especialistas de la **IPRESS** designada en la **RED DE ATENCIÓN**. Aplica a todos los afiliados desde el inicio de vigencia, sin periodo de carencia y/o espera, sin deducible y sin copago, con periodicidad anual desde su último chequeo efectivo.



Los exámenes preventivos que conforman el paquete no son transferibles, acumulables, canjeables o intercambiables con otros exámenes que no correspondan al plan de salud contratado.

En caso el médico evaluador considere pertinente recomendar o indicar alguna prestación adicional como resultado del chequeo médico (interconsulta con alguna especialidad, medicamentos, exámenes auxiliares o procedimientos), estas no formarán parte de este beneficio, debiendo ser atendidas bajo las demás condiciones indicadas en el **PLAN DE BENEFICIOS**.

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

El detalle del chequeo médico anual se encuentra detallado en el **PLAN DE BENEFICIOS**.

1.2 CONSULTA AMBULATORIA

La consulta ambulatoria es aquella que se realiza en la **IPRESS** designada en la **RED DE ATENCIÓN**, que no requiera hospitalización y requiere el pago de un deducible especificado en el **PLAN DE BENEFICIOS**.



Las citas se encuentran sujetas a la disponibilidad de cada médico de acuerdo a la **LISTA DE MÉDICOS PARTICIPANTES** y especialidades comprendidas en los beneficios del programa, misma que se encuentra publicada en <https://clinicadelgado.pe/tarjetas-auna/> y podrá ser actualizada dentro de los primeros 5 días útiles de cada mes.

Los exámenes auxiliares (estudios de laboratorio e imágenes) y los medicamentos prescritos por los especialistas del programa, serán a costo del afiliado y tendrán tarifas preferenciales de descuento sobre la tarifa privada, según el detalle del **Anexo 03**.

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

1.3. INMUNIZACIONES

A través del Centro de Inmunizaciones especializado de la **IPRESS** designada en la **RED DE ATENCIÓN**, se otorgará acceso al esquema de inmunizaciones para las siguientes vacunas: Influenza Estacional Tetravalente, Hepatitis B y Tétano, Pertusis y Difteria, con tarifas preferenciales indicadas en el **PLAN DE BENEFICIOS**.



2. PLAN DE BENEFICIOS

La cobertura que el **AFILIADO** tiene derecho a través del presente **CONTRATO** corresponde de manera específica al plan de salud contratado cuyos alcances, limitaciones, deducibles, copagos y aportes detallamos a continuación.

PROGRAMA AUNA JOVEN 2020

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN	AUNA JOVEN 2020
Límite máximo del beneficio anual por afiliado: Afiliado titular	Sin Límite de monto
Edad inicio de ingreso	Desde los 18 años.
Edad de límite de permanencia	Hasta los 40 años.
Período de carencia	Sin periodo de carencia.
Renovación	Anual, automática

CHEQUEO MÉDICO (01 chequeo al año)	DEDUCIBLE Y/O COPAGO A CARGO DEL AFILIADO	COBERTURA
Glucosa Hemoglobina Colesterol Triglicéridos Examen de orina (sedimento).	0%	100%
01 Consulta para lectura de resultados por Medicina Interna		
01 Consulta de Medición de vista por optometrista		

ATENCIÓN AMBULATORIA	DEDUCIBLE POR CONSULTA
Consulta Ambulatoria (ginecología, dermatología, endocrinología, gastroenterología, nutrición y otras especialidades)	S/ 80

EXÁMENES AUXILIARES Y MEDICINAS	DESCUENTO
Laboratorio	Tarifas preferenciales con dscto de 20% (Ver Anexo 03)
Imágenes	
Medicamentos	

INMUNIZACIONES	DESCUENTO
Influenza Estacional Tetravalente	15% descuento
Hepatitis B	
Tétano, Pertusis y Difteria	

Las coberturas y tarifas preferenciales, aplican sobre la tarifa privada de la **IPRESS**, no resultando acumulables con otras promociones, paquetes o mecanismos de financiamiento (incluyendo combinaciones con otros seguros).

Accesoriamente, el **AFILIADO** tendrá acceso a **BENEFICIOS ADICIONALES** detallados en el **Anexo 05**, cuyas prestaciones, alcance y limitaciones se describen en la misma sección.

3. RED DE ATENCIÓN

NOMBRE COMERCIAL	RAZÓN SOCIAL	REGISTRO SUSALUD	CIUDAD	DISTRITO	DIRECCION	TELEFONO
Clínica Delgado	MEDIC SER SAC	1408279	Lima	Miraflores	Av. Angamos Oeste N°450-490	(01) 377-7000

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 01: Aportes y Formas de Pago.	Pág. 17
ANEXO 02: Especialidades Médicas del Programa	Pág. 17
ANEXO 03: Prestaciones Médicas a Tarifas y Descuentos Preferenciales.....	Pág. 18
ANEXO 04: Relación de Servicios Clínicos Sujetos a Descuentos	Pág. 20
ANEXO 05: Beneficios Adicionales	Pág. 21
ANEXO 06: Exclusiones, Gastos no Cubiertos y Limitaciones a las Coberturas Contratadas	Pág. 23
ANEXO 07: Flujograma de Procedimiento de Atención de Consultas y Reclamos	Pág. 25

ANEXO 01

APORTES Y FORMAS DE PAGO

APORTE ANUAL EN MONEDA NACIONAL (INCLUIDO IGV)

Tarifa por Rango de edad	TARJETA DE CRÉDITO O DÉBITO
Desde 18 hasta 40 años	S/ 200

Los aportes del programa **AUNA JOVEN** están expresados en soles e incluyen IGV. Superada la edad de límite de permanencia establecida para el programa deberá migrar a un programa superior ofertado por **AUNA**, para lo cual deberá realizar la solicitud de inscripción al mismo.

ANEXO 02

ESPECIALIDADES MÉDICAS DEL PROGRAMA

ESPECIALIDADES MÉDICAS DEL PROGRAMA AUNA JOVEN	
Anestesiología	Nefrología
Cardiología	Neumología
Cirugía General	Neurocirugía
Dermatología	Neurología
Endocrinología	Nutrición
Enfermedades Infecciosas Y Tropicales	Oftalmología
Gastroenterología	Ortopedia y Traumatología
Ginecología y Obstetricia	Otorrinolaringología
Hematología	Reumatología
Inmunología y Alergia	Urología
Medicina Interna	

ANEXO 03

PRESTACIONES MÉDICAS A TARIFAS Y DESCUENTOS PREFERENCIALES

PRESTACIONES MÉDICAS	TARIFAS Y/O DESCUENTOS
Medicinas	20%
Laboratorio clínico	20%
Imágenes	20%
Servicios Clínicos*	40%

Las tarifas preferenciales y/o descuentos aplican sobre la tarifa privada establecida por la **IPRESS**, para acceder a ellas deberá identificarse como **AFILIADO** del programa **AUNA JOVEN** en el momento de solicitar la prestación médica.

Estos descuentos son transversales, es decir, aplican en todas las áreas de la clínica (Ambulatorio, Emergencia, Hospitalización y Cirugía). Así, aun cuando el programa no brinde cobertura en los servicios de Emergencia, Hospitalización y Cirugía, el **AFILIADO** podrá acceder a los descuentos indicados en medicamentos, laboratorio, imágenes y servicios clínicos.

No forma parte de este beneficio los procedimientos médicos, incluyendo sus honorarios, así como el alquiler de equipos.

*Los servicios clínicos sujetos a este beneficio, están detallados en el **Anexo 04**.

PAQUETES DE MATERNIDAD

	PARTO VAGINAL	CESÁREA
Servicios Clínicos	2 días de habitación estándar	3 días de habitación estándar
	Servicio de alimentación para la madre	Servicio de alimentación para la madre
	Estancia y control del recién nacido los días indicados	Estancia y control del recién nacido los días indicados
	Suite de parto integral (para el proceso de dilatación, parto y recuperación)	Sala de Operaciones y Recuperación
	Oxígeno, central de monitoreo materno fetal	Oxígeno, central de monitoreo materno fetal
Servicios Médicos y Asistenciales	Servicios de enfermería	Servicios de enfermería
	Servicio médico especializado 24 horas	Servicio médico especializado 24 horas
	Servicios del Centro de Maternidad	Servicio especializado del Centro de Maternidad
	Servicio especializado y personalizado del equipo de Obstetras	Servicio especializado y personalizado del equipo de Obstetras
	Honorarios profesionales de Anestesiólogo y Neonatólogo	Honorarios profesionales de Anestesiólogo y Neonatólogo
Farmacia	Insumos y medicamentos utilizados en la suite de parto integral y hospitalización	Material quirúrgico y medicamentos en Sala de Operaciones y Recuperación
		Anestesia durante la cesárea y manejo del dolor post cesárea hasta 48 horas
Laboratorio	Análisis del recién nacido	Análisis del recién nacido
Adicionales	Pase de estacionamiento gratuito para un vehículo durante la estancia	Pase de estacionamiento gratuito para un vehículo durante la estancia



No incluye:

- Exámenes preoperatorios: perfil laboratorio, riesgo quirúrgico, consulta pre anestésica.
- Honorarios del médico
- Complicaciones en la madre o el recién nacido, Banco de Sangre, medicamentos y exámenes no previstos, interconsultas y participación de otros médicos especialistas, mayor estancia hospitalaria, servicios auxiliares: UCI Neonatal y Adultos (cuidados intermedios e intensivos).
- Adicionales en materiales quirúrgicos, insumos, medicinas u otro tipo de consumos en Farmacia debido a condiciones especiales o cambios en condiciones clínicas de la madre y el bebé o como consecuencia de una complicación.
- Tamizajes neonatales: básico, ampliado y auditivo.
- Estadía hospitalaria en habitación suite.
- Parto múltiple.

Los precios de estos paquetes de maternidad serán actualizados en la página web, en la sección dedicada al programa.

ANEXO 04

RELACIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS SUJETOS A DESCUENTOS

SERVICIO CLÍNICOS	
Sala de dilatación	Unidad de cuidados intensivos generales
Sala de observación neonatal	Unidad de cuidados intensivos pediátricos
Sala de partos	Unidad de cuidados intensivos neonatológicos
Sala de puerperio	Unidad de cuidados intensivos neonatológicos aislados
Sala de bebés	Unidad de cuidados intermedios neonatológicos
Sala de operaciones - cirugía menor	Unidad de trasplante renal por día
Sala de operaciones - cirugía mayor	Unidad de trasplante medula ósea por día
Sala de ecografía avanzada	Unidad coronaria (cine angiografía. Cateterismo cardiaco. Angioplastia)
Sala de endoscopias	Unidad cuidados intermedios /especiales
Sala de oftalmología (30% honorarios del cirujano)	Unidad de quemados
Sala de procedimientos especiales	Manejo del dolor por día
Sala de procedimientos medicina nuclear	Atención recién nacido - sala de bebés
Sala de operaciones - mas de 2 horas	Psicoprofilaxis trabajo de parto (paquete completo)
Sala de operaciones -cada hora adicional	Examen obstétrico sin hospitalizar
Sala de quimioterapia por hora	Enfermera consejería
Sala de transfusiones c/hora	Licenciada enfermería (12 hrs)
Sala de hemodinámica y perfusión	Técnica de enfermería (12 hrs)
Curación pequeña heridas, infectadas, abscesos	Técnica de enfermería 6 horas
Curación grande heridas, infectadas, flemón, quemadura	Técnica de enfermería 8 horas
Oxígeno por cirugía hasta 2 horas	Técnica de enfermería 12 horas noche
Oxígeno por m3	Suite presidencial
Sala de recuperación hasta 2 horas	Suite tipo I
Sala de recuperación de 2 a 6 horas	Suite
Sala de recuperación de 6 a 24 horas	Cuarto individual con baño/con sofá cama y/o sillón
Preparación pre-operatoria hasta 2 horas	Cuarto individual con baño y cama de acompañante
Reposo post-operatorio hasta 2 horas	Cuarto individual con baño
Reposo post-operatorio de 2 a 8 horas	Cuarto - estadía adicional voluntaria
Reposo postoperatorio de 6 a 24 horas	Cuarto doble sin baño

SERVICIO CLÍNICOS

Aplicación inyectable im/sc/intradérmica	Cuarto maternidad
Aplicación de vacunas	Mortuorio
Aplicación de inyectable endovenoso	Copia de historia clínica
Venoclisis	Copia de resultado de exámenes
Medida de presión arterial	Inyección de contraste en articulación
Puesta de aretes	Inyección de contraste mielografico
Aplicación de enema evacuante	Recarga de oxígeno 6m3
Reposo sala de observación de emergencia hasta 1 hora	Upgrade suite materna
Reposo sala observación de emergencia cada hora de 2 a 4 horas	Visita de enfermería y servicios
Reposo sala observación de emergencia cada hora de 5 a 8 horas	Aplicación vacuna influenza (ped)
Tópico de procedimientos mínimamente invasivos	Aplicación vacuna influenza (adult)
Tópico de sutura	Aplicación vacuna hepatitis B (ped)
Tópico traumatología /sala de yesos / por atención	Aplicación vacuna hepatitis B (adul)
Unidad de shock trauma-por hora	Aplicación vacuna BCG
Tópico emergencia por intervenciones o procedimientos	

No forma parte de este beneficio de descuentos, el alquiler de equipos, servicios de bazar y spa, alimentación, nutrición enteral y parenteral y servicio de banco de sangre.

ANEXO 05

BENEFICIOS ADICIONALES

Los beneficios descritos a continuación, no son objeto del programa, no obstante, los **AFILIADOS** podrán acceder, en forma discrecional, a los servicios que serán proporcionados por la empresa **MOK PERU S.A.C.** bajo sus propios términos y responsabilidad.

CONSULTA MÉDICA A DOMICILIO

Se otorga cobertura de Médico a domicilio al titular del programa, a través del proveedor designado por la IAFAS, para los siguientes servicios:	EVENTO CUBIERTOS	DEDUCIBLE
Médico a domicilio en la especialidad de medicina general	ILIMITADO	s/35.00 por evento
Incluye la primera toma de medicamento		
Solo aplica en Lima		

ASISTENCIA AUXILIO VIAL

Se otorga cobertura de Auxilio Vial al titular del programa, a través del proveedor designado por la IAFAS, para los siguientes servicios:	EVENTO CUBIERTOS	LIMITE
Cambio de llanta por el repuesto en caso de pinchadura (en cuyo caso el titular deberá contar la llanta de repuesto)	2 EVENTOS AL AÑO	MÁXIMO S/ 200.00 por evento
Suministro de un máximo 2 galones de combustible		
Necesidad de cerrajería para el auto		
Necesidad de paso de corriente por batería baja		
El servicio se brindará, siempre y cuando, la asistencia requerida sea partir de 50 Km de Lima y dentro de la zona de cobertura de este beneficio.		

Para acceder a este beneficio el afiliado seguir el siguiente procedimiento:
Solicitar su asistencia a través del número 01-700-6693 (Lima) las 24 horas del día durante todo el año.

Deberá indicar los siguientes datos:

- Ser afiliado al programa **AUNA JOVEN** de **ONCOSALUD**.
- Nombres y apellidos completos.
- Número de Documento de identidad.
- Dirección donde se brindará la atención.
- Número de teléfono de contacto.

Los servicios ofertados por la empresa **MOK PERU S.A.C.** se prestarán en zona urbana, según el radio de acción:



LIMA METROPOLITANA
• Callao, La Punta y Balnearios



SUR
• Hasta Cañete (km 144)



NORTE
• Hasta Chancay



ESTE
• Hasta San Mateo y Cieneguilla

ANEXO 06

EXCLUSIONES, GASTOS NO CUBIERTOS Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

- 1 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 y considerados en el listado de profesionales médicos publicado en la página web <https://clinicadelgado.pe/tarjetas-auna/>. 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.
- 2 Procedimientos ambulatorios, hospitalarios o en emergencia, sean diagnósticos y/o terapéuticos, ni tratamiento quirúrgico, ni interconsultas hospitalarias. Asimismo, no se encuentran sujetos a descuento los honorarios médicos correspondientes a estos servicios.
- 3 Evaluación especializada para riesgo cardiológico, riesgo neumológico, y/o riesgo anestesiológico, los cuales son requeridos para cada procedimiento quirúrgico dependiendo de la condición clínica del paciente.
- 4 Chequeos médicos distintos a los paquetes ofertados por la clínica.
- 5 Cualquier reintegro y/o pagos por servicios médicos suministrados por terceros no expresamente autorizados, sea por concepto de gastos ambulatorios, de hospitalización no quirúrgica, quirúrgica o gastos post-operatorios de cualquier índole médicos o no médicos.
- 6 Cualquier solicitud de reintegro de gastos médicos, inclusive honorarios de médicos pactados directamente por el **AFILIADO**, así como cualquier tipo de gastos efectuados fuera de la red de atención autorizada por el plan y en el extranjero. No se reconocerán honorarios por encima de lo pactado con los proveedores de salud. Así como también sobrecostos de medicamentos, insumos, material médico o procedimientos diagnósticos o terapéuticos por encima de los costos establecidos por la **IAFAS**.
- 7 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 procedimientos no relacionados directamente a un diagnóstico determinado.
- 8 Tratamientos realizados en el extranjero o medicamentos no comercializados a nivel nacional.
- 9 Lesiones auto infligidas o producidas voluntariamente o estando mentalmente insano, intento de suicidio, peleas, riñas, salvo aquellas en que se demuestre que se ha tratado de legítima defensa, a través de una denuncia policial.
- 10 Artículos de tocador, artículos de higiene personal ni pañales de ningún tipo.
- 11 Servicios clínicos no contemplados en el **Anexo 04**, así como los servicios de SPA, alimentación y uso de equipos distintos a los ofertados por la **IPRESS**.

- 12 Servicios de Banco de Sangre, así como gastos relacionados con la adquisición de órganos o tejidos, tales como sangre y sus derivados como: paquetes de glóbulos rojos, plaquetas, albúmina (en cualquiera de sus presentaciones), plasma y factores de coagulación, así como sustitutos sanguíneos naturales o sintéticos de cualquier tipo. Cualquier gasto relacionado a la búsqueda o estudio de donantes.
- 13 Servicios de Nutrición Enteral y Parenteral.
- 14 Prestaciones de Medicina Nuclear y del servicio de Radio Oncología, inclusive las consultas médicas.
- 15 Insumos y materiales de cualquier tipo, requeridos para la aplicación de medicamentos, inclusive inyectables, así como para la realización de procedimientos.
- 16 Gastos relacionados al suministro de implantes y prótesis internas o externas de cualquier tipo, incluyendo stent de cualquier tipo. Así como también material de osteosíntesis y los cementos relacionados, prótesis internas y/o externas, materiales de osteosíntesis y prótesis.
- 17 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, y demás dispositivos empleados en neurocirugía, prótesis ortopédicas externas. No están cubiertas las prótesis (sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés). No se cubren audífonos. De igual manera aparatos y equipos ortopédicos, zapatos ortopédicos, ortésicos, prótesis externas, equipos mecánicos o electrónicos, medias para varices, audífonos e implante coclear.
- 18 Monturas ni cristales y/o resinas, lentes de contacto, implantes oculares, lente estromal o cualquier otro dispositivo para trastornos de refracción. Así como intervenciones quirúrgicas para corrección de trastornos de refracción (tales como miopía, hipermetropía, astigmatismo o presbicia, catarata o glaucoma, inclusive cirugía láser. Complicaciones relacionadas a vicios de refracción. No están cubiertos los lentes intraoculares para el tratamiento de vicios de la refracción, cubriéndose solamente en el caso de Catarata, lentes monofocales.
- 19 Prestaciones de Medicina Física, Terapia y rehabilitación, incluyendo consultas y honorarios.
- 20 Suministro de cualquier tipo de medio de transporte y servicio de ambulancia.

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**.

Asímismo, se precisa que los beneficios cubiertos por el programa, así como aquellos sujetos a tarifas preferenciales y descuentos, no son acumulables con otras promociones, paquetes y descuentos, o mecanismos de financiamiento (incluyendo combinaciones con otros seguros) indistintamente de su naturaleza u origen.

ANEXO 07

FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

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 COREESPONDA

5



PASO 5 ATENCIÓN 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 Servidores de Salud.
- Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor.