

CONTRATO DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD PROGRAMA PREPAGADO AUNA SALUD CONDICIONES GENERALES

Conste por el presente documento, las **CONDICIONES GENERALES** del Contrato de Prestaciones de Servicios de Salud, que celebran de una parte **ONCOSALUD S.A.C.**, identificado con R.U.C. N° 20101039910 y RIAFAS N° 20006, domiciliado en Av. República de Panamá N° 3461, Piso 14, Distrito de San Isidro, Provincia y Departamento de Lima, quien se encuentra debidamente representado por su Apoderado Especial, Señor Guillermo Michell Lecaros Gutiérrez, identificado con DNI N° 10308857, según poderes inscritos en la partida electrónica N° 00558907 del Registro de Personas Jurídicas de Lima, a quien en adelante se le denominará la **IAFAS**, y de la otra parte el **CONTRATANTE** quien consigna sus generales de ley en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, que forma parte integrante de este **CONTRATO**, quien procede por su propio derecho y en representación de sus derechohabientes y/o dependientes quien ha optado por contratar la cobertura de prestaciones de salud con la **IAFAS** para quienes en adelante se denominarán como los **AFILIADOS** o el **AFILIADO**, según corresponda, en los términos y condiciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES

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

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

CLÁUSULA SEGUNDA: OBJETO

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

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

El programa de salud otorga también, a favor del(los) **AFILIADO(s)**, acceso a descuentos preferenciales sobre las tarifas 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.

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 de salud seleccionado; y, **(iii)** la modalidad de pago.
2. **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD:** Documento en el que el **CONTRATANTE** informa sobre los antecedentes médicos relevantes del titular, dependientes o personas no dependientes, propuestos para la afiliación. La **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** es otorgada al momento de suscribir la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**.
3. **CONDICIONES GENERALES:** Conjuntos de cláusulas que establecen las condiciones mínimas que rigen la cobertura de las prestaciones de salud.
4. **CONDICIONES PARTICULARES:** Contiene la descripción pormenorizada del alcance, limitaciones y **EXCLUSIONES** del plan de salud contratado, incluyendo la red de atención (**RED AUNA** e **IPRESS COMPLEMENTARIAS**), 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. **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).
2. **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.
3. **AFILIACIÓN COLECTIVA O CORPORATIVA:** La que se realiza a través de cualquier organización, empresa o entidad empleadora, en virtud a un **CONTRATO**.
4. **APORTE:** Pago periódico, establecido en el **CONTRATO** a que se compromete el **AFILIADO** o **CONTRATANTE** a abonar en forma adelantada a la Entidad que presta Servicios de Salud Prepagados (ESSP) por los beneficios del plan o programa de salud contratado.
5. **BENEFICIOS:** Derechos del (los) **AFILIADO(s)**, según las condiciones establecidas en el plan o programa de salud contratado.
6. **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL:** Monto del beneficio del programa contratado. Los gastos médicos incurridos por el(los) **AFILIADO(s)** 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.
7. **CONTRATO:** Documento que contiene las condiciones que suscriben las Entidades que prestan Servicios de Salud Prepagados (ESSP) con el **AFILIADO** o **CONTRATANTE**, para regular los derechos y las obligaciones de las partes, con relación a los beneficios ofrecidos en el plan o programa de salud.

8. **CONTRATANTE:** Toda persona natural o jurídica que suscribe un **CONTRATO** de servicios con una Entidad que presta Servicios de Salud Prepagados (ESSP), para su exclusivo beneficio, para beneficio de terceros o ambos.

El **CONTRATANTE**, salvo en los casos en los que en el **CONTRATO** se encuentren obligaciones expresas a cargo de los **AFILIADOS**, es el único responsable frente a la Entidad que presta Servicios de Salud Prepagados (ESSP), por el cumplimiento de las obligaciones contractuales asumidas; en consecuencia, el **CONTRATANTE** podrá convenir con las Entidades que prestan Servicios de Salud Prepagados, modificaciones a las condiciones del contrato sin que se requiera para ello la aprobación del(los) **AFILIADO(s)**.

9. **CONTINUIDAD:** Reconocimiento del tiempo de permanencia, en los contratos inmediatamente anteriores a la vigencia del nuevo **CONTRATO** con la misma Entidad que presta Servicios de Salud Prepagados (ESSP), con el mismo plan o programa de salud, con el objeto de dar cobertura a una enfermedad cuyo desarrollo y tratamiento médico se hubiera iniciado durante la vigencia del contrato anterior.
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 y/o en una cantidad fija, establecidos en el plan o programa de salud que forma parte integrante del **CONTRATO** suscrito entre el **AFILIADO** y la Entidad que presta Servicios de Salud Prepagados (ESSP).
11. **DEDUCIBLE:** Importe fijo a pagar por el **AFILIADO** por los servicios cubiertos, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican deducibles se especifican en el **PLAN DE BENEFICIOS** de las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**. Una misma atención puede estar afecta al pago de copago y deducible.
12. **DÍAS:** Días calendario
13. **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.
14. **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**.
15. **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.
16. **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.

- 17. 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.
- 18. 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 periodos de carencia se contabilizan en forma individual por cada **AFILIADO**.
- 19. PERÍODO DE ESPERA:** Plazo mínimo de permanencia en el plan o programa de salud para tener derecho o no, a la activación de algunos beneficios o coberturas. Los **PERÍODO DE ESPERA** se contabilizan en forma individual por cada **AFILIADO**. Culminado este período, a diferencia del **PERÍODO DE CARENCIA**, la **IAFAS** otorgará la cobertura a aquellas prestaciones.
- 20. PLAN DE BENEFICIOS:** Es el documento que detalla los beneficios que otorga la Entidad de Servicios de Salud Prepagados (ESSP).
- 21. PREEXISTENCIA:** Es cualquier condición de alteración del estado de salud con evidencia clínica, diagnosticada por un profesional de salud, consignada en una historia clínica y otro documento o registro con validez legal, no resuelta, y declarada o no, en el momento previo a llenar y suscribir la **DECLARACIÓN DE SALUD**, o el **CONTRATO**.
- 22. SALUD:** Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
- 23. TELECONSULTA:** Es la consulta a distancia que se realiza entre un profesional de la salud, en el marco de sus competencias, y una persona usuaria mediante el uso de las tecnologías de información y comunicaciones, con fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según sea el caso, cumpliendo con las restricciones reguladas a la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el Ministerio de Salud.

CLÁUSULA QUINTA: COBERTURA Y CONDICIONES

La **IAFAS** otorga a los **AFILIADOS** la cobertura sobre las prestaciones de recuperación de la salud para la atención de las contingencias, patologías y demás servicios comprendidos en el plan de salud y descritos en las **CONDICIONES PARTICULARES**, la cual es parte integrante del presente **CONTRATO**.

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. **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** del (los) **AFILIADO(s)**, de forma individual.

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

Dentro de los primeros sesenta (60) días calendario de la recepción de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** y cancelada la primera cuota del programa, la **IAFAS**, podrá excluir, limitar o condicionar el otorgamiento de determinadas coberturas y/o prestaciones contenidas en el presente **CONTRATO**, atribuibles o relacionadas directa o indirectamente a la información proporcionada en la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**, 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**, suscriptor de la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**, constituye incumplimiento de las obligaciones del **AFILIADO** y, en consecuencia, la **IAFAS** se reserva la facultad para resolver unilateral y automáticamente el **CONTRATO** sin que ello genere derecho a devolución íntegra de los aportes a favor del **CONTRATANTE**.

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

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

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

CLAÚSULA SÉPTIMA: MODIFICACIONES A LA AFILIACIÓN

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

Asimismo, a partir del sexto mes de vigencia, el **AFILIADO** podrá solicitar la migración a un plan superior en cualquier momento y no se le aplicará un nuevo **PERÍODO DE CARENCIA** Para ello, se deberá presentar una nueva **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** y **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** respectiva.

El **AFILIADO** podrá solicitar la migración a un plan inferior, a partir del tercer mes de vigencia, en cualquier momento y no se le aplicará un nuevo **PERÍODO DE CARENCIA**, siempre que el **AFILIADO** no presente morosidad en el programa.

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

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

CLÁUSULA OCTAVA: DE LA DESAFILIACIÓN

La **DESAFILIACIÓN** al plan 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)519-5000** en el horario de Lunes a Viernes de 8:00am a 8:00pm.

La **DESAFILIACIÓN** procederá previa cancelación de cualquier deuda pendiente por aportaciones correspondientes a la vigencia transcurrida, la cual se hará efectiva a partir del primer día del mes siguiente en tanto la solicitud sea 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 plan 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, el **AFILIADO** no estará sujeto a un nuevo **PERÍODO DE CARENCIA**, así como 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 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; 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(los) diagnóstico (s) objeto de la cobertura del programa.

Las prestaciones de recuperación de la salud, incluyen también la prestación de maternidad que consiste en el control y cuidado de la salud de la gestante, la atención del parto y control posterior al parto, así como, el cuidado inicial de la salud del recién nacido.

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: PERTINENCIA DE LAS PRESTACIONES ONCOLÓGICAS

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

- 11.1. Que, las prestaciones oncológicas se encuentren recomendadas y comprendidas en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA;** las mismas que deberán ser acordes a su diagnóstico oncológico y sustentarse hasta en un **NIVEL DE EVIDENCIA II-A**.
- 11.2. Que, el tratamiento de quimioterapia y el (los) fármaco(s) oncológico(s) indicado(s), hayan concluido exitosamente el **ENSAYO CLÍNICO DE FASE III** y se encuentren comprendidos en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**.
- 11.3. Que, los procedimientos y tratamientos oncológicos se encuentren estrictamente relacionados al(los) diagnóstico (s) oncológico(s) admitido(s) y sea(n) autorizado(s) por la **IAFAS**.
- 11.4. Que, los tratamientos, exámenes y/o medios diagnósticos se encuentren disponibles y se ejecuten íntegramente en el territorio de la República del Perú.
- 11.5. Que, el paciente a quien se ha indicado un tratamiento de quimioterapia y/o terapia modificadora de respuesta biológica o blanco dirigida u otra específica contra el desarrollo del cáncer, cumpla con los mismos Criterios de Inclusión y Exclusión del paciente que formó parte del estudio de investigación que avaló el ingreso y/o forma de uso de la terapia y/o molécula; a partir de lo cual se sustenta su inclusión a la **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**. Los Criterios de Inclusión y Exclusión, los estudios referenciales y los demás parámetros aplicables se encuentran publicados y son actualizados periódicamente en la página web www.clinicaltrials.gov.

Que, los medicamentos oncológicos y no oncológicos se encuentren incluidos según se vaya actualizando y/o modificando en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud (PNUME), que aprueba el Ministerio de Salud de la República del Perú. Adicionalmente, a través de las presentes **CONDICIONES GENERALES**, tendrán cobertura los medicamentos oncológicos que (i) estén debidamente autorizados para su importación y/o comercialización en el Perú por parte de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) o de la autoridad que haga sus veces y (ii) que figuren en el "Listado de Medicamentos Oncológicos" de la **IAFAS**, publicado en la página web <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>. Utilizando criterios técnicos, este listado se renovará y/o actualizará como mínimo cada dos (2) años, contados desde la fecha de su última publicación en la página web antes descrita, tomando en cuenta para ello los estándares nacionales e internacionales sobre la materia.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA: 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 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 una vez transcurrido el o los **PERÍODOS DE ESPERA** que se consignan en el **Anexo 1** 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 plan de salud, a los cuales podrá acceder a partir del primer día del mes siguiente de haber cancelado su cuota.

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

El otorgamiento de las prestaciones de recuperación de salud según cada plan amparadas bajo el presente **CONTRATO**, se otorgarán exclusivamente a través de la **RED AUNA**; cuyos establecimientos de salud se encuentran indicados en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**; en el que consta la dirección de los establecimientos.

La **IAFAS** informará a los **AFILIADOS** a través de medios físicos, digitales y/o electrónicos o analógicos, cualquier cese definitivo del servicio que brinde alguno de los establecimientos de salud mencionados en el programa y/o las modificaciones que puedan surgir sobre su directorio médico.**CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA: RESPONSABILIDAD DE LA 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 QUINTA: REFERENCIAS

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

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

Del mismo modo, se otorga también al **AFILIADO** acceso a descuentos preferenciales en las **IPRESS** que integran la **RED AUNA**, los mismos que se encuentran detallados en el **Anexo 7** del presente **CONTRATO**.

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA: APORTES Y FORMAS DE PAGO

Como contraprestación por la contratación de la cobertura respecto 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**. 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, 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 SÉPTIMA: 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 plan 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 los párrafos precedentes, el **CONTRATANTE**, previo pago del monto total de los aportes vencidos, podrá mantener el plan 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 de acuerdo a la Cláusula Décimo Quinta.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA: COPAGOS Y DEDUCIBLES

Determinadas prestaciones, materia del presente **CONTRATO**, están sujetas a **COPAGOS** y **DEDUCIBLES** a cargo del **AFILIADO**, los cuales se indican en 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 (los) **AFILIADO(s)**.

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA: MODIFICACIÓN DE APORTES Y/O COPAGOS

La estimación de aportaciones a pagar por el **CONTRATANTE** se establece en función a la siniestralidad esperada del plan (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. El monto final resultante a pagar por el **CONTRATANTE** para cada edad alcanzada al momento de la afiliación o renovación es modificado buscando una subvención del riesgo entre edades, de manera que los incrementos en el monto de las aportaciones sean más equilibrados, con una subvención mayor para las edades avanzadas.

La **IAFAS** podrá notificar la modificación de los aportes y copagos del **CONTRATO** durante la vigencia del mismo, con una anticipación mínima de treinta (30) días calendario a la fecha de renovación o vencimiento del **CONTRATO**. Transcurrido este período, las modificaciones entrarán en vigencia en la misma fecha de renovación del Contrato 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 VIGÉSIMA: RENOVACIÓN DEL VALOR MÁXIMO DE PRESTACIONES OTORGADAS BAJO COBERTURA DEL PLAN POR AFILIADO Y POR CADA ANUALIDAD

Los gastos médicos incurridos por el (los) **AFILIADO(s)** durante el período de la vigencia anual, reduce automáticamente el monto del beneficio del plan de salud 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 PRIMERA: INFORMACIÓN

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA: 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, digitales y/o electrónicos o analógicos (dirección, correo electrónico, celular, teléfono y/o cualquier otro permitido) declarados por las Partes en el **CONTRATO** y/o en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**.

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA: ATENCION 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, aunasalud@auna.pe.
5. Call Center de servicio al cliente de la **IAFAS** el mismo que se encuentra disponible en el número telefónico **(01) 519-5000**.

Para un mayor detalle, el procedimiento de atención de consultas y reclamos de la **IAFAS** se detalla en el **Anexo 9** 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) 519-5000** y/o al correo electrónico de la **IAFAS** aunasalud@auna.pe.

Lo antes señalado no restringe ni limita el derecho del **AFILIADO** de recurrir a la instancia administrativa, por tanto, de no encontrarse de acuerdo, o disconforme con el resultado del reclamo, o ante la negativa de atención o irregularidad en su tramitación, puede acudir en denuncia ante la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD); o hacer uso de los mecanismos alternativos de solución de controversias ante el Centro de Conciliación y Arbitraje CECONAR) de la Superintendencia Nacional de Salud.

CLÁUSULA VIGÉSIMO CUARTA: 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 **CONTRATANTE** (siendo **AFILIADO**) para ello los herederos legales deberán informar el deceso a la **IAFAS**. La devolución de los aportes del mismo procederá a partir de la presentación del certificado de defunción.

Por fallecimiento del **CONTRATANTE** (no siendo **AFILIADO**) para ello los herederos legales deberán informar el deceso a la **IAFAS**, y presentar una nueva **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** en caso los **AFILIADOS** requieran continuar con el plan de salud.

Cuando uno de los **AFILIADOS** (que no es **CONTRATANTE**) fallece no se culminará el **CONTRATO**, solo se procederá con la desafiliación del mismo siendo el **CONTRATANTE** el responsable de informar el deceso a la **IAFAS**. La devolución de aportes del mismo procederá a partir de la presentación del certificado de defunción.

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 QUINTA: 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:

- a. Evaluar el estado de afiliación en base a la información proporcionada.
- b. Aprobar la cobertura de los beneficios del programa
- c. Gestionar el cobro de deudas, de ser el caso.
- d. Realizar la gestión administrativa, prestacional de salud y acreditación de los **AFILIADOS** para su prestación médica.
- e. Remitir información relativa de los beneficios a los **AFILIADOS** al plan contratado.

- f. Cumplir con requerimientos de información de autoridades administrativas o judiciales competentes, relacionados a su afiliación.
- g. 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" y/o "Pacientes", ambos de titularidad de la **IAFAS**, mientras no se solicite su cancelación por el titular del dato, en cumplimiento con la Ley y normativa aplicable al sector salud.

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

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

- 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 VIGESIMO SEXTA: 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 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 SÉPTIMA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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

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

CLÁUSULA VIGESIMO OCTAVA: MODIFICACIONES CONTRACTUALES

El presente **CONTRATO** podrá ser modificado por la **IAFAS**, por razones técnicas, circunstancias del mercado, declaración de estado de emergencia sanitaria nacional u otras razones similares o relacionadas, mediante aviso previo remitido al **AFILIADO** con treinta (30) días calendario de anticipación, a través de medios físicos, digitales y/o electrónicos o analógicos (dirección, correo electrónico, celular, teléfono y/o cualquier otro permitido) 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 PROGRAMA PREPAGADO AUNA SALUD CONDICIONES PARTICULARES

A través del presente documento se describe a nivel de detalle las condiciones asegurables, prestaciones y servicios a los que, en función al plan optado por el **CONTRATANTE** en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, los **AFILIADOS** tienen derecho a lo siguiente:

1. ALCANCE Y RELACIÓN DE LAS PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA

1.3 ALCANCE Y RELACIÓN DE LAS PRESTACIONES DE SALUD

1.3.1 ATENCIÓN AMBULATORIA

La atención ambulatoria es aquella atención que se realiza en la red de atención del plan de salud y que no requiera hospitalización. La medicación prescrita por el médico tratante no podrá ser mayor a treinta (30) días de tratamiento. El otorgamiento de medicamentos o la toma de muestra de exámenes de laboratorio indicados en la Consulta Médica ambulatoria será exclusivamente en la misma **IPRESS** de Clínicas Auna donde se realizó la atención. Dicha atención cuenta con un **PERÍODO DE ESPERA** de tres (3) meses, por lo que todo gasto efectuado dentro de este período, no será cubierto por el plan de salud contratado.

Sin embargo, durante los tres (03) primeros meses de vigencia del **CONTRATO**, podrán aplicar tarifas especiales sobre consultas externas y de emergencias y, descuentos sobre servicios clínicos, imágenes, exámenes de laboratorio y medicamentos según **Anexo 7** del presente **CONTRATO**.

1.3.2 ATENCIÓN POR TELECONSULTA

La atención por teleconsulta es aquella atención que se realiza a distancia utilizando las tecnologías de la información y de la comunicación para brindar asistencia médica. Se realiza mediante la entrevista médica con el objetivo de evaluar la salud. Dicha atención cuenta con un **PERÍODO DE ESPERA** de tres (3) meses, por lo que todo gasto efectuado dentro de este período, no será cubierto por el plan de salud contratado.

Sin embargo, durante los tres (03) primeros meses de vigencia del **CONTRATO**, podrán aplicar tarifas especiales sobre consultas externas y de emergencias y, descuentos sobre servicios clínicos, imágenes, exámenes de laboratorio y medicamentos según **Anexo 7** del presente **CONTRATO**.

1.3.3 ATENCIÓN POR EMERGENCIA NO ACCIDENTAL

La emergencia no accidental o emergencia médica es aquella que no es consecuencia de un accidente y requiere atención y procedimientos médicos inmediatos. Dicha atención no le será aplicable **PERÍODO DE ESPERA** y se encuentra sujeta al pago de deducible y copago, según corresponda. La determinación de la condición de emergencia no accidental o emergencia médica es realizada por el profesional médico encargado de la atención bajo responsabilidad.

Es importante señalar que las diferentes **IPRESS** pueden requerir al **AFILIADO** un depósito en garantía o sus equivalentes ante eventuales gastos no cubiertos por la **IAFAS** durante una atención de emergencia no limitando el alcance de la prestación.

1.3.4 ATENCIÓN POR EMERGENCIA ACCIDENTAL

La emergencia accidental es aquella producida por un accidente, es decir, una acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad y por la cual requiere atención y procedimientos quirúrgicos y/o médicos inmediatos al poner en peligro inminente la vida, la salud, o que puede dejar secuelas invalidantes. Dicha atención no le será aplicable **PERÍODO DE ESPERA**.

Las atenciones deberán realizarse dentro las 24 horas de producido el evento. Los gastos de emergencias accidentales, serán cubiertos por el plan de salud sin deducible ni copago alguno. La determinación de la condición de emergencia accidental es realizada por el profesional médico encargado de la atención bajo responsabilidad.

En caso que el evento médico iniciado en emergencia accidental requiera atención ambulatoria y/o hospitalaria, serán cubiertas bajo las condiciones detalladas en el **PLAN DE BENEFICIOS** del presente **CONTRATO**.

Adicionalmente, se cubre la continuidad de la emergencia accidental bajo atención ambulatoria hasta un máximo de noventa (90) días calendario. Dicha cobertura aplica para controles ambulatorios, exámenes de laboratorio de control, exámenes radiológicos de control, terapia física (hasta un máximo de 12 sesiones por evento), retiro de puntos y retiro de yeso.

Importante:

Los presentes planes otorgan las siguientes prestaciones para atención ambulatoria, emergencia no accidental y emergencia accidental:

- a. Honorarios médicos por consulta y/o procedimientos ambulatorios.
- b. Medicamentos según tratamiento farmacológico de **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA** vigente, materiales e insumos incluyendo catéteres, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos.
- c. Exámenes de laboratorio y anatomía patológica relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones o enfermedades cubiertas por el plan.
- d. Estudios de imágenes, tales como rayos x, ecografías, tomografía computarizada y otros relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones o enfermedades cubiertas por el plan.
- e. Procedimientos ambulatorios quirúrgicos y no quirúrgicos, incluyendo uso de tóxico, sala de operaciones y sala de recuperaciones.

1.3.5 ATENCIÓN DE MÉDICO A DOMICILIO

La cobertura de médico a domicilio ofrece consulta médica de la especialidad de medicina general bajo un deducible y copago especificado en el **PLAN DE BENEFICIOS** del presente **CONTRATO**. Dicha atención cuenta con un **PERÍODO DE ESPERA** de tres (3) meses.

Aplica exclusivamente para enfermedades ambulatorias agudas de baja complejidad. Las atenciones y tratamientos para pacientes con diagnósticos crónicos o de alta complejidad serán cubiertos de acuerdo a las condiciones de atención ambulatoria.

El servicio es brindado por el proveedor indicado en la red de atención del presente **CONTRATO**.

El procedimiento de atención es el siguiente:

- a. La solicitud de atención se debe realizar a través de la central telefónica de la **IPRESS** designada en la red de atención, indicando los nombres del titular y del paciente, y el lugar donde se brindará el servicio. Al momento de la atención se deberá presentar el documento de identidad (DNI o carné de extranjería).
- b. El médico prestará el servicio en un período de tiempo que será coordinado con el solicitante.
- c. Se cancelará el deducible y copago indicados en el **PLAN DE BENEFICIOS** del presente **CONTRATO**.
- d. El horario de atención es de Lunes a Sábado de 8:00am a 8:00pm, de acuerdo a la disponibilidad del proveedor.
- e. Se encuentran exceptuadas de atención aquellas zonas identificadas como de alto riesgo en los Mapas de Delito de la Policía Nacional del Perú y atenciones fuera del territorio establecido.

Atención en Lima:

- Por el Norte: Hasta Km 21 de la Panamericana Norte
- Por el Sur: Hasta Chorrillos, San Juan de Miraflores
- Por el Este: Hasta Municipalidad de Ate Vitarte
- Por el Oeste: Hasta La Punta, Callao

Nota:

Esta cobertura no aplica para casos de urgencias, ni emergencias accidentales y no accidentales, tampoco aplica para asistencia de ambulancia.

1.3.6 CHEQUEO PREVENTIVO ANUAL

El chequeo preventivo incluye un paquete de exámenes preventivos según edad y sexo del **AFILIADO** para detectar la sospecha de alguna enfermedad de mayor frecuencia.

Aplica para los **AFILIADOS** a partir de la primera renovación, previa validación del cumplimiento del pago de los aportes a la fecha de la solicitud del beneficio y con una periodicidad anual, teniendo en cuenta el 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. Asimismo, el paquete no puede ser fragmentado y deberá concluirse en un período no mayor de treinta (30) días calendario contados desde el inicio del chequeo preventivo. Al finalizar este plazo, el **AFILIADO** deberá esperar el tiempo establecido en el **PLAN DE BENEFICIOS** para acceder nuevamente al próximo chequeo preventivo.

En caso el médico evaluador considere pertinente recomendar o indicar alguna atención adicional como resultado del chequeo preventivo (interconsulta con alguna especialidad,

farmacia o exámenes auxiliares), esta deberá ser atendida bajo las condiciones de atención ambulatoria.

Nota:

- La cita deberá ser reservada a través del Call Center o de manera presencial en las **IPRESS** pertenecientes a la red de atención del presente **CONTRATO**.
- El detalle del chequeo preventivo anual se encuentra en el **Anexo 3** del presente **CONTRATO**.

1.3.7 ATENCIÓN HOSPITALARIA

La atención hospitalaria es el internamiento del **AFILIADO** bajo indicación médica debiendo permanecer internado por lo menos un (1) día. Dicha atención cuenta con un **PERÍODO DE ESPERA** de doce (12) meses, por lo que todo gasto efectuado dentro de este período, no será cubierto por el plan de salud contratado.

Los presentes planes otorgan las siguientes prestaciones para atención hospitalaria:

- a. Honorarios médicos por tratamiento y/o cirugías (médico principal, ayudantía, anestesista).
- b. Hotelería: 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.

1.3.8 ATENCIÓN POR MATERNIDAD

La atención por maternidad está diseñada para el cuidado de la salud de la afiliada gestante y el recién nacido, mediante la atención médica, la educación pre y post natal, y el programa de psicoprofilaxis. Dicha atención cuenta con un **PERÍODO DE ESPERA** de doce (12) meses, por lo que todo gasto efectuado dentro de este período, no será cubierto por el plan de salud contratado.

La cobertura hospitalaria de la gestante y el recién nacido se brinda de acuerdo a la pertinencia de la hospitalización de cada uno de ellos de manera independiente.

Los presentes planes otorgan las siguientes prestaciones para atención por maternidad:

- a. Honorarios médicos por consulta obstétrica y/o procedimientos obstétricos ambulatorios u hospitalarios, incluyendo parto natural o cesárea, así como visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia.

- b. Hotelería: Habitación individual o bipersonal estándar, según disponibilidad. Hasta dos días para parto natural y hasta tres días para cesárea.
- c. Medicamentos, materiales e insumos incluyendo, suturas, catéteres, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos.
- d. Exámenes de laboratorio relacionados al control y seguimiento del embarazo, incluyendo los estudios previos al parto natural o cesárea. Así como, los correspondientes a la atención inicial del recién nacido.
- e. Estudios de ecografías obstétricas transvaginales y pélvicas relacionados al control y seguimiento del embarazo.
- f. Parto natural o cesárea, incluyendo uso de tópico, centro obstétrico, sala de operaciones, sala de recuperación y sala de recién nacido.
- g. Programa de psicoprofilaxis obstétrica aplica a partir del sexto mes de gestación, cuyo objetivo es orientar a la pareja sobre la maternidad y prepararla para que pueda afrontar de la mejor manera posible el momento del alumbramiento y los primeros días de nacido. La estructura del programa de psicoprofilaxis rige bajo las condiciones establecidas por cada **IPRESS** según plan de salud contratado.
- h. Tamizaje neonatal básico que consiste en la punción del talón del recién nacido que permite detectar enfermedades metabólicas congénitas. Aplica para aquellos nacidos bajo la cobertura del plan e inscritos antes de los treinta (30) días calendario desde su nacimiento. Las enfermedades metabólicas congénitas consideradas son: Hipotiroidismo congénito, Fenilcetonuria, Galactosemia, Hiperplasia Suprarrenal, Deficiencia de Biotinidasa, Fibrosis Quística, Hipoacusia congénita y Catarata congénita.

Nota:

- El detalle de atención por maternidad se encuentra en el **Anexo 4** del presente **CONTRATO**.

1.3.9 CONTROL DEL NIÑO SANO

El control de niño sano consiste en la evaluación mensual con el pediatra hasta el primer año de vida del recién nacido. Aplica para niños nacidos bajo la cobertura del plan de salud e inscritos antes de los treinta (30) días calendario desde su nacimiento. En caso el pediatra prescriba exámenes auxiliares o medicamentos, se aplicará el copago indicado en el **PLAN DE BENEFICIOS** del presente **CONTRATO**.

Nota:

- El detalle del control del niño sano se encuentra en el **Anexo 5** del presente **CONTRATO**.

1.3.10 INMUNIZACIONES

La cobertura de inmunizaciones aplica para niños nacidos bajo la cobertura del plan de salud e inscritos antes de los treinta (30) días calendario desde su nacimiento. Dicho plan aplica hasta el primer año de vida del recién nacido.

Nota:

- El detalle del esquema de inmunizaciones se encuentra en el **Anexo 6** del presente **CONTRATO**.

1.3.11 ATENCIÓN POR ENFERMEDADES CONGÉNITAS PARA RECIÉN NACIDOS

Las enfermedades congénitas para recién nacidos son todas aquellas que se producen en la etapa de gestación. La cobertura aplica para niños nacidos bajo la cobertura del plan de salud e inscritos antes de los treinta (30) días calendario desde su nacimiento.

Dicha cobertura aplica hasta el primer año de vida del recién nacido y hasta el límite de monto establecido.

Nota:

- El procedimiento de atención es el mismo que corresponde a una atención ambulatoria y/o hospitalaria, según sea el caso.
- Límite de monto máximo anual hasta S/ 20,000 (inc. IGV).
- El alcance de la cobertura del plan está sujeto a la capacidad resolutoria de cada **IPRESS**. Asimismo no está cubierto cualquier tipo de gasto de traslado y atención fuera de las **IPRESS** designadas en la red de atención del presente **CONTRATO**.

1.3.12 ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

La cobertura odontológica brinda atenciones para la prevención, recuperación y cuidado de la salud bucal. Dicha atención cuenta con un **PERÍODO DE ESPERA** de tres (3) meses.

El presente programa otorga las siguientes prestaciones para atención odontológica:

- a. Honorarios profesionales por consulta odontológica, examen odontológico (incluye odontograma) y/o procedimientos ambulatorios.
- b. Medicamentos, materiales e insumos odontológicos, incluyendo anestésicos.
- c. Estudios de imágenes, tales como rayos x.
- d. Procedimientos odontológicos ambulatorios, obturaciones que incluye colocación de amalgamas, resinas, extracciones simples, endodoncias, pulpectomías y pulpotomías.
- e. Fluorización anual y sellantes para niños hasta 12 años.

El procedimiento de atención es el siguiente:

- a. La solicitud de atención se debe realizar a través del call center de la **IPRESS** designada en la red de atención, indicando los nombres del titular y del paciente. Al momento de la atención se deberá presentar el documento de identidad (DNI o carné de extranjería).
- b. Se cancelará el deducible y copago indicados en el **PLAN DE BENEFICIOS** del presente **CONTRATO**.

Nota:

- El deducible y copago es por cada pieza tratada y terminada, según **PLAN DE BENEFICIOS** del presente **CONTRATO**.

1.3.13 PRÓTESIS INTERNAS QUIRÚRGICAMENTE NECESARIAS

Este beneficio otorga cobertura al **AFILIADO** en el que, como consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por el plan de salud, requiera colocación de prótesis internas quirúrgicamente necesarias (se excluyen prótesis dentales.)

Las prótesis cubiertas son las siguientes: cadera, codo, dedo, hombro, muñeca, rodilla y tobillo.

Nota:

- Las indicadas por causa oncológica, serán cubiertas bajo las condiciones del beneficio del material de osteosíntesis en la sección de coberturas oncológicas.
- No está cubierto ningún tipo de prótesis dental, prótesis ortopédicas externas, implantes cocleares, separadores interespinosos para columna vertebral, discos intervertebrales protésicos y otros implantes.
- Aplican las condiciones detalladas en el **PLAN DE BENEFICIOS** del presente **CONTRATO**.
- Límite de monto máximo anual hasta S/ 6,000 (inc. IGV).

1.3.14 ATENCIÓN POR PSIQUIATRÍA

La cobertura ofrece atención médica de la especialidad de psiquiatría para los diagnósticos de ansiedad, depresión, alcoholismo y esquizofrenia bajo un deducible y copago especificado en el **PLAN DE BENEFICIOS** del presente **CONTRATO**. Dicha atención cuenta con un **PERÍODO DE ESPERA** de tres (3) meses.

No cubre psicoterapias, medicamentos, hospitalizaciones ni tratamientos por emergencias.

1.3.15 PREEXISTENCIAS

La cobertura cuenta con un **PERÍODO DE ESPERA** de doce (12) meses, por lo que todo gasto efectuado dentro de este período, no será cubierto por el plan de salud contratado salvo que, la **PREEXISTENCIA** haya sido declarada por el **AFILIADO** de forma clara, oportuna y con información válida al momento de la suscripción.

Para esto, el **AFILIADO** deberá demostrar afiliación previa a algún programa **PEAS** y complementario con al menos noventa (90) días de vigencia. Asimismo, la adquisición del programa Auna Salud debe haber sido efectuado dentro de los sesenta (60) días de extinta la relación contractual del programa complementario precedente.

Asimismo, la **PREEXISTENCIA** se encontrará cubierta por el nuevo programa complementario, teniendo que transcurrir el tiempo restante para cumplir con el **PERÍODO DE ESPERA** por cobertura del programa Auna Salud, siempre y cuando esta se haya generado durante la vigencia del programa complementario anterior y a su vez cuente con cobertura dentro del presente programa complementario, pudiendo incluso su cobertura ser limitada de acuerdo a las condiciones del programa en el que se evidenció el diagnóstico de la **PREEXISTENCIA**.

Nota:

- Esta cobertura aplica exclusivamente a los diagnósticos no oncológicos.
- Las atenciones de preexistencias requieren carta de garantía
- Límite de monto máximo anual hasta S/ 40,000 (inc. IGV).

1.3.16 REEMBOLSO

La cobertura te devuelve el dinero gastado por una atención médica particular de emergencia accidental en una sede que no pertenece a tu **RED DE ATENCIÓN**. Dicha cobertura no le será aplicable **PERÍODO DE CARENCIA** y será cubierta de acuerdo al **PLAN DE BENEFICIOS**.

La determinación de la condición de emergencia accidental es realizada por el profesional médico encargado de la atención bajo responsabilidad.

Las atenciones deberán realizarse dentro de las 24 horas de ocurrido el evento. En caso la emergencia accidental requiera atención quirúrgica inmediata por peligro inminente a la vida, también será cubierta dentro del reembolso.

Nota:

- Tendrás hasta 90 días posteriores a la atención para poder solicitar tu reembolso.
- Se debe solicitar la factura a nombre de **ONCOSALUD S.A.C (RUC 20101039910)**.
- Para solicitar el reembolso, el **CONTRATANTE** debe descargar la Ficha de Solicitud de Reembolso disponible en la página web <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes> e indicar al médico tratante que la complete.
- Los reembolsos se efectúan en base a auditoría médica y montos definidos. Se aplica el tarifario de reembolso disponible en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>.
- Los documentos se deben enviar al correo electrónico aunasalud@auna.pe
- La IAFAS revisa la solicitud en un plazo máximo de 30 días. Posteriormente, tendrá hasta 30 días adicionales para proceder con el abono en la cuenta del **CONTRATANTE**.
- En caso los médicos auditores lo consideren necesario pueden solicitar información adicional con el fin de analizar la solicitud de reembolso.
- Válido para Lima Metropolitana.

1.4 ALCANCE Y RELACIÓN DE LAS PRESTACIONES ONCOLÓGICAS

Todas las prestaciones oncológicas cuentan con un **PERÍODO DE ESPERA** de doce (12) meses, por lo que todo gasto efectuado dentro de este período, no será cubierto por el plan de salud contratado. Adicionalmente, el límite de monto máximo anual del total de prestaciones está sujeto al límite máximo de beneficio anual según el plan contratado.

1.4.1 PRESTACIONES GENERALES

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

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

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

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

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

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

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

* Sólo en Patología mamaria.

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

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

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

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

a) Cuidados paliativos y terapias del dolor:

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

El otorgamiento de los servicios mencionados se encuentra condicionado a la designación previa, por cuenta propia de la familia, de un cuidador principal. El cuidador principal colaborará con el personal técnico y tendrá a su cargo las actividades de alimentación, baño e higiene, vestido y acicalamiento, uso de servicios higiénicos del paciente, así como también deberá cooperar con mitigar su soledad y potenciar su autoestima.

La asignación de este servicio se encontrará exclusivamente a cargo del profesional paliativista asignado por la **IPRESS** y autorizado por la **IAFAS**, quien pasará a ser su nuevo médico tratante. No obstante, el anterior médico tratante podrá continuar brindando prestaciones al paciente a manera de interconsultas, toda vez que las mismas sean requeridas únicamente por el nuevo médico tratante paliativista. La cobertura de dichas interconsultas deberá ser previamente validada por la **IAFAS**, de acuerdo a las condiciones del programa contratado.

La determinación de la cantidad de horas del personal (aplicables únicamente para turnos diurnos), así como días y frecuencias específicas (diaria, interdiaria o semanal) se encuentra sujeto a variación según la criticidad evolutiva o involutiva del paciente, conforme lo indique el médico tratante paliativista.

b) Continuidad de tratamiento hospitalario en domicilio:

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

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

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

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

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

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

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

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

Nutrición Parenteral Total (NPT): Alimentación endovenosa que se otorga solo durante la estancia hospitalaria hasta por un período máximo de tres (3) semanas, a pacientes con complicaciones entéricas por radioterapia y/o quimioterapia o sometidos a cirugía oncológica de cabeza y cuello, esófago y/o fístulas que impidan la alimentación enteral del paciente, siempre y cuando no tengan carcinomatosis y/o enfermedad metastásica sistémica. Se otorgará solo con autorización previa de la **IAFAS** bajo indicación médica pertinente.

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

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

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

Medicamentos no oncológicos, materiales e insumos incluyendo: catéteres permanentes, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos, relacionados con el tratamiento de la enfermedad oncológica.

1.4.2 PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS

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

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

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

Reconstrucción mamaria y de pezón: Se otorga, por única vez, solo para casos de mastectomía radical por cáncer de mama atendidas dentro de la cobertura del programa oncológico bajo la vigencia del presente **CONTRATO**, que sea menor de 70 años de edad. Esta cirugía deberá realizarse exclusivamente en la **RED AUNA** y solo a cargo de los cirujanos designados por la **RED AUNA** y autorizado por la **IAFAS** con el único propósito de restablecer la usual apariencia del órgano comprometido.

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

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

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

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

Terapia física: Se otorgará terapia física en el hombro y brazo para el tratamiento de linfedema posterior a mastectomía radical por cáncer de mama, terapia física post cirugía mutilante de tejidos blandos en extremidades y fisioterapia respiratoria post cirugía por cáncer pulmonar. Hasta un máximo de doce (12) sesiones durante los tres (3) primeros meses posteriores a la cirugía antes descrita y previa autorización de la **IAFAS**.

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

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

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

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

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

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

Traslado para pacientes radicados fuera de Lima: Cobertura de un (1) boleto aéreo nacional (ida y vuelta) por cada vigencia anual, en vuelo comercial, para aquellos pacientes domiciliados en provincia (según dirección estipulada en DNI) que por causa médica, evaluada por la **IAFAS**, deban desplazarse desde su lugar de origen hacia el lugar de tratamiento. Para su otorgamiento, el **AFILIADO** deberá tramitar la solicitud del beneficio con

mínimo treinta (30) días de anticipación. La programación de fechas de ida y retorno, bajo tarifa económica estarán sujeta a disponibilidad de ruta aérea comercial y cupos disponibles de la aerolínea asignada por la **IAFAS**.

Alimentación para acompañante: Beneficio para un (1) acompañante de pacientes pediátricos (hasta los 17 años) hospitalizados, compuesto por un (1) desayuno, un (1) almuerzo y una (1) cena del menú estándar que la clínica establezca para el día y en el mismo horario de los pacientes, debiendo ser solicitado con la anticipación establecida por la clínica. Durante el tiempo que dure la hospitalización.

2. PLAN DE BENEFICIOS

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

PROGRAMA AUNA SALUD					
CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN					
TIPO DE PLAN	LÍMITE MÁXIMO DE BENEFICIO ANUAL	EDAD DE INGRESO	RED DE ATENCIÓN		
Plan Classic	S/ 400,000	Hasta 60 años	<ul style="list-style-type: none"> Clínica Bellavista Clínica Vallesur Clínica Miraflores 	<ul style="list-style-type: none"> Clínica Guardia Civil Centro Médico Miraflores Centro Médico Servimédicos 	
Plan Premium	S/ 750,000		<ul style="list-style-type: none"> Clínica Delgado Clínica Bellavista Clínica Vallesur Clínica Guardia Civil 	<ul style="list-style-type: none"> Clínica Miraflores Centro Médico Miraflores Centro Médico Servimédicos 	
ATENCIÓN AMBULATORIA	DELGADO	VALLESUR MIRAFLORES ⁽¹⁾	BELLAVISTA	GUARDIA CIVIL	C.M SERVIMÉDICOS
Deducible por consulta	S/ 80	S/ 50	S/ 40	S/ 50	S/ 40
Deducible por consulta en Medicina Interna y Pediatría	S/ 40	S/ 35	S/ 25	S/ 35 Solo Medicina Interna	S/ 25
Cobertura	80 %				
Prestaciones cubiertas	Exámenes auxiliares de laboratorio, diagnóstico por imágenes, procedimientos ambulatorios y farmacia ⁽²⁾				
ATENCIÓN POR EMERGENCIA NO ACCIDENTAL	DELGADO	VALLESUR MIRAFLORES ⁽¹⁾	BELLAVISTA	GUARDIA CIVIL	C.M SERVIMÉDICOS
Deducible por emergencia no accidental	S/ 80	S/ 50	S/ 40	S/ 50	No aplica
Cobertura	80 %				No aplica
Prestaciones cubiertas	Exámenes auxiliares de laboratorio, diagnóstico por imágenes, procedimientos ambulatorios y farmacia ⁽²⁾				
ATENCIÓN POR EMERGENCIA ACCIDENTAL	DELGADO	VALLESUR MIRAFLORES ⁽¹⁾	BELLAVISTA	GUARDIA CIVIL	C.M SERVIMÉDICOS
Deducible por emergencia accidental	Sin deducible				No aplica
Cobertura	100 %				No aplica
Prestaciones cubiertas	Emergencias que inician atención en clínica dentro de las primeras 24 horas de ocurrido el accidente, hasta la estabilización del paciente. Aplica continuidad en clínica de la emergencia accidental ambulatoria hasta máximo 90 días calendario. Derivación hospitalaria por emergencia según condiciones de hospitalización.				
Reembolso (solo Lima) ⁽³⁾	Sin deducible al 50%				
Prestaciones cubiertas	Emergencias que inician atención en clínica dentro de las primeras 24 horas de ocurrido el accidente, hasta la estabilización del paciente.				

ATENCIÓN DE MÉDICO A DOMICILIO (SÓLO LIMA)	APLICA PARA LA RED DE ATENCIÓN DE MÉDICO A DOMICILIO DEL PRESENTE CONTRATO				
Deducible por consulta	S/ 40				
Cobertura	80 %				
Prestaciones cubiertas	Consulta a domicilio en la especialidad de medicina general y para medicamentos bajo modalidad de botiquín. No incluye laboratorio ni exámenes auxiliares.				

CHEQUEO MÉDICO ANUAL	DELGADO	VALLESUR MIRAFLORES ⁽¹⁾	BELLAVISTA	GUARDIA CIVIL	C.M SERVIMÉDICOS
Deducible por consulta	S/ 80	S/ 50	S/ 40	S/ 50 ⁽⁴⁾	S/ 40
Cobertura	100 %				
Prestaciones cubiertas	Chequeo detallado (Ver Anexo 3)				

ATENCIÓN HOSPITALARIA	DELGADO	VALLESUR MIRAFLORES ⁽¹⁾	BELLAVISTA	GUARDIA CIVIL	C.M SERVIMÉDICOS
Deducible por hospitalización	S/ 530	S/ 270	S/ 210	S/ 400	No aplica
Cobertura	80 %				No aplica
Prestaciones cubiertas	Honorarios médicos, procedimientos hospitalarios quirúrgicos y no quirúrgicos, sala de operaciones, sala de recuperación, hotelería, exámenes de laboratorio, diagnóstico por imágenes y, farmacia hospitalaria ⁽²⁾ y material médico.				

ATENCIÓN DE MATERNIDAD	DELGADO	VALLESUR MIRAFLORES ⁽¹⁾	BELLAVISTA	GUARDIA CIVIL	C.M SERVIMÉDICOS
Maternidad hospitalaria (Ver Anexo 4)					
Deducible por parto normal, cesárea y/o parto múltiple	S/ 530	S/ 270	S/ 210	No aplica	No aplica
Deducible por aborto, amenaza de aborto, complicaciones orgánicas y quirúrgicas del embarazo	S/ 530	S/ 270	S/ 210	No aplica	No aplica
Cobertura	80 %			No aplica	No aplica
Prestaciones cubiertas	Hospitalización ⁽⁵⁾ , exámenes auxiliares, sala de parto y sala de bebé				

Maternidad ambulatoria					
Deducible por consulta por control pre y postnatal	S/ 80	S/ 50	S/ 40	No aplica	No aplica
Cobertura	80 %			No aplica	No aplica
Prestaciones cubiertas	Consultas por control pre y postnatal, exámenes auxiliares y medicamentos derivados de los controles del embarazo, tamizaje neonatal básico.				

Deducible	Sin deducible			No aplica	No aplica
Cobertura	100 %			No aplica	No aplica
Prestaciones cubiertas	Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica ⁽⁶⁾				

CONTROL DE NIÑO SANO	DELGADO	VALLESUR MIRAFLORES ⁽¹⁾	BELLAVISTA	GUARDIA CIVIL	C.M SERVIMÉDICOS
Evaluación médica mensual (Ver Anexo 5)	Sin deducible			No aplica	No aplica
Cobertura	80 %			No aplica	No aplica
Prestaciones cubiertas	Medicamentos y/o exámenes auxiliares derivados de la consulta de control.				

INMUNIZACIONES	APLICA PARA LA RED DE ATENCIÓN DE INMUNIZACIONES DEL PRESENTE CONTRATO				
Esquema de Inmunización (Ver Anexo 6)	Sin deducible				
Cobertura	80 %				
Prestaciones cubiertas	Incluye vacunas, según detalle del Anexo 6, así como la aplicación de las mismas.				

ATENCIÓN POR ENFERMEDADES CONGÉNITAS PARA RECIÉN NACIDOS	DELGADO	VALLESUR MIRAFLORES ⁽¹⁾	BELLAVISTA	GUARDIA CIVIL	C.M SERVIMÉDICOS
Cobertura	Hasta S/ 20,000 (inc. IGV) como beneficio máximo anual.			No aplica	Hasta S/ 20,000 (inc. IGV) como beneficio máximo anual.
Prestaciones cubiertas	Según condiciones ambulatorias y/u hospitalarias, según corresponda, hasta el primer año de vida.				

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	APLICA PARA LA RED DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DEL PRESENTE CONTRATO				
Deducible por consulta	S/ 40				
Cobertura	100%				
Prestaciones cubiertas	<ul style="list-style-type: none"> Examen odontológico (incluye odontograma). Profilaxis anual (incluye limpieza incluye limpieza manual simple sin uso de cavitron o equivalentes, solo una vez durante la vigencia anual). Fluorización anual (para niños hasta 12 años). 				

Deducible por pieza tratada y terminada	S/ 40				
Cobertura	80 %				
Prestaciones cubiertas	Pulpotomias, pulpectomias, endoncias, extracciones simples y obturaciones que incluye colocación de amalgamas y resinas.				

Deducible por otros servicios odontológicos	Sin deducible				
Cobertura	80 %				
Prestaciones cubiertas	<ul style="list-style-type: none"> Radiografías por placa. Sellantes (para niños hasta 12 años). 				

PRÓTESIS INTERNAS QUIRÚRGICAMENTE NECESARIAS	DELGADO	VALLESUR MIRAFLORES ⁽¹⁾	BELLAVISTA	GUARDIA CIVIL	C.M SERVIMÉDICOS
Deducible	Sin deducible				No aplica
Cobertura	80% Hasta S/ 6,000 (inc. IGV) como beneficio máximo anual.				No aplica
Prestaciones cubiertas	Las prótesis cubiertas son las siguientes: cadera, codo, dedo, hombro, muñeca, rodilla y tobillo.				

PSIQUIATRÍA	DELGADO	VALLESUR MIRAFLORES ⁽¹⁾	BELLAVISTA	GUARDIA CIVIL	C.M SERVIMÉDICOS
Deducible por consulta	S/ 80	S/ 50	S/ 40	No aplica	S/ 40
Prestaciones cubiertas	No cubre psicoterapias, medicamentos, hospitalizaciones ni tratamientos por emergencias.				

PREEXISTENCIAS	DELGADO	VALLESUR MIRAFLORES ⁽¹⁾	BELLAVISTA	GUARDIA CIVIL	C.M SERVIMÉDICOS
Deducible por consulta	S/ 80	S/ 50	S/ 40	S/ 50	S/ 40
Cobertura	50% Hasta S/ 40,000 (inc. IGV) como beneficio máximo anual.				
Prestaciones cubiertas	Se cubrirán los gastos médicos (atenciones ambulatorias y/o hospitalarias) bajo las condiciones del programa.				

- (1) Se considera tanto el Centro Médico Miraflores como la Clínica Miraflores. Para mayor detalle ver de Red de Atención.
 (2) Según tratamiento farmacológico de Guía de Práctica Clínica vigente.
 (3) Esta cobertura aplica para los planes Classic y Premium y, para atenciones en Lima Metropolitana.
 (4) No aplica para mamografía en esta red. Puede acceder a este examen en otra clínica de la red según el plan contratado.
 (5) Según las condiciones de la cobertura de atención hospitalaria detalladas en el **PLAN DE BENEFICIOS**.
 (6) La duración del programa de psicoprofilaxis está sujeto a las condiciones de la **IPRESS** (clínica) elegida.



- El alcance de las coberturas de los planes Classic y Premium está sujeto a la capacidad resolutoria de la **IPRESS** (clínica) elegida.
- No están cubiertos los gastos de traslado ni atenciones fuera de la red designada.

PRESTACIONES ONCOLÓGICAS

PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	PLAN CLASSIC	PLAN PREMIUM
PRESTACIONES GENERALES		
Límite máximo del beneficio anual	Sujeto al monto máximo del plan contratado	Sujeto al monto máximo del plan contratado
Honorarios médicos por consultas o teleconsultas, intervenciones quirúrgicas o visita domiciliaria, ayudantía o administración de anestesia.	100%	100%
Quimioterapia: Medicamentos antineoplásicos convencionales, materiales e insumos (incluyendo catéteres permanentes, líneas de infusión, entre otros) y servicios relacionados a su administración. Incluye la pre medicación y vitaminas que formen parte del esquema de quimioterapia.	100%	100%
Terapia modificadora de respuesta biológica o blanco dirigida:		
-Anticuerpos monoclonales		
-Inhibidores de enzimas kinasas y proteosomas		
-Inmunoterapia (BCG)	80%	100%
-Citocinas (Interferones e Interleucinas)		
-Factor estimulante de colonias de células blancas (Filgrastim)		
-Inmunomoduladores		
Medicamentos no oncológicos, materiales e insumos relacionados con el tratamiento oncológico.	100%	100%
Radioterapia: Radioterapia Tridimensional, Arcoterapia Volumétrica de Intensidad Modulada, Radioterapia de Intensidad Modulada, Radiocirugía Estereotáxica, Radioterapia Estereotáxica Extra Cerebral, Radioterapia IntraOperatoria, Braquiterapia de Alta Tasa de Dosis. Servicio solo disponible en Lima.	100%	100%
Cáncer no biopsiable: En caso de alta sospecha de neoplasia maligna primaria de encéfalo, páncreas, riñón, ovario y testículo.	100%	100%

Trasplante de Médula Ósea histocompatible: Incluye cobertura de estudios de histocompatibilidad solo del AFILIADO receptor. No incluye estudio u otros gastos relacionados a los donantes.	80%	100%
Servicios de apoyo al tratamiento: Exámenes de laboratorio, imágenes, anatomía patológica e inmunohistoquímica.	100%	100%
Estudios de Medicina Nuclear: Gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela.	100%	100%
Tomografía por emisión de positrones (PET Scan): Incluye el examen de valoración previa y la sustancia radioactiva FDG. Servicio disponible solo en Lima.	100%	100%
Prestaciones Domiciliarias: Cuidados paliativos y terapias del dolor así como Continuidad de tratamiento hospitalario en domicilio.	100%	100%
Transfusión sanguínea y hemoderivados (glóbulos rojos, plaquetas, plasma), se cubrirán las pruebas de tamizaje, procesamiento en banco de sangre, pruebas cruzadas y los insumos necesarios solo de la transfusión de aquellas unidades efectivamente transfundidas.	80%	100%
Nutrición Parenteral Total (NPT): Solo durante la estancia hospitalaria hasta un máximo de tres (3) semanas.	100%	100%
Kit de colostomía e ileostomía insumo y equipamiento a pacientes con colostomía o ileostomía.	100%	100%
Cirugía reconstructiva oncológica ante secuela mutilante para pacientes de cáncer de piel y tejidos blandos del sistema musculo esquelético, inclusive en cara y por amputación de extremidades (no incluye genitales), en el mismo acto operatorio extractivo y no cosmético.	100%	100%
Material de Osteosíntesis para pacientes con fracturas patológicas por metástasis ósea o cáncer óseo.	80%	100%

PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	PLAN CLASSIC	PLAN PREMIUM
OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS (Solo en RED AUNA y previa autorización por la IAFAS)		
Límite máximo del beneficio anual	Sujeto al monto máximo del plan contratado	Sujeto al monto máximo del plan contratado
Biopsia de descarte de cáncer de mama en caso de alta sospecha de neoplasia maligna.	No cubre	100%
Prueba de expresión genética para cáncer de mama.	No cubre	100%
Reconstrucción mamaria y pezón para pacientes con mastectomía radical por cáncer de mama.	No cubre	100%
Prótesis de mama para pacientes con mastectomía radical por cáncer de mama. Por única vez por mama.	No cubre	100%
Medicina Integrativa: Dentro de las prestaciones cubiertas, se encuentran las siguientes:	100%	100%
- Psicooncología para pacientes y familiares directos. Incluye cinco (5) sesiones programadas por año. Solo en RED AUNA .		
- Orientación nutricional para pacientes y familiares directos. Incluye cinco (5) sesiones programadas por año. Solo en RED AUNA .		
Terapia física: En el hombro y brazo para el tratamiento de linfedema posterior a mastectomía radical por cáncer de mama; post cirugía mutilante de tejidos blandos en extremidades; fisioterapia respiratoria post cirugía por cáncer pulmonar. Hasta un máximo de doce (12) sesiones durante los tres (3) meses posteriores a la cirugía antes descrita.	100%	100%
Foniatría en cáncer de laringe , hasta doce (12) sesiones programadas.	No cubre	100%
Prótesis Testicular post orquidectomía para pacientes de cáncer de testículo y próstata.	No cubre	100%
Segunda Opinión Médica Nacional: Bajo revisión de la junta médica permanente de la IAFAS y con el soporte de los comités multidisciplinares de alta complejidad de la RED AUNA .	100%	100%

<p>Segunda Opinión Médica Internacional: Bajo solicitud de la junta médica permanente de la IAFAS, que podrá solicitar la valoración del caso (revisión del expediente) a una institución de prestigio internacional determinada por la IAFAS.</p>	<p>No cubre</p>	<p>100%</p>
<p>Ambulancia terrestre al alta hospitalaria, para pacientes postrados o imposibilitados de desplazarse. Servicio disponible solo en Lima y según los límites geográficos establecidos.</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>
<p>Traslado para pacientes radicados fuera de Lima: Un (1) boleto aéreo (ida y vuelta en vuelo comercial) al año, para aquellos pacientes domiciliados en provincias(según dirección estipulada en DNI) y con destino al lugar de tratamiento.</p>	<p>No cubre</p>	<p>100%</p>
<p>Alimentación para un acompañante de pacientes pediátricos (hasta los 17 años) durante el tiempo que dure la hospitalización. Solo en RED AUNA.</p>	<p>No cubre</p>	<p>100%</p>

3. RED DE ATENCIÓN

RED AUNA						
NOMBRE COMERCIAL	DPTO.	PROVINCIA	DISTRITO	DIRECCIÓN	TELÉFONO	REG.S USALUD
Clinica Delgado	Lima	Lima	Miraflores	Avenida Angamos Oeste N°450-490	(01) 377-7000	00019049
Clínica Guardia Civil	Lima	Lima	San Borja	Av. Guardia Civil 368	(01) 204-9600	00027320
Oncocenter*	Lima	Lima	San Borja	Av. Guardia Civil 227	(01) 513-7900	00017634
Clinica Bellavista	Callao	Callao	Bellavista	Jiron Las Gaviotas 207 Urb. San Jose	(01) 204-9600	00009250
Clínica Miraflores	Piura	Piura	Piura	Calle Las Dalias A12 Castilla	(073) 749-333	00013494
Centro Médico Miraflores	Piura	Piura	Piura	Calle Huancavelica 1015	(073) 749-333	00018816
Clínica Camino Real*	La Libertad	Trujillo	Trujillo	Jr. Bolognesi 565 T	(044) 749300	00016830
Servimédicos	Lambayeque	Chiclayo	Chiclayo	Calle Manuel María Izaga 621	(074) 221945	00008229
Clinica Vallesur	Arequipa	Arequipa	Arequipa	Avenida La Salle N°116 Y N° 108	(054) 749-333	00018130

RED DE MÉDICO A DOMICILIO						
NOMBRE COMERCIAL	DPTO.	PROVINCIA	DISTRITO	DIRECCIÓN	TELÉFONO	REG. SUSALUD
Estar Vital	Lima	Lima	Miraflores	Calle Sor Tita N°136 Dpto. 305 Urb. Benavides	(01) 680-2888	00016744

RED DE INMUNIZACIONES						
NOMBRE COMERCIAL	DPTO.	PROVINCIA	DISTRITO	DIRECCIÓN	TELÉFONO	REG. SUSALUD
Clinica Delgado	Lima	Lima	Miraflores	Avenida Angamos Oeste N°450-490	(01) 513-7900	00019049
Clinica Vallesur	Arequipa	Arequipa	Arequipa	Avenida La Salle N°116 Y N° 108	(054) 749-333	00018130

RED ODONTOLÓGICA						
NOMBRE COMERCIAL	DPTO.	PROVINCIA	DISTRITO	DIRECCIÓN	TELÉFONO	REG. SUSALUD
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	Miraflores	Avenida Roosevelt (Ex República de Panamá) N° 5806	(01) 447-5190	00010215
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	Miraflores	Avenida Roosevelt Número 5790 Piso 3 Interior 301	(01) 5304614	00024505
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	San Isidro	Avenida Juan De Arona Numero 402	(01) 4216323	00023156
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	San Isidro	Avenida Javier Prado Este 1692 1er Piso	(01) 475-1719 / 475-1717	00014113
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	Jesús María	Jirón Huiracocha N° 1486	(01) 424-1443	00013245
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	La Molina	Calle Santa Magdalena Sofia 109	(01) 436-2883	00010036
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	Lima	Jirón Camana 780 Of. 508	(01) 427-0158	00008537
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	San Borja	Avenida Primavera Número 643 Interior 503 Manzana Z-2 Lote 13 Urbanización Chacarilla Del Estanque Iv	(01) 6480253	00023924
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	Pueblo Libre	Avenida Juan Pablo Fernandini N° 1573	(01) 330-7492	00012041
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	San Borja	Avenida Joaquin Madrid N° 235 Urb Las Camelias	(01) 225-0809	00010892
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	San Miguel	Calle Ayarsa De Morales Número 237 Urbanización El Campillo	(01) 636-1105	00023441
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	La Victoria	Jirón Juan Voto Bernales N°399-urb.Santa Catalina	(01) 471-3998	00011499
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	Santiago De Surco	Avenida Caminos Del Inca Numero 1554 Urbanizacion Las Gardenias Et. Uno	(01) 279-1930 / 688-8529	00026558
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	Surquillo	Calle Las Tiendas N°331 Dpto-101	(01) 440-1021	00011860
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	San Juan De Lurigancho	Jirón Las Chulpas 296 Of 201-202	(01) 458-6472 / 459-9645	00008567
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	Barranco	Jirón Alfonso Ugarte 250	(01) 247-6892	00014357
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	Comas	Avenida El Maestro Peruano 430 - Mz I, Lt 6 - Urb Carabayllo 2da Etapa	(01) 5358144	00014784
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	Los Olivos	Avenida Carlos Alberto Izaguirre Número 1268 Manzana K Lote 8 Urbanización Gamarra De Leon Velarde Angelica I Etapa	(01) 523-2190	00023749
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	San Juan De Miraflores	Avenida Guillermo Billinghurst 619 Mz G Lt 33 Zona D Urb.San Juan	(01) 466-1128	00009547
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	San Isidro	Avenida Petit Thouars Numero 3470	(01) 4216323	00027114
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	San Miguel	Calle Monseñor Jorge Dintilhac 717 - Urb Pando 1era Etapa	(01) 451-5553	00008583

Centro Odontológico Americano	Callao	Callao	Callao	Avenida Guardia Chalaca 1362 Urb. Santa Marina	(01) 453-3276	00012672
Centro Odontológico Americano	Piura	Piura	Piura	Avenida Grau Nro. 1050 Lote D - 1	(073) 305820	00015614
Centro Odontológico Americano	La Libertad	Trujillo	Trujillo	Calle Santa Ursula 109 - Urb. La Merced	(044) 286921	00013230
Centro Odontológico Americano	Lambayeque	Chiclayo	Chiclayo	Avenida Jose Balta Número 039	(074) 223877 / 259527	00026708
Centro Odontológico Americano	Arequipa	Arequipa	Cayma	Calle Sevilla N° 107 Urb. Los Sauces	(054) 272716	00020252

*En las **IPRESS** Oncocenter y Camino Real, los afiliados a este programa podrán acceder a las prestaciones ambulatorias disponibles (consultas médica, farmacia, exámenes auxiliares de laboratorio, imágenes y procedimientos ambulatorios quirúrgicos, incluyendo uso de tóxico, sala de operaciones y recuperaciones) con deducible de S/ 40 bajo las condiciones del programa y en las especialidades no oncológicas especificadas en el Anexo 2. Así mismo, si el afiliado es paciente oncológico activo del programa oncológico de Oncosalud, podrá acceder en forma exclusiva, a la cobertura de prestaciones no oncológicas, de emergencia y/o hospitalaria, en forma complementaria a su plan oncológico.

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: Período de Carencia para Prestaciones Médicas.....	Pág. 42
ANEXO 2: Especialidades para Atención.....	Pág. 43
ANEXO 3: Chequeo Preventivo Anual.....	Pág. 46
ANEXO 4: Cobertura de Maternidad.....	Pág. 47
ANEXO 5: Control del Niño Sano.....	Pág. 49
ANEXO 6: Esquema de Inmunizaciones.....	Pág. 49
ANEXO 7: Prestaciones Médicas a Tarifas Preferenciales.....	Pág. 50
ANEXO 8: Exclusiones del Programa de Salud.....	Pág. 51
ANEXO 9: Flujograma de Procedimiento de Atención de Consultas y Reclamos	Pág. 58
ANEXO 10: Aportes.....	Pág. 59

ANEXO 1 PERÍODO DE ESPERA PARA PRESTACIONES MÉDICAS

Las siguientes prestaciones por concepto de tratamientos y/o cirugías sólo serán cubiertas, luego de transcurrido el **PERÍODO DE ESPERA** señalado a continuación.

El **PERÍODO DE ESPERA** se contabiliza 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**.

Sólo están exceptuadas de **PERÍODO DE ESPERA** las emergencias accidentales y las enfermedades agudas siguientes: apendicitis, enfermedad cerebro vascular aguda (isquémico o hemorrágico), infarto agudo de miocardio y torsión testicular.

PERÍODO DE ESPERA PARA PRESTACIONES MÉDICAS	
PRESTACIONES MÉDICAS INCLUIDAS	
TIPO DE PRESTACIÓN	ESPERA
Emergencias accidentales, emergencias no accidentales y hospitalización producto de emergencia accidental	No aplica
Enfermedades agudas como apendicitis, enfermedad cerebro vascular aguda, infarto agudo de miocardio y torsión testicular	No aplica
Consulta externa, médico a domicilio y odontología	3 meses
Prestaciones Oncológicas	12 meses
Chequeo preventivo anual	12 meses
Atención hospitalaria	12 meses
Cualquier intervención quirúrgica en sala de operaciones, incluyendo exámenes pre-operatorios	12 meses
Atención por maternidad	12 meses
Preexistencias	12 meses
Prestaciones cubiertas no especificadas en el presente listado	12 meses

ANEXO 2

ESPECIALIDADES MÉDICAS	
CLÍNICA DELGADO*	
ANESTESIOLOGÍA	MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACION
ALERGIA E INMUNOLOGÍA	MEDICINA INTENSIVA (PEDIATRICA)
CARDIOLOGÍA	MEDICINA INTERNA
CARDIOLOGÍA INFANTIL	NEFROLOGÍA
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA
CIRUGÍA GENERAL	NEONATOLOGÍA
CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	NEUMOLOGÍA
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA
CIRUGÍA TORÁCICA Y CARDIOVASCULAR	NEUROLOGÍA
DERMATOLOGÍA	NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA
DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	NUTRICIÓN
ENDOCRINOLOGÍA	OFTALMOLOGÍA
ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	OFTALMOLOGÍA PEDRIATRICA
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y TROPICALES	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
GASTROENTEROLOGÍA	OTORRINOLARINGOLOGÍA
GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA	PEDIATRÍA
GERIATRÍA	PSICOLOGÍA
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	PSIQUIATRÍA
HEMATOLOGÍA CLÍNICA	REUMATOLOGÍA
INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA	UROLOGÍA
CIRUGÍA ONCOLÓGICA	CIRUGÍA ONCOLÓGICA ABDOMINAL
CIRUGÍA ONCOLÓGICA DE CABEZA Y CUELLO	CIRUGÍA ONCOLÓGICA DE MAMAS Y TEJIDOS BLANDOS
CIRUGÍA ONCOLÓGICA TORÁCICA	CIRUGÍA ONCOLÓGICA GENERAL
FONIATRÍA	ONCOLOGÍA
ONCOLOGÍA CLÍNICA	ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA
RADIONCOLOGÍA	UROLOGÍA GENERAL Y ONCOLÓGICA
TERAPIA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	
CLÍNICA BELLAVISTA	
ALERGOLOGÍA	MEDICINA GENERAL
ANESTESIOLOGÍA	MEDICINA INTERNA
CARDIOLOGÍA	NEUMOLOGÍA
CIRUGÍA CABEZA Y CUELLO	NEUROCIURUGÍA
CIRUGÍA DE TÓRAX Y CARDIOVASCULAR	NEUROLOGÍA
CIRUGÍA GENERAL	NUTRICIÓN
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	OFTALMOLOGÍA
DERMATOLOGÍA	OTORRINOLARINGOLOGÍA
ENDOCRINOLOGÍA	PEDIATRÍA
GASTROENTEROLOGÍA	PSICOLOGÍA
GERIATRÍA	PSIQUIATRÍA
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	REUMATOLOGÍA
HEMATOLOGÍA	TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA
INFECTOLOGÍA	UROLOGÍA
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACION	ONCOLOGÍA MÉDICA
CIRUGÍA ONCOLÓGICA	UROLOGÍA ONCOLÓGICA
CLÍNICA VALLESUR	
ANESTESIOLOGÍA	NEFROLOGÍA
CARDIOLOGÍA	NEONATOLOGÍA
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	NEUMOLOGÍA
CIRUGÍA GENERAL Y LAPAROSCÓPICA	NEUMOLOGÍA PEDIATRICA
CIRUGÍA TORÁCICA Y CARDIOVASCULAR	NEUROCIURUGÍA
DERMATOLOGÍA	NEUROLOGÍA
ENDOCRINOLOGÍA	NUTRICIÓN
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y TROPICALES	OFTALMOLOGÍA
GASTROENTEROLOGÍA	OFTALMOLOGÍA PEDRIATRICA
GERIATRÍA	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	OTORRINOLARINGOLOGÍA
HEMATOLOGÍA CLÍNICA	PEDIATRÍA
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACION	PSICOLOGÍA
MEDICINA INTERNA	PSIQUIATRÍA
MEDICINA FAMILIAR	UROLOGÍA
ONCOLOGÍA MÉDICA	

CLÍNICA MIRAFLORES Y CENTRO MÉDICO MIRAFLORES	
ANESTESIOLOGÍA	MEDICINA INTENSIVA
CARDIOLOGÍA	MEDICINA INTERNA
CIRUGÍA DE CABEZA, CUELLO Y MAXILOFACIAL	NEUMOLOGÍA
CIRUGÍA GENERAL	NEUROLOGÍA
CIRUGÍA TORÁCICA Y CARDIOVASCULAR	NUTRICIONISTA
DERMATOLOGÍA	OFTALMOLOGÍA
ENDOCRINOLOGÍA	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
GASTROENTEROLOGÍA	OTORRINOLARINGOLOGÍA
GERIATRÍA	PEDIATRÍA
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	PSICOLOGÍA
HEMATOLOGÍA	PSIQUIATRÍA
MEDICINA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y TROPICALES	REUMATOLOGÍA
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	UROLOGÍA
MEDICINA GENERAL	ONCOLOGÍA MÉDICA
GUARDIA CIVIL	
CARDIOLOGÍA	MEDICINA INTERNA
CIRUGÍA GENERAL	NEUMOLOGÍA
CIRUGÍA ONCOLÓGICA	NUTRICIÓN
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	OTORRINOLARINGOLOGÍA
ENDOCRINOLOGÍA	TRAUMATOLOGÍA
GINECOLOGÍA NO OBSTÉTRICA	UROLOGÍA
ONCOLOGÍA MÉDICA	
SERVIMÉDICOS	
ANESTESIOLOGÍA	MEDICINA INTERNA
CARDIOLOGÍA	NUTRICIONISTA
DERMATOLOGÍA	OFTALMOLOGÍA
ENDOCRINOLOGÍA	OTORRINOLARINGOLOGÍA
GASTROENTEROLOGÍA	PEDIATRÍA
GERIATRÍA	PSICOLOGÍA
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	REUMATOLOGÍA
HEMATOLOGÍA	TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA
MEDICINA GENERAL	UROLOGÍA
ONCOLOGÍA MÉDICA	
CLÍNICA CAMINO REAL	
CARDIOLOGÍA	NEFROLOGÍA
DERMATOLOGÍA	NEUMOLOGÍA
ENDOCRINOLOGÍA	NEUROLOGÍA
GASTROENTEROLOGÍA	OFTALMOLOGÍA
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	OTORRINOLARINGOLOGÍA
HEMATOLOGÍA	PEDIATRÍA
INFECTOLOGÍA	PSICOLOGÍA
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	PSIQUIATRÍA
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	REUMATOLOGÍA
MEDICINA GENERAL	TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA
MEDICINA INTENSIVA	UROLOGÍA
MEDICINA INTERNA	ONCOLOGÍA MÉDICA
CIRUGÍA ONCOLÓGICA DE MAMA, TEJIDO BLANDO Y PIEL	RADIONCOLOGÍA
TERAPIA DE DOLOR	
ONCOCENTER	
CARDIOLOGÍA	NEFROLOGÍA
DERMATOLOGÍA	NEUMOLOGÍA
ENDOCRINOLOGÍA	NUTRICIÓN
GASTROENTEROLOGÍA	RADIOTERAPIA
RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA	ONCOLOGÍA MÉDICA
UROLOGÍA GENERAL Y ONCOLÓGICA	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA ONCOLÓGICA
GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	CIRUGÍA TORÁCICA ONCOLÓGICA
CIRUGÍA ONCOLÓGICA DE MAMA, TEJIDO BLANDO Y PIEL	CIRUGÍA ONCOLÓGICA DE CABEZA Y CUELLO
CIRUGÍA ONCOLÓGICA ABDOMINAL	RADIOLOGÍA
PATOLOGÍA CLÍNICA	NEUROCIRUGÍA
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	HEMATOLOGÍA
GENÉTICA	CIRUGÍA TORÁCICA Y CARDIOVASCULAS
CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA	CIRUGÍA GENERAL
ANESTESIOLOGÍA	

Nota:

Las especialidades están sujetas a actualización por parte la **IPRESS**. Para encontrar el detalle ingresar a <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>

ANEXO 3

CHEQUEO MÉDICO ANUAL						
EXÁMENES	MUJERES			HOMBRES		
	1 a 17 años	18 a 39 Años	40 años a más	1 a 17 Años	18 a 39 Años	40 años a más
Triaje (peso, talla, IMC)	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Presión arterial	-	SI	SI	-	SI	SI
Examen físico completo	SI	SI	SI	SI	SI	SI
EXÁMENES AUXILIARES						
Hemograma completo	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Glucosa	-	SI	SI	-	SI	SI
Colesterol total	-	SI	SI	-	SI	SI
Antígeno prostático	-	-	-	-	-	SI
Triglicéridos	-	-	SI	-	-	SI
Orina completa	-	SI	SI	-	SI	SI
EXÁMENES OFTALMOLÓGICOS*						
Examen externo de ojo	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Descarte de estrabismo	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Medición de agudeza visual	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Fondo de ojo sin dilatación	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Descarte de glaucoma (presión ocular)	-	-	SI	-	-	SI
EXÁMENES GINECOLÓGICOS						
Papanicolaou**	-	SI	SI	-	-	-
Mamografía	-	-	SI	-	-	-

*Los exámenes de oftalmología se brindan según pertinencia médica.

**Aplica el papanicolaou en base líquida para el examen ginecológico.

ANEXO 4

COBERTURA DE MATERNIDAD

COBERTURA DE MATERNIDAD										
PERÍODO DE EMBARAZO	1ER TRIMESTRE			2DO TRIMESTRE			3ER TRIMESTRE			Post Parto
	1er mes	2do mes	3er mes	4to mes	5to mes	6to mes	7mo mes	8vo mes	9no mes	
Ginecología	1	1	1	1	1	1	1	2 veces (quincenal)	4 veces (semanal)	2
Psicoprofilaxis	Duración del programa sujeto a las condiciones de la IPRESS elegida									-
LABORATORIO										
Hemograma completo	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Grupo sanguíneo y factor	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Glicemia en ayunas	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Creatinina	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VDRL	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ELISA VIH1 VIH2*	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-
HB AgS	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Examen completo de orina	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecografía convencional	1	-	1				1			-

* Previa firma de consentimiento informado.



No se cubren los suplementos nutricionales durante el período de gestación.

ANEXO 5

CONTROL DEL NIÑO SANO

CONTROL DEL NIÑO SANO												
EDAD	RN*	2° mes	3° mes	4° mes	5° mes	6° mes	7° mes	8° mes	9° mes	10° mes	11° mes	12° mes
Evaluación clínica*												
Anamnesis	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Examen de aparatos y sistemas	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Triaje (peso, talla, IMC)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Hemoglobina	-	-	-	-	-	SI	-	-	-	-	-	SI
Exámenes oftalmológicos**												
Inspección ocular	-	-	-	SI	-	-	-	-	-	-	-	-
Reflejo de parpadeo	-	-	-	SI	-	-	-	-	-	-	-	-
Reflejo pupilar	-	-	-	SI	-	-	-	-	-	-	-	-
Reflejo rojo binocular	-	-	-	SI	-	-	-	-	-	-	-	-
Seguimiento de ambos ojos	-	-	-	SI	-	-	-	-	-	-	-	-
Fijación monocular	-	-	-	SI	-	-	-	-	-	-	-	-
Inmunizaciones***												
Inmunizaciones	Sí	Sí	-	Sí	-	Sí	Sí	-	-	-	-	Sí

* Se realiza por única vez durante el internamiento post parto.

** Los exámenes de oftalmología se brindan según pertinencia médica.

*** Según esquema de inmunizaciones, indicado en el **Anexo 6**, aplicable en las sedes indicadas en la red de atención.

ANEXO 6

ESQUEMA DE INMUNIZACIONES

ESQUEMA DE INMUNIZACIONES												
VACUNAS	NIÑOS / NIÑAS											
	RN	2° mes	3° mes	4° mes	5° mes	6° mes	7° mes	8° mes	9° mes	10° mes	11° mes	12° mes
BCG	SI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HvB	SI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
APO	-	-	-	-	-	SI	-	-	-	-	-	-
HEXAVALENTE	-	SI	-	SI	-	SI	-	-	-	-	-	-
IPV	-	SI	-	SI	-	-	-	-	-	-	-	-
NEUMOCOCO	-	SI	-	SI	-	-	-	-	-	-	-	SI
ROTAVIRUS	-	SI	-	SI	-	-	-	-	-	-	-	-
INFLUENZA	-	-	-	-	-	SI	SI	-	-	-	-	-
SPR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	SI

BCG:

Vacuna contra la Tuberculosis.

HvB:

Vacuna contra la Hepatitis B.

APO:

Vacuna oral contra la Poliomieltis.

HEXAVALENTE:

Vacuna contra la Difteria, Tos Compulsiva, Tétanos, Hepatitis B, Poliomieltis y el haemophilus influenzae tipo B.

IPV:

Vacuna de Poliovirus Inactivada (Inyectable).

SPR:

Sarampión, Rubeola y Paperas.

ANEXO 7

PRESTACIONES MÉDICAS A TARIFAS Y DESCUENTOS PREFERENCIALES

Las siguientes tarifas preferenciales aplican para aquellas prestaciones ocurridas durante el **PERÍODO DE CARENCIA** que señala el programa en el **Anexo 01**, o para aquellas que sean preexistentes o exclusiones específicas en el **CONTRATO**.

PRESTACIONES MÉDICAS A TARIFAS PREFERENCIALES

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

* No aplica interconsultas de emergencia u hospitalaria.

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



- Las tarifas y/o descuentos preferenciales aplican sobre precio público vigente, incluye IGV.
- Las tarifas y/o descuentos preferenciales se encuentran sujetas a actualizaciones por parte del prestador de servicios médicos (**IPRESS**).

ANEXO 8

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** para este programa y/o no hayan sido autorizadas por ésta y considerados en el listado de profesionales médicos publicado en la página web www.oncosalud.pe, 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. Cualquier reintegro y/o pagos por servicios médicos suministrados por terceros no autorizados expresamente por la **IAFAS**, sea por concepto de gastos por emergencia no accidental, ambulatorio, hospitalización quirúrgica y no quirúrgica, gastos post-operatorios de cualquier índole, u otros inclusive sean de carácter médico o no médico.
3. Cualquier solicitud de reintegro de gastos médicos, inclusive honorarios de médicos y/o asistenciales pactados directamente por el **AFILIADO**, así como cualquier tipo de gastos efectuados fuera de la red de atención autorizada por el programa, inclusive en el extranjero. No se reconocerán honorarios y/o tarifas por encima de lo pactado con los proveedores de salud, inclusive, sobrecostos de medicamentos, insumos, material médico o procedimientos diagnósticos o terapéuticos 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. Cualquier requerimiento o prestación médica cuyo propósito sea el chequeo médico, despistaje y/o diagnóstico, oncológico o no oncológico, que no esté descrito en el presente **CONTRATO**.
6. Todos los gastos relacionados al incumplimiento de las indicaciones médicas por decisión del propio paciente, así como la automedicación en perjuicio de su curación y/o rehabilitación. No se cubren tratamientos, procedimientos o medicamentos otorgados o expedidos sin indicación o receta médica, ni cualquier estudio, tratamiento, análisis o procedimiento no relacionado directamente a un diagnóstico determinado.
7. Todo procedimiento, terapia o consulta que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria. Así como, prestaciones y tratamientos profilácticos, psicológicos, psiquiátricos, psicoterapéuticos, curas de reposo, cualquier tipo de tratamiento kinésico, de rehabilitación física o mental, odontológico, nutricional, salvo las prestaciones detalladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**. De la misma manera, las cirugías de neurotización, por ginecomastia, mastopexia y de simetrización u otras cirugías plásticas.
8. Tratamientos realizados en el extranjero o medicamentos e insumos no comercializados a nivel nacional.

9. Lesiones autoinfligidas o producidas voluntariamente o estando mentalmente insano, intento de suicidio, peleas y riñas.
10. Todo tratamiento médico o quirúrgico de melasma, alopecia u otros trastornos dermatológicos estéticos, así como el retiro de tatuajes, piercing o similares.
11. 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.
12. Epidemias declaradas como tales por el **Ministerio de Salud** o Pandemias declaradas por la **OMS**.
13. Cualquier tipo de enfermedades y tratamientos, inclusive accidentales, resultantes del uso o adicción a las drogas, estupefacientes, tabaquismo, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares. Así como las lesiones por accidentes 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/L, según la Ley N° 27753). En caso el paciente se niegue a realizarse el examen de alcoholemia o toxicológico requerido, asumirá automáticamente la integralidad del gasto prestacional generado. En caso que la muestra para el examen de alcoholemia no sea tomada inmediatamente después del accidente, para calcular el grado de alcohol en la sangre al momento del accidente, se considerará una disminución por hora de 0.15g/L. desde el momento del accidente hasta la toma de la muestra. En el caso de situación bajo influencia de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos se considerará cualquier grado positivo de un examen toxicológico.
14. 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.
15. Cualquier tipo de lesiones, enfermedades, secuelas y/o complicaciones a consecuencia directa o indirecta surgidas de la ocupación u oficio del (los) **AFILIADO(s)**, incluyendo accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, así como otras prestaciones cubiertas por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.
16. Lesiones o enfermedades a consecuencia de actos de guerra, revoluciones, así como los que resulten de la participación activa en motines, huelgas, conmoción civil, terrorismo o actos delictivos. Lesiones, enfermedades, secuelas y/o complicaciones, a consecuencia directa o indirecta de fusión o fisión nuclear, isótopos radioactivos o cualquier accidente nuclear.
17. Ecografías 3D y 4D, con excepción de aquellas indicadas durante la gestación, para el diagnóstico de malformaciones congénitas con sospecha debidamente sustentada a través de ecografía convencional. La cobertura y límites de estas prestaciones será la establecida en el beneficio de atención por enfermedades congénitas, detallado en las condiciones particulares del programa
18. Todo tipo de prestaciones diagnósticas o terapéuticas, equipos, insumos, suministros o fármacos y otras nuevas tecnologías que no hayan alcanzado el nivel de evidencia 2A en Medicina Basada en Evidencia de la Agency for Healthcare Reserch and Quality - AHRQ. 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**.

19. Medicina tradicional de cualquier tipo, ni tratamientos homeopáticos, recetario magistral, iriología, reflexología y en general tratamientos de medicina alternativa o complementaria, incluyendo acupuntura, quiropraxia y similares, así mismo, cuidados y tratamientos de rehabilitación en gimnasios y afines. De la misma forma queda excluido cualquier tipo de tratamiento de naturaleza experimental o empírico.
20. Nimodipino se cubre sólo en casos de hemorragia subaracnoidea. Vacunas distintas a las ofrecidas en el **PLAN DE BENEFICIOS** de la **IAFAS**. Así como, Inmunoprofilaxis, inmunoterapia y lisados bacterianos de cualquier tipo. No se cubren medicamentos inmunoestimulantes. En caso de trastornos alérgicos, no se cubren procedimientos de desensibilización.
21. Se excluye el tratamiento con botox (toxina botulinica) en aquellos casos distintos a los siguientes diagnósticos: Distonía cervical, espasmo miofacial, estrabismo, blefaroespasma y espasticidad por parálisis cerebral.
22. Se excluyen los tratamientos con todas aquellas moléculas no contempladas en el "**Listado de medicamentos para tratamiento integral**" vigente de la **IAFAS** y publicado en el página web <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>, el mismo será de renovación bianual o conforme la periodicidad que la **IAFAS** establezca.
23. Tratamiento relacionado con la Infección por virus de inmunodeficiencia humana - VIH, Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y el Síndrome complejo relativo al SIDA (SCRS), sus consecuencias y complicaciones.
24. Enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos considerados enfermedades preexistentes (anteriores al inicio de vigencia del Programa de Salud) y gastos derivados de causas relacionadas (de acuerdo al CIE-10, dicha clasificación es publicada en la página web de la Organización Mundial de Salud (www.who.int/classifications/icd/en)). El beneficio de enfermedades congénitas, no aplica en caso se trate de una gestación o recién nacido, concebido por inseminación artificial o cualquier tratamiento para fertilidad.
25. Gastos relacionados a circuncisión o postectomía. Salvo para los bebés nacidos bajo la cobertura del plan de salud, siempre que este tratamiento se realice durante los primeros noventa (90) días calendario desde el nacimiento.
26. Tratamiento y operaciones de carácter odontológico y/o cirugías bucales que afecten el componente estomatognático; periodontitis, ortodoncia, gingivitis, a excepción de los causados por accidentes cubiertos por el plan de salud y la cobertura de odontología. Así mismo, cualquier tipo de prótesis, obturadores palatinos o implantes dentales.
27. No se cubren tratamientos odontológicos de periodoncia y ortodoncia, así como pernos, coronas, carillas, y afines, así como las consecuencias y/o complicaciones.

- 28.** Cirugías odontológicas, cirugía bucal, ni alteraciones de la articulación témporo-mandibular. Prognatismo, problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular y craneomandibular, desórdenes u otras alteraciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y los relacionados con ellos, aun cuando sean a consecuencia de un accidente.
- 29.** 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.
- 30.** Monturas ni cristales y/o resinas, lentes de contacto, implantes oculares, lente estromal o cualquier otro dispositivo para trastornos de refracción, intra o extra ocular. 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. Cirugías electivas que no sean ni recuperativas ni rehabilitadoras.
- 31.** Hospitalizaciones para fines de curas de reposo o de sueño, cuidado sanitario, periodos de cuarentena o aislamiento. Así como equipos o dispositivos relacionados al estudio y/o tratamiento de transtornos del sueño, incluyendo Polisomnografía.
- 32.** Estudios de diagnóstico, tratamientos y procedimientos que tengan relación con problemas de esterilidad, fertilidad e infertilidad; así como, sus complicaciones y/o consecuencias, incluidos los gastos por fertilización. Asimismo, diagnóstico, estudios y tratamientos o cirugías para esterilización, fertilización (tanto en infertilidad primaria como secundaria), disfunción eréctil y cambio de sexo. En los casos de fertilización asistida documentada en la historia clínica de la madre o a través de documentación médica confiable relacionada a la gestación, no se cubrirá ninguna atención de maternidad de la madre ni tampoco las atenciones médicas por prematuridad de los hijos nacidos de la gestación asistida. No se cubrirán tampoco las secuelas relacionadas a la prematuridad en estos niños. Asimismo gastos relacionados a aborto inducido.
- 33.** Insuficiencia o sustitución hormonal en casos de trastorno de crecimiento.
- 34.** 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 a excepción de los diagnósticos F00 al F10, F20, F32 y F41.
- 35.** Trastornos del desarrollo psicomotor y del lenguaje de etiología adquirida a excepción de los causados por traumatismos o accidentes cerebrovasculares, en los que la terapia de rehabilitación se extenderá hasta un periodo máximo de 180 días.
- 36.** Tratamiento, procedimientos y operaciones derivadas de pie plano, varo, valgo, Hallux Valgus y callos.

37. Todo tipo de prestaciones diagnósticas o terapéuticas, equipos, insumos, suministros o fármacos u otras nuevas tecnologías que:
- No se comercialicen o no se encuentren disponibles en el territorio nacional.
 - No se encuentren debidamente aprobados por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (**DIGEMID**), de la Food and Drug Administration (**FDA**) y de la European Medicines Agency (**EMA**).
 - No se recomiendan en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**, en caso se cuente con **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** para la indicación solicitada y/o evaluada. De lo contrario se valorará la recomendación realizada por otras instituciones con prestigio internacional. En el caso de patologías oncológicas se considerará: National Comprehensive Cancer Network (**NCCN**), National Institute for Health and Care Excellence (**NICE**), American Society of Clinical Oncology (**ASCO**), European Society for Medical Oncology (**ESMO**) u otras, siempre que la recomendación realizada cuente con un respaldo de evidencia científica de nivel IIA.
 - No hayan alcanzado el nivel de evidencia 2A en Medicina Basada en Evidencia de la Agency for Healthcare Reserch and Quality – AHRQ, para el caso de **Patologías no Oncológicas**.
 - No hayan concluido exitosamente el **ENSAYO CLÍNICO DE FASE III**. Siempre que el estudio cuente con respaldo de resultados de eficacia y seguridad de un ensayo clínico Fase III respecto a un comparador válido para la **RED AUNA** y que sea autorizado por la **IAFAS**.
38. Modificadores de la respuesta biológica, terapia biológica, blanco dirigida y similares de cualquier tipo, sean de naturaleza biológica, semisintética o sintética; tales como interferones, interleukinas, factor estimulante de colonias, antiangiogénicos, inmunomodulares, inmunoterapiay anticuerpos monoclonales. Así como inhibidores de enzimas, tales como tirosinkinasa, proteosomas u otros similares. Salvo lo detallado en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
39. Leches maternizadas (excepto en casos de imposibilidad documentable de lactancia materna sólo durante los días de hospitalización del recién nacido y exclusivamente durante la etapa puerperal).
40. Alimentos o sustitutos alimenticios, aunque sea con fines terapéuticos.
41. Cremas, lociones faciales, sustancias exfoliativas, despigmentantes, jabones, champúes, cremas neutras y bloqueadores solares. No se cubren lágrimas naturales (salvo casos de síndrome de ojo seco). Así como tratamiento médico o quirúrgico de várices, ni tampoco medias antiembólicas o para tratamiento de várices.
42. 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, salvo los suministros detallados en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**, que hagan referencia a las **COBERTURAS ONCOLÓGICAS**.
43. Cualquier trasplante de órganos, tejidos y células (incluyendo médula ósea), tanto su costo, como los gastos vinculados a cualquier prestación relacionada a los mismos. No están cubiertos tampoco el trasplante, infusión o implante de células madre indistintamente de la zona anatómica, su causa u origen. Asimismo, se encuentra fuera de cobertura cualquier gasto

relacionado a criopreservación, almacenamiento, conservación, mantenimiento, preparación y/o acondicionamiento, así como el traslado y/o transporte, de órganos, tejidos o células, de igual manera cualquier gasto relacionado a prestaciones realizadas a donantes.

44. Gastos relacionados con la adquisición de órganos o tejidos o células, 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, así como gastos relacionados por complicaciones médicas del proceso de extracción o colecta en el donante. De igual forma anticoagulantes, heparinoides, procoagulantes y eritropoyetina, con fines preventivos o profilácticos.
45. Suministro de nutrición parenteral y nutrición enteral (procedimiento, insumos y fórmula) y/o referidos a consultas nutricionales, salvo las expresamente señaladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
46. Pruebas de laboratorio exámenes o estudios moleculares y/o genéticos y/o estudios de mutaciones u otras, de cualquier tipo, tales como y sin limitarse a: **EGFR, PDL1, KRAS, NRAS, BRAF, ALK, VEGF, T790M**, Inestabilidad microsatelital en sangre, pruebas moleculares para GIST, así como biopsias líquidas y/o perfiles moleculares.
47. Fármacos como ansiolíticos, antipsicóticos, antidepresivos, vitaminas, suplementos alimenticios, suplementos nutricionales, productos naturales (hierbas y sus derivados, levaduras, probióticos, uso medicinal de cannabis), estimulantes del apetito, anabólicos, antioxidantes, productos geriátricos y reconstituyentes, neurotónicos y nootrópicos, productos naturales, homeopáticos, alternativos o productos no medicinales, así como cualquier otro producto o medicamento no relacionado a la enfermedad objeto de cobertura.
48. Suministro de cualquier tipo de medio de transporte y servicio de ambulancia. Salvo las expresamente señaladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
49. Gastos relacionados a acompañantes, mientras el **AFILIADO** se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, cama, alimentación, bazar y/o confort y similares. Salvo lo señalado en las **CONDICIONES PARTICULARES**, del presente **CONTRATO**, en referencia a la **COBERTURA ONCOLÓGICA HOSPITALARIA**.
50. Cuidados de enfermería, vigilancia y/o acompañamiento del paciente a cargo de enfermeras, técnicas o auxiliares de enfermería, u otro personal a dedicación exclusiva durante la estancia hospitalaria y/o en domicilio, salvo los servicios expresamente señalados en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
51. 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.
52. En ningún caso estarán cubiertos los gastos por alquiler de unidades de calefacción, teléfono ni artefactos eléctricos, aire acondicionado, etc.

53. Gastos relacionados con uso de equipos y servicios de diálisis y/o cámara hiperbárica.
54. Prestaciones económicas de cualquier índole. Inclusive gastos relacionados a sepelio, velatorio y afines. Así como cualquier requerimiento de cobertura relacionada a prestaciones no contempladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** y **PLAN DE BENEFICIOS**.
55. Las enfermedades oncológicas preexistentes a la suscripción del presente **CONTRATO**. Inclusive si hubiesen sido reveladas en la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**, no serán cubiertas por el programa, ni sus complicaciones.
56. Los gastos de enfermedades oncológicas detectadas y/o incurridas antes de la culminación del **PERÍODO DE ESPERA**.
57. Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional atendido fuera de la **RED AUNA** detallada en la **RED DE ATENCIÓN**, salvo los eventos programados y autorizados con antelación por la **IAFAS**, en tanto las **IPRESS** se encuentren adscritas al **PLAN DE BENEFICIOS** correspondiente al presente **CONTRATO**.
58. Cualquier gasto relacionado a la búsqueda y análisis de compatibilidad de donantes de sangre y médula ósea, así como gastos de criopreservación o cultivo de células madre u otros tejidos. Asimismo, gastos relacionados por complicaciones médicas del proceso de extracción o colecta en el donante.
59. Toda enfermedad de origen laboral, profesional y/o por contaminación nuclear.
60. Gastos relacionados al suministro, colocación, adecuación, mantenimiento, ajuste, remoción y cambio, de implantes, expansores y/o prótesis internas o externas de cualquier tipo; también están excluidos los stent de cualquier tipo. En cualquier caso indistintamente sean de uso temporal o permanente y de su funcionalidad o indicación. Así como también material de osteosíntesis (incluyendo placas, clavos, tornillos y similares) y los cementos relacionados salvo los suministros detallados en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**. Para el caso de obturador palatino, sólo se cubrirá por neoplasia maligna de maxilar superior, únicamente durante el primer año posterior a la cirugía extractiva y máximo un recambio.

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 9

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) 519-5000**
- 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

aunasalud@auna.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

5



PASO 5 ATENCIÓN AL CLIENTE BRINDARÁ RESPUESTA FINAL A LA CONSULTA (máximo 05 días hábiles) O RECLAMO (máximo 30 días hábiles)



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 10

APORTES MENSUALES (EN SOLES INCLUIDO IGV)

APORTES MENSUALES (EN SOLES INCLUIDO IGV)				
RANGO DE EDADES	Plan Classic		Plan Premium	
	Tarjeta de Crédito	Tarjeta de Débito	Tarjeta de Crédito	Tarjeta de Débito
Desde 00 hasta 17 años	79.50	88.00	145.20	160.10
Desde 18 hasta 25 años	95.40	104.90	172.80	189.70
Desde 26 hasta 35 años	106.00	116.90	192.90	212.00
Desde 36 hasta 40 años	118.70	130.40	215.20	236.40
Desde 41 hasta 45 años	155.80	171.70	283.00	311.60
Desde 46 hasta 50 años	183.40	201.40	332.80	365.70
Desde 51 hasta 55 años	238.50	262.90	432.50	475.90
Desde 56 hasta 60 años	322.20	354.00	585.10	643.40
A partir de 61 años*	572.40	629.60	1,040.90	1,144.80

* Solo aplica para renovación.

Contrato vigente a partir del 01 de abril de 2021

Código OS.SP.P.02.16

Revisión: 06