

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.**, identificada con R.U.C. N° 20101039910 y RIAFAS N° 20006, domiciliada 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 el de brindar cobertura de aseguramiento en salud complementaria al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (**PEAS**), bajo la modalidad de prestación de servicios de salud.

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

CLÁUSULA SEGUNDA OBJETO

En virtud del presente “Contrato de Prestaciones de Servicios de Salud” (en adelante, el **CONTRATO**), la **IAFAS** otorga a los **AFILIADOS** cobertura de prestaciones 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**.

Tanto la cobertura de servicios de salud y beneficios adicionales o especiales no contemplados en las **CONDICIONES GENERALES** ni 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 **AFILIADO**, acceso a descuentos preferenciales sobre las tarifas prestacionales vigentes al público en las **IPRESS** que integran la **RED AUNA** para sus diversas necesidades médicas no contempladas y/o no cubiertas en el plan contratado, detalladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**.

CLÁUSULA TERCERA CONTENIDO

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



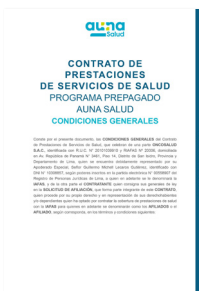
1

**SOLICITUD DE
AFILIACIÓN**



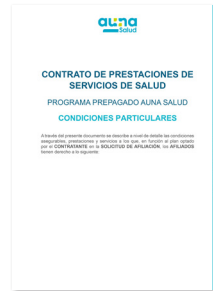
2

**DECLARACIÓN
JURADA DE SALUD**



3

**CONDICIONES
GENERALES**



4

**CONDICIONES
PARTICULARES**

- 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 afiliación. La **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** es otorgada al momento de suscribir la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**.
- 3 **CONDICIONES GENERALES:** 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 Prestaciones de Servicios de Salud a través del cual tiene derecho a las coberturas del plan contratado, previa aceptación por la **IAFAS**.
- 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:** Modalidad mediante la que cualquier organización, empresa o entidad empleadora, formaliza su relación de afiliación con una **IAFAS**, en calidad de **CONTRATANTE**, en virtud del **CONTRATO** suscrito.
- 4 **APORTE:** Contraprestación establecida en el **CONTRATO** a favor de la **IAFAS**, de cargo del **AFILIADO** o **CONTRATANTE**, por los beneficios del plan adquirido.
- 5 **BENEFICIOS:** Derechos del (los) **AFILIADO(s)**, según las condiciones establecidas en el plan contratado.
- 6 **CONTRATO:** Documento que contiene las **CONDICIONES GENERALES** y **CONDICIONES PARTICULARES** que suscribe la **IAFAS** con el **AFILIADO** o **CONTRATANTE**, para regular los derechos y las obligaciones de las partes, con relación a las coberturas ofrecidas en el plan. Formaliza la relación de afiliación y vincula a un **AFILIADO** con una **IAFAS**.

- 7 CONTRATANTE:** Toda persona natural o jurídica que suscribe un Contrato de Prestaciones de Servicios de Salud con una **IAFAS** por su propio derecho, en representación de terceros, o ambos. El **CONTRATANTE** es el único responsable frente a la **IAFAS** por el cumplimiento de las obligaciones contractuales asumidas.
- 8 CONTINUIDAD DE COBERTURA:** Reconocimiento del tiempo de permanencia en los **CONTRATOS** inmediatamente anteriores a la vigencia de un nuevo **CONTRATO** con la misma **IAFAS**; de modo que la cobertura de diagnósticos preexistentes se otorgará conforme a lo dispuesto en el Artículo 100 del Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA.
- 9 COPAGO:** Importe a pagar por el **AFILIADO** por los servicios médicos o beneficios solicitados, el cual puede estar expresado en un porcentaje del valor de la atención y/o en una cantidad fija, establecidos en el **PLAN DE BENEFICIOS** que forma parte integrante del presente **CONTRATO**.
- 10 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.
- 11 DÍAS:** Días calendario
- 12 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.
- 13 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**.
- 14 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.
- 15 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.
- 16 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.

- 17 **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 **PERÍODOS DE CARENCIA** se contabilizan en forma individual por cada **AFILIADO**.
- 18 **PLAN DE BENEFICIOS:** Es el documento que detalla los beneficios que otorga la Entidad de Servicios de Salud Prepagados (ESSP).
- 19 **PREEXISTENCIA:** Es cualquier condición de alteración del estado de salud con evidencia clínica, diagnosticada por un profesional de salud colegiado, conocida o no por el **CONTRATANTE, AFILIADO** o sus derechohabientes, y consignada en una historia clínica u otro documento o registro con validez legal, no resuelta, y declarada o no, en el momento previo a llenar y suscribir la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** o el **CONTRATO**.
- 20 **SALUD:** Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

CLÁUSULA QUINTA

COBERTURA Y CONDICIONES

La **IAFAS** otorga a los **AFILIADOS** la cobertura sobre las prestaciones de recuperación de la salud para la atención de las contingencias, patologías y demás servicios 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:

- a) Datos Generales del (los) **AFILIADO(s)**.
- b) Identificación y selección del plan optado.
- c) Indicación de la modalidad de pago de las aportaciones por efectuar.
- d) **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**.

CLÁUSULA SÉPTIMA

MODIFICACIONES A LA AFILIACIÓN

El **CONTRATANTE** y/o **AFILIADO** titular del grupo familiar puede solicitar la incorporación de nuevos **AFILIADOS** con posterioridad al inicio de la vigencia del presente **CONTRATO**, para ello deberá contar con una nueva **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** 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.

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

Cabe acotar que la eventual desestimación de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** a un programa superior, 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** deba 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:

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

Del mismo modo, el **AFILIADO** tiene el derecho a solicitar de forma libre y voluntaria su **DESAFILIACIÓN**. Para ello deberá comunicarse a la central telefónica de la **IAFAS** a la siguiente línea telefónica **(01) 513-7900** en el horario de Lunes a Viernes de 8:00am 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**, que correspondan a los conceptos de pertinencia; las cuales se encuentran acorde con las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA** con base al cumplimiento de los siguientes criterios:

- a** Que, las prestaciones de salud se encuentren recomendadas y comprendidas en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**.
- b** 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**.
- c** 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

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 CARENCIA** 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 se podrá acceder una vez efectuado el primer pago de la afiliación.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA

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

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA

RESPONSABILIDAD DE LAS IAFAS

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

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA

REFERENCIAS

La **IPRESS** 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 **IPRESS** que corresponda de acuerdo con su plan de cobertura obligatoria y/o complementaria.

En caso que las prestaciones que demande la asistencial 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**.

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA

APORTES Y FORMAS DE PAGO

Como contraprestación por la contratación de las prestaciones de salud, el **CONTRATANTE** pagará a la **IAFAS** los aportes indicados en las **CONDICIONES PARTICULARES**, los mismos que incluyen los tributos de ley y gastos correspondientes.

Los aportes podrán ser abonados según las modalidades que contemple el 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 SEXTA

INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE LOS APORTES

Siempre que el **CONTRATANTE** incumpla con el pago de los aportes por más de treinta (30) días calendario, la **IAFAS** suspenderá automáticamente todos los derechos a las prestaciones convenidas según el 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 el párrafo precedente, 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**.

Si luego de transcurridos los noventa (90) días referidos en los párrafos precedentes, el **CONTRATANTE** cumple con regularizar el pago de sus aportes, hasta dentro de un plazo de ciento veinte (120) días calendario, el **CONTRATANTE** podrá mantener el plan contratado, cuya cobertura se reactivará una vez transcurrido el **PERÍODO DE CARENCIA** de noventa (90) días calendario (contados a partir del día siguiente de la fecha efectiva de pago a la **IAFAS**).

No obstante, la **IAFAS** procederá a resolver el presente **CONTRATO** indefectiblemente y de forma automática, en caso el **CONTRATANTE** no hubiere cumplido con el pago de los aportes pendientes en un plazo mayor a ciento veinte (120) días calendario. Para dichos efectos, la **IAFAS** remitirá una comunicación al **CONTRATANTE** por escrito en el domicilio consignado en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**.

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA

COPAGOS Y DEDUCIBLES

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA

MODIFICACIÓN DE APORTES Y/O COPAGOS

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

La **IAFAS** podrá notificar la modificación de los aportes y copagos del **CONTRATO** durante la vigencia del mismo, en tanto hayan transcurrido un mínimo de doce (12) meses de vigencia y/o a partir de los vencimientos anuales con una anticipación mínima de treinta (30) días calendario. Transcurrido este período, las modificaciones entrarán en vigencia a partir del primer día del mes siguiente y el **AFILIADO** tendrá hasta noventa (90) días calendario contados a partir de la fecha de recepción de la notificación de modificación para manifestar su disconformidad, lo que dará mérito a la anulación del **CONTRATO**.

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA

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**.

CLÁUSULA VIGÉSIMA

INFORMACIÓN

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA

DOMICILIO

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA

ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

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

- a** Carta Simple o Notarial dirigido a la **IAFAS**.
- b** Libro de Reclamaciones ubicado de forma físico en las oficinas o establecimientos de la **IAFAS**.
- c** Libro de Reclamaciones Virtual disponible en la página web institucional de la **IAFAS**.
- d** Dirección de correo electrónico habilitada para consultas y/o reclamos, aunasalud@auna.pe.
- e** Call Center de servicio al cliente de la **IAFAS** el mismo que se encuentra disponible en el número telefónico **(01) 513-7900**.

Para un mayor detalle, el procedimiento de atención de consultas y reclamos de la **IAFAS** se detalla en el **Anexo 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) 513-7900** 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 de la Superintendencia Nacional de Salud (CECONAR).

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA

TERMINACIÓN DEL CONTRATO

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

- a** Por vencimiento del plazo de vigencia del **CONTRATO** sin que medie renovación alguna.
- b** Por mutuo acuerdo de las Partes.
- c** 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.
- d** Por fallecimiento del **AFILIADO** o **CONTRATANTE**. Para ello, el **CONTRATANTE** es el responsable de informar a la **IAFAS** del fallecimiento de alguno de los **AFILIADOS** presentando el certificado de defunción. En caso de fallecimiento del **CONTRATANTE**, los herederos legales deberán informar el deceso. La devolución de aportes procederá a partir de la presentación del certificado de defunción.

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO CUARTA

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

- 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” 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 VIGÉSIMO QUINTA

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

El **CONTRATANTE** tiene el derecho de arrepentimiento para resolver el **CONTRATO**, sin expresión de causa ni penalidad alguna. Este derecho se podrá ejercer dentro de los treinta (30) días calendario 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 SEXTA

SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO SÉPTIMA

MODIFICACIONES CONTRACTUALES

El presente **CONTRATO** podrá ser modificado por la **IAFAS**, por razones técnicas, circunstancias del mercado u otras razones similares o relacionadas, mediante aviso previo remitido al **AFILIADO** con treinta (30) días calendario de anticipación, ya sea de manera física o al correo electrónico señalado por el **AFILIADO**. Las modificaciones señaladas por la **IAFAS** regirán a partir de la renovación del **CONTRATO**.

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

CONTRATO DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD

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 PLAN DE SALUD

1.1 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. Dicha atención cuenta con un **PERÍODO DE CARENCIA** 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 y descuentos sobre servicios clínicos y exámenes de laboratorio e imágenes, según **Anexo 7** del presente **CONTRATO**.

1.2 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 CARENCIA** y se encuentran sujetas 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 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 CARENCIA**.



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.

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 de salud.
- 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.

1.4 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 CARENCIA** de tres (3) meses.



Se otorgarán 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 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 ESTE

- Hasta Municipalidad de Ate-Vitarte



POR EL SUR

- Hasta Chorrillos, San Juan de Miraflores



POR EL OESTE

- Hasta La Punta, Callao



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

1.5 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, vencido 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 atención ambulatoria.



- *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**.*

1.6 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 CARENCIA** 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.

1.7 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 CARENCIA** 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, Hipocausia congénita y Catarata congénita.



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

1.8 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**.



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

1.9 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.



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

1.10 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.



- *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 sujeta a la capacidad resolutive 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.*

1.11 ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

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



El presente programa otorgan las siguientes prestaciones para atención odontológica:

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

El procedimiento de atención es el siguiente:

- 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).
- Se cancelará el deducible y copago indicados en el **PLAN DE BENEFICIOS** del presente **CONTRATO**.



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

1.12 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), entre otras.



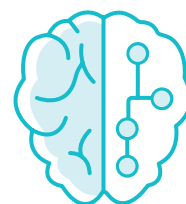
Las prótesis cubiertas son las siguientes: cadera, codo, dedo, hombro, muñeca, rodilla y tobillo.



- *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).*

1.13 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 CARENCIA** de tres (3) meses.



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

1.14 PREEXISTENCIAS

La cobertura cuenta con un **PERÍODO DE CARENCIA** 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 la carencia 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**.



- *Las atenciones de preexistencias requieren carta de garantía*
- *Límite de monto máximo anual hasta S/ 40,000 (inc. IGV).*

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	Clínica Bellavista Clínica Vallesur Clínica Miraflores	Centro Médico Miraflores Centro Médico Servimédicos
Plan Premium	S/ 750,000		Clínica Bellavista Clínica Vallesur Clínica Miraflores	Clínica Delgado Centro Médico Miraflores Centro Médico Servimédicos

ATENCIÓN AMBULATORIA	DELGADO	VALLESUR MIRAFLORES*	BELLAVISTA	C.M SERVIMÉDICOS
Deducible por consulta	S/ 80	S/ 50	S/ 40	S/ 40
Deducible por consulta en Medicina Interna y Pediatría	S/ 40	S/ 35	S/ 25	S/ 25
Cobertura	80 %			
Prestaciones cubiertas	Exámenes auxiliares de laboratorio, diagnóstico por imágenes, procedimientos ambulatorios y farmacia**			

ATENCIÓN POR EMERGENCIA NO ACCIDENTAL	DELGADO	VALLESUR MIRAFLORES*	BELLAVISTA	C.M SERVIMÉDICOS
Deducible por emergencia no accidental	S/ 80	S/ 50	S/ 40	No aplica
Cobertura	80 %			No aplica
Prestaciones cubiertas	Exámenes auxiliares de laboratorio, diagnóstico por imágenes, procedimientos ambulatorios y farmacia**			

ATENCIÓN POR EMERGENCIA ACCIDENTAL	DELGADO	VALLESUR MIRAFLORES*	BELLAVISTA	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.			

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 PREVENTIVO ANUAL	DELGADO	VALLESUR MIRAFLORES*	BELLAVISTA	C.M SERVIMÉDICOS
Deducible por consulta	S/ 80	S/ 50	S/ 40	S/ 40
Cobertura	100 %			
Prestaciones cubiertas	Chequeo detallado (Ver Anexo 3)			

ATENCIÓN HOSPITALARIA	DELGADO	VALLESUR MIRAFLORES*	BELLAVISTA	C.M SERVIMÉDICOS
Deducible por hospitalización	S/ 530	S/ 270	S/ 210	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** y material médico.			

ATENCIÓN DE MATERNIDAD	DELGADO	VALLESUR MIRAFLORES*	BELLAVISTA	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
Deducible por aborto, amenaza de aborto, complicaciones orgánicas y quirúrgicas del embarazo	S/ 530	S/ 270	S/ 210	No aplica
Cobertura	80 %			No aplica
Prestaciones cubiertas	Hospitalización***, 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
Cobertura	80 %			No aplica
Prestaciones cubiertas	Consultas por control pre y postnatal, exámenes auxiliares, medicamentos derivados de los controles del embarazo y tamizaje neonatal básico.			

Deducible	Sin deducible			No aplica
Cobertura	100 %			No aplica
Prestaciones cubiertas	Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica****			

CONTROL DE NIÑO SANO	DELGADO	VALLESUR MIRAFLORES*	BELLAVISTA	C.M SERVIMÉDICOS
Evaluación médica mensual (Ver Anexo 5)	Sin deducible			No aplica
Cobertura	80 %			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*	BELLAVISTA	C.M SERVIMÉDICOS
Cobertura	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, endodancias, 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*	BELLAVISTA	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*	BELLAVISTA	C.M SERVIMÉDICOS
Deducible por consulta	S/ 80	S/ 50	S/ 40	S/ 40
Prestaciones cubiertas	No cubre psicoterapias, medicamentos, hospitalizaciones ni tratamientos por emergencias.			

PREEXISTENCIAS	DELGADO	VALLESUR MIRAFLORES*	BELLAVISTA	C.M SERVIMÉDICOS
Deducible por consulta	S/ 80	S/ 50	S/ 40	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.			

*Se considera tanto el Centro Médico Miraflores como la Clínica Miraflores. Para mayor detalle ver de Red de Atención.

**Según tratamiento farmacológico de Guía de Práctica Clínica vigente.

***Según las condiciones de la cobertura de atención hospitalaria detalladas en el **PLAN DE BENEFICIOS**.

****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 resolutive de la IPRESS (clínica) elegida.

No están cubiertos los gastos de traslado ni atenciones fuera de la red designada.

3. RED DE ATENCIÓN

RED AUNA						
NOMBRE COMERCIAL	DPTO.	PROVINCIA	DISTRITO	DIRECCIÓN	TELÉFONO	REG. SUSALUD
Clinica Delgado	Lima	Lima	Miraflores	Av. Angamos Oeste N° 450 - 490	(01) 513-7900	00019049
Oncocenter*	Lima	Lima	San Borja	Av. Guardia Civil N° 368	(01) 513-7900	00027320
Oncocenter*	Lima	Lima	San Borja	Av. Guardia Civil N° 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 N° 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 N° 621	(074) 221945	00008229
Clinica Vallesur	Arequipa	Arequipa	Arequipa	Av. 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	Av. Angamos Oeste N° 450 - 490	(01) 513-7900	00019049
Clinica Vallesur	Arequipa	Arequipa	Arequipa	Av. 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	Av. Roosevelt (Ex República de Panamá) N° 5806	(01) 447-5190	00010215
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	Miraflores	Av. Roosevelt N° 5790 Piso 3 Interior 301	(01) 5304614	00024505
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	San Isidro	Av. Juan de Arona N° 402	(01) 4216323	00023156
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	San Isidro	Av. Javier Prado Este N° 1692 1er Piso	(01) 475-1719 / 475-1717	00014113
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	Jesus Maria	Jirón Huiracocha N° 1486	(01) 424-1443	00013245
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	La Molina	Calle Santa Magdalena Sofia N° 109	(01) 436-2883	00010036
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	Lima	Jirón Camaná N° 780 Of. 508	(01) 427-0158	00008537
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	San Borja	Av. Primavera N° 643 Interior 503 Manzana Z - 2 Lote 13 Urb. Chacarilla del Estanque IV	(01) 6480253	00023924
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	Pueblo Libre	Av. Juan Pablo Fernandini N° 1573	(01) 330-7492	00012041
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	San Borja	Av. Joaquin Madrid N° 235 Urb. Las Camelias	(01) 225-0809	00010892
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	San Miguel	Calle Ayarsa de Morales N° 237 Urb. 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	Av. Caminos del Inca N° 1554 Urb. 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

RED ODONTOLÓGICA						
NOMBRE COMERCIAL	DPTO.	PROVINCIA	DISTRITO	DIRECCIÓN	TELÉFONO	REG. SUSALUD
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	San Juan de Lurigancho	Jirón Las Chulpas N° 296 Of 201 - 202	(01) 458-6472 / 459-9645	00008567
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	Barranco	Jirón Alfonso Ugarte N° 250	(01) 247-6892	00014357
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	Comas	Av. El Maestro Peruano N° 430 Mz. I, Lt 6 Urb. Carabayllo 2da Etapa	(01) 5358144	00014784
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	Los Olivos	Av. Carlos Alberto Izaguirre N° 1268 Mz. K Lote 8 Urb. Angélica Gamarra de León Velarde I Etapa	(01) 523-2190	00023749
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	San Juan De Miraflores	Av. Guillermo Billinghurst N° 619 Mz. G Lt 33 Zona D Urb. San Juan	(01) 466-1128	00009547
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	San Isidro	Av. Petit Thouars N° 3470	(01) 4216323	00027114
Centro Odontológico Americano	Lima	Lima	San Miguel	Calle Monseñor Jorge Dintilhac N° 717 Urb. Pando 1era Etapa	(01) 451-5553	00008583
Centro Odontológico Americano	Callao	Callao	Callao	Av. Guardia Chalaca N° 1362 Urb. Santa Marina	(01) 453-3276	00012672
Centro Odontológico Americano	Piura	Piura	Piura	Av. Grau N° 1050 Lote D - 1	(073) 305820	00015614
Centro Odontológico Americano	La Libertad	Trujillo	Trujillo	Calle Santa Ursula N° 109 Urb. La Merced	(044) 286921	00013230
Centro Odontológico Americano	Lambayeque	Chiclayo	Chiclayo	Av. Jose Balta N° 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. 31
ANEXO 2: Especialidades para Atención	Pág. 32
ANEXO 3: Chequeo Preventivo Anual	Pág. 35
ANEXO 4: Cobertura de Maternidad	Pág. 36
ANEXO 5: Control del Niño Sano	Pág. 37
ANEXO 6: Esquema de Inmunizaciones	Pág. 38
ANEXO 7: Prestaciones Médicas a Tarifas Preferenciales	Pág. 39
ANEXO 8: Exclusiones del Programa de Salud	Pág. 40
ANEXO 9: Flujograma de Procedimiento de Atención de Consultas y Reclamos.....	Pág. 46
ANEXO 10: Aportes	Pág. 47

ANEXO 1

PERÍODO DE CARENCIA PARA PRESTACIONES MÉDICAS

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

El **PERÍODO DE CARENCIA** 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 CARENCIA** las emergencias accidentales y las enfermedades agudas siguientes: apendicitis, enfermedad cerebro vascular aguda (isquémico o hemorrágico) e infarto agudo de miocardio.

PRESTACIONES MÉDICAS INCLUIDAS	
TIPO DE PRESTACIÓN	CARENCIA
Emergencias accidentales y emergencias no accidentales	No aplica
Enfermedades agudas como apendicitis, enfermedad cerebro vascular aguda e infarto agudo de miocardio	No aplica
Consulta externa, médico a domicilio y odontología	3 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 Rehabilitación
Alergia e Inmunología	Medicina Intensiva (Pediátrica)
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 Pediátrica
Enfermedades Infecciosas y Tropicales	Ortopedia y Traumatología
Gastroenterología	Otorrinolaringología
Gastroenterología Pediátrica	Pediatría
Geriatría	Psicología
Ginecología y Obstetricia	Psiquiatría
Hematología Clínica	Reumatología
Infectología Pediátrica	Urología
CLÍNICA BELLAVISTA	
Alergología	Medicina General
Anestesiología	Medicina Interna
Cardiología	Neumología
Cirugía Cabeza y Cuello	Neurocirugía
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 Rehabilitación	

ESPECIALIDADES MÉDICAS

CLÍNICA VALLESUR

Anestesiología	Nefrología
Cardiología	Neonatología
Cirugía de Cabeza y Cuello	Neumología
Cirugía General y Laparoscópica	Neumología Pediátrica
Cirugía Torácica y Cardiovascular	Neurocirugía
Dermatología	Neurología
Endocrinología	Nutrición
Enfermedades Infecciosas y Tropicales	Oftalmología
Gastroenterología	Oftalmología Pedriatica
Geriatría	Ortopedia y Traumatología
Ginecología y Obstetricia	Otorrinolaringología
Hematología Clínica	Pediatría
Medicina Física y Rehabilitación	Psicología
Medicina Interna	Psiquiatría
Medicina Familiar	Urología

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	Nutrición
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	

ESPECIALIDADES MÉDICAS

SERVIMÉDICOS	
Anestesiología	Medicina Interna
Cardiología	Nutrición
Dermatología	Oftalmología
Endocrinología	Otorrinolaringología
Gastroenterología	Pediatría
Geriatría	Psicología
Ginecología y Obstetricia	Reumatología
Hematología	Traumatología y Ortopedia
Medicina General	Urología
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	
ONCOCENTER	
Cardiología	Nefrología
Dermatología	Neumología
Endocrinología	Nutrición
Gastroenterología	



*Las especialidades están sujetas a actualización por parte la IPRESS. Para encontrar el detalle ingresar a www.oncosalud.pe

ANEXO 3

CHEQUEO PREVENTIVO 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
Triage (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

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.



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

ANEXO 5

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												
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 Poliomiелitis.

HEXAVALENTE:

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

IPV:

Vacuna de Poliovirus Inactivada (Inyectable).

SPR:

Sarampión, Rubeola y Paperas.

ANEXO 7

PRESTACIONES MÉDICAS A TARIFAS PREFERENCIALES

Las siguientes tarifas preferenciales aplican para aquellas prestaciones ocurridas durante el **PERÍODO DE CARENCIA** que señala el programa de salud en el **Anexo 1**.

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

* Descuento sobre precio público vigente, incluye IGV.

** Según Listado de Servicios Clínicos de la **IPRESS** publicado en la página web www.oncosalud.pe. No aplica para descuentos ni paquetes privados definidos por las **IPRESS**.

ANEXO 8

EXCLUSIONES DEL PROGRAMA DE SALUD

- 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, 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 o terapia que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria. Así como, prestaciones y tratamientos profilácticos, psicológicos, psiquiátricos, psicoterapéuticos, curas de reposo, cualquier tipo de tratamiento kinésico, de rehabilitación física o mental, 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 No se cubre medicina tradicional de cualquier tipo ni tratamientos homeopáticos, recetario magistral, iriología, reflexología y en general tratamientos médicos no tradicionales o experimentales, empíricos y también la medicina alternativa. Asimismo, no están cubierta la acupuntura, quiropraxia, cuidados y tratamientos de rehabilitación en gimnasios.
- 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 www.oncosalud.pe, 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 Inmunológico Deficiencia 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 trastornos 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 y otras nuevas tecnologías que no hayan alcanzado el nivel de evidencia IIA en Medicina Basada en Evidencia de la Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ. Así como aquellas que no se comercialicen o no se encuentren disponibles en el territorio nacional. 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**.

- 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.
- 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 Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional sobre alguna enfermedad o condición oncológica, inclusive si hubiese sido diagnosticada en vigencia del programa prepago.
- 43 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**.
- 44 Gastos relacionados al trasplante de órganos, tejidos o células No están cubiertos tampoco los implantes de células madre en cualquier zona anatómica, ni la criopreservación o servicios relacionados. De igual forma, injertos cadavéricos.
- 45 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.
- 46 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**.
- 47 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.
- 48 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.

- 49 Suministro de cualquier tipo de medio de transporte y servicio de ambulancia. Salvo las expresamente señaladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
- 50 Gastos relacionados a acompañantes, mientras el **AFILIADO** se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, cama, alimentación, bazar y/o confort y similares.
- 51 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**.
- 52 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.
- 53 En ningún caso estarán cubiertos los gastos por alquiler de unidades de calefacción, teléfono ni artefactos eléctricos, aire acondicionado, etc.
- 54 Gastos relacionados con uso de equipos y servicios de diálisis y/o cámara hiperbárica.
- 55 Gastos relacionados a sepelio, velatorio y afines.
- 56 Prestaciones económicas de cualquier índole.

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

ANEXO 9

FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

1



PASO 1 AFILIADO REALIZA LA CONSULTA O RECLAMO

A través de los siguientes medios, según corresponda.



Call center

¿Cuál es el número y horario de atención?

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



Correo electrónico
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 DEL PROGRAMA AUNA SALUD

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	75	83	137	151
Desde 18 hasta 25 años	90	99	163	179
Desde 26 hasta 35 años	100	110	182	200
Desde 36 hasta 40 años	112	123	203	223
Desde 41 hasta 45 años	147	162	267	294
Desde 46 hasta 50 años	173	190	314	345
Desde 51 hasta 55 años	225	248	408	449
Desde 56 hasta 60 años	304	334	552	607
A partir de 61 años*	540	594	982	1,080

* Solo aplica para renovación.