

# CONTRATO DE PRESTACIONES PREPAGADAS DE SERVICIOS DE SALUD

## PROGRAMA PROTEGE SALUD

### CONDICIONES GENERALES

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



CLÁUSULA PRIMERA:

## ANTECEDENTES

La **IAFAS** es una persona jurídica constituida y debidamente registrada ante la Superintendencia Nacional de Salud (**SUSALUD**), con arreglo a las disposiciones del TUO de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, y el Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud aprobado por el DS-008-2010-SA y demás disposiciones complementarias, cuyo objeto es 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 servicios de salud con la **IAFAS**, tanto para sí como para las demás personas incluidas en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, que forma parte integrante del presente **CONTRATO**, a quienes en conjunto se denominará como los **AFILIADOS**.

CLÁUSULA SEGUNDA:

## OBJETO

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

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

El programa de salud otorga también, a favor del(los) **AFILIADO(S)**, acceso a descuentos preferenciales sobre las tarifas vigentes al público en las **IPRESS** que integran las **CLÍNICAS AUNA** para sus diversas necesidades médicas no contempladas y/o no cubiertas en el plan contratado.

CLÁUSULA TERCERA:

## CONTENIDO

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

- 1 SOLICITUD DE AFILIACIÓN:** Documento en el que el **CONTRATANTE** propone (i) la relación de **AFILIADOS**, (ii) programa seleccionado; y, (iii) la modalidad de pago.
- 2 CONDICIONES GENERALES:** Conjunto de cláusulas que establecen las condiciones mínimas que rigen la cobertura de las prestaciones de salud.
- 3 CONDICIONES PARTICULARES:** Contiene la descripción pormenorizada del alcance, limitaciones y **EXCLUSIONES** del programa de salud contratado, incluyendo la red de atención, copagos, deducibles, aportes adicionales, obligaciones administrativas de las Partes y otras relevantes que conducen el vínculo entre el **AFILIADO** y la **IAFAS**.

## CLÁUSULA CUARTA: DEFINICIONES

- 1 **ACCIDENTE:** Suceso eventual imprevisto, fortuito u ocasional, producido por acción de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad, pudiendo resultar en daño para la vida o la salud.
- 2 **AFILIADO:** Persona que ha suscrito, o por quien se ha suscrito un **CONTRATO** de Servicios de Salud Prepagados, a través del cual tiene derecho a los beneficios del plan o programa de salud contratado, previa aceptación por la Entidad que presta Servicios de Salud Prepagados (ESSP).
- 3 **AFILIACIÓN INDIVIDUAL:** Modalidad mediante la cual el **AFILIADO** formaliza su relación de aseguramiento en salud con una **IAFAS** a título personal, en virtud de un **CONTRATO** suscrito con esta. En el caso de los dependientes, la **IAFAS** respectiva deberá registrarlos individualmente, señalando expresamente cualquier limitación que le resulte aplicable respecto de la cobertura del titular.
- 4 **APORTE:** Pago periódico, establecido en el **CONTRATO** a que se compromete el **AFILIADO** o **CONTRATANTE** a abonar en forma adelantada a la Entidad que presta Servicios de Salud Prepagados (ESSP) por los beneficios del plan o programa de salud contratado.
- 5 **BENEFICIOS:** Derechos del(los) **AFILIADO(s)**, según las condiciones establecidas en el programa contratado.
- 6 **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL:** Monto del beneficio del programa contratado. Los gastos médicos incurridos por el(los) afiliados durante el periodo de la vigencia anual, reduce automáticamente el monto del beneficio, sin lugar a restitución hasta la celebración de una nueva anualidad del contrato. El monto del Beneficio Máximo anual no es acumulable entre renovaciones y no incluye IGV.
- 7 **CONTRATO:** Documento que contiene las condiciones que suscriben las Entidades que prestan Servicios de Salud Prepagados (ESSP) con el **AFILIADO** o **CONTRATANTE**, para regular los derechos y las obligaciones de las partes, con relación a los beneficios ofrecidos en el plan o programa de salud.
- 8 **CONTRATANTE:** Toda persona natural o jurídica que suscribe un **CONTRATO** de servicios con una Entidad que presta Servicios de Salud Prepagados (ESSP), para su exclusivo beneficio, para beneficio de terceros o ambo.  
  
El **CONTRATANTE**, salvo en los casos en los que en el **CONTRATO** se encuentren obligaciones expresas a cargo de los **AFILIADOS**, es el único responsable frente a la Entidad que presta Servicios de Salud Prepagados (ESSP), por el cumplimiento de las obligaciones contractuales asumidas; en consecuencia, el **CONTRATANTE** podrá convenir con las Entidades que prestan Servicios de Salud Prepagados, modificaciones a las condiciones del contrato sin que se requiera para ello la aprobación del(los) **AFILIADO(s)**.
- 9 **CONTINUIDAD:** Reconocimiento del tiempo de permanencia, en los contratos inmediatamente anteriores a la vigencia del nuevo **CONTRATO** con la misma Entidad que presta Servicios de Salud Prepagados (ESSP), con el mismo plan o programa de salud, con el objeto de dar cobertura a una enfermedad cuyo desarrollo y tratamiento médico se hubiera iniciado durante la vigencia del contrato anterior.
- 10 **COPAGO:** Importe a pagar por el **AFILIADO** por los servicios médicos o beneficios solicitados, el cual puede estar expresado en un porcentaje del valor de la atención y/o en una cantidad fija, establecidos en el plan o programa de salud que forma parte integrante del **CONTRATO** suscrito entre el **AFILIADO** y la Entidad que presta Servicios de Salud Prepagados (ESSP).

- 11 **DEDUCIBLE:** Importe fijo a pagar por el **AFILIADO** por los servicios cubiertos, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican deducibles se especifican en el **PLAN DE BENEFICIOS** de las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**. Una misma atención puede estar afecta al pago de copago y deducible.
- 12 **DÍAS:** Días calendario.
- 13 **EMERGENCIA ACCIDENTAL:** Es aquella producida por un accidente y que requiere atención médica en forma inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud, o que puede dejar secuelas invalidantes.
- 14 **ENFERMEDAD CONGÉNITA:** Son todas aquellas que se producen en la etapa de gestación, es decir presentes desde el nacimiento, listadas en el capítulo XVII del Código Internacional de Enfermedades, 10° edición (CIE-10) “Malformaciones congénitas” que codifica las malformaciones congénitas.
- 15 **ENSAYO CLÍNICO DE FASE III:** Estudio que se realiza a nivel mundial a diferentes pacientes con la finalidad de corroborar si un nuevo tratamiento es seguro y eficaz comparado con el tratamiento estándar o convencional, en condiciones de uso habituales. Sus resultados proporcionan la base para la aprobación del fármaco por las entidades regulatorias de salud.
- 16 **EVENTO HOSPITALARIO:** Un evento hospitalario se considera como un internamiento del afiliado en una **IPRESS**, de por lo menos un día, bajo indicación médica pertinente y hasta el alta médica, al amparo de las estipulaciones contempladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**.
- 17 **EXCLUSIONES:** Son aquellas intervenciones de salud no cubiertas por el programa de salud contratado, las mismas que son detalladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**.
- 18 **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.
- 19 **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.
- 20 **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.
- 21 **PERÍODO DE CARENCIA:** Plazo mínimo de permanencia en el plan o programa de salud para tener derecho a los beneficios establecidos en este. Los **PERÍODO DE CARENCIA** se contabilizan en forma individual por cada **AFILIADO**. Las enfermedades o condiciones de salud que ocurran o le sean diagnosticadas al **AFILIADO** durante este periodo no serán cubiertas durante todo el periodo de vigencia del **CONTRATO** ni en sus renovaciones.
- 22 **PERÍODO DE ESPERA:** Plazo mínimo de permanencia en el plan o programa de salud para tener derecho o no, a la activación de algunos beneficios o coberturas. Los **PERÍODOS DE ESPERA** se contabilizan en forma individual por cada **AFILIADO**. Culminado este período, a diferencia del **PERÍODO DE CARENCIA**, la **IAFAS** otorgará la cobertura a aquellas prestaciones.

- 23 **PLAN DE BENEFICIOS:** Es el documento que detalla los beneficios que otorga la Entidad de Servicios de Salud Prepagados (ESSP).
- 24 **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**.
- 25 **SALUD:** Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
- 26 **TELECONSULTA:** Es la consulta a distancia que se realiza entre un profesional de la salud, en el marco de sus competencias, y una persona usuaria mediante el uso de las tecnologías de información y comunicaciones, con fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según sea el caso, cumpliendo con las restricciones reguladas a la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el Ministerio de Salud.

#### CLÁUSULA QUINTA:

### COBERTURA Y CONDICIONES

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

#### CLÁUSULA SEXTA:

### REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN

Constituye un requisito previo y parte integral del **CONTRATO**, la suscripción de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, por parte del **CONTRATANTE** en la que debe consignar la siguiente información:

- 1 Datos Generales del(los) **AFILIADO**(s).
- 2 Identificación.
- 3 Indicación de la modalidad de pago de las aportaciones por efectuar.

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** del programa de Auna Salud al cual estuvo suscrito previamente, condicionamientos que la **IAFAS** deberá poner en conocimiento del **CONTRATANTE** con la debida oportunidad.

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

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

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

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

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

#### CLAÚSULA SÉPTIMA:

### MODIFICACIONES A LA AFILIACIÓN

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

Del mismo modo, el **AFILIADO** podrá solicitar la migración al programa Auna Salud a la renovación; para lo cual deberá presentar una nueva **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**.

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

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

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

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

#### CLÁUSULA OCTAVA:

### DE LA DESAFILIACIÓN

La **DESAFILIACIÓN** al programa de salud seleccionado se producirá de forma automática cuando se encuentre en alguno de los siguientes supuestos:

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

Del mismo modo, el **AFILIADO** tiene el derecho a solicitar de forma libre y voluntaria su **DESAFILIACIÓN**. Para ello deberá comunicarse a la central telefónica de la **IAFAS** a la siguiente línea telefónica **(01) 513-7900** en el horario de Lunes a Viernes de 8:00am 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 programa de salud elegido y quedará automáticamente renovado por igual plazo bajo los términos y condiciones vigentes a la renovación, salvo que el **CONTRATANTE** manifieste, mediante aviso escrito cursado con treinta (30) días calendario de anticipación, su voluntad de no renovarlo, o de modificar los términos contractuales.

Siempre que el **CONTRATO** quede renovado, el **AFILIADO** no estará sujeto a un nuevo **PERÍODO DE CARENCIA**, así como las atenciones de emergencia por accidente. Además, no se considerarán como enfermedades preexistentes aquellas que se hayan originado durante la vigencia del **CONTRATO**, en tanto que la renovación se realice en los plazos y condiciones establecidas en el presente **CONTRATO**.

#### CLÁUSULA DÉCIMA:

### PERTINENCIA DE LAS PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD

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

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

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



CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA:

## INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA

El inicio de la vigencia del **CONTRATO** será a partir del primer día del mes siguiente de cancelada la primera cuota del programa, previa recepción y suscripción de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** por parte de la **IAFAS**.

El inicio de la cobertura de las prestaciones por parte del programa, se dará una vez transcurrido el o los **PERÍODOS DE CARENCIA** o **ESPERA** que se consignan en el **Anexo 01**, con excepción de las tarifas preferenciales y/o descuentos tarifarios concedidos de manera preferencial sobre las tarifas prestacionales vigentes al público en la **IPRESS** que integra la red de atención del plan de salud, a los cuales podrá acceder a partir del primer día del mes siguiente de haber cancelado su cuota, los mismo que se describen en el **Anexo 02**.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA:

## LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y DIRECTORIO MÉDICO

El otorgamiento de las prestaciones de recuperación de salud del programa, amparadas bajo el presente **CONTRATO**, se realizará exclusivamente a través de las **IPRESS** de las **CLÍNICAS AUNA** detalladas en el **Anexo 05** de las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**; en el que consta la dirección de los establecimientos.

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

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA:

## RESPONSABILIDAD DE LAS IAFAS

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

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA:

## REFERENCIAS

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

En caso que las prestaciones que demande la asistencia al **AFILIADO**, excedan la cobertura del programa



contratado y/o cuando el **AFILIADO** no cuente con cobertura por otros planes o programas de protección, los gastos incurridos no cubiertos correrán por cuenta del **AFILIADO**.

Del mismo modo, se otorga también al **AFILIADO** acceso a descuentos preferenciales en las **IPRESS** que integran las **CLÍNICAS AUNA**, los mismos que se encuentran detallados en el **Anexo 05** del presente **CONTRATO**.

#### CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA:

### APORTES Y FORMAS DE PAGO

Como contraprestación por la contratación de la cobertura de las prestaciones de salud, el **CONTRATANTE** pagará a la **IAFAS** los aportes indicados en las **CONDICIONES PARTICULARES**, detallados en el **Anexo 04**, los mismos que incluyen los tributos de ley y gastos correspondientes.

Los aportes podrán ser abonados según las modalidades que contemple el programa de salud y de acuerdo a la forma de pago que el **CONTRATANTE** haya consignado en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**. Se entenderá como cancelado el aporte a partir de la fecha y hora en que la **IAFAS** cuente con la suma dineraria correspondiente en sus cuentas bancarias.

La falta de pago oportuno de los aportes a la **IAFAS** determina la aplicación de intereses compensatorios, moratorios y/o penalidades por pagos tardíos. Para dichos efectos, la **IAFAS** aplicará, por cada día de atraso hasta la cancelación total del monto adeudado, la tasa promedio de interés establecida por ley o por la autoridad competente, sin necesidad de intimación para la constitución en mora.

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

Cualquier incumplimiento, tanto del **CONTRATANTE** como la entidad financiera o el tercero a través del cual se valga para hacer efectivo el pago de sus aportes, facultará a la **IAFAS** a suspender o resolver el **CONTRATO**, según lo dispuesto en la cláusula siguiente. En cualquier caso, será obligación exclusiva del **CONTRATANTE** la oportuna comunicación a la **IAFAS** de cualquier variación del medio de pago y/o la información relativa al mismo.

#### CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA:

### INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE LOS APORTES

Siempre que el **CONTRATANTE** incumpla con el pago de los aportes por más de treinta (30) días calendario, la **IAFAS** suspenderá automáticamente todos los derechos a las prestaciones convenidas según el programa adquirido. La suspensión se mantendrá vigente hasta que el **CONTRATANTE** cumpla con cancelar el monto total correspondiente a las aportaciones vencidas.

En caso de que el incumplimiento en el pago de los aportes se mantenga durante sesenta (60) días calendario adicionales al período establecido en el párrafo precedente, el **CONTRATANTE**, previo pago del monto total de los aportes vencidos, podrá mantener el programa adquirido, cuya cobertura se reactivará a partir del día siguiente de la fecha efectiva de pago a la **IAFAS**.

Superado el transcurso de los noventa (90) días referidos en el párrafo precedente, el **CONTRATO** se resolverá indefectiblemente y de forma automática, sin que se requiera comunicación alguna de la **IAFAS** al **CONTRATANTE**. Sin perjuicio de ello, el **CONTRATANTE** podrá solicitar nuevamente la afiliación, previa cancelación de los aportes adeudados y los intereses correspondientes a la Cláusula Décimo Quinta.

#### CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA:

### COPAGOS Y DEDUCIBLES

Determinadas prestaciones, materia del presente **CONTRATO**, están sujetas a **COPAGOS** 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 o condiciones de salud que excedan el programa contratado, los gastos de atención no cubiertos correrán por cuenta del(los) **AFILIADO(S)**.

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

#### CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA:

### MODIFICACIÓN DE APORTES Y/O COPAGOS

La estimación de aportaciones a pagar por el **CONTRATANTE** se establece en función a la siniestralidad esperada del programa (costos de los distintos tratamientos), los gastos proyectados de comercialización, operativos y administrativos; y al margen requerido por la **IAFAS**.

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

La **IAFAS** podrá notificar la modificación de los aportes y copagos del **CONTRATO** durante la vigencia del mismo, con una anticipación mínima de treinta (30) días calendario a la fecha de renovación o vencimiento del contrato. Transcurrido este período, las modificaciones entrarán en vigencia en la misma fecha de la renovación del contrato y el **CONTRATANTE** tendrá hasta noventa (90) días calendario contados a partir de la fecha de recepción de la notificación de modificación para manifestar su disconformidad, lo que dará mérito a la no renovación y terminación del **CONTRATO**.

#### CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA:

### RENOVACIÓN DEL VALOR MÁXIMO DE PRESTACIONES OTORGADAS BAJO COBERTURA DEL PROGRAMA POR AFILIADO Y POR CADA ANUALIDAD

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

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

## CLÁUSULA VIGÉSIMA: INFORMACIÓN

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

## CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA: DOMICILIO Y NOTIFICACIONES

Las Partes señalan como domicilio real el que se indica en la introducción del presente **CONTRATO** y en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**.

Asimismo, las Partes establecen que se considerarán válidamente dirigidas para todo efecto legal las comunicaciones y/o notificaciones vinculadas a este **CONTRATO** que se realicen a través de los medios físicos, electrónicos o analógicos (dirección, correo electrónico, celular, teléfono y/o cualquier otro permitido) declarados por las Partes en el **CONTRATO** y/o en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**.

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

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

## CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA: ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

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

- 1 Carta Simple o Notarial dirigido a la **IAFAS**.
- 2 Libro de Reclamaciones ubicado de forma física en las oficinas o establecimientos de la **IAFAS**.
- 3 Libro de Reclamaciones Virtual disponible en la página web institucional de la **IAFAS**.
- 4 Dirección de correo electrónico habilitada para consultas y/o reclamos, [contactos@oncosalud.pe](mailto:contactos@oncosalud.pe).
- 5 Call Center de servicio al cliente de la **IAFAS** el mismo que se encuentra disponible en el número telefónico **(01) 513-7900**.

Para un mayor detalle, el procedimiento de atención de consultas y reclamos de la **IAFAS** se detalla en el **Anexo 7** de las **CONDICIONES PARTICULARES**. En caso de dudas sobre el procedimiento antes señalado, el **AFILIADO** puede contactarse al Call Center de servicio al cliente de la **IAFAS** al número telefónico **(01) 513-7900** y/o al correo electrónico de la **IAFAS** [contactos@oncosalud.pe](mailto:contactos@oncosalud.pe).

Lo antes señalado no restringe ni limita el derecho del **AFILIADO** de recurrir a la instancia administrativa, por tanto de no encontrarse de acuerdo, o disconforme con el resultado del reclamo, o ante la negativa de

atención o irregularidad en su tramitación, puede acudir en denuncia ante la Superintendencia Nacional de Salud (**SUSALUD**); o hacer uso de los mecanismos alternativos de solución de controversias ante el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud (**CECONAR**).

#### CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA:

### TERMINACIÓN DEL CONTRATO

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

- 1 Por vencimiento del plazo de vigencia del **CONTRATO** sin que medie renovación alguna.
- 2 Por mutuo acuerdo de las Partes.
- 3 Por incumplimiento grave y reiterado de las obligaciones de las Partes establecidas en este **CONTRATO**. En este supuesto la Parte que reclame el incumplimiento deberá enviar una comunicación a la otra Parte solicitando que en el plazo no mayor de treinta (30) días subsane el incumplimiento. Vencido el plazo sin que medie cumplimiento, el **CONTRATO** quedará resuelto de forma automática.
- 4 Por fallecimiento del **AFILIADO** o **CONTRATANTE**. Para ello, el **CONTRATANTE** es el responsable de informar a la **IAFAS** del fallecimiento de alguno de los **AFILIADOS** presentando el certificado de defunción. En caso de fallecimiento del **CONTRATANTE**, los herederos legales deberán informar el deceso. La devolución de aportes procederá a partir de la presentación del certificado de defunción.

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 programa contratado para:

- 1 Evaluar el estado de afiliación en base a la información proporcionada.
- 2 Aprobar la cobertura de los beneficios del programa.
- 3 Gestionar el cobro de deudas, de ser el caso.
- 4 Realizar la gestión administrativa, prestacional de salud y acreditación de los **AFILIADOS** para su prestación médica.
- 5 Remitir información relativa de los beneficios a los **AFILIADOS** al programa contratado.
- 6 Cumplir con requerimientos de información de autoridades administrativas o judiciales competentes, relacionados a su afiliación.
- 7 Enviar información referente a la concientización de vida saludable y cuidado de la salud.

Los datos personales proporcionados serán transferidos a nivel nacional a empresas del grupo **AUNA** y/o socios comerciales y/o empresas vinculadas, los cuales están descritos en la página web [www.oncosalud.pe/grupo-economico-y-socios-comerciales](http://www.oncosalud.pe/grupo-economico-y-socios-comerciales) con la finalidad de cumplir con los fines mencionados y relacionados a los servicios brindados; y a nivel internacional, a Amazon Web Services y Google Inc, con el fin de almacenar los datos en la nube, cuyos servidores se encuentran en Estados Unidos.

Los datos personales serán incorporados y almacenados en los bancos de datos denominados “Clientes” de titularidad de la **IAFAS**, mientras no se solicite su cancelación por el titular del dato, en cumplimiento con la Ley y normativa aplicable al sector salud.

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

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

- 1 Oficinas de la **IAFAS** ubicadas en Av. Guardia Civil 571 - San Borja.
- 2 Dirección de correo electrónico [derechosarco@auna.pe](mailto:derechosarco@auna.pe).
- 3 Página web institucional [www.oncosalud.pe/solicitudes-arco](http://www.oncosalud.pe/solicitudes-arco).

#### CLÁUSULA VIGÉSIMO QUINTA:

### DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

El **CONTRATANTE** tiene el derecho de arrepentimiento para resolver el **CONTRATO**, sin expresión de causa ni penalidad alguna. Este derecho se podrá ejercer dentro de los treinta (30) días calendario siguiente a la fecha de pago de la primera cuota, debiendo la **IAFAS** devolver el monto del aporte que haya recibido. El **CONTRATANTE** para tal efecto deberá comunicarse con la **IAFAS**, por cualquier medio de comunicación o utilizando el mismo medio, forma y lugar que se usó para la contratación.

Pasado el plazo descrito en el párrafo anterior, el **CONTRATANTE** perderá el derecho de arrepentimiento, manteniéndose las obligaciones contractuales hasta finalizar el período amparado por la última cuota pagada por parte del **CONTRATANTE**.

#### CLÁUSULA VIGÉSIMO SEXTA:

### SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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

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

#### CLÁUSULA VIGÉSIMO SÉPTIMA:

### MODIFICACIONES CONTRACTUALES

El presente **CONTRATO** podrá ser modificado por la **IAFAS**, por razones técnicas, circunstancias del mercado u otras razones similares o relacionadas, mediante aviso previo remitido al **AFILIADO** con treinta (30) días calendario de anticipación, a través de medios físicos, electrónicos o analógicos (dirección, correo electrónico, celular, teléfono y/o cualquier otro permitido). Las modificaciones señaladas por la **IAFAS** regirán a partir de la renovación del **CONTRATO**.

El **CONTRATANTE** 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 **CONTRATANTE** ha aceptado satisfactoriamente las modificaciones contractuales informadas.

# CONTRATO DE PRESTACIONES PREPAGADAS DE SERVICIOS DE SALUD

## PROGRAMA PROTEGE SALUD

### CONDICIONES PARTICULARES

A través del presente documento se describe a nivel de detalle las condiciones asegurables, prestaciones y servicios, correspondientes al programa de salud los cuales se complementan con los **Anexos 01, 02, 03, 04, 05, 06 y 07** que son parte integrante del presente **CONTRATO**.

Los **AFILIADOS** tienen derecho a:





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



## 1. Atención por Emergencia Accidental

La atención de 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.

Las atenciones deberán realizarse dentro las 24 horas de producido el evento accidental, asimismo esta atención no le será aplicable **PERÍODO DE CARENCIA Y/O ESPERA**.

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 de 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.

### El programa otorga las siguientes prestaciones:

- a Honorarios médicos y asistenciales.
- b Medicamentos según tratamiento farmacológico de **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA** vigente, materiales e insumos incluyendo: catéteres, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos, vendas de yeso y yeso acrílico.
- c Exámenes de laboratorio y/o 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, ecografía, tomografía computarizada y otros relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones cubiertas por el plan.

**!** *La cobertura no incluye prótesis externas, férulas ortopédicas, cabestrillos, sillas de ruedas, muletas y similares.*

*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.*



## 2. Atención por Emergencia No Accidental o Médica

La emergencia no accidental o emergencia médica es aquella que no es consecuencia de un accidente y requiere atención y procedimientos médicos inmediatos.

Los gastos de emergencias no accidentales o médicas se encuentran sujetos 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. En caso de 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.

### El programa otorga las siguientes prestaciones:

- a Honorarios médicos y asistenciales.
- b Medicamentos según tratamiento farmacológico de **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA** vigente, materiales e insumos incluyendo: catéteres, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos, vendas de yeso y yeso acrílico.
- c Exámenes de laboratorio y/o anatomía patológica relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones cubiertas por el plan de salud.
- d Estudios de imágenes, tales como rayos X, ecografía, tomografía computarizada y otros relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones cubiertas por el plan.

**!** *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.*



### 3. Atención Ambulatoria (Consulta y/o Teleconsulta).

La consulta médica es aquella atención ambulatoria que se realiza presencialmente en la red de atención del programa y que no requiera hospitalización.

La teleconsulta es aquella atención ambulatoria que se realiza a distancia a través del uso de las tecnologías de comunicación remota (App de Auna) y permiten la interacción del staff de especialidades disponible actualmente y el paciente, para la atención y manejo de sus dolencias.

El programa brindará la cobertura de este beneficio hasta agotar el número máximo de prestaciones y bajo las condiciones establecidas en el **PLAN DE BENEFICIOS** del presente contrato.

#### El programa otorga cobertura sobre las siguientes prestaciones:

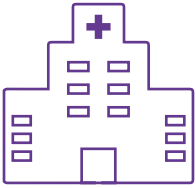
- a) Honorarios médicos por consulta médica o teleconsulta.
- b) Uso y soporte permanente de la App AUNA.
- c) Medicamentos según **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA** vigente.
- d) Exámenes de laboratorio y/o anatomía patológica.
- e) Estudios de imágenes, tales como rayos X, ecografía, tomografía computarizada y otros.

El otorgamiento de medicamentos o la toma de muestra de exámenes de laboratorio indicados en la Consulta Médica ambulatoria será exclusivamente en la misma **IPRESS** de Clínicas Auna donde se realizó la atención. Para el caso de las prescripciones de medicamento o exámenes de laboratorio realizadas a través de Teleconsulta, se realizará a través del servicio de Delivery siempre que el domicilio del afiliado se encuentre dentro de las zonas de cobertura señaladas en el **Anexo 06**, caso contrario el afiliado podrá recoger sus medicamentos o realizar la toma de muestras para laboratorio en las **IPRESS** de las Clínicas Auna, disponibles para el programa.

Los exámenes auxiliares de imágenes serán atendidos exclusivamente en las **IPRESS** de las Clínicas Auna, disponibles para el programa.

Las prestaciones de seguimiento y/o control ambulatorias posteriores a una emergencia accidental y/o médica, serán bajo las condiciones de Atención de Ambulatoria establecidas en el **PLAN DE BENEFICIOS** del presente contrato.

Las prestaciones de Cirugía Ambulatoria serán cubiertas bajo las mismas condiciones de Atención Hospitalaria, establecidas en el **PLAN DE BENEFICIOS** del presente contrato.



## 4. Atención Hospitalaria (médica o quirúrgica)

La atención hospitalaria es el internamiento del **AFILIADO** bajo indicación médica pertinente, debiendo permanecer por lo menos un (1) día en una de las **IPRESS** de las Clínicas Auna que conforman la red de atención, contabilizando los días de internamiento en días calendario.

El programa brindará la cobertura exclusivamente de gastos médicos hospitalarios (por tratamiento médico o quirúrgico), hasta agotar el beneficio máximo anual específico, según las condiciones establecidas en el **PLAN DE BENEFICIOS** del presente contrato.

El beneficio máximo anual podrá ser utilizado por el afiliado en más de una hospitalización, hasta agotarlo.

### El programa otorga cobertura sobre las siguientes prestaciones:

- a) Honorarios médicos y asistenciales.
- b) Hotelería: Habitación estándar.
- c) Medicamentos según tratamiento farmacológico de **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA** vigente, materiales e insumos incluyendo: catéteres, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos, vendas de yeso y yeso acrílico.
- d) Exámenes de laboratorio y/o anatomía patológica relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones cubiertas por el plan de salud
- 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.

La cobertura no incluye prótesis externas, férulas ortopédicas, cabestrillos y similares, ningún tipo de prótesis dentales, oculares, obturadores, implantes cocleares, ni aquellas con fines estéticos.

El beneficio no aplicará para estancias hospitalarias posteriores al alta médica, indistintamente de cuando se produzca el alta efectiva y su causa. Es decir, si el afiliado decide mantenerse internado aun habiendo sido dado de alta médica, los gastos incurridos serán a cargo del afiliado.



## 5. Preexistencias

---

La cobertura cuenta con un **PERÍODO DE ESPERA** de doce (12) meses, por lo que todo gasto efectuado dentro de este período, no será cubierto por el plan de salud.

Para esto, el **AFILIADO** deberá evidenciar afiliación previa al programa Auna Salud y con al menos noventa (90) días de vigencia. Asimismo, la preexistencia se encontrará cubierta por el nuevo programa complementario, teniendo que transcurrir el tiempo restante para cumplir con el **PERÍODO DE ESPERA**, siempre y cuando esta se haya encontrado cubierta durante la vigencia del programa complementario anterior y a su vez cuente con cobertura dentro del presente programa.

# PLAN DE BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE SALUD

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

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN	
CONDICIONES	PROTEGE SALUD
Límite Máximo de Beneficio Anual	S/ 50,000
Edad límite de ingreso	Hasta 60 años
Edad límite de permanencia	No aplica
Renovación	Anual, Automática
Requisito Previo	Contar con afiliación vigente al Programa Auna Salud
Declaración Jurada de Salud	No aplica <sup>1</sup>

(1): Se considerará lo declarado al momento de su afiliación vigente al programa Auna Salud.

PLAN DE BENEFICIOS				
Atención por Emergencia Accidental	Clínicas Auna Sede Guardia Civil	Clínicas Auna Sede Bellavista	Clínicas Auna Sede Vallesur y Clínicas Auna Sede Miraflores	Centros Médicos Auna Sede Servimédicos
Deducible	Sin Deducible			No aplica
Cobertura	100%			
Copago (A cargo del Afiliado)	0%			
Prestaciones Cubiertas	Emergencias que inician atención en clínica dentro de las primeras 24 horas de ocurrido el accidente, hasta la estabilización del paciente.			

Atención por Emergencia No Accidental o Médica	Clínicas Auna Sede Guardia Civil	Clínicas Auna Sede Bellavista	Clínicas Auna Sede Vallesur y Clínicas Auna Sede Miraflores	Centro Médico Auna Sede Servimédicos
Deducible	S/ 50	S/ 40	S/ 50	No aplica
Cobertura	80%			
Copago (A cargo del Afiliado)	20%			
Prestaciones Cubiertas	Procedimientos en emergencia (honorarios médicos, sala de procedimientos y enfermería), exámenes de diagnóstico médicos, de laboratorio e imágenes, farmacia e lsumos.			

PLAN DE BENEFICIOS				
Atención Ambulatoria (Consulta o Teleconsulta)	Clínicas Auna Sede Guardia Civil	Clínicas Auna Sede Bellavista	Clínicas Auna Sede Vallesur y Clínicas Auna Sede Miraflores	Centro Médico Auna Sede Servimédicos
Deducible por Atención (Máx. 8 consultas al año)	S/ 50	S/ 40	S/ 50	S/ 40
Cobertura	80%			
Copago (A cargo del afiliado)	20%			
Prestaciones Cubiertas	El deducible aplica por cada atención, sea consulta o teleconsulta, beneficio hasta agotar el número máximo (08) de prestaciones durante la vigencia anual. Medicamentos y exámenes auxiliares de laboratorio o imágenes.			

Atención Hospitalaria	Clínicas Auna Sede Guardia Civil	Clínicas Auna Sede Bellavista	Clínicas Auna Sede Vallesur y Clínicas Auna Sede Miraflores	Centro Médico Auna Sede Servimédicos
Deducible por Hospitalización	S/ 400	S/ 210	S/ 270	
Cobertura (Máx. S/ 40,000 al año)	80%			
Copago (A cargo del afiliado)	20%			
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.			No aplica

Prexistencias	Clínicas Auna Sede Guardia Civil	Clínicas Auna Sede Bellavista	Clínicas Auna Sede Vallesur y Clínicas Auna Sede Miraflores	Centro Médico Auna Sede Servimédicos
Deducible por consulta	S/ 50	S/ 40	S/ 50	S/ 40
Deducible por hospitalización	S/ 400	S/ 210	S/ 270	No aplica
Cobertura (Máx. S/15,000 al año)	50%			
Copago (A cargo del afiliado)	50%			
Prestaciones Cubiertas	Se cubrirán los gastos médicos (atenciones ambulatorias y/o hospitalarias) bajo las condiciones del programa.			

El alcance de las prestaciones bajo cobertura está sujeto a la capacidad resolutive y disponibilidad de servicio de las **IPRESS** de Clínicas Auna para el programa.

Las coberturas de estos beneficios aplican en forma exclusiva en la red designada de Clínicas Auna detallada en el **Anexo 05**. Así mismo, cualquier gasto de traslado y o transporte, correrá por cuenta del afiliado.

Prestaciones sujetas a exclusiones, gastos no cubiertos y limitaciones detallados en el **Anexo 03**.

Contrato vigente a partir del 30 de Abril de 2021

Código OS.SP.P.02.41

Revisión: 00



# ÍNDICE DE ANEXOS

<b>ANEXO 01:</b> Períodos de Carencia y/o Espera .....	<b>Pág. 24</b>
<b>ANEXO 02:</b> Tarifas y descuentos preferenciales .....	<b>Pág. 25</b>
<b>ANEXO 03:</b> Exclusiones, gastos no cubiertos y limitaciones .....	<b>Pág. 26</b>
<b>ANEXO 04:</b> Aportes .....	<b>Pág. 30</b>
<b>ANEXO 05:</b> Red de atención .....	<b>Pág. 31</b>
<b>ANEXO 06:</b> Procedimiento de atención de teleconsultas y farmacia.....	<b>Pág. 32</b>
<b>ANEXO 07:</b> Flujograma de procedimiento de atención de consultas y reclamos.....	<b>Pág. 34</b>

ANEXO 01

## PERÍODOS DE CARENCIA Y/O ESPERA

Las siguientes prestaciones sólo serán cubiertas, luego de transcurrido el **PERÍODO DE CARENCIA O ESPERA** señalado a continuación.

Sólo están exceptuadas de **PERÍODO DE CARENCIA Y PERÍODO DE ESPERA** las emergencias accidentales.

TIPO DE PRESTACIÓN	CARENCIA	ESPERA
Emergencia Accidental	No aplica	No aplica
Emergencia Médica	No aplica	No aplica
Atención Ambulatoria	90 días	No aplica
Hospitalización	No aplica	12 meses
Preexistencias	No aplica	12 meses

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

El **AFILIADO** que cuente con una antigüedad mínima de 3 meses en el programa Auna Salud y este al día en sus pagos (es decir no tener deudas pendientes, ni condición de morosidad), contará con **CONTINUIDAD** de su afiliación, es decir, se reconocerá como fecha de inicio de vigencia, la de su programa Auna Salud.

En aquellos casos donde el afiliado no cumpla con las condiciones señaladas en el párrafo previo, deberá superar los periodos de carencia y espera estipulados para cada tipo de Prestación.

ANEXO 02

## TARIFAS PREFERENCIALES Y/O DESCUENTOS

Para la atención de las indicaciones del Staff Médico de las Clínicas Auna que no se encuentren bajo cobertura del programa, se otorga a los afiliados las siguientes Tarifas Preferenciales y/o descuentos sobre el tarifario particular al público de las clínicas que formen parte de la red disponible para este programa.

CONCEPTO	TARIFAS Y DESCUENTOS			
	Clínicas Auna Sede Guardia Civil	Clínicas Auna Sede Bellavista	Clínicas Auna Sede Vallesur y Clínicas Auna Sede Miraflores	Centro Médico Auna Sede Servimédicos
Consulta externa*	S/ 50	S/ 40	S/ 50	S/ 40
Teleconsulta*	S/ 50	S/ 40	S/ 50	S/ 40
Consulta de emergencia*	S/ 50	S/ 40	S/ 50	S/ 40
Servicios Clínicos**	Hasta 20%			
Radiología	Hasta 15%			
Ecografía	Hasta 15%			
Otras imágenes	Hasta 15%			
Laboratorio clínico y patológico	Hasta 15%			
Medicamentos	Hasta 10%			



**Nota:**

El descuento aplica sobre precio público vigente, iGV

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

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

(\*) No aplica interconsultas de emergencias u hospitalario.

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

ANEXO 03

## EXCLUSIONES, GASTOS NO CUBIERTOS Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

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

- 1 Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional atendido fuera de la Red de Atención de este programa y su Staff Médico. 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 requerimiento de cobertura sobre prestaciones relacionadas a condiciones de salud o enfermedades preexistentes a la suscripción del presente contrato. Así como enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos y sus gastos derivados, definidas en el capítulo XVII del CIE 10 “Malformaciones Congénitas” que codifica las malformaciones congénitas. Publicado en la página web de la Organización Mundial de Salud [www.who.int/classifications/icd/en](http://www.who.int/classifications/icd/en). Excepto todas aquellas que se encuentren admitidas por la condición de continuidad en el beneficio de preexistencia del programa de salud.
- 3 Cualquier requerimiento de cobertura sobre prestaciones con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades tumorales y oncológicas y sus gastos derivados, definidas en el capítulo II del CIE 10 “Tumores [neoplasias]” que codifica estas patologías. Publicado en la página web de la Organización Mundial de Salud [www.who.int/classifications/icd/en](http://www.who.int/classifications/icd/en).
- 4 Toda prestación médica o sanitaria derivada de lesiones auto infligidas, intento de suicidio o autoeliminación, inclusive aquellas de naturaleza accidental resultantes del uso o adicción a las drogas, estupefacientes, por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares. Así como las lesiones que se produzcan en situación de embriaguez o bajo influencia de drogas registrados en la historia clínica y/o con el dosaje respectivo (caso del alcohol: nivel sérico > 0.5 g/dl). En caso el paciente se niegue a realizarse el examen de alcoholemia o toxicológico requerido, asume la integralidad del gasto prestacional generado automáticamente.
- 5 Todo procedimiento o terapia que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria. Así como prestaciones y tratamientos profilácticos, psicológicos, psiquiátricos, psicoterapéuticos, curas de reposo, cualquier tipo de tratamiento de medicina física, rehabilitación física, kinésico o mental, prestaciones odontológicas. De la misma manera, las prestaciones por o para, neurotización, ginecomastia, mastopexia, simetrización. Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional que involucre utilización de láser o fototerapia de cualquier tipo.
- 6 Equipos médicos durables tales como: termómetro, tensiómetro, equipos de oxigenoterapia, glucómetro (equipo y tiras), respiradores, pulsioxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP o similares, audífonos e implantes cocleares, prótesis ortopédicas externas. Así mismo, sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés, audífonos, aparatos y equipos ortopédicos, ortésicos, prótesis externas, equipos mecánicos o electrónicos, medias para varices.
- 7 Alquiler de equipos o servicios no disponibles en la **IPRESS**, independientemente del diagnóstico y/o pertinencia médica.
- 8 Gastos relacionados a medicina alternativa y/o complementaria de cualquier tipo, así como tratamientos homeopáticos, recetario magistral, iriología, reflexología y en general tratamientos médicos tradicionales, herbáreos, experimentales y empíricos. Asimismo, no están cubierta la acupuntura, quiropraxia, cuidados y tratamientos de rehabilitación en gimnasios.

- 9 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.
- 10 Cualquier gasto relacionado a criopreservación, almacenamiento, conservación, mantenimiento, preparación y/o acondicionamiento, así como el traslado y/o transporte, de células, tejidos u órganos.
- 11 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.
- 12 Todo tipo de prestaciones diagnósticas o terapéuticas, equipos, insumos, suministros o fármacos y otras nuevas tecnologías que no hayan sido aprobados por la FDA (Food and Drug Administration) para el diagnóstico solicitado, los cuales deben contar además con beneficio clínico y de significancia estadística demostrados a través de la evaluación sustentada en Medicina Basada en la Evidencia. Se consideran para beneficio de cobertura únicamente los niveles de evidencia 1++, 1+ ò 2++ y por ende los grados de recomendación A o B según los parámetros del SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network). Para más información puede consultar a: [www.sign.ac.uk](http://www.sign.ac.uk). Así como aquellos que no hayan concluido exitosamente el ENSAYO CLÍNICO DE FASE III o que no se encuentren debidamente aprobados por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), de la Food and Drug Administration (FDA) y de la European Medicines Agency (EMA) o que no se recomienden en las GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA de la RED AUNA. De igual manera, aquellos que no se comercialicen o no se encuentren disponibles en el territorio nacional.
- 13 Fármacos como ansiolíticos, antipsicóticos, antidepresivos, vacunas, vitaminas, minerales, suplementos alimenticios, suplementos nutricionales, productos naturales (hierbas y sus derivados, levaduras, probióticos, uso medicinal de cannabis), homeopáticos, alternativos o productos no medicinales, estimulantes del apetito, anabólicos, antioxidantes, productos geriátricos y reconstituyentes, neurotónicos y nootrópicos, productos dermatológicos (protectores solares, cremas hidratantes, lociones dérmicas, etc.) así como cualquier otro producto o medicamento no relacionado a las prestaciones de salud objeto de la cobertura del programa.
- 14 Modificadores de la respuesta biológica y similares de cualquier tipo, sean de naturaleza biológica, semisintética o sintética; tales como interferones, interleukinas, factor estimulante de colonias y anticuerpos monoclonales. Así como inhibidores de tirosinkinasa, antiangiogénicos, inhibidores del proteosoma u otros similares.
- 15 Alimentos o sustitutos alimenticios, aunque sea con fines terapéuticos.
- 16 Suministro de cualquier tipo de medio de transporte y servicio de ambulancia.
- 17 Pruebas de laboratorio exámenes o estudios moleculares con fines de estudio genético y/o de mutaciones o similares de cualquier tipo, incluyendo biopsias líquidas y/o perfiles o secuenciamientos moleculares y/o genéticos. Asimismo, cualquier tipo de prestación relacionada a este tipo de estudios incluyendo las consultas u orientaciones genéticas.
- 18 Estudios de diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y procedimientos relacionados con problemas de disfunciones sexuales, esterilidad, fertilidad, infertilidad, esterilización y planificación familiar.
- 19 Prestaciones relacionadas con la Infección por virus de inmunodeficiencia humana - VIH, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y el Síndrome complejo relativo al SIDA (SCRS), sus consecuencias y complicaciones.

- 20 Todo tipo de servicios de bazar y confort personal durante la hospitalización, como radios, televisores, teléfonos, consumos de frío bar, artículos personales o de higiene, pañales, medias antiembólicas, toallas higiénicas, máquinas de afeitar, guantes descartables no estériles, mantas térmicas de cualquier tipo, papel higiénico, batas, ropa de cama, hisopos, colchón antiescaras.
- 21 Cualquier prestación o gastos relacionados a segunda opinión nacional o internacional, inclusive si fuera realizada en la Red de Atención del Programa.
- 22 Cualquier prestación y/o procedimiento que no se realice en la infraestructura de las **IPRESS** designada por la **IAFAS**. Inclusive aquello no disponible y/o no comercializado a nivel nacional.
- 23 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.
- 24 Suministro de nutrición parenteral y nutrición enteral (procedimiento, insumos y fórmula) y/o referidos a consultas nutricionales.
- 25 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.
- 26 Leches maternizadas y sucedáneos de la leche.
- 27 Prestaciones relacionadas a embarazo, aborto, parto natural o cesárea, así como sus complicaciones y/o consecuencias. Definidos en el capítulo XV del CIE 10 “Embarazo parto y puerperio” que codifica las Afecciones relacionadas o agravadas por el embarazo, el parto o el puerperio (causas maternas o causas obstétricas), inclusive aborto de cualquier tipo. Igualmente, prestaciones relacionadas a atención del recién nacido o controles de niño sano.
- 28 Tratamiento, procedimientos y operaciones derivadas de pie plano, varo, valgo, Hallux Valgus y callos.
- 29 Trastornos del desarrollo psicomotor y del lenguaje de etiología congénita y/o adquirida.
- 30 Gastos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades psiquiátricas y psicológicas definidas en el capítulo V del CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento” de la OMS a excepción de los diagnósticos F00 al F10, F20, F32 y F41.
- 31 Insuficiencia o sustitución hormonal en casos de trastorno de crecimiento.
- 32 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.
- 33 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. Así mismo, cualquier tipo de prótesis, obturadores palatinos o implantes dentales.
- 34 No se cubren tratamientos odontológicos, inclusive de periodoncia y ortodoncia, así como pernos, coronas, carillas, y afines, así como las consecuencias y/o complicaciones. 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.

- 35 Gastos relacionados a circuncisión o postectomía.
- 36 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.
- 37 Cualquier requerimiento o prestación médica cuyo propósito sea el chequeo médico, despistaje y/o diagnóstico, oncológico o no oncológico.
- 38 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.
- 39 Nimodipino se cubre sólo en casos de hemorragia subaracnoidea.
- 40 Vacunas, 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.
- 41 Ecografías 3D y 4D.
- 42 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.
- 43 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.
- 44 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.
- 45 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.
- 46 Todo tratamiento médico o quirúrgico de melasma, alopecia u otros trastornos dermatológicos estéticos, así como el retiro de tatuajes, piercing o similares.
- 47 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.
- 48 Prestaciones económicas de cualquier índole. Inclusive gastos relacionados a sepelio, velatorio y afines. Así como cualquier cobertura relacionada a prestaciones no contempladas en las **CONDICIONES PARTICULARES y PLAN DE BENEFICIOS**.

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 04  
**APORTES**

RANGO ETARIO	MENSUAL	ANUAL
0-17	S/35	S/396
18-25	S/41	S/472
26-35	S/46	S/527
36-40	S/52	S/587
41-45	S/69	S/779
46-50	S/81	S/915
51-55	S/105	S/1,187
56-60	S/142	S/1,619
A partir de 61 años*	S/251	S/2,864

\*Solo aplica para renovación.  
 Precios incluyen IGV.

ANEXO 05  
RED DE ATENCIÓN

# Red Auna



\* RS: Número de registro Susalud

ANEXO 06

## PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE TELECONSULTAS Y DE FARMACIA

- 1 Descarga la APP Auna en App Store (IOS) o Google Play (Android).
- 2 Regístrate y agenda tu cita a través del portal o APP Auna.
- 3 Se te enviará el link de pago por correo o por whatsapp
- 4 Ubica el correo de confirmación de tu cita en la bandeja de entrada del correo proporcionado al momento de registrarte.
- 5 El día de tu consulta conéctate a través del App Auna o link de Zoom.
- 6 Durante la consulta tu médico tendrá acceso a tu historia clínica digital.
- 7 Recibirás una llamada para coordinar la entrega de tu receta médica (A domicilio o recojo en clínica) o toma de muestra (A domicilio presencial en clínica.)



**!** *Los medicamentos y toma de muestras provenientes de una consulta ambulatoria presencial están excluidos de entrega por delivery.*

*Para el caso de la entrega de medicamentos y realización de exámenes de toma de muestra provenientes de las teleconsultas, se tendrá en cuenta las zonas con cobertura indicadas en el presente anexo.*

*En caso el afiliado resida por fuera de las zonas de cobertura, deberá recoger sus medicamentos en la farmacia de la Clínica Auna donde recibió la atención.*

*Los exámenes auxiliares de laboratorio e imágenes serán coordinados vía telefónica.*

*Los exámenes de imágenes serán atendidos exclusivamente en las Clínicas Auna que forman parte del presente programa. Excluyendo la realización de los mismos a domicilio.*

El servicio de delivery de Farmacia y muestreo de laboratorio se encontrará sujeto al área de cobertura en la ciudad de Lima Metropolitana, de acuerdo a los distritos:

- |                       |                            |
|-----------------------|----------------------------|
| 1 Ancón Distritos     | 24 Pachacamar              |
| 2 Ancón               | 25 Pucusana                |
| 3 Ate                 | 26 Pueblo Libre            |
| 4 Barranco            | 27 Puente Piedra           |
| 5 Breña               | 28 Punta Hermosa           |
| 6 Carabaylo           | 29 Punta Negra             |
| 7 Callao              | 30 Rímac                   |
| 8 Chaclayo            | 31 San Bartolo             |
| 9 Chorrillos          | 32 San Borja               |
| 10 Cieneguilla        | 33 San Isidro              |
| 11 Comas              | 34 San Juan De Lurigancho  |
| 12 El Agustino        | 35 San Juan De Miraflores  |
| 13 Independencia      | 36 San Luis                |
| 14 Jesús María        | 37 San Martín De Porres    |
| 15 La Molina          | 38 San Miguel              |
| 16 La Victoria        | 39 Santa Anita             |
| 17 Lima               | 40 Santa María Del Mar     |
| 18 Lince              | 41 Santa Rosa              |
| 19 Los Olivos         | 42 Santiago De Surco       |
| 20 Lurigancho-Chosica | 43 Surquillo               |
| 21 Lurín              | 44 Villa El Salvador       |
| 22 Magdalena Del Mar  | 45 Villa María Del Triunfo |
| 23 Miraflores         | 46 Ventanilla              |

Asimismo, aquellas zonas consideradas zonas rojas (altamente peligrosas) dentro de los distritos antes mencionados solo podrán ser atendidas por el servicio de Delivery de Farmacia hasta las 2:00 p.m.

## FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

La tramitación del reclamo es gratuita. Le asiste el derecho de acudir a **SUSALUD** a presentar su queja. Igualmente puede acudir en cualquier momento al Centro de Conciliación y Arbitraje de **SUSALUD**.

1



### PASO 1

#### AFILIADO REALIZA LA CONSULTA O RECLAMO

A través de los siguientes medios, según corresponda.



##### Call center

¿Cuál es el número y horario de atención?

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



##### Correo electrónico

contactos@oncosalud.pe



##### Carta

¿Dónde pedir y dónde dejar la carta?

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



##### Libro de reclamaciones

¿Cómo acceder al libro de reclamaciones electrónico y físico?

- Físico: En nuestras Sedes Comerciales y Prestacionales.
- Virtual: [www.oncosalud.pe](http://www.oncosalud.pe)

2



### PASO 2

#### SERVICIO AL CLIENTE RECIBE LA CONSULTA O RECLAMO.

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

3



### PASO 3

#### SERVICIO AL CLIENTE REALIZA EL ANÁLISIS CORRESPONDIENTE.

4



### PASO 4

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

5



### PASO 5

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



**DECRETO SUPREMO N° 002-2019 SA:** Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Aseguramiento en Salud - **IAFAS**, instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - **IPRESS** y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - **UGIPRESS**, públicas, privadas o mixtas, y sus modificaciones o norma que los sustituya.

- Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
- Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor.