

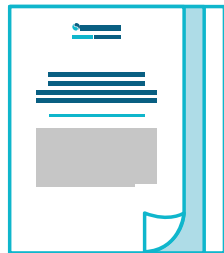
## RESUMEN

El condicionado de ONCOSALUD consta de tres secciones: **Condiciones generales, condiciones particulares y anexos.**



### ① CONDICIONES GENERALES

La primera sección contiene las veintisiete cláusulas del contrato. Entre estas cláusulas se encuentra el objeto, contenido del contrato, algunas definiciones de guía para el afiliado, los requisitos de suscripción, modificaciones a la afiliación, vigencia del contrato, inicio de otorgamiento de cobertura, consentimiento de tratamiento de datos personales y modificaciones contractuales.



### ② CONDICIONES PARTICULARES

#### ① Relación de prestaciones cubiertas por el programa oncológico

En esta sección, se listan las prestaciones hospitalarias, ambulatorias y domiciliarias. Las dos primeras prestaciones incluyen honorarios médicos, servicios de apoyo al tratamiento, medicamentos oncológicos y no oncológicos y, procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos. Las prestaciones domiciliarias se dividen en dos categorías: Cuidados paliativos y terapias de dolor así como seguimiento y control en domicilio.

#### ② Descripción y alcance de las prestaciones cubiertas por el programa

En esta sección, se definen las prestaciones generales y complementarias del programa oncológico, como también el alcance de cada una de ellas.



### ③ ANEXOS

- ① **ANEXO 1:** Plan de beneficios
- ② **ANEXO 2:** Aportes y formas de pago
- ③ **ANEXO 3:** Exclusiones, gastos no cubiertos y limitaciones a las coberturas contratadas
- ④ **ANEXO 4:** Activación del beneficio oncológico
- ⑤ **ANEXO 5:** Red de atención
- ⑥ **ANEXO 6:** Flujograma de procedimiento de atención de consultas y reclamos

# CONTRATO DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD PREPAGADOS PROGRAMA ONCOLÓGICO CONDICIONES GENERALES

Conste por el presente documento, las **CONDICIONES GENERALES** del **CONTRATO** de Prestaciones de Salud Prepagado, 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°4575, Piso 6, Distrito de Surquillo, 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 INSCRIPCIÓN**, 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 prepagadas 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**

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

CLÁUSULA SEGUNDA  
**OBJETO**

- 1 En virtud del presente “Contrato de Prestaciones de Servicios Salud Prepagadas de Programa Oncológico” (en adelante, el **CONTRATO**), la **IAFAS** otorga a los **AFILIADOS** cobertura de prestaciones de salud prepagadas exclusivamente oncológicas 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**.
- 2 Tanto la cobertura de servicios de salud oncológicos 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**.

CLÁUSULA TERCERA  
**CONTENIDO**

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



1

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**



2

**DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**



3

**CONDICIONES GENERALES**



4

**CONDICIONES PARTICULARES**

- 1 SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN:** Documento en el que el **CONTRATANTE** propone (i) la relación de **AFILIADOS**, (ii) programa oncológico 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 INSCRIPCIÓN**.
- 3 CONDICIONES GENERALES:** Establecen las condiciones mínimas que rigen la cobertura de las prestaciones de salud prepagadas exclusivamente oncológicas.
- 4 CONDICIONES PARTICULARES:** Contiene la descripción pormenorizada del alcance, limitaciones y exclusiones del programa 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**

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

- 1 AFILIADO:** Persona que ha suscrito, o por quien se ha suscrito, un **CONTRATO** de servicios de salud prepagados a través del cual tiene derecho a las coberturas del programa contratado, previa aceptación por la **IAFAS**.
- 2 AFILIACIÓN INDIVIDUAL:** Modalidad mediante la cual el **AFILIADO** formaliza su relación, en el caso específico, a un programa oncológico 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 programa oncológico adquirido.
- 5 BENEFICIOS:** Derechos del (los) **AFILIADO(s)** según las condiciones establecidas en el programa oncológico adquirido.
- 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 programa. 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 salud prepagada 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 **CONDICIÓN DE FUMADOR:** Persona que tiene o ha tenido el hábito de fumar cualquier producto del tabaco, independientemente de si lo hace o ha hecho en forma social, esporádica, ocasional, frecuente o diariamente; regular o intermitentemente. Inclusive aún si ha dejado de fumar al momento de suscribir la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**.
- 9 **CONDICIÓN DE NO FUMADOR:** Persona que no cumpla con la **CONDICIÓN DE FUMADOR** anteriormente descrita.
- 10 **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.
- 11 **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**.
- 12 **DESAFILIACIÓN:** Acto por el cual una persona deja de tener la condición de **AFILIADO** respecto de una **IAFAS** determinada, por la culminación del supuesto de hecho que le daba la condición como tal o por extinción del **CONTRATO** por las causales de caducidad, no renovación, resolución, recisión o nulidad del mismo. La **DESAFILIACIÓN** también puede darse por solicitud expresa del **AFILIADO**.
- 13 **DÍAS:** Días calendario.
- 14 **ENSAYO CLÍNICO DE FASE III:** Estudio que se realiza a nivel mundo 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.
- 15 **EMERGENCIA:** Es toda condición repentina e inesperada que requiere atención y procedimiento quirúrgicos y/o médicos inmediatos al poner en peligro inminente la vida, la salud o que pueden dejar secuelas invalidantes en el **AFILIADO**. La determinación de la condición de **EMERGENCIA** es realizada por el profesional médico encargado de la atención, bajo responsabilidad.

- 16 ESTADO TERMINAL:** Paciente en progresión de enfermedad importante y no tributario de tratamiento oncológico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses).
- 17 EXCLUSIONES:** Son aquellas intervenciones de salud no cubiertas por el programa oncológico contratado las mismas que son detalladas en las **CONDICIONES PARTICULARES**.
- 18 EXAMEN ANTÍGENO PROSTÁTICO:** Examen de laboratorio que mide la concentración en sangre de una proteína producida exclusivamente por las células de la glándula prostática. Puede encontrarse valores elevados tanto en condiciones malignas como no malignas, por lo que puede ser usado para la detección y seguimiento de estas condiciones.
- 19 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.
- 20 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.
- 21 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.
- 22 NIVEL DE EVIDENCIA:** Se adopta la categorización de la “National Comprehensive Cancer Network” (NCCN) sobre lo apropiado de una recomendación en base al **NIVEL DE EVIDENCIA** y el consenso de cada uno de sus miembros, refiriéndose de acuerdo a las siguientes categorías:
- a Categoría I-A:** Aquella con alto nivel de evidencia y con consenso uniforme que la intervención es adecuada.
  - b Categoría II-A:** Aquella con menor nivel de evidencia pero con consenso uniforme que la intervención es adecuada.
  - c Categoría II-B:** Aquella con nivel inferior de evidencia sin un consenso uniforme, pero sin grandes desacuerdos.
  - d Categoría III:** Aquella con cualquier nivel de evidencia y con grandes desacuerdos.
- 23 NOTA TÉCNICA:** Es el documento que describe la metodología y las bases aplicadas para el cálculo del aporte correspondiente al programa, y que incluye la justificación de los aportes.

- 24 PERÍODO DE CARENCIA:** Plazo mínimo de permanencia contado desde (i) el inicio de vigencia del **CONTRATO**, o (ii) la fecha de reactivación de la cobertura generada por incumplimiento en el pago de los aportes al programa. Una vez transcurrido el referido período, el **AFILIADO** tendrá derecho a los beneficios establecidos en éste, según lo establecido por norma o **CONTRATO**, según corresponda. Los períodos de carencia se contabilizan en forma individual por cada **AFILIADO**.
- 25 PLAN DE BENEFICIOS:** Documento que contiene el detalle o extracto de las coberturas, servicios y/o beneficios específicos a los que tiene derecho el **AFILIADO**, en función al programa elegido en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**.
- 26 REGISTRO DE AFILIADOS:** Registro administrativo de los **AFILIADOS** vigentes en cualquiera de los programas oncológicos adquiridos.
- 27 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**.
- 28 TERAPIA ADYUVANTE:** Terapia adicional administrada luego del tratamiento primario (generalmente quirúrgico) para reducir el riesgo de recurrencia del tumor maligno. El tratamiento adyuvante puede incluir, pero no solo limitarse a, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, terapia blanca o terapia biológica.
- 29 TERAPIA NEO ADYUVANTE (o terapia de inducción):** Tratamiento administrado de manera inicial con la finalidad de reducir el tamaño tumoral antes del manejo quirúrgico. Este tratamiento puede incluir, pero no necesariamente limitarse a, quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia.

#### CLÁUSULA QUINTA

### COBERTURA Y CONDICIONES

- 1** La **IAFAS** otorga a los **AFILIADOS** la cobertura sobre las prestaciones de recuperación de la salud especificadas en las **CONDICIONES PARTICULARES** ante el padecimiento, por parte del **AFILIADO**, de alguna enfermedad oncológica diagnosticada dentro de la vigencia del presente **CONTRATO**.
- 2** La **IAFAS** brinda las prestaciones preventivas y promocionales, descritas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**, las mismas que se encuentran referidas también a la prevención del riesgo oncológico.

CLÁUSULA SEXTA

## REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN

- 1 Constituye un requisito previo y parte integral del **CONTRATO**, la suscripción de la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**, por parte del **CONTRATANTE**, en la que debe consignarse la siguiente información:
  - a Datos Generales del (los) **AFILIADO(S)**.
  - b Identificación y selección del **PLAN DE BENEFICIOS** 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.
  - e Resultado del Examen de Antígeno Prostático (**PSA**), según corresponda.
- 2 El **CONTRATANTE** deberá completar y suscribir la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** adjunta a la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**. En caso la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN** 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.
- 3 Los **AFILIADOS** varones de sesenta y uno (61) años o más, propuestos como tales por el **CONTRATANTE**, deberán someterse por cuenta propia y previa a una prueba de Antígeno Prostático Específico (**PSA**). Los resultados de la prueba de **PSA** no deben tener una antigüedad mayor a treinta (30) días calendario y deberá ser adjuntada a la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**. Los resultados de la prueba de **PSA** deben ser emitidos por laboratorios que cuenten con la autorización y debida certificación de los entes reguladores de Centros de Salud y/o **IPRESS** del país.
- 4 Dentro de los primeros sesenta (60) días calendario de la recepción de la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN** 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** y/o producto del resultado de la prueba de **PSA**, condicionamientos que la **IAFAS** deberá poner en conocimiento del **CONTRATANTE** con la debida oportunidad.
- 5 La eventual inconformidad del **CONTRATANTE**, con relación a los condicionamientos particulares formulados por la **IAFAS** con posterioridad a la recepción de la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**, determinará la anulación del **CONTRATO** y el derecho de devolución del **CONTRATANTE** 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**.
- 6 En caso de cualquier reticencia, omisión, inexactitud u ocultamiento de información relativa a la condición de salud, por parte del **CONTRATANTE**, suscriptor de la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** y/o alteración en el resultado de la prueba de **PSA**, constituye incumplimiento de las obligaciones del **AFILIADO** y, en consecuencia, la **IAFAS** se reserva la facultad para resolver unilateral y automáticamente el **CONTRATO**.



- 7 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.
- 8 El(los) **AFILIADO**(s) menor(es) de edad propuesto(s) por el **CONTRATANTE** que se consigne(n) sin una persona mayor de edad como titular, pagará(n) desde su afiliación la tarifa anual, de acuerdo con el detalle indicado en el Anexo N° 2 del **CONTRATO**.
- 9 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

- 1 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 INSCRIPCIÓN** y **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** respectiva, aplicándose los mismos requisitos de afiliación señalado en el numeral 1 de la cláusula sexta del presente **CONTRATO**. Del mismo modo, se encuentran a un nuevo **PERÍODO DE CARENCIA** de acuerdo al programa elegido.
- 2 Del mismo modo, el **AFILIADO** podrá solicitar la migración a un nuevo programa oncológico dependiendo de la frecuencia de pago de su afiliación. En caso sea mensual; podrá solicitar la migración en cualquier momento y de ser anual; podrá solicitar la migración a la renovación de su programa oncológico contratado, para lo cual deberá presentar una nueva **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN** y **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** respectiva.
- 3 La migración a un nuevo programa oncológico debe realizarse en el plazo de treinta (30) días contados a partir del inicio de un nuevo período anual de vigencia del **CONTRATO**. Cabe precisar que solo al vencimiento de cada vigencia anual no se aplicará un nuevo **PERÍODO DE CARENCIA** y se otorgará continuidad de cobertura.
- 4 Para la migración de programa oncológico, se deberá cumplir con los siguientes requisitos:
  - a El **AFILIADO** no registre en su historial clínico diagnóstico de cáncer.
  - b El **AFILIADO** no tenga sintomatología, que induzca a sospecha de cáncer.
  - c El **AFILIADO** no esté en estudio o fase de diagnóstico por sospecha de cáncer.
- 5 Cabe acotar que la eventual desestimación de la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN** a un programa superior, por parte de la **IAFAS**, no invalida el derecho del **AFILIADO** de permanecer cubierto bajo el programa del **CONTRATO** originalmente suscrito y vigente.

- 6 En caso el **CONTRATANTE** desee modificar la modalidad, formas de pago y/o **CONDICIÓN DE NO FUMADOR** a **CONDICIÓN DE FUMADOR** de **AFILIADOS**, deberá formular la solicitud escrita a la **IAFAS**. Asimismo, para efectos de este **CONTRATO** no es factible modificar la **CONDICIÓN DE FUMADOR** a **NO FUMADOR**.

#### CLÁUSULA OCTAVA

### DE LA DESAFILIACIÓN

- 1 La **DESAFILIACIÓN** al programa oncológico 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 Prepagados por las causales de caducidad, no renovación, resolución, rescisión, o nulidad del **CONTRATO**.
- 2 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.
- 3 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

- 1 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 oncológico 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.

#### CLÁUSULA DÉCIMA

### PRESTACIONES ONCOLÓGICAS COMPROMETIDAS

La cobertura de salud que la **IAFAS** otorga a favor del **AFILIADO** en virtud del presente **CONTRATO**, comprende las condiciones cobaturadas y prestaciones oncológicas 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 **IAFAS** con base al cumplimiento de los siguientes criterios:

- 1 Que, las prestaciones oncológicas se encuentren recomendadas y comprendidas en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **IAFAS**; las mismas que deberán ser acordes a su diagnóstico oncológico y sustentarse hasta en un **NIVEL DE EVIDENCIA II-A**.

- 2 Que, el tratamiento de quimioterapia y el (los) fármaco(s) oncológico(s) indicado(s), hayan concluido exitosamente el **ENSAYO CLÍNICO DE FASE III** y se encuentren comprendidos en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **IAFAS**.
- 3 Que, los procedimientos y tratamientos oncológicos se encuentren estrictamente relacionados a (los) diagnóstico(s) oncológico(s) admitido(s) y sea(n) autorizado(s) por la **IAFAS**.
- 4 Que, los tratamientos, exámenes y/o medios diagnósticos se encuentren disponibles y se ejecuten íntegramente en el territorio de la República del Perú.
- 5 Que el paciente a quien se ha indicado un tratamiento de quimioterapia y/o terapia modificadora de respuesta biológica o blanco dirigida u otra específica contra el desarrollo del cáncer, cumpla con los mismos Criterios de Inclusión y Exclusión del paciente que formó parte del estudio de investigación que avaló el ingreso y/o forma de uso de la terapia y/o molécula; a partir de lo cual se sustenta su inclusión a la **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **IAFAS**. Los Criterios de Inclusión y Exclusión, los estudios referenciales y los demás parámetros aplicables se encuentran publicados y son actualizados periódicamente en la página web: [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov)
- 6 Que los medicamentos oncológicos y no oncológicos se encuentren incluidos según se vaya actualizando y/o modificando en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud (PNUME), que aprueba el Ministerio de Salud de la República del Perú. Adicionalmente, a través de las presentes **CONDICIONES GENERALES**, tendrán cobertura los medicamentos oncológicos que (i) estén debidamente autorizados para su importación y/o comercialización en el Perú por parte de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) o de la autoridad que haga sus veces y (ii) que figuren en el “Listado de Medicamentos Oncológicos” de la **IAFAS**, publicado en la página web [www.oncosalud.pe](http://www.oncosalud.pe) Utilizando criterios técnicos, este listado se renovará y/o actualizará como mínimo cada dos (2) años, contados desde la fecha de su última publicación en la página web antes descrita, tomando en cuenta para ello los estándares nacionales e internacionales sobre la materia. Para el caso de moléculas oncológicas, la **IAFAS** no asumirá los tratamientos que no se encuentren incluidos en el “Listado de Medicamentos Oncológicos” previamente citado.

#### CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA

### PRESTACIONES PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES

- 1 Adicionalmente a lo señalado en la cláusula precedente, la cobertura contempla también el otorgamiento de exámenes de despistaje de cáncer en función a las disposiciones, periodicidad y amplitud descrita en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**. Cabe señalar que este es un beneficio de carácter personal y exclusivo para los **AFILIADOS**, no pudiendo ser transferible a terceros.
- 2 El **AFILIADO** deberá hacer uso del íntegro de ese derecho en un período no mayor de treinta (30) días calendario, contados desde el inicio del despistaje oncológico, vencido este plazo el **AFILIADO** deberá esperar el tiempo establecido en el **PLAN DE BENEFICIOS** para acceder nuevamente al próximo despistaje oncológico.

- 3 Las prestaciones preventivas y promocionales a las que hace referencia la presente cláusula, serán brindadas exclusivamente en la **RED AUNA**.

#### CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA

### INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA

- 1 El inicio de las prestaciones de la recuperación de la salud, bajo cobertura, será de manera posterior a la presentación del Diagnóstico Anátomo Patológico (DAP) con resultado concluyente positivo para cáncer. En tanto el descarte de la enfermedad o diagnóstico confirmatorio no se haya producido dentro del **PERÍODO DE CARENCIA**, para lo cual el **AFILIADO** demandante de atención médica deberá completar y suscribir la **SOLICITUD DE ADMISIÓN** (formato disponible en todas las oficinas de la **IAFAS**) la cual tiene carácter de declaración jurada.
- 2 De forma excepcional, cuando por razones estrictamente médicas no sea posible o recomendable que el **AFILIADO** cumpla con la realización previa del DAP, pero cuente con la evidencia clínica, imageológica y/o bioquímica que sugiera la indubitable posibilidad de neoplasia maligna, se procederá a eximir al **AFILIADO** de la exigencia contemplada en el numeral 1 de la presente cláusula, pudiendo condicionar la cobertura a un resultado de patología post quirúrgico.
- 3 Si una vez entregadas las prestaciones y/o coberturas exoneradas del requisito del DAP, se determine con posterioridad la inexistencia de una dolencia oncológica, los gastos de atención no cubiertos correrán por cuenta del **AFILIADO**.
- 4 En caso se determine que el descarte de la enfermedad o diagnóstico confirmatorio se produjo dentro del **PERÍODO DE CARENCIA**, la **IAFAS** quedará exenta de obligación respecto a la entrega de las coberturas aquí contempladas, procediendo a la anulación automática del **CONTRATO**, lo cual dará mérito a la devolución de los aportes abonados por el **AFILIADO**.
- 5 En caso el **AFILIADO** que demande la atención haya consignado la **CONDICIÓN DE NO FUMADOR** en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**, su admisión como paciente podrá ser condicionada por la **IAFAS** al sometimiento de una prueba de cotinina (nicotina) la cual deberá realizarla obligatoriamente en un tiempo no mayor a cuarenta y ocho (48) horas con relación a la solicitud de aviso de requerimiento de la prueba por parte de la **IAFAS**.
- 6 El **AFILIADO**, a libre elección y por cuenta propia, podrá optar por el proveedor que considere conveniente para la realización de esta prueba, en tanto sea realizada en laboratorios que cuenten con la autorización y debida certificación de los entes reguladores de Centros de Salud y/o **IPRESS** del país.
- 7 En caso el resultado de la prueba de nicotina resultase positiva o el **AFILIADO** no realizara la prueba oportunamente, la **IAFAS** podrá aplicar lo estipulado en el numeral 5 de la Cláusula Décimo Segundo del **CONTRATO** y/o rechazar, limitar y/o condicionar el otorgamiento de las prestaciones aquí contenidas, si la dolencia oncológica manifiesta, resulta atribuible o relacionada directa o indirectamente a la **CONDICIÓN DE FUMADOR** no declarada oportunamente.

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA

## LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y DIRECTORIO MÉDICO

- 1 El otorgamiento de las prestaciones de recuperación de salud según cada programa así como las prestaciones preventivas promocionales 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 a su vez consta la dirección de los establecimientos y su número de registro ante **SUSALUD**.
- 2 De forma excepcional, sólo por causas médicamente justificadas, se otorgarán prestaciones oncológicas a través establecimientos de salud complementarios indicados en la Red Prestacional descrita en las **CONDICIONES PARTICULARES**. En este caso, el **AFILIADO** deberá gestionar con la **IAFAS** una autorización expresa, en forma previa a la realización de la prestación.
- 3 En línea del numeral 2 de la presente cláusula, no se encuentra sujeta a la excepción antes señalada (prestaciones fuera de la **RED AUNA**) la entrega de las Prestaciones Complementarias consignadas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
- 4 A su vez, la **IAFAS** cuenta con un directorio médico con la participación de los profesionales de la salud de la especialidad y otras afines, cuya asignación, a cada paciente admitido, será establecida en función al tipo de diagnóstico, estadio, etapa evolutiva y oportunidad del tratamiento médico demandado por el **AFILIADO**.
- 5 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 CUARTA

## RESPONSABILIDAD DE LAS IAFAS

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

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA

## REFERENCIAS

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

## APORTES Y FORMAS DE PAGO

- 1 Como contraprestación por la contratación de la cobertura respecto de las prestaciones oncológicas, el **CONTRATANTE** pagará a la **IAFAS** los aportes indicados en las **CONDICIONES PARTICULARES**, los mismos que incluyen los tributos de ley y gastos correspondientes.
- 2 Los aportes podrán ser abonados según las modalidades que contemple el **PLAN DE BENEFICIOS** contratado y de acuerdo a la forma de pago que el **CONTRATANTE** haya consignado en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**. 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.
- 3 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.
- 4 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.
- 5 Cualquier incumplimiento, tanto del **CONTRATANTE** como la entidad financiera o el tercero a través del cual se valga para hacer efectivo el pago de sus aportes, facultará a la **IAFAS** a suspender o resolver el **CONTRATO**, según lo dispuesto en la cláusula siguiente. En cualquier caso, será obligación exclusiva del **CONTRATANTE** la oportuna comunicación a la **IAFAS** de cualquier variación del medio de pago y/o la información relativa al mismo.

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA

## INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE LOS APORTES

- 1 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.
- 2 En caso 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**.

- 3 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 programa 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**).
- 4 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 INSCRIPCIÓN**.

#### CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA

### COPAGOS

- 1 Determinadas prestaciones, materia del presente **CONTRATO**, están sujetas a **COPAGOS** a cargo del **AFILIADO**, los cuales se indican en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.

#### CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA

### NOTA TÉCNICA, MODIFICACIÓN DE APORTES Y/O COPAGOS

- 1 La estimación de aportaciones a pagar por el **CONTRATANTE** se establece en función a la siniestralidad esperada del programa (incluyendo los costos médicos, costos de tratamiento y modificación de beneficios y/o coberturas), los gastos proyectados de comercialización, operativos y administrativos, y al margen requerido por la **IAFAS**.
- 2 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.
- 3 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 VIGÉSIMA  
**INFORMACIÓN**

- 1 La **IAFAS** pone a disposición de los **AFILIADOS** el programa oncológico completo a través de su página web, a fin de permitir su acceso a la información de forma oportuna, clara y precisa.

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA  
**DOMICILIO**

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA  
**ATENCIÓN DE RECLAMOS Y SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

- 1 Los **AFILIADOS** cuentan con los siguientes medios para la presentación de consultas, quejas y/o 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 de la **IAFAS**.
  - d Dirección de correo electrónico habilitada para quejas y/o reclamos, [contactos@oncosalud.pe](mailto:contactos@oncosalud.pe)
  - e Contact 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, quejas y reclamos de la **IAFAS** se detalla en el Anexo N° 6 de las **CONDICIONES PARTICULARES**. En caso de dudas sobre el procedimiento antes señalado, el **AFILIADO** puede contactarse al Contact 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)

- 2 Lo antes señalado no restringe ni limita el derecho del **AFILIADO** de recurrir a la instancia administrativa, para tales efectos puede presentar su reclamo, queja y/o consulta de forma directa a la Superintendencia Nacional de Salud (**SUSALUD**). Cabe acotar que su interposición no es vía previa ni impide la atención de la controversia mediante los procedimientos de conciliación o arbitraje.



## 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 decisión unilateral de la **IAFAS**. Para ello, esta última deberá comunicar al **CONTRATANTE** su decisión de dar por terminado el vínculo contractual en un plazo no mayor de treinta (30) días.
- 4 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.
- 5 Cuando el **AFILIADO** hubiese adquirido la condición de paciente admitido en forma indebida, por reticencia, omisión, inexactitud, ocultamiento de información relativa a la condición de salud posteriormente comprobada, la **IAFAS** se reserva la facultad de cobrar los gastos incurridos por las prestaciones otorgadas, así como las demás acciones legales que pudiesen corresponder.
- 6 Cuando el diagnóstico oncológico confirmatorio se produjo antes de haber superado el **PERÍODO DE CARENCIA** establecido.

## CLÁUSULA VIGÉSIMO CUARTA

**CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

- 1 El **CONTRATANTE** declara estar debidamente informado sobre el uso y tratamiento de datos personales y huella digital proporcionados a la **IAFAS**, los cuales son estrictamente necesarios para la gestión del programa oncológico adquirido.
- 2 El **CONTRATANTE** declara estar de acuerdo con que la **IAFAS** incorpore y almacene sus datos personales en el banco de datos denominado “Banco de Datos de Clientes” de titularidad de la **IAFAS**.
- 3 El **CONTRATANTE** declara contar con la autorización de las personas consignadas como **AFILIADOS** para el tratamiento de los datos personales incluidos en el mismo, así como aquella contemplada en la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**.
- 4 La **IAFAS** declara que los servicios vinculados al manejo de su infraestructura virtual eventualmente podrán ser tercerizados, por lo que informa al **CONTRATANTE** y/o **AFILIADO** que las empresas contratistas utilizarán servidores, propios o de terceros, ubicados en países que garantizan un nivel adecuado de protección, conforme a la Ley N° 29733 y su reglamento, así como en observancia del acuerdo EU-US Privacy Shield-Information disponible en [www.privacyshield.gov](http://www.privacyshield.gov)

- 5 En tal sentido, el **CONTRATANTE** ha sido informado y autorizó a la **IAFAS** a tratar sus datos personales y de las personas propuestas para:
- a) Evaluar el estado de su afiliación en base a la información proporcionada.
  - b) Aprobar la cobertura del programa oncológico ante la activación como paciente oncológico.
  - c) Gestionar el cobro de los aportes, deudas, moras e intereses.
  - d) Usar su huella digital para efectos de la gestión administrativa, comercial y acreditación del **AFILIADO** para la prestación médica.
  - e) Conservar dichos datos por un período de diez (10) años, contados a partir de la fecha de término de la relación comercial; salvo que por mandato legal se establezca un plazo distinto, en cuyo caso se aplicará este último.
  - f) Cumplir con requerimientos de información de autoridades administrativas o judiciales, relacionados a su afiliación.
  - g) Tratar de forma directa, encargar y/o transferir los datos a sus empresas vinculadas, plataformas que prestan el servicio de almacenamiento en la nube y empresas terceras que tengan un vínculo directo con la finalidad de la recopilación de los datos personales, quienes guardarán estricta confidencialidad de la información remitida.
- 6 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](mailto:derechosarco@auna.pe)
  - c) Página web [www.oncosalud.pe/solicitudes-arco](http://www.oncosalud.pe/solicitudes-arco)

#### CLÁUSULA VIGÉSIMO QUINTA

### DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

- 1 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 calendarios 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.
- 2 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**

- 1 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.
- 2 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**

- 1 El presente **CONTRATO** podrá ser modificado por el **CONTRATANTE**, 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**. En el referido aviso, el **CONTRATANTE** determinará el plazo en que las modificaciones contractuales entrarán en vigencia.
- 2 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 prepagadas 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 PREPAGADO PROGRAMA ONCOLÓGICO 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 DE BENEFICIOS** optado por el **CONTRATANTE** en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**, los **AFILIADOS** tienen derecho a lo siguiente:

# 1. RELACIÓN DE PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO

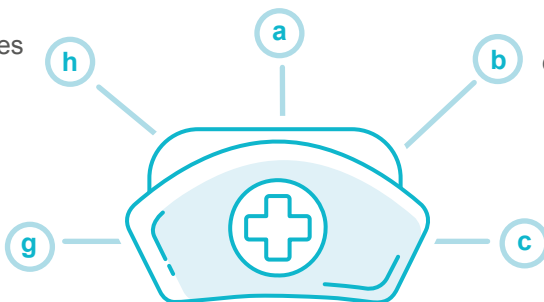
## 1.1 PRESTACIONES AMBULATORIAS

**Procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos**, de quimioterapia y radioterapia, incluyendo salas de quimioterapia, operaciones y de recuperación.

**Honorarios médicos** por consulta y/o procedimientos quirúrgicos ambulatorios.

**Medicamentos oncológicos** para quimioterapia y/o terapia modificadora de la respuesta biológica o blanco dirigida y otros específicos contra el desarrollo del cáncer y limitado al “Listado de Medicamentos Oncológicos”.

**Estudios de medicina nuclear**, tales como: gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela, tomografía por emisión de positrones (PET-CT).



### PRESTACIONES AMBULATORIAS

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

**Estudios de imágenes**, tales como ecografías, rayos X, tomografía computarizada y resonancia magnética.

**Exámenes histopatológicos postquirúrgicos**, incluyendo exámenes de inmunohistoquímica para clasificación o tipificación.

**Exámenes de laboratorio** relacionados al control y seguimiento del tratamiento de la patología oncológica.

## 1.2 PRESTACIONES DOMICILIARIAS

**Enfermera para la administración del tratamiento paliativo** parenteral exclusivamente prescrito por el médico paliativista asignado por la IAFAS, y educación del paciente y su cuidador principal.

**Medicamentos relacionados al tratamiento paliativo y terapia del dolor** por la enfermedad oncológica, incluyendo materiales e insumos para su administración, tales como catéteres permanentes, líneas y bombas de infusión, oxígeno.

**Médico paliativista** para la evaluación y prescripción del tratamiento paliativo y terapia del dolor, originado por el avance de la enfermedad oncológica.



### PRESTACIONES DOMICILIARIAS CUIDADOS PALIATIVOS, TERAPIAS DEL DOLOR Y SEGUIMIENTO, Y CONTROL EN DOMICILIO

**Cama clínica mecánica y soporte** para infusiones como parte del confort al paciente terminal en condición de postración.

**Personal técnico** de enfermería para brindar soporte y confort al paciente terminal en condición de postración.

**Personal de salud para dar continuidad** o complementar el tratamiento intrahospitalario, médico o quirúrgico, en el domicilio de pacientes oncológicos admitidos al programa y que cumplan con los criterios de derivación definidos por la IAFAS.

### 1.3 PRESTACIONES HOSPITALARIAS



*Es importante tener en cuenta que las **IPRESS** solicitarán un depósito obligatorio en garantía para los eventuales gastos no cubiertos por el programa oncológico contratado. Asimismo, las firmas de pagarés para el reconocimiento de deudas impagas. Si no se utilizó el depósito en garantía inicial o sólo parte de él, las **IPRESS** realizarán la devolución correspondiente.*

*Si una vez definida el alta hospitalaria por su médico tratante y/o Junta Médica, el paciente hospitalizado con o sin estado terminal, no concretara el alta o regreso a su domicilio por motivos particulares (disponibilidad de cuidador, falta de adecuación de infraestructura u otros), los gastos de hospitalización generados desde la fecha programada de alta serán asumidos como gastos no cubiertos y serán pagados por el **AFILIADO** a favor de las **IPRESS**.*

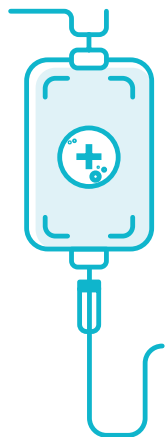
## 2. DESCRIPCIÓN Y ALCANCE DE LAS PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA

### 2.1 PRESTACIONES GENERALES



#### Honorarios profesionales:

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



#### Quimioterapia:

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



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

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

- f** **Inmunomoduladores:** Sustancias que modulan el sistema inmunitario, potenciando la inmunidad celular e inhibiendo la producción de citocinas proinflamatorias y/o inhibiendo la formación de nuevos microvasos sanguíneos, logrando un efecto antineoplásico.

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



*\*Únicamente cubiertos en los programas Oncoclásico Pro y Oncoplus*



**Radioterapia:** Uso de radiación de alta energía proveniente de partículas u ondas, tales como los rayos X, rayos gamma, u otras fuentes, cuyo objetivo es lesionar o destruir las células cancerosas en el área que recibe tratamiento y reducir el tamaño de los tumores. La cobertura incluye radioterapia convencional y 3D, radioterapia de intensidad modulada y radiocirugía. Siempre que sea indicado por el médico radioterapeuta asignado por la **IAFAS**, cumpla con los criterios de pertinencia recomendados en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **IAFAS**. Servicio solo disponible en Lima.



**Servicios de apoyo al tratamiento:**

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



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



**Tomografía por emisión de positrones (PET Scan):**

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





**Prestaciones domiciliarias:** Las prestaciones domiciliarias se refieren a dos categorías: Cuidados paliativos y terapias del dolor así como Seguimiento y control en domicilio.

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



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

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

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

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



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

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

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



**Cáncer no biopsiable:** En casos de alta sospecha de neoplasia maligna en tumores primarios de encéfalo, páncreas, ovario, riñón y testículo, en los que por la ubicación no es factible realizar la biopsia previa. El **AFILIADO** deberá adjuntar todos los exámenes de imágenes y de laboratorio que le hayan realizado, así como el informe médico que sustente la fuerte sospecha de neoplasia maligna de los órganos antes mencionados. La **IAFAS** podrá condicionar la cobertura del procedimiento a la confirmación del diagnóstico oncológico final. En caso el informe anátomo patológico post quirúrgico no confirme la sospecha de cáncer, el total de gastos incurridos serán asumidos por el **AFILIADO**. Es importante tener en cuenta que las **IPRESS** solicitarán un depósito obligatorio en garantía ante la posibilidad de que se trata de un diagnóstico oncológico, si no se utilizó el depósito en garantía inicial o sólo parte de él, las **IPRESS** realizarán la devolución correspondiente.



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



### **Transfusión sanguínea y hemoderivados (glóbulos rojos, plaquetas, plasma):**

Se cubrirán las pruebas de tamizaje, procesamiento en banco de sangre, pruebas cruzadas y los insumos necesarios solo de la transfusión de aquellas unidades efectivamente transfundidas y que se encuentren registradas en la historia clínica, bajo indicación pertinente debidamente justificada.



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



### **Kit de colostomía en cáncer de colon primario:**

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



### **Cirugía reconstructiva oncológica ante secuela mutilante:**

Aplica para casos de cirugías por cáncer de piel y tejidos blandos del sistema músculo esquelético (no incluye mamas, ni genitales), en el mismo acto operatorio extractivo. Previa autorización de la **IAFAS**.

Reconstrucción no cosmética de la solución de continuidad de la zona afectada.



### **Material de Osteosíntesis:**

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

## 2.2 OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS

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



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



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



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



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



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



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

- a) **Psicooncología:** Asistencia al paciente en compañía de familiares directos (incluye tutores, curadores o responsables). Incluye tres (3) consultas programadas dentro de los primeros noventa (90) días, contadas a partir de su admisión como paciente.
- b) **Orientación Nutricional:** Asistencia al paciente, en compañía de familiares directos (incluye tutores, cuidadores o responsables). Incluye tres (3) consultas programadas dentro de los primeros noventa (90) días, contadas a partir de su admisión como paciente.
- c) **Terapia física:** Se otorgará terapia física en el hombro y brazo para el tratamiento de linfedema posterior a mastectomía radical por cáncer de mama, terapia física post cirugía mutilante de tejidos blandos en extremidades y fisioterapia respiratoria post cirugía por cáncer pulmonar. Hasta un máximo de doce (12) sesiones durante los tres (3) primeros meses posteriores a la cirugía antes descrita y previa autorización por la junta médica permanente de la **IAFAS**.



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



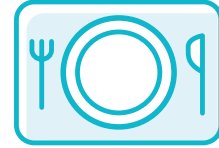
**Segunda opinión médica nacional:** Solo en casos que el médico tratante solicite opinión (solo consulta) a la junta médica permanente de la **IAFAS**, ante la falta de respuesta esperada a los estándares de manejo clínico de las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **IAFAS** y previo consentimiento del paciente.



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

**Traslado para pacientes radicados fuera**

**de Lima:** Cobertura de un (1) boleto aéreo nacional (ida y vuelta) por cada vigencia anual, en vuelo comercial, para aquellos pacientes domiciliados en provincia (según dirección estipulada en DNI) que por causa médica, evaluada por la **IAFAS**, deban desplazarse desde su lugar de origen hacia el lugar de tratamiento. Para su otorgamiento, el **AFILIADO** deberá tramitar la solicitud del beneficio con mínimo treinta (30) días de anticipación. La programación de fechas de ida y retorno, bajo tarifa económica estarán sujeta a disponibilidad de ruta aérea comercial y cupos disponibles de la aerolínea asignada por la **IAFAS**.

**Alimentación para acompañante:**

Beneficio para un (1) acompañante de pacientes pediátricos (hasta los 17 años) hospitalizados, compuesto por un (1) desayuno, un (1) almuerzo y una (1) cena del menú estándar que la clínica establezca para el día y en el mismo horario de los pacientes, debiendo ser solicitado con la anticipación establecida por la clínica. Máximo hasta por cinco (5) días.



**Ambulancia terrestre:** Se otorgará al alta hospitalaria en caso de pacientes postrados o imposibilitados de desplazarse; únicamente con destino a su domicilio. No es aplicable para urgencias y/o emergencias médicas. La programación del servicio será previa solicitud del paciente y se efectuará según disponibilidad de unidades, rutas y hora del alta. Disponible solo en Lima, dentro del área de cobertura indicada a continuación:



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



**Despistaje Oncológico:** Paquete de exámenes preventivos según sexo y edad del **AFILIADO**, para detectar la sospecha de enfermedades oncológicas de mayor frecuencia. Aplica para todos los **AFILIADOS** a partir de la primera renovación y con una periodicidad de acuerdo al programa adquirido, teniendo en cuenta su último despistaje efectivo.



La cita deberá ser programada a través del Contact Center del servicio al cliente al número telefónico (01) 513-7900; o en los establecimientos de salud pertenecientes a la **RED AUNA**, listados en las **CONDICIONES PARTICULARES**, y publicados en la página web [www.oncosalud.pe](http://www.oncosalud.pe). El paquete de exámenes preventivos está sujeto a variaciones de acuerdo a convenios vigentes con las clínicas al momento de la atención.

Los exámenes preventivos que conforma el paquete de despistaje, no son transferibles, acumulables, canjeables o intercambiables con otros exámenes que no corresponden al paquete contratado. Asimismo, el paquete no puede ser fragmentado y deberá concluirse en la misma sede prestacional en un período no mayor de treinta (30) días calendario contados desde el inicio del despistaje oncológico, vencido este plazo el **AFILIADO** deberá esperar el tiempo establecido en el **PLAN DE BENEFICIOS** para acceder nuevamente al próximo paquete de despistaje oncológico.

Sin perjuicio de lo anteriormente indicado, en el caso de mujeres de 40 a 70 años, podrán fragmentar el paquete en las siguientes etapas: 1) mamografía y 2) demás pruebas del despistaje Oncológico. En ese sentido, la afiliada podrá optar por realizarse de manera independiente el paquete que elija 1) mamografía y 2) demás pruebas del Despistaje Oncológico, siendo su responsabilidad la programación de lo pendiente, durante su vigencia contractual.

Si el **AFILIADO** incumple con la realización de los servicios ya iniciados en la **IPRESS**, no concluyéndolos, el total de servicios autorizados se darán por ejecutado. Siendo los siguientes otorgamientos del beneficio de acuerdo a la frecuencia establecida de su programa.

Este beneficio no incluye cobertura de sedación o prestaciones efectuadas en sala de operaciones por causas particulares del **AFILIADO**.

En caso el médico evaluador considere pertinente recomendar o indicar algún examen adicional, sea con fines de despistaje o diagnóstico, fuera del paquete cubierto por su programa, este deberá ser asumido por el **AFILIADO** bajo tarifa preferencial.



## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>ANEXO 01:</b> Plan de Beneficios .....	<b>Pág. 31</b>
<b>ANEXO 02:</b> Aportes y formas de pago .....	<b>Pág. 36</b>
<b>ANEXO 03:</b> Exclusiones, gastos no cubiertos y limitaciones .....	<b>Pág. 39</b>
<b>ANEXO 04:</b> Activación del beneficio oncológico .....	<b>Pág. 42</b>
<b>ANEXO 05:</b> Red de Atención .....	<b>Pág. 44</b>
<b>ANEXO 06:</b> Flujograma de procedimiento de atención de consultas y reclamos.....	<b>Pág. 46</b>

### ANEXO 01

## PLAN DE BENEFICIOS

Las coberturas a las que los **AFILIADOS** tienen derecho a través del presente **CONTRATO**, corresponden de manera específica al **PLAN DE BENEFICIOS** optado por el **CONTRATANTE** en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**, cuyos alcances, limitaciones, copagos y aportes detallamos a continuación.

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN	ONCOCLÁSICO 2019	ONCOCLÁSICO PRO 2019	ONCOPLUS 2019
<b>Límite máximo del beneficio anual por afiliado:</b> Afiliado Titular y Dependientes	Sin límite de Monto	Sin límite de Monto	Sin límite de Monto
<b>Límite de ingreso:</b> Afiliado Titular y Dependientes		Hasta los 65 años	Hasta los 65 años
<b>Límite de permanencia:</b> Afiliado Titular y Dependientes		Sin límite	Sin límite
<b>Período de Carencia.</b> Plazo mínimo de permanencia en el plan de beneficios para tener derecho a las coberturas establecidas en éste. Se contabilizan en forma individual por cada <b>AFILIADO</b> , a partir de la fecha de cobrada la primera cuota.	Solo renovación	90 días, hasta los 60 años	90 días, hasta los 60 años
		150 días a partir de los 61 años	150 días a partir de los 61 años



PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	ONCOCLÁSICO 2019		ONCOCLÁSICO PRO 2019		ONCOPLUS 2019	
	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago
<b>PRESTACIONES GENERALES</b>						
<b>Honorarios médicos</b> por consultas, intervenciones quirúrgicas o visita domiciliaria, ayudantía o administración de anestesia.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
<b>Quimioterapia:</b> Medicamentos antineoplásicos convencionales, materiales e insumos (incluyendo catéteres permanentes, líneas de infusión, entre otros) y servicios relacionados a su administración.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
<b>Terapia modificadora de respuesta biológica o blanco dirigida:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anticuerpos monoclonales</li> <li>• Inhibidores de enzimas kinasas y proteosomas               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmunoterapia (BCG)</li> <li>• Citocinas (Interferones e Interleucinas)</li> <li>• Factor estimulante de colonias de células blancas (Filgrastim)</li> <li>• Inmunomoduladores</li> </ul> </li> </ul>	No cubre*	100%	70%	30%	100%	Ninguno
<b>Medicamentos no oncológicos, materiales e insumos</b> relacionados con el tratamiento oncológico.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
<b>Radioterapia:</b> Radioterapia convencional, 3D, radioterapia de intensidad modulada y radiocirugía. Solo en <b>RED AUNA</b> .	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
<b>Cáncer no biopsiable:</b> En caso de alta sospecha de neoplasia maligna primaria de encéfalo, páncreas, riñón, ovario y testículo.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
<b>Trasplante de Médula Ósea histocompatible:</b> Incluye cobertura de estudios de histocompatibilidad solo del <b>AFILIADO</b> receptor. No incluye estudio u otros gastos relacionados a los donantes.	No cubre	100%	100%	Ninguno	100%	Ninguno
<b>Servicios de apoyo al tratamiento:</b> Exámenes de laboratorio, imágenes, anatomía patológica e inmunohistoquímica.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
<b>Estudios de Medicina Nuclear:</b> Gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno

PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	ONCOCLÁSICO 2019		ONCOCLÁSICO PRO 2019		ONCOPLUS 2019	
	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago
<b>PRESTACIONES GENERALES</b>						
<b>Tomografía por emisión de positrones (PET Scan):</b> Incluye el examen de valoración previa y la sustancia radioactiva FDG. Servicio disponible solo en Lima.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
<b>Prestaciones Domiciliarias:</b> Cuidados Paliativos y Terapias de Dolor, y Control y Seguimiento en Domicilio. Servicio disponible solo en Lima y según los límites geográficos establecidos.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
<b>Transfusión sanguínea y hemoderivados (glóbulos rojos, plaquetas, plasma),</b> se cubrirán las pruebas de tamizaje, procesamiento en banco de sangre, pruebas cruzadas y los insumos necesarios solo de la transfusión de aquellas unidades efectivamente transfundidas.	No cubre	100%	100%	Ninguno	100%	Ninguno
<b>Nutrición Parenteral Total (NPT):</b> Solo durante la estancia hospitalaria hasta un máximo de tres (3) semanas.	No cubre	100%	100%	Ninguno	100%	Ninguno
<b>Kit de colostomía</b> para uso diario para pacientes con cáncer de Colon Primario.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
<b>Cirugía reconstructiva oncológica ante secuela mutilante</b> para pacientes de cáncer de piel y tejidos blandos del sistema músculo esquelético (no incluye mamas, ni genitales), en el mismo acto operatorio extractivo y no cosmético.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
<b>Material de Osteosíntesis</b> para pacientes con fracturas patológicas por metástasis ósea o cáncer óseo.	No cubre	100%	70%	30%	100%	Ninguno



\*Solo está cubierto los medicamentos: Imatinib para los casos de leucemia mieloide crónica y GIST (tumor de estroma gastrointestinal) y BCG para cáncer de vejiga. Filgrastim (factor estimulante de colonia).

\*No se cubren los medicamentos que no están citados en el "Listado de Medicamentos Oncológicos".

PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	ONCOCLÁSICO 2019		ONCOCLÁSICO PRO 2019		ONCOPLUS 2019	
	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago
<b>OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS</b> (Solo en RED AUNA y previa autorización por la IAFAS)						
<b>Biopsia de descarte de cáncer de mama</b> en caso de alta sospecha de neoplasia maligna.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
<b>Prueba de expresión genética para cáncer de mama.</b>	No cubre	100%	100%	Ninguno	100%	Ninguno
<b>Reconstrucción mamaria y pezón</b> para pacientes con mastectomía radical por cáncer de mama.	No cubre	100%	70%	30%	100%	Ninguno
<b>Prótesis de mama</b> para pacientes con mastectomía radical por cáncer de mama. Por única vez por mama.	No cubre	100%	70%	30%	100%	Ninguno
<b>Medicina Integrativa:</b> Dentro de las prestaciones cubiertas, se encuentran las siguientes:						
• <b>Psicooncología</b> para pacientes en compañía de familiares. Incluye tres (3) sesiones programadas. Solo en <b>RED AUNA</b> .	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
• <b>Orientación nutricional</b> para pacientes en compañía de familiares. Incluye tres (3) sesiones programadas. Solo en <b>RED AUNA</b> .	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
• <b>Terapia física</b> en el hombro y brazo para el tratamiento de linfedema posterior a mastectomía radical por cáncer de mama; post cirugía mutilante de tejidos blandos en extremidades; fisioterapia respiratoria post cirugía por cáncer pulmonar. Hasta un máximo de doce (12) sesiones durante los tres (3) meses posteriores a la cirugía antes descrita.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
<b>Foniatría en cáncer de laringe</b> , hasta doce (12) sesiones programadas.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
<b>Prótesis Testicular post orquidectomía</b> para pacientes de cáncer de testículo y próstata.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno

PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	ONCOCLÁSICO 2019		ONCOCLÁSICO PRO 2019		ONCOPLUS 2019	
	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago
<b>OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS</b> (Solo en RED AUNA y previa autorización por la IAFAS)						
<b>Segunda Opinión Médica Nacional:</b> Bajo revisión de la junta médica permanente de la IAFAS.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
<b>Segunda Opinión Médica Internacional:</b> Bajo solicitud de la junta médica permanente de la IAFAS, que podrá solicitar la valoración del caso (revisión del expediente) a una institución de prestigio internacional determinada por la IAFAS.	No cubre	100%	100%	Ninguno	100%	Ninguno
<b>Ambulancia terrestre al alta hospitalaria,</b> para pacientes postrados o imposibilitados de desplazarse. Servicio disponible solo en Lima y según los límites geográficos establecidos.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
<b>Traslado para pacientes radicados fuera de Lima:</b> Un (1) boleto aéreo (ida y vuelta en vuelo comercial) al año, para aquellos pacientes domiciliados en provincias (según dirección estipulada en dni) y con destino al lugar de tratamiento.	No cubre	100%	No cubre	100%	100%	Ninguno
<b>Alimentación para un acompañante</b> de pacientes pediátricos (hasta los 17 años) hospitalizados, hasta por un máximo de cinco (5) días. Solo en RED AUNA.	No cubre	100%	No cubre	100%	100%	Ninguno
<b>Despistaje oncológico:</b> Exámenes preventivos según sexo y edad del <b>AFILIADO</b> , para detectar la sospecha de enfermedades oncológicas de mayor frecuencia.	El detalle y la periodicidad de los exámenes que incluye el despistaje están publicados en la página web <a href="http://www.oncosalud.pe">www.oncosalud.pe</a>					



Los programas **ONCOSENIOR, ONCOINTEGRAL Y ONCOPLAN** se rigen bajo la cobertura del plan **ONCOCLÁSICO 2019**.







Los programas **PLUS MASTER, ONCORIPLEY Y PLAN FAMILIA** se rigen bajo la cobertura del plan **ONCOPLUS 2019**.

## ANEXO 2

### APORTES Y FORMAS DE PAGO







De acuerdo a la cláusula décimo sexta de las **CONDICIONES GENERALES**, el **CONTRATANTE** deberá pagar los siguientes aportes de acuerdo a la modalidad de pago elegida.

*Los aportes están expresados en soles e incluyen IGV.*

ONCOCLÁSICO 2019						
Rango de edad	Pago Anual Contado (Solo renovación)		Pago Mensual Recurrente (Solo renovación)			
	Efectivo o T. Crédito		Tarjeta de Crédito		Tarjeta de Débito	
						
<b>00 - 25</b>	191	229	17	20	20	24
<b>26 - 35</b>	381	458	33	41	40	48
<b>36 - 40</b>	394	473	35	42	41	50
<b>41</b>	419	503	37	44	44	53
<b>42 - 44</b>	432	519	38	45	45	55
<b>45</b>	445	534	39	47	47	56
<b>46</b>	476	571	43	52	49	59
<b>47 - 50</b>	488	586	45	54	50	60
<b>51</b>	763	915	67	80	80	96
<b>52</b>	775	930	68	82	82	98
<b>53</b>	788	946	69	83	83	100
<b>54</b>	801	961	70	84	84	101
<b>55</b>	826	991	72	87	87	104
<b>56</b>	890	1,068	78	94	94	112
<b>57</b>	953	1,144	84	100	100	120
<b>58</b>	979	1,174	86	103	103	124
<b>59 - 60</b>	1,017	1,220	89	107	107	128
<b>61</b>	1,258	1,510	110	132	133	159
<b>62</b>	1,297	1,556	114	136	136	164
<b>63</b>	1,309	1,571	115	138	137	165
<b>64</b>	1,322	1,586	116	139	140	167
<b>65</b>	1,380	1,656	121	145	141	174
<b>66</b>	1,716	2,059	151	181	181	217
<b>67</b>	1,780	2,135	156	187	187	225
<b>68</b>	1,843	2,212	162	194	194	233
<b>69</b>	1,901	2,282	167	200	200	240
<b>70</b>	1,971	2,365	173	207	204	249
<b>71</b>	2,329	2,794	204	245	245	294
<b>72</b>	2,428	2,960	213	262	256	307
<b>73</b>	2,511	3,013	220	264	264	317
<b>74</b>	2,593	3,112	227	273	273	328
<b>75</b>	2,606	3,127	229	274	274	329
<b>76</b>	2,618	3,142	230	276	276	331
<b>77</b>	2,631	3,157	231	277	277	332
<b>78</b>	2,644	3,173	232	278	278	334
<b>79</b>	2,657	3,188	233	280	280	336
<b>80</b>	2,726	3,272	239	287	287	344
<b>81</b>	2,809	3,371	246	296	296	355
<b>82</b>	2,847	3,417	250	300	300	360
<b>83</b>	2,898	3,478	254	305	305	366
<b>84</b>	2,936	3,523	258	309	309	371
<b>85</b>	2,974	3,569	261	313	313	376
<b>86-100</b>	3,000	3,600	263	316	316	379
<b>Más de 100</b>	3,038	3,646	266	320	320	384

ONCOCLÁSICO PRO 2019						
Rango de edad	Pago Anual Contado (Afiliación y renovación)		Pago Mensual Recurrente (Afiliación y renovación)			
	Efectivo o T.Crédito		Tarjeta de Crédito		Tarjeta de Débito	
00 - 25	205	258	22	26	25	29
26 - 35	504	612	44	55	51	67
36 - 40	516	627	45	56	52	68
41	554	665	49	59	56	68
42 - 43	567	680	50	60	57	70
44 - 45	579	695	51	62	58	71
46	625	756	55	66	64	76
47	637	771	56	68	65	78
48	650	786	57	69	66	79
49	662	801	59	70	67	81
50	675	816	60	72	69	82
51	1,020	1,224	90	107	103	124
52	1,046	1,255	92	110	105	127
53	1,071	1,285	94	113	108	130
54	1,083	1,300	95	114	109	131
55	1,121	1,345	98	118	113	136
56	1,197	1,436	105	126	121	145
57	1,260	1,512	111	133	127	152
58	1,272	1,527	112	134	128	154
59	1,285	1,542	113	135	130	156
60	1,297	1,557	114	137	131	157
61	1,512	1,814	133	159	152	183
62	1,638	1,965	144	172	165	198
63	1,663	1,995	146	175	168	201
64	1,675	2,010	147	176	169	203
65	1,780	2,136	156	187	180	216
66*	2,153	2,694	187	236	215	268
67*	2,267	2,771	199	242	229	275
68*	2,330	2,848	204	249	235	283
69*	2,356	2,879	207	252	238	286
70*	2,507	3,009	220	264	253	304
71*	3,051	3,765	268	332	308	375
72*	3,174	3,809	278	335	320	384
73*	3,200	3,840	281	337	323	387
74*	3,225	3,870	283	340	325	390
75*	3,263	3,915	286	344	329	395
76*	3,389	4,066	297	357	342	410
77*	3,452	4,142	303	363	348	418
78*	3,502	4,202	307	369	353	424
79*	3,565	4,278	313	375	360	432
80*	3,615	4,338	317	381	365	438
81*	3,754	4,505	329	396	379	454
82*	3,817	4,580	335	403	385	462
83*	3,867	4,641	339	408	390	468
84*	3,930	4,716	345	415	396	476
85*	3,993	4,792	350	421	403	483
86 - 100*	4,056	4,872	356	431	409	493
Más de 100*	4,119	4,947	361	438	416	500

\*Solo renovación

ONCOPLUS 2019						
Rango de edad	Pago Anual Contado (Afilación y renovación)		Pago Mensual Recurrente (Afilación y renovación)			
	Efectivo o T. Crédito		Tarjeta de Crédito		Tarjeta de Débito	
						
<b>00 - 25</b>	312	357	27	31	32	36
<b>26 - 35</b>	899	1,034	79	91	91	104
<b>36 - 40</b>	936	1,077	82	94	94	109
<b>41</b>	1,061	1,220	93	107	107	123
<b>42</b>	1,074	1,235	94	108	108	125
<b>43</b>	1,086	1,249	95	110	110	126
<b>44</b>	1,099	1,263	96	111	111	127
<b>45</b>	1,111	1,278	97	112	112	129
<b>46</b>	1,186	1,364	104	120	120	137
<b>47</b>	1,248	1,436	110	126	126	145
<b>48</b>	1,273	1,464	112	128	128	148
<b>49</b>	1,286	1,479	113	130	130	149
<b>50</b>	1,298	1,493	114	131	131	150
<b>51</b>	1,411	1,622	124	142	142	164
<b>52</b>	1,448	1,665	127	146	146	168
<b>53</b>	1,485	1,708	130	150	150	172
<b>54</b>	1,510	1,737	132	152	152	175
<b>55</b>	1,560	1,794	137	157	157	181
<b>56</b>	1,623	1,866	142	164	164	188
<b>57</b>	1,810	2,082	159	183	183	208
<b>58</b>	1,872	2,153	164	189	189	217
<b>59</b>	1,935	2,225	170	195	195	224
<b>60</b>	1,947	2,239	171	196	196	225
<b>61</b>	2,359	2,713	207	235	238	273
<b>62 - 64</b>	2,434	2,799	214	244	246	282
<b>65</b>	2,514	2,817	221	244	254	282
<b>66*</b>	3,071	3,484	266	306	308	351
<b>67*</b>	3,101	3,566	272	313	313	360
<b>68*</b>	3,158	3,632	277	319	319	366
<b>69*</b>	3,181	3,658	279	321	321	369
<b>70*</b>	3,215	3,697	282	324	324	373
<b>71*</b>	3,415	3,928	300	345	345	396
<b>72*</b>	3,520	4,048	309	355	355	408
<b>73*</b>	3,558	4,091	312	359	359	413
<b>74*</b>	3,583	4,120	314	361	361	416
<b>75*</b>	3,620	4,163	318	365	365	420
<b>76*</b>	3,682	4,235	323	371	371	427
<b>77*</b>	3,745	4,307	329	378	378	434
<b>78*</b>	3,807	4,378	334	384	384	442
<b>79*</b>	3,870	4,450	339	390	390	449
<b>80*</b>	3,932	4,522	345	397	397	456
<b>81*</b>	3,995	4,594	350	403	403	463
<b>82*</b>	4,057	4,666	356	409	409	471
<b>83*</b>	4,119	4,737	361	416	416	478
<b>84*</b>	4,182	4,809	367	422	422	485
<b>85*</b>	4,244	4,881	372	428	428	492
<b>86 - 100*</b>	4,307	4,953	378	434	434	500
<b>Más de 100*</b>	4,369	5,024	383	441	441	507

\*Solo renovación



### ANEXO 3

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

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

- 1 Toda prestación médica o sanitaria derivada de lesiones auto infligidas, intento de suicidio o autoeliminación o de accidentes.
- 2 Las enfermedades oncológicas preexistentes a la suscripción del presente **CONTRATO**. Inclusive si hubiesen sido reveladas en la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**, la cual motivará la resolución del **CONTRATO**, sin devolución de aportes.
- 3 Las enfermedades oncológicas detectadas y/o incurridas antes de la culminación del **PERÍODO DE CARENCIA**. Asimismo, cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional que corresponda a fase diagnóstica oncológica, inclusive si se tratase por un siguiente nuevo cáncer primario.
- 4 Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional sobre alguna enfermedad o condición no oncológica preexistente o adquirida durante el curso del tratamiento oncológico.
- 5 Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional atendido fuera de la **RED AUNA** detallada en el Anexo 5, salvo los eventos programados y autorizados con antelación por la **IAFAS**, en tanto las **IPRESS** se encuentren adscritas al **PLAN DE BENEFICIOS** correspondiente al presente **CONTRATO**.
- 6 Reintegro y/o pagos por servicios médicos suministrados por terceros, por concepto de gastos ambulatorios, de hospitalización no quirúrgica, quirúrgica o gastos post-operatorios de cualquier índole médicos o no médicos.
- 7 Cualquier requerimiento o prestación médica cuyo propósito sea el chequeo, detección y/o diagnóstico, oncológico o no oncológico, salvo las prestaciones preventivas y promocionales expresamente señaladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
- 8 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, odontológica, 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.



- 9 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**.
- 10 Equipos médicos durables, tales como: termómetro, tensiómetro, estetoscopio, equipos de oxigenoterapia, glucómetro (equipo e insumos), respiradores, concentradores de oxígeno, pulsoxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, ventiladores, dispositivos CPAP o similares, audífonos e implantes cocleares, separadores interespinosos para columna vertebral y discos intervertebrales protésicos, y demás dispositivos similares empleados en neurocirugía y otras prótesis ortopédicas externas o internas. Como tampoco las ortesis u otros (sillas de ruedas, muletas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés, etc.), así como el uso de equipos y servicios de diálisis y/o cámara hiperbárica.
- 11 Gastos relacionados con la adquisición de órganos o tejidos, tales como sangre y sus derivados como: paquetes de glóbulos rojos, plaquetas, albúmina (en cualquiera de sus presentaciones), plasma y factores de coagulación, así como sustitutos sanguíneos naturales o sintéticos de cualquier tipo. Cualquier gasto relacionado a la búsqueda o estudio de donantes. Asimismo anticoagulantes, heparinoides, procoagulantes y eritropoyetina, con fines preventivos o profilácticos.
- 12 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**.
- 13 Cualquier gasto relacionado a la búsqueda y análisis de compatibilidad de donantes de médula ósea, así como gastos de crio preservación o cultivo de células madre u otros tejidos. Asimismo, gastos relacionados por complicaciones médicas del proceso de extracción o colecta en el donante.
- 14 Todo tipo de requerimiento prestacional que no sea ordenado o prescrito por el o los profesionales médicos designados por la **IAFAS** y/o no hayan sido autorizadas por ésta, 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.
- 15 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, que no se comercialicen o no se encuentren disponibles en el territorio nacional. 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 **IAFAS** y en su defecto que no se recomienden en la National Comprehensive Cancer Network (NCCN), National Institute for Health and Care Excellence (NICE) y American Society of Clinical Oncology (ASCO).

- 16 FÁRMACOS como ansiolíticos, antipsicóticos, antidepresivos, vacunas, 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 oncológico y/o no relacionado a la enfermedad oncológica.
- 17 Suministro de cualquier tipo de medio de transporte y servicio de ambulancia. Salvo las expresamente señaladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
- 18 Toda enfermedad de origen congénito y/o malformación congénita, así como enfermedades de origen laboral, profesional y/o por contaminación nuclear.
- 19 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**.
- 20 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, con excepción de las contempladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
- 21 Estudios de diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y procedimientos relacionados con problemas de disfunciones sexuales, esterilidad, fertilidad, infertilidad, esterilización y planificación familiar, incluyendo aborto terapéutico y/o complicaciones de la gestación.
- 22 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, colchón antiescaras.

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

## ANEXO 4

### ACTIVACIÓN DEL BENEFICIO ONCOLÓGICO

El **AFILIADO** deberá activar su beneficio oncológico y ser admitido al plan de tratamiento oncológico, para lograr el otorgamiento de sus beneficios, para lo cual debe cumplir con los requisitos y procedimientos siguientes:

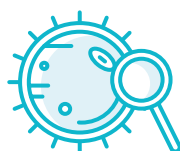
#### 1. REQUISITOS PARA ACTIVAR EL BENEFICIO ONCOLÓGICO

1



Solicitud de Admisión al programa oncológico (Formato proporcionado por la **IAFAS** o en **RED AUNA**).

2



Informe de anatomía patológica con diagnóstico oncológico, firmado y sellado por un patólogo colegiado en el país.

3



Exámenes auxiliares (laboratorio + imágenes) contribuyentes al diagnóstico.

4



Informe médico emitido por el médico que hizo el diagnóstico, solo en caso de corresponder a órganos no biopsiables.

5



Prueba de cotinina (nicotina). Solo si es requerida por la **IAFAS**.

6



Copia del documento de identidad legible.

7



Encontrarse al día en sus pagos.

## 2. PROCESO DE ACTIVACIÓN DEL BENEFICIO ONCOLÓGICO Y ADMISIÓN AL PROGRAMA ONCOLÓGICO

Solicite su cita para la entrevista de admisión al programa oncológico a través de nuestro Call Center **(01)513-7900** o enviando un e-mail a la siguiente dirección: [autorizaciones@oncosalud.pe](mailto:autorizaciones@oncosalud.pe) o acercándose directamente a Plataforma de Beneficios de **ONCOSALUD** en Av. Guardia Civil 571, San Borja, Lima.

Si el **AFILIADO** está imposibilitado de presentarse personalmente, el proceso de activación podrá hacerlo el cónyuge, un familiar hasta el cuarto grado de consanguinidad o su representante legal, debiendo entregar copia de su documento de identidad, y carta poder simple que acredite la representación según corresponda.

En caso el **AFILIADO** resida en provincias, podrá realizar este trámite en nuestras sedes locales de la **RED AUNA** (Lima, Arequipa, Piura, Chiclayo y Trujillo) y otras provincias en nuestras sedes comerciales, listadas en la sección siguiente de este documento.

En la fecha y hora citada, deberá presentar los documentos requeridos para activar el beneficio oncológico a nuestras ejecutivas de beneficios para la validación administrativa, seguidamente pasará a la tutoría oncológica y asignación de médico tratante del directorio médico de la **IAFAS**.

En caso de haber consignado la **CONDICIÓN DE NO FUMADOR** en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**, la **IAFAS** podrá exigir como requisito para la activación de su beneficio oncológico, la realización de la prueba de cotinina (nicotina), la cual deberá realizarse en un plazo no mayor de cuarenta y ocho (48) horas.

Si el informe de anatomía patológica no es concluyente, a solicitud de la **IAFAS**, el **AFILIADO** deberá presentar las láminas, tacos y otros materiales o exámenes necesarios en el plazo más breve posible, para su revisión por nuestro equipo de anatomía patológica especializado.

El **AFILIADO** admitido como paciente del programa oncológico recibirá una charla orientativa acerca de los beneficios, coberturas, alcances, limitaciones y exclusiones, así como absolver las dudas y consultas referentes a sus beneficios. Asimismo, se le entregará el manual del paciente, el cual le orientará en los procedimientos que le permitirán el mayor aprovechamiento de sus beneficios del programa oncológico contratado.

Una vez culminado este proceso, el **AFILIADO** admitido como paciente del programa oncológico, podrá hacer uso de los beneficios y coberturas de su programa contratado, detallados en las **CONDICIONES GENERALES** y **CONDICIONES PARTICULARES**, debiendo tener en cuenta que el programa no cubre eventos en forma retroactiva y/o sin la autorización previa de la **IAFAS** y/o fuera de las condiciones establecidas en su programa contratado.

**ANEXO 5**

**RED DE ATENCIÓN**

INFRAESTRUCTURA  
**RED AUNA**

15 Clínicas

LIM 10 PRO 5

**LIMA**

**SAN BORJA**

**CENTRO DE ATENCIÓN ONCOSALUD SEDE SAN BORJA**

Av. Guardia Civil N° 585

**CLÍNICA ONCOSALUD**

Av. Guardia Civil N° 227-229, Urb. Corpac

**R Y R PATÓLOGOS SEDE GUARDIA CIVIL**

Av. Guardia Civil N° 227 Int. Primer piso

**SAN ISIDRO**

**CENTRO DE ATENCIÓN ONCOSALUD SEDE SAN ISIDRO**

Av. Paseo de la República N° 3650 - 3658

**SANTIAGO DE SURCO**

**CENTRO DE ATENCIÓN ONCOSALUD SEDE ENCALADA**

Av. La Encalada N° 938

**MIRAFLORES**

**CENTRO DE ATENCIÓN ONCOSALUD SEDE DELGADO**

Av. Angamos Oeste N° 490

**CENTRO DE ATENCIÓN ONCOSALUD SEDE BENAVIDES**

Av. Alfredo Benavides N° 2525

**CLÍNICA DELGADO**  
Av. Angamos Oeste N° 450 - 490

**PET CT PERÚ S.A.**  
Av. Petit Thouars N° 4340

**R Y R PATÓLOGOS SEDE DELGADO**  
Av. Angamos Oeste N° 450-490 Sótano 1



**CALLAO**

**BELLAVISTA**

**CLÍNICA BELLAVISTA**  
Jr. Las Gaviotas N° 207 Urb. San José

**PROVINCIA**

**PIURA**

**CLÍNICA AUNA MIRAFLORES PIURA**  
Cal. Las Dalías N° Mz A Int. Lt 12 Urb. Miraflores

**POLÍCLINICO CLÍNICA MIRAFLORES**  
Cal. Huancavelica N° 1015

**LAMBAYEQUE**

**SERVIMÉDICOS**  
Cal. Manuel María Izaga N° 621

**LA LIBERTAD**

**CLÍNICA CAMINO REAL**  
Jr. Bolognesi N° 565

**AREQUIPA**

**CLÍNICA VALLESUR**  
Av. La Salle N° 108-116

**IPRESS  
COMPLEMENTARIAS**

36  
Clínicas

LIM 23 PRO 13

**LIMA**

**SAN BORJA**

**CLÍNICA INTERNACIONAL SEDE SAN BORJA**  
Av. Guardia Civil N° 475 Mz A4 - Lote 6

**CLÍNICA SAN BORJA**  
Av. Guardia Civil N° 337 Urb. Corpac

**CLÍNICA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**  
Jr. Eduardo Ordoñez N° 468

**SANTIAGO DE SURCO**

**CLÍNICA PADRE LUIS TEZZA**  
Av. El Polo N° 570 Monterrico Surco

**CLÍNICA SAN PABLO**  
Calle la Conquista N° 145 Urb. El Derby de Monterrico

**MIRAFLORES**

**CLÍNICA GOOD HOPE**  
Mlc. Balta N° 956 Res. Miraflores

**CLÍNICA INTERNACIONAL SEDE MIRAFLORES**  
Jr. Independencia N° 1055

**CLÍNICA LOS ANDES**  
Cal. Asunción N° 177

**RESOCENTRO**  
Av. Petit Thouars N° 4443 Res. Miraflores

**SAN ISIDRO**

**CLÍNICA RICARDO PALMA**  
Av. Javier Prado Este N° 1066

**CLÍNICA ANGLOAMERICANA**  
Jr. Alfredo Salazar N° 350

**CLÍNICA JAVIER PRADO**  
Cal. Las Orquídeas N° 365

**RESOMASA SEDE JAVIER PRADO**  
Av. Javier Prado Este N° 1178

**RESOMASA SEDE EMILIO CAVENECA**  
Av. Emilio Cavenecia N° 265

**CLÍNICA EL GOLF**  
Av. Aurelio Miró Quesada N° 1030

**PUEBLO LIBRE**

**CLÍNICA STELLA MARIS**  
Av. Paseo De Los Andes N° 923

**CLÍNICA CENTENARIO PERUANO JAPONESA**  
Av. Pasos De Los Andes N° 675 - Alt. C5 Av. Bolívar

**SAN MIGUEL**

**CLÍNICA SAN GABRIEL**  
Av. La Marina N° 2955 San Miguel

**LIMA**

**CLÍNICA INTERNACIONAL SEDE LIMA**  
Jr. Washington N° 1471

**LA MOLINA**

**CLÍNICA MONTEFIORI**  
Av. Separadora Industrial N° 380 Urb. Los Cactus

**SAN JUAN DE LURIGANCHO**

**CLÍNICA SAN JUAN BAUTISTA**  
Jr. Los Zafiros Mz G Lote 10 Urbanización Las Flores

**SAN JUAN DE MIRAFLORES**

**CLÍNICA SANTA MARÍA DEL SUR**  
Av. Belisario Suárez N° 998

**INDEPENDENCIA**

**CLÍNICA JESÚS DEL NORTE**  
Av. Carlos Izaguirre N° 153

**PROVINCIA**

**AREQUIPA**

**CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS**  
Av. Ejército N° 1020 - Arequipa

**CLÍNICA AREQUIPA**  
Esquina Puente Grau con Av. Bolognesi S/N - Arequipa

**REMASUR S.A.**  
Cal. León Velarde N° 108

**SEDIMED S.R.L.**  
Pza. Juan Manuel Polar N° 103 Urb. Vallecito

**LA LIBERTAD**

**CLÍNICA PERUANO AMERICANA**  
Av. Mansiche N° 810 Urb. Santa Inés - Trujillo

**CLÍNICA SÁNCHEZ FERRER**  
Cal. Los Laureles N° 436 Urb. California, Victor Larco Herrera - Trujillo

**SAN PABLO TRUJILLO**  
Av. Húsares De Junín N° 690, Esq. con Sta. Teresa De Jesús - Urb. La Merced - Trujillo

**JUNÍN**

**CLÍNICA CAYETANO HEREDIA**  
Av. Huancavelica N° 745

**LAMBAYEQUE**

**CLÍNICA DEL PACÍFICO**  
Av. José Leonardo Ortiz N°420

**ÁNCASH**

**CLÍNICA SAN PABLO - SEDE HUARAZ**  
Jr. Huaylas N° 172

**ICA**

**CLÍNICA TATAJE**  
Av. Conde de Nieva N° 360 Urb. Luren

**PIURA**

**CLÍNICA BELÉN**  
Cal. San Cristóbal N° 267 Urb. El Chipe

**CUSCO**

**PARDO**  
Av. La Cultura N° 710



El presente listado es referencial, el mismo será actualizado permanentemente, atendiendo a la normatividad de SUSALUD, para luego publicarse en la página web.

[www.oncosalud.pe](http://www.oncosalud.pe)

## ANEXO 6

# 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](mailto:contactos@oncosalud.pe)



#### 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)



#### Carta

¿Dónde pedir y dónde dejar la carta?

- Físico: Av. Guardia Civil 571, San Borja
- 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.

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 O RECLAMO DE ACUERDO AL TIEMPO ESTABLECIDO (máximo 30 días hábiles)



**D.S.N° 030-2016 SA:** Reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas 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.

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



 **ncosalud**  
Tu lucha, *mi lucha.*