

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

Conste por el presente documento, las **CONDICIONES GENERALES** del Contrato de Prestaciones de Servicios de Salud, que celebran de una parte **ONCOSALUD S.A.C.**, con RIAFAS N° 20006, R.U.C. N° 20101039910, con domicilio en Av. República de Panamá N°4575, Piso 6, Distrito de Surquillo, Provincia y Departamento de Lima, representado por su Apoderado Especial, Señor Guillermo Michell Lecaros Gutiérrez, identificado con DNI N° 10308857, según poder inscrito en la partida electrónica N° 00558907 del registro de personas jurídicas de Lima, a quien en adelante se le denominará la **IAFAS**, y de la otra parte el **CONTRATANTE** quien consigna sus generales de ley en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, que forma parte integrante de este **CONTRATO**, quien procede por su propio derecho y en representación de sus derechohabientes y/o dependientes y/o **AFILIADOS** propuestos sin relación de dependencia, según relación detallada en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, quien ha optado por contratar la cobertura de prestaciones de salud con la **IAFAS** para quienes en adelante se denominarán como los **AFILIADOS** o el **AFILIADO**, según corresponda, en los términos y condiciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA ANTECEDENTES

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

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

CLÁUSULA SEGUNDA OBJETO

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

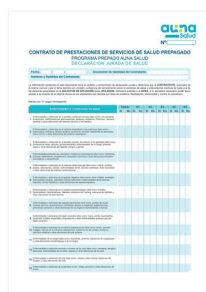
CLÁUSULA TERCERA CONTENIDO

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



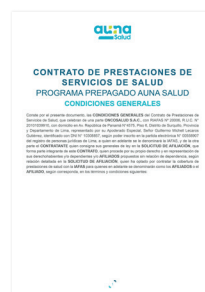
1

**SOLICITUD DE
AFILIACIÓN**



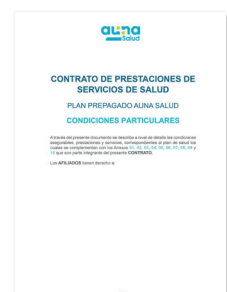
2

**DECLARACIÓN
JURADA DE SALUD**



3

**CONDICIONES
GENERALES**



4

**CONDICIONES
PARTICULARES**

- 1 **SOLICITUD DE AFILIACIÓN:** Documento en el que el **CONTRATANTE** propone la relación de **AFILIADOS**, el plan elegido y la modalidad de pago.
- 2 **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD:** Documento en el que el **CONTRATANTE** informa los antecedentes médicos relevantes del titular, dependientes o personas no dependientes, propuestos para afiliación, al momento de suscribir la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**.
- 3 **CONDICIONES GENERALES:** Las mismas que establecen las condiciones que rigen el presente **CONTRATO**, independientemente del plan contratado.
- 4 **CONDICIONES PARTICULARES:** Contiene la descripción pormenorizada del alcance y limitaciones del plan contratado, incluyendo los copagos, deducibles, aportes adicionales y las obligaciones administrativas de las partes.

CLÁUSULA CUARTA: **DEFINICIONES**

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

- 1 **AFILIACIÓN INDIVIDUAL:** Modalidad mediante la cual el **AFILIADO** formaliza su relación de aseguramiento en salud con una **IAFAS** a título personal, en virtud de un **CONTRATO** suscrito con esta. En el caso de los dependientes, la **IAFAS** respectiva deberá registrarlos individualmente, señalando expresamente cualquier limitación que le resulte aplicable respecto de la cobertura del titular.
- 2 **AFILIADO:** Persona que ha suscrito, o por quien se ha suscrito, un Contrato de Prestaciones de Servicios de Salud, a través del cual tiene derecho a las coberturas del plan contratado, previa aceptación por la **IAFAS**.
- 3 **AFILIACIÓN COLECTIVA O CORPORATIVA:** La que se realiza a través de cualquier organización, empresa o entidad empleadora, en virtud a un **CONTRATO**.
- 4 **APORTE:** Contraprestación económica establecida en el **CONTRATO** a favor de la **IAFAS**, de cargo del **AFILIADO** o **CONTRATANTE**, por las coberturas del plan contratado.
- 5 **BENEFICIOS:** Derechos del (los) **AFILIADO(s)**, según las condiciones establecidas en el plan contratado.
- 6 **CONTRATO:** Documento que contiene las **CONDICIONES GENERALES** y **CONDICIONES PARTICULARES** que suscribe la **IAFAS** con el **AFILIADO** o **CONTRATANTE**, para regular los derechos y las obligaciones de las partes, con relación a las coberturas ofrecidas en el plan. Formaliza la relación de aseguramiento y vincula a un **AFILIADO** con una **IAFAS**.
- 7 **CONTRATANTE:** Toda persona natural o jurídica que suscribe un Contrato de Prestaciones de Servicios de Salud con una **IAFAS** por su propio derecho, en representación de terceros, o ambos. El **CONTRATANTE** es el único responsable frente a la **IAFAS** por el cumplimiento de las obligaciones contractuales asumidas; en consecuencia, el **CONTRATANTE** podrá convenir con la **IAFAS** que presta servicios de salud, modificaciones a las condiciones del **CONTRATO** sin que se requiera para ello la aprobación del (los) **AFILIADO(s)**.

- 8 **CONTINUIDAD:** Cobertura de diagnósticos preexistentes en caso que los **AFILIADOS** cambien de **IAFAS** o plan contratado; la misma que se otorgará conforme a lo dispuesto en el Art. 100 del Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA.
- 9 **COPAGO:** Importe a pagar por el **AFILIADO** por los servicios médicos o beneficios solicitados, el cual puede estar expresado en un porcentaje del valor de la atención y/o en una cantidad fija, establecidos en el **PLAN DE BENEFICIOS** que forma parte integrante del presente **CONTRATO**.
- 10 **DEDUCIBLE:** Importe fijo a pagar por el **AFILIADO** por los servicios cubiertos, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican deducibles se especifican en el **PLAN DE BENEFICIOS** de las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**. Una misma atención puede estar afectada a copagos y deducibles.
- 11 **EXCLUSIONES:** Son aquellas intervenciones de salud no cubiertas por el plan de salud contratado y las mismas que son detalladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**.
- 12 **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. La **IAFAS** y las **IPRESS**, en forma coordinada, elaborarán y utilizarán las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** para la atención de las enfermedades con mayor frecuencia, en concordancia con las normas emitidas por el Ministerio de Salud (MINSa).
- 13 **IPRESS:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (**IPRESS**), son todos aquellos establecimientos públicos, privados o mixtos categorizados y acreditados por la autoridad competente y registrados en la Superintendencia Nacional de Salud (**SUSALUD**), autorizados para brindar los servicios de salud correspondiente a su nivel de atención.
- 14 **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.
- 15 **PERÍODO DE CARENCIA:** Plazo mínimo de permanencia en el plan o programa de salud para tener derecho o no, a los beneficios establecidos en este. Los **PERÍODO DE CARENCIA** se contabilizan en forma individual por cada **AFILIADO**.
- 16 **PLAN DE BENEFICIOS:** Es el documento que detalla los beneficios que otorga la Entidad de Servicios de Salud Prepagados (ESSP).
- 17 **PREEXISTENCIA:** Es cualquier condición de alteración del estado de salud con evidencia clínica, diagnosticada por un profesional de salud, consignada en una historia clínica u otro documento o registro con validez legal, no resuelta, y declarada o no, en el momento previo a llenar y suscribir la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** o el **CONTRATO**.

CLÁUSULA QUINTA:

COBERTURA Y CONDICIONES

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

CLÁUSULA SEXTA:

REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN

Constituye un requisito previo y parte integral del **CONTRATO**, la suscripción de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, por parte del **CONTRATANTE** en la que debe consignar sus datos de ley, así como la de sus dependientes, modalidad de pago de las aportaciones por efectuar y la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** sobre cada uno de los **AFILIADOS**.

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

Dentro de los primeros sesenta (60) días de la recepción de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, la **IAFAS**, podrá excluir, limitar o condicionar el otorgamiento de determinadas prestaciones contenidas en el presente **CONTRATO**, atribuibles o relacionadas directa o indirectamente a la información proporcionada en la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**, condicionamientos que deberá poner en conocimiento del (los) **AFILIADO(s)** con la debida oportunidad.

La eventual inconformidad del (los) **AFILIADO(s)**, con relación a los condicionamientos particulares formulados por la **IAFAS** con posterioridad a la evaluación de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, determinará la anulación del **CONTRATO** y el derecho de devolución íntegra de los aportes a favor del **CONTRATANTE**, siempre que no haya hecho uso de las coberturas, en tanto este último formule su desistimiento, por la vía comunicacional que considere conveniente dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de notificación de las condiciones particulares formuladas por la **IAFAS**.

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**, constituye incumplimiento de las obligaciones del **AFILIADO** y, en consecuencia, la **IAFAS** se reserva la facultad para resolver el **CONTRATO**, de forma automática con su sola notificación, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 1430° del Código Civil, en la RS N° 047-2008-SEPS/CD. Asimismo, en caso la **IAFAS** haya concedido coberturas, servicios o prestaciones a favor del (los) **AFILIADO(s)**, sin que a éste le corresponda ese derecho, la **IAFAS** podrá exigir el pago del valor de la totalidad de los servicios prestados de manera indebida.

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

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

CLÁUSULA SÉPTIMA:

PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD

La cobertura de salud que la **IAFAS** otorga a favor del (los) **AFILIADO(s)** en virtud del presente **CONTRATO** sobre las condiciones asegurables, comprende las prestaciones de recuperación de la salud convencionales, que incluyen las atenciones médicas como quirúrgicas, tanto ambulatorias como hospitalarias y de emergencias, así como los procedimientos, estudios de laboratorio, imágenes y farmacia, necesarios para el manejo de las contingencias cubiertas por el plan de salud contratado según lo descrito en el **PLAN DE BENEFICIOS** que forma parte de las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**.

Los medicamentos prescritos deberán estar 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 (MINSa). Adicionalmente, a través de las presentes **CONDICIONES GENERALES**, tendrán cobertura los medicamentos que (i) estén debidamente autorizados para su 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 para el tratamiento integral" de la **IAFAS**, publicado en la página web www.oncosalud.pe. Utilizando criterios técnicos, este listado se renovará y/o actualizará cada dos (2) años, contados desde la fecha de su última publicación en la página web antes descrita, o conforme la **IAFAS** lo decida pertinente, tomando en cuenta para ello los estándares nacionales e internacionales sobre la materia.

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

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

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

CLÁUSULA OCTAVA:

INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA

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

El inicio de las prestaciones, bajo cobertura del plan, se dará una vez transcurrido el o los **PERÍODOS DE CARENCIA** que se consignan en el **Anexo 01** con excepción de los descuentos tarifarios concedidos de manera preferencial sobre las tarifas prestacionales vigentes al público en la **IPRESS** que integra la red de atención del plan de salud, a los cuales se podrá acceder una vez efectuado el primer pago de la afiliación.

CLÁUSULA NOVENA:

LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y DIRECTORIO MÉDICO

El otorgamiento de las prestaciones de recuperación de la salud y demás servicios cubiertos por el plan de salud contratado, se otorgarán única y exclusivamente en la red de atención consignada en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**, en el que consta la dirección de los establecimientos.

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

CLÁUSULA DÉCIMA:

RESPONSABILIDAD DE LAS IAFAS

La **IAFAS** es responsable frente al (los) **AFILIADO(s)** 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 PRIMERA:

REFERENCIAS

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA:

APORTES

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

Los aportes podrán ser abonados según las modalidades que contemple el plan de salud y de acuerdo a la forma de pago que el **CONTRATANTE** haya consignado en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**. La falta de pago oportuno de los aportes a la **IAFAS** determina la aplicación de intereses compensatorios, moratorios y/o penalidades por pagos tardíos. Para dichos efectos, la **IAFAS** aplicará, por cada día de atraso hasta la cancelación total del monto adeudado, la tasa promedio de interés establecida por ley o por la autoridad competente, sin necesidad de intimación para la constitución en mora. Asimismo, se entenderá como cancelado el aporte a partir de la fecha y hora en que la **IAFAS** cuente con la suma dineraria correspondiente en sus cuentas bancarias.

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA:

INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE LOS APORTES

Siempre que el **CONTRATANTE** incumpla con el pago de los aportes por más de treinta (30) días calendario, la **IAFAS** procederá a suspender de manera automática todos los derechos, hasta que cumpla con cancelar el monto total correspondiente a las aportaciones vencidas.

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA:

COPAGOS Y DEDUCIBLES

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA:

MODIFICACION DE APORTACIONES Y/O COPAGOS

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA:

RESTITUCIÓN DEL VALOR MÁXIMO DE PRESTACIONES OTORGADAS BAJO COBERTURA DEL PLAN POR AFILIADO Y POR CADA ANUALIDAD

Los gastos médicos incurridos por el (los) **AFILIADO(s)** durante el período de la vigencia anual, reduce automáticamente el monto del beneficio del plan de salud contratado, sin lugar a restitución hasta la celebración de una nueva anualidad del **CONTRATO**.

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA:

INFORMACIÓN

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

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA:

VIGENCIA DEL CONTRATO

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

Siempre que el **CONTRATO** quede renovado no habrá **PERÍODO DE CARENCIA**, ni para las atenciones de emergencia por accidente; no se considerarán como enfermedades preexistentes aquellas que se hayan originado durante la vigencia del contrato, en tanto que la renovación se realice en los plazos y condiciones establecidas en el presente **CONTRATO**.

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA:

DOMICILIO

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA:

ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

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

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

Para un mayor detalle, el procedimiento de atención de consultas y reclamos de la **IAFAS** se detalla en el **Anexo 09** de las **CONDICIONES PARTICULARES**. En caso de dudas sobre el procedimiento antes señalado, el **AFILIADO** puede contactarse al Call Center de servicio al cliente de la **IAFAS** al número telefónico **(01) 513-7900** y/o al correo electrónico de la **IAFAS** aunasalud@auna.pe.

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA:

TERMINACIÓN DEL CONTRATO

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

- 1 Por vencimiento del plazo de vigencia del **CONTRATO** sin que medie renovación alguna.
- 2 Por mutuo acuerdo de las Partes.
- 3 Por incumplimiento grave y reiterado de las obligaciones de las Partes establecidas en este **CONTRATO**. En este supuesto la Parte que reclame el incumplimiento deberá enviar una comunicación a la otra Parte solicitando que en el plazo no mayor de treinta (30) días subsane el incumplimiento. Vencido el plazo sin que medie cumplimiento, el **CONTRATO** quedará resuelto de forma automática.

- 4 Por fallecimiento del **AFILIADO** o **CONTRATANTE**. Para ello, el **CONTRATANTE** es el responsable de informar a la **IAFAS** del fallecimiento de alguno de los **AFILIADOS** presentando el certificado de defunción. En caso de fallecimiento del **CONTRATANTE**, los herederos legales deberán informar el deceso. La devolución de aportes procederá a partir de la presentación del certificado de defunción.

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA:

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

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

El **CONTRATANTE** 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**. Los datos referidos al estado de salud del **TITULAR** y sus **DEPENDIENTES**, proporcionados a la **IAFAS** serán utilizados estrictamente con la finalidad de realizar las gestiones inherentes al plan contratado.

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

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

- Evaluar el estado de su afiliación en base a la información proporcionada.
- Aprobar la cobertura del plan de salud adquirido.
- Gestionar el cobro de los aportes, deudas, moras e intereses.
- Usar su huella digital para efectos de la gestión administrativa, comercial y acreditación del **AFILIADO** para la prestación médica.
- 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.
- Cumplir con requerimientos de información de autoridades administrativas o judiciales, relacionados a su afiliación.
- 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.
- Enviar información referente a la concientización de estilos de vida saludable y cuidado de la salud.

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA:

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO CUARTA:

MODIFICACIONES CONTRACTUALES

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

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

CONTRATO DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMA PREPAGADO AUNA SALUD

CONDICIONES PARTICULARES

A través del presente documento se describe a nivel de detalle las condiciones asegurables, prestaciones y servicios, correspondientes al programa de salud los cuales se complementan con los Anexos **01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09** y **10** que son parte integrante del presente **CONTRATO**.

Los **AFILIADOS** tienen derecho a:

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

1.1 ATENCIÓN AMBULATORIA

La atención ambulatoria es aquella atención que se realiza en la red de atención del plan de salud y que no requiera hospitalización. Dicha atención cuenta con un **PERÍODO DE CARENCIA** de tres (3) meses, por lo que todo gasto efectuado dentro de este período, no será cubierto por el plan de salud contratado.



Sin embargo, durante los tres (03) primeros meses de vigencia del **CONTRATO**, podrán aplicar tarifas especiales y descuentos sobre servicios clínicos y exámenes de laboratorio e imágenes, según **Anexo 07** del presente **CONTRATO**.

1.2 ATENCIÓN POR EMERGENCIA NO ACCIDENTAL

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



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

1.3 ATENCIÓN POR EMERGENCIA ACCIDENTAL

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



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

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

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



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

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

1.4 ATENCIÓN DE MÉDICO A DOMICILIO

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



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

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

El procedimiento de atención es el siguiente:

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

Atención en Lima:



POR EL NORTE

- Hasta Km 21 de la Panamericana Norte



POR EL ESTE

- Hasta Municipalidad de Ate-Vitarte



POR EL SUR

- Hasta Chorrillos, San Juan de Miraflores



POR EL OESTE

- Hasta La Punta, Callao



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

1.5 CHEQUEO PREVENTIVO ANUAL

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

Aplica para los **AFILIADOS** a partir de la primera renovación, previa validación del cumplimiento del pago de los aportes a la fecha de la solicitud del beneficio y con una periodicidad anual, teniendo en cuenta el último chequeo efectivo.



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

En caso el médico evaluador considere pertinente recomendar o indicar alguna atención adicional como resultado del chequeo preventivo (interconsulta con alguna especialidad, farmacia o exámenes auxiliares), esta deberá ser atendida bajo atención ambulatoria.



- *La cita deberá ser reservada a través del Call Center o de manera presencial en las **IPRESS** pertenecientes a la red de atención del presente **CONTRATO**.*
- *El detalle del chequeo preventivo anual se encuentra detallado en el **Anexo 03** del presente **CONTRATO**.*

1.6 ATENCIÓN HOSPITALARIA

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



Los presentes planes otorgan las siguientes prestaciones para atención hospitalaria:

- a** Honorarios médicos por tratamiento y/o cirugías (médico principal, ayudantía, anestesista).
- b** Hotelería: Habitación estándar.
- c** Medicamentos, materiales e insumos incluyendo catéteres permanentes, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos.
- d** Exámenes de laboratorio y/o anatomía patológica relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones o enfermedades cubiertas por el plan.
- e** Estudios de imágenes, tales como rayos X, ecografía, tomografía computarizada y otros relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones o enfermedades cubiertas por el plan.
- f** Procedimientos hospitalarios quirúrgicos y no quirúrgicos, incluyendo uso de tóxico, sala de operaciones, sala de recuperación, unidad de cuidados intensivos y unidad de cuidados intermedios.

1.7 ATENCIÓN POR MATERNIDAD

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



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

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

- a** Honorarios médicos por consulta obstétrica y/o procedimientos obstétricos ambulatorios u hospitalarios, incluyendo parto natural o cesárea, así como visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia.
- b** Hotelería: Habitación individual o bipersonal estándar, según disponibilidad. Hasta dos días para parto natural y hasta tres días para cesárea.
- c** Medicamentos, materiales e insumos incluyendo, suturas, catéteres, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos.
- d** Exámenes de laboratorio relacionados al control y seguimiento del embarazo, incluyendo los estudios previos al parto natural o cesárea. Así como, los correspondientes a la atención inicial del recién nacido.
- e** Estudios de ecografías obstétricas transvaginales y pélvicas relacionados al control y seguimiento del embarazo.

- f** Parto natural o cesárea, incluyendo uso de tóxico, centro obstétrico, sala de operaciones, sala de recuperación y sala de recién nacido.
- g** Programa de psicoprofilaxis obstétrica aplica a partir del sexto mes de gestación, cuyo objetivo es orientar a la pareja sobre la maternidad y prepararla para que pueda afrontar de la mejor manera posible el momento del alumbramiento y los primeros días de nacido. La estructura del programa de psicoprofilaxis rige bajo las condiciones establecidas por cada **IPRESS** según plan de salud contratado.
- h** Tamizaje neonatal básico que consiste en la punción del talón del recién nacido que permite detectar enfermedades metabólicas congénitas. Aplica para aquellos nacidos bajo la cobertura del plan e inscritos antes de los treinta (30) días calendario desde su nacimiento. Las enfermedades metabólicas congénitas consideradas son: Hipotiroidismo congénito, Fenilcetonuria, Galactosemia, Hiperplasia Suprarrenal, Deficiencia de Biotinidasa, Fibrosis Quística, Hipocausia congénita y Catarata congénita.



*El detalle de atención por maternidad se encuentra en el **Anexo 04** del presente **CONTRATO**.*

1.8 CONTROL DEL NIÑO SANO

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



*El detalle del control del niño sano se encuentra en el **Anexo 05** del presente **CONTRATO**.*

1.9 INMUNIZACIONES

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



*El detalle del esquema de inmunizaciones se encuentra en el **Anexo 06** del presente **CONTRATO**.*

1.10 ATENCIÓN POR ENFERMEDADES CONGÉNITAS PARA RECIÉN NACIDOS

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



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



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

1.11 ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

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



El presente programa otorgan las siguientes prestaciones para atención odontológica:

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

El procedimiento de atención es el siguiente:

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



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

1.12 PRÓTESIS INTERNAS QUIRÚRGICAMENTE NECESARIAS

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



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



- *No está cubierto ningún tipo de prótesis dental, prótesis ortopédicas externas, implantes cocleares, separadores interespinosos para columna vertebral, discos intervertebrales protésicos y otros implantes.*
- *Aplican las condiciones detalladas en el **PLAN DE BENEFICIOS** del presente **CONTRATO**.*
- *Límite de monto máximo anual hasta S/ 6,000 (incluye IGV).*

1.13 ATENCIÓN POR PSIQUIATRÍA

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



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

1.14 PREEXISTENCIAS

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



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

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



- *Las atenciones de preexistencias requieren carta de garantía*
- *Límite de monto máximo anual hasta S/ 40,000.00 (incluye IGV).*

2. PLAN DE BENEFICIOS

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

PROGRAMA AUNA SALUD						
CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN						
TIPO DE PLAN	LÍMITE MÁXIMO DE BENEFICIO ANUAL	LÍMITE MÁXIMO DE BENEFICIO ANUAL	RED DE ATENCIÓN			
Plan Classic	S/ 400,000	Hasta 60 años	Clínica Bellavista Clínica Vallesur			
Plan Premium	S/ 750,000		Clínica Bellavista Clínica Vallesur Clínica Delgado			
ATENCIÓN AMBULATORIA	DELGADO		BELLAVISTA		VALLESUR	
Deducible por consulta	S/ 80		S/ 40		S/ 50	
Deducible por consulta en Medicina Interna y Pediatría	S/ 40		S/ 25		S/ 35	
Prestaciones cubiertas:	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago
Exámenes auxiliares de laboratorio clínico y patología	80%	20%	80%	20%	80%	20%
Exámenes de diagnóstico por imágenes						
Procedimientos ambulatorios (honorarios médicos, sala de procedimientos y enfermería)						
Farmacia*						
ATENCIÓN POR EMERGENCIA NO ACCIDENTAL	DELGADO		BELLAVISTA		VALLESUR	
Deducible por emergencia no accidental	S/ 80		S/ 40		S/ 50	
Prestaciones cubiertas:	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago
Exámenes auxiliares de laboratorio clínico y patología	80%	20%	80%	20%	80%	20%
Exámenes de diagnóstico por imágenes						
Procedimientos ambulatorios (honorarios médicos, sala de procedimientos y enfermería)						
Farmacia*						

ATENCIÓN POR EMERGENCIA ACCIDENTAL	DELGADO		BELLAVISTA		VALLESUR	
Prestaciones cubiertas:	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago
Emergencias que inician atención en clínica dentro de las primeras 24 horas de ocurrido el accidente, hasta la estabilización del paciente	100%	0%	100%	0%	100%	0%
Continuidad en clínica de la emergencia accidental ambulatoria hasta máximo 90 días calendario						
Derivación hospitalaria por emergencia	Según condiciones de hospitalización					

ATENCIÓN DE MÉDICO A DOMICILIO	APLICA PARA LA RED DE ATENCIÓN DETALLADA EN EL PRESENTE CONTRATO					
Deducible por consulta a domicilio de medicina general	S/ 40					
Prestaciones cubiertas:	Cobertura			Copago		
Medicamentos bajo modalidad de botiquín, no incluye laboratorio ni exámenes auxiliares	80%			20%		

CHEQUEO PREVENTIVO ANUAL	DELGADO		BELLAVISTA		VALLESUR	
Deducible por chequeo preventivo anual	S/ 80		S/ 40		S/ 50	
Prestaciones cubiertas:	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago
Chequeo detallado (Ver Anexo 03)	100%	0%	100%	0%	100%	0%

ATENCIÓN HOSPITALARIA	DELGADO		BELLAVISTA		VALLESUR	
Deducible por hospitalización	S/ 530		S/ 210		S/ 270	
Prestaciones cubiertas:	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago
Honorarios médicos por tratamiento y/o cirugías (médico principal, ayudantía, anestesista)	80%	20%	80%	20%	80%	20%
Procedimientos hospitalarios quirúrgicos y no quirúrgicos						
Sala de operaciones, sala de recuperación, cuidados intermedios, UCI y UCIN						
Hotelería: Habitación estándar						
Exámenes auxiliares de laboratorio clínico y patología						
Exámenes de diagnóstico por imágenes						
Farmacia y material médico*						

ATENCIÓN DE MATERNIDAD	DELGADO		BELLAVISTA		VALLESUR	
Maternidad hospitalaria						
Deducible por parto normal, cesárea y/o parto múltiple	S/ 530		S/ 210		S/ 270	
Deducible por aborto, amenaza de aborto, complicaciones orgánicas y quirúrgicas del embarazo	S/ 530		S/ 210		S/ 270	
Prestaciones cubiertas:	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago
Hospitalización**	80%	20%	80%	20%	80%	20%
Exámenes auxiliares						
Sala de parto y sala de bebé						
Farmacia*						
Maternidad ambulatoria (Ver Anexo 04)						
Deducible por consulta por control pre y postnatal	S/ 80		S/ 40		S/ 50	
Prestaciones cubiertas:	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago
Ecografías obstétricas convencionales derivadas de la consulta pre o postnatal	80%	20%	80%	20%	80%	20%
Exámenes auxiliares y medicamentos derivados de los controles del embarazo						
Tamizaje neonatal básico						
Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica***	100%	0%	100%	0%	100%	0%
CONTROL DE NIÑO SANO	DELGADO		BELLAVISTA		VALLESUR	
Evaluación médica mensual (Ver Anexo 05)	Sin deducible					
Prestaciones cubiertas:	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago
Medicamentos y/o exámenes auxiliares derivados de la consulta de control	80%	20%	80%	20%	80%	20%
INMUNIZACIONES	DELGADO		BELLAVISTA		VALLESUR	
Prestaciones cubiertas:	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago
Esquema de Inmunización (Ver Anexo 06)	80%	20%	No aplica		80%	20%
ATENCIÓN POR ENFERMEDADES CONGÉNITAS PARA RECIÉN NACIDOS	DELGADO		BELLAVISTA		VALLESUR	
Aplica hasta el primer año de vida	Según condiciones ambulatorias y hospitalarias					

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	APLICA PARA LA RED DE ATENCIÓN DETALLADA EN EL PRESENTE CONTRATO					
Deducible por consulta, para:	S/ 40					
Prestaciones cubiertas:	Cobertura		Copago			
Examen odontológico (incluye odontograma)	100%		0%			
Profilaxis anual (incluye limpieza manual simple sin uso de cavitron o equivalentes, solo una vez durante la vigencia anual)	100%		0%			
Fluorización anual (para niños hasta 12 años)	100%		0%			
Deducible por pieza tratada y terminada, para:	S/ 40					
Prestaciones cubiertas:	Cobertura		Copago			
Pulpotomías, pulpectomías, endodoncias, extracciones simples y obturaciones que incluye colocación de amalgamas y resinas	80%		20%			
Otros servicios odontológicos	Sin deducible					
Prestaciones cubiertas:	Cobertura		Copago			
Sellantes (para niños hasta 12 años)	80%		20%			
Radiografías por placa	80%		20%			
PRÓTESIS INTERNAS QUIRÚRGICAMENTE NECESARIAS	DELGADO		BELLAVISTA		VALLESUR	
Prestaciones cubiertas:	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago
Las prótesis cubiertas son las siguientes: cadera, codo, dedo, hombro, muñeca, rodilla y tobillo	80%	20%	80%	20%	80%	20%
PSIQUIATRÍA	DELGADO		BELLAVISTA		VALLESUR	
Deducible por consulta	S/ 80		S/ 40		S/ 50	
No cubre psicoterapias, medicamentos, hospitalizaciones ni tratamientos por emergencias						
PREEXISTENCIAS	DELGADO		BELLAVISTA		VALLESUR	
Deducible por consulta por atención de preexistencias	S/ 80		S/ 40		S/ 50	
Prestaciones cubiertas:	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago
Se cubrirán los gastos médicos (atenciones ambulatorias y/o hospitalarias) bajo las condiciones del programa.	50%	50%	50%	50%	50%	50%

* Según tratamiento farmacológico de Guía de Práctica Clínica vigente.

** Según las condiciones de la cobertura de atención hospitalaria.

*** La duración del programa de psicoprofilaxis está sujeto a las condiciones de la IPRESS elegida.



El alcance de las coberturas de los planes está sujeto a la capacidad resolutive de la IPRESS elegida. No están cubiertos los gastos de traslado ni atenciones fuera de la red designada.

3. RED DE ATENCIÓN

NOMBRE COMERCIAL	REG. SUSALUD	DPTO.	PROVINCIA	DISTRITO	DIRECCIÓN	TELÉFONO
Clínica Bellavista	00009250	Callao	Callao	Bellavista	Jr. Las Gaviotas 207 Urbanización San José	(01) 204-9600
Clínica Delgado	00019049	Lima	Lima	Miraflores	Av. Angamos Oeste 450-490	(01) 377-7000
Clínica Vallesur	00016744	Arequipa	Arequipa	Arequipa	Av. La Salle 116 y 108	(054) 749-333
Consortio Médico Descentralizado	00018130	Lima	Lima	Miraflores	Cl. Sor Tita 136 Dpto. 305 Urb. Benavides	(01) 680-2888
Centro Odontológico Americano	00020252	Arequipa	Arequipa	Cayma	Cl. Sevilla 107 Urb. Los Sauces	(054) 272-716
Centro Odontológico Americano	00010215	Lima	Lima	Miraflores	Av. Roosevelt 5806 (Ex Av. República de Panamá)	(01) 447-5190
Centro Odontológico Americano	00024505	Lima	Lima	Miraflores	Av. Roosevelt 5790 Piso 3 Int. 301	(01) 530-4614
Centro Odontológico Americano	00012672	Callao	Callao	Callao	Av. Guardia Chalaca 1362 Urb. Santa Marina	(01) 453-3276
Centro Odontológico Americano	00023156	Lima	Lima	San Isidro	Av. Juan de Arona 402	(01) 421-6323
Centro Odontológico Americano	00014113	Lima	Lima	San Isidro	Av. Javier Prado Este 1692 1er Piso	(01) 475-1719 / 475-1717
Centro Odontológico Americano	00013245	Lima	Lima	Jesus Maria	Jr. Huiracocha 1486	(01) 424-1443
Centro Odontológico Americano	00010036	Lima	Lima	La Molina	Cl. Santa Magdalena Sofía 109	(01) 436-2883
Centro Odontológico Americano	00008537	Lima	Lima	Lima	Jr. Camana 780 Of. 508	(01) 427-0158
Centro Odontológico Americano	00023924	Lima	Lima	San Borja	Av. Primavera 643 Int. 503 Mz. Z-2 Lt. 13 Urb. Chacarilla del Estanque IV	(01) 648-0253
Centro Odontológico Americano	00012041	Lima	Lima	Pueblo Libre	Av. Juan Pablo Fernandini 1573	(01) 330-7492
Centro Odontológico Americano	00010892	Lima	Lima	San Borja	Av. Joaquin Madrid 235 Urb. Las Camelias	(01) 225-0809
Centro Odontológico Americano	00023441	Lima	Lima	San Miguel	Cl. Ayarsa De Morales 237 Urb. El Campillo	(01) 636-1105
Centro Odontológico Americano	00011499	Lima	Lima	La Victoria	Jr. Juan Voto Bernales 399-Urb. Santa Catalina	(01) 471-3998

NOMBRE COMERCIAL	REG. SUSALUD	DPTO.	PROVINCIA	DISTRITO	DIRECCIÓN	TELÉFONO
Centro Odontológico Americano	00026558	Lima	Lima	Santiago De Surco	Av. Caminos Del Inca 1554 Urb. Las Gardenias ET. Uno	(01) 279-1930 / 688-8529
Centro Odontológico Americano	00011860	Lima	Lima	Surquillo	Cl. Las Tiendas 331 Dpto. 101	(01) 440-1021
Centro Odontológico Americano	00008567	Lima	Lima	San Juan De Lurigancho	Jr. Las Chulpas 296 Of. 201-202	(01) 458-6472 / 459-9645
Centro Odontológico Americano	00014357	Lima	Lima	Barranco	Jr. Alfonso Ugarte 250	(01) 247-6892
Centro Odontológico Americano	00014784	Lima	Lima	Comas	Av. El Maestro Peruano 430 - Mz. I, Lt. 6 - Urb. Carabayllo 2da Etapa	(01) 535-8144
Centro Odontológico Americano	00023749	Lima	Lima	Los Olivos	Av. Carlos Alberto Izaguirre 1268 Mz. K Lt. 8 Urb. Gamarra De León Velarde Angelica I Etapa	(01) 523-2190
Centro Odontológico Americano	00009547	Lima	Lima	San Juan De Miraflores	Av. Guillermo Billinghurst 619 Mz. G Lt. 33 Zona D Urb. San Juan	(01) 466-1128
Centro Odontológico Americano	00027114	Lima	Lima	San Isidro	Av. Petit Thouars 3470	(01) 421-6323
Centro Odontológico Americano	00008583	Lima	Lima	San Miguel	Cl. Monseñor Jorge Dintilhac 717 - Urb. Pando 1era Etapa	(01) 451-5553
Oncocenter*	00027320	Lima	Lima	San Borja	Av. Guardia Civil 368	(01) 513-7900

*Solo podrá acceder a consultas de las especialidades de Anestesiología, Cardiología, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Nefrología, Neumología y Nutrición con deducible de S/ 40 bajo las condiciones de atención ambulatoria. Adicionalmente, si cuenta con un programa oncológico de Oncosalud, los gastos no cubiertos por su programa oncológico serán cubiertos por su Plan Auna Salud, según las condiciones detalladas en su contrato; siempre y cuando, ambos se encuentren activos.

Contrato vigente a partir del 01 de diciembre de 2019
 Código OS.SP.P.02.16
 Revisión: 02

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 01: Período de Carencia para Prestaciones Médicas	Pág. 28
ANEXO 02: Especialidades para Atención	Pág. 29
ANEXO 03: Chequeo Preventivo Anual.....	Pág. 31
ANEXO 04: Cobertura de Maternidad	Pág. 32
ANEXO 05: Control del Niño Sano	Pág. 33
ANEXO 06: Esquema de Inmunizaciones	Pág. 34
ANEXO 07: Prestaciones Médicas a Tarifas Preferenciales	Pág. 35
ANEXO 08: Exclusiones del Programa de Salud	Pág. 36
ANEXO 09: Flujograma de Procedimiento de Atención de Consultas y Reclamos.....	Pág. 42
ANEXO 10: Aportes	Pág. 43

ANEXO 01

PERÍODO DE CARENCIA PARA PRESTACIONES MÉDICAS

Las siguientes prestaciones por concepto de tratamientos y/o cirugías sólo serán cubiertas, luego de transcurrido el **PERÍODO DE CARENCIA** señalado a continuación, siempre y cuando no estén excluidos en las **CONDICIONES GENERALES** de este **CONTRATO**.

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

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

PRESTACIONES MÉDICAS INCLUIDAS	
TIPO DE PRESTACIÓN	CARENCIA
Emergencias accidentales y emergencias no accidentales	No aplica
Enfermedades agudas como apendicitis, enfermedad cerebro vascular aguda e infarto agudo de miocardio	No aplica
Consulta externa y médico a domicilio	3 meses
Chequeo preventivo anual	12 meses
Atención hospitalaria	12 meses
Cualquier intervención quirúrgica en sala de operaciones, incluyendo exámenes pre-operatorios	12 meses
Atención de la maternidad	12 meses
Preexistencias	12 meses
Prestaciones cubiertas no especificadas en el presente listado	12 meses

ANEXO 02

ESPECIALIDADES MÉDICAS

CLÍNICA BELLAVISTA	
Alergología	Medicina General
Anestesiología	Medicina Interna
Cardiología	Neumología
Cirugía Cabeza y Cuello	Neurocirugía
Cirugía de Tórax y Cardiovascular	Neurología
Cirugía General	Nutrición
Cirugía Pediátrica	Oftalmología
Dermatología	Otorrinolaringología
Endocrinología	Pediatría
Gastroenterología	Psicología
Geriatría	Psiquiatría
Ginecología y Obstetricia	Reumatología
Hematología	Traumatología y Ortopedia
Infectología	Urología
Medicina Física y Rehabilitación	
CLÍNICA DELGADO	
Alergia e Inmunología	Medicina Interna
Cardiología	Nefrología
Cardiología Infantil	Nefrología Pediátrica
Cirugía Cardiovascular Pediátrica	Neonatología
Cirugía de Cabeza y Cuello	Neumología
Cirugía General	Neumología Pediátrica
Cirugía Oral y Maxilofacial	Neurocirugía
Cirugía Pediátrica	Neurología
Cirugía Torácica y Cardiovascular	Neurología Pediátrica
Dermatología	Nutrición
Endocrinología	Odontología
Endocrinología Pediátrica	Odontopediatría
Enfermedades Infecciosas y Tropicales	Oftalmología
Gastroenterología	Ortopedia y Traumatología
Gastroenterología Pediátrica	Otorrinolaringología
Geriatría	Pediatría
Ginecología y Obstetricia	Psicología
Hematología Clínica	Psiquiatría
Infectología Pediátrica	Reumatología
Medicina Física y Rehabilitación	Urología
Medicina Intensiva	Urología Pediátrica

ESPECIALIDADES MÉDICAS

CLÍNICA VALLESUR

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

ANEXO 03

CHEQUEO PREVENTIVO ANUAL

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

*Los exámenes de oftalmología se brindan según pertinencia médica.

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

ANEXO 04

COBERTURA DE MATERNIDAD

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

* Previa firma de consentimiento informado.



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

ANEXO 05

CONTROL DEL NIÑO SANO

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

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

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

*** Según esquema de inmunizaciones, indicado en el [Anexo 06](#).

ANEXO 06

ESQUEMA DE INMUNIZACIONES

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

BCG:

Vacuna contra la Tuberculosis.

HvB:

Vacuna contra la Hepatitis B.

APO:

Vacuna oral contra la Poliomiелitis.

HEXAVALENTE:

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

IPV:

Vacuna de Poliovirus Inactivada (Inyectable).

SPR:

Sarampión, Rubeola y Paperas.

ANEXO 07

PRESTACIONES MÉDICAS A TARIFAS PREFERENCIALES

Las siguientes tarifas preferenciales aplican para aquellas prestaciones ocurridas durante el **PERÍODO DE CARENCIA** que señala el plan de salud en el **Anexo 01**, siempre que no sean preexistencias o exclusiones específicas detalladas en el **CONTRATO**.

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

* Descuento sobre precio público vigente, incluye IGV

** Según Listado de Servicios Clínicos de la **IPRESS** publicado en la página web www.oncosalud.pe

ANEXO 08

EXCLUSIONES, GASTOS NO CUBIERTOS Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

- 1 Todo tipo de requerimiento prestacional que no sea ordenado o prescrito por el o los profesionales médicos designados por la **IAFAS** y/o no hayan sido autorizadas por ésta y considerados en el listado de profesionales médicos publicado en la página web www.oncosalud.pe, así como el tratamiento y/o manejo de las complicaciones, eventos adversos, efectos secundarios y otros que se puedan ocasionar o devenir de estos tratamientos e indicaciones médicas dadas y ejecutadas al margen de lo anteriormente establecido.
- 2 Cualquier reintegro y/o pagos por servicios médicos suministrados por terceros no expresamente autorizados, sea por concepto de gastos ambulatorios, de hospitalización no quirúrgica, quirúrgica o gastos post-operatorios de cualquier índole médicos o no médicos.
- 3 Cualquier solicitud de reintegro de gastos médicos, inclusive honorarios de médicos pactados directamente por el **AFILIADO**, así como cualquier tipo de gastos efectuados fuera de la red de atención autorizada por el plan y en el extranjero. No se reconocerán honorarios por encima de lo pactado con los proveedores de salud. Así como también sobrecostos de medicamentos, insumos, material médico o procedimientos diagnósticos o terapéuticos por encima de los costos establecidos por la **IAFAS**.
- 4 Cualquier requerimiento o prestación médica cuyo propósito sea el chequeo médico, despistaje y/o diagnóstico, oncológico o no oncológico que no esté descrito en el presente **CONTRATO**.
- 5 Todos los gastos relacionados al incumplimiento de las indicaciones médicas por decisión del propio paciente, así como la automedicación en perjuicio de su curación y/o rehabilitación. No se cubren tratamientos, procedimientos o medicamentos otorgados o expedidos sin indicación o receta médica ni cualquier estudio, tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a un diagnóstico determinado.
- 6 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.
- 7 Tratamientos realizados en el extranjero o medicamentos no comercializados a nivel nacional.
- 8 Lesiones autoinfligidas o producidas voluntariamente o estando mentalmente insano, intento de suicidio, peleas, riñas, salvo aquellas en que se demuestre que se ha tratado de legítima defensa, a través de una denuncia policial.
- 9 Todo tratamiento médico o quirúrgico de melasma, alopecia u otros trastornos dermatológicos, así como el retiro de tatuajes, piercing o similares.

- 10 No están cubiertos los tratamientos quirúrgicos de sobrepeso, obesidad, obesidad mórbida, raquitismo, anorexia nerviosa y los derivados de estos diagnósticos. No se cubre la liposucción, lipoescultura e inyecciones reductoras de grasa u otros métodos liporeductores.
- 11 Epidemias declaradas como tales por el Ministerio de Salud o Pandemias declaradas por la OMS.
- 12 Cualquier tipo de enfermedades y tratamientos, inclusive accidentales, resultantes del uso o adicción a las drogas, estupefacientes, tabaquismo, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares. Así como las lesiones por accidentes que se produzcan en situación de embriaguez o bajo influencia de drogas registrados en la historia clínica y/o con el dosaje respectivo (caso del alcohol: nivel sérico > 0.5 g/L, según la Ley N° 27753). En caso el paciente se niegue a realizarse el examen de alcoholemia o toxicológico requerido, asume la integralidad del gasto prestacional generado automáticamente, en caso que la muestra para el examen de alcoholemia no sea tomada inmediatamente después del accidente, para calcular el grado de alcohol en la sangre al momento del accidente, se considerará una disminución por hora de 0.15g/L. desde el momento del accidente hasta la toma de la muestra. En el caso de situación bajo influencia de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos se considerará cualquier grado positivo de un examen toxicológico.
- 13 Las afectaciones del estado de salud del **AFILIADO** a consecuencia de la conducción de un vehículo motorizado sin contar con la licencia de conducir vigente que corresponda al tipo de vehículo según la normativa pertinente, y que esta inobservancia haya causado o contribuido al daño o afectación al **AFILIADO**.
- 14 Cualquier tipo de lesiones, enfermedades, secuelas y/o complicaciones, a consecuencia directa o indirecta surgidas de la ocupación u oficio del (los) **AFILIADO(S)**, incluyendo accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, así como otras prestaciones cubiertas por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.
- 15 Lesiones o enfermedades a consecuencia de actos de guerra, revoluciones y de fenómenos catastróficos de la naturaleza, así como los que resulten de la participación activa en motines, huelgas, conmoción civil, terrorismo o actos delictivos. Lesiones, enfermedades, secuelas y/o complicaciones, a consecuencia directa o indirecta de fusión o fisión nuclear, isótopos radioactivos o cualquier accidente nuclear.
- 16 Ecografías 3D y 4D.
- 17 Alquiler de equipos o servicios no disponibles en la **IPRESS**, independientemente del diagnóstico y/o pertinencia médica.
- 18 No se cubre medicina tradicional de cualquier tipo ni tratamientos homeopáticos, recetario magistral, iriología, reflexología y en general tratamientos médicos no tradicionales o experimentales, empíricos y también la medicina alternativa. Asimismo, no están cubierta la acupuntura, quiropraxia, cuidados y tratamientos de rehabilitación en gimnasios.
- 19 Nimodipino se cubre sólo en casos de hemorragia subaracnoidea.
- 20 Vacunas distintas a las ofrecidas en el **PLAN DE BENEFICIOS** de la **IAFAS**.

- 21 Inmunoprofilaxis de cualquier tipo. Así como inmunoterapia y lisados bacterianos. No se cubren medicamentos inmunoestimulantes.
- 22 En caso de trastornos alérgicos, no se cubren procedimientos de desensibilización.
- 23 Se excluye el tratamiento con botox (toxina botulinica) en aquellos casos distintos a los siguientes diagnósticos: Distonía cervical, espasmo miofacial, estrabismo, blefaroespasma y espasticidad por parálisis cerebral.
- 24 Se excluyen los tratamientos con todas aquellas moléculas no contempladas en el “Listado de medicamentos para tratamiento integral” vigente de la **IAFAS** y publicado en el página web www.oncosalud.pe, el mismo será de renovación bianual o conforme la periodicidad que la **IAFAS** establezca.
- 25 Tratamiento relacionado con la Infección por virus de inmunodeficiencia humana - VIH, Síndrome Inmunológico Deficiencia Adquirida (SIDA) y el Síndrome complejo relativo al SIDA (SCRS), sus consecuencias y complicaciones.
- 26 Enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos considerados enfermedades preexistentes (anteriores al inicio de vigencia del Programa de Salud) y gastos derivados de causas relacionadas (de acuerdo al CIE-10, dicha clasificación es publicada en la página web de la Organización Mundial de Salud (www.who.int/classifications/icd/en)). En el caso del beneficio de enfermedades congénitas, las lesiones, defectos y complicaciones congénitas o no congénitas que deriven de una inseminación artificial y/o tratamiento para fertilidad.
- 27 Gastos relacionados a circuncisión o postectomía. Salvo para los bebés nacidos bajo la cobertura del plan de salud, siempre que este tratamiento se realice durante los primeros noventa (90) días calendario desde el nacimiento.
- 28 Tratamiento y operaciones de carácter odontológico y/o cirugías bucales que afecten el componente estomatognático; periodontitis, ortodoncia, gingivitis, a excepción de los causados por accidentes cubiertos por el plan de salud y la cobertura de odontología. No estarán cubiertas en casos de accidente, las prótesis o implantes dentales con los que contaba el **AFILIADO**.
- 29 No se cubren tratamientos odontológicos de periodoncia y ortodoncia, así como pernos, coronas, carillas, y afines, así como las consecuencias y/o complicaciones.
- 30 Cirugías odontológicas, cirugía bucal, ni alteraciones de la articulación témporo-mandibular. Prognatismo, problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular y craneomandibular, desórdenes u otras alteraciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y los relacionados con ellos, aun cuando sean a consecuencia de un accidente.
- 31 Equipos médicos durables tales como: termómetro, tensiómetro, equipos de oxigenoterapia, glucómetro (equipo y tiras), respiradores, pulsoxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP o similares, audífonos e implantes cocleares, separadores interespinosos para columna vertebral y discos intervertebrales protésicos, y demás dispositivos empleados en neurocirugía, prótesis ortopédicas externas. No están cubiertas las prótesis (sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés). No se cubren audífonos. De igual manera aparatos y equipos ortopédicos, zapatos ortopédicos, ortésicos, prótesis externas, equipos mecánicos o electrónicos, medias para varices, audífonos e implante coclear.

- 32 Monturas ni cristales y/o resinas, lentes de contacto, implantes oculares, lente estromal o cualquier otro dispositivo para trastornos de refracción. Así como intervenciones quirúrgicas para corrección de trastornos de refracción (tales como miopía, hipermetropía, astigmatismo o presbicia, catarata o glaucoma, inclusive cirugía láser. Complicaciones relacionadas a vicios de refracción. No están cubiertos los lentes intraoculares para el tratamiento de vicios de la refracción, cubriéndose solamente en el caso de Catarata, lentes monofocales.
- 33 Cirugías electivas que no sean ni recuperativas ni rehabilitadoras.
- 34 Hospitalizaciones para fines de curas de reposo o de sueño, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento. Así como equipos o dispositivos relacionados al estudio y/o tratamiento de trastornos del sueño, incluyendo Polisomnografía.
- 35 Estudios de diagnóstico, tratamientos y procedimientos que tengan relación con problemas de esterilidad, fertilidad e infertilidad; así como, sus complicaciones y/o consecuencias, incluidos los gastos por fertilización. Asimismo, diagnóstico, estudios y tratamientos o cirugías para esterilización, fertilización (tanto en infertilidad primaria como secundaria), disfunción eréctil y cambio de sexo. En los casos de fertilización asistida documentada en la historia clínica de la madre o a través de documentación médica confiable relacionada a la gestación, no se cubrirá ninguna atención de maternidad de la madre ni tampoco las atenciones médicas por prematuridad de los hijos nacidos de la gestación asistida. No se cubrirán tampoco las secuelas relacionadas a la prematuridad en estos niños. Así mismo gastos relacionados a aborto inducido o terapéutico y/o complicaciones de la gestación.
- 36 Insuficiencia o sustitución hormonal en casos de trastorno de crecimiento.
- 37 Gastos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades psiquiátricas y psicológicas definidas en el capítulo V del CIE-10 “Trastornos mentales y del comportamiento” de la OMS a excepción de los diagnósticos F00 al F10, F20, F32 y F41.
- 38 Trastornos del desarrollo psicomotor y del lenguaje de etiología adquirida a excepción de los causados por traumatismos o accidentes cerebrovasculares, en los que la terapia de rehabilitación se extenderá hasta un período máximo de 180 días.
- 39 Tratamiento, procedimientos y operaciones derivadas de pie plano, varo, valgo, Hallux Valgus y callos.
- 40 Todo tipo de prestaciones diagnósticas o terapéuticas, equipos, insumos, suministros o fármacos y otras nuevas tecnologías que no hayan alcanzado el nivel de evidencia 2A en Medicina Basada en Evidencia de la Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ. Así como aquellas que no se comercialicen o no se encuentren disponibles en el territorio nacional. De igual manera están fuera de cobertura aquellos que no hayan concluido exitosamente la fase III de su ensayo clínico o que no se encuentren debidamente aprobados por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), de la Food and Drug Administration (FDA) y de la European Medicines Agency (EMA) o que no se recomienden en las Guías de Práctica Clínica de la IAFAS.
- 41 Modificadores de la respuesta biológica y similares de ningún tipo, sean de naturaleza biológica, semisintética o sintética; tales como interferones, interleukinas, factor estimulante de colonias y anticuerpos monoclonales. Así como inhibidores de tirosinkinasa, antiangiogénicos, inhibidores del proteosoma u otros similares.

- 42 Leches maternizadas (excepto en casos de imposibilidad documentable de lactancia materna sólo durante los días de hospitalización del recién nacido y exclusivamente durante la etapa puerperal).
- 43 Alimentos o sustitutos alimenticios, aunque sea con fines terapéuticos.
- 44 Cremas, lociones faciales, sustancias exfoliativas, despigmentantes, jabones, champúes, cremas neutras y bloqueadores solares. No se cubren lágrimas naturales (salvo casos de síndrome de ojo seco). Así como tratamiento médico o quirúrgico de várices con fines estéticos, ni tampoco medias antiembólicas o para tratamiento de várices.
- 45 Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional sobre alguna enfermedad o condición oncológica, inclusive si hubiese sido diagnosticada en vigencia del programa prepago.
- 46 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**.
- 47 Cualquier trasplante de órganos y tejidos, y su costo ni tampoco los gastos relacionados al trasplante de los mismos. No están cubiertos tampoco los implantes de células madre en cualquier zona anatómica, ni la criopreservación o servicios relacionados.
- 48 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. De igual forma anticoagulantes, heparinoides, procoagulantes y eritropoyetina, con fines preventivos o profilácticos. Asimismo, gastos relacionados por complicaciones médicas del proceso de extracción o colecta en el donante.
- 49 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**.
- 50 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.
- 51 Fármacos como ansiolíticos, antipsicóticos, antidepresivos, vitaminas, suplementos alimenticios, suplementos nutricionales, productos naturales (hierbas y sus derivados, levaduras, probióticos, uso medicinal de cannabis), estimulantes del apetito, anabólicos, antioxidantes, productos geriátricos y reconstituyentes, neurotónicos y nootrópicos, productos naturales, homeopáticos, alternativos o productos no medicinales, así como cualquier otro producto o medicamento no relacionado a la enfermedad objeto de cobertura.
- 52 Suministro de cualquier tipo de medio de transporte y servicio de ambulancia. Salvo las expresamente señaladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.

- 53 Gastos relacionados a acompañantes, mientras el **AFILIADO** se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, cama, alimentación, bazar y/o confort y similares.
- 54 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**.
- 55 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.
- 56 En ningún caso estarán cubiertos los gastos por alquiler de unidades de calefacción, teléfono ni artefactos eléctricos, aire acondicionado, etc.
- 57 Gastos relacionados con uso de equipos y servicios de diálisis y/o cámara hiperbárica.
- 58 En el caso de la Terapia Biológica Oftalmológica, se excluye toda indicación que no corresponda con el tratamiento de pacientes con Membrana Neo vascular por Degeneración macular asociada a la edad (tipo húmeda). En el caso de la Terapia Reumatológica, se excluyen tratamientos con medicamentos biológicos no aprobados por la FDA según condiciones de severidad compatibles con tratamientos de Artritis Reumatoide, Artritis reumatoide juvenil, Artritis psoriásica, Espondilitis Anquilosante y Psoriasis en placas. En el caso de la Terapia Gastrointestinal, la cobertura se excluye si no se asocia al tratamiento de pacientes con Enfermedad de Crohn y Colitis ulcerativa.
- 59 Se excluye cualquier otro tratamiento no oncológico con medicamentos biológicos a excepción de los señalados en líneas previas. Para el reconocimiento de esta cobertura rigen la carencia establecida en el presente **CONTRATO**.
- 60 Gastos relacionados a sepelio, velatorio y afines.
- 61 Prestaciones económicas de cualquier índole.

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

ANEXO 09

FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

1



PASO 1 AFILIADO REALIZA LA CONSULTA O RECLAMO

A través de los siguientes medios, según corresponda.



Call center

¿Cuál es el número y horario de atención?

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



Correo electrónico
aunasalud@auna.pe



Carta

¿Dónde pedir y dónde dejar la carta?

- Físico:
Av. Guardia Civil N° 571, San Borja
Av. Angamos Oeste cuadra 4, Miraflores
- Horario de atención:
De lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
y sábados de 8:00 a.m. a 2:00 p.m.



Libro de reclamaciones

¿Cómo acceder al libro de reclamaciones electrónico y físico?

- Físico: En nuestras Sedes Comerciales y Clínica Delgado.
- Virtual: www.oncosalud.pe

2



PASO 2 SERVICIO AL CLIENTE RECIBE LA CONSULTA O RECLAMO

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

3



PASO 3 SERVICIO AL CLIENTE REALIZA EL ANÁLISIS CORRESPONDIENTE

4



PASO 4 ÁREA INVOLUCRADA ENVÍA DESCARGO

5



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



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

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

ANEXO 10

APORTES PROGRAMA AUNA SALUD

APORTES MENSUALES (EN SOLES INCLUIDO IGV)

RANGO DE EDADES	Plan Classic		Plan Premium	
	Tarjeta de Crédito	Tarjeta de Débito	Tarjeta de Crédito	Tarjeta de Débito
Desde 00 hasta 17 años	75	83	137	151
Desde 18 hasta 25 años	90	99	163	179
Desde 26 hasta 35 años	100	110	182	200
Desde 36 hasta 40 años	112	123	203	223
Desde 41 hasta 45 años	147	162	267	294
Desde 46 hasta 50 años	173	190	314	345
Desde 51 hasta 55 años	225	248	408	449
Desde 56 hasta 60 años	304	334	552	607
A partir de 61 años*	540	594	982	1,080

* Solo aplica para renovación.