

# CONTRATO DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD

## PROGRAMA PROTECCIÓN CERO ACCIDENTES

### CONDICIONES GENERALES

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



CLÁUSULA PRIMERA:

## ANTECEDENTES

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

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

CLÁUSULA SEGUNDA:

## OBJETO

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

Tanto la cobertura de servicios de salud y beneficios adicionales o especiales contemplados en las **CONDICIONES GENERALES** y en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO** son de naturaleza voluntaria y se regirán conforme a las cláusulas establecidas en el **CONTRATO**.

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

CLÁUSULA TERCERA:

## CONTENIDO

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

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

## CLÁUSULA CUARTA: DEFINICIONES

- 1 **ACCIDENTE:** Suceso eventual imprevisto, fortuito u ocasional, producido por acción de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad, pudiendo resultar en daño para la vida o la salud.
- 2 **AFILIADO:** Persona que ha suscrito, o por quien se ha suscrito un **CONTRATO** de Servicios de Salud Prepagados, a través del cual tiene derecho a los beneficios del plan o programa de salud contratado, previa aceptación por la Entidad que presta Servicios de Salud Prepagados (ESSP).
- 3 **AFILIACIÓN INDIVIDUAL:** Modalidad mediante la cual el **AFILIADO** formaliza su relación de aseguramiento en salud con una **IAFAS** a título personal, en virtud de un **CONTRATO** suscrito con esta. En el caso de los dependientes, la **IAFAS** respectiva deberá registrarlos individualmente, señalando expresamente cualquier limitación que le resulte aplicable respecto de la cobertura del titular.
- 4 **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.
- 5 **APORTE:** Contraprestación establecida en el **CONTRATO** a favor de la **IAFAS**, de cargo del **AFILIADO** o **CONTRATANTE**, por las coberturas del programa contratado.
- 6 **BENEFICIOS:** Derechos del (los) **AFILIADO(s)**, según las condiciones establecidas en el programa contratado.
- 7 **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL:** Monto del beneficio del programa contratado. Los gastos médicos incurridos por el(los) afiliados durante el periodo de la vigencia anual, reduce automáticamente el monto del beneficio, sin lugar a restitución hasta la celebración de una nueva anualidad del contrato. El monto del Beneficio Máximo anual no es acumulable entre renovaciones y no incluye IGV.
- 8 **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**.
- 9 **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.
- 10 **COPAGO:** Importe a pagar por el **AFILIADO** por los servicios médicos o beneficios solicitados, el cual puede estar expresado en un porcentaje del valor de la atención y/o en una cantidad fija, establecidos en el **PLAN DE BENEFICIOS** que forma parte integrante del presente **CONTRATO**.
- 11 **DEDUCIBLE:** Importe fijo a pagar por el **AFILIADO** por los servicios cubiertos en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican deducibles se especifican en el **PLAN DE BENEFICIOS** de las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**. Una misma atención puede estar afecta al pago de copago y deducible.
- 12 **DÍAS:** Días calendario.
- 13 **EMERGENCIA ACCIDENTAL:** Es aquella producida por un accidente y que requiere atención médica en forma inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud, o que puede dejar secuelas invalidantes.

- 14 **ENFERMEDAD CONGÉNITA:** Son todas aquellas que se producen en la etapa de gestación, es decir presentes desde el nacimiento, listadas en el capítulo XVII del Código Internacional de Enfermedades, 10<sup>o</sup> edición (CIE-10) “Malformaciones congénitas” que codifica las malformaciones congénitas.
- 15 **ENSAYO CLÍNICO DE FASE III:** Estudio que se realiza a nivel mundial a diferentes pacientes con la finalidad de corroborar si un nuevo tratamiento es seguro y eficaz comparado con el tratamiento estándar o convencional, en condiciones de uso habituales. Sus resultados proporcionan la base para la aprobación del fármaco por las entidades regulatorias de salud.
- 16 **EVENTO HOSPITALARIO:** Un evento hospitalario se considera como un internamiento del afiliado en una **IPRESS**, de por lo menos un día, bajo indicación médica pertinente y hasta el alta médica, al amparo de las estipulaciones contempladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**.
- 17 **EXCLUSIONES:** Son aquellas intervenciones de salud no cubiertas por el programa de salud contratado, las mismas que son detalladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**.
- 18 **FRACTURA ÓSEA:** Es una ruptura o solución de continuidad del tejido óseo (hueso), como consecuencia de la aplicación sobre el mismo de una fuerza superior a la que éste puede resistir. Para efectos de éste contrato, sólo se contemplarán en cobertura aquellas ocurridas en huesos sanos.
- 19 **FRACTURA PATOLÓGICA:** Es aquella **FRACTURA ÓSEA** que se produce por un debilitamiento del hueso debido a alguna enfermedad que lo aqueja, por lo que el hueso se rompe incluso frente a fuerzas leves o cotidianas.
- 20 **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.
- 21 **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.
- 22 **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.
- 23 **PERÍODO DE CARENCIA:** Plazo mínimo de permanencia en el plan o programa de salud para tener derecho a los beneficios establecidos en este. Los **PERÍODO DE CARENCIA** se contabilizan en forma individual por cada **AFILIADO**. Las enfermedades o condiciones de salud que ocurran o le sean diagnosticadas al **AFILIADO** durante este periodo no serán cubiertas durante todo el periodo de vigencia del **CONTRATO** ni en sus renovaciones.
- 24 **PLAN DE BENEFICIOS:** Es el documento que detalla los beneficios que otorga la Entidad de Servicios de Salud Prepagados (ESSP).
- 25 **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**.

- 26 SALUD:** Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

#### CLÁUSULA QUINTA:

### COBERTURA Y CONDICIONES

La **IAFAS** otorga a los **AFILIADOS** la cobertura sobre las prestaciones de recuperación de la salud para la atención de las emergencias, hospitalización y continuidad ambulatoria, originados a causa de accidentes, comprendidos en el programa contratado y descritos en las **CONDICIONES PARTICULARES**, la cual es parte integrante del presente **CONTRATO**.

#### CLÁUSULA SEXTA:

### REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN

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

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

Dentro de los primeros sesenta (60) días calendario de la recepción de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** y cancelada la primera cuota del programa, la **IAFAS**, podrá excluir, limitar o condicionar el otorgamiento de determinadas coberturas y/o prestaciones contenidas en el presente **CONTRATO**, condicionamientos que la **IAFAS** deberá poner en conocimiento del **CONTRATANTE** con la debida oportunidad.

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

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

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

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

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

CLAÚSULA SÉPTIMA:

## MODIFICACIONES A LA AFILIACIÓN

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA OCTAVA:

## DE LA DESAFILIACIÓN

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

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

Del mismo modo, el **AFILIADO** tiene el derecho a solicitar de forma libre y voluntaria su **DESAFILIACIÓN**. Para ello deberá comunicarse a la central telefónica de la **IAFAS** a la siguiente línea telefónica **(01) 513-7900** en el horario de Lunes a Viernes de 8:00am a 8:00pm.

La **DESAFILIACIÓN** procederá previa cancelación de cualquier deuda pendiente por aportaciones correspondientes a la vigencia transcurrida, la cual se hará efectiva a partir del primer día del mes siguiente en tanto la solicitud sea recepcionada con un mínimo de veinte (20) días de anticipación.

#### CLÁUSULA NOVENA:

### VIGENCIA DEL CONTRATO

El presente **CONTRATO** se celebra por un plazo de un (1) año, comenzando a regir a partir del primer día del mes siguiente de cancelado el primer aporte del programa de salud elegido y quedará automáticamente renovado por igual plazo bajo los términos y condiciones vigentes a la renovación, salvo que el **CONTRATANTE** manifieste, mediante aviso escrito cursado con treinta (30) días calendario de anticipación, su voluntad de no renovarlo, o de modificar los términos contractuales.

Siempre que el **CONTRATO** quede renovado, no se considerarán como enfermedades preexistentes aquellas que se hayan originado durante la vigencia del **CONTRATO**, en tanto que la renovación se realice en los plazos y condiciones establecidas en el presente **CONTRATO**.

#### CLÁUSULA DÉCIMA:

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

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

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

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

#### CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA:

### INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA

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

El inicio de las prestaciones, bajo cobertura del programa, se dará desde el inicio de vigencia del programa, sin aplicación de período de carencia. De la misma forma se procederá con los descuentos tarifarios concedidos de manera preferencial sobre las tarifas privadas en las **IPRESS** que integran la red de atención del programa de salud, a los cuales se podrá acceder una vez efectuado el primer pago de la afiliación.

Es condición esencial que el **AFILIADO** de aviso a la **IAFAS** de la ocurrencia del accidente dentro de un plazo no mayor a 48 horas después de ocurrido el mismo.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA:

## LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y DIRECTORIO MÉDICO

El otorgamiento de las prestaciones de recuperación de salud del programa, amparadas bajo el presente **CONTRATO**, se realizará exclusivamente a través de las **IPRESS** de la **RED AUNA** detalladas en el **Anexo 5** de las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente contrato; en el que consta la dirección de los establecimientos.

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

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA:

## RESPONSABILIDAD DE LAS IAFAS

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

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA:

## REFERENCIAS

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA:

## APORTES Y FORMAS DE PAGO

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

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



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

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

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

#### CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA:

### INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE LOS APORTES

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

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

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

#### CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA:

### COPAGOS Y DEDUCIBLES

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA:

## MODIFICACIÓN DE APORTES Y/O COPAGOS

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA:

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

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA:

## INFORMACIÓN

La **IAFAS** pone a disposición de los **AFILIADOS** el programa de salud por medios digitales o a través de su página web [www.oncosalud.pe](http://www.oncosalud.pe), a fin de permitir su acceso a la información de forma oportuna, clara y precisa.

#### CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA:

### DOMICILIO Y NOTIFICACIONES

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

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

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

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

#### CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA:

### ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

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

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

Para un mayor detalle, el procedimiento de atención de consultas y reclamos de la **IAFAS** se detalla en el **Anexo 6** de las **CONDICIONES PARTICULARES**. En caso de dudas sobre el procedimiento antes señalado, el **AFILIADO** puede contactarse al Call Center de servicio al cliente de la **IAFAS** al número telefónico **(01) 513-7900** y/o al correo electrónico de la **IAFAS** [contactos@oncosalud.pe](mailto:contactos@oncosalud.pe).

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA:

## TERMINACIÓN DEL CONTRATO

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

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO CUARTA:

## CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

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

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

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

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

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

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

#### CLÁUSULA VIGÉSIMO QUINTA:

### DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEXTA:

## SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO SÉPTIMA:

## MODIFICACIONES CONTRACTUALES

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

El **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 PROTECCIÓN CERO ACCIDENTES

### 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 1, 2, 3, 4, 5 y 6** que son parte integrante del presente **CONTRATO**.

Los **AFILIADOS** tienen derecho a:



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



## 1. Atención por Emergencia Accidental

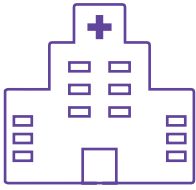
La emergencia accidental es aquella producida por un accidente, es decir, una acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad y por la cual requiere atención y procedimientos quirúrgicos y/o médicos inmediatos al poner en peligro inminente la vida, la salud, o que puede dejar secuelas invalidantes. Los gastos médicos de emergencias accidentales serán cubiertos por el programa de salud sin deducible ni copago alguno, siempre que la atención se haya iniciado hasta dentro de las 48 horas después de ocurrido el accidente. La determinación de la condición de emergencia accidental es realizada por el profesional médico encargado de la atención bajo responsabilidad. En caso de que, el evento médico iniciado en emergencia accidental requiera atención ambulatoria y/o hospitalaria, serán cubiertas bajo las condiciones detalladas en el **PLAN DE BENEFICIOS** del presente **CONTRATO**.

### El programa otorga las siguientes prestaciones:

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

**!** *La cobertura no incluye prótesis externas, férulas ortopédicas, cabestrillos y similares.*





## 2. Atención Hospitalaria (médica o quirúrgica)

La atención hospitalaria es el internamiento del afiliado bajo indicación médica pertinente, a causa de un accidente, debiendo permanecer internado por lo menos un (1) día. Los gastos médicos generados por las prestaciones de hospitalización serán cubiertos por el programa sin deducible ni copago alguno según lo establecido en su **PLAN DE BENEFICIOS**, hasta el agotamiento del **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL**, según lo establecido en su **CONTRATO**. Siempre que el **AFILIADO** haya avisado a la **IAFAS** de la ocurrencia del accidente hasta un plazo no mayor a 48 horas después de ocurrido el mismo.

### El programa otorga las siguientes prestaciones:

- a Honorarios médicos y asistenciales.
- b Hotelería: Habitación estándar.
- c Medicamentos según tratamiento farmacológico de **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA** vigente, materiales e insumos incluyendo: catéteres, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos, vendas de yeso y yeso acrílico.
- d Exámenes de laboratorio y/o anatomía patológica relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones cubiertas por el plan de salud.
- e Estudios de imágenes, tales como rayos X, ecografía, tomografía computarizada y otros relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones 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.
- g Alimentación para un acompañante del paciente pediátrico. Este beneficio es exclusivo del plan Premium.
- h Tratamientos en Medicina Física y Rehabilitación.

**!** *La cobertura de prótesis internas y material de osteosíntesis será según las condiciones de su acápite específico.*

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



### 3. Continuidad Ambulatoria de Emergencia Accidental

Se cubre la continuidad de la emergencia accidental bajo atención ambulatoria hasta un máximo de 120 días calendario después del accidente. Dicha cobertura aplica para controles ambulatorios, exámenes de laboratorio de control, exámenes radiológicos de control, procedimientos ambulatorios, retiro de puntos, entre otros.

Los gastos médicos generados por las prestaciones de atención ambulatoria serán cubiertos por el programa sin deducible ni copago alguno según lo establecido en su **PLAN DE BENEFICIOS**. Siempre que el **AFILIADO** haya avisado a la **IAFAS** de la ocurrencia del accidente hasta un plazo no mayor a 48 horas después de ocurrido el mismo.

**El programa otorga las siguientes prestaciones:**

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

**!** *En caso de una **CIRUGÍA AMBULATORIA** se cubrirá bajo condiciones de una atención hospitalaria.*



### 4. Prótesis internas y material de osteosíntesis

Este beneficio otorga cobertura al **AFILIADO** para aquellas prestaciones objeto de la cobertura del programa, las prótesis internas y material de osteosíntesis (placas, clavos, tornillos, alambre, agujas y pines, entre otros) quirúrgicamente pertinentes. Las mismas que serán establecidas por la **IAFAS** de acuerdo a las características del paciente, criterios de pertinencia establecidos en la **GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**.

La cobertura será según las condiciones y hasta el monto del Beneficio Máximo específico establecido en su **PLAN DE BENEFICIOS**, el cual es único durante la vigencia del **CONTRATO**, independientemente del número de eventos o fracturas óseas.

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



## 5. Transfusión sanguínea y hemoderivados

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 de glóbulos rojos y plaquetas, que se encuentren registradas en la historia clínica, bajo indicación pertinente debidamente justificada.

Los gastos médicos generados por la terapia serán cubiertos por el programa con los deducibles, copago y monto límite anual establecidos en su **PLAN DE BENEFICIOS**.

**!** *La cobertura no incluye búsqueda de donantes, ni prestaciones económicas de ningún tipo.*



## 6. Terapia de rehabilitación ambulatoria

Incluye las sesiones de rehabilitación de acuerdo a un tratamiento necesario para la estabilización del afiliado y que este sea requerido a raíz de la ocurrencia de un accidente hasta un plazo máximo de 120 días después de la ocurrencia del accidente.

Los gastos generados por la terapia serán cubiertos por el programa con los deducibles, copago y monto límite anual establecidos en su **PLAN DE BENEFICIOS**.

Siempre que el **AFILIADO** haya avisado a la **IAFAS** de la ocurrencia del accidente hasta un plazo no mayor a 48 horas después de ocurrido el mismo.



## 7. Gastos Odontológicos

Incluye las prestaciones de salud objeto de la cobertura, que requieren de revisión, procedimientos y control de atención odontológica, tanto en hospitalario como en ambulatoriamente, hasta un plazo máximo de 120 días después del accidente o hasta agotar el beneficio máximo anual específico para este beneficio. Los gastos generados serán cubiertos por el programa con los deducibles y copago establecidos en su **PLAN DE BENEFICIOS**.

**!** *La cobertura no incluye prótesis dentales, obturadores, o similares.*



## 8. Alimentación para un 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.

**!** *Este beneficio aplica exclusivamente durante el periodo de hospitalización del paciente pediátrico.*



## 9. Terapia Psicológica Ambulatoria

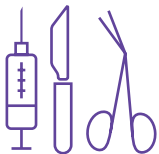
Incluye evaluación especializada y las sesiones psicológicas necesarias para la atención mental del afiliado, y que este sea requerido a raíz de la ocurrencia de un accidente.

Solo se otorgará este beneficio a causa de un accidente y hasta un máximo de 120 días después de la ocurrencia del accidente.

Posterior a este período, el afiliado podrá acceder a estas prestaciones a través de tarifa preferencial.

**!** *No incluye el tratamiento psiquiátrico, ni medicinas.*

*Los gastos generados por la terapia psicológica serán cubiertos por el programa con los deducibles, copago y monto límite anual establecidos en su **PLAN DE BENEFICIOS**. Siempre que el **AFILIADO** haya avisado a la **IAFAS** de la ocurrencia del accidente hasta un plazo no mayor a 48 horas después de ocurrido el mismo.*



## 10. Cirugía Plástica Reconstructiva

Incluye las prestaciones quirúrgicas ante la evidente alteración física de alguna parte del cuerpo a causa específica del accidente, como por ejemplo tratamiento de cicatrices queloides, reconstrucción de mama en caso de pérdida o desfiguración, rinoplastia, entre otros.

Solo se otorgará este beneficio durante el internamiento hospitalario y en forma ambulatoria, hasta un máximo de 120 días después de la ocurrencia del accidente o hasta agotar el beneficio máximo anual específico para este beneficio.

Los gastos generados por cirugía estética serán cubiertos por el programa con los deducibles, copago y monto límite anual establecidos en su **PLAN DE BENEFICIOS**.

**!** *Se excluye de la cobertura el aumento o simetrización de busto, glúteos y/o labios, así como procedimientos de naturaleza exclusivamente estética o cosmética y/o aquellas acciones correctivas de procedimientos realizado en otras **IPRESS** fuera de la red de atención de este programa.*

# PLAN DE BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE SALUD

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

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN		
CONDICIONES	PLAN CLASSIC	PLAN PREMIUM
Beneficio Máximo anual	S/ 30,000	S/ 100,000
Edad inicio de ingreso	Desde los 0 años	
Edad límite de ingreso	Hasta los 65 años	
Edad de límite de permanencia	Sin Límite	
Renovación	Automática, anual	

PRESTACIONES CUBIERTAS	PLAN CLASSIC		PLAN PREMIUM	
	Deducible y/o copago a cargo del Afiliado	Cobertura	Deducible y/o copago a cargo del Afiliado	Cobertura
<b>ATENCIÓN DE EMERGENCIA ACCIDENTAL</b>				
Deducible por emergencia	S/0.00		S/0.00	
Honorarios médicos y asistenciales	0%	100%	0%	100%
Exámenes auxiliares de laboratorio clínico y patología	0%	100%	0%	100%
Exámenes de diagnóstico por imágenes	0%	100%	0%	100%
Procedimientos en emergencia (honorarios médicos, sala de procedimientos y enfermería)	0%	100%	0%	100%
Farmacia e insumos	0%	100%	0%	100%

PRESTACIONES CUBIERTAS	PLAN CLASSIC		PLAN PREMIUM	
ATENCIÓN HOSPITALARIA (Médica o quirúrgica)	Deducible y/o copago a cargo del Afiliado	Cobertura	Deducible y/o copago a cargo del Afiliado	Cobertura
Deducible por hospitalización	S/0.00		S/0.00	
Honorarios médicos y asistenciales	0%	100%	0%	100%
Habitación estándar, cuidados intermedios, UCI y UCIN	0%	100%	0%	100%
Sala de operaciones y sala de recuperación	0%	100%	0%	100%
Exámenes auxiliares de laboratorio clínico y patología	0%	100%	0%	100%
Exámenes de diagnóstico por imágenes	0%	100%	0%	100%
Farmacia hospitalaria, insumos y material médico	0%	100%	0%	100%
Procedimientos hospitalarios quirúrgicos y no quirúrgicos	0%	100%	0%	100%

PRESTACIONES CUBIERTAS	PLAN CLASSIC		PLAN PREMIUM	
CONTINUIDAD AMBULATORIA EMERGENCIA ACCIDENTAL (Hasta un máximo de 120 días calendario después del accidente)	Deducible y/o copago a cargo del Afiliado	Cobertura	Deducible y/o copago a cargo del Afiliado	Cobertura
Deducible	S/0.00		S/0.00	
Exámenes auxiliares de laboratorio clínico y patología	0%	100%	0%	100%
Exámenes de diagnóstico por imágenes	0%	100%	0%	100%
Farmacia hospitalaria, insumos y material médico	0%	100%	0%	100%
Procedimientos médicos	0%	100%	0%	100%

PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS	PLAN CLASSIC		PLAN PREMIUM	
	Deducible y/o copago a cargo del Afiliado	Cobertura	Deducible y/o copago a cargo del Afiliado	Cobertura
<b>TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA Y HEMODERIVADOS</b> Pruebas de tamizaje, banco de sangre, pruebas cruzadas y los insumos de unidades efectivamente transfundidas.	0%	100%	0%	100%
<b>PRÓTESIS INTERNAS y MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS</b> Incluye placas, clavos, tornillos, alambre, agujas y pines, entre otros quirúrgicamente pertinentes.	20%	80% Hasta S/ 6,000	0%	100%
<b>TERAPIA DE REHABILITACIÓN AMBULATORIA</b> Hasta un máximo de 120 días calendario después del accidente sesiones de rehabilitación física.	20%	80%	0%	100%
<b>GASTOS ODONTOLÓGICOS POR ACCIDENTE</b> Hasta un máximo de 120 días calendario después del accidente.	No cubierto	No cubierto	0%	100% Hasta S/ 10,000
<b>TERAPIA PSICOLÓGICA AMBULATORIA</b> Hasta un máximo de 120 días calendario después del accidente.	No cubierto	No cubierto	S/ 80	-
<b>CIRUGÍA PLÁSTICA</b> Hasta un máximo de 120 días calendario después del accidente.	No cubierto	No cubierto	50%	50% Hasta S/ 10,000

Contrato vigente a partir del 30 de Octubre de 2020

Código OS.SP.P.02.38

Revisión: 00

# ÍNDICE DE ANEXOS

<b>ANEXO 1:</b> Procedimiento de Atención .....	<b>Pág. 25</b>
<b>ANEXO 2:</b> Tarifas y descuentos preferenciales .....	<b>Pág. 26</b>
<b>ANEXO 3:</b> Exclusiones, gastos no cubiertos y limitaciones .....	<b>Pág. 27</b>
<b>ANEXO 4:</b> Aportes .....	<b>Pág. 29</b>
<b>ANEXO 5:</b> Red de atención .....	<b>Pág. 30</b>
<b>ANEXO 6:</b> Flujograma de procedimiento de atención de consultas y reclamos.....	<b>Pág. 31</b>



## ANEXO 1

### PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN



El **AFILIADO** podrá hacer uso de los beneficios y coberturas del programa, desde el inicio de vigencia del programa, el mismo que empieza a partir del primer día del mes siguiente de cancelada la primera cuota del programa, previa suscripción y recepción de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** por parte de la **IAFAS**.

En caso de ocurrir algún evento que requiera de las prestaciones recuperativas de salud, objeto del **CONTRATO**, el afiliado deberá acudir, a las **IPRESS** de la **RED AUNA** detalladas en el **Anexo 5** de las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente contrato; en el que consta la dirección de los establecimientos.

Al momento de requerir la atención de salud deberá identificarse con su documento nacional de identidad e indicar en admisión de la **IPRESS** que es afiliado del programa, así mismo deberá declarar con verdad la fecha del accidente y las circunstancias de ocurrencia, las cuales quedarán registradas en la historia clínica.

El **AFILIADO** o quien lo represente, deberá dar aviso al **CALL CENTER (01) 513-7900** o al **CORREO [contactos@oncosalud.com](mailto:contactos@oncosalud.com)** sobre la ocurrencia del accidente, hasta un plazo no mayor de 48 horas de ocurrido el mismo. Esta comunicación no es indispensable para la atención inicial en emergencia. Sin embargo, es imprescindible para el otorgamiento de los demás beneficios objeto del programa.

Para el otorgamiento o continuidad de la cobertura, la **IAFAS** tendrá derecho, a requerir al **AFILIADO** información o documentación que sustente el evento accidental (tales como: denuncias policiales, licencias de conducir, etc.), los cuales deberán ser entregados hasta en un máximo de 7 días después de realizado dicho requerimiento. Excedido el plazo, la falta de respuesta, obstaculización, reticencia de información o falta de veracidad en la información presentada o declarada, por parte del **AFILIADO** o **CONTRATANTE** liberará a la **IAFAS** de cualquier obligación.

ANEXO 2

## TARIFAS Y DESCUENTOS PREFERENCIALES

Las siguientes tarifas preferenciales aplican para aquellas que sean preexistentes o exclusiones específicas en el **CONTRATO**.

CONCEPTO	TARIFAS Y DESCUENTOS			
	Clínica Delgado	Clínica Bellavista	Clínica Miraflores	Clínica Vallesur
Consulta externa*	S/80.00	S/40.00	S/50.00	
Consulta de emergencia*	S/80.00	S/40.00	S/50.00	
Servicios Clínicos	Hasta 40%			
Radiología	Hasta 20%			
Ecografía	Hasta 20%			
Otras imágenes	Hasta 20%			
Laboratorio clínico y patológico	Hasta 20%			
Medicamentos	Hasta 20%			

\* No aplica interconsultas de emergencia u hospitalaria.



El descuento aplica sobre precio público vigente, incluye IGV.

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

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

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 Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional atendido fuera de la **RED AUNA**. Así como aquellos que no sean ordenados o prescritos por sus profesionales médicos. Así como cualquier prestación relacionada con complicaciones, efectos adversos o secundarios que devengan de prestaciones ejecutadas al margen de la cobertura de este programa.
- 2 Cualquier requerimiento de reintegro y/o pagos por servicios médicos suministrados por terceros no autorizados expresamente por la **IAFAS**.
- 3 No se reconocerán honorarios y/o tarifas por encima de lo establecido entre la **IAFAS** y las **IPRESS**.
- 4 Alquiler de equipos o servicios no disponibles en la **IPRESS**, independientemente del diagnóstico y/o pertinencia médica.
- 5 Toda prestación médica o sanitaria derivada de lesiones auto infligidas, intento de suicidio o autoeliminación o estando mentalmente insano producto de peleas y riñas, inclusive aquellas de naturaleza accidental resultantes del uso o adicción a las drogas, estupefacientes, por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares. Así como las lesiones que se produzcan en situación de embriaguez o bajo influencia de drogas registrados en la historia clínica y/o con el dosaje respectivo (caso del alcohol: nivel sérico > 0.5 g/dl). En caso el paciente se niegue a realizarse el examen de alcoholemia o toxicológico requerido, asume la integralidad del gasto prestacional generado automáticamente.
- 6 Cualquier requerimiento o prestación médica y/o quirúrgica consecuencia de la conducción de un vehículo motorizado sin contar con la licencia de conducir vigente que corresponda al tipo de vehículo según la normativa pertinente. Así como lesiones o enfermedades a consecuencia de la participación activa del afiliado en motines, huelgas, conmoción civil, terrorismo o actos delictivos. Así como aquellas a causa de una guerra Civil o Internacional.
- 7 Todo tipo de prestaciones diagnósticas o terapéuticas, equipos, insumos, suministros o fármacos y otras nuevas tecnologías que no hayan alcanzado el nivel de evidencia IIA en Medicina Basada en Evidencia de la Agency for Healthcare Reserch and Quality - AHRQ. De igual manera están fuera de cobertura aquellos que no hayan concluido exitosamente la fase III de su ensayo clínico o que no se encuentren debidamente aprobados por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), de la Food and Drug Administration (FDA) y de la European Medicines Agency (EMA) o que no se recomienden en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**. Así mismo, tratamientos o medicamentos e insumos no comercializados a nivel nacional.
- 8 No se cubre medicina tradicional de cualquier tipo ni tratamientos homeopáticos, recetario magistral, iriología, reflexología y en general tratamientos experimentales, empíricos o relacionados a la medicina alternativa.
- 9 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. No están cubiertas las prótesis externas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés, férulas ortopédicas, cabestrillos y similares, prótesis dentales, oculares, obturadores, ni aquellas con fines estéticos. De igual manera, aparatos y equipos ortopédicos, zapatos ortopédicos, ortésicos.

- 10 Suministro de cualquier tipo de medio de transporte y/o servicio de ambulancia.
- 11 Todo tipo de servicios de bazar y confort personal durante la hospitalización, como radios, televisores, teléfonos, consumos de frigobar, artículos personales o de higiene, pañales, medias antiembólicas, toallas higiénicas, máquinas de afeitar, guantes descartables no estériles, mantas térmicas de cualquier tipo, papel higiénico, batas, ropa de cama, hisopos y/o colchón antiescaras.
- 12 Gastos relacionados a acompañantes, mientras el **AFILIADO** se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, cama, alimentación, bazar y/o confort y similares. Con excepción de lo especificado en su tabla de beneficios.
- 13 Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional a causa de la participación de cualquier deporte de alto riesgo, tales como, pero sin limitarse a: paracaidismo, parapente, vuelo en aeronaves ultraligeras o ala delta y vuelos no comerciales (inclusive como pasajero), escalamiento, parkour, downhill, skateboard, esquí acuático y sobre nieve o snowboarding, rafting y rappel, buceo o caza submarina, cualquier tipo de deporte aéreo, saltos desde puentes o puntos elevados al vacío, cacería, equitación, toreo o rodeo, carreras de vehículos motorizados (incluidos los denominados “piques”), boxeo y artes marciales y otras actividades o deportes razonablemente riesgosos y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.
- 14 Todo procedimiento o terapia que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria. Así como prestaciones y tratamientos profilácticos, psicológicos, psiquiátricos, psicoterapéuticos, curas de reposo, cualquier tipo de tratamiento de medicina física, rehabilitación física, kinésico o mental, prestaciones odontológicas, nutricional, salvo las prestaciones detalladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**. De la misma manera, las prestaciones por o para, neurotización, ginecomastia, mastopexia, simetrización. Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional que involucre utilización de láser o fototerapia de cualquier tipo.
- 15 Prestaciones de naturaleza psicológica, psiquiátrica o psicoterapéutica. Con excepción de lo especificado en su tabla de beneficios.
- 16 Prestaciones relacionadas a un accidente que no haya sido reportado a la **IAFAS**, hasta un máximo de 48 horas después de ocurrido el mismo (Con excepción de las Emergencias Accidentales). Estas prestaciones podrán ser atendidas, a costo del afiliado, a través de las tarifas preferenciales a las que tiene derecho.
- 17 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. Asimismo, queda excluida cualquier tipo de asistencia o prestación a acompañantes del paciente.
- 18 Cualquier prestación o gastos relacionados a segunda opinión nacional o internacional, inclusive si fuera realizada en la **IPRESS** designada por la **IAFAS**.
- 19 Lesiones, secuelas y/o complicaciones, a consecuencia directa o indirecta de accidentes de trabajo o relacionados a la ocupación u oficio del (los) **AFILIADO(S)**, así como otras prestaciones cubiertas por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.
- 20 Los denominados “accidentes médicos”, tales como apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, infartos de miocardio, trombosis, ataques epilépticos u otros análogos. Así como fracturas patológicas.

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 APORTES

PLAN CLASSIC		
RANGO ETARIO	Mensual	Anual
0 - 35	S/ 19	S/ 217
36 - 65	S/ 25	S/ 285
66 - 75*	S/ 33	S/ 376
76 - 120*	S/ 43	S/ 490

\* Tarifas de renovación.  
Precios incluyen IGV.

PLAN PREMIUM		
RANGO ETARIO	Mensual	Anual
0 - 35	S/ 29	S/ 331
36 - 65	S/ 37	S/ 422
66 - 75*	S/ 47	S/ 536
76 - 120*	S/ 60	S/ 684

\* Tarifas de renovación.  
Precios incluyen IGV.

ANEXO 5  
RED DE ATENCIÓN

# Red Auna

PIU  
1  
PIURA

## 📍 Lima

Clínica Delgado  
(RS 00019049)  
Av. Angamos Oeste  
N° 450 - 490  
☎️ (01) 513-7900

## 📍 Callao

### BELLAVISTA

Clínica Bellavista  
(RS 00009250)  
Jr. Las gaviotas  
N° 207  
Urb. San José  
☎️ (01) 204-9600

## 📍 Provincias

### PIURA

Auna  
Clínica Miraflores  
(RS 00013494)  
Cll. Las Dalias A-12  
Urb. Miraflores  
☎️ (073) 749-333

### AREQUIPA

Clínica Vallesur  
(RS 00016744)  
Av. La salle  
N° 108 y N° 116  
Cercado  
☎️ (054) 749-333

BEL  
1  
CALLAO  
LIM  
1  
LIMA

PERÚ

AQP  
1  
AREQUIPA

\* RS: Número de registro Susalud

## FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

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

1



### PASO 1

#### AFILIADO REALIZA LA CONSULTA O RECLAMO

A través de los siguientes medios, según corresponda.



##### Call center

¿Cuál es el número y horario de atención?

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



##### Correo electrónico

contactos@oncosalud.pe



##### Carta

¿Dónde pedir y dónde dejar la carta?

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



##### Libro de reclamaciones

¿Cómo acceder al libro de reclamaciones electrónico y físico?

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

2



### PASO 2

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

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

3



### PASO 3

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

4



### PASO 4

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

5



### PASO 5

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



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

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