

CONTRATO DE PRESTACIONES DE SALUD PREPAGADO PROGRAMA ONCOLÓGICO

CONDICIONES GENERALES

Conste por el presente documento, las **CONDICIONES GENERALES** del **CONTRATO** de Prestaciones de Salud Prepagado, que celebran de una parte **ONCOSALUD S.A.C.**, con **RIAFAS N° 20006**, R.U.C. N° 20101039910, con domicilio en Av. Guardia Civil N° 571 - San Borja, 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 INSCRIPCIÓN**, 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 INSCRIPCIÓN**, quien ha optado por contratar la cobertura de prestaciones de salud prepagadas con la **IAFAS** para quienes en adelante se denominarán como los **AFILIADOS** o el **AFILIADO**, según corresponda, en los términos y condiciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA
CONTENIDO

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



1

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN



2

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD



3

CONDICIONES GENERALES



4

CONDICIONES PARTICULARES

- 1 SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN:** Documento en el que el **CONTRATANTE** propone la relación de **AFILIADOS**, el programa 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 INSCRIPCIÓN**.
- 3 CONDICIONES GENERALES:** Las mismas que establecen las condiciones que rigen el presente **CONTRATO**, independientemente del **PLAN DE BENEFICIOS** contratado.
- 4 CONDICIONES PARTICULARES:** Contiene la descripción pormenorizada del alcance y limitaciones del **PLAN DE BENEFICIOS** contratado, incluyendo la red de **IPRESS**, copagos, deducibles, aportes adicionales y las obligaciones administrativas de las partes.

CLÁUSULA SEGUNDA
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 prepagados.

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 prepagados con la **IAFAS**, tanto para sí como para las demás personas incluidas en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**, que forma parte integrante del presente **CONTRATO**, a quienes en conjunto se denominará como los **AFILIADOS**.

CLÁUSULA TERCERA **OBJETO**

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

CLÁUSULA CUARTA **DEFINICIONES**

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

- a** **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.
- b** **AFILIADO:** Persona que ha suscrito, o por quien se ha suscrito, un **CONTRATO** de Servicios de Salud Prepagado, a través del cual tiene derecho a las coberturas del **PLAN DE BENEFICIOS** contratado, previa aceptación por la **IAFAS**.
- c** **AFILIACIÓN COLECTIVA O CORPORATIVA:** La que se realiza a través de cualquier organización, empresa o entidad empleadora, en virtud a un **CONTRATO**.
- d** **APORTE:** Contraprestación económica establecida en el **CONTRATO** a favor de la **IAFAS**, de cargo del **AFILIADO** o **CONTRATANTE**, por las coberturas del **PLAN DE BENEFICIOS** contratado.
- e** **BENEFICIOS:** Derechos del (los) **AFILIADO(S)**, según las condiciones establecidas en el **PLAN DE BENEFICIOS** contratado.
- f** **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 DE BENEFICIOS**. Formaliza la relación de aseguramiento y vincula a un **AFILIADO** con una **IAFAS**.

- g** **CONTRATANTE:** Toda persona natural o jurídica que suscribe un **CONTRATO** de prestaciones de salud prepagado 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.
- h** **CONTINUIDAD:** Cobertura de diagnósticos preexistentes en caso que los afiliados cambien de **IAFAS** o **PLAN DE BENEFICIOS** 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.
- i** **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**.
- j** **DIRECTORIO MÉDICO:** Listado de profesionales adscritos al **PLAN DE BENEFICIOS**, consignado por la **IAFAS** bajo el presente **CONTRATO**.
- k** **ENSAYO CLÍNICO DE FASE III:** Estudio que se realiza en cientos a miles de pacientes del mundo para probar si un tratamiento nuevo 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.
- l** **ESTADO TERMINAL:** Paciente en progresión de enfermedad importante y no tributario de tratamiento oncológico curativo.
- m** **EXCLUSIONES:** Son aquellos gastos no cubiertos y limitaciones a las coberturas contratadas dentro del **PLAN DE BENEFICIOS**.
- n** **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA:** Conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia científica en la práctica clínica y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas de tratamiento con el objetivo de mejorar los resultados de la atención sanitaria en los pacientes.
- o** **IPRESS:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, 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.

- p** **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.
- q** **NIVEL DE EVIDENCIA:** Se adopta la categorización de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) sobre lo apropiado de una recomendación en base a la de evidencia científica y consenso de sus miembros, refiriéndose como **Categoría 1** aquella con alto nivel de evidencia y consenso uniforme sobre lo apropiado de la recomendación; **Categoría 2A** aquella con menor nivel de evidencia y consenso uniforme sobre lo apropiado de la recomendación; **Categoría 2B** aquella con menor nivel de evidencia y consenso no uniforme sobre lo apropiado de la recomendación; **Categoría 3** aquella con cualquier nivel de evidencia y gran desacuerdo sobre lo apropiado de la recomendación.
- r** **NOTA TÉCNICA:** Es el documento que describe la metodología y las bases aplicadas para el cálculo del aporte correspondiente al **PLAN DE BENEFICIOS**, y que incluye la justificación de los gastos.
- s** **PERÍODO DE CARENCIA:** Plazo mínimo de permanencia contado desde (i) el inicio de vigencia del contrato, o (ii) la fecha de reactivación de la cobertura generada por incumplimiento en el pago de los aportes al programa. Una vez transcurrido el referido período, el **AFILIADO** tendrá derecho a los beneficios establecidos en éste, según lo establecido por norma o **CONTRATO**, según corresponda. Los períodos de carencia se contabilizan en forma individual por cada **AFILIADO**.
- t** **PLAN DE BENEFICIOS:** Detalle o extracto de las coberturas, servicios y/o beneficios específicos a los que tiene derecho el **AFILIADO**, en función al programa elegido en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**.
- u** **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**.
- v** **TERAPIA ADYUVANTE:** Terapia adicional administrada luego del tratamiento primario (generalmente quirúrgico) para reducir el riesgo de recurrencia del tumor maligno. El tratamiento adyuvante puede incluir, pero no solo limitarse a, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, terapia blanco o terapia biológica.
- w** **TERAPIA NEO ADYUVANTE (o terapia de inducción):** Tratamiento administrado de manera inicial para reducir el tamaño tumoral antes del manejo quirúrgico. Este tratamiento puede incluir, pero no necesariamente limitarse a, quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia.

CLÁUSULA QUINTA

COBERTURA Y CONDICIONES

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

CLÁUSULA SEXTA

REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN

Constituye un requisito previo y parte integral del **CONTRATO**, la suscripción de la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**, por parte del **CONTRATANTE**, en la que debe consignar, además de los datos de ley de los **AFILIADOS**, el **PLAN DE BENEFICIOS** optado, modalidad de pago de las aportaciones por efectuar, la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** sobre cada uno de los **AFILIADOS** y proporcionar el resultado del **EXAMEN DE ANTÍGENO PROSTÁTICO** según corresponda.

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

Los **AFILIADOS** varones de sesenta y uno (61) años o más, propuestos como tales por el **CONTRATANTE**, además deberán someterse, por cuenta propia y previa a una prueba de Antígeno Prostático Específico (**PSA**) y adjuntar los resultados a la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**, los cuales no deben tener una antigüedad mayor a treinta (30) días con relación a fecha de recepción de la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN** por la **IAFAS**. Los resultados de la prueba de **PSA** deben ser emitidos por laboratorios que cuenten con la autorización y debida certificación de los entes reguladores de Centros de Salud y/o **IPRESS** del país.

Dentro de los primeros sesenta (60) días de la recepción de la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**, 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** y/o producto del resultado de la prueba de **PSA**, 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 INSCRIPCIÓN**, 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**.

En caso de cualquier reticencia, omisión, inexactitud u ocultamiento de información relativa a la condición de salud, por parte del **CONTRATANTE**, suscriptor de la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** y/o alteración en el resultado de la prueba de **PSA**, constituye incumplimiento de las obligaciones del **AFILIADO** y, en consecuencia, la **IAFAS** se reserva la facultad para resolver 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 y demás normas que le resulten aplicables. En caso la **IAFAS** haya concedido coberturas, servicios o prestaciones a favor del **AFILIADO**, sin que a éste le corresponda ese derecho, 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 INSCRIPCIÓN** 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 programa elegido.

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

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 **AFILIADO** en virtud del presente **CONTRATO**, comprende las condiciones asegurables y prestaciones oncológicas contenidas en las **CONDICIONES PARTICULARES**, que correspondan a los conceptos de pertinencia, según las Guías de Práctica Clínica de la **IAFAS** con base al cumplimiento de los siguientes criterios:

- 7.1** Que los procedimientos oncológicos se encuentren recomendados y comprendidos en las Guías de Práctica Clínica de la **IAFAS**; estos procedimientos deben estar acordes a su diagnóstico oncológico y sustentarse hasta en un nivel de evidencia **2A**.
- 7.2** Que el tratamiento de quimioterapia y el(los) fármaco(s) oncológico(s) indicado(s), hayan concluido exitosamente la fase III de su ensayo clínico y se encuentren comprendidos en las Guías de Práctica Clínica de la **IAFAS**.
- 7.3** Que los procedimientos y tratamientos oncológicos se encuentren estrictamente relacionados al(los) diagnóstico(s) oncológico(s) admitido(s) y sea(n) autorizado(s) por la **IAFAS**.
- 7.4** Que los tratamientos, exámenes y/o medios diagnósticos se encuentren disponibles y se ejecuten íntegramente en el país.

- 7.5** Que los medicamentos cuenten con la aprobación la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), de la Food and Drug Administration (FDA) y de la European Medicines Agency (EMA). Asimismo, se encuentren disponibles comercialmente en el país.
- 7.6** A fin de que se le pueda administrar el tratamiento, el paciente al cual se ha indicado un tratamiento de quimioterapia y/o terapia modificadora de respuesta biológica o blanco dirigida u otra específica contra el cáncer, deberá cumplir con los mismos Criterios de Inclusión del paciente que formó parte del estudio de investigación que avaló el ingreso y/o forma de uso de la terapia y/o molécula; a partir del cual se sustenta su inclusión a la Guía de Práctica Clínica de la **IAFAS**.
- 7.7** Que el medicamento se encuentre incluido en el «Listado de medicamentos para el tratamiento del cáncer» vigente de la **IAFAS** y publicado en el portal web www.oncosalud.pe, el mismo que será de renovación bienal o conforme la periodicidad que la **IAFAS** establezca.

CLÁUSULA OCTAVA

PRESTACIONES PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES

La cobertura contempla también el otorgamiento de exámenes de despistaje del cáncer en función a la periodicidad y amplitud descrita en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**. El íntegro de las prestaciones se realizará en la infraestructura propia de la **IAFAS**, resultando este beneficio personal y discrecional para el **AFILIADO**, no siendo transferible ni acumulable. El **AFILIADO** deberá hacer uso del íntegro de ese derecho en un período no mayor de treinta (30) días calendario, contados desde el inicio del despistaje preventivo, vencido este plazo el **AFILIADO** deberá esperar el tiempo establecido en el **PLAN DE BENEFICIOS** para acceder nuevamente al próximo despistaje preventivo.

CLÁUSULA NOVENA

INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA

El inicio de las prestaciones de recuperación, bajo cobertura, será de manera posterior a la presentación del resultado del Diagnóstico Anatómo Patológico (**DAP**) con resultado positivo para cáncer, en tanto el descarte de la enfermedad o diagnóstico confirmatorio no se haya producido dentro del **PERÍODO DE CARENCIA**, para lo cual el **AFILIADO** demandante de atención médica deberá completar y suscribir la **SOLICITUD DE ADMISIÓN** (formato disponible en todas las oficinas de la **IAFAS**) la cual tiene carácter de declaración jurada.

Cuando por razones estrictamente médicas no sea posible o recomendable que el **AFILIADO** cumpla con la realización previa del **DAP**, pero brinde sustento sobre evidencia clínica, imagenológica y/o bioquímica, que sugiera la indubitable posibilidad de neoplasia maligna, entonces se podrá eximir al **AFILIADO** de dicha exigencia, pudiendo condicionar la cobertura a un resultado de patología post quirúrgico.

Si una vez entregadas las prestaciones exoneradas del requisito del **DAP**, se determine con posterioridad la inexistencia de una dolencia oncológica, los gastos de atención no cubiertos correrán por cuenta del **AFILIADO**. Es importante señalar que las diferentes **IPRESS** pueden requerir al **AFILIADO** un depósito obligatorio en garantía y previo a la atención médica ante eventuales gastos no cubiertos por la **IAFAS** así como en caso se trate de una enfermedad no oncológica.

En caso se determine que el descarte de la enfermedad o diagnóstico confirmatorio se produjo dentro del **PERÍODO DE CARENCIA**, la **IAFAS** quedará exenta de obligación respecto a la entrega de las coberturas aquí contempladas, procediendo a la anulación automática del **CONTRATO**, lo cual dará mérito a la devolución de los aportes abonados por el **AFILIADO**.

En caso el **AFILIADO** que demande la atención haya consignado la **CONDICIÓN DE NO FUMADOR** en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**, su admisión como paciente podrá ser condicionada por la **IAFAS** al sometimiento de una prueba de cotinina (nicotina) la cual deberá realizarla obligatoriamente en un tiempo no mayor a cuarenta y ocho (48) horas con relación a la solicitud de aviso de requerimiento de la prueba por parte de la **IAFAS**.

El **AFILIADO**, a libre elección y por cuenta propia, podrá optar por el proveedor que considere conveniente para la realización de esta prueba, en tanto sea realizada en laboratorios que cuenten con la autorización y debida certificación de los entes reguladores de Centros de Salud y/o **IPRESS** del país.

En caso el resultado de la prueba de nicotina resultara positiva o el **AFILIADO** no realizara la prueba oportunamente, la **IAFAS** podrá aplicar lo estipulado en el último párrafo de la cláusula sexta del presente **CONTRATO** y/o rechazar, limitar y/o condicionar el otorgamiento de las prestaciones aquí contenidas, si la dolencia oncológica manifiesta, resulta atribuible o relacionada directa o indirectamente a la **CONDICIÓN DE FUMADOR** no declarada oportunamente.

CLÁUSULA DÉCIMA

LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y DIRECTORIO MÉDICO

El otorgamiento de las prestaciones de recuperación de la salud, y de las prestaciones preventivo promocionales cubiertas por el presente **CONTRATO**, se otorgarán exclusivamente a través de la **RED AUNA** y por excepción, solo por causas justificadas médicamente, a través de las **IPRESS** complementarias incluidas en la Red Prestacional descrita en las **CONDICIONES PARTICULARES**, en cuyo caso se requerirá de la gestión, por parte del **AFILIADO**, de una solicitud de autorización expresa de la **IAFAS**, previa a la realización de la prestación.

No está sujeta a excepción (prestaciones fuera de la **RED AUNA**) la entrega de las Prestaciones Complementarias consignadas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.

A su vez, la **IAFAS** cuenta con un **DIRECTORIO MÉDICO** con la participación de los profesionales de la salud de la especialidad y otras afines, cuya asignación, a cada paciente admitido, será establecida en función al tipo de diagnóstico, etapa evolutiva y oportunidad del tratamiento médico demandado por el **AFILIADO**.

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 mencionados en el plan y/o las modificaciones que puedan surgir sobre su **DIRECTORIO MÉDICO**.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA

RESPONSABILIDAD DE LAS IAFAS

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

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA

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 **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 programa contratado, los gastos de atención no cubiertos correrán por cuenta del **AFILIADO**.

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA

APORTES

Como contraprestación por la contratación de las prestaciones de salud prepagadas, 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 BENEFICIOS** contratado y de acuerdo a la forma de pago que el **CONTRATANTE** haya consignado en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**. 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 CUARTA

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 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 contratado, cuya cobertura se reactivará a partir del día siguiente de la fecha efectiva de pago a la **IAFAS**.

Si luego de transcurridos los noventa (90) días referidos en los párrafos precedentes, el **CONTRATANTE** cumple con regularizar el pago de sus aportes, hasta dentro de un plazo de ciento veinte (120) días calendario, el **CONTRATANTE** podrá mantener el programa contratado, cuya

cobertura se reactivará una vez transcurrido el período de carencia de noventa (90) días calendario (contados a partir del día siguiente de la fecha efectiva de pago a la **IAFAS**).

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

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA

COPAGOS

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

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA

NOTA TÉCNICA, MODIFICACIÓN DE APORTACIONES Y/O COPAGOS

La estimación de aportaciones a pagar por el **CONTRATANTE** se establece en función a la siniestralidad esperada del programa (incluyendo los costos médicos, costos de tratamiento y modificación de beneficios y/o coberturas), 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 saltos 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 las condiciones 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 SÉPTIMA INFORMACIÓN

La **IAFAS**, al momento de suscribir la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**, pone en conocimiento del **CONTRATANTE**, de manera física o virtual, una cartilla informativa conteniendo los principales aspectos del citado plan, además de las **CONDICIONES GENERALES** y las **CONDICIONES PARTICULARES** con toda la información relativa al **PLAN DE BENEFICIOS** contratado.

Además, la **IAFAS** pondrá a disposición de los **AFILIADOS**, ya sea por medios digitales o físicos o a través de su página web, el programa completo, a fin de permitir su fácil acceso.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA PLAZO CONTRACTUAL Y CONTINUIDAD DE COBERTURA

El presente **CONTRATO** se celebra por un plazo de un (1) año, comenzando a regir a partir del primer día del mes siguiente de cancelada la primera cuota del **PLAN DE BENEFICIOS** 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 de anticipación, su voluntad de no renovarlo, o de modificar los términos contractuales.

El **AFILIADO** podrá solicitar en cualquier momento, mediante la presentación de una nueva **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN** y **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** respectiva, la migración a un nuevo programa. Solo al vencimiento de cada vigencia anual no se aplicará un nuevo período de carencia y se otorgará continuidad de cobertura. Se deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a** El **AFILIADO** no registre en su historial clínico diagnóstico de cáncer.
- b** El **AFILIADO** no tenga sintomatología, que induzca a sospecha de cáncer.
- c** El **AFILIADO** no esté en estudio o fase de diagnóstico por sospecha de cáncer.

La eventual desestimación de la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN** a un programa superior, por parte de la **IAFAS**, no invalida el derecho del **AFILIADO** de permanecer cubierto bajo el programa del **CONTRATO** originalmente suscrito y vigente. El plazo máximo establecido para la presentación de la nueva **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN** y pago correspondiente del aporte, es de hasta treinta (30) días contados a partir del inicio de un nuevo período anual de vigencia del **CONTRATO**.

En caso el **CONTRATANTE** desee modificar la modalidad, formas de pago y/o condición de no fumador a fumador de **AFILIADOS**, deberá formular la solicitud escrita a la **IAFAS** y, en caso de desafiliación deberá comunicarse a la central telefónica de la **IAFAS** llamando al número telefónico **513-7900**, 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 DÉCIMO NOVENA
DOMICILIO

Las partes señalan como domicilio el que se indica en la introducción del presente **CONTRATO** y en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**, respectivamente, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones vinculadas a este **CONTRATO**, salvo que se hubiera comunicado a la otra parte el cambio de domicilio por escrito con un mínimo de cinco (5) días útiles de anticipación y con cargo de recepción. Asimismo, deberá consignar un correo electrónico.

CLÁUSULA VIGÉSIMA
ATENCIÓN DE RECLAMOS Y SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Los **AFILIADOS** cuentan con los siguientes medios para la presentación de Reclamos ante la **IAFAS**: Carta Simple o Notarial, Libro de Reclamaciones Físico y Virtual, correo electrónico, a través de **IAFAS** contratada y Contact Center de servicio al cliente de la **IAFAS**. El flujo de atención de consultas y reclamos de la **IAFAS** se detalla en el Anexo 6.

Si el **AFILIADO** tuviera una duda o consulta sobre el proceso de atención del reclamo presentado, puede contactarse al Contact Center de servicio al cliente de la **IAFAS** al número telefónico **513-7900** y/o al correo electrónico de la **IAFAS** contactos@oncosalud.pe.

Asimismo según D.S. N° 030-2016 S.A.: “De conformidad con lo dispuesto en el artículo 22 del Reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos 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 y mixtas, de no encontrarse de acuerdo, en todo o parte, con el resultado de su reclamo, puede acudir en Queja ante la Superintendencia Nacional de Salud – **SUSALUD**”.

Todas las desavenencias o controversias que pudieran surgir entre la **IAFAS** y el **AFILIADO**, derivadas del presente **CONTRATO**, incluidas las de su resolución, nulidad o invalidez, podrán ser sometidas de común acuerdo a la competencia del Servicio de Conciliación y Arbitraje en Salud que consideren pertinente, ya sea en el propio **CONTRATO** o una vez suscitada la controversia. El Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud, pondrá a disposición de las partes el listado de centros registrados y especializados en materia de salud.

Si las partes optaran por un procedimiento de conciliación en el cual se arribe solo a un acuerdo parcial o no se llegue a ningún acuerdo, entonces éstas resolverán la controversia subsistente de forma definitiva, a través de un procedimiento de arbitraje, de conformidad con lo establecido en el párrafo anterior.

Asimismo, el **AFILIADO** podrá optar por la solución administrativa de su reclamo ante **SUSALUD**, ante la insatisfacción respecto de los servicios, prestaciones o coberturas solicitadas, o recibidas de

la **IAFAS**, o disconformidad con el resultado del mismo. Su interposición no es vía previa ni impide la atención de la controversia mediante los procedimientos de conciliación o arbitraje.

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA

RESOLUCIÓN DE CONTRATO

Son causales de resolución del presente **CONTRATO** las siguientes:

- 1 El incumplimiento en el pago de las aportaciones de acuerdo a lo señalado en la cláusula décimo cuarta, correspondiente al incumplimiento en el pago de los aportes.
- 2 El cumplimiento parcial, tardío o defectuoso de cualquier otra de las obligaciones contenidas en las **CONDICIONES GENERALES** o **CONDICIONES PARTICULARES**.
- 3 Cuando por aplicación de lo establecido en la cláusula décimo sexta correspondiente a la modificación de aportes y/o copagos de las presentes **CONDICIONES GENERALES**, no exista aceptación respecto al reajuste de los aportes y/o copagos propuesto por la **IAFAS**.
- 4 En caso que el **AFILIADO** hubiese adquirido la **CONDICIÓN DE PACIENTE ADMITIDO** en forma indebida, por reticencia, omisión, inexactitud, ocultamiento de información relativa a la condición de salud posteriormente comprobada. La **IAFAS** se reserva la facultad de cobrar los gastos indebidamente incurridos, así como las demás acciones legales que pudiesen corresponder.
- 5 En caso se determine que el descarte de la enfermedad o diagnóstico oncológico confirmatorio se produjo antes de haber superado el **PERÍODO DE CARENCIA** establecido.

En caso la **IAFAS** proceda a la resolución del presente **CONTRATO** por solicitud del **CONTRATANTE** o por incumplimiento en el pago de los aportes, la **IAFAS** no procederá a la devolución de las cuotas ya canceladas.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Quien suscribe el presente **CONTRATO** queda informado que sus datos personales y huella digital proporcionados son los estrictamente necesarios para la gestión del programa contratado; los mismos que serán incorporados y almacenados en el banco de datos denominado “*Banco de Datos de Clientes*” de titularidad de la **IAFAS**. Asimismo, el contratante declara contar con la autorización de las personas consignadas en el presente documento para el tratamiento de los datos personales incluidos en el mismo, así como en la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** y reconoce haber sido informado que puede ejercer sus derechos conforme a lo expuesto en el presente apartado.

Los datos referidos a la situación de salud del **TITULAR** y sus **DEPENDIENTES**, proporcionados a la **IAFAS**, en virtud del presente documento, serán utilizados estrictamente con la finalidad de realizar las gestiones inherentes al programa contratado.

La **IAFAS** declara que los servicios vinculados al manejo de su infraestructura virtual eventualmente podrán ser tercerizados, por lo que informa al **CONTRATANTE** 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 <https://www.privacyshield.gov>.

En tal sentido, el **CONTRATANTE** autoriza 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 programa ante la activación como paciente oncológico.
- Gestionar el cobro de deudas, de ser el caso.
- Usar su huella digital para efectos de la gestión administrativa y comercial y acreditación del afiliado para la prestación médica.
- Conservar dichos datos por un periodo 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.



*De acuerdo a lo que se establece en el párrafo precedente y lo que autorizó en su solicitud de afiliación, el hecho de marcar **NO AUTORIZA** no condiciona la suscripción al **CONTRATO**. Asimismo, le comunicamos que puede ejercer sus derechos **ARCO** (acceso, rectificación, cancelación y oposición), enviando una solicitud escrita a nuestras oficinas ubicadas en la Av. Guardia Civil 571 - San Borja, o a través de la dirección electrónica derechosarco@auna.pe. En caso requiera mayor información, puede ingresar a nuestra página web <https://www.oncosalud.pe/solicitudes-arco>.*

CLÁUSULA VIGESIMO 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**.

CONTRATO DE PRESTACIONES DE SALUD PREPAGADO PROGRAMA ONCOLÓGICO

CONDICIONES PARTICULARES

A través del presente documento se describe a nivel de detalle las condiciones asegurables, prestaciones y servicios a los que, en función al **PLAN DE BENEFICIOS** optado por el **CONTRATANTE** en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**, los **AFILIADOS** tienen derecho a lo siguiente:

1. RELACIÓN DE PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO

Nutrición Parenteral Total, para pacientes con complicaciones entéricas por radioterapia y/o quimioterapia, o sometidos a cirugía oncológica de cabeza y cuello, esófago y/o fístulas que impidan la alimentación enteral del paciente.

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

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

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

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

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

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

Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia.

Hotelería: Habitación individual o bipersonal estándar, según disponibilidad.

Medicamentos oncológicos para quimioterapia y terapia modificadora de la respuesta biológica o blanco dirigida y otros específicos contra el desarrollo del cáncer y limitado al "Listado de Medicamentos para el tratamiento de cáncer".

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

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

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

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

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

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





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

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

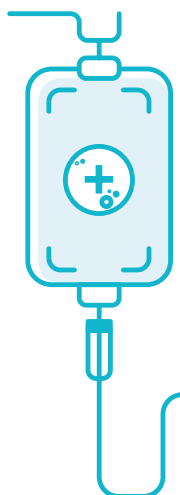
2. DESCRIPCIÓN Y ALCANCE DE LAS PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA

2.1. PRESTACIONES GENERALES



Honorarios profesionales:

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



Quimioterapia:

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



Terapia modificadora de respuesta biológica o blanco dirigida*:

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

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

- **Factor estimulante de colonias de células blancas (Filgrastim):** Moléculas que estimulan a las células de la médula ósea para que produzcan más células sanguíneas del sistema de defensa.
- **Inmunomoduladores:** Sustancias que modulan el sistema inmunitario, potenciando la inmunidad celular e inhibiendo la producción de citocinas proinflamatorias y/o inhibiendo la formación de nuevos microvasos sanguíneos, logrando un efecto antineoplásico.

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

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



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



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



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



Tomografía por emisión de positrones (PET Scan): Estudio de imágenes no invasivo que utiliza radio-isótopos emisores de positrones para generar imágenes moleculares del organismo. La cobertura incluye el examen y la sustancia radioactiva **FDG**, siempre que sea indicado por el médico tratante asignado por la **IAFAS** y cumpla con los criterios de pertinencia recomendados en las Guías de Práctica Clínica de la **IAFAS**. Servicio solo disponible en Lima. •



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

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



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

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

*La asignación de este servicio se encontrará exclusivamente a cargo del profesional paliativista asignado por la **IPRESS** designada por la **IAFAS**, quien pasará a ser su nuevo médico tratante. No obstante, el anterior médico tratante podrá continuar brindando prestaciones al paciente, toda vez que las mismas sean requeridas únicamente por el nuevo médico tratante paliativista. La determinación de la cantidad de horas del personal (aplicables únicamente para turnos diurnos), así como días y frecuencias específicas (diaria, interdiaria o semanal) se encuentran sujetos a variación según la criticidad evolutiva o involutiva del paciente, conforme lo indique el médico tratante.*

Estas prestaciones se brindarán exclusivamente en el domicilio declarado por el paciente o el cuidador principal. En tal sentido, bajo ninguna circunstancia procede el traslado del personal asignado y equipos fuera de este lugar (incluyendo entre otras: instalaciones médicas, de cuidados intermedios, casas de reposo y/o albergues). Asimismo, a fin de hacer efectiva la prestación la familia del paciente deberá garantizar la integridad física emocional de los recursos humanos y la seguridad de la infraestructura suministrada.

- b) Seguimiento y control en domicilio:** Esta categoría se refiere a los servicios orientados a la atención médica especializada y/o de enfermería para la aplicación de medicamentos al paciente en el domicilio declarado, continuando el tratamiento intrahospitalario iniciado en la **IPRESS** designada por la **IAFAS**, hasta en un máximo de siete (07) días calendario, computados a partir del alta hospitalaria y pertinente médicamente.



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

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



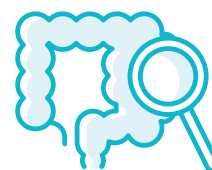
Cáncer no biopsiable: En casos de alta sospecha de neoplasia maligna en tumores primarios de encéfalo, páncreas, ovario, riñón y testículo, en los que por la ubicación no es factible realizar la biopsia previa. El **AFILIADO** deberá adjuntar todos los exámenes de imágenes y de laboratorio que le hayan realizado, así como el informe médico que sustente la fuerte sospecha de neoplasia maligna de los órganos antes mencionados. La **IAFAS** podrá condicionar la cobertura del procedimiento a la confirmación del diagnóstico oncológico final. En caso el informe anatómo patológico post quirúrgico no confirme la sospecha de cáncer, el total de gastos incurridos serán asumidos por el **AFILIADO**. •



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



Transfusión sanguínea y hemoderivados (glóbulos rojos, plaquetas, plasma): Se cubrirán las pruebas de tamizaje, procesamiento en banco de sangre, pruebas cruzadas y los insumos necesarios solo de la transfusión de aquellas unidades efectivamente transfundidas y que se encuentren registradas en la historia clínica, bajo indicación pertinente debidamente justificada. •



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



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



Cirugía reconstructiva oncológica ante secuela mutilante: Aplica para casos de cirugías por cáncer de piel y tejidos blandos del sistema músculo esquelético (no incluye mamas, ni genitales), en el mismo acto operatorio extractivo. Previa autorización de la **IAFAS**. Reconstrucción no cosmética de la solución de continuidad de la zona afectada. •



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

2.2. OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS

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



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



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



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



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



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



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



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

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



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



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



Ambulancia terrestre: Se otorgará al alta hospitalaria en caso de pacientes postrados o imposibilitados de desplazarse, con destino a su domicilio, previa solicitud con un mínimo de veinticuatro (24) horas de anticipación para la programación del servicio, la cual asimismo está sujeta a disponibilidad de unidades. No es aplicable para urgencias y/o emergencias médicas. Disponible solo en Lima, dentro del área de cobertura indicada a continuación. •



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



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



Traslado para pacientes radicados fuera de Lima: Cobertura de un (1) boleto aéreo nacional (ida y vuelta) por cada vigencia anual, en vuelo comercial, para aquellos pacientes domiciliados en provincia (según dirección estipulada en DNI) que por causa médica, evaluada por la **IAFAS**, deban desplazarse desde su lugar de origen

hacia el lugar de tratamiento. Para su otorgamiento, el afiliado deberá tramitar la solicitud del beneficio con mínimo treinta (30) días de anticipación. La programación de fechas de ida y retorno, bajo tarifa económica estarán sujeta a disponibilidad de ruta aérea comercial y cupos disponibles de la aerolínea asignada por la **IAFAS**.



Despistaje Oncológico: Paquete de exámenes preventivos según tabla de beneficios diseñado según plan, sexo y edad del **AFILIADO**, para detectar la sospecha de enfermedades oncológicas de mayor frecuencia. Aplica para todos los **AFILIADOS** a partir de la primera renovación y con una periodicidad detallada en el **PLAN DE BENEFICIOS** elegido, teniendo en cuenta su último despistaje efectivo. •



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

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

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

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

El detalle y la periodicidad de los exámenes que incluye el paquete de despistaje oncológico está publicado en nuestro portal web (www.oncosalud.pe).

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: Plan de Beneficios	Pág. 29
ANEXO 2: Aportes y formas de pago	Pág. 34
ANEXO 3: Exclusiones, gastos no cubiertos y limitaciones	Pág. 37
ANEXO 4: Activación del beneficio oncológico	Pág. 40
ANEXO 5: Red de atención	Pág. 42
ANEXO 6: Flujoograma de procedimiento de atención de consultas y reclamos	Pág. 44

ANEXO 1

PLAN DE BENEFICIOS

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

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN	ONCOCLÁSICO 2018	ONCOCLÁSICO PRO 2018	ONCOPLUS 2018
Límite máximo del beneficio anual por afiliado: Afiliado Titular y Dependientes	Sin límite de Monto	Sin límite de Monto	Sin límite de Monto
Límite de ingreso: Afiliado Titular y Dependientes		Sin límite	Hasta los 65 años
Límite de permanencia: Afiliado Titular y Dependientes		Sin límite	Sin límite
Período de Carencia. Plazo mínimo de permanencia en el plan de beneficios para tener derecho a las coberturas establecidas en éste. Se contabilizan en forma individual por cada AFILIADO , a partir de la fecha de cobrada la primera cuota.	Solo renovación	90 días, hasta los 60 años	90 días, hasta los 60 años
		150 días a partir de los 61 años	150 días a partir de los 61 años

PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	ONCOCLÁSICO 2018		ONCOCLÁSICO PRO 2018		ONCOPLUS 2018	
	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago
PRESTACIONES GENERALES						
Honorarios médicos por consultas, intervenciones quirúrgicas o visita domiciliaria, ayudantía o administración de anestesia.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Quimioterapia: Medicamentos antineoplásicos convencionales, materiales e insumos (incluyendo catéteres permanentes, líneas de infusión, entre otros) y servicios relacionados a su administración.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Terapia modificadora de respuesta biológica o blanco dirigida: <ul style="list-style-type: none"> • Anticuerpos monoclonales • Inhibidores de enzimas kinasas y proteosomas <ul style="list-style-type: none"> • Inmunoterapia (BCG) • Citocinas (Interferones e Interleucinas) • Factor estimulante de colonias de células blancas (Filgrastim) <ul style="list-style-type: none"> • Inmunomoduladores 	No cubre*	100%	70%	30%	100%	Ninguno
Medicamentos no oncológicos, materiales e insumos relacionados con el tratamiento oncológico.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Radioterapia: Radioterapia convencional, 3D, radioterapia de intensidad modulada y radiocirugía. Solo en RED AUNA .	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Cáncer no biopsiable: En caso de alta sospecha de neoplasia maligna primaria de encéfalo, páncreas, riñón, ovario y testículo.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Trasplante de Médula Ósea histocompatible: Incluye cobertura de estudios de histocompatibilidad solo del AFILIADO receptor. No incluye estudio o otros gastos relacionados a los donantes.	No cubre	100%	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Servicios de apoyo al tratamiento: Exámenes de laboratorio, imágenes, anatomía patológica e inmunohistoquímica.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Estudios de Medicina Nuclear: Gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno



PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	ONCOCLÁSICO 2018		ONCOCLÁSICO PRO 2018		ONCOPLUS 2018	
	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago
PRESTACIONES GENERALES						
Tomografía por emisión de positrones (PET Scan): Incluye el examen de valoración previa y la sustancia radioactiva FDG. Servicio disponible solo en Lima.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Prestaciones Domiciliarias: Cuidados Paliativos y Terapias de Dolor y Control y Seguimiento en Domicilio. Servicio disponible solo en Lima y según los límites geográficos establecidos.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Transfusión sanguínea y hemoderivados (glóbulos rojos, plaquetas, plasma), se cubrirán las pruebas de tamizaje, procesamiento en banco de sangre, pruebas cruzadas y los insumos necesarios solo de la transfusión de aquellas unidades efectivamente transfundidas.	No cubre	100%	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Nutrición Parenteral Total (NPT): Solo durante la estancia hospitalaria hasta un máximo de tres (3) semanas.	No cubre	100%	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Kit de colostomía para uso diario para pacientes con cáncer de Colon Primario.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Cirugía reconstructiva oncológica ante secuela mutilante para pacientes de cáncer de piel y tejidos blandos del sistema músculo esquelético (no incluye mamas, ni genitales), en el mismo acto operatorio extractivo y no cosmético.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Material de Osteosíntesis para pacientes con fracturas patológicas por metástasis ósea o cáncer óseo.	No cubre	100%	70%	30%	100%	Ninguno



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

*No se cubren los medicamentos si no son citados en el "Listado de Medicamentos para el tratamiento del cáncer".

PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	ONCOCLÁSICO 2018		ONCOCLÁSICO PRO 2018		ONCOPLUS 2018	
OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS (Solo en RED AUNA y previa autorización por la IAFAS)	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago
Biopsia de descarte de cáncer de mama en caso de alta sospecha de neoplasia maligna.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Prueba de expresión génica para cáncer de mama.	No cubre	100%	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Reconstrucción mamaria y pezón para pacientes con mastectomía radical por cáncer de mama.	No cubre	100%	70%	30%	100%	Ninguno
Prótesis de mama para pacientes con mastectomía radical por cáncer de mama. Por única vez por mama.	No cubre	100%	70%	30%	100%	Ninguno
Medicina Integrativa: Dentro de las prestaciones cubiertas, se encuentran las siguientes:						
<ul style="list-style-type: none"> • Psicooncología para pacientes en compañía de familiares. Incluye tres (3) sesiones programadas. Solo en RED AUNA. 	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
<ul style="list-style-type: none"> • Orientación nutricional para pacientes en compañía de familiares. Incluye tres (3) sesiones programadas. Solo en RED AUNA. 	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia física en el hombro y brazo para el tratamiento de linfedema posterior a mastectomía radical por cáncer de mama; post cirugía mutilante de tejidos blandos en extremidades; fisioterapia respiratoria post cirugía por cáncer pulmonar. Hasta un máximo de doce (12) sesiones durante los tres (3) meses posteriores a la cirugía antes descrita. 	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Foniatría en cáncer de laringe , hasta doce (12) sesiones programadas.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Prótesis Testicular post orquidectomía para pacientes de cáncer de testículo y próstata.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno



PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	ONCOCLÁSICO 2018		ONCOCLÁSICO PRO 2018		ONCOPLUS 2018	
	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago
OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS (Solo en RED AUNA y previa autorización por la IAFAS)						
Segunda Opinión Médica Nacional: Bajo revisión de la junta médica permanente de la IAFAS.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Segunda Opinión Médica Internacional: Bajo solicitud de la junta médica permanente de la IAFAS, que podrá solicitar la valoración del caso (revisión del expediente) a una institución de prestigio internacional determinada por la IAFAS.	No cubre	100%	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Ambulancia terrestre al alta hospitalaria, para pacientes postrados o imposibilitados de desplazarse. Servicio disponible solo en Lima y según los límites geográficos establecidos.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Traslado para pacientes radicados fuera de Lima: Un (1) boleto aéreo (ida y vuelta en vuelo comercial) al año, para aquellos pacientes domiciliados en provincias (según dirección estipulada en dni) y con destino al lugar de tratamiento.	No cubre	100%	No cubre	100%	100%	Ninguno
Alimentación para un acompañante de pacientes pediátricos (hasta los 17 años) hospitalizados, hasta por un máximo de cinco (5) días. Solo en RED AUNA.	No cubre	100%	No cubre	100%	100%	Ninguno
Despistaje oncológico: Exámenes preventivos según sexo y edad del afiliado. Solo en RED AUNA.	El detalle y la periodicidad de los exámenes que incluye el paquete de despistaje oncológico está publicado en nuestro portal web (www.oncosalud.pe).					



Los programas **ONCOSENIOR, ONCOINTEGRAL Y ONCOPLAN** se rigen bajo la cobertura del plan **ONCOCLÁSICO 2018**.

Los programas **ONCOPLUS MASTER Y PLAN FAMILIA** se rigen bajo la cobertura del plan **ONCOPLUS 2018**.

ANEXO 2







APORTES Y FORMAS DE PAGO

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

Los aportes están expresados en soles e incluyen IGV.

ONCOCLÁSICO 2018						
Rango de edad	Pago Anual Contado (Solo renovación)		Pago Mensual Recurrente (Solo renovación)			
	Efectivo o T.Crédito		Tarjeta de Crédito		Tarjeta de Débito	
00 - 25	163	200	15	19	19	21
26 - 35	333	417	30	39	33	44
36 - 40	344	431	31	40	34	46
41	352	440	33	41	39	50
42 - 44	363	453	34	42	40	51
45	373	466	35	43	41	53
46	396	501	39	45	41	53
47 - 50	406	514	40	46	42	54
51	660	818	60	73	71	84
52	671	832	61	74	72	85
53	682	845	62	76	73	87
54	693	859	63	77	74	88
55	715	886	65	79	77	91
56	784	977	70	89	80	99
57	840	1,047	75	95	86	106
58	862	1,075	77	98	88	109
59 - 60	896	1,116	80	101	92	113
61	1,106	1,375	99	121	110	138
62	1,139	1,417	102	125	113	142
63	1,150	1,431	103	126	114	143
64	1,161	1,444	104	127	116	144
65	1,173	1,458	105	128	117	146
66	1,547	1,932	135	171	156	192
67	1,605	2,003	140	178	162	199
68	1,662	2,075	145	184	167	206
69	1,673	2,089	146	185	168	208
70	1,685	2,103	147	187	170	209
71	2,085	2,605	185	230	210	260
72	2,254	2,816	200	249	227	281
73	2,277	2,844	202	251	229	284
74	2,299	2,873	204	254	232	287
75	2,310	2,887	205	255	233	288
76	2,353	2,944	206	260	239	293
77	2,364	2,958	207	261	240	294
78	2,376	2,972	208	263	241	296
79	2,387	2,987	209	264	242	297
80	2,398	3,001	210	265	243	298
81	2,492	3,116	221	276	254	309
82	2,526	3,158	224	280	258	314
83	2,571	3,215	228	285	262	319
84	2,605	3,257	231	289	266	323
85	2,638	3,299	234	293	269	328
86-100	2,700	3,373	236	299	271	340
Más de 100	2,734	3,416	239	303	274	344

ONCOCLÁSICO PRO 2018

Rango de edad	Pago Anual Contado (Afiliación y renovación)		Pago Mensual Recurrente (Afiliación y renovación)			
	Efectivo o T.Crédito		Tarjeta de Crédito		Tarjeta de Débito	
						
00 - 25	175	220	20	22	22	25
26 - 35	457	571	40	51	46	63
36 - 40	469	586	41	53	47	64
41	479	594	44	55	50	64
42 - 43	489	608	45	56	51	65
44 - 45	500	621	46	58	52	67
46	533	672	50	61	56	67
47	544	686	51	62	57	68
48	555	699	52	64	58	69
49	565	713	53	65	59	71
50	576	726	54	66	60	72
51	880	1,096	81	97	92	113
52	902	1,123	83	100	94	116
53	924	1,150	85	102	96	119
54	935	1,164	86	103	97	120
55	967	1,204	89	107	101	125
56	1,071	1,335	95	116	111	132
57	1,128	1,406	100	122	117	139
58	1,139	1,420	101	123	118	140
59	1,150	1,434	102	125	119	142
60	1,162	1,448	103	126	120	143
61	1,355	1,690	120	145	140	170
62	1,468	1,831	130	157	152	184
63	1,491	1,859	132	160	154	187
64	1,502	1,873	133	161	155	188
65	1,524	1,901	135	163	158	191
66	2,010	2,515	175	220	200	250
67	2,067	2,587	180	226	206	257
68	2,125	2,659	185	233	211	264
69	2,148	2,687	187	235	214	267
70	2,182	2,731	190	239	217	271
71	2,815	3,515	250	310	280	350
72	2,838	3,543	252	312	282	353
73	2,860	3,571	254	315	284	356
74	2,883	3,599	256	317	287	358
75	2,916	3,642	259	321	290	363
76	3,031	3,792	269	331	305	383
77	3,088	3,862	274	337	311	390
78	3,133	3,919	278	342	315	396
79	3,189	3,989	283	348	321	403
80	3,234	4,046	287	353	326	408
81	3,361	4,205	298	370	337	419
82	3,417	4,276	303	376	342	426
83	3,462	4,332	307	381	347	432
84	3,519	4,403	312	387	352	439
85	3,575	4,473	317	393	358	446
86 - 100	3,640	4,548	322	403	368	460
Más de 100	3,696	4,619	327	409	374	467

ONCOPLUS 2018						
Rango de edad	Pago Anual Contado (Afilación y renovación)		Pago Mensual Recurrente (Afilación y renovación)			
	Efectivo o T. Crédito		Tarjeta de Crédito		Tarjeta de Débito	
00 - 25	275	305	25	27	30	32
26 - 35	813	895	72	79	82	93
36 - 40	846	932	75	83	86	96
41	971	1,065	85	94	99	107
42	983	1,078	86	95	101	108
43	994	1,090	87	96	102	110
44	1,006	1,103	88	97	103	111
45	1,017	1,115	89	98	104	112
46	1,084	1,190	95	106	112	117
47	1,141	1,253	100	112	118	124
48	1,164	1,278	102	114	120	126
49	1,175	1,291	103	115	121	127
50	1,187	1,303	104	116	122	128
51	1,291	1,421	113	124	129	145
52	1,326	1,458	116	127	133	149
53	1,360	1,496	119	130	136	153
54	1,383	1,521	121	133	138	156
55	1,429	1,571	125	137	143	161
56	1,460	1,605	130	140	145	162
57	1,628	1,790	145	156	162	178
58	1,685	1,852	150	162	167	185
59	1,741	1,914	155	167	173	191
60	1,752	1,926	156	168	174	192
61	2,113	2,327	189	201	214	233
62 - 65	2,184	2,405	195	208	221	241
66 - 70*	2,922	3,215	253	282	293	327
71*	3,215	3,535	280	310	320	355
72*	3,238	3,560	282	312	322	358
73*	3,272	3,598	285	316	326	361
74*	3,295	3,623	287	318	328	364
75*	3,330	3,661	290	321	331	368
76*	3,354	3,690	295	326	336	373
77*	3,411	3,753	300	332	342	379
78*	3,467	3,815	305	337	348	385
79*	3,524	3,878	310	343	354	392
80*	3,581	3,940	315	348	359	398
81*	3,630	3,994	320	353	364	403
82*	3,687	4,057	325	359	370	409
83*	3,744	4,119	330	364	376	415
84*	3,801	4,182	335	370	381	422
85*	3,857	4,244	340	375	387	428
86 - 100*	3,927	4,324	345	380	391	431
Más de 100*	3,984	4,387	350	385	397	438

* Solo renovación

ANEXO 3

EXCLUSIONES, GASTOS NO CUBIERTOS Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

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

- 1 Toda prestación médica o sanitaria derivada de lesiones auto infligidas, intento de suicidio o autoeliminación o de accidentes.
- 2 Las personas con enfermedades oncológicas preexistentes a la suscripción del presente **CONTRATO**. Inclusive si hubiesen sido reveladas en la Declaración Jurada de Salud, la cual motivará la resolución del contrato.
- 3 Las enfermedades oncológicas detectadas y/o incurridas antes de la culminación del período de carencia. Asimismo, cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional que corresponda a fase diagnóstica oncológica.
- 4 Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional sobre alguna enfermedad o condición no oncológica preexistente o adquirida durante el curso del tratamiento oncológico.
- 5 Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional atendido fuera de la **RED AUNA** detallada en el anexo 5, salvo los eventos programados y autorizados con antelación por la **IAFAS**, en tanto las **IPRESS** se encuentren adscritas al **PLAN DE BENEFICIOS** correspondiente al presente **CONTRATO**.
- 6 Reintegro y/o pagos por servicios médicos suministrados por terceros, por concepto de gastos ambulatorios, de hospitalización no quirúrgica, quirúrgica o gastos post-operatorios de cualquier índole médicos o no médicos.
- 7 Cualquier requerimiento o prestación médica cuyo propósito sea el chequeo, detección y/o diagnóstico, oncológico o no oncológico, salvo las prestaciones preventivas y promocionales expresamente señaladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
- 8 Todo procedimiento o terapia que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria. Así como prestaciones y tratamientos profilácticos, psicológicos, psiquiátricos, psicoterapéuticos, curas de reposo, cualquier tipo de tratamiento kinésico, de rehabilitación física o mental, odontológica, nutricional, salvo las prestaciones detalladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**. De la misma manera, las cirugías de neurotización, por ginecomastia, mastopexia y de simetrización.

- 9 Gastos relacionados al suministro de implantes y prótesis internas o externas de cualquier tipo, incluyendo stent de cualquier tipo. Así como también material de osteosíntesis y los cementos relacionados salvo los suministros detallados en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
- 10 Equipos médicos durables, tales como: termómetro, tensiómetro, estetoscopio, equipos de oxigenoterapia, glucómetro (equipo e insumos), respiradores, concentradores de oxígeno, pulsoxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, ventiladores, dispositivos CPAP o similares, audífonos e implantes cocleares, separadores interespinosos para columna vertebral y discos intervertebrales protésicos, y demás dispositivos similares empleados en neurocirugía y otras prótesis ortopédicas externas o internas. Como tampoco las ortesis u otros (sillas de ruedas, muletas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés, etc.), así como el uso de equipos y servicios de diálisis y/o cámara hiperbárica.
- 11 Gastos relacionados con la adquisición de órganos o tejidos, tales como sangre y sus derivados como: paquetes de glóbulos rojos, plaquetas, albúmina (en cualquiera de sus presentaciones), plasma y factores de coagulación, así como sustitutos sanguíneos naturales o sintéticos de cualquier tipo. Cualquier gasto relacionado a la búsqueda o estudio de donantes. Asimismo anticoagulantes, heparinoides, procoagulantes y eritropoyetina, con fines preventivos o profilácticos.
- 12 Suministro de nutrición parenteral y nutrición enteral (procedimiento, insumos y fórmula) y/o referidos a consultas nutricionales, salvo las expresamente señaladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
- 13 Cualquier gasto relacionado a la búsqueda y análisis de compatibilidad de donantes de médula ósea, así como gastos de crio preservación o cultivo de células madre u otros tejidos. Asimismo, gastos relacionados por complicaciones médicas del proceso de extracción o colecta en el donante.
- 14 Todo tipo de requerimiento prestacional que no sea ordenado o prescrito por el o los profesionales médicos designados por la **IAFAS** y/o no hayan sido autorizadas por ésta, así como el tratamiento y/o manejo de las complicaciones, eventos adversos, efectos secundarios y otros que se puedan ocasionar o devenir de estos tratamientos e indicaciones médicas dadas y ejecutadas al margen de lo anteriormente establecido.
- 15 Todo tipo de prestaciones diagnósticas o terapéuticas, equipos, insumos, suministros o fármacos y otras nuevas tecnologías que no hayan alcanzado el nivel de evidencia 2A en Medicina Basada en Evidencia, que no se comercialicen o no se encuentren disponibles en el territorio nacional. Así como aquellos que no hayan concluido exitosamente 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** y en su defecto que no se recomienden en la National Comprehensive Cancer Network

(NCCN), National Institute for Health and Care Excellence (NICE) y American Society of Clinical Oncology (ASCO).

- 16 FÁRMACOS como ansiolíticos, antipsicóticos, antidepresivos, vacunas, vitaminas, suplementos alimenticios, suplementos nutricionales, productos naturales (hierbas y sus derivados, levaduras, probióticos, uso medicinal de cannabis), estimulantes del apetito, anabólicos, antioxidantes, productos geriátricos y reconstituyentes, neurotónicos y nootrópicos, productos naturales, homeopáticos, alternativos o productos no medicinales, así como cualquier otro producto o medicamento no oncológico y/o no relacionado a la enfermedad oncológica.
- 17 Suministro de cualquier tipo de medio de transporte y servicio de ambulancia. Salvo las expresamente señaladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
- 18 Toda enfermedad de origen congénito y/o malformación congénita, así como enfermedades de origen laboral y profesional y/o por contaminación nuclear.
- 19 Cuidados de enfermería, vigilancia y/o acompañamiento del paciente a cargo de enfermeras, técnicas o auxiliares de enfermería, u otro personal a dedicación exclusiva durante la estancia hospitalaria y/o en domicilio, salvo los servicios expresamente señalados en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
- 20 Pruebas de laboratorio exámenes o estudios moleculares y/o genéticos y/o estudios de mutaciones u otras, de cualquier tipo, tales como y sin limitarse a: EGFR, PDL1, KRAS, NRAS, BRAF, ALK, VEGF, T790M, Inestabilidad microsatelital en sangre, pruebas moleculares para GIST, así como biopsias líquidas y/o perfiles moleculares, con excepción de las contempladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
- 21 Estudios de diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y procedimientos relacionados con problemas de disfunciones sexuales, esterilidad, fertilidad, infertilidad, esterilización y planificación familiar, incluyendo aborto terapéutico y/o complicaciones de la gestación.
- 22 Todo tipo de servicios de bazar y confort personal durante la hospitalización, como radios, televisores, teléfonos, consumos de frigobar, artículos personales o de higiene, pañales, medias antiembólicas, toallas higiénicas, máquinas de afeitar, guantes descartables no estériles, mantas térmicas de cualquier tipo, papel higiénico, batas, ropa de cama, hisopos, colchón antiescaras.

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

ANEXO 4

ACTIVACIÓN DEL BENEFICIO ONCOLÓGICO

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

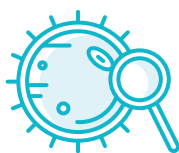
1. REQUISITOS PARA ACTIVAR EL BENEFICIO ONCOLÓGICO

1



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

2



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

3



Exámenes auxiliares (laboratorio + imágenes) contribuyentes al diagnóstico.

4



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

5



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

6



Copia del documento de identidad legible.

7



Encontrarse al día en sus pagos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

INFRAESTRUCTURA
RED AUNA

15 Clínicas

10 LIM 5 PRO

LIMA

SAN BORJA

CENTRO DE ATENCIÓN ONCOSALUD SEDE SAN BORJA
Av. Guardia Civil N° 585

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

R Y R PATÓLOGOS SEDE GUARDIA CIVIL
Av. Guardia Civil N° 227
Int. Primer piso

SAN ISIDRO

CENTRO DE ATENCIÓN ONCOSALUD SEDE SAN ISIDRO
Av. Paseo de la República N° 3650 - 3658

SANTIAGO DE SURCO

CENTRO DE ATENCIÓN ONCOSALUD SEDE ENCALADA
Av. La Encalada N° 938

MIRAFLORES

CENTRO DE ATENCIÓN ONCOSALUD SEDE DELGADO
Av. Angamos Oeste N° 490

CENTRO DE ATENCIÓN ONCOSALUD SEDE BENAVIDES
Av. Alfredo Benavides N° 2525

CLÍNICA DELGADO
Av. Angamos Oeste N° 450 - 490

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

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

**ANEXO 5
RED DE ATENCIÓN**



CALLAO

BELLAVISTA

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

PROVINCIA

PIURA

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

POLÍCLINICO CLÍNICA MIRAFLORES
Cal. Huancavelica N° 1015

LAMBAYEQUE

SERVIMEDICOS
Cal. Manuel María Izaga N° 621

LA LIBERTAD

CLÍNICA CAMINO REAL
Jr. Bolognesi N° 565

AREQUIPA

CLÍNICA VALLESUR
Av. La Salle N° 108-116

**IPRESS
COMPLEMENTARIAS**

36
Clínicas

LIM 23 PRO 13

LIMA

SAN BORJA

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

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

CLÍNICA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
Jr. Eduardo Ordoñez N° 468

SANTIAGO DE SURCO

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

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

MIRAFLORES

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

CLÍNICA INTERNACIONAL SEDE MIRAFLORES
Jr. Independencia N° 1055

CLÍNICA LOS ANDES
Cal. Asunción N° 177

RESOCENTRO
Av. Petit Thouars N° 4443 Res. Miraflores

SAN ISIDRO

CLÍNICA RICARDO PALMA
Av. Javier Prado Este N° 1066

CLÍNICA ANGLOAMERICANA
Jr. Alfredo Salazar N° 350

CLÍNICA JAVIER PRADO
Cal. Las Orquídeas N° 365

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

RESOMASA SEDE EMILIO CAVENECIA
Av. Emilio Cavenecia N° 265

CLÍNICA EL GOLF
Av. Aurelio Miró Quesada N° 1030

PUEBLO LIBRE

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

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

SAN MIGUEL

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

LIMA

CLÍNICA INTERNACIONAL SEDE LIMA
Jr. Washington N° 1471

LA MOLINA

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

SAN JUAN DE LURIGANCHO

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

SAN JUAN DE MIRAFLORES

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

INDEPENDENCIA

CLÍNICA JESÚS DEL NORTE
Av. Carlos Izaguirre N° 153

PROVINCIA

AREQUIPA

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

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

REMASUR S.A.
Cal. León Velarde N° 108

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

LA LIBERTAD

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

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

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

JUNÍN

CLÍNICA CAYETANO HEREDIA
Av. Huancavelica N° 745

LAMBAYEQUE

CLÍNICA DEL PACÍFICO
Av. José Leonardo Ortiz N°420

ÁNCASH

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

ICA

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

PIURA

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

CUSCO

PARDO
Av. La Cultura N° 710



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

www.oncosalud.pe

ANEXO 6**FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS**

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

1**PASO 1
AFILIADO REALIZA LA CONSULTA O RECLAMO**

A través de los siguientes medios, según corresponda.

**Call center**

¿Cuál es el número y horario de atención?

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

**Correo electrónico**

contactos@oncosalud.pe

**Libro de reclamaciones**

¿Cómo acceder al libro de reclamaciones electrónico y físico?

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

**Carta**

¿Dónde pedir y dónde dejar la carta?

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

2**PASO 2
SERVICIO AL CLIENTE RECIBE LA CONSULTA O RECLAMO**

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

3**PASO 3
SERVICIO AL CLIENTE REALIZA EL ANÁLISIS CORRESPONDIENTE****4****PASO 4
ÁREA INVOLUCRADA ENVÍA DESCARGO****5****PASO 5
ATENCIÓN AL CLIENTE BRINDARÁ RESPUESTA FINAL A LA CONSULTA O RECLAMO DE ACUERDO AL TIEMPO ESTABLECIDO (máximo 30 días hábiles)**

D.S.N° 030-2016 SA: Reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Aseguramiento en Salud - **IAFAS**, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - **IPRESS** y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - **UGIPRESS**, públicas, privadas o mixtas.

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