

CONTRATO DE PRESTACIONES DE SALUD PREPAGADO PROGRAMA AUNA SALUD

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. República de Panamá N° 4575, Piso 6, Distrito de Surquillo, Provincia y Departamento de Lima, representado por su Apoderado Especial, Señor Guillermo Michell Lecaros Gutiérrez, identificado con DNI N° 10308857, según poder inscrito en la partida electrónica N° 00558907 del registro de personas jurídicas de Lima, a quien en adelante se le denominará la **IAFAS**, y de la otra parte el **CONTRATANTE** quien consigna sus generales de ley en la **SOLICITUD DE 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 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 SEGUNDA OBJETO

En virtud del presente **CONTRATO** de afiliación, en adelante el **CONTRATO**, la **IAFAS** otorga a los **AFILIADOS** cobertura de prestaciones de salud prepagados de manera complementaria a la cobertura obligatoria al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), denominado programa de salud, 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 TERCERA CONTENIDO

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



1

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN



2

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD



3

CONDICIONES GENERALES



4

CONDICIONES PARTICULARES

- 1 **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN:** Documento en el que el **CONTRATANTE** propone 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 programa contratado.
- 4 **CONDICIONES PARTICULARES:** Contiene la descripción pormenorizada del alcance y limitaciones del programa contratado, incluyendo los copagos, deducibles, aportes adicionales y las obligaciones administrativas de las partes.

CLÁUSULA CUARTA **DEFINICIONES**

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

- 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 programa 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(s)** o **CONTRATANTE**, por las coberturas del programa contratado.
- e **BENEFICIOS:** Derechos del (los) **AFILIADO(s)**, según las condiciones establecidas en el programa 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 programa. 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; en consecuencia, el **CONTRATANTE** podrá convenir con la **IAFAS** que presta servicios de salud prepagados, modificaciones a las condiciones del contrato sin que se requiera para ello la aprobación del (los) **AFILIADO (s)**.
- h** **CONTINUIDAD:** Cobertura de diagnósticos preexistentes en caso que los **AFILIADOS** cambien de **IAFAS** o programa 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** **DEDUCIBLE:** Importe fijo a pagar por el **AFILIADO** por los servicios cubiertos, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican deducibles se especifican en el **PLAN DE BENEFICIOS** de las **CONDICIONES PARTICULARES**. Una misma atención puede estar afecta a copagos y deducibles.
- k** **DIRECTORIO MÉDICO:** Listado de profesionales adscritas al programa, consignado y publicado en la página web de la **IAFAS**.
- l** **EXCLUSIONES:** Son aquellas intervenciones de salud no cubiertas por el programa de salud contratado y las mismas que son detalladas en las **CONDICIONES PARTICULARES**.
- m** **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA:** Conjunto de recomendaciones desarrolladas en forma sistemática para ayudar a los profesionales y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas en el abordaje de un problema de salud o una condición clínica específica. La **IAFAS** y las **IPRESS**, en forma coordinada, elaborarán y utilizarán las Guías de Práctica Clínica para la atención de las enfermedades con mayor frecuencia, en concordancia con las normas emitidas por el MINSA.
- n** **IPRESS:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (**IPRESS**), son todos aquellos establecimientos públicos, privados o mixtos categorizados y acreditados por la autoridad competente y registrados en la Superintendencia Nacional de Salud, autorizados para brindar los servicios de salud correspondiente a su nivel de atención.
- o** **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.

- p** **NOTA TÉCNICA:** Es el documento que describe la metodología y las bases aplicadas para el cálculo del aporte correspondiente al programa, y que incluye la justificación de los aportes.
- q** **PERÍODO DE CARENCIA:** Plazo mínimo de permanencia en el programa de salud contratado, contado desde el inicio de vigencia del **CONTRATO**. 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**.
- r** **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 de salud elegido en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**. El **PLAN DE BENEFICIOS** se encuentra en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
- s** **PREEXISTENCIA:** Es cualquier condición de alteración del estado de salud con evidencia clínica, diagnosticada por un profesional de salud, consignada en una historia clínica u otro documento o registro con validez legal, no resuelta, y declarada o no, en el momento previo a llenar y suscribir la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** o el **CONTRATO**.

CLÁUSULA QUINTA

COBERTURA Y CONDICIONES

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

CLÁUSULA SEXTA

REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN

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

El(los) **AFILIADO(s)** deberá(n) completar y suscribir la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** adjunta a la **SOLICITUD DE 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.

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**, condicionamientos que deberá poner en conocimiento del (los) **AFILIADO(s)** con la debida oportunidad.

La eventual inconformidad del (los) **AFILIADO(s)**, con relación a los condicionamientos particulares formulados por la **IAFAS** con posterioridad a la evaluación de la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**, determinará la anulación del **CONTRATO** y el derecho de devolución íntegra de los aportes a favor del **CONTRATANTE**, siempre que no haya hecho uso de las coberturas, en tanto este último formule su desistimiento, por la vía comunicacional que considere conveniente, dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de notificación de las 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**, 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. Así mismo, en caso la **IAFAS** haya concedido coberturas, servicios o prestaciones a favor del (los) **AFILIADO(s)**, sin que a este le corresponda ese derecho, la **IAFAS** podrá exigir el pago del valor de la totalidad de los servicios prestados de manera indebida.

Toda inclusión con posterioridad al inicio de la vigencia del presente **CONTRATO**, deberá contar con la **SOLICITUD DE 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.

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

CLÁUSULA SÉPTIMA

PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD

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

Los medicamentos prescritos deberán estar incluidos según se vaya actualizando y/o modificando en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud (PNUME), que aprueba el Ministerio de Salud de la República del Perú. Adicionalmente, a través de las presentes **CONDICIONES GENERALES**, tendrán cobertura los medicamentos que (i) estén debidamente autorizados para su importación y/o comercialización en el Perú por parte de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) o de la autoridad

que haga sus veces y (ii) que figuren en el “Listado de Medicamentos para el tratamiento integral” de la **IAFAS**, publicado en la página web www.oncosalud.pe. Utilizando criterios técnicos, este listado se renovará y/o actualizará cada dos (2) años, contados desde la fecha de su última publicación en la página web antes descrita, o conforme la **IAFAS** lo decida pertinente, tomando en cuenta para ello los estándares nacionales e internacionales sobre la materia.

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

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

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

CLÁUSULA OCTAVA

INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA

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

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

CLÁUSULA NOVENA

LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y DIRECTORIO MÉDICO

El otorgamiento de las prestaciones de recuperación de la salud y demás servicios cubiertos por el programa de salud contratado, se otorgarán única y exclusivamente en la red de atención consignada y por los profesionales del **DIRECTORIO MÉDICO** que la **IPRESS** designe expresamente. Por lo tanto, no serán cubiertas aquellas indicaciones de servicios procedentes de otras **IPRESS** diferentes a la que integran la red de atención del programa de salud.

La **IAFAS** informará a los **AFILIADOS** ya sea por medios digitales o físicos o a través de su página web, dentro de un plazo no mayor a dos (2) días hábiles, cualquier interrupción o cese del servicio que brinde alguno de

los establecimientos de salud descritos en red de atención y/o las modificaciones que puedan surgir sobre el **DIRECTORIO MÉDICO**.

CLÁUSULA DÉCIMA

RESPONSABILIDAD DE LA IAFAS

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

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA

REFERENCIAS

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA

APORTES

Como contraprestación por la contratación de las prestaciones de salud 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 programa de salud 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 TERCERA

INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE LOS APORTES

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA

COPAGOS Y DEDUCIBLES

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA

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 incrementos en el monto de las aportaciones sean más equilibrados, con una subvención mayor para las edades avanzadas.

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

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA

INFORMACIÓN

La **IAFAS**, al momento de suscribir la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**, pone en conocimiento del **CONTRATANTE**, ya sea por medios digitales o físicos, o a través de su página web, el programa de salud completo a fin de permitir su fácil acceso.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA

PLAZO CONTRACTUAL

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

En caso el **AFILIADO** desee modificar la modalidad y/o formas de pago, deberá formular la solicitud escrita a la **IAFAS**, 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 real el que se indica en la introducción del presente **CONTRATO** y en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones vinculadas a este **CONTRATO**, salvo que se hubiera comunicado por escrito a la otra Parte el cambio de domicilio por escrito con un mínimo de cinco (5) días hábiles de anticipación y con cargo de recepción. Asimismo, la Parte que efectúe la variación de domicilio deberá cursar la comunicación al correo electrónico de la contraparte señalado en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**.

CLÁUSULA VIGÉSIMA

ATENCIÓN DE RECLAMOS Y SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

El **AFILIADO** cuenta 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 09**.

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 / 377-7000** y/o al correo electrónico de la **IAFAS** aunasalud@auna.pe

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

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 estas 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 Tercera, 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 Quinta correspondiente a la modificación de aportes y/o copagos de las presentes **CONDICIONES GENERALES**, no exista aceptación respecto o al reajuste de los aportes y/o copagos propuesto por la **IAFAS**.

En caso que el (los) **AFILIADO(S)** hubiese sido beneficiado con el otorgamiento de prestaciones cubierta por la **IAFAS** de 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.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

El **CONTRATANTE** declara estar debidamente informado sobre el uso de sus datos personales y huella digital proporcionados a la **IAFAS**, los cuales son estrictamente necesarios para la gestión del programa de salud adquirido; 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 de salud 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:

www.privacyshield.gov

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

- Evaluar el estado de su afiliación en base a la información proporcionada.
- Aprobar la cobertura del programa de salud adquirido.
- Gestionar el cobro de los aportes, deudas, moras e intereses.
- Usar su huella digital para efectos de la gestión administrativa, comercial y acreditación del **AFILIADO** para la prestación médica.
- Conservar dichos datos por un período de diez (10) años, contados a partir de la fecha de término de la relación comercial; salvo que por mandato legal se establezca un plazo distinto, en cuyo caso se aplicará este último.
- Cumplir con requerimientos de información de autoridades administrativas o judiciales, relacionados a su afiliación.
- Tratar de forma directa, encargar y/o transferir los datos a sus empresas vinculadas, plataformas que prestan el servicio de almacenamiento en la nube y empresas terceras que tengan un vínculo directo con la finalidad de la recopilación de los datos personales, quienes guardarán estricta confidencialidad de la información remitida.



*De acuerdo a lo que se establece en el párrafo precedente y lo que autorizó en su **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**, 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 www.oncosalud.pe/solicitudes-arco*

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO CUARTA

MODIFICACIONES CONTRACTUALES

El presente **CONTRATO** podrá ser modificado por el **CONTRATANTE**, por razones técnicas, circunstancias del mercado u otras razones similares o relacionadas, mediante aviso previo remitido al **AFILIADO** con treinta (30) días calendario de anticipación, ya sea de manera física o al correo electrónico señalado por el **AFILIADO**. En el referido aviso, el **CONTRATANTE** determinará el plazo en que las modificaciones contractuales entrarán en vigencia.

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

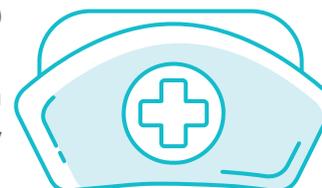
CONTRATO DE PRESTACIONES DE SALUD PREPAGADO PROGRAMA AUNA SALUD CONDICIONES PARTICULARES

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

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

1.1 ATENCIÓN AMBULATORIA Y EMERGENCIA NO ACCIDENTAL

Este beneficio no podrá ser utilizado por ningún concepto durante los primeros 3 (tres) meses de vigencia del **CONTRATO** por encontrarse en **PERÍODO DE CARENCIA**, por lo tanto, todos los gastos efectuados durante ese período no serán cubiertos. Sin embargo, podrán aplicar tarifas especiales y descuentos sobre servicios clínicos y exámenes de laboratorio e imágenes, según **Anexo 07** del presente **CONTRATO**.



Este beneficio cubre toda atención que se realice en la red de atención del programa de salud y que no requiera hospitalización.

Adicionalmente, se entiende por emergencia no accidental o emergencia médica a aquella que no es consecuencia de un accidente y requiere atención y procedimientos médicos inmediatos. Las atenciones de urgencia, que son las situaciones en las que ni la vida ni la salud de una persona están en riesgo, están sujetas al pago del deducible y copagos respectivos. La determinación de la condición de emergencia médica es realizada por el profesional médico encargado de la atención bajo responsabilidad.

El programa otorga las siguientes coberturas:

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



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

1.2 MÉDICO A DOMICILIO

Este servicio ofrece atención médica a domicilio de la especialidad de medicina general. El servicio es brindado por el proveedor indicado en la red de atención. Las atenciones de médico a domicilio se otorgarán exclusivamente para enfermedades ambulatorias agudas de baja complejidad. Las atenciones y tratamientos para pacientes con diagnósticos crónicos o de alta complejidad serán cubiertos de acuerdo a las condiciones ambulatorias del **PLAN DE BENEFICIOS**.



Deducible único y copago por cobertura de medicamentos bajo la modalidad de botiquín según **PLAN DE BENEFICIOS**.

El procedimiento de atención consta de los siguientes pasos:

- La solicitud de atención se debe realizar a través de la central telefónica del proveedor, indicando los nombres del titular y del paciente, y el lugar donde se brindará el servicio. Al momento de la atención se deberá presentar al médico tratante el documento de identidad (DNI o carné de extranjería).
- El médico prestará el servicio en un período de tiempo que será coordinado con el solicitante.
- Se cancelarán los copagos indicados en el **PLAN DE BENEFICIOS** contratado que incluyen la atención del médico y entrega de medicamentos.
- El horario de atención es de lunes a sábado y de 8:00am a 8:00pm, de acuerdo a programación.
- Las atenciones estarán sujetas a disponibilidad del proveedor, se encuentran exceptuadas de atención aquellas zonas identificadas como de alto riesgo en los Mapas de Delito de la Policía Nacional del Perú.

Centros de atención en Lima:



NORTE

- Hasta Km 21 de la Panamericana Norte



ESTE

- Hasta Municipalidad de Ate-Vitarte



SUR

- Hasta Chorrillos, San Juan de Miraflores



OESTE

- Hasta La Punta Callao



*Este servicio no es para casos de urgencias o emergencias accidentales y/o médicas. Circunscrito a ciertas zonas y distritos especificados en el **PLAN DE BENEFICIOS**.*

1.3 ATENCIÓN POR EMERGENCIA ACCIDENTAL

Se entiende como emergencia accidental a aquella producida por un accidente, es decir, una acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad y por la cual requiere atención y procedimientos quirúrgicos y/o médicos inmediatos al poner en peligro inminente la vida, la salud, o que puede dejar secuelas invalidantes. La determinación de la condición de emergencia accidental es realizada por el profesional médico encargado de la atención bajo responsabilidad. Las atenciones deberán realizarse dentro las 24 horas de producido el evento.



El programa de salud otorga las siguientes coberturas:

- a) Honorarios médicos por consulta, interconsulta y/o procedimientos ambulatorios en sala de emergencias.
- b) Medicamentos, materiales e insumos incluyendo, catéteres, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos proveídos en sala de emergencias.
- c) Exámenes de laboratorio y estudios de imágenes, tales como rayos X, ecografías, tomografía computarizada relacionados a la emergencia.
- d) Procedimientos ambulatorios de emergencia quirúrgicos y no quirúrgicos, incluyendo uso de tópicos, sala de observación y de recuperaciones.



- *Los gastos de emergencias por accidentes, serán cubiertos por el programa de salud sin copago alguno. Las prestaciones iniciadas fuera de este período y por emergencias no accidentales, serán cubiertas bajo las condiciones de la Atención Ambulatoria, según detalle del **PLAN DE BENEFICIOS**.*
- *En caso el evento médico iniciado en Emergencia accidental o no accidental, requiera hospitalización médica o quirúrgica, serán cubiertas, a partir de la hospitalización, bajo las condiciones de la Atención Hospitalaria, según detalle del **PLAN DE BENEFICIOS**.*
- *Una vez concluida la atención en el servicio de Emergencia y si el paciente requiere continuar el tratamiento en hospitalización o sea referido a un servicio de Atención Ambulatoria aplicarán los deducibles y copagos respectivos según tipo de cobertura.*
- *Se cubre la continuidad en clínica de la emergencia accidental ambulatoria hasta máximo noventa (90) días calendario. (Cubre: controles ambulatorios, exámenes de laboratorio de control, exámenes radiológicos de control, sesión de terapia física, retiro de puntos y retiro de yeso).*
- *Considerar que toda atención es a crédito y en la misma **IPRESS** en que se atendió la emergencia inicial. Pasados los noventa (90) días, cualquier control posterior se atenderá de acuerdo a la cobertura ambulatoria especificada en el **PLAN DE BENEFICIOS** que forma parte de las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**. La **IAFAS** cubrirá las atenciones derivadas de una Emergencia Médica Accidental para los **AFILIADOS** que se encuentren en **PERÍODO DE CARENCIA** o espera, bajo las condiciones de la cobertura correspondiente sea ambulatoria y/o hospitalaria o similar.*

1.4 CHEQUEO PREVENTIVO ANUAL

El **AFILIADO** al programa de salud tiene derecho a realizarse un examen médico preventivo anual. Incluye un conjunto de evaluaciones médicas y exámenes auxiliares, que se realizan según edad y sexo del **AFILIADO** con el fin de detectar la sospecha de enfermedad.



- *Las atenciones son previa cita en la red de atención especificado en su **CONTRATO**.*
- *Este beneficio es de realización a partir de la primera renovación y con una periodicidad anual durante la vigencia del programa de salud, teniendo en cuenta el último despistaje efectivo del **AFILIADO**.*
- *Los exámenes preventivos que conforman el paquete, no son transferibles, acumulables, canjeables o intercambiables con otros exámenes que no correspondan al programa contratado. Asimismo, el paquete no puede ser fragmentado y deberá concluirse en un período no mayor de treinta (30) días calendario contados desde el inicio del chequeo preventivo, vencido este plazo el **AFILIADO** deberá esperar el tiempo establecido en el **PLAN DE BENEFICIOS** para acceder nuevamente al próximo chequeo preventivo.*
- *En caso el médico evaluador considere pertinente recomendar o indicar alguna atención adicional como resultado del chequeo médico (interconsulta con alguna especialidad, farmacia o exámenes auxiliares), esta deberá ser atendida bajo la consulta ambulatoria de acuerdo al programa de salud contratado.*

El detalle del chequeo preventivo anual se encuentra en el **Anexo 03** del **CONTRATO**.

1.5 ATENCIÓN HOSPITALARIA

De acuerdo a indicación médica, es el internamiento del **AFILIADO** según programa de salud contratado. Para que se considere atención hospitalaria, el paciente debe permanecer internado por lo menos un (1) día.



El programa otorga las siguientes coberturas:

- a) Honorarios médicos por tratamiento y/o cirugías (médico principal, ayudantía, anestesista).
- b) Hotelería: Habitación estándar.
- c) Medicamentos, materiales e insumos incluyendo catéteres permanentes, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos.
- d) Exámenes de laboratorio y/o anatomía patológica relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones o enfermedades cubiertas por el programa.

- e Estudios de imágenes, tales como rayos X, ecografías, tomografía computarizada y otros relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones o enfermedades cubiertas por el programa.
- f Procedimientos hospitalarios quirúrgicos y no quirúrgicos, incluyendo uso de tóxico, sala de operaciones, sala de recuperación, unidad de cuidados intensivos, unidad de cuidados intermedios.



Para aquellos casos de emergencias accidentales o médicas que requieran de hospitalización y/o procedimientos fuera de emergencia, se aplicarán las condiciones vigentes de la cobertura de atención ambulatoria u hospitalaria de su programa de salud contratado.

1.6 ATENCIÓN DE MATERNIDAD

Este beneficio no podrá ser utilizado por ningún concepto durante los primeros doce (12) meses de vigencia del **CONTRATO** por encontrarse en **PERÍODO DE CARENCIA**, por lo tanto, todos los gastos efectuados durante ese período no serán cubiertos.

La cobertura está diseñada para el cuidado de la salud de la madre gestante y el recién nacido, mediante la atención médica, la educación pre y post natal, y el programa de psicoprofilaxis.



El programa de salud otorga las siguientes coberturas:

- a Honorarios médicos por consulta obstétrica y/o procedimientos obstétricos ambulatorios u hospitalarios, incluyendo parto natural o cesárea, así como visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia.
- b Hotelaría: Habitación individual o bipersonal estándar, según disponibilidad. Hasta dos (2) días para parto natural y hasta tres (3) días para cesárea.
- c Medicamentos, materiales e insumos incluyendo, suturas, catéteres, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos.
- d Exámenes de laboratorio relacionados al control y seguimiento del embarazo, incluyendo los estudios previos al parto natural o cesárea. Así como, los correspondientes a la atención inicial del recién nacido.
- e Estudios de ecografías obstétricas transvaginales y pélvicas relacionados al control y seguimiento del embarazo.
- f Parto natural o cesárea, incluyendo uso de tóxico, centro obstétrico, sala de operaciones, sala de recuperación y sala de recién nacidos.

- g** Programa Integral de Psicoprofilaxis Obstétrica, cuyo objetivo es orientar a la pareja sobre la maternidad y prepararla para que pueda afrontar de la mejor manera posible el momento del alumbramiento y los primeros días de nacido. Aplica a partir del 6to mes de gestación e incluye lo siguiente:

 - Técnicas de respiración eficaces.
 - Gimnasia obstétrica, esferodinamia y posturas activas para labor de parto en libertad de movimiento.
 - Relajación a través de masajes.
 - Preparación en lactancia materna y cuidados del bebé.

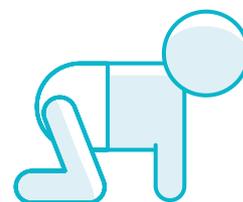
- h** Tamizaje Neonatal básico para el recién nacido, consiste en hacer una pequeña punción en el talón para tomar unas pocas gotas de sangre. Dicha muestra se coloca en un papel especial y se analiza en el laboratorio. Estas pruebas son importantes porque permiten detectar enfermedades metabólicas congénitas al nacimiento del niño bajo la cobertura del programa e inscrito antes de los treinta (30) días calendario desde su nacimiento. Aplica cobertura dentro de los treinta (30) días calendario de nacido. Las enfermedades metabólicas congénitas consideradas son: Hipotiroidismo congénito, Fenilcetonuria, Galactosemia, Hiperplasia Suprarrenal, Deficiencia de Biotinidasa y Fibrosis Quística.

- i** La cobertura hospitalaria en la gestante y el recién nacido se brinda atendiendo a la pertinencia de la hospitalización de cada uno de ellos de manera independiente.

La cobertura de maternidad se encuentra en el **Anexo 04** del **CONTRATO**.

1.7 CONTROL DE NIÑO SANO

Consiste a una evaluación mensual con el pediatra durante el primer año de vida del recién nacido. Esta evaluación mensual con el pediatra cubre la consulta de control. Aplica para niños nacidos bajo la cobertura del programa e inscritos antes de los treinta (30) días calendario desde su nacimiento. La cobertura incluye una consulta por mes hasta el primer año, sólo considera atenciones ambulatorias. En el caso se indiquen medicinas o exámenes auxiliares se aplicará el copago indicado en el **PLAN DE BENEFICIOS** correspondiente a la atención ambulatoria.



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

1.8 INMUNIZACIONES

El programa de vacunación aplica para niños nacidos bajo la cobertura del programa de salud e inscritos antes de los treinta (30) días calendario desde su nacimiento. Solo aplica durante el primer año de vida del niño.



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

1.9 ENFERMEDADES CONGÉNITAS PARA RECIÉN NACIDOS

Son todas aquellas que se producen en la etapa de gestación. A todos los nacidos dentro de la vigencia del programa de salud, cuyo nacimiento haya sido cubierto por el mismo, se les otorgará cobertura por enfermedades congénitas. La cobertura aplica sólo hasta el primer año de edad y hasta el límite de monto indicado en el **PLAN DE BENEFICIOS**. No se cubren enfermedades congénitas que no sean de recién nacidos.



- *Las enfermedades congénitas serán cubiertas según las condiciones especificadas en el **PLAN DE BENEFICIOS**.*
- *El procedimiento de atención es el mismo que corresponde a una atención ambulatoria u hospitalización, según sea el caso.*
- *Para poder gozar de cobertura, la inscripción del recién nacido debe realizarse en un plazo de hasta treinta (30) días calendario desde su fecha de nacimiento.*
- *Límite de monto máximo anual hasta S/ 20,000 (incluye IGV).*

1.10 ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

El **AFILIADO** tendrá la opción de recibir atenciones de recuperación y de prevención necesarias para el cuidado de la salud bucal.



El programa otorga las siguientes coberturas:

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

El procedimiento de atención consta de los siguientes pasos:

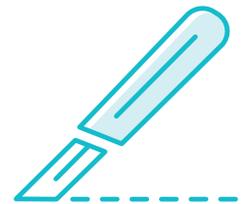
- La solicitud de una cita se debe realizar a través de la central telefónica del proveedor, indicando los nombre del titular y del paciente.
- Al momento de la atención con el proveedor de servicio odontológico detallado en la red de atención, deberá presentar documento de identidad (DNI o carné de extranjería).
- La atención está sujeta al pago de deducible y copago indicado en el **PLAN DE BENEFICIOS**.



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

1.11 PRÓTESIS INTERNAS QUIRÚRGICAMENTE NECESARIAS

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



- *No se encuentran cubiertas ningún tipo de prótesis dentales y prótesis ortopédicas externas, implantes cocleares, separadores interespinosos para columna vertebral, discos intervertebrales protésicos, otros implantes.*
- *Se aplican las condiciones y coberturas detalladas en el **PLAN DE BENEFICIOS**.*
- *Límite de monto máximo anual hasta S/ 6,000 (incluye IGV).*

1.12 PSIQUIATRÍA

Este beneficio cubre la atención ambulatoria psiquiátrica para los siguientes diagnósticos: ansiedad, depresión, alcoholismo, esquizofrenia. No incluye psicoterapias, medicamentos, hospitalizaciones ni tratamientos por emergencias y está sujeto a un **PERÍODO DE CARENCIA** de doce (12) meses desde el inicio de la vigencia del **CONTRATO**.



1.13 PREEXISTENCIAS

Este beneficio no podrá ser utilizado por ningún concepto durante los primeros doce (12) meses de vigencia del **CONTRATO** por encontrarse en **PERÍODO DE CARENCIA**, por lo tanto, todos los gastos efectuados durante ese período no serán cubiertos.



El **AFILIADO** cuenta con cobertura para enfermedades preexistentes. El deducible por la atención vía consulta está sujeta al **PLAN DE BENEFICIOS**.

Incluye todas las preexistencias declaradas por el **AFILIADO**, así como sus complicaciones y secuelas. Se cubrirán los gastos médicos (atenciones ambulatorias y/u hospitalarias) bajo condiciones del programa de salud.



- *Se requiere carta de garantía.*

- *Límite de monto máximo anual hasta S/ 40,000 (incluye IGV)*

2. PLAN DE BENEFICIOS

La cobertura a la que los **AFILIADOS** tienen derecho a través del presente **CONTRATO** corresponde de manera específica al **PLAN DE BENEFICIOS**, cuyos alcances, limitaciones, copagos y aportes detallamos a continuación.

BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA		S/ 750,000	
ATENCIÓN AMBULATORIA Y EMERGENCIA NO ACCIDENTAL		Deducible y/o copago a cargo del afiliado	Cobertura
Deducible de consulta externa y por emergencia no accidental		S/ 80.00 (incluye IGV)	
Exámenes auxiliares de laboratorio clínico y patología		20%	80%
Exámenes de diagnóstico por imágenes		20%	80%
Procedimientos ambulatorios (honorarios médicos, sala de procedimientos y enfermería)		20%	80%
Exámenes de laboratorio e imágenes, procedimientos y farmacia por emergencia no accidental		20%	80%
Farmacia* ambulatoria		20%	80%
<ul style="list-style-type: none"> • Emergencia No Accidental o Emergencia Médica: Es aquella que no es consecuencia de un accidente y requiere atención y procedimientos médicos inmediatos. • Las atenciones de Urgencia, que son las situaciones en las que ni la vida ni la salud de una persona están en riesgo, están sujetas al pago del deducible y coaseguros respectivos. La determinación de la condición de emergencia médica es realizada por el profesional médico encargado de la atención bajo responsabilidad. 			
MÉDICO A DOMICILIO		Deducible y/o copago a cargo del afiliado	Cobertura
Deducible de consulta a domicilio por medicina general		S/ 80.00 (incluye IGV)	
Medicamentos bajo modalidad de botiquín, no incluye laboratorio ni exámenes auxiliares		20%	80%
<ul style="list-style-type: none"> • Sujeto a disponibilidad del proveedor. Aplica para atenciones ambulatorias agudas de baja complejidad (no emergencias). 			

ATENCIÓN POR EMERGENCIA ACCIDENTAL	Deducible y/o copago a cargo del afiliado	Cobertura
Emergencias atendidas en clínica dentro de las primeras 24 horas de ocurrido el accidente, hasta la estabilización del paciente	0%	100%
Derivación hospitalaria por emergencia	Según condiciones de hospitalización	
Continuidad en clínica de la emergencia accidental ambulatoria hasta máximo noventa (90) días calendario. (Cubre: controles ambulatorios, exámenes de laboratorio de control, exámenes radiológicos de control, sesión de terapia física, retiro de puntos y retiro de yeso)	0%	100%

- Emergencia Accidental: Es aquella producida por un accidente, es decir, una acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad y por la cual requiere atención y procedimientos quirúrgicos y/o médicos inmediatos al poner en peligro inminente la vida, la salud, o que puede dejar secuelas invalidantes. La determinación de la condición de emergencia accidental es realizada por el profesional médico encargado de la atención bajo responsabilidad.
- Una vez concluida la atención en el servicio de Emergencia y si el paciente requiere continuar el tratamiento ya sea en Hospitalización o es referido a un servicio de Atención Ambulatoria aplicarán los deducibles y coaseguros respectivos.

CHEQUEO PREVENTIVO ANUAL	Deducible y/o copago a cargo del afiliado	Cobertura
Deducible por chequeo preventivo anual	S/ 80.00 (incluye IGV)	
Chequeo detallado (Ver Anexo 03)	0%	100%

- El chequeo preventivo se coordina previa cita y siguiendo los procedimientos y condiciones establecidas para la atención según protocolo de Clínica Delgado. Este beneficio se activará a partir de la primera renovación y con una periodicidad anual durante la vigencia del programa de salud, teniendo en cuenta el último despistaje efectivo del afiliado.

ATENCIÓN HOSPITALARIA	Deducible y/o copago a cargo del afiliado	Cobertura
Deducible por hospitalización	S/ 530.00 (incluye IGV)	
Honorarios médicos por tratamiento y/o cirugías (médico principal, ayudantía, anestesista)	20%	80%
Sala de operaciones y sala de recuperación	20%	80%
Habitación estándar, Cuidados intermedios, UCI y UCIN	20%	80%
Otros servicios clínicos y procedimientos	20%	80%
Exámenes auxiliares de laboratorio clínico y patología	20%	80%
Exámenes de diagnóstico por imágenes	20%	80%
Farmacia* hospitalaria y material médico	20%	80%

ATENCIÓN DE MATERNIDAD	Deducible y/o copago a cargo del afiliado	Cobertura
Maternidad hospitalaria		
Deducible por parto normal, cesárea y/o parto múltiple	S/ 530.00 (incluye IGV)	
Deducible por aborto, amenaza de aborto, complicaciones orgánicas y quirúrgicas del embarazo	S/ 530.00 (incluye IGV)	
Hospitalización**, Exámenes auxiliares y farmacia* durante el embarazo	20%	80%
Sala de parto y sala de bebé	20%	80%
Maternidad ambulatoria		
Deducible por consulta por control pre y postnatal (Ver Anexo 04)	S/ 80.00 (incluye IGV)	
Ecografías obstétricas convencionales derivadas de la consulta pre o postnatal (Ver Anexo 04)	20%	80%
Exámenes auxiliares y medicamentos derivados por los controles del embarazo	20%	80%
Programa Integral de Psicoprofilaxis Obstétrica*** (a partir del 6to mes de gestación), incluye: - Técnicas de respiración eficaces - Gimnasia obstétrica, esferodinamia y posturas activas para labor de parto en libertad de movimiento - Relajación a través de masajes - Preparación en lactancia materna y cuidados del bebé	0%	100%
Tamizaje Neonatal básico. Sirve para la detección de enfermedades metabólicas congénitas al nacimiento del niño bajo la cobertura del programa e inscrito antes de los treinta (30) días calendario desde su nacimiento. Aplica cobertura dentro de los treinta (30) días calendario de nacido. Enfermedades metabólicas congénitas consideradas: Hipotiroidismo congénito, Fenilcetonuria, Galactosemia, Hiperplasia Suprarrenal, Deficiencia de Biotinidasa, Fibrosis Quística.	20%	80%

PROGRAMA CONTROL DE NIÑO SANO	Deducible y/o copago a cargo del afiliado	Cobertura
Evaluación médica mensual (control de crecimiento y desarrollo) por el pediatra durante el primer año de vida del niño. Para niños nacidos bajo la cobertura del programa e inscritos antes de los treinta (30) días calendario desde su nacimiento. (Ver Anexo 05) Incluye: 1 consulta por mes hasta el primer año.	0%	100%
Medicamentos y/o exámenes auxiliares derivados de la consulta de control	20%	80%

INMUNIZACIONES	Deducible y/o copago a cargo del afiliado	Cobertura
<p>Para niños nacidos bajo la cobertura del programa e inscritos antes de los treinta (30) días calendario desde su nacimiento. Solo aplica durante el primer año de vida del niño. Aplica esquema de vacunación indicado en el Anexo 06.</p>	20%	80%
ENFERMEDADES CONGÉNITAS PARA RECIÉN NACIDOS HASTA S/ 20,000 (INCLUYE IGV) COMO BENEFICIO MÁXIMO ANUAL	Deducible y/o copago a cargo del afiliado	Cobertura
<p>Para niños nacidos bajo la cobertura del programa e inscritos antes de los treinta (30) días calendario desde su nacimiento. La cobertura aplica solo hasta el primer año de edad. No se cubren enfermedades congénitas que no sean de recién nacidos.</p>	Según condiciones ambulatorias/hospitalarias	
ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	Deducible y/o copago a cargo del afiliado	Cobertura
<p>Deducible por consulta, para:</p>	S/ 80.00 (incluye IGV)	
<p>Examen odontológico (incluye odontograma)</p>	0%	100%
<p>Profilaxis anual (incluye limpieza manual simple sin uso de cavitron o equivalentes, solo una vez durante la vigencia anual)</p>	0%	100%
<p>Fluorización anual (para niños hasta 12 años)</p>	0%	100%
<p>Deducible por pieza tratada y terminada, para:</p>	S/ 80.00 (incluye IGV)	
<p>Sellantes (para niños hasta 12 años)</p>	20%	80%
<p>Pulpotomías, pulpectomías, endodoncias, extracciones simples y obturaciones que incluye colocación de Amalgamas y Resinas</p>	20%	80%
<p>Radiografías por placa</p>	20%	80%
PRÓTESIS INTERNAS QUIRÚRGICAMENTE NECESARIAS HASTA S/ 6,000 (INCLUYE IGV) COMO BENEFICIO MÁXIMO ANUAL	Deducible y/o copago a cargo del afiliado	Cobertura
<p>Aquellos casos en los que, como consecuencia de una enfermedad o accidente cubiertos por el programa requieran colocación de prótesis internas quirúrgicamente necesarias (se excluyen prótesis dentales).</p>	20%	80%

PSIQUIATRÍA	Deducible y/o copago a cargo del afiliado	Cobertura
Deducible de consulta externa. Incluye consulta por los siguientes diagnósticos: ansiedad, depresión, alcoholismo y esquizofrenia.	S/ 80.00 (incluye IGV)	
No incluye: Medicamentos ni hospitalización ni atención de emergencia	100%	0%

PREEXISTENCIAS HASTA S/ 40,000 (INCLUYE IGV) COMO BENEFICIO MÁXIMO ANUAL	Deducible y/o copago a cargo del afiliado	Cobertura
Deducible por atención de pre-existencias vía consulta externa	S/ 80.00 (incluye IGV)	
Incluye todas las preexistencias declaradas por el afiliado, así como sus complicaciones y secuelas. Se cubrirán los gastos médicos (atenciones ambulatorias y/u hospitalarias) al 50% bajo condiciones del programa. Se requiere carta de garantía.	50%	50%

* Según tratamiento farmacológico de Guía de Práctica Clínica vigente.

** Según condiciones de cobertura hospitalaria.

*** Duración del programa sujeto al tipo de parto.

3. RED DE ATENCIÓN

NOMBRE COMERCIAL	REG. SUSALUD	CIUDAD	DISTRITO	DIRECCIÓN	TELÉFONO
Clínica Delgado	1408279	Lima	Miraflores	Av. Angamos Oeste N° 450-490	377-7000
Clínica en casa	1406772	Lima	Miraflores	Calle Sor Tita N°136 Dpto.305	680-2888
Centro Odontológico Americano	00008202	Lima	San Isidro	Av. Juan de Arona N° 425	421-6323
Centro Odontológico Americano	00023156	Lima	San Isidro	Av. Juan de Arona N° 402	421-6323
Centro Odontológico Americano	00008201	Lima	San Isidro	Calle Manuel Atanasio Fuentes 260	421-6323
Centro Odontológico Americano	00008537	Lima	Lima Centro	Jr. Camana N° 780, Of. 508	427-0158
Centro Odontológico Americano	00014784	Lima	Comas	Av. El Maestro Peruano N°430, MZ I, LT 6 - Urb. Carabaylo, 2° Etapa	535-8144
Centro Odontológico Americano	00013245	Lima	Jesus María	Jr. Huiracocha N° 1486	424-1443
Centro Odontológico Americano	00011860	Lima	Surquillo	Calle Las Tiendas N° 331, Dpto. - 101	440-1021
Centro Odontológico Americano	00014113	Lima	San Isidro	Av. Javier Prado Este N° 1692, 1° Piso	475-1719
Centro Odontológico Americano	00009547	Lima	San Juan de Miraflores	Av. Guillermo Billinghurst N° 619 MZ G, LT 33 Zona D - Urb. San Juan	466-1128
Centro Odontológico Americano	00012672	Callao	Callao	Av. Guardia Chalaca N° 1362 Urb. Santa Marina	453-3276
Centro Odontológico Americano	00023749	Lima	Los Olivos	Av. Carlos Alberto Izaguirre N° 1268 MZ K, LT 8 - Urb. Gamarra de Leon Velarde Angelica 1° Etapa	232-0420
Centro Odontológico Americano	00008583	Lima	San Miguel	Calle Monseñor Jorge Dintilhac N° 717 - Urb. Pando 1° Etapa	451-5553

NOMBRE COMERCIAL	REG. SUSALUD	CIUDAD	DISTRITO	DIRECCIÓN	TELÉFONO
Centro Odontológico Americano	00024505	Lima	Miraflores	Av. Roosevelt N° 5790, Piso 3 Interior N° 301	447-5190
Centro Odontológico Americano	00010215	Lima	Miraflores	Av. Roosevelt (Ex República de Panama) N° 5806	447-5190
Centro Odontológico Americano	00023924	Lima	San Borja	Av. Primavera N° 643 Interior N° 503 Mz Z-2, LT 13 Urb. Chacarilla del Estanque IV	648-0253
Centro Odontológico Americano	00010892	Lima	San Borja	Av. Joaquin Madrid N° 235 Urb. Las Camelias	225-0809
Centro Odontológico Americano	00023441	Lima	San Miguel	Calle Ayarza de Morales N° 237 Urb. El Campillo	636-1105
Centro Odontológico Americano	00011499	Lima	La Victoria	Jr. Juan Voto Bernales N° 399 Urb. Santa Catalina	471-3998
Centro Odontológico Americano	00011748	Lima	Surco	Calle Monserrate N° 208 - Urb Las Gardenias	275-4687
Centro Odontológico Americano	00012041	Lima	Pueblo Libre	Av. Juan Pablo Fernandini N° 1573	330-7492
Centro Odontológico Americano	00010036	Lima	La Molina	Calle Santa Magdalena Sofia N° 109	436-2883
Centro Odontológico Americano	00008567	Lima	San Juan de Lurigancho	Jr. Las Chulpas N° 296 Of. 201-202 - Zarate	458-6472
Centro Odontológico Americano	00014357	Lima	Barranco	Jr. Alfonso Ugarte N° 250	247-6892

Contrato vigente a partir del 01 de enero de 2019
 Código OS.SP.P.02.16
 Revisión: 00

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 01: Período de Carencia para Prestaciones Médicas	Pág. 33
ANEXO 02: Especialidades para Atención	Pág. 34
ANEXO 03: Chequeo Preventivo Anual.....	Pág. 35
ANEXO 04: Cobertura de Maternidad	Pág. 36
ANEXO 05: Control del Niño Sano	Pág. 37
ANEXO 06: Esquema de Inmunizaciones	Pág. 38
ANEXO 07: Prestaciones Médicas a Tarifas Preferenciales	Pág. 39
ANEXO 08: Exclusiones del Programa de Salud	Pág. 40
ANEXO 09: Flujograma de Procedimiento de Atención de Consultas y Reclamos.....	Pág. 47
ANEXO 10: Aportes	Pág. 48

ANEXO 01

PERÍODO DE CARENCIA PARA PRESTACIONES MÉDICAS

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

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

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

PRESTACIONES MÉDICAS INCLUIDAS	
TIPO DE PRESTACIÓN	Tiempo de carencia
Consulta externa, emergencias no accidentales y médico a domicilio	3 meses
Emergencias accidentales	Sin período de carencia
Chequeo preventivo anual	12 meses
Cualquier intervención quirúrgica en sala de operaciones, incluyendo exámenes pre-operatorios y tratamientos hospitalarios	12 meses
Atención de la maternidad, que requiera internamiento hospitalario, incluyendo sus complicaciones	12 meses
Cobertura de preexistencias	12 meses
Prestaciones cubiertas no especificadas en la presente relación	12 meses

ANEXO 02

ESPECIALIDADES PARA ATENCIÓN

ESPECIALIDADES MÉDICAS	
ALERGIA E INMUNOLOGÍA	MEDICINA INTERNA
CARDIOLOGÍA	NEFROLOGÍA
CARDIOLOGÍA INFANTIL	NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA	NEONATOLOGÍA
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	NEUMOLOGÍA
CIRUGÍA GENERAL	NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA
CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	NEUROCIRUGÍA
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	NEUROLOGÍA
CIRUGÍA TORÁCICA Y CARDIOVASCULAR	NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA
DERMATOLOGÍA	NUTRICIÓN
ENDOCRINOLOGÍA	ODONTOLOGÍA
ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	ODONTOPEDIATRÍA
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y TROPICALES	OFTALMOLOGÍA
GASTROENTEROLOGÍA	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA	OTORRINOLARINGOLOGÍA
GERIATRÍA	PEDIATRÍA
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	PSICOLOGÍA
HEMATOLOGÍA CLÍNICA	PSIQUIATRÍA
INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA	REUMATOLOGÍA
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	UROLOGÍA
MEDICINA INTENSIVA	UROLOGÍA PEDIÁTRICA

ANEXO 03

DETALLE DE CHEQUEO PREVENTIVO ANUAL

CHEQUEO PREVENTIVO ANUAL						
EXÁMENES	Mujeres			Hombres		
	1 a 17 años	18 a 39 años	40 años a más	1 a 17 años	18 a 39 años	40 años a más
Triaje (peso, talla, IMC)	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Presión arterial	-	SÍ	SÍ	-	SÍ	SÍ
Examen físico completo	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Examen oftalmológico						
Examen externo de ojo	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Descarte de estrabismo	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Medición de agudeza visual	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Fondo de ojo sin dilatación	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Descarte de glaucoma (presión ocular)	-	-	SÍ	-	-	SÍ
Exámenes auxiliares						
Hemograma completo	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Glucosa	-	SÍ	SÍ	-	SÍ	SÍ
Colesterol total	-	SÍ	SÍ	-	SÍ	SÍ
Antígeno prostático	-	-	-	-	-	SÍ
Triglicéridos	-	-	SÍ	-	-	SÍ
Orina completa	-	SÍ	SÍ	-	SÍ	SÍ
Evaluación ginecológica						
Papanicolaou	-	SÍ	SÍ	-	-	-
Mamografía	-	-	SÍ	-	-	-

ANEXO 04

DETALLE DE COBERTURA DE MATERNIDAD

COBERTURA MÍNIMA DE MATERNIDAD										
PERÍODO DE MATERNIDAD	1ER TRIMESTRE			2DO TRIMESTRE			3ER TRIMESTRE			POST PARTO
	1er mes	2do mes	3er mes	4to mes	5to mes	6to mes	7mo mes	8vo mes	9no mes	
Ginecología	1	1	1	1	1	1	1	2 veces (quincenal)	4 veces (semanal)	2
Psicoprofilaxis	7 sesiones programadas									-
Laboratorio										
Hemograma completo	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Grupo sanguíneo y factor	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Glicemia en ayunas	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Creatinina	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VDRL	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ELISA VIH1 VIH2*	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HB AgS	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Examen completo de orina	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecografía convencional	1	-	1				1			-

* Previa firma de consentimiento informado.

NOTA: No se cubren los suplementos nutricionales durante el período de embarazo.

ANEXO 05

CONTROL DEL NIÑO SANO

CONTROL DEL NIÑO SANO												
EDAD	RN*	2° mes	3° mes	4° mes	5° mes	6° mes	7° mes	8° mes	9° mes	10° mes	11° mes	12° mes
Evaluación clínica												
Anamnesis	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Examen de aparatos y sistemas	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Triaje (peso, talla, IMC)	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Consulta oftalmológica												
Examen externo del ojo	-	-	-	SÍ	-	-	-	-	-	-	-	-
Descarte de estrabismo	-	-	-	SÍ	-	-	-	-	-	-	-	-
Medición de agudeza visual	-	-	-	SÍ	-	-	-	-	-	-	-	-
Fondo de ojo sin dilatación	-	-	-	SÍ	-	-	-	-	-	-	-	-
Descarte de glaucoma (presión ocular)	-	-	-	SÍ	-	-	-	-	-	-	-	-
Inmunizaciones												
Inmunizaciones**	SÍ	SÍ	-	SÍ	-	SÍ	SÍ	SÍ	-	-	-	SÍ

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

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

ANEXO 06

ESQUEMA DE INMUNIZACIONES

GUÍA DE INMUNIZACIONES PARA NIÑOS HASTA 1 AÑO												
VACUNAS	NIÑOS / NIÑAS											
	RN	2° mes	3° mes	4° mes	5° mes	6° mes	7° mes	8° mes	9° mes	10° mes	11° mes	12° mes
BCG	SÍ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HvB	SÍ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
APO	-	-	-	-	-	SÍ	-	-	-	-	-	-
PENTAVALENTE	-	SÍ	-	SÍ	-	SÍ	-	-	-	-	-	-
IPV	-	SÍ	-	SÍ	-	-	-	-	-	-	-	-
NEUMOCOCO	-	SÍ	-	SÍ	-	-	-	-	-	-	-	SÍ
ROTAVIRUS	-	SÍ	-	SÍ	-	-	-	-	-	-	-	-
INFLUENZA	-	-	-	-	-	-	SÍ	SÍ	-	-	-	-
SPR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	SÍ

BCG:

Vacuna contra la Tuberculosis.

HvB:

Vacuna contra la Hepatitis B.

APO:

Vacuna oral contra la Poliomiелitis.

PENTAVALENTE:

Vacuna contra la Difteria, Tos Compulsiva, Tétanos, Hepatitis B, y el haemophilus influenza de tipo B.

IPV:

Vacuna de Poliovirus Inactivada (Inyectable).

SPR:

Sarampión, Rubéola y Paperas.

ANEXO 07

PRESTACIONES MÉDICAS A TARIFAS Y DESCUENTOS PREFERENCIALES

Las siguientes tarifas preferenciales aplican para aquellas prestaciones ocurridas durante el **PERÍODO DE CARENCIA** que señala el programa en su **Anexo 01**, o para aquellas que sean preexistentes o exclusiones específicas en el **CONTRATO**.

PRESTACIONES MÉDICAS A TARIFAS PREFERENCIALES	
CONCEPTO	Tarifas y descuentos*
Consulta externa según lista de médicos	S/ 80.00
Consulta de emergencia (aplicable a médicos del staff de emergencia)	S/ 80.00
Servicios Clínicos**	40%
Ayuda diagnóstica en imágenes	
Radiología	20%
Ecografía	20%
Otras imágenes	20%
Laboratorio clínico y patológico	20%
Medicamentos	20%

* Descuento sobre el precio particular vigente, incluye IGV

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

ANEXO 08

EXCLUSIONES, GASTOS NO CUBIERTOS Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

- 1 Todo tipo de requerimiento prestacional que no sea ordenado o prescrito por el o los profesionales médicos designados por la **IAFAS** y/o no hayan sido autorizadas por esta y considerados en el listado de profesionales médicos publicado en la página web www.oncosalud.pe, así como el tratamiento y/o manejo de las complicaciones, eventos adversos, efectos secundarios y otros que se puedan ocasionar o devenir de estos tratamientos e indicaciones médicas dadas y ejecutadas al margen de lo anteriormente establecido.
- 2 Cualquier reintegro y/o pagos por servicios médicos suministrados por terceros no expresamente autorizados, sea por concepto de gastos ambulatorios, de hospitalización no quirúrgica, quirúrgica o gastos post-operatorios de cualquier índole médicos o no médicos.
- 3 Cualquier solicitud de reintegro de gastos médicos, inclusive honorarios de médicos pactados directamente por el **AFILIADO**, así como cualquier tipo de gastos efectuados fuera de la red de atención autorizada por el programa y en el extranjero. No se reconocerán honorarios por encima de lo pactado con los proveedores de salud. Así como también sobrecostos de medicamentos, insumos, material médico o procedimientos diagnósticos o terapéuticos por encima de los costos establecidos por la **IAFAS**.
- 4 Cualquier requerimiento o prestación médica cuyo propósito sea el chequeo médico, despistaje y/o diagnóstico, oncológico o no oncológico.
- 5 Todos los gastos relacionados al incumplimiento de las indicaciones médicas por decisión del propio paciente, así como la automedicación en perjuicio de su curación y/o rehabilitación. No se cubren tratamientos, procedimientos o medicamentos otorgados o expedidos sin indicación o receta médica ni cualquier estudio, tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a un diagnóstico determinado.
- 6 Todo procedimiento o terapia que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria. Así como prestaciones y tratamientos profilácticos, psicológicos, psiquiátricos, psicoterapéuticos, curas de reposo, cualquier tipo de tratamiento kinésico, de rehabilitación física o mental, odontológica, nutricional, salvo las prestaciones detalladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**. De la misma manera, las cirugías de neurotización, por ginecomastia, mastopexia y de simetrización.
- 7 Tratamientos realizados en el extranjero o medicamentos no comercializados a nivel nacional.
- 8 Lesiones autoinfligidas o producidas voluntariamente o estando mentalmente insano, intento de suicidio, peleas, riñas, salvo aquellas en que se demuestre que se ha tratado de legítima defensa, a través de una denuncia policial.

- 9 Todo tratamiento médico o quirúrgico de melasma, alopecia u otros trastornos dermatológicos, Así como el retiro de tatuajes, piercing o similares.
- 10 No están cubiertos los tratamientos quirúrgicos de sobrepeso, obesidad, obesidad mórbida, raquitismo, anorexia nerviosa y los derivados de estos diagnósticos. No se cubre la liposucción, lipoescultura e inyecciones reductoras de grasa u otros métodos liporeductores.
- 11 Epidemias declaradas como tales por el Ministerio de Salud o pandemias declaradas por la OMS.
- 12 Cualquier tipo de enfermedades y tratamientos, inclusive accidentales, resultantes del uso o adicción a las drogas, estupefacientes, tabaquismo, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares. Así como, las lesiones por accidentes que se produzcan en situación de embriaguez o bajo influencia de drogas registrados en la historia clínica y/o con el dosaje respectivo (caso del alcohol: nivel sérico > 0.5 g/dl). En caso el paciente se niegue a realizarse el examen de alcoholemia o toxicológico requerido, asume la integralidad del gasto prestacional generado automáticamente.
- 13 Cualquier afectación del estado de salud o lesiones cuando el acto generador del siniestro sea resultante del uso no diagnosticado por un médico colegiado de drogas, fármacos, estupefacientes, narcóticos y alcohol, inclusive en situaciones de embriaguez por bebidas alcohólicas o bajo influencia de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos. En el caso de lesiones en situaciones de embriaguez por bebidas alcohólicas se considerará que el **AFILIADO** se encuentra en estado etílico o situación de embriaguez, y por lo tanto sujeto a esta exclusión, cuando el examen de alcoholemia tomado inmediatamente después del accidente arroje un resultado igual o mayor a 0.5gr./Lt. en caso que la muestra para el examen de alcoholemia no sea tomada inmediatamente después del accidente, para calcular el grado de alcohol en la sangre al momento del accidente, se considerará una disminución por hora de 0.15gr./Lt. desde el momento del accidente hasta la toma de la muestra. En el caso de situación bajo influencia de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos se considerará cualquier grado positivo de un examen toxicológico.
- 14 Las afectaciones del estado de salud del **AFILIADO** a consecuencia de la conducción de un vehículo motorizado sin contar con la licencia de conducir vigente que corresponda al tipo de vehículo según la normativa pertinente, y que esta inobservancia haya causado o contribuido al daño o afectación del **AFILIADO**.
- 15 Cualquier tipo de lesiones, enfermedades, secuelas y/o complicaciones, a consecuencia directa o indirecta surgidas de la ocupación u oficio del (los) **AFILIADO(S)**, incluyendo accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, así como otras prestaciones cubiertas por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.
- 16 Lesiones o enfermedades a consecuencia de actos de guerra, revoluciones y de fenómenos catastróficos de la naturaleza, así como los que resulten de la participación activa en motines, huelgas, conmoción civil, terrorismo o actos delictivos. Lesiones, enfermedades, secuelas y/o complicaciones, a consecuencia directa o indirecta de fusión o fisión nuclear, isótopos radioactivos o cualquier accidente nuclear.

- 17 Ecografías 3D y 4D.
- 18 Alquiler de equipos o servicios no disponibles en la **IPRESS**, independientemente del diagnóstico y/o pertinencia médica.
- 19 No se cubre medicina no tradicional de cualquier tipo ni tratamientos homeopáticos, recetario magistral, iriología, reflexología y en general tratamientos médicos no tradicionales o experimentales, empíricos y también la medicina alternativa. Asimismo, no están cubierta la acupuntura, quiropraxia, cuidados y tratamientos de rehabilitación en gimnasios.
- 20 Nimodipino se cubre sólo en casos de hemorragia subaracnoidea.
- 21 Vacunas distintas a las ofrecidas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del programa.
- 22 Inmunoprofilaxis de cualquier tipo. Así como también inmunoterapia y lisados bacterianos. No se cubren medicamentos inmunoestimulantes.
- 23 En caso de trastornos alérgicos, no se cubren procedimientos de desensibilización.
- 24 Se excluye el tratamiento con botox (toxina botulínica) en aquellos casos distintos a los siguientes diagnósticos: Distorción cervical, espasmo miofacial, estrabismo, blefaroespasma y espasticidad por parálisis cerebral.
- 25 Se excluyen los tratamientos con todas aquellas moléculas no contempladas en el “Listado de medicamentos para tratamiento integral” vigente de la **IAFAS** y publicado en el página web: www.oncosalud.pe, el mismo será de renovación bianual o conforme la periodicidad que la **IAFAS** establezca.
- 26 Tratamiento relacionado con la Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH, Síndrome Inmunológico Deficiencia Adquirida (SIDA) y el Síndrome complejo relativo al SIDA (SCRS), sus consecuencias y complicaciones. Salvo las consideraciones expresadas en el programa prepagado.
- 27 Enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos considerados enfermedades preexistentes (anteriores al inicio de vigencia del Programa de Salud) y gastos derivados de causas relacionadas (de acuerdo al CIE-10, dicha clasificación es publicada en la página web de la Organización Mundial de Salud (www.who.int/classifications/icd/en)). En el caso del beneficio de enfermedades congénitas, las lesiones, defectos y complicaciones congénitas o no congénitas que deriven de una inseminación artificial y/o tratamiento para fertilidad.
- 28 Gastos relacionados a circuncisión o postectomía. Salvo para los bebés nacidos bajo la cobertura del Programa de Salud, siempre que este tratamiento se realice durante los primeros noventa (90) días calendario desde el nacimiento.

- 29 Tratamiento y operaciones de carácter odontológico y/o cirugías bucales que afecten el componente estomatognático; periodontitis, ortodoncia, gingivitis, a excepción de los causados por accidentes cubiertos por el programa de salud y la cobertura de Odontología. No estarán cubiertas en casos de accidente, las prótesis o implantes dentales con los que contaba el **AFILIADO**.
- 30 No se cubren tratamientos odontológicos de periodoncia y ortodoncia, así como pernos, coronas, carillas, y afines, así como las consecuencias y/o complicaciones.
- 31 Cirugías odontológicas, cirugía bucal, ni alteraciones de la articulación temporomandibular. Prognatismo, problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular y craneomandibular, desórdenes u otras alteraciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y los relacionados con ellos, aun cuando sean a consecuencia de un accidente.
- 32 Equipos médicos durables tales como: termómetro, tensiómetro, equipos de oxigenoterapia, glucómetro (equipo y tiras), respiradores, pulsoxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP o similares, audífonos e implantes cocleares, separadores interespinosos para columna vertebral y discos intervertebrales protésicos, y demás dispositivos empleados en neurocirugía, prótesis ortopédicas externas. No están cubiertas las prótesis ortopédicas y las ortesis (sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés). No se cubren audífonos. De igual manera aparatos y equipos ortopédicos, zapatos ortopédicos, ortésicos, prótesis externas, equipos mecánicos o electrónicos, medias para varices, audífonos e implante coclear.
- 33 Las afectaciones del estado de salud del **AFILIADO** a consecuencia de la conducción de un vehículo motorizado sin contar con la licencia de conducir vigente que corresponda al tipo de vehículo según la normativa pertinente, y que esta inobservancia haya causado o contribuido al daño o afectación al **AFILIADO**.
- 34 Monturas ni cristales y/o resinas, lentes de contacto, implantes oculares, lente estromal o cualquier otro dispositivo para trastornos de refracción. Así como intervenciones quirúrgicas para corrección de trastornos de refracción (tales como miopía, hipermetropía, astigmatismo o presbicia, catarata o glaucoma, inclusive cirugía láser. Complicaciones relacionadas a vicios de refracción. No están cubiertos los lentes intraoculares para el tratamiento de vicios de la refracción, cubriéndose solamente en el caso de catarata, lentes monofocales.
- 35 Cirugías electivas que no sean ni recuperativas ni rehabilitadoras.
- 36 Hospitalizaciones para fines de curas de reposo o de sueño, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento. Así como equipos o dispositivos relacionados al estudio y/o tratamiento de trastornos del sueño, incluyendo polisomnografía.
- 37 Estudios de diagnóstico, tratamientos y procedimientos que tengan relación con problemas de esterilidad, fertilidad e infertilidad; así como, sus complicaciones y/o consecuencias, incluidos los gastos por fertilización. Asimismo, diagnóstico, estudios y tratamientos o cirugías para esterilización, fertilización (tanto en infertilidad primaria como secundaria), disfunción eréctil y

cambio de sexo. En los casos de fertilización asistida documentada en la historia clínica de la madre o a través de documentación médica confiable relacionada a la gestación, no se cubrirá ninguna atención de maternidad de la madre ni tampoco las atenciones médicas por prematuridad de los hijos nacidos de la gestación asistida. No se cubrirán tampoco las secuelas relacionadas a la prematuridad en estos niños. Así mismo gasto relacionado al aborto inducido o terapéutico y/o complicaciones de la gestación.

- 38 Insuficiencia o sustitución hormonal en casos de trastorno de crecimiento.
- 39 Gastos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades psiquiátricas y psicológicas definidas en el capítulo V del CIE-10 “Trastornos mentales y del comportamiento” de la OMS a excepción de los diagnósticos F00 al F10, F20, F32 y F41.
- 40 Trastornos del desarrollo psicomotor y del lenguaje de etiología adquirida a excepción de los causados por traumatismos o accidentes cerebrovasculares, en los que la terapia de rehabilitación se extenderá hasta un período máximo de 180 días.
- 41 Tratamiento, procedimientos y operaciones derivadas de pie plano, varo, valgo, Hallux Valgus y callos.
- 42 Todo tipo de prestaciones diagnósticas o terapéuticas, equipos, insumos, suministros o fármacos y otras nuevas tecnologías que no hayan alcanzado el nivel de evidencia 2A en Medicina Basada en Evidencia de la Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ. Así como aquellas que no se comercialicen o no se encuentren disponibles en el territorio nacional. De igual manera están fuera de cobertura aquellos que no hayan concluido exitosamente la fase III de su ensayo clínico o que no se encuentren debidamente aprobados por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), de la Food and Drug Administration (FDA) y de la European Medicines Agency (EMA) o que no se recomienden en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **IAFAS**.
- 43 Modificadores de la respuesta biológica y similares de ningún tipo, sean de naturaleza biológica, semisintética o sintética; tales como interferones, interleukinas, factor estimulante de colonias y anticuerpos monoclonales. Así como inhibidores de tirosinkinasa, antiangiogénicos, inhibidores del proteosoma u otros similares.
- 44 Leches maternizadas (excepto en casos de imposibilidad documentable de lactancia materna sólo durante los días de hospitalización del recién nacido y exclusivamente durante la etapa puerperal).
- 45 Alimentos o sustitutos alimenticios, aunque sea con fines terapéuticos.
- 46 Cremas, lociones faciales, sustancias exfoliativas, despigmentantes, jabones, shampoo, cremas neutras y bloqueadores solares. No se cubren lágrimas naturales (salvo casos de síndrome de ojo seco). Así como tratamiento médico o quirúrgico de varices con fines estéticos, ni tampoco medias antiembólicas o para tratamiento de varices.

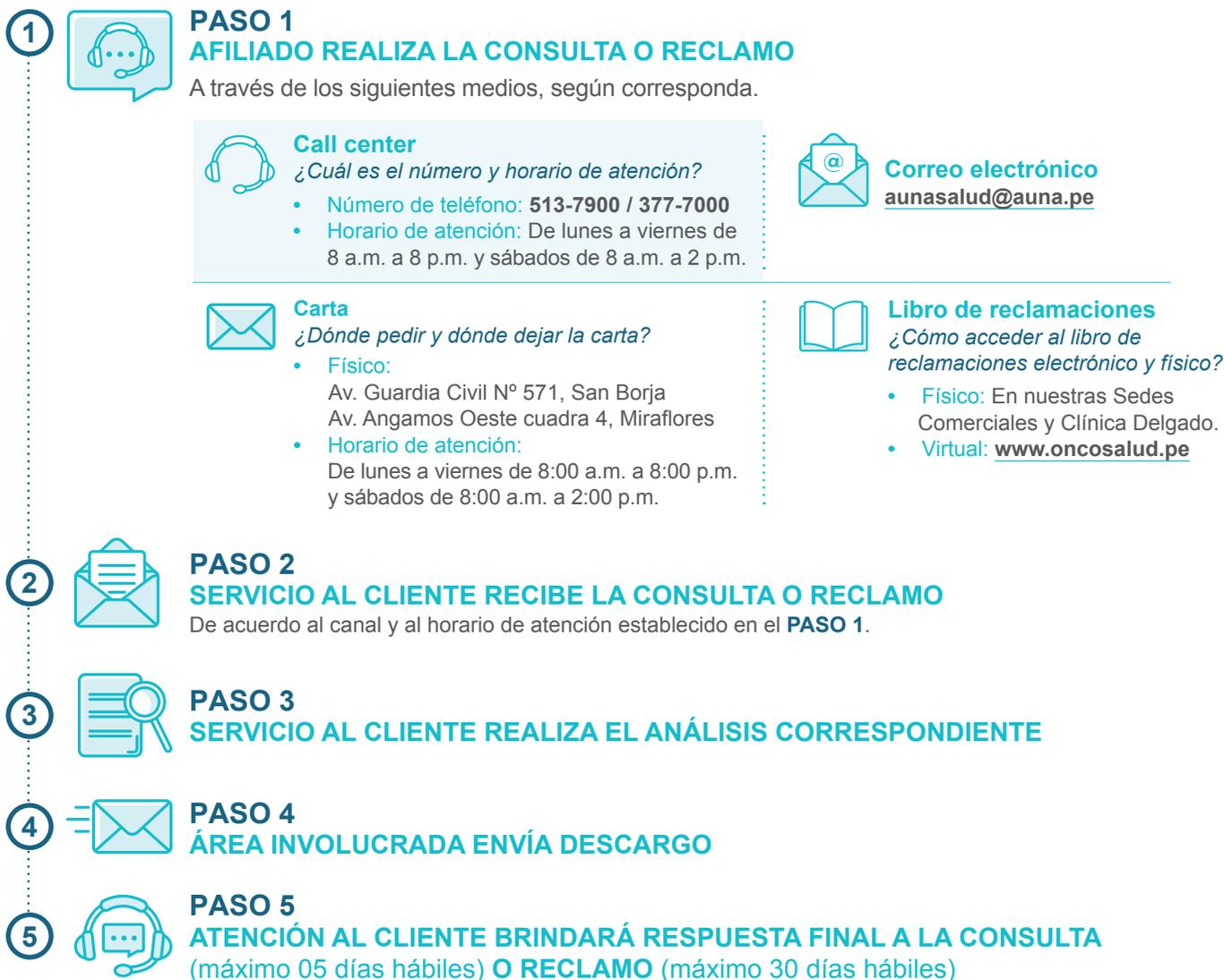
- 47) Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional sobre alguna enfermedad o condición oncológica, inclusive si hubiese sido diagnosticada en vigencia del programa prepago.
- 48) Gastos relacionados al suministro de implantes y prótesis internas o externas de cualquier tipo, incluyendo 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**.
- 49) Cualquier trasplante de órganos y tejidos, y su costo, así como los gastos relacionados al trasplante de los mismos. No están cubiertos tampoco los implantes de células madre en cualquier zona anatómica, ni la criopreservación o servicios relacionados.
- 50) Gastos relacionados con la adquisición de órganos o tejidos, tales como sangre y sus derivados como: paquetes de glóbulos rojos, plaquetas, albúmina (en cualquiera de sus presentaciones), plasma y factores de coagulación, así como sustitutos sanguíneos naturales o sintéticos de cualquier tipo. Cualquier gasto relacionado a la búsqueda o estudio de donantes. De igual forma anticoagulantes, heparinoides, procoagulantes y eritropoyetina, con fines preventivos o profilácticos. Asimismo, gastos relacionados por complicaciones médicas del proceso de extracción o colecta en el donante.
- 51) 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**.
- 52) 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**.
- 53) Fármacos como ansiolíticos, antipsicóticos, antidepresivos, vitaminas, suplementos alimenticios, suplementos nutricionales, productos naturales (hierbas y sus derivados, levaduras, probióticos, uso medicinal de cannabis), estimulantes del apetito, anabólicos, antioxidantes, productos geriátricos y reconstituyentes, neurotónicos y nootrópicos, productos naturales, homeopáticos, alternativos o productos no medicinales, así como cualquier otro producto o medicamento no relacionado a la enfermedad objeto de cobertura.
- 54) Suministro de cualquier tipo de medio de transporte y servicio de ambulancia. Salvo las expresamente señaladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
- 55) Gastos relacionados a acompañantes, mientras el **AFILIADO** se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, cama, alimentación, bazar, confort y similares.

- 56 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**.
- 57 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. Así como todo tipo de transporte o alojamiento.
- 58 En ningún caso estarán cubiertos los gastos por alquiler de unidades de calefacción, teléfono ni artefactos eléctricos, aire acondicionado, etc.
- 59 Gastos relacionados con uso de equipos y servicios de diálisis y/o cámara hiperbárica.
- 60 En el caso de terapia biológica oftalmológica, se excluye toda indicación que no corresponda con el tratamiento de pacientes con membrana neo vascular por degeneración macular asociada a la edad (tipo húmeda). En el caso de la terapia reumatológica, se excluyen tratamientos con medicamentos biológicos no aprobados por la FDA según condiciones de severidad compatibles con tratamientos de artritis reumatoide, artritis reumatoide juvenil, artritis psoriásica, espondilitis anquilosante y psoriasis en placas. En el caso de terapia gastrointestinal, la cobertura se excluye si no se asocia al tratamiento de pacientes con enfermedad de Crohn y colitis ulcerativa.
- 61 Se excluye cualquier otro tratamiento no oncológico con medicamentos biológicos a excepción de los señalados en líneas previas. Para el reconocimiento de esta cobertura rigen la carencia establecida en el presente **CONTRATO**.
- 62 Gastos relacionados a sepelio, velatorio y afines.
- 63 Prestaciones económicas de cualquier índole.

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

ANEXO 09

FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS



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.

ANEXO 10

APORTES PROGRAMA AUNA SALUD

APORTES MENSUALES EN MONEDA NACIONAL (INCLUIDO IGV)

RANGO DE EDADES	Tarjeta Crédito	Tarjeta Débito
Desde 00 hasta 17 años	149	164
Desde 18 hasta 25 años	179	197
Desde 26 hasta 40 años	214	235
Desde 41 hasta 45 años	254	279
Desde 46 hasta 50 años	299	329
Desde 51 hasta 55 años	389	428
Desde 56 hasta 60 años	552	607
A partir de 61 años*	982	1,080

* Solo aplica para renovación.