

# Contrato de prestaciones de servicios de salud

**Aquí comienza**

*Tu tranquilidad*

# Contrato de prestaciones de servicios de salud

## Programa Oncológico Prepagado *Oncovital*

# 1

## Condiciones Generales

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

## CLÁUSULA PRIMERA:

**ANTECEDENTES**

- 1** La **IAFAS** es una persona jurídica constituida y debidamente registrada ante la Superintendencia Nacional de Salud (**SUSALUD**), con arreglo a las disposiciones del TUO de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, y el Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud aprobado por el DS-008-2010-SA y demás disposiciones complementarias, cuyo objeto es 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.
- 2** El **CONTRATANTE**, es una persona natural que desea suscribir el presente **CONTRATO** de manera voluntaria y, por tanto, ha optado por la contratación de la cobertura de prestaciones de salud con la **IAFAS**, tanto para sí como para las demás personas incluidas en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, que forma parte integrante del presente **CONTRATO**, a quienes en conjunto se denominará como los **AFILIADOS**.

## CLÁUSULA SEGUNDA:

**OBJETO**

- 1** En virtud del presente “Contrato de Prestaciones de Servicios de Salud del Programa Oncológico Prepagado” (en adelante, el **CONTRATO**), la **IAFAS** otorga a los **AFILIADOS** cobertura de prestaciones de servicios de salud exclusivamente oncológicas de manera complementaria a la cobertura obligatoria al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (**PEAS**), conforme a los límites y condiciones señalados en las **CONDICIONES GENERALES** y **PARTICULARES** del **CONTRATO**.
- 2** La cobertura de las prestaciones de servicios de salud contempladas en las **CONDICIONES GENERALES** y en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO** son de naturaleza voluntaria y se regirán conforme a las cláusulas establecidas en el **CONTRATO**.
- 3** El programa oncológico otorga también, a favor del(los) **AFILIADO(S)**, acceso a descuentos preferenciales sobre las tarifas vigentes al público en las **IPRESS** que integran la **RED DE ATENCIÓN** detallada en el **Anexo 5** sus diversas necesidades médicas no contempladas y/o no cubiertas en el plan contratado.

CLÁUSULA TERCERA:

## CONTENIDO

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



1

**SOLICITUD DE AFILIACIÓN**



2

**DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**



3

**CONDICIONES GENERALES**



4

**CONDICIONES PARTICULARES**

- 1 SOLICITUD DE AFILIACIÓN:** Documento en el que el **CONTRATANTE** propone (i) la relación de **AFILIADOS**, (ii) programa oncológico seleccionado; y, (iii) la modalidad de pago.
- 2 DECLARACIÓN JURADA DE SALUD:** Documento en el que el **CONTRATANTE** informa sobre los antecedentes médicos relevantes del titular, dependientes o personas no dependientes, propuestos para la afiliación. La **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** es otorgada al momento de suscribir la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**.
- 3 CONDICIONES GENERALES:** Conjunto de cláusulas que establecen las condiciones mínimas que rigen la cobertura de las prestaciones de salud.
- 4 CONDICIONES PARTICULARES:** Contiene la descripción pormenorizada del alcance, limitaciones y **EXCLUSIONES** del programa contratado, incluyendo la **RED DE ATENCIÓN**, copagos, deducibles, aportes adicionales, obligaciones administrativas de las Partes y otras relevantes que conducen el vínculo entre el **AFILIADO** y la **IAFAS**.

CLÁUSULA CUARTA:

## DEFINICIONES

- 1 AFILIADO:** Persona que ha suscrito, o por quien se ha suscrito un **CONTRATO** de Servicios de Salud Prepagados, a través del cual tiene derecho a los beneficios del plan o programa de salud contratado, previa aceptación por la Entidad que presta Servicios de Salud Prepagados (ESSP).
- 2 AFILIACIÓN INDIVIDUAL:** Modalidad mediante la cual el **AFILIADO** formaliza su relación, en el caso específico, a un programa oncológico con una **IAFAS** a título personal, en virtud de un **CONTRATO** suscrito con esta. En el caso de los dependientes, la **IAFAS** respectiva deberá registrarlos individualmente, señalando expresamente cualquier limitación que le resulte aplicable respecto de la cobertura del titular.

- 3 AFILIACIÓN COLECTIVA O CORPORATIVA:** La que se realiza a través de cualquier organización, empresa o entidad empleadora, en virtud a un **CONTRATO**.
- 4 APORTE:** Pago periódico, establecido en el **CONTRATO** a que se compromete el **AFILIADO** o **CONTRATANTE** a abonar en forma adelantada a la Entidad que presta Servicios de Salud Prepagados (ESSP) por los beneficios del plan o programa de salud contratado.
- 5 BENEFICIOS:** Derechos del (los) **AFILIADO(S)** según las condiciones establecidas en el plan o programa de salud contratado.
- 6 BENEFICIO MÁXIMO ANUAL:** Monto del beneficio del programa contratado. Los gastos médicos incurridos por el(los) afiliados durante el periodo de la vigencia anual, reduce automáticamente el monto del beneficio, sin lugar a restitución hasta la celebración de una nueva anualidad del contrato. El monto del Beneficio Máximo anual no es acumulable entre renovaciones y no incluye IGV.
- 7 CONTRATO:** Documento que contiene las condiciones que suscriben las Entidades que prestan Servicios de Salud Prepagados (ESSP) con el **AFILIADO** o **CONTRATANTE**, para regular los derechos y las obligaciones de las partes, con relación a los beneficios ofrecidos en el plan o programa de salud.
- 8 CONTRATANTE:** Toda persona natural o jurídica que suscribe un **CONTRATO** de servicios con una Entidad que presta Servicios de Salud Prepagados (ESSP), para su exclusivo beneficio, para beneficio de terceros o ambos.  
  
El **CONTRATANTE**, salvo en los casos en los que en el **CONTRATO** se encuentren obligaciones expresas a cargo de los **AFILIADOS**, es el único responsable frente a la Entidad que presta Servicios de Salud Prepagados (ESSP), por el cumplimiento de las obligaciones contractuales asumidas; en consecuencia, el **CONTRATANTE** podrá convenir con las Entidades que prestan Servicios de Salud Prepagados, modificaciones a las condiciones del contrato sin que se requiera para ello la aprobación del(los) **AFILIADO(S)**.
- 9 CONDICIÓN DE FUMADOR:** Persona que tiene o ha tenido el hábito de fumar y/o consume cualquier producto con nicotina, inclusive aún si ha dejado de fumar al momento de suscribir la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**.
- 10 CONDICIÓN DE NO FUMADOR:** Persona que no cumpla con la **CONDICIÓN DE FUMADOR** anteriormente descrita.
- 11 CONTINUIDAD:** Reconocimiento del tiempo de permanencia, en los contratos inmediatamente anteriores a la vigencia del nuevo **CONTRATO** con la misma Entidad que presta Servicios de Salud Prepagados (ESSP), con el mismo plan o programa de salud, con el objeto de dar cobertura a una enfermedad cuyo desarrollo y tratamiento médico se hubiera iniciado durante la vigencia del contrato anterior.
- 12 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 o programa de salud que forma parte integrante del **CONTRATO** suscrito entre el **AFILIADO** y la Entidad que presta Servicios de Salud Prepagados (ESSP).

- 13 DEDUCIBLE:** Importe fijo a pagar por el **AFILIADO** por los servicios cubiertos, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican deducibles se especifican en el **PLAN DE BENEFICIOS** de las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**. Una misma atención puede estar afectada al pago de copago y deducible.
- 14 DESAFILIACIÓN:** Acto por el cual una persona deja de tener la condición de **AFILIADO** respecto de una **IAFAS** determinada, por la culminación del supuesto de hecho que le daba la condición como tal o por extinción del **CONTRATO** por las causales de caducidad, no renovación, resolución, rescisión o nulidad del mismo. La **DESAFILIACIÓN** también puede darse por solicitud expresa del **AFILIADO**.
- 15 DÍAS:** Días calendario.
- 16 ENSAYO CLÍNICO DE FASE III:** Estudio que se realiza a nivel mundial a diferentes pacientes con la finalidad de corroborar si un nuevo tratamiento es seguro y eficaz comparado con el tratamiento estándar o convencional, en condiciones de uso habituales. Sus resultados proporcionan la base para la aprobación del fármaco por las entidades regulatorias de salud.
- 17 EMERGENCIA:** Es toda condición repentina e inesperada que requiere atención y procedimiento quirúrgicos y/o médicos inmediatos al poner en peligro inminente la vida, la salud o que pueden dejar secuelas invalidantes en el **AFILIADO**. La determinación de la condición de **EMERGENCIA** es realizada por el profesional médico encargado de la atención, bajo responsabilidad.
- 18 ESTADO TERMINAL:** Paciente en progresión de enfermedad importante y no tributario de tratamiento oncológico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y/o en no condiciones clínicas de recibir tratamiento activo y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses).
- 19 EXCLUSIONES:** Son aquellas prestaciones o gastos no cubiertos, detallados en el plan o programa de salud.
- 20 EXAMEN ANTÍGENO PROSTÁTICO:** Examen de laboratorio que mide la concentración en sangre de una proteína producida exclusivamente por las células de la glándula prostática. Puede encontrarse valores elevados tanto en condiciones malignas como no malignas, por lo que puede ser usado para la detección y seguimiento de estas condiciones.
- 21 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.
- 22 IPRESS:** Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (**IPRESS**), son todos aquellos establecimientos públicos, privados o mixtos categorizados y acreditados por la autoridad competente y registrados en la Superintendencia Nacional de Salud, autorizados para brindar los servicios de salud correspondiente a su nivel de atención.
- 23 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.

- 24 NICOTINA:** Es un alcaloide, estimulante, psicoactivo y adictivo, presente en las hojas de tabaco y en los productos que contienen nicotina.
- 25 NIVEL DE EVIDENCIA:** Se adopta la categorización de la “National Comprehensive Cancer Network” (NCCN) sobre lo apropiado de una recomendación en base al **NIVEL DE EVIDENCIA** y el consenso de cada uno de sus miembros, refiriéndose de acuerdo a las siguientes categorías:
- A Categoría I-A:** Aquella con alto nivel de evidencia y con consenso uniforme que la intervención es adecuada.
  - B Categoría II-A:** Aquella con menor nivel de evidencia pero con consenso uniforme que la intervención es adecuada.
  - C Categoría II-B:** Aquella con nivel inferior de evidencia sin un consenso uniforme, pero sin grandes desacuerdos.
  - D Categoría III:** Aquella con cualquier nivel de evidencia y con grandes desacuerdos.
- 26 PERÍODO DE CARENCIA:** Plazo mínimo de permanencia en el plan o programa de salud para tener derecho o no, a los beneficios establecidos en este. Los periodos de carencia se contabilizan en forma individual por cada **AFILIADO**.
- 27 PERÍODO DE ESPERA:** Plazo mínimo de permanencia en el plan o programa de salud para tener derecho o no, a la activación de algunos beneficios o coberturas. Los **PERÍODOS DE ESPERA** se contabilizan en forma individual por cada **AFILIADO**. Culminado este período, a diferencia del **PERÍODO DE CARENCIA**, la **IAFAS** otorgará la cobertura a aquellas prestaciones.
- 28 PLAN DE BENEFICIOS:** Es el documento que detalla los beneficios que otorga la Entidad de Servicios de Salud Prepagados (ESSP).
- 29 PREEXISTENCIA:** Es cualquier condición de alteración del estado de salud con evidencia clínica, diagnosticada por un profesional de salud, consignada en una historia clínica y otro documento o registro con validez legal, no resuelta, y declarada o no, en el momento previo a llenar y suscribir la **DECLARACIÓN DE SALUD**, o el **CONTRATO**.
- 30 PRODUCTOS QUE CONTIENEN NICOTINA:** Productos derivados del tabaco como los cigarrillos, cigarros, puros, habanos, tabaco para mascar, chupar, inhalar o tabaco consumido en pipa; además de los parches de nicotina, la goma de mascar en base a nicotina y los cigarrillos electrónicos, entre otros.
- 31 REGISTRO DE AFILIADOS:** Registro administrativo de los **AFILIADOS** vigentes en cualquiera de los programas oncológicos adquiridos.
- 32 SALUD:** Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

- 33 TELECONSULTA:** Es la consulta a distancia que se realiza entre un profesional de la salud, en el marco de sus competencias, y una persona usuaria mediante el uso de las tecnologías de información y comunicaciones, con fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según sea el caso, cumpliendo con las restricciones reguladas a la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el Ministerio de Salud.
- 34 TERAPIA ADYUVANTE:** Terapia adicional administrada luego del tratamiento primario (generalmente quirúrgico) para reducir el riesgo de recurrencia del tumor maligno. El tratamiento adyuvante puede incluir, pero no solo limitarse a, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, terapia blanco o terapia biológica.
- 35 TERAPIA NEO ADYUVANTE (o terapia de inducción):** Tratamiento administrado de manera inicial con la finalidad de reducir el tamaño tumoral antes del manejo quirúrgico. Este tratamiento puede incluir, pero no necesariamente limitarse a, quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia.

#### CLÁUSULA QUINTA:

### COBERTURA Y CONDICIONES

- 1** La **IAFAS** otorga a los **AFILIADOS** la cobertura sobre las prestaciones de recuperación de la salud especificadas en las **CONDICIONES PARTICULARES** ante el padecimiento, por parte del **AFILIADO**, de alguna de las enfermedades oncológicas señaladas en el **PLAN DE BENEFICIOS** detallado en el **Anexo 1**, diagnosticada dentro de la vigencia del presente **CONTRATO** y superado el **PERÍODO DE CARENCIA**.
- 2** Las **IPRESS** brindan las prestaciones de despistaje oncológico y evaluación general de salud, descritas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**.

#### CLÁUSULA SEXTA:

### REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN

- 1** Constituye un requisito previo y parte integral del **CONTRATO**, la suscripción de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, por parte del **CONTRATANTE**, en la que debe consignar la siguiente información:
- A** Datos Generales del (los) **AFILIADO**(s).
  - B** Identificación y selección del programa optado.
  - C** Indicación de la modalidad de pago de las aportaciones por efectuar.
  - D** **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** del (los) **AFILIADO**(s), de forma individual.
  - E** Declaración de **CONDICIÓN DE FUMADOR** incluida en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, según corresponda.
- 2** El **CONTRATANTE** deberá completar y suscribir la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** adjunta a la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**. En caso la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** se haya efectuado por algún medio virtual o no presencial, se deberá dejar igual constancia de la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** por la vía que la opción de afiliación establezca.



- 3 En cualquier momento, la **IAFAS** podrá solicitar a los **AFILIADOS** que hayan consignado la **CONDICIÓN NO FUMADOR** en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** la realización obligatoria de la prueba de nicotina y/o sus metabolitos que la **IAFAS** establezca sin costo alguno en cualquiera de los establecimientos asignados por la **IAFAS**. Los resultados no deben tener una antigüedad mayor a cuarenta y ocho (48) horas posteriores a la solicitud por parte de la **IAFAS**.
- 4 Dentro de los primeros sesenta (60) días calendario de la recepción de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** y cancelada la primera cuota del programa, la **IAFAS**, podrá excluir, limitar o condicionar el otorgamiento de determinadas coberturas y/o prestaciones contenidas en el presente **CONTRATO**, atribuibles o relacionadas directa o indirectamente a la información proporcionada en la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**, condicionamientos que la **IAFAS** deberá poner en conocimiento del **CONTRATANTE** con la debida oportunidad.
- 5 La eventual inconformidad del **CONTRATANTE**, con relación a los condicionamientos particulares formulados por la **IAFAS** con posterioridad a la recepción de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, determinará la anulación del **CONTRATO** y el derecho de devolución íntegra de los aportes a favor del **CONTRATANTE**, en tanto este último formule su desistimiento, por la vía comunicacional que considere conveniente, dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de notificación de las limitaciones particulares formuladas por la **IAFAS**.
- 6 Cualquier reticencia, falsedad, omisión, inexactitud u ocultamiento de información relativa al estado de salud y/o **CONDICIÓN DE FUMADOR**, por parte del **CONTRATANTE**, suscriptor de la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** y/o alteración en el resultado de la prueba de **PSA**, constituye incumplimiento de las obligaciones del **AFILIADO** y, en consecuencia, la **IAFAS** se reserva la facultad para resolver unilateral y automáticamente el **CONTRATO** sin que ello genere derecho a devolución íntegra de los aportes a favor del **CONTRATANTE**.
- 7 En el supuesto del numeral precedente, en caso la **IAFAS** haya concedido coberturas, servicios o prestaciones a favor del **AFILIADO**, sin que a este le corresponda ese derecho, podrá exigir el pago del valor de la totalidad de los servicios prestados de manera indebida.
- 8 El **CONTRATANTE** declara tener conocimiento y responsabilidad de la información brindada sobre el estado de salud y antecedentes médicos de los **AFILIADOS**.
- 9 El **CONTRATANTE** declara contar con representación suficiente del(los) menor(es) de edad y estar plenamente facultado para suscribir el presente **CONTRATO**.

#### CLÁUSULA SÉPTIMA:

### MODIFICACIONES A LA AFILIACIÓN

- 1 El **CONTRATANTE** puede solicitar la incorporación de nuevos **AFILIADOS** con posterioridad al inicio de la vigencia del presente **CONTRATO**, para ello deberá contar con una nueva **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** y **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** respectiva, aplicándose los mismos requisitos de afiliación señalados en el numeral 1 de la cláusula sexta del presente **CONTRATO**. Del mismo modo, se encuentran sujetos a un nuevo **PERÍODO DE CARENCIA** de acuerdo al programa.

- 2 Del mismo modo, el **CONTRATANTE** puede solicitar la migración a un programa oncológico superior en cualquier momento aplicando un nuevo **PERÍODO DE CARENCIA**, para lo cual deberá presentar una nueva **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** y **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** respectiva.
- 3 Asimismo, no aplica nuevo **PERÍODO DE CARENCIA** en el caso de migración a un programa oncológico inferior el cual podrá solicitar en cualquier momento, o por la migración a un programa oncológico superior solo al vencimiento de cada vigencia anual en ese sentido debe realizar la migración en el plazo de treinta (30) días contados de mes de renovación. En ambos supuestos se deberá presentar una nueva **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** y **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** respectiva.
- 4 Para la migración de programa oncológico, Los afiliados mayores de diecisiete (17) años, deberán cumplir con los siguientes requisitos:
  - A El **AFILIADO** no registre en su historial clínico diagnóstico de cáncer.
  - B El **AFILIADO** no tenga sintomatología, que induzca a sospecha de cáncer.
  - C El **AFILIADO** no esté en estudio o fase de diagnóstico por sospecha de cáncer.
- 5 En el caso de afiliados menores de edad que tengan diagnóstico oncológico bajo cobertura de este programa, una vez cumplido los dieciocho (18) años no podrá renovar el presente programa considerando que a partir de este grupo de edad se cubren distintos diagnósticos oncológicos, por lo cual debe migrar a otro programa vigente en nuestra cartera de venta al público, brindando continuidad al diagnóstico oncológico del paciente para seguir su tratamiento oncológico.
- 6 Cabe acotar que la eventual desestimación de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** a un programa superior, por parte de la **IAFAS**, no invalida el derecho del **AFILIADO** de permanecer cubierto bajo el programa del **CONTRATO** originalmente suscrito y vigente.
- 7 En caso el **CONTRATANTE** desee modificar la modalidad, frecuencia, medio de pago y/o **CONDICIÓN DE NO FUMADOR** a **CONDICIÓN DE FUMADOR** del(los) **AFILIADO(S)**, deberá formular la solicitud escrita a la **IAFAS**. Asimismo, para efectos de este **CONTRATO** no es factible modificar la **CONDICIÓN DE FUMADOR** a **NO FUMADOR**.

#### CLÁUSULA OCTAVA:

### DE LA DESAFILIACIÓN

- 1 La **DESAFILIACIÓN** al programa oncológico seleccionado se producirá de forma automática cuando se encuentre en alguno de los siguientes supuestos:
  - A Por la culminación del supuesto de hecho que le daba la condición de **AFILIADO**.
  - B Por la extinción del Contrato de Prestaciones de Servicios de Salud por las causales de caducidad, no renovación, resolución, rescisión, o nulidad del **CONTRATO**.
- 2 Del mismo modo, el **AFILIADO** tiene el derecho a solicitar de forma libre y voluntaria su **DESAFILIACIÓN**. Para ello deberá comunicarse a la central telefónica de la **IAFAS** a la siguiente línea telefónica **(01)513-7900** en el horario de Lunes a Viernes de 8:00 am a 8:00 pm.

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

#### CLÁUSULA NOVENA:

### VIGENCIA DEL CONTRATO

- 1 El presente **CONTRATO** se celebra por un plazo de un (1) año, comenzando a regir a partir del primer día del mes siguiente al pago del primer aporte del programa oncológico elegido y quedará automáticamente renovado por igual plazo bajo los términos y condiciones vigentes a la renovación, salvo que el **CONTRATANTE** manifieste, mediante aviso escrito cursado con treinta (30) días calendario de anticipación, su voluntad de no renovarlo, o de modificar los términos contractuales.
- 2 Siempre que el **CONTRATO** quede renovado, el **AFILIADO** no estará sujeto a un nuevo **PERÍODO DE CARENCIA**, así como las atenciones de emergencia oncológica; no se considerarán como enfermedades preexistentes aquellas que se hayan originado durante la vigencia del **CONTRATO**, en tanto que la renovación se realice en los plazos y condiciones establecidas en el presente **CONTRATO**.

#### CLÁUSULA DÉCIMA:

### PERTINENCIA DE LAS PRESTACIONES ONCOLÓGICAS

La cobertura de salud que la **IAFAS** otorga a favor del **AFILIADO** en virtud del presente **CONTRATO**, comprende las condiciones y prestaciones oncológicas contenidas en las **CONDICIONES PARTICULARES**; las cuales se encuentran acorde al cumplimiento de los siguientes criterios:

- 1 Que, las prestaciones oncológicas se encuentren recomendadas y comprendidas en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED DE ATENCIÓN**; las mismas que deberán ser acordes a su diagnóstico oncológico y sustentarse hasta en un **NIVEL DE EVIDENCIA II-A**.
- 2 Que, el tratamiento de quimioterapia y el (los) fármaco(s) oncológico(s) indicado(s), hayan concluido exitosamente el **ENSAYO CLÍNICO DE FASE III** y se encuentren comprendidos en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED DE ATENCIÓN**.
- 3 Que, los procedimientos y tratamientos oncológicos se encuentren estrictamente relacionados al(los) diagnóstico(s) oncológico(s) admitido(s) y sea(n) autorizado(s) por la **IAFAS**.
- 4 Que, los tratamientos, exámenes y/o medios diagnósticos se encuentren disponibles y se ejecuten íntegramente en el territorio de la República del Perú.
- 5 Que, el paciente a quien se ha indicado un tratamiento de quimioterapia y/o terapia modificadora de respuesta biológica o blanco dirigida u otra específica contra el desarrollo del cáncer, cumpla con los mismos Criterios de Inclusión y Exclusión del paciente que formó parte del estudio de investigación que avaló el ingreso y/o forma de uso de la terapia y/o molécula; a partir de lo cual se sustenta su inclusión a la **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED DE ATENCIÓN**. Los Criterios de Inclusión y Exclusión, los estudios referenciales y los demás parámetros aplicables se encuentran publicados y son actualizados periódicamente en la página web [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov).

- 6** Que, los medicamentos oncológicos y no oncológicos se encuentren incluidos según se vaya actualizando y/o modificando en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud (PNUME), que aprueba el Ministerio de Salud de la República del Perú. Adicionalmente, a través de las presentes **CONDICIONES GENERALES**, tendrán cobertura los medicamentos oncológicos que (i) estén debidamente autorizados para su importación y/o comercialización en el Perú por parte de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) o de la autoridad que haga sus veces y (ii) que figuren en el “Listado de Medicamentos Oncológicos” de la **IAFAS**, publicado en la página web <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>. Utilizando criterios técnicos, este listado se renovará y/o actualizará como mínimo cada dos (2) años, contados desde la fecha de su última publicación en la página web antes descrita, tomando en cuenta para ello los estándares nacionales e internacionales sobre la materia.
- 7** Que, la prestación requerida bajo cobertura se encuentre descrita en el **PLAN DE BENEFICIOS** detallado en el **Anexo 1** y no se encuentren comprendidos en las **EXCLUSIONES** detalladas en el **Anexo 3** del presente **CONTRATO**.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA:

## PRESTACIONES DE DESPISTAJE ONCOLÓGICO Y EVALUACIÓN GENERAL DE SALUD

- 1** Adicionalmente a lo señalado en la cláusula precedente, la cobertura contempla también el otorgamiento de exámenes de despistaje oncológico y evaluación general de salud, en función a las disposiciones, periodicidad y amplitud descrita en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**. Cabe señalar que este es un beneficio de carácter personal y exclusivo para los **AFILIADOS**, no pudiendo ser transferible a terceros.
- 2** El **AFILIADO** deberá hacer uso del íntegro de ese derecho en un período no mayor de treinta (30) días calendario, contados desde el inicio del despistaje oncológico y evaluación general de salud. Vencido este plazo el **AFILIADO** deberá esperar el tiempo establecido en el **PLAN DE BENEFICIOS** para acceder nuevamente al despistaje oncológico y evaluación general de salud.
- 3** Las prestaciones a las que hace referencia la presente cláusula, serán brindadas exclusivamente en la **RED DE ATENCIÓN** que la **IAFAS** establezca, de acuerdo a la disponibilidad de agenda al momento de solicitar la cita.

## CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA:

**INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA**

- 1** El inicio de las prestaciones de la recuperación de la salud, bajo cobertura, será de manera posterior a la activación del beneficio oncológico detallado en el **Anexo 4**, para lo cual es necesaria la presentación del informe del Diagnóstico Anatómo Patológico (**DAP**) con resultado concluyente positivo para cáncer. En tanto el descarte de la enfermedad o diagnóstico confirmatorio no se haya producido dentro del **PERÍODO DE CARENCIA**, para lo cual el **AFILIADO** demandante de atención médica deberá completar y suscribir la **SOLICITUD DE ADMISIÓN** (formato proporcionado por la **IAFAS** disponible en <https://marketing.oncosalud.pe/comenzamos-la-lucha> o en la **RED DE ATENCIÓN**). la cual tiene carácter de declaración jurada.
- 2** Cuando por razones estrictamente médicas no sea posible o recomendable que el **AFILIADO** cumpla con la realización previa del Diagnóstico Anatómo Patológico (**DAP**), en los tumores primarios de encéfalo y riñón, en los que por la ubicación no es factible realizar la biopsia previa pero el **AFILIADO** brinde sustento sobre evidencia clínica, patológica, imagenológica y/o de laboratorio, que sugiera la indubitable posibilidad de neoplasia maligna, entonces se podrá eximir al **AFILIADO** de dicha exigencia, pudiendo condicionar la cobertura al resultado de patología post quirúrgico, solo si concluye en cáncer será cubierto por la **IAFAS**. A fin de hacer efectiva la entrega condicional de cobertura, la **IAFAS** emitirá una Carta de Garantía Condicionada sobre el presupuesto emitido por la **IPRESS**; el **AFILIADO** firmará la citada carta en conformidad del procedimiento administrativo a seguir.
- 3** Si una vez entregadas las prestaciones exoneradas del requisito del Diagnóstico Anatómo Patológico (**DAP**), se determine con posterioridad la inexistencia de una dolencia oncológica, los gastos de atención no cubiertos correrán por cuenta del **AFILIADO** pudiendo aplicarse descuentos sobre la tarifa privada vigente de las **IPRESS**, los descuentos se encuentran publicados en <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>. Es importante señalar que las diferentes **IPRESS** pueden requerir al **AFILIADO** un depósito obligatorio en garantía y previo a la atención médica ante eventuales gastos no cubiertos por la **IAFAS** o, en caso el desenlace final culmine en la existencia de una enfermedad no oncológica.
- 4** En caso se determine que el descarte de la enfermedad o diagnóstico confirmatorio se produjo dentro del **PERÍODO DE CARENCIA**, la **IAFAS** quedará exenta de obligación respecto a la entrega de las coberturas aquí contempladas, procediendo a la anulación automática del **CONTRATO**, lo cual dará mérito a la devolución de los aportes abonados por el **AFILIADO**.

## CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA:

**LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y DIRECTORIO MÉDICO**

- 1** El otorgamiento de las prestaciones de recuperación de salud según cada programa así como las prestaciones de despistaje oncológico y evaluación general de salud amparadas bajo el presente **CONTRATO** se otorgarán exclusivamente a través de las **IPRESS** de la **RED DE ATENCIÓN**, cuyos establecimientos de salud se encuentran detallados en el **Anexo 5** de las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**; en el que consta la dirección de los establecimientos.

- 2 De forma excepcional, sólo por causas médicamente justificadas, se otorgarán prestaciones oncológicas a través de las **IPRESS COMPLEMENTARIAS**. En este caso, el **AFILIADO** deberá gestionar con la **IAFAS** una autorización expresa, en forma previa a la realización de la prestación.
- 3 En concordancia al numeral 2 de la presente cláusula, no se encuentra sujeta a la excepción antes señalada (prestaciones fuera de la **RED DE ATENCIÓN**) la entrega de las Prestaciones Complementarias consignadas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
- 4 A su vez, la **RED DE ATENCIÓN** cuenta con un directorio médico autorizado por la **IAFAS** con la participación de los profesionales de la salud de la especialidad oncológica y otras afines quienes conforman equipos multidisciplinarios de asistencia, cuya asignación, a cada paciente admitido, será establecida en función al tipo de diagnóstico, estadio, etapa evolutiva y oportunidad del tratamiento médico demandado por el **AFILIADO**. El médico tratante perteneciente al equipo multidisciplinario podrá variar en el tiempo en función a las necesidades de intervención especializada que se presenten en cada etapa de tratamiento del paciente pudiendo corresponder a oncólogos de especialidades quirúrgicas, clínicas o de cuidado paliativo.
- 5 Así mismo, se deberá tener presente que la especialidad de Oncología Pediátrica, sólo será asignada a pacientes hasta la edad de catorce (14) años y seis (6) meses.
- 6 La **IAFAS** informará a los **AFILIADOS** a través de medios físicos, digitales y/o electrónicos o analógicos, cualquier cese definitivo del servicio que brinde alguno de los establecimientos de salud mencionados en el programa y/o las modificaciones que puedan surgir sobre su directorio médico.

#### CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA:

### RESPONSABILIDAD DE LA IAFAS

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

#### CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA:

### REFERENCIAS

- 1 La **IAFAS** se obliga a atender al **AFILIADO** que requiera sus servicios. Si el diagnóstico efectuado determina que el tratamiento excede las coberturas contratadas en el **PLAN DE BENEFICIOS** contenido en las **CONDICIONES PARTICULARES**, coordinará la referencia del paciente a la **IPRESS** que corresponda de acuerdo con su programa de cobertura obligatoria y/o complementaria.
- 2 En caso que las prestaciones que demande la asistencial al **AFILIADO**, excedan la cobertura del programa oncológico contratado y/o cuando el **AFILIADO** no cuente con cobertura por otros planes o programas de protección, los gastos incurridos no cubiertos correrán por cuenta del **AFILIADO**.

- 3 Del mismo modo, se otorga también al **AFILIADO** acceso a descuentos preferenciales en las **IPRESS** que integran la **RED DE ATENCIÓN**, los cuales se detallan en el **Anexo 6** de las **CONDICIONES PARTICULARES**.

#### CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA:

### APORTES Y FORMAS DE PAGO

- 1 Como contraprestación por la contratación de la cobertura respecto de las prestaciones oncológicas, el **CONTRATANTE** pagará a la **IAFAS** los aportes indicados en las **CONDICIONES PARTICULARES**, los mismos que incluyen los tributos de ley y gastos correspondientes.
- 2 Los aportes podrán ser abonados según las modalidades que contemple el programa contratado y de acuerdo a la modalidad de pago que el **CONTRATANTE** haya consignado en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**. Se entenderá como pagado el aporte a partir de la fecha y hora en que la **IAFAS** cuente con la suma dineraria correspondiente en sus cuentas bancarias.
- 3 La falta de pago oportuno de los aportes a la **IAFAS** determina la aplicación de intereses compensatorios, moratorios y/o penalidades por pagos tardíos. Para dichos efectos, la **IAFAS** aplicará, por cada día de atraso hasta la cancelación total del monto adeudado, la tasa promedio de interés establecida por ley o por la autoridad competente, sin necesidad de intimación para la constitución en mora.
- 4 Para cualquier modalidad de pago y/o forma de fraccionamiento de los aportes elegidos, ya sea abono directo o a través de instituciones financieras o terceros, el **CONTRATANTE** se obliga a pagar dichas sumas dentro de los plazos establecidos. En tal sentido, el **CONTRATANTE** se responsabiliza, a título personal, ante la **IAFAS** por cualquier deuda generada, inclusive cuando la misma se derive de hechos imputables a la entidad financiera o tercero al que delegó el pago de sus aportes.
- 5 Cualquier incumplimiento, tanto del **CONTRATANTE** como la entidad financiera o el tercero a través del cual se valga para hacer efectivo el pago de sus aportes, facultará a la **IAFAS** a suspender o resolver el **CONTRATO**, según lo dispuesto en la cláusula siguiente. En cualquier caso, será obligación exclusiva del **CONTRATANTE** la oportuna comunicación a la **IAFAS** de cualquier variación del medio de pago y/o la información relativa al mismo.

#### CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA:

### INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE LOS APORTES

- 1 Siempre que el **CONTRATANTE** incumpla con el pago de los aportes por más de treinta (30) días calendario, la **IAFAS** suspenderá automáticamente todos los derechos a las prestaciones convenidas según el programa adquirido. La suspensión se mantendrá vigente hasta que el **CONTRATANTE** cumpla con pagar el monto total correspondiente a las aportaciones vencidas.
- 2 En caso de que el incumplimiento en el pago de los aportes se mantenga durante sesenta (60) días calendario adicionales al período establecido en el párrafo precedente, el **CONTRATANTE**, previo pago del monto total de los aportes vencidos, podrá mantener el programa adquirido, cuya cobertura se reactivará a partir del día siguiente de la fecha efectiva de pago a la **IAFAS**.

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

#### CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA:

### COPAGOS

- 1 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 del **Anexo 1** de las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
- 2 En caso que no exista cobertura para los diagnósticos o condiciones de salud que excedan el programa contratado, los gastos de atención no cubiertos correrán por cuenta del(los) **AFILIADO(S)**.
- 3 Así mismo, para el programa descrito las coberturas se otorgarán hasta el **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL** que se indica en el **PLAN DE BENEFICIOS** detallado en las condiciones particulares del presente contrato. El monto excedente al total del gasto, será asumido por el **AFILIADO**.

#### CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA:

### MODIFICACIÓN DE APORTES Y/O COPAGOS

- 1 La estimación de aportaciones a pagar por el **CONTRATANTE** se establece en función a la siniestralidad esperada del programa (costos de los distintos tratamientos), los gastos proyectados de comercialización, operativos y administrativos; y al margen requerido por la **IAFAS**.
- 2 La siniestralidad esperada depende del perfil de edades de la población afiliada, siendo creciente con la edad. Por lo que, el monto final resultante a pagar por el **CONTRATANTE** para cada edad alcanzada al momento de la afiliación o renovación es modificado buscando una subvención del riesgo entre edades, de manera que los incrementos en el monto de las aportaciones sean más equilibrados, con una subvención mayor para las edades avanzadas.
- 3 La **IAFAS** podrá notificar la modificación de los aportes y copagos del **CONTRATO** durante la vigencia del mismo, con una anticipación mínima de treinta (30) días calendario a la fecha de renovación o vencimiento del **CONTRATO**. Transcurrido este período, las modificaciones entrarán en vigencia en la misma fecha de la renovación del **CONTRATO** y el **CONTRATANTE** tendrá hasta noventa (90) días calendario contados a partir de la fecha de recepción de la notificación de modificación para manifestar su disconformidad, lo que dará mérito a la no renovación y terminación del **CONTRATO**.



CLÁUSULA VIGÉSIMA:

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

- 1 El beneficio total otorgado al(los) **AFILIADO**(s) durante el periodo de la vigencia anual, reduce automáticamente el monto del **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL** del programa contratado, sin lugar a restitución hasta la celebración de una nueva anualidad del **CONTRATO**.
- 2 El monto del **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL** no usado o su saldo restante, no es acumulable y/o transferible a otros períodos.

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA:

## INFORMACIÓN

- 1 La **IAFAS** pone a disposición de los **AFILIADOS** el programa oncológico completo por medios digitales o a través de su página web <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>, a fin de permitir su acceso a la información de forma oportuna, clara y precisa.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA:

## DOMICILIO Y NOTIFICACIONES

- 1 Las Partes señalan como domicilio real el que se indica en la introducción del presente **CONTRATO** y en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**.
- 2 Asimismo, las Partes establecen que se considerarán válidamente dirigidas para todo efecto legal las comunicaciones y/o notificaciones vinculadas a este **CONTRATO** que se realicen a través de los medios físicos, digitales y/o electrónicos o analógicos (dirección, correo electrónico, celular, teléfono y/o cualquier otro permitido) declarados por las Partes en el **CONTRATO** y/o en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**. En caso alguna de las Partes varíe alguno de tales medios de contacto, deberá comunicarlo al correo electrónico de la contra parte señalado con un mínimo de cinco (5) días hábiles de anticipación y con cargo de recepción.
- 3 La **IAFAS** no se hace responsable de las consecuencias derivadas de la inexactitud del domicilio real y/o de cualquiera de los medios de contacto declarados por el **CONTRATANTE**.

## CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA:

**ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS**

- 1** Los **AFILIADOS** cuentan con los siguientes medios para la presentación de consultas y reclamos ante la **IAFAS**:
  - A** Carta Simple o Notarial dirigido a la **IAFAS**.
  - B** Libro de Reclamaciones ubicado de forma física en las oficinas o establecimientos de la **IAFAS**.
  - C** Libro de Reclamaciones Virtual disponible en la página web institucional de la **IAFAS**.
  - D** Dirección de correo electrónico habilitada para consultas y/o reclamos, **contactos@oncosalud.pe**.
  - E** Call Center de servicio al cliente de la **IAFAS** el mismo que se encuentra disponible en el número telefónico **(01) 513-7900**.

Para un mayor detalle, el procedimiento de atención de consultas y reclamos de la **IAFAS** se detalla en el **Anexo 7** de las **CONDICIONES PARTICULARES**. En caso de dudas sobre el procedimiento antes señalado, el **AFILIADO** puede contactarse al Call Center de servicio al cliente de la **IAFAS** al número telefónico **(01) 513-7900** y/o al correo electrónico de la **IAFAS** **contactos@oncosalud.pe**.

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

## CLÁUSULA VIGÉSIMO CUARTA:

**TERMINACIÓN DEL CONTRATO Y CAUSALES DE RESOLUCIÓN**

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

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

- 4 Cuando el **AFILIADO** hubiese adquirido la condición de paciente admitido en forma indebida, por reticencia, omisión, inexactitud, ocultamiento de información relativa a la condición de salud posteriormente comprobada, la **IAFAS** se reserva la facultad de cobrar los gastos incurridos por las prestaciones otorgadas, así como las demás acciones legales que pudiesen corresponder.
- 5 Cuando el diagnóstico oncológico confirmatorio o fase de diagnóstico por sospecha de cáncer se produzca antes de haber superado el **PERÍODO DE CARENCIA** establecido.
- 6 Cuando el resultado de la prueba de nicotina y/o sus metabolitos resultase positiva dentro del rango específico que el tipo de prueba establezca o el **AFILIADO** no realizara la prueba oportunamente al momento de la activación del beneficio oncológico.
- 7 Por fallecimiento del **CONTRATANTE**, para ello los herederos legales deberán informar el deceso a la **IAFAS**. En caso requieran devolución de los aportes de afiliación del fallecido por el periodo no protegido pagado, se procederá a partir de la presentación del certificado de defunción. En caso los **AFILIADOS** requieran continuar en el programa, deberán presentar, una nueva **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** a la **IAFAS**, la cual procederá según las condiciones vigentes al público para este programa.

Cuando uno de los **AFILIADOS** (que no es **CONTRATANTE**) fallece no se culminará el **CONTRATO**, solo se procederá con la desafiliación del mismo siendo el **CONTRATANTE** el responsable de informar el deceso a la **IAFAS**. En caso corresponda la devolución de aportes del mismo procederá a partir de la presentación del certificado de defunción.

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO QUINTA:

## CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

- 1 El **CONTRATANTE** queda informado conforme a Ley N° 29733 – Ley de Protección de Datos Personales (en adelante “Ley”) y su Reglamento, que los datos personales proporcionados del **CONTRATANTE** y **AFILIADOS**, en especial los referidos a datos sensibles son los estrictamente necesarios para la gestión y ejecución de las prestaciones vinculadas al programa contratado para:
  - A Evaluar el estado de afiliación en base a la información proporcionada.
  - B Aprobar la cobertura de los beneficios del programa
  - C Gestionar el cobro de deudas, de ser el caso.
  - D Realizar la gestión administrativa, prestacional de salud y acreditación de los **AFILIADOS** para su prestación médica.
  - E Remitir información relativa de los beneficios a los **AFILIADOS** al programa contratado.
  - F Cumplir con requerimientos de información de autoridades administrativas o judiciales competentes, relacionados a su afiliación.
  - G Enviar información referente a la concientización de vida saludable y cuidado de la salud.

- 2** Los datos personales proporcionados serán transferidos a nivel nacional a empresas del grupo AUNA y/o socios comerciales y/o empresas vinculadas, los cuales están descritos en la página web [www.oncosalud.pe/grupo-economico-y-socios-comerciales](http://www.oncosalud.pe/grupo-economico-y-socios-comerciales) con la finalidad de cumplir con los fines mencionados y relacionados a los servicios brindados; y a nivel internacional, a Amazon Web Services y Google Inc, con el fin de almacenar los datos en la nube, cuyos servidores se encuentran en Estados Unidos.
- 3** Los datos personales serán incorporados y almacenados en los bancos de datos denominados "Clientes" y/o "Pacientes", ambos de titularidad de la **IAFAS**, mientras no se solicite su cancelación por el titular del dato, en cumplimiento con la Ley y normativa aplicable al sector salud.
- 4** De expresar la negativa a brindar los datos personales, la **IAFAS** no podrá cumplir con la gestión y ejecución de las prestaciones vinculadas al programa contratado. Asimismo, el **CONTRATANTE** declara contar con la autorización de las personas consignadas en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** para el tratamiento de los datos personales incluidos, así como en la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**.
- 5** El **CONTRATANTE** y/o **AFILIADO** se encuentran facultados para ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación u oposición al tratamiento de sus datos personales que la **IAFAS** realiza. Para tales efectos deberá cursar una comunicación escrita a la **IAFAS**, valiéndose de los siguientes canales de información y comunicación habilitados por la **IAFAS**:
  - A** Oficinas de la **IAFAS** ubicadas en Av. Guardia Civil 571 - San Borja.
  - B** Dirección de correo electrónico [derechosarco@auna.pe](mailto:derechosarco@auna.pe).
  - C** Página web institucional [www.oncosalud.pe/solicitudes-arco](http://www.oncosalud.pe/solicitudes-arco).

#### CLÁUSULA VIGÉSIMO SEXTA:

### DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

- 1** El **CONTRATANTE** tiene el derecho de arrepentimiento para resolver el **CONTRATO**, sin expresión de causa ni penalidad alguna. Este derecho se podrá ejercer dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de pago de la primera cuota, debiendo la **IAFAS** devolver el monto del aporte que haya recibido. El **CONTRATANTE** para tal efecto deberá comunicarse con la **IAFAS**, por cualquier medio de comunicación o utilizando el mismo medio, forma y lugar que se usó para la contratación.
- 2** Pasado el plazo descrito en el párrafo anterior, el **CONTRATANTE** perderá el derecho de arrepentimiento, manteniéndose las obligaciones contractuales hasta finalizar el período amparado por la última cuota pagada por parte del **CONTRATANTE**.

## CLÁUSULA VIGÉSIMO SÉPTIMA:

**SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

- 1** Las Partes convienen expresamente que cualquier conflicto o controversia que no pudiera ser resuelta en trato directo entre la **IAFAS** y el **CONTRATANTE** o la **IAFAS** y el **AFILIADO**, será sometida en primera instancia a conciliación ante el Centro de Conciliación y Arbitraje (CECONAR) de la Superintendencia Nacional de Salud, conforme a las normas aplicables para tal efecto.
- 2** Si la controversia se mantuviera sin solución, esta será sometida a arbitraje de derecho bajo la organización y administración del Centro de Conciliación y Arbitraje (CECONAR) de la Superintendencia Nacional de Salud y de acuerdo con su Reglamento, y demás normas a las que las Partes se someten voluntaria e incondicionalmente. Para tales efectos, el Tribunal Arbitral estará conformado por tres (03) colegiados en el que la **IAFAS** deberá designar a un árbitro y, consecuentemente, el **CONTRATANTE** y/o el **AFILIADO** designará(n) al suyo. Todo ello conforme a las normas que regulen el arbitraje por parte de dicha institución, cuyo laudo será definitivo e inapelable.

## CLÁUSULA VIGÉSIMO OCTAVO:

**MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

- 1** El presente **CONTRATO** podrá ser modificado por la **IAFAS**, por razones técnicas, circunstancias del mercado, declaración de estado de emergencia sanitaria nacional u otras razones similares o relacionadas, mediante aviso previo remitido al **AFILIADO** con treinta (30) días calendario de anticipación, a través de medios físicos, digitales y/o electrónicos o analógicos (dirección, correo electrónico, celular, teléfono y/o cualquier otro permitido). Las modificaciones señaladas por la **IAFAS** regirán a partir de la renovación del **CONTRATO**.
- 2** El **AFILIADO** tendrá derecho a terminar la presente relación jurídica si no está de acuerdo con las modificaciones informadas, debiendo para ello comunicar por escrito, de manera física o por correo electrónico, su decisión de resolver el **CONTRATO**. En caso de que el **AFILIADO** no comunique su decisión de resolver el **CONTRATO** y continúe utilizando las prestaciones de salud establecidas por el mismo, después de haber recibido las modificaciones y de haber entrado en vigencia las mismas, se entenderá que el **AFILIADO** ha aceptado satisfactoriamente las modificaciones contractuales informadas.

# Contrato de prestaciones de servicios de salud

## Programa Oncológico Prepagado *Oncovital*

# 2

## Condiciones particulares

A través del presente documento se describe a nivel de detalle las condiciones asegurables, prestaciones y servicios a los que, en función al programa optado por el **CONTRATANTE** en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, los **AFILIADOS** tienen derecho a la cobertura descrita a continuación, siempre que sea a causa de los diagnósticos oncológicos para cada grupo de edades, según el detalle y condiciones especificadas en los Anexos 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 que son parte integrante del presente **CONTRATO**:

# I. Relación de prestaciones cubiertas por el programa oncológico

## 1.1 Prestaciones ambulatorias

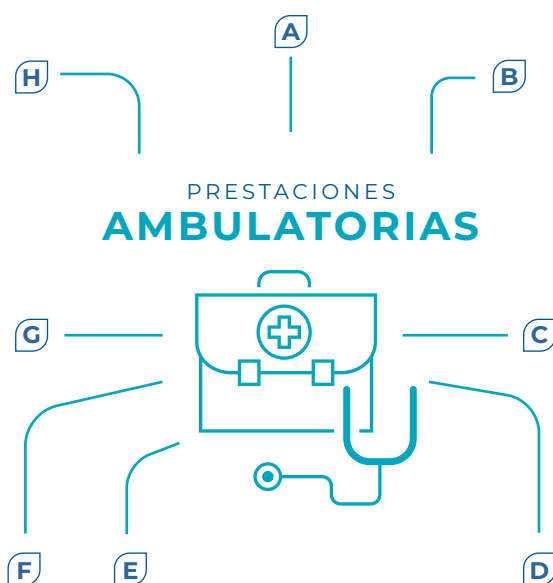
**Procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos de quimioterapia** y radioterapia, incluyendo salas de quimioterapia, operaciones y de recuperación.

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

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

### PRESTACIONES AMBULATORIAS

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



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

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

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

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

## 1.2 Prestaciones hospitalarias

**Hotelería:** Aplica para habitación individual o biperpersonal estándar, según disponibilidad.

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

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

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

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

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

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



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

**Exámenes histopatológicos post-quirúrgicos,** incluyendo exámenes de inmunohistoquímica para clasificación o tipificación.



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

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



### 1.3 Prestaciones domiciliarias: Cuidados paliativos, terapias del dolor y continuidad de tratamiento hospitalario en domicilio

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

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

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



#### PRESTACIONES DOMICILIARIAS

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

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

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

## II. Descripción y alcance de las prestaciones cubiertas por el programa

### 2.1 Prestaciones generales



#### Honorarios profesionales:

Remuneración o contraprestación al personal de salud relacionado a los servicios médicos brindados a los pacientes del programa oncológico, sean ambulatorios, hospitalarios o domiciliarios, clínicos o quirúrgicos, siempre que sean brindados exclusivamente por los profesionales asignados por las **IPRESS** que conforman la **RED DE ATENCIÓN** y autorizado por la **IAFAS**.



#### Quimioterapia:

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



#### Radioterapia:

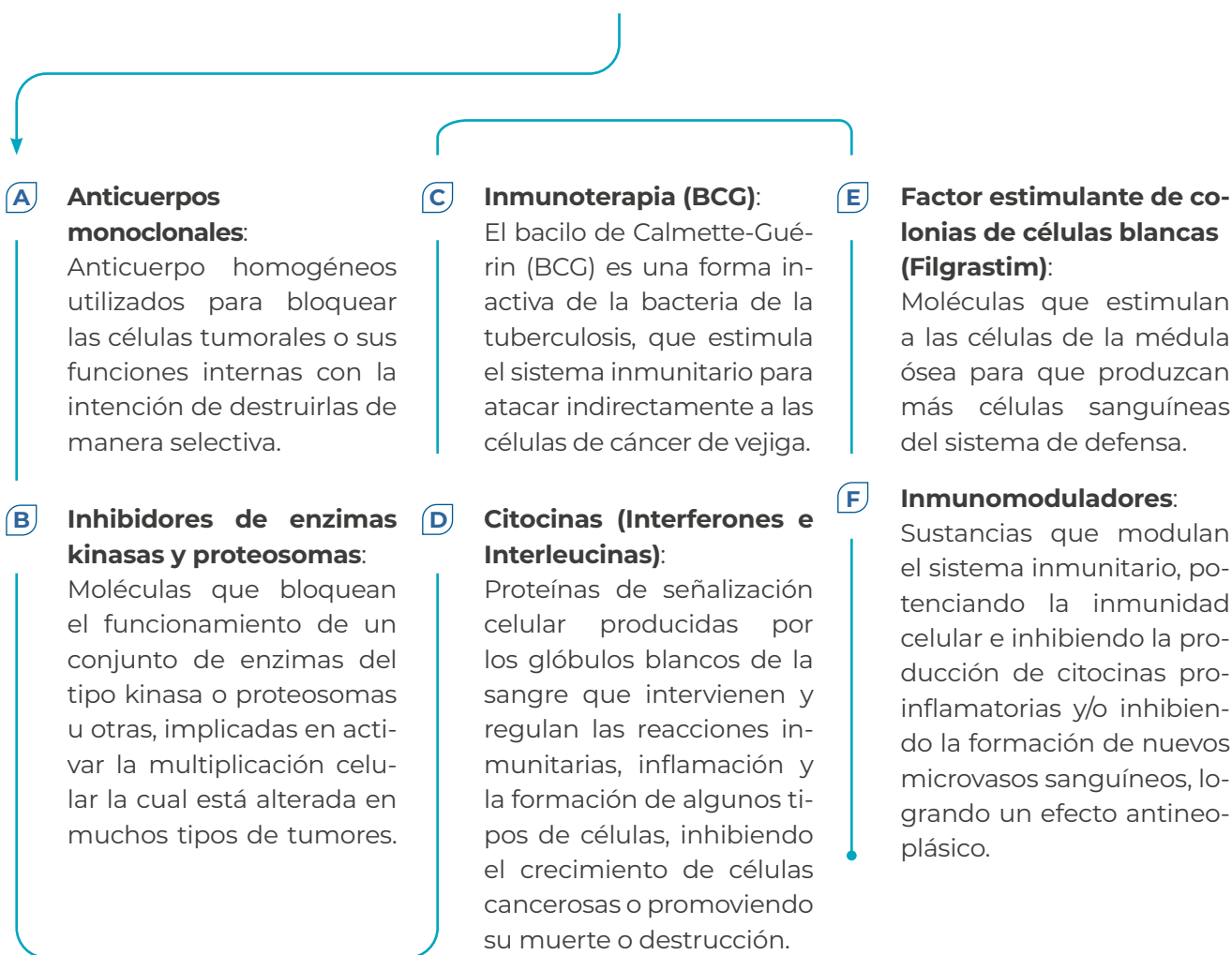
Uso de radiación de alta energía proveniente de los rayos X u otras fuentes; cuyo objetivo es destruir las células cancerosas en el área que recibe tratamiento y de ésta forma controlar y reducir (según respuesta) el tamaño del tumor. La cobertura incluye Radioterapia en técnicas: 3DRT (Radioterapia Tridimensional), VMAT (Arcoterapia Volumétrica de Intensidad Modulada), IMRT (Radioterapia de Intensidad Modulada), SRS (Radiocirugía Estereotáxica), SBRT, (Radioterapia Estereotáxica Extra Cerebral), RIO (Radioterapia IntraOperatoria)\*, Braquiterapia de Alta Tasa de Dosis. Siempre que sea indicado por el médico radioterapeuta asignado por la **RED DE ATENCIÓN** y autorizado por la **IAFAS**, cumpla con los criterios de pertinencia recomendados en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED DE ATENCIÓN** Servicio solo disponible en Lima.

*\* Sólo para pacientes adultos con Patología mamaria.*



**Terapia modificadora de respuesta biológica o blanco dirigida:**

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



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



### Cáncer no biopsiable:

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



### Trasplante de médula ósea histocompatible:

Beneficio exclusivo para el caso de neoplasias hematológicas en pacientes menores de dieciocho (18) años y será otorgado una vez transcurrido el periodo de espera de ciento ochenta (180) días, en el territorio nacional y solo en las **IPRESS** de la **RED DE ATENCIÓN** específicamente autorizadas por la **IAFAS** que cuenten con la acreditación correspondiente de la Dirección General de Donaciones, Trasplantes y Banco de Sangre del **MINSA** para realizar estos procedimientos y siempre que se encuentre médicamente indicado y recomendado en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED DE ATENCIÓN**, cumpliendo todos los criterios de elegibilidad. El trasplante deberá ser previamente autorizado por la **IAFAS**. Incluye cobertura de estudios de histocompatibilidad solo del **AFILIADO** receptor. No incluye estudio de donantes ni la búsqueda de estos, ni prestaciones realizadas a donantes.



**Servicios de apoyo al tratamiento:**

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



**Estudios de medicina nuclear:**

Estudios que usan sustancias radioactivas, llamadas también radiofármacos, para crear imágenes en base a la dinámica química del cuerpo, tales como: gammagrafía ósea, detección de ganglio centinela.



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

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



**Prestaciones domiciliarias:**

Las prestaciones domiciliarias se refieren a dos categorías: Cuidados paliativos y terapias del dolor así como Continuidad de tratamiento hospitalario en domicilio.

**1 Cuidados paliativos y terapias del dolor:**

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



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

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

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

## **2 Continuidad de tratamiento hospitalario en domicilio:**

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



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

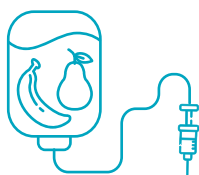
Estas prestaciones domiciliarias se brindarán exclusivamente en el domicilio declarado por el paciente o el cuidador principal. En tal sentido, bajo ninguna circunstancia procede el traslado del personal asignado y equipos fuera de este lugar (incluyendo entre otras: instalaciones médicas, de cuidados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

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



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

Beneficio exclusivo para el caso de neoplasias hematológicas en pacientes menores de dieciocho (18) años, se les cubrirá las pruebas de tamizaje, procesamiento en banco de sangre, pruebas cruzadas y los insumos necesarios solo de la transfusión de aquellas unidades efectivamente transfundidas y que se encuentren registradas en la historia clínica, bajo indicación pertinente debidamente justificada.



**Nutrición Parenteral Total (NPT):**

Alimentación endovenosa que se otorga solo durante la estancia hospitalaria hasta por un período máximo de tres (3) semanas, a los pacientes menores de dieciocho (18) años, con complicaciones entéricas por radioterapia y/o quimioterapia o sometidos a cirugía oncológica de cabeza y cuello, esófago y/o fístulas que impidan la alimentación enteral del paciente, siempre y cuando no tengan carcinomatosis y/o enfermedad metastásica sistémica. Se otorgará solo con autorización previa de la IAFAS bajo indicación médica pertinente.



**Nutrición Enteral (NE):**

Técnica de soporte artificial en la que se aporta una fórmula nutricional directamente en el tracto gastrointestinal mediante una sonda. Se otorga solo durante la estancia hospitalaria hasta por un período máximo de tres (3) semanas, a los pacientes menores de dieciocho (18) años, con complicaciones entéricas por radioterapia y/o quimioterapia o sometidos a post cirugía oncológica, que aún tengan funcionalidad intestinal pero cuya ingesta sea inviable o insuficiente a causa de la enfermedad oncológica y con objetivo recuperativo, siempre y cuando no tengan carcinomatosis y/o enfermedad metastásica sistémica. Se otorgará solo con autorización previa de la IAFAS bajo indicación médica pertinente.



**Kit de colostomía o ileostomía:**

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



**Kit de urostomía:**

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



**Material de Osteosíntesis:**

Beneficio exclusivo para el caso de neoplasias hematológicas en pacientes menores de dieciocho (18) años, otorgando cobertura al material quirúrgico requerido en algunos casos de fracturas patológicas, siempre y cuando estas hayan sucedido a consecuencia de metástasis ósea o cáncer óseo y con indicación de cirugía. Previa autorización de la **IAFAS**.



**Complicaciones ocasionadas por el tratamiento Oncológico:**

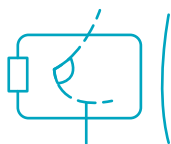
Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional sobre alguna enfermedad o condición no oncológica que haya sido causada, agravada, complicada o directamente afectada por la enfermedad, tratamiento y/o procedimientos proporcionados con relación a un caso de cáncer, con excepción de las complicaciones agudas detalladas a continuación:

- A Atención por complicaciones Post-quimioterapia:** Hasta por un plazo máximo de cuatro (04) semanas con relación a la fecha de realización de la quimioterapia: Intoxicación Gastrointestinal (mucositis oral, náuseas y vómitos persistentes y diarreas); Intoxicación Hematológica (gastos de hotelería por anemia; trombocitopenia, pancitopenia, neutropenia).
- B Intoxicación cutánea (eritema acral):** Infecciones por Bacterias, Hongos y Virus; Trastornos Hidroelectrolíticos; Neuropatía en tratamientos con fármacos de la familia de los platinos, taxanos y/o epotilomas.
- C Atención por complicaciones Post-Radioterapia:** Hasta por un plazo máximo de ocho (08) semanas con relación a la fecha de realización de la radioterapia: Proctitis actínica, Cistitis actínica, Mucositis oral, Esofagitis, Neumonitis y Eritema.



## 2.2 Otras prestaciones complementarias:

A suministrar exclusivamente a través de la **RED DE ATENCIÓN** detallada en el **Anexo 5**. Asimismo, el otorgamiento de estas prestaciones dependerá de la debida programación, autorización previa y disposición del servicio.



### Biopsia para descarte de cáncer de mama:

Se cubrirá el costo de la biopsia (procedimiento y estudio de patología) al **AFILIADO** con sospecha de cáncer demostrada por estudios de imágenes y bioquímicos, y con Diagnóstico Anátomo Patológico final positivo.



### Medicina Integrativa:

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

- A Psicooncología:** Asistencia al paciente y familiares directos (incluye tutores, curadores o responsables). En el caso de pacientes mayores de dieciocho (18) años, se cubrirán cinco (05) consultas ambulatorias por año, contadas a partir de su admisión como paciente; En caso de paciente menores de dieciocho (18) años, se cubrirá las consultas ambulatorias y durante la hospitalización, sin límite de número de consultas, así mismo se extenderá a los padres hasta sesenta (60) días posteriores al fallecimiento del menor.
- B Orientación Nutricional:** Asistencia al paciente y familiares directos (incluye tutores, cuidadores o responsables). Se cubrirán cinco (05) consultas ambulatorias por año, contadas a partir de su admisión como paciente.



**Terapia física:**

Se cubrirá hasta un máximo de doce (12) sesiones en las siguientes condiciones:

- Terapia física en el hombro y brazo para el tratamiento de linfedema posterior a mastectomía radical por cáncer de mama.
- Terapia física post cirugía mutilante de tejidos blandos en extremidades por sarcomas óseos o de partes blandas.
- Terapia física post cirugía encefálica o a consecuencia de cáncer de encéfalo.



**Foniatría:**

Beneficio exclusivo para pacientes menores de dieciocho (18) años, otorgando cobertura de hasta un máximo de doce (12) sesiones, en casos de trastornos de la deglución, a consecuencia de cáncer de encéfalo o cirugía encefálica.

**Segunda opinión médica nacional:**



Solo en casos que el médico tratante solicite opinión (sólo consulta) a la junta médica permanente de la **IAFAS**, ante la falta de respuesta esperada a los estándares de manejo clínico de las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED DE ATENCIÓN** y previo consentimiento del paciente. Asimismo, el médico tratante contara con el soporte de los comités multidisciplinares de alta complejidad pertenecientes a la **RED DE ATENCIÓN**.

**Ambulancia terrestre:**



Se otorgará al alta hospitalaria en caso de pacientes postrados o imposibilitados de desplazarse por la enfermedad oncológica; únicamente desde la **RED DE ATENCIÓN** con destino a su domicilio. No es aplicable para urgencias y/o **EMERGENCIAS** médicas. La programación del servicio será previa solicitud del paciente y se efectuará según disponibilidad de unidades, rutas y hora del alta.



*Disponible solo en Lima, dentro del área de cobertura indicada a continuación:*

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



**Traslado de Paciente y un Acompañante:**

Beneficio exclusivo para pacientes menores de dieciocho (18) años, otorgando cobertura de hasta Un (1) boleto aéreo (ida y vuelta en vuelo comercial bajo tarifa económica) al año, para aquellos pacientes domiciliados en provincias (según dirección estipulada en DNI) que, por causa médica, evaluada por la **IAFAS**, deban desplazarse desde su lugar de origen hacia el lugar de tratamiento. Sólo en el caso de menores de 14 años se cubrirá adicionalmente Un (1) boleto aéreo (ida y vuelta en vuelo comercial bajo tarifa económica) al año, de uno de los padres siempre que viaje simultáneamente con el menor. Para su otorgamiento, deberá tramitar la solicitud del beneficio con mínimo treinta (30) días de anticipación. La programación de fechas de ida y retorno, estarán sujeta a disponibilidad de ruta aérea comercial y cupos disponibles de la aerolínea asignada por la **IAFAS**.



**Alimentación para acompañantes:**

Beneficio exclusivo para pacientes menores de catorce (14) años y seis (6) meses, otorgando cobertura para hasta dos (2) acompañantes del paciente hospitalizado, compuesto por un (1) desayuno, un (1) almuerzo y una (1) cena del menú estándar que la clínica establezca para el día y en el mismo horario de los pacientes, debiendo ser solicitado con la anticipación establecida por la clínica. Durante el tiempo que dure la hospitalización.



**Sedación en pacientes pediátricos:**

Beneficio exclusivo para pacientes menores de catorce (14) años y seis (6) meses, otorgando cobertura sobre el procedimiento y medicamentos para la sedación necesaria y pertinente durante las pruebas de imágenes y procedimientos prolongados.



**Pruebas Covid19:**

Se otorga cobertura sobre la prueba molecular para Covid19 a los pacientes oncológicos que va a ser hospitalizado o intervenidos quirúrgicamente (incluye cirugía ambulatoria). Sólo en el caso de menores de catorce (14) años y seis (6), se cubrirá adicionalmente la prueba molecular para el padre o madre del menor que lo acompañará durante la hospitalización. Atendiendo los protocolos de la **IPRESS** y siempre que sea indicada por el médico tratante como parte de sus exámenes pre quirúrgicos.



**Tutoría médica y ejecutiva de acompañamiento al paciente:**

Para orientación médica y asistencia administrativa de forma personalizada, para facilitar al paciente información sobre su enfermedad, tratamiento, servicios y oportuna accesibilidad a los beneficios del programa **CONTRATADO**.



**Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH)**

Beneficio exclusivo para afiliados entre nueve (9) y catorce (14) años y seis (6) meses de edad, otorgando cobertura cubrirá de dos dosis de la vacuna nonavalente contra el virus del papiloma humano con el propósito de reducir el impacto del cáncer de cuello uterino, cuya frecuencia de aplicación será exclusivamente según el esquema específico de la **IPRESS**. Este beneficio incluye la consulta médica pre vacunación y es exclusivo en los Centros de Vacunación Auna.



*El otorgamiento de la cobertura será dependiente al tiempo de afiliación ininterrumpida a este programa y a cada renovación de afiliación al mismo de la siguiente manera:*

- Año 0 (primeros doce meses de afiliación): Tarifa preferencial.
- Año 1 (a partir de la primera renovación): 20% Cobertura.
- Año 2 (a partir de la segunda renovación): 40% Cobertura.
- Año 3 (a partir de la tercera renovación): 60% Cobertura.
- Año 4 (a partir de la cuarta renovación): 80% Cobertura.
- Desde el Año 5 (a partir de la quinta renovación): 100% Cobertura.



### Despistaje Oncológico y evaluación general de salud:

Conjunto de exámenes para identificar la sospecha de algunos tipos de enfermedades oncológicas que sean evidenciables en una etapa temprana, asimismo con la evaluación general de salud se busca identificar factores de riesgo cardiovascular como la Obesidad, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemia (triglicéridos y colesterol elevado) entre otros.



*Este conjunto de exámenes se realizará según edad y sexo del **AFILIADO** y están alineados a las mejores prácticas y recomendaciones mundiales de instituciones prestigiosas. Aplica para todos los **AFILIADOS** a partir de la primera renovación, previa validación del cumplimiento del pago de los aportes a la fecha de la solicitud del beneficio y con una periodicidad de acuerdo al programa **CONTRATADO**, teniendo en cuenta su último despistaje y evaluación efectiva.*

*La cita deberá ser programada a través del Call Center de servicio al cliente al número telefónico **(01)513-7900** o en los establecimientos de salud pertenecientes a la **RED DE ATENCIÓN** listados en las **CONDICIONES PARTICULARES** y otros establecimientos asignados por la **IAFAS**. Los exámenes de detección se encuentran publicados en la página web <https://www.oncosalud.pe/servicios/despistajes-oncologicos/> y están sujetos a variaciones de acuerdo a convenios vigentes con las clínicas y disponibilidad al momento de la atención.*

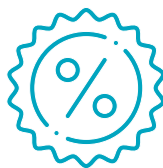
*Los exámenes de detección, no son transferibles, acumulables, canjeables o intercambiables con otros exámenes que no corresponden al conjunto de exámenes contratados. Asimismo, el paquete no puede ser fragmentado y deberá concluirse en la misma sede prestacional en un período no mayor de treinta (30)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

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

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

*Este beneficio no incluye cobertura de sedación o prestaciones quirúrgicas por causas particulares del **AFILIADO**.*

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

**Tarifas preferenciales y/o descuentos:**

Los afiliados al programa, podrán acceder a tarifas preferenciales y/o descuentos sobre precio particular al público vigente en las **IPRESS** de la **RED DE ATENCIÓN**, para aquellas prestaciones de salud que el afiliado necesite durante los periodos de carencia o espera, o que no se encuentren bajo la cobertura del presente programa.

Contrato vigente a partir de 01 de agosto del 2021  
Código OS.SP.P.02.20  
Revisión: 02

# Contrato de prestaciones de servicios de salud

## Programa Oncológico Prepagado *Oncovital*

# 3

## Índice de anexos

---

<b>ANEXO 1:</b> Plan de Beneficios .....	Pág. 40
<b>ANEXO 2:</b> Aportes y formas de pago .....	Pág. 47
<b>ANEXO 3:</b> Exclusiones, gastos no cubiertos y limitaciones a las coberturas contratadas .....	Pág. 48
<b>ANEXO 4:</b> Activación del beneficio oncológico .....	Pág. 52
<b>ANEXO 5:</b> Red de Atención .....	Pág. 55
<b>ANEXO 6:</b> Tarifas preferenciales y descuentos .....	Pág. 56
<b>ANEXO 7:</b> Flujograma de procedimiento de atención de consultas y reclamos .....	Pág. 57

## ANEXO 1

### Plan de beneficios

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

#### Plan de beneficios 2021

Condiciones de Suscripción	Oncovital 2021	
	Menores de 18 años	Adultos
<b>Límite máximo del beneficio anual por afiliado:</b> Afiliado Titular y Dependientes	Hasta S/ 500,000	Hasta S/100,000
<b>Límite de ingreso:</b>	Hasta los 17 años	Hasta los 55 años
<b>Límite de permanencia:</b>	Hasta los 17 años y 364 días	Sin límite
<b>Renovación</b>	Automática	Automática
<b>Período de Carencia</b>	90 días	90 días
<b>Período de Espera</b>	180 días para trasplante de médula ósea	No aplica para los beneficios de este grupo etéreo
<b>Diagnósticos cubiertos:</b> Se cubrirá solamente los diagnósticos señalados a continuación ( incluyendo sus subcategorías del código CIE10).	NM Hematológicas ( C81 al C96; D45; D46) NM Encefálicas ( C70; C71) Sarcomas de partes blandas y óseos (C40; C41; C49) NM del riñón (C64; C74) Retinoblastoma (C69.2)	Cáncer de Mama (C50, D05) Cáncer de Próstata (C61, D07) Cáncer Colorrectal (C18, C19, C20) Cáncer de Estómago (C16, D00)



## Prestaciones cubiertas por el programa oncológico ambulatorio y hospitalario

*Prestaciones generales*

Prestaciones generales	Oncovital 2021			
	Menores de 18 años		Adultos	
	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago
<b>Honorarios médicos</b> por consultas o teleconsultas, intervenciones quirúrgicas o visita domiciliaria, ayudantía o administración de anestesia.	100%	Ninguno	100%	Ninguno
<b>Quimioterapia:</b> Medicamentos antineoplásicos convencionales, materiales e insumos (incluyendo catéteres permanentes, líneas de infusión, entre otros) y servicios relacionados a su administración. Incluye la pre medicación y vitaminas que formen parte del esquema de quimioterapia.	100%	Ninguno	100%	Ninguno
<b>Terapia modificadora de respuesta biológica o blanco dirigida:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Anticuerpos monoclonales</li> <li>· Inhibidores de enzimas kinasas y proteosomas</li> <li>· Inmunoterapia (BCG)</li> <li>· Citocinas (Interferones e Interleucinas)</li> <li>· Factor estimulante de colonias de células blancas (Filgrastim)</li> <li>· Inmunomoduladores</li> </ul>	100%	Ninguno	70%	30%
<b>Medicamentos no oncológicos, materiales e insumos relacionados</b> con el tratamiento oncológico.	100%	Ninguno	100%	Ninguno
<b>Radioterapia:</b> Convencional, 3D y radioterapia de intensidad modulada. Servicio solo disponible en Lima.	100%	Ninguno	100%	Ninguno
<b>Cáncer no biopsiable:</b>	100%	Ninguno	No cubre	100%

Prestaciones generales	Oncovital 2021			
	Menores de 18 años		Adultos	
	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago
<b>Trasplante de Médula ósea histocompatible:</b> Incluye cobertura de estudios de histocompatibilidad solo del AFILIADO receptor. No incluye estudio u otros gastos relacionados a los donantes.	100%	Ninguno	No cubre	Ninguno
<b>Servicios de apoyo al tratamiento:</b> Exámenes de laboratorio, imágenes, anatomía patológica e inmunohistoquímica.	100%	Ninguno	100%	Ninguno
<b>Estudios de Medicina Nuclear:</b> Gammagrafía ósea, detección de ganglio centinela.	100%	Ninguno	100%	Ninguno
<b>Tomografía por emisión de positrones (PET Scan):</b> Incluye el examen de valoración previa y la sustancia radioactiva FDG. Servicio disponible solo en Lima. Hasta máximo 02 veces al año.	100%	Ninguno	100%	Ninguno
<b>Prestaciones Domiciliarias:</b> Cuidados paliativos y terapias del dolor así como Continuidad de tratamiento hospitalario en domicilio.	100%	Ninguno	100%	Ninguno
<b>Transfusión sanguínea y hemoderivados (glóbulos rojos, plaquetas, plasma):</b> se cubrirán las pruebas de tamizaje, procesamiento en banco de sangre, pruebas cruzadas y los insumos necesarios solo de la transfusión de aquellas unidades efectivamente transfundidas.	100%	Ninguno	No cubre	100%
<b>Nutrición Parenteral Total (NPT):</b> Solo durante la estancia hospitalaria hasta un máximo de tres (3) semanas.	100%	Ninguno	No cubre	100%
<b>Nutrición Enteral (NE):</b> Solo durante la estancia hospitalaria hasta un máximo de tres (3) semanas.	100%	Ninguno	No cubre	100%

Prestaciones generales	Oncovital 2021			
	Menores de 18 años		Adultos	
	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago
<b>Kit de colostomía e ileostomía</b> insumo y equipamiento a pacientes con colostomía o ileostomía.	No cubre	100%	100%	No cubre
<b>Kit de urostomía</b> insumo y equipamiento a paciente con urostomía por causa oncológica.	100%	Ninguno	100%	Ninguno
<b>Material de Osteosíntesis:</b> para pacientes con fracturas patológicas por metástasis ósea o cáncer óseo.	100%	Ninguno	No cubre	100%



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

## Prestaciones cubiertas por el programa oncológico ambulatorio y hospitalario

### *Prestaciones complementarias*

Prestaciones generales	Oncovital 2021			
	Menores de 18 años		Adultos	
	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago
<b>Biopsia de descarte de cáncer de mama</b> en caso de alta sospecha de neoplasia maligna.	No cubre	100%	100%	Ninguno
<b>Medicina Integrativa:</b> Dentro de las prestaciones cubiertas, se encuentran las siguientes:				
- Psicooncología para pacientes adultos y familiares directos. Incluye cinco (5) sesiones programadas por año. Solo en <b>RED AUNA</b> .	No cubre	100%	100%	Ninguno
- Psicooncología para pacientes niños o adolescentes y familiares directos. Desde el diagnóstico inicial y durante su hospitalización. Este beneficio se extenderá a los padres hasta 60 días posteriores al fallecimiento del menor.	100%	Ninguno	No cubre	100%
- Orientación nutricional para pacientes y familiares directos. Incluye cinco (5) sesiones programadas por año. Solo en <b>RED AUNA</b> .	100%	Ninguno	100%	Ninguno
<b>Terapia física:</b> Hasta un máximo de doce (12) sesiones.				
Para hombro y brazo para tratamiento de linfedema posterior a mastectomía radical por cáncer de mama.	No cubre	100%	100%	Ninguno
Post cirugía mutilante de tejidos blandos en extremidades.	100%	Ninguno	No cubre	100%
Post cirugía encefálica o a consecuencia de cáncer de encéfalo.	100%	Ninguno	No cubre	100%
<b>Foniatría</b> en cáncer de encéfalo para el tratamiento de problemas de deglución, hasta un máximo de doce (12) sesiones.	100%	Ninguno	No cubre	100%

Prestaciones generales	Oncovital 2021			
	Menores de 18 años		Adultos	
	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago
<b>Segunda Opinión Médica Nacional:</b> Bajo revisión de la junta médica permanente de la <b>IAFAS</b> y con el soporte de los comités multidisciplinares de alta complejidad de la <b>RED AUNA</b> .	100%	Ninguno	100%	Ninguno
<b>Ambulancia terrestre al alta hospitalaria</b> , para pacientes postrados o imposibilitados de desplazarse. Servicio disponible solo en Lima y según los límites geográficos establecidos.	100%	Ninguno	100%	Ninguno
<b>Traslado para pacientes radicados fuera de Lima:</b> Un (1) boleto aéreo (ida y vuelta en vuelo comercial) al año, para aquellos pacientes domiciliados en provincias (según dirección estipulada en DNI) y con destino al lugar de tratamiento. Sólo en el caso de menores de catorce (14) años y seis (6) meses de edad, se cubrirá adicionalmente Un (1) boleto aéreo (ida y vuelta en vuelo comercial) al año, de uno de los padres siempre que viaje simultáneamente con el menor.	100%	Ninguno	No cubre	100%
<b>Alimentación para dos acompañantes de pacientes pediátricos</b> (hasta los 14 años y 6 meses de edad) durante el tiempo que dure la hospitalización. Solo en <b>RED AUNA</b>	100%	Ninguno	No cubre	100%
<b>Sedación:</b> Sólo en el caso de menores de catorce (14) años y seis (6) meses de edad, para la realización de pruebas de imágenes o procedimientos de larga duración, que lo requieran por indicación médica.	100%	Ninguno	No cubre	100%
<b>Pruebas Covid19:</b> Se cubrirá la prueba molecular a los pacientes oncológico que va a ser hospitalizado o intervenidos quirúrgicamente (ambulatorio u hospitalario). Sólo en el caso de menores de catorce (14) años y seis (6) meses de edad, se cubrirá adicionalmente la prueba molecular para el padre o madre del menor que lo acompañara durante la hospitalización.	100%	Ninguno	No cubre	100%

Prestaciones generales	Oncovital 2021			
	Menores de 18 años		Adultos	
	Cobertura	Copago	Cobertura	Copago
<p><b>Tutoría Médica y Ejecutiva de acompañamiento al paciente:</b> Para orientación médica y asistencia administrativa durante el proceso de tratamiento del paciente.</p>	100%	Ninguno	100%	Ninguno
<p><b>Vacuna contra el Virus Papiloma Humano (VPH):</b> Sólo para niños y niñas entre nueve (9) y catorce (14) años y seis (6) meses de edad. Incluye dos dosis de la vacuna nonavalente según esquema específico y la consulta médica pre vacunación.</p>	20% de cobertura adicional por cada año de permanencia en el programa (Escalonado)	Según años de permanencia en el programa.	No cubre	100%
<p><b>Despistaje oncológico y evaluación General de Salud cada 02 años:</b> Conjunto de exámenes para identificar la sospecha de algunos tipos de enfermedades oncológicas, asimismo con la evaluación general de salud se busca identificar factores de riesgo cardiovascular.  El detalle y la periodicidad de los exámenes que incluye el despistaje oncológico y evaluación general de salud están publicados en nuestra página web <a href="http://www.oncosalud.pe/despistaje-oncologico">www.oncosalud.pe/despistaje-oncologico</a></p>	100%	Ninguno	100% Deducible S/100	Ninguno



*El alcance de las prestaciones bajo cobertura está sujeta a la capacidad resolutive y disponibilidad de servicio de las IPRESS de la red de atención del programa. Así mismo, las prestaciones están sujetas a exclusiones, gastos no cubiertos y limitaciones detallados en el Anexo 3.*

**ANEXO 2****Aportes y formas de pago**

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

Los aportes están expresados en soles e incluyen IGV.

ONCOVITAL 2021		
RANGO DE EDAD	APORTE ANUAL	APORTE MENSUAL
00-17	S/ 148.08	S/ 12.99
18-55	S/ 215.00	S/ 19.00
56-60*	S/ 378.00	S/ 37.00
61-65*	S/ 774.00	S/ 72.00
66-70*	S/ 823.00	S/ 76.00
Más de 71*	S/ 1,335.00	S/ 120.00

\*Solo renovación

### ANEXO 3

## Exclusiones, gastos no cubiertos y limitaciones a las coberturas contratadas

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

- 1** Las enfermedades oncológicas no contempladas en el **PLAN DE BENEFICIOS** del presente **CONTRATO**.
- 2** Toda prestación médica o sanitaria derivada de lesiones auto infligidas, intento de suicidio o autoeliminación o de accidentes.
- 3** Cualquier gasto relacionado a enfermedades oncológicas preexistentes a la suscripción del presente **CONTRATO**, inclusive si hubiesen sido reveladas en la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**, así como las diagnosticadas antes de superar el **PERIODO DE CARENCIA**. (incluso si se tratase de lesiones de tipos celulares distintos o en una nueva localización o reaparición de una lesión oncológica ya tratada, resuelta o no), lo cual motivará la resolución del **CONTRATO**, sin devolución de aportes.
- 4** Cualquier gasto relacionado a requerimientos de asistencia prestacional que corresponda a fase diagnóstica oncológica, inclusive si se tratase por un siguiente nuevo cáncer primario en un paciente ya admitido al programa por otro diagnóstico.
- 5** Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional atendido fuera de la **RED DE ATENCIÓN**, salvo los eventos programados y autorizados con antelación por la **IAFAS**, en tanto las **IPRESS** se encuentren adscritas al **PLAN DE BENEFICIOS** correspondiente al **CONTRATO DEL PROGRAMA**.
- 6** Reintegro y/o pagos por servicios médicos suministrados por terceros, por concepto de gastos ambulatorios, de hospitalización no quirúrgica, quirúrgica o gastos post-operatorios de cualquier índole médicos o no médicos.
- 7** Cualquier requerimiento o prestación médica cuyo propósito sea el chequeo, detección y/o diagnóstico, oncológico o no oncológico, salvo las prestaciones expresamente señaladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
- 8** Todo procedimiento o terapia, consulta o teleconsulta 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 (inclusive si son indicados post cirugía extractiva), odontológica, nutricional; salvo las prestaciones detalladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**. De la misma manera, las cirugías de neurotización, por ginecomastia, mastopexia, simetrización y lipotransferencias (inyección de grasa) de cualquier tipo indistintamente de la ubicación anatómica.



- 9 Gastos relacionados al suministro, colocación, adecuación, mantenimiento, ajuste, remoción y cambio, de implantes, expansores y/o prótesis internas o externas de cualquier tipo; también están excluidos los stent de cualquier tipo. En cualquier caso, indistintamente sean de uso temporal o permanente y de su funcionalidad o indicación. Así como también material de osteosíntesis (incluyendo placas, clavos, tornillos y similares) y los cementos relacionados; Salvo los suministros detallados en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**. Para el caso de obturador palatino, sólo se cubrirá por neoplasia maligna de maxilar superior, únicamente durante el primer año posterior a la cirugía extractiva y máximo un recambio.
- 10 Equipos médicos durables tales como: termómetro, tensiómetro, equipos de oxigenoterapia, glucómetro (equipo y tiras), respiradores, pulsioxímetro, 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 y prótesis ortopédicas externas. Como tampoco las prótesis u otros (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 o similares, audífonos e implante coclear.
- 11 Gastos relacionados con la adquisición de órganos o tejidos, tales como sangre y sus derivados como: paquetes de glóbulos rojos, plaquetas, albúmina (en cualquiera de sus presentaciones), plasma y factores de coagulación, así como sustitutos sanguíneos naturales o sintéticos de cualquier tipo. Cualquier gasto relacionado a la búsqueda o estudio de donantes. Asimismo, anticoagulantes, heparinoides, procoagulantes y eritropoyetina, con fines preventivos o profilácticos.
- 12 Cualquier trasplante de órganos, tejidos y células (incluyendo médula ósea), tanto su costo, como los gastos vinculados a cualquier prestación relacionada a los mismos; Salvo los detallados en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**. No están cubiertos tampoco el trasplante, infusión o implante de células madre indistintamente de la zona anatómica, su causa u origen. Asimismo, se encuentra fuera de cobertura cualquier gasto relacionado a criopreservación, almacenamiento, conservación, mantenimiento, preparación y/o acondicionamiento, así como el traslado y/o transporte, de órganos, tejidos o células, de igual manera cualquier gasto relacionado a prestaciones realizadas a donantes.
- 13 Suministro de nutrición parenteral y nutrición enteral (interconsulta, procedimiento, insumos y fórmula) y/o referidos a consultas nutricionales; salvo las expresamente señaladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
- 14 Cualquier gasto relacionado a la búsqueda y análisis de compatibilidad de donantes de sangre y médula ósea, así como gastos de crio preservación o cultivo de células madre u otros tejidos. Asimismo, gastos relacionados por complicaciones médicas del proceso de extracción o colecta en el donante.
- 15 Todo tipo de requerimiento prestacional que no sea ordenado o prescrito por el o los profesionales médicos designados previamente por la **IAFAS** y/o no hayan sido autorizadas previamente por ésta, así como el tratamiento y/o manejo de las complicaciones, eventos adversos, efectos secundarios y otros que se puedan ocasionar o devenir de estos tratamientos e indicaciones médicas dadas y ejecutadas al margen de lo anteriormente establecido.

- 16** Todo tipo de prestaciones diagnósticas o terapéuticas, equipos, insumos, suministros o fármacos u otras nuevas tecnologías que:
- A** No se comercialicen o no se encuentren disponibles en el territorio nacional.
  - B** 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).
  - C** No se recomiendan en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED DE ATENCIÓN**, en caso se cuente con **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** para la indicación solicitada y/o evaluada. De lo contrario se valorará la recomendación realizada por otras instituciones con prestigio internacional como National Comprehensive Cancer Network (NCCN), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), American Society of Clinical Oncology (ASCO), European Society for Medical Oncology (ESMO) u otras, siempre que la recomendación realizada cuente con un respaldo de evidencia científica de nivel IIA. Otros niveles de evidencia deberán ser evaluados por el área correspondiente de la **IAFAS** y podrán ser considerados como terapia médica experimental.
  - D** No hayan concluido exitosamente el **ENSAYO CLÍNICO DE FASE III**. Siempre que el estudio cuente con respaldo de resultados de eficacia y seguridad de un ensayo clínico Fase III respecto a un comparador válido para la **RED DE ATENCIÓN** y que sea autorizado por la **IAFAS**.
- 17** Fármacos como ansiolíticos, antipsicóticos, antidepresivos, vacunas, vitaminas, suplementos alimenticios, suplementos nutricionales, productos naturales (hierbas y sus derivados, levaduras, probióticos, uso medicinal de cannabis), homeopáticos, alternativos o productos no medicinales, estimulantes del apetito, anabólicos, antioxidantes, productos geriátricos y reconstituyentes, neurotónicos y nootrópicos, productos dermatológicos (protectores solares, cremas hidratantes, lociones dérmicas, etc.) así como cualquier otro producto o medicamento no oncológico y/o no relacionado a la enfermedad oncológica.
- 18** Suministro de cualquier tipo de medio de transporte y servicio de ambulancia; Salvo las expresamente señaladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
- 19** Toda enfermedad de origen congénito y/o malformación congénita, así como enfermedades de origen laboral y profesional y/o por contaminación nuclear.
- 20** 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**.
- 21** Pruebas de laboratorio exámenes o estudios moleculares y/o genéticos y/o estudios de mutaciones, incluyendo secuenciamientos, y otros similares, sin intensión de definición terapéutico oncológica, así como biopsias líquidas.

- 22 Estudios de diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y procedimientos relacionados con problemas de disfunciones sexuales, esterilidad, fertilidad, infertilidad, esterilización y planificación familiar, incluyendo aborto terapéutico y/o complicaciones de la gestación.
- 23 Todo tipo de servicios de bazar y confort personal durante la hospitalización como radios, televisores, teléfonos, consumos de frío bar, artículos personales o de higiene, pañales, medias antiembólicas, toallas higiénicas, máquinas de afeitar, guantes descartables no estériles, mantas térmicas de cualquier tipo, papel higiénico, batas, ropa de cama, hisopos y colchón antiescaras.

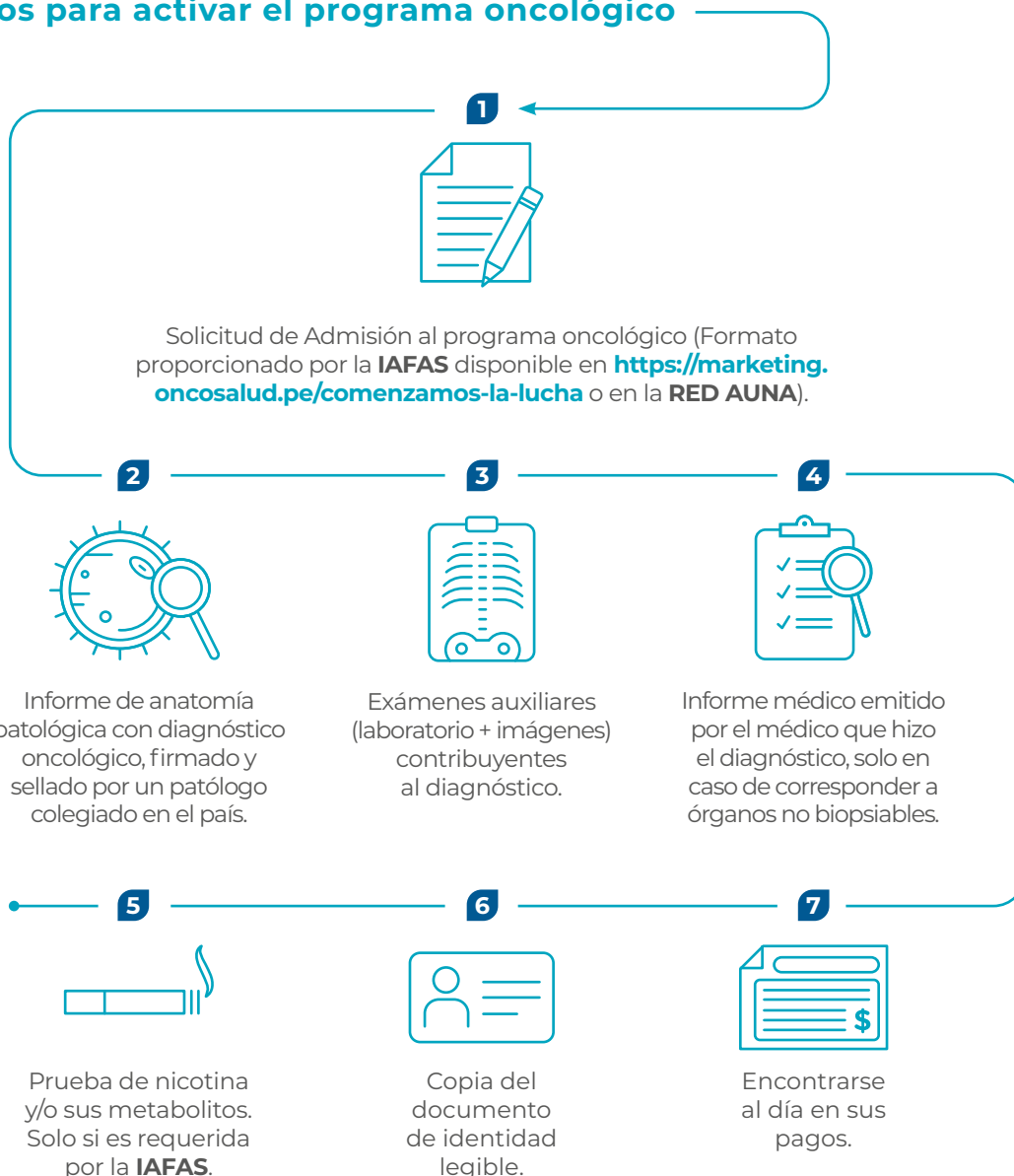
Cualquier beneficio no contemplado en el presente **CONTRATO** y/o que estuviera excluido y pese a ello hubiese sido otorgado por error o excepción, no establece obligación de cobertura futura a cargo de la **IAFAS**.

## ANEXO 4

### Activación del beneficio oncológico

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

#### 1. Requisitos para activar el programa oncológico



La solicitud de admisión al programa oncológico tiene carácter y compromiso de declaración jurada, a través del cual el solicitante determina que ha leído, comprendido y aceptado los alcances y limitaciones del **CONTRATO** del programa contratado; asimismo declara con verdad y suficiencia de conocimiento sobre el estado de salud y antecedentes médicos del **AFILIADO**.

## 2. Proceso de activación del beneficio oncológico y admisión de paciente

Solicite su cita para la entrevista de activación del beneficio oncológico a través de:

- A** Nuestro Call Center **(01) 513-7900**.
- B** Nuestro Whatsapp **987777050**.
- C** Enviando un e-mail a la siguiente dirección: **autorizaciones@oncosalud.pe**.
- D** Acercándose directamente a Plataforma de Beneficios de la **IAFAS** en Av. Guardia Civil 571, San Borja, Lima.
- E** A través de nuestra pagina web **<https://marketing.oncosalud.pe/comenzamos-la-lucha>**

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

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

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

En caso el **AFILIADO** que demande la atención haya consignado la **CONDICIÓN DE NO FUMADOR** en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, la activación del beneficio oncológico podrá ser condicionada a la realización obligatoria de la prueba de nicotina y/o sus metabolitos que la **IAFAS** establezca sin costo alguno en cualquiera de los establecimientos asignados por la **IAFAS**. Los resultados no deben tener una antigüedad mayor a cuarenta y ocho (48) horas posteriores a la solicitud por parte de la **IAFAS**. En caso de ser el resultado de la prueba positiva o no se ejecute oportunamente no procederá la activación del beneficio quedando el **AFILIADO** excluido de toda cobertura, procediéndose a la resolución del **CONTRATO**.

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

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

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

A través de la Solicitud de Admisión al programa oncológico, el **AFILIADO** autoriza a la **IAFAS** a tener acceso a sus historias clínicas, inclusive en otras **IPRESS**, en caso lo considere necesario al amparo del Artículo 25 de la Ley 26842 - Ley General de Salud.

## ANEXO 5

### Red de atención

# Red Auna

#### Infraestructura



#### Centros de Atención Lima y Callao

##### SAN BORJA

Oncosalud  
Sede San Borja  
(RS 00016786)  
Av. Guardia Civil  
N° 571 Urb. Corpac

Clínica Sede  
Guardia Civil  
(RS 00027320)  
Av. Guardia Civil  
N° 368

##### BELLAVISTA

Clínica Oncosalud  
(RS 00017634)  
Av. Guardia Civil  
N° 227-229  
Urb. Corpac

Clínica Bellavista  
(RS 00009250)  
Jr. Las gaviotas  
N° 207  
Urb. San José

##### MIRAFLORES

Clínica Delgado\*  
(RS 00020323)  
Av. Angamos  
Oeste  
N° 450-490

#### Centros de Prevención en Lima y Callao

##### MIRAFLORES

Oncosalud  
Sede Benavides  
(RS 00016297)  
Av. Benavides  
N° 2525

##### SANTIAGO DE SURCO

Clínica  
Sede Encalada  
(RS 00018686)  
Jr. Las gaviotas  
N° 938

##### SAN ISIDRO

Clínica  
Sede San Isidro  
(RS 00009845)  
Av. Paseo de la  
República N° 3650

#### Centro de Apoyo al Diagnóstico Lima

##### LIMA

PET CT PERÚ  
(RS 00009617)  
Av Petit Thouars  
N° 4340

#### Red Preferencial Oncológica Provincia

##### PIURA

Clínica  
Miraflores  
(RS 00013494)  
Cll. Las Dalias A-12  
Urb. Miraflores

##### TRUJILLO

Clínica  
Camino Real  
(RS 00016830)  
Jr. Bolognesi  
N° 565

##### AREQUIPA

Clínica Vallesur  
(RS 00016744)  
Av. La salle  
N° 108 y N° 116  
Cercado

\* Solo para atenciones de menores de catorce (14) años y seis (6) meses de edad.

## ANEXO 6

### Tarifas preferenciales y descuentos

Las siguientes tarifas preferenciales y descuentos aplican para aquellas prestaciones de salud que el afiliado necesite durante los periodos de carencia o espera, o que no se encuentren bajo la cobertura del presente programa.

Prestaciones médicas a tarifas preferenciales					
Concepto	Tarifas y descuentos*				
	Clínicas Auna Sede Delgado	Clínicas Auna Sede Vallesur y Clínicas Auna Sede Miraflores	Clínicas Auna Sede Guardia Civil	Clínicas Auna Sede Bellavista	Centro Médico Auna Sede Servimédicos
Consulta externa*	S/ 80	S/ 50		S/ 40	
Teleconsulta*	S/ 80	S/ 50		S/ 40	
Consulta de emergencia*	S/ 80	S/ 50		S/ 40	
Servicios Clínicos**	20%	20%			
Radiología	20%	15%			
Ecografía	20%	15%			
Otras imágenes	20%	15%			
Laboratorio clínico y patológico	20%	15%			
Medicamentos	10%				

\* No aplica interconsultas de emergencia u hospitalaria.

\*\* Según Listado de Servicios Clínicos de las IPRESS publicado en la página web <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>. No aplica sobre descuentos ni paquetes privados definidos por las IPRESS.

#### Importante:

Las tarifas preferenciales y/o descuentos aplican sobre precio particular público vigente, e incluye IGV.

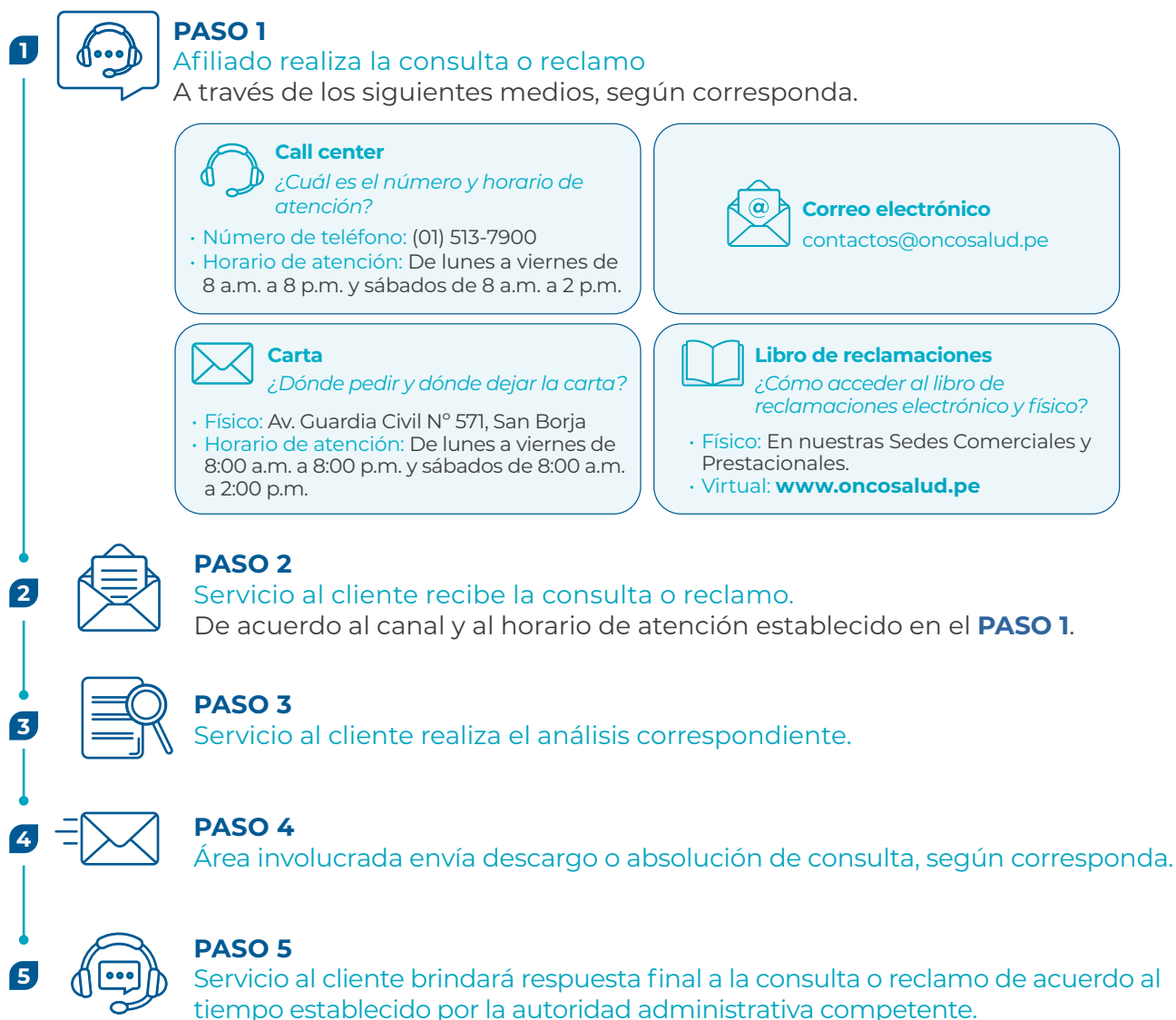
Las tarifas y/o descuentos preferenciales se encuentran sujetas a actualizaciones por parte del prestador de servicios médicos (IPRESS), por lo cual podrá visualizar la vigencia de estas en la página web <https://marketing.oncosalud.pe/documentos-interes>



## ANEXO 7

### Flujograma de procedimiento de atención de consultas y reclamos

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



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

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

 **Sncosalud**  
Tu lucha, *mi lucha.*

Somos **aluna**