Oncosalud
Tu lucha, *mi lucha.*

# CONTRATO DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD

## PROGRAMA ONCOLÓGICO PREPAGADO

## 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.**, identificada con R.U.C. N° 20101039910 y RIAFAS Nº 20006, domiciliada en Av. República de Panamá N°4575, Piso 6, Distrito de Surquillo, 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:

Oncosalud
Tu lucha, *mi lucha.*

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 el de brindar cobertura de aseguramiento en salud complementaria al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud **(PEAS)**, bajo la modalidad de prestación de servicios de salud.

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 I**AFAS** otorga a los **AFILIADOS** cobertura de prestaciones 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**.

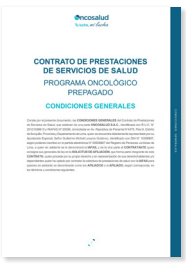
2. Tanto la cobertura de servicios de salud oncológicos y beneficios adicionales o especiales no contemplados en las **CONDICIONES GENERALES** ni en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO** son de naturaleza voluntaria y se regirán conforme a las cláusulas establecidas en el **CONTRATO.**

CLÁUSULA TERCERA
## CONTENIDO

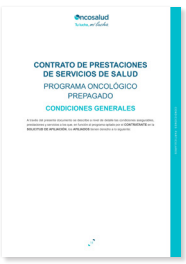
El **CONTRATO** que suscribe consta de las siguientes partes integrantes:

1. **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**

2. **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**




3. **CONDICIONES GENERALES**




4. **CONDICIONES PARTICULARES**

CLÁUSULA CUARTA

## DEFINICIONES

1. **AFILIADO**: Persona que ha suscrito, o por quien se ha suscrito, un Contrato de Prestaciones de Servicios de Salud a través del cual tiene derecho a las coberturas del programa contratado, previa aceptación por la **IAFAS**.

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**: Modalidad mediante la que cualquier organización, empresa o entidad empleadora, formaliza su relación de afiliación con una **IAFAS**, en calidad de **CONTRATANTE**, en virtud del **CONTRATO** suscrito.

4. **APORTE**: Contraprestación establecida en el **CONTRATO** a favor de la **IAFAS** de cargo del **AFILIADO** o **CONTRATANTE** por los beneficios del programa oncológico adquirido.

5. **BENEFICIOS**: Derechos del (los) **AFILIADOS** según las condiciones establecidas en el programa oncológico adquirido.

6. **CONTRATO**: Documento que contiene las **CONDICIONES GENERALES** y **CONDICIONES PARTICULARES** que suscribe la **IAFAS** con el **AFILIADO** o **CONTRATANTE**, para regular los derechos y las obligaciones de las partes, con relación a las coberturas ofrecidas en el programa. Formaliza la relación de afiliación y vincula a un **AFILIADO** con una **IAFAS**.

7. **CONTRATANTE**: Toda persona natural o jurídica que suscribe un Contrato de Prestaciones de Servicios de Salud con una **IAFAS** por su propio derecho, en representación de terceros, o ambos. El **CONTRATANTE** es el único responsable frente a la **IAFAS** por el cumplimiento de las obligaciones contractuales asumidas.

8. **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**.

9. **CONDICIÓN DE NO FUMADOR**: Persona que no cumpla con la **CONDICIÓN DE FUMADOR** anteriormente descrita.

10. **CONTINUIDAD DE COBERTURA**: Reconocimiento del tiempo de permanencia en los **CONTRATOS** inmediatamente anteriores a la vigencia de un nuevo **CONTRATO** con la misma **IAFAS**; de modo que la cobertura de diagnósticos preexistentes se otorgará conforme a lo dispuesto en el Artículo 100 del Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA.

11. **COPAGO:** Importe a pagar por el **AFILIADO** por los servicios médicos o beneficios solicitados, el cual puede estar expresado en un porcentaje del valor de la atención y/o en una cantidad fija, establecidos en el **PLAN DE BENEFICIOS** que forma parte integrante del presente **CONTRATO.**

12. **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, recisión o nulidad del mismo. La **DESAFILIACIÓN** también puede darse por solicitud expresa del **AFILIADO**.

13. **DÍAS:** Días calendario.

14 **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.

15 **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.

16 **ESTADO TERMINAL**: Paciente en progresión de enfermedad importante y no tributario de tratamiento oncológico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses).

17 **EXCLUSIONES**: Son aquellas intervenciones de salud no cubiertas por el programa oncológico contratado las mismas que son detalladas en las **CONDICIONES PARTICULARES**.

18 **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.

19 **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.

20 **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.

21 **NICOTINA**: Es un alcaloide, estimulante, psicoactivo y adictivo, presente en las hojas de tabaco y en los productos que contienen nicotina.

22 **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.

23 **PERÍODO DE CARENCIA**: Plazo mínimo de permanencia en el plan o programa de salud para tener derecho o no, a los beneficios establecidos en este. Los **PERÍODO DE CARENCIA** se contabilizan en forma individual por cada **AFILIADO**.

24 **PLAN DE BENEFICIOS**: Es el documento que detalla los beneficios que otorga la Entidad de Servicios de Salud Prepagados (ESSP).

25 **PREEXISTENCIA**: Es cualquier condición de alteración del estado de salud con evidencia clínica, diagnosticada por un profesional de salud colegiado, conocida o no por el **CONTRATANTE**, **AFILIADO** o sus derechohabientes, y consignada en una historia clínica u otro documento o registro con validez legal, no resuelta, y declarada o no, en el momento previo a llenar y suscribir la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** o el **CONTRATO**.

26 **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.

27 **REGISTRO DE AFILIADOS**: Registro administrativo de los **AFILIADOS** vigentes en cualquiera de los programas oncológicos adquiridos.

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

29 **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.

30 **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 enfermedad oncológica diagnosticada dentro de la vigencia del presente **CONTRATO**.

2 La **IAFAS** brinda las prestaciones preventivas y promocionales, descritas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**, las mismas que se encuentran referidas también a la prevención del riesgo oncológico.

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 consignarse 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**.

   En caso 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, la **IAFAS** procederá al cobro retroactivo de los aportes a partir de la última renovación bajo la **CONDICIÓN DE FUMADOR**, los cuales se detallan en el **Anexo 2**.

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

10. 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** y/o **AFILIADO** titular del grupo familiar puede solicitar la incorporación de nuevos **AFILIADOS** con posterioridad al inicio de la vigencia del presente **CONTRATO**, para ello deberá contar con una nueva **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** 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 elegido.

2. Del mismo modo, el **AFILIADO** podrá solicitar la migración a un programa oncológico superior dependiendo de la frecuencia de pago de su afiliación. En caso sea mensual; podrá solicitar la migración en cualquier momento y de ser anual; podrá solicitar la migración a la renovación de su programa oncológico contratado, para lo cual deberá presentar una nueva **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** y **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** respectiva.

3. La migración a un nuevo programa oncológico debe realizarse en el plazo de treinta (30) días contados a partir del inicio de un nuevo período anual de vigencia del **CONTRATO**. Cabe precisar que solo al vencimiento de cada vigencia anual no se aplicará un nuevo **PERÍODO DE CARENCIA** y se otorgará continuidad de cobertura. En caso sea mensual se aplicará un nuevo **PERÍODO DE CARENCIA**.

4. Para la migración de programa oncológico, se deberá cumplir con los siguientes requisitos:

   a. El **AFILIADO** no registre en su historial clínico diagnóstico de cáncer.

   b. El **AFILIADO** no tenga sintomatología, que induzca a sospecha de cáncer.

   c. El **AFILIADO** no esté en estudio o fase de diagnóstico por sospecha de cáncer.

5. 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.

6. En caso el **CONTRATANTE** deba modificar la modalidad, formas de pago y/o **CONDICIÓN DE NO FUMADOR** a **CONDICIÓN DE FUMADOR** de **AFILIADOS**, 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 8:00am a 8:00pm.

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 de cancelado el 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**, que correspondan a los conceptos de pertinencia; las cuales se encuentran acorde con las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA** con base al cumplimiento de los siguientes criterios:

1. Que, las prestaciones oncológicas se encuentren recomendadas y comprendidas en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**; 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 AUNA**.

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 AUNA**. 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**.

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 **www.oncosalud.pe**. 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. Para el caso de moléculas oncológicas, la **IAFAS** no asumirá los tratamientos que no se encuentren incluidos en el “Listado de Medicamentos Oncológicos” previamente citado.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA

## PRESTACIONES PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES

1. Adicionalmente a lo señalado en la cláusula precedente, la cobertura contempla también el otorgamiento de exámenes de despistaje de cáncer 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, vencido este plazo el **AFILIADO** deberá esperar el tiempo establecido en el **PLAN DE BENEFICIOS** para acceder nuevamente al próximo despistaje oncológico.

3. Las prestaciones preventivas y promocionales a las que hace referencia la presenta cláusula, serán brindadas exclusivamente en la **RED AUNA** y proveedores externos que la **IAFAS** establezca.

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 presentación del informe del Diagnóstico Anátomo 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 disponible en todas las oficinas de la **IAFAS**) la cual tiene carácter de declaración jurada.

2. En caso se determina 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**.

3. 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 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, la **IAFAS** procederá a ejecutar la desafiliación del **AFILIADO** y/o terminación del **CONTRATO** de manera automática e indefectible.

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 preventivas promocionales amparadas bajo el presente **CONTRATO** se otorgarán exclusivamente a través de la **RED AUNA**; cuyos establecimientos de salud se encuentran indicados en 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 establecimientos de salud complementarios indicados en la Red Prestacional descrita en las **CONDICIONES PARTICULARES**. 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 AUNA**) la entrega de las Prestaciones Complementarias consignadas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.

4. A su vez, la **IAFAS** cuenta con un directorio médico con la participación de los profesionales de la salud de la especialidad y otras afines, cuyo tipo de asignación como médico tratante o no, a cada paciente admitido, será establecida en función al tipo de diagnóstico, estadio, etapa evolutiva y oportunidad del tratamiento médico demandado por el **AFILIADO**.

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

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA

## RESPONSABILIDAD DE LAS 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 **IAFAS** que corresponda de acuerdo con su programa de cobertura obligatoria y/o complementaria.

2. En caso que las prestaciones que demande la asistencial del **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**.

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 forma de pago que el **CONTRATANTE** haya consignado en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**. Se entenderá como cancelado el aporte a partir de la fecha y hora en que la **IAFAS** cuente con la suma dineraria correspondiente en sus cuentas bancarias.

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

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 cancelar el monto total correspondiente a las aportaciones vencidas.

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

3 Si luego de transcurridos los noventa (90) días referidos en los párrafos precedentes, el **CONTRATANTE** cumple con regularizar el pago de sus aportes, hasta dentro de un plazo de ciento veinte (120) días calendario, el **CONTRATANTE** podrá mantener el programa contratado, cuya cobertura se reactivará una vez transcurrido el **PERÍODO DE CARENCIA** de noventa (90) días calendario (contados a partir del día siguiente de la fecha efectiva de pago a la **IAFAS**).

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

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA

## COPAGOS

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

CLÁUSULA DÉCIMO 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, en tanto hayan transcurrido un mínimo de doce (12) meses de vigencia y/o a partir de los vencimientos anuales con una anticipación mínima de treinta (30) días calendario. Transcurrido este período, las modificaciones entrarán en vigencia a partir del primer día del mes siguiente y el **AFILIADO** tendrá hasta noventa (90) días calendario contados a partir de la fecha de recepción de la notificación de modificación para manifestar su disconformidad, lo que dará mérito a la anulación del **CONTRATO**.

CLÁUSULA VIGÉSIMA

## INFORMACIÓN

1 La **IAFAS** pone a disposición de los **AFILIADOS** el programa oncológico completo a través de su página web, a fin de permitir su acceso a la información de forma oportuna, clara y precisa.

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA

## DOMICILIO

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA

## 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 físico 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 6** de las **CONDICIONES PARTICULARES**. En caso de dudas sobre el procedimiento antes señalado, el **AFILIADO** puede contactarse al Call Center de servicio al cliente de la **IAFAS** al número telefónico **(01) 513-7900** y/o al correo electrónico de la **IAFAS** **contactos@oncosalud.pe**.

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 de la Superintendencia Nacional de Salud (CECONAR).

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA

## TERMINACIÓN DEL CONTRATO

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

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO CUARTA

## CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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 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 Nº 571 - San Borja

   b. Dirección de correo electrónico **derechosarco@auna.pe**.

   c. Página web institucional **www.oncosalud.pe/solicitudes-arco**.

CLÁUSULA VIGÉSIMO QUINTA

## 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 SEXTA

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO SÉPTIMA

## MODIFICACIONES CONTRACTUALES

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

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.

Oncosalud
Tu lucha, *mi lucha.*

# CONTRATO DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD

## PROGRAMA ONCOLÓGICO PREPAGADO

## CONDICIONES GENERALES

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 lo siguiente:

Oncosalud
Tu lucha, *mi lucha.*

# 1. RELACIÓN DE PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO

## 1.1 PRESTACIONES AMBULATORIAS

PRESTACIONES
**AMBULATORIAS**

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

b) **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".

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

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

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

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

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

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

## 1.2 PRESTACIONES DOMICILIARIAS

PRESTACIONES
**DOMICILIARIAS**

CUIDADOS PALIATIVOS, TERAPIAS DEL DOLOR Y CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO HOSPITALARIO EN DOMICILIO.

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

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

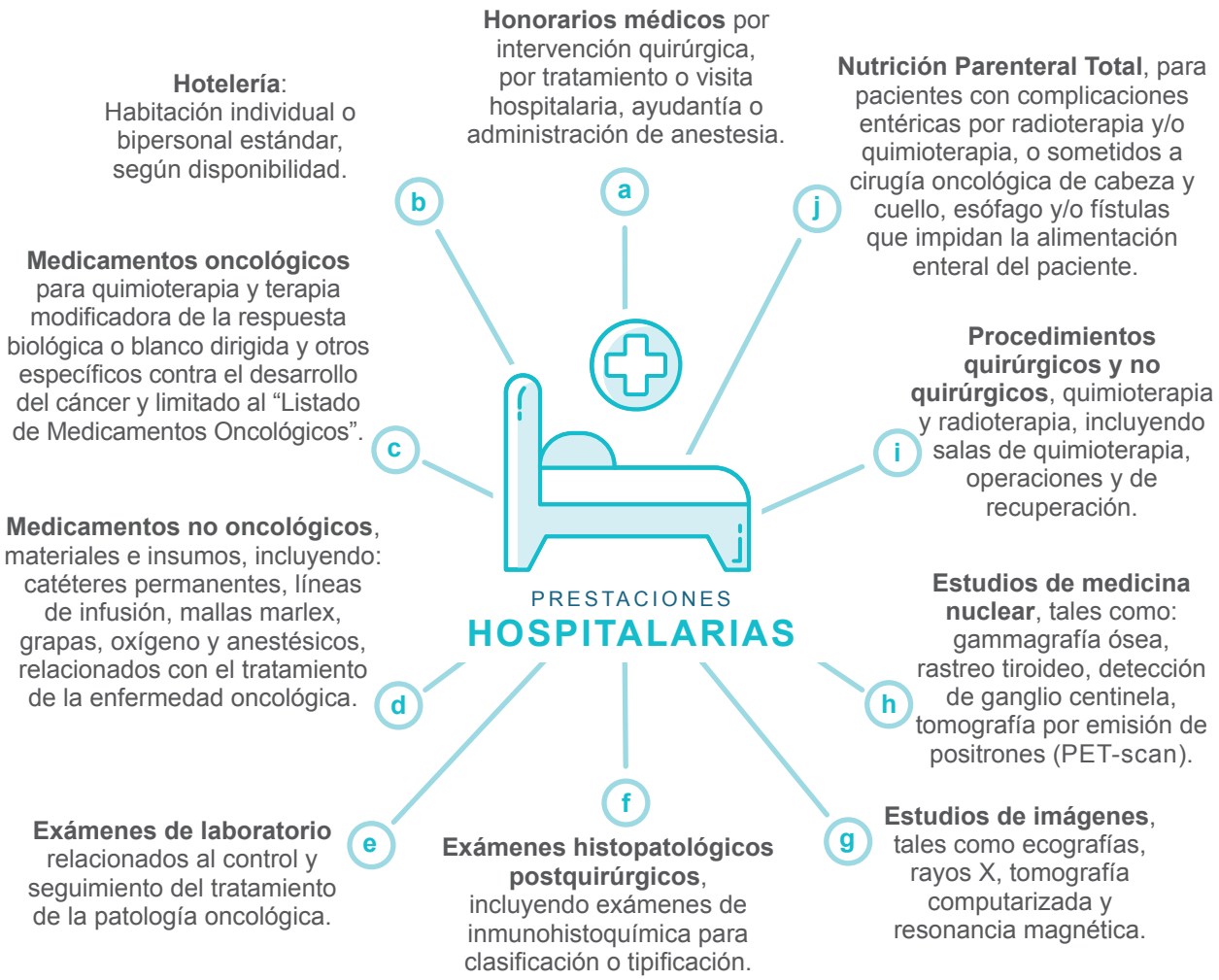
c) **Enfermera para la administración del tratamiento** paliativo parenteral exclusivamente prescrito por el médico paliativista asignado por la **IAFAS**, y educación del paciente y su cuidador principal.

d) **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.

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

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

## 1.3 PRESTACIONES HOSPITALARIAS



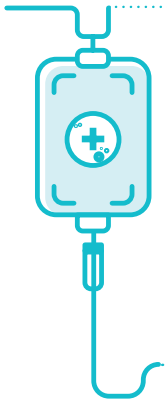

*Es importante tener en cuenta que las **IPRESS** solicitarán un depósito obligatorio en garantía para los eventuales gastos no cubiertos por el programa oncológico contratado. Asimismo, las firmas de pagarés para el reconocimiento de deudas impagas. Si no se utilizó el depósito en garantía inicial o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

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

## 2.1 PRESTACIONES GENERALES

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



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

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

a. **Anticuerpos monoclonales**: Anticuerpo homogéneos utilizados para bloquear las células tumorales o sus funciones internas con la intención de destruirlas de manera selectiva.

b. **Inhibidores de enzimas kinasas y proteosomas**: Moléculas que bloquean el funcionamiento de un conjunto de enzimas del tipo kinasa o proteosomas u otras, implicadas en activar la multiplicación celular la cual está alterada en muchos tipos de tumores.

c. **Inmunoterapia (BCG)**: El bacilo de Calmette-Guérin (BCG) es una forma inactiva de la bacteria de la tuberculosis, que estimula el sistema inmunitario para atacar indirectamente a las células de cáncer de vejiga.

d. **Citocinas (Interferones e Interleucinas)**: Proteínas de señalización celular producidas por los glóbulos blancos de la sangre que intervienen y regulan las reacciones inmunitarias, inflamación y la formación de algunos tipos de células, inhibiendo el crecimiento de células cancerosas o promoviendo su muerte o destrucción.

e. **Factor estimulante de colonias de células blancas (Filgrastim)**: Moléculas que estimulan a las célula de la médula ósea para que produzcan más células sanguíneas del sistema de defensa.

f **Inmunomoduladores**: Sustancias que modulan el sistema inmunitario, potenciando la inmunidad celular e inhibiendo la producción de citocinas proinflamatorias y/o inhibiendo la formación de nuevos microvasos sanguíneos, logrando un efecto antineoplásico.

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

*Únicamente cubiertos en los programas Oncoclásico Pro y Oncoplus.

### Radioterapia:

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

### Servicios de apoyo al tratamiento:

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

### Estudios de medicina nuclear:

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

### Tomografía por emisión de positrones (PET-Scan):

Estudio de imágenes no invasivo que utiliza radio-isótopos emisores de positrones para generar imágenes moleculares del organismo. La cobertura incluye el examen y la sustancia radioactiva FDG, siempre que sea indicado por el médico tratante asignado por la **IAFAS** y cumpla con los criterios de pertinencia recomendados en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**. 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.

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

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

*La asignación de este servicio se encontrará exclusivamente a cargo del profesional paliativista asignado por la **IPRESS** designada por la **IAFAS**, quien pasará a ser su nuevo médico tratante. No obstante, el anterior médico tratante podrá continuar brindando prestaciones al paciente 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 el área respectiva de 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.*

b **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 (07) días calendario, computados a partir del alta hospitalaria y pertinente medicamente.

*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 medicamente.*

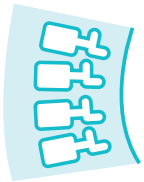
Estas prestaciones domiciliarias se brindarán exclusivamente en el domicilio declarado por el paciente o el cuidador principal. En tal sentido, bajo ninguna circunstancia procede el traslado del personal asignado y equipos fuera de este lugar (incluyendo entre otras: instalaciones médicas, de cuidados 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 y la seguridad de la infraestructura suministrada, caso contrario se configurará como un supuesto de suspensión (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.

### Cáncer no biopsiable:

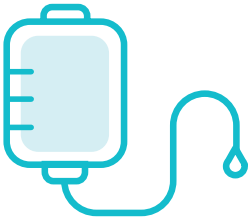
En casos de alta sospecha de neoplasia maligna en tumores primarios de encéfalo, páncreas, ovario, riñón y testículo, en los que por la ubicación no es factible realizar la biopsia previa. El **AFILIADO** deberá adjuntar todos los exámenes de imágenes y de laboratorio que le hayan realizado, así como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

Es importante tener en cuenta que las **IPRESS** solicitarán un depósito obligatorio en garantía ante la posibilidad de que se trata de un diagnostico no oncológico, si no se utilizó el depósito en garantía inicial o sólo parte de él, las **IPRESS** realizarán la devolución correspondiente.

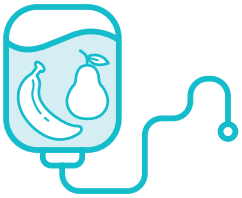


### Trasplante de médula ósea histocompatible:

Se otorga en el territorio nacional y solo en los proveedores específicamente autorizados por la **IAFAS** que cuenten con la acreditación correspondiente de la Dirección General de Donaciones, Trasplantes y Banco de Sangre del **MINSA** para realizar estos procedimientos y siempre que se encuentre médicamente indicado y recomendado en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**. 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.



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



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

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

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

Reconstrucción no cosmética de la solución de continuidad de la zona afectada.

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

## 2.2 OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS

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

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

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

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

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

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

### 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 en compañía de familiares directos (incluye tutores, curadores o responsables). Incluye tres (3) consultas programadas por año, contadas a partir de su admisión como paciente.

b. **Orientación Nutricional**: Asistencia al paciente, en compañía de familiares directos (incluye tutores, cuidadores o responsables). Incluye tres (3) consultas programadas por año, contadas a partir de su admisión como paciente.

### Terapia física:

Se otorgará terapia física en el hombro y brazo para el tratamiento de linfedema posterior a mastectomía radical por cáncer de mama, terapia física post cirugía mutilante de tejidos blandos en extremidades y fisioterapia respiratoria post cirugía por cáncer pulmonar. Hasta un máximo de doce (12) sesiones durante los tres (3) primeros meses posteriores a la cirugía antes descrita y previa autorización por la junta médica permanente de la **IAFAS**.

### Foniatría en cáncer primario de laringe:

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

### Segunda opinión médica nacional:

Solo en casos que el médico tratante solicite opinión (solo consulta) a la junta médica permanente de la **IAFAS**, ante la falta de respuesta esperada a los estándares de manejo clínico de las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA** y previo consentimiento del paciente.

### Segunda opinión médica internacional:

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

### Ambulancia terrestre:

Se otorgará al alta hospitalaria en caso de pacientes postrados o imposibilitados de desplazarse; únicamente 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** designada por la **IAFAS** se encontrara 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.*

### Traslado para pacientes radicados fuera de Lima:

Cobertura de un (1) boleto aéreo nacional (ida y vuelta) por cada vigencia anual, en vuelo comercial, para aquellos pacientes domiciliados en provincia (según dirección estipulada en DNI) que por causa médica, evaluada por la **IAFAS,** deban desplazarse desde su lugar de origen hacia el lugar de tratamiento. Para su otorgamiento, el **AFILIADO** deberá tramitar la solicitud del beneficio con mínimo treinta (30) días de anticipación. La programación de fechas de ida y retorno, bajo tarifa económica estarán sujeta a disponibilidad de ruta aérea comercial y cupos disponibles de la aerolínea asignada por la **IAFAS.**

### Alimentación para acompañante:

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

**Despistaje Oncológico:**
Paquete de exámenes preventivos según sexo y edad del **AFILIADO**, para detectar la sospecha de enfermedades oncológicas de mayor frecuencia. Aplica para todos los **AFILIADOS** a partir de la primera renovación y con una periodicidad de acuerdo al programa adquirido, teniendo en cuenta su último despistaje efectivo.

*La cita deberá ser programada a través del Contact Center del servicio al cliente al número telefónico **(01) 513-7900**; o en los establecimientos de salud pertenecientes a la **RED AUNA**, listados en las **CONDICIONES PARTICULARES**, y otros establecimientos asignados por la **IAFAS**. Los exámenes preventivos se encuentran publicados en la página web **www.oncosalud.pe/despistaje-oncologico** y están sujetos a variaciones de acuerdo a convenios vigentes con las clínicas y disponibilidad al momento de la atención.*

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

*Sin perjuicio de lo anteriormente indicado, en el caso de mujeres de 40 a 70 años, podrán fragmentar el paquete en las siguientes etapas: 1) mamografía y 2) demás pruebas del Despistaje Oncológico. En ese sentido, la afiliada podrá optar por realizarse de manera independiente el paquete que elija 1) mamografía y 2) demás pruebas del Despistaje Oncológico, 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 ejecutado. Siendo los siguientes otorgamientos del beneficio de acuerdo a la frecuencia establecida de su programa.*

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

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

*Contrato vigente a partir de 01 de mayo de 2020*
*Código OS.SP.P.02.13*
*Revisión: 03*

# ÍNDICE DE ANEXOS

**ANEXO 1:** Plan de Beneficios ..... **Pág. 30**
**ANEXO 2:** Aportes y formas de pago ..... **Pág. 35**
**ANEXO 3:** Exclusiones, gastos no cubiertos y limitaciones a las coberturas contratadas ..... **Pág. 37**
**ANEXO 4:** Activación del beneficio oncológico ..... **Pág. 40**
**ANEXO 5:** Red de Atención ..... **Pág. 42**
**ANEXO 6:** Flujograma de procedimiento de atención de consultas y reclamos ..... **Pág. 44**

## ANEXO 1

# PLAN DE BENEFICIOS

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

| CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN | ONCOFLEX 2020 | ONCOCLÁSICO PRO 2020 | ONCOPLUS 2020 |
|---|---|---|---|
| **Límite máximo del beneficio anual por afiliado**: Afiliado Titular y Dependientes | Hasta S/ 750,000 Renovables por año | Sin límite de Monto | Sin límite de Monto |
| **Límite de ingreso**: Afiliado Titular y Dependientes | Hasta los 55 años | Hasta los 60 años | Hasta los 60 años |
| **Límite de permanencia**: Afiliado Titular y Dependientes | Sin límite | Sin límite | Sin límite |
| **Período de Carencia**: Plazo mínimo de permanencia en el programa para tener derecho a las coberturas establecidas en éste. Se contabilizan en forma individual por cada **AFILIADO**, a partir de la fecha de cobrada la primera cuota o la fecha de reactivación de la cobertura generada por incumplimiento en el pago de los aportes al programa. | 90 días | 90 días | 90 días |

Oncosalud
Tu lucha, *mi lucha*.

| PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | ONCOFLEX 2020 | | ONCOCLÁSICO PRO 2020 | | ONCOPLUS 2020 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PRESTACIONES GENERALES | Cobertura | Copago | Cobertura | Copago | Cobertura | Copago |
| **Honorarios médicos** por consultas, intervenciones quirúrgicas o visita domiciliaria, ayudantía o administración de anestesia. | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno |
| **Quimioterapia**: Medicamentos antineoplásicos convencionales, materiales e insumos (incluyendo catéteres permanentes, líneas de infusión, entre otros) y servicios relacionados a su administración. | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno |
| **Terapia modificadora de respuesta biológica o blanco dirigida**:<br>• Anticuerpos monoclonales<br>• Inhibidores de enzimas kinasas y proteosomas<br>• Inmunoterapia (BCG)<br>• Citocinas (Interferones e Interleucinas)<br>• Factor estimulante de colonias de células blancas (Filgrastim)<br>• Inmunomoduladores | 70% | 30% | 70% | 30% | 100% | Ninguno |
| **Medicamentos no oncológicos, materiales e insumos** relacionados con el tratamiento oncológico. | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno |
| **Radioterapia**: Radioterapia convencional, 3D, radioterapia de intensidad modulada y radiocirugía. Solo en **RED AUNA**. | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno |
| **Cáncer no biopsiable**: En caso de alta sospecha de neoplasia maligna primaria de encéfalo, páncreas, riñón, ovario y testículo. | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno |
| **Trasplante de Médula Ósea histocompatible**: Incluye cobertura de estudios de histocompatibilidad solo del **AFILIADO** receptor. No incluye estudio u otros gastos relacionados a los donantes. | 70% | 30% | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno |
| **Servicios de apoyo al tratamiento**: Exámenes de laboratorio, imágenes, anatomía patológica e inmunohistoquímica. | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno |
| **Estudios de Medicina Nuclear**: Gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela. | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno |

| PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | ONCOFLEX 2020 | | ONCOCLÁSICO PRO 2020 | | ONCOPLUS 2020 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PRESTACIONES GENERALES | Cobertura | Copago | Cobertura | Copago | Cobertura | Copago |
| **Tomografía por emisión de positrones (PET- Scan)**: Incluye el examen de valoración previa y la sustancia radioactiva FDG. Servicio disponible solo en Lima. | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno |
| **Prestaciones Domiciliarias**: Cuidados paliativos y terapias del dolor así como Continuidad de tratamiento hospitalario en domicilio. | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno |
| **Transfusión sanguínea y hemoderivados (glóbulos rojos, plaquetas, plasma)**, se cubrirán las pruebas de tamizaje, procesamiento en banco de sangre, pruebas cruzadas y los insumos necesarios solo de la transfusión de aquellas unidades efectivamente transfundidas. | 70% | 30% | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno |
| **Nutrición Parenteral Total (NPT)**: Solo durante la estancia hospitalaria hasta un máximo de tres (3) semanas. | No cubre | 100% | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno |
| **Kit de colostomía** para uso diario para pacientes con cáncer de Colon Primario. | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno |
| **Cirugía reconstructiva oncológica ante secuela mutilante** para pacientes de cáncer de piel y tejidos blandos del sistema musculo esquelético (no incluye mamas, ni genitales), en el mismo acto operatorio extractivo y no cosmético. | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno |
| **Material de Osteosíntesis** para pacientes con fracturas patológicas por metástasis ósea o cáncer óseo. | 70% | 30% | 70% | 30% | 100% | Ninguno |

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

Oncosalud
Tu lucha, *mi lucha*.

| PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | ONCOFLEX 2020 | | ONCOCLÁSICO PRO 2020 | | ONCOPLUS 2020 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS** (Solo en **RED AUNA** y previa autorización por la **IAFAS**) | Cobertura | Copago | Cobertura | Copago | Cobertura | Copago |
| **Biopsia de descarte de cáncer de mama** en caso de alta sospecha de neoplasia maligna. | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno |
| **Prueba de expresión genética para cáncer de mama**. | No cubre | 100% | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno |
| **Reconstrucción mamaria y pezón** para pacientes con mastectomía radical por cáncer de mama. | No cubre | 100% | 70% | 30% | 100% | Ninguno |
| **Prótesis de mama** para pacientes con mastectomía radical por cáncer de mama. Por única vez por mama. | No cubre | 100% | 70% | 30% | 100% | Ninguno |
| **Medicina Integrativa**: Dentro de las prestaciones cubiertas, se encuentran las siguientes: | | | | | | |
| • Psicooncología para pacientes en compañía de familiares. Incluye tres (3) sesiones programadas por año. Solo en **RED AUNA**. | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno |
| • Orientación nutricional para pacientes en compañía de familiares. Incluye tres (3) sesiones programadas por año. Solo en **RED AUNA**. | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno |
| **Terapia física**: En el hombro y brazo para el tratamiento de linfedema posterior a mastectomía radical por cáncer de mama; post cirugía mutilante de tejidos blandos en extremidades; fisioterapia respiratoria post cirugía por cáncer pulmonar. Hasta un máximo de doce (12) sesiones durante los tres (3) meses posteriores a la cirugía antes descrita. | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno |
| **Foniatría en cáncer de laringe**, hasta doce (12) sesiones programadas. | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno |
| **Prótesis Testicular post orquidectomia** para pacientes de cáncer de testículo y próstata. | No cubre | 100% | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno |

| PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO | ONCOFLEX 2020 | | ONCOCLÁSICO PRO 2020 | | ONCOPLUS 2020 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS** (Solo en **RED AUNA** y previa autorización por la **IAFAS**) | Cobertura | Copago | Cobertura | Copago | Cobertura | Copago |
| **Segunda Opinión Médica Nacional**: Bajo revisión de la junta médica permanente de la **IAFAS**. | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno |
| **Segunda Opinión Médica Internacional**: Bajo solicitud de la junta médica permanente de la **IAFAS**, que podrá solicitar la valoración del caso (revisión del expediente) a una institución de prestigio internacional determinada por la **IAFAS**. | No cubre | 100% | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno |
| **Ambulancia terrestre al alta hospitalaria**, para pacientes postrados o imposibilitados de desplazarse. Servicio disponible solo en Lima y según los límites geográficos establecidos. | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno |
| **Traslado para pacientes radicados fuera de Lima**: Un (1) boleto aéreo (ida y vuelta en vuelo comercial) al año, para aquellos pacientes domiciliados en provincias (según dirección estipulada en dni) y con destino al lugar de tratamiento. | No cubre | 100% | No Cubre | 100% | 100% | Ninguno |
| **Alimentación para un acompañante** de pacientes pediátricos (hasta los 17 años) hospitalizados, hasta por un máximo de cinco (5) días. Solo en **RED AUNA**. | No cubre | 100% | No Cubre | 100% | 100% | Ninguno |
| **Despistaje Oncológico**: Exámenes preventivos según sexo y edad del **AFILIADO**, para detectar la sospecha de enfermedades oncológicas de mayor frecuencia. | 100% Deducible S/100 | Ninguno | 100% | Ninguno | 100% | Ninguno |
| | El detalle y la periodicidad de los exámenes que incluye el despistaje están publicados en nuestro página web **www.oncosalud.pe/despistaje-oncologico** | | | | | |

Oncosalud
Tu lucha, mi lucha.

## ANEXO 2

# APORTES Y FORMAS DE PAGO

De acuerdo a la cláusula décimo sexta de las **CONDICIONES GENERALES,** el **CONTRATANTE** deberá pagar los siguientes aportes de acuerdo a la modalidad de pago elegida. Los aportes están expresos en soles e incluyen IGV.

| ONCOFLEX 2020 | | |
|---|---|---|
| **Rango de Edad** | **Pago Anual** | **Pago Mensual** |
| **00 - 25** | 169 | 15 |
| **26 - 40** | 428 | 39 |
| **41 - 45** | 498 | 44 |
| **46 - 50** | 565 | 50 |
| **51 - 55** | 1,223 | 108 |
| **56 - 60*** | 1,284 | 113 |
| **61 - 65*** | 1,711 | 151 |
| **66 - 70*** | 3,343 | 291 |
| **71 - 75*** | 3,775 | 331 |
| **76 - 80*** | 4,055 | 354 |
| **81 - 85*** | 4,383 | 385 |
| **Más de 85*** | 4,614 | 406 |

**Solo renovación.*

## ONCOPLUS 2020

| Rango de Edad | Pago Anual | | Pago Mensual | |
|---|---|---|---|---|
| | No Fumador | Fumador | No Fumador | Fumador |
| 00 - 25 | 353 | 459 | 31 | 40 |
| 26 - 40 | 1,004 | 1,303 | 88 | 114 |
| 41 - 45 | 1,162 | 1,506 | 102 | 132 |
| 46 - 50 | 1,369 | 1,775 | 120 | 156 |
| 51 - 55 | 1,618 | 2,101 | 142 | 184 |
| 56 - 60 | 1,991 | 2,585 | 173 | 225 |
| 61 - 65* | 2,586 | 3,340 | 226 | 292 |
| 66 - 70* | 3,312 | 4,292 | 287 | 373 |
| 71 - 75* | 3,802 | 4,928 | 331 | 432 |
| 76 - 80* | 4,148 | 5,411 | 362 | 469 |
| 81 - 85* | 4,482 | 5,841 | 395 | 500 |
| Más de 85* | 4,698 | 6,106 | 412 | 536 |

*Solo renovación.

## ONCOCLÁSICO PRO 2020

| Rango de Edad | Pago Anual | | Pago Mensual | |
|---|---|---|---|---|
| | No Fumador | Fumador | No Fumador | Fumador |
| 00 - 25 | 248 | 336 | 25 | 33 |
| 26 - 40 | 552 | 717 | 48 | 63 |
| 41 - 45 | 623 | 811 | 55 | 71 |
| 46 - 50 | 725 | 938 | 63 | 82 |
| 51 - 55 | 1,102 | 1,425 | 97 | 126 |
| 56 - 60 | 1,385 | 1,814 | 120 | 155 |
| 61 - 65* | 1,835 | 2,347 | 159 | 205 |
| 66 - 70* | 2,628 | 3,381 | 228 | 299 |
| 71 - 75* | 3,303 | 4,313 | 287 | 372 |
| 76 - 80* | 3,816 | 4,986 | 334 | 434 |
| 81 - 85* | 4,202 | 5,464 | 368 | 482 |
| Más de 85* | 4,457 | 5,751 | 388 | 504 |

*Solo renovación.

## ANEXO 3

# EXCLUSIONES, GASTOS NO CUBIERTOS Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

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

1. Toda prestación médica o sanitaria derivada de lesiones auto infligidas, intento de suicidio o autoeliminación o de accidentes.

2. Las enfermedades oncológicas preexistentes a la suscripción del presente **CONTRATO**. Inclusive si hubiesen sido reveladas en la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**, la cual motivará la resolución del **CONTRATO**, sin devolución de aportes.

3. Las enfermedades oncológicas detectadas y/o incurridas antes de la culminación del **PERÍODO DE CARENCIA**. Asimismo, cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional que corresponda a fase diagnóstica oncológica, inclusive si se tratase por un siguiente nuevo cáncer primario en un paciente ya admitido al programa por otro diagnóstico.

4. Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional sobre alguna enfermedad o condición no oncológica preexistente o adquirida durante el curso del tratamiento oncológico.

5. Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional atendido fuera de la **RED AUNA** detallada en el **Anexo 5**, salvo los eventos programados y autorizados con antelación por la **IAFAS**, en tanto las **IPRESS** se encuentren adscritas al **PLAN DE BENEFICIOS** correspondiente al presente **CONTRATO**.

6. Reintegro y/o pagos por servicios médicos suministrados por terceros, por concepto de gastos ambulatorios, de hospitalización no quirúrgica, quirúrgica o gastos post-operatorios de cualquier índole médicos o no médicos.

7. Cualquier requerimiento o prestación médica cuyo propósito sea el chequeo, detección y/o diagnóstico, oncológico o no oncológico, salvo las prestaciones preventivas y promocionales expresamente señaladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.

8. Todo procedimiento o terapia que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria. Así como prestaciones y tratamientos profilácticos, psicológicos, psiquiátricos, psicoterapéuticos, curas de reposo, cualquier tipo de tratamiento kinésico, de rehabilitación física o mental (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, obturadores, 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**.

10. Equipos médicos durables tales como: termómetro, tensiómetro, equipos de oxigenoterapia, glucómetro (equipo y tiras), respiradores, pulsioximetro, 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. 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 (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 y otras nuevas tecnologías que no hayan alcanzado el **NIVEL DE EVIDENCIA IIA** en Medicina Basada en Evidencia, que no se comercialicen o no se encuentren disponibles en el territorio nacional. Así como aquellos que no hayan concluido exitosamente el **ENSAYO CLÍNICO DE FASE III** o que no se encuentren debidamente aprobados por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), de la Food and Drug Administration (FDA) y de la European Medicines Agency (EMA) o que no se recomienden en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA** y en su defecto que no se recomienden en la National Comprehensive Cancer Network (NCCN), National Institute for Health and Care Excellence (NICE) y American Society of Clinical Oncology (ASCO).

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 u otras, de cualquier tipo, tales como y sin limitarse a: EGFR, PDL1, KRAS, NRAS, BRAF, ALK, VEGF, T790M, inestabilidad microsatelital en sangre, pruebas moleculares para GIST, así como biopsias líquidas y/o perfiles o secuenciamientos moleculares y/o genéticos, con excepción de las contempladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.

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 frio 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 BENEFICIO ONCOLÓGICO

1. Solicitud de Admisión al programa oncológico (Formato proporcionado por la **IAFAS** o en **RED AUNA**).
2. Informe de anatomía patológica con diagnóstico oncológico, firmado y sellado por un patólogo colegiado en el país.
3. Exámenes auxiliares (laboratorio + imágenes) contribuyentes al diagnóstico.
4. Informe médico emitido por el médico que hizo el diagnóstico, solo en caso de corresponder a órganos no biopsiables.
5. Prueba de cotinina (nicotina). Solo si es requerida por la **IAFAS**.
6. Copia del documento de identidad legible.
7. Encontrarse al día en sus pagos.

*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 nuestro Call Center **(01) 513-7900** o enviando un e-mail a la siguiente dirección: **autorizaciones@oncosalud.pe** o acercándose directamente a Plataforma de Beneficios de la **IAFAS** en Av. Guardia Civil 571, San Borja, Lima.

Si el **AFILIADO** está imposibilitado de presentarse personalmente, el proceso de activación podrá hacerlo el cónyuge, un familiar hasta el cuarto grado de consanguinidad o su representante legal, debiendo entregar copia de su documento de identidad, 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 AUNA** (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 Nº 26842 - Ley General de Salud.

INFRAESTRUCTURA
# RED AUNA

## ANEXO 5
## RED DE ATENCIÓN

17 Clínicas

LIM 11 | PRO 5 | CLL 1

## LIMA

### SAN BORJA

**ONCOSALUD SEDE SAN BORJA**
(RS 00016786)
Av. Guardia Civil Nº 571,
Urb. Corpac

**CLÍNICA ONCOSALUD**
(RS 00017634)
Av. Guardia Civil Nº 227-229,
Urb. Córpac

**R Y R PATÓLOGOS SEDE GUARDIA CIVIL**
(RS 00021726)
Av. Guardia Civil Nº 227
Int. Primer piso

### SAN ISIDRO

**ONCOSALUD SEDE SAN ISIDRO**
(RS 00009845)
Av. Paseo de la República Nº 3650

**ONCOSALUD SEDE SAN ISIDRO**
(RS 00027320)
Av. Guardia Civil Nº 368

### SANTIAGO DE SURCO

**SEDE ENCALADA**
(RS 00018686)
Av. La Encalada
Nº 938

### MIRAFLORES

**ONCOSALUD SEDE DELGADO**
(RS 00020323)
Av. Angamos Oeste
Nº 490 - Sótano 1

**ONCOSALUD SEDE MIRAFLORES**
(RS 00016297)
Av. Alfredo Benavides
Nº 2525

**CLÍNICA DELGADO**
(RS 00019049)
Av. Angamos Oeste
Nº 450 - 490

**PET CT PERÚ S.A.**
(RS 00009617)
Av. Petit Thouars
N° 4340

**R Y R PATÓLOGOS SEDE DELGADO**
(RS 00021725)
Av. Angamos Oeste
N° 490 - Sótano 1

## CALLAO

### BELLAVISTA

**CLÍNICA BELLAVISTA**
(RS 00009250)
Jr. Las Gaviotas N° 207
Urb. San José

## PROVINCIA

### PIURA

**AUNA CLÍNICA MIRAFLORES**
(RS 00013494)
Cl. Las Dalias A -12,
Urb. Miraflores

**POLICLÍNICO CLÍNICA MIRAFLORES**
(RS 00018816)
Jr. Huancavelica N° 1015

### LAMBAYEQUE

**SERVIMÉDICOS**
(RS 00008229)
Cl. Manuel María Izaga
N° 621

### LA LIBERTAD

**CLÍNICA CAMINO REAL**
(RS 00016830)
Jr. Bolognesi N° 565

### AREQUIPA

**CLÍNICA VALLESUR**
(RS 00016744)
Av. La Salle N° 108 y
Nº 116, Cercado

RS, es el número de registro SUSALUD.

Oncosalud
Tu lucha, *mi lucha*.

# IPRESS COMPLEMENTARIAS

41 Clínicas

LIM 25 | PRO 16

## LIMA

### SAN BORJA

**CLÍNICA INTERNACIONAL SEDE SAN BORJA**
(RS 00009682)
Av. Guardia Civil N° 385

**CLÍNICA SAN BORJA**
(RS 00009886)
Av. Guardia Civil N° 337 Urb. Corpac

**CLÍNICA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**
(RS 00012975)
Jr. Eduardo Ordoñez N° 468

### SANTIAGO DE SURCO

**CLÍNICA PADRE LUIS TEZZA**
(RS 00009989)
Av. El Polo N° 570 Monterrico

**CLÍNICA SAN PABLO**
(RS 00009988)
Calle la Conquista Nº 145 Urb. El Derby de Monterrico

### MIRAFLORES

**CLÍNICA GOOD HOPE**
(RS 00008746)
Mlc. Balta N° 956 - Res. Miraflores

**CLÍNICA INTERNACIONAL SEDE MIRAFLORES**
(RS 00013586)
Jr. Independencia N° 1055

**CLÍNICA LOS ANDES**
(RS 00011750)
Cal. Asunción N° 177

**RESOCENTRO**
(RS 00008890)
Av. Petit Thouars N° 4443
Res. Miraflores

### SAN ISIDRO

**CLÍNICA RICARDO PALMA**
(RS 00009409)
Av. Javier Prado Este N° 1066

**CLÍNICA ANGLOAMERICANA**
(RS 00009123)
Jr. Alfredo Salazar N° 350

**CLÍNICA JAVIER PRADO**
(RS 00012633)
Av. Javier Prado Este N° 499
Urb. Jardin - Lima

**MEDIPERÚ SEDE JAVIER PRADO**
(RS 00012530)
Av. Javier Prado Este N° 1178

**ALIADA**
(RS 00008917)
Av. José Galvez Barrenechea Nº1044
Urb. Corpac

**MEDIPERÚ SEDE EMILIO CAVENECIA**
(RS 00010214)
Av. Emilio Cavenecia N° 265

**CLÍNICA EL GOLF**
(RS 00008398)
Av. Aurelio Miró Quesada N° 1030

### PUEBLO LIBRE

**CLÍNICA STELLA MARIS**
(RS 00010743)
Av. Paseo De Los Andes N° 923

**CLÍNICA CENTENARIO PERUANO JAPONESA**
(RS 00008325)
Av. Pasos De Los Andes N° 675 - Alt. C5 Av. Bolívar

### SAN MIGUEL

**CLÍNICA SAN GABRIEL**
(RS 00014501)
Av. La Marina N° 2955 San Miguel

### LIMA

**CLÍNICA INTERNACIONAL SEDE LIMA**
(RS 00015610)
Jr. Washington N° 1471

### LA MOLINA

**CLÍNICA MONTEFIORI**
(RS 00009153)
Av. Separadora Industrial N° 380 Urb. Los Cactus

### SAN JUAN DE LURIGANCHO

**CLÍNICA SAN JUAN BAUTISTA**
(RS 00008271)
Jr. Los Zafiros Mz G Lote 10
Urbanización Las Flores

### SAN JUAN DE MIRAFLORES

**CLÍNICA SANTA MARÍA DEL SUR**
(RS 00018985)
Av. Belisario Suárez N° 998

### INDEPENDENCIA

**CLÍNICA JESÚS DEL NORTE**
(RS 00010182)
Av. Carlos Izaguirre N° 153

### SAN MARTÍN DE PORRES

**CLÍNICA CREO**
(RS 00025573)
Jr. Eloy Espinoza Saldaña Nº 700
Urb. Palao - IV Etapa

## PROVINCIA

### AREQUIPA

**CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS**
(RS 00015730)
Av. Ejército N° 1020 - Cayma

**CLÍNICA AREQUIPA**
(RS 00013722)
Esquina Puente Grau con Av. Bolognesi S/N - Arequipa

**REMASUR S.A**
(RS 00016946)
Cal. León Velarde N° 108

**SEDIMED S.R.L.**
(RS 00012003)
Pza. Juan Manuel Polar N° 103 Urb. Vallecito

### LA LIBERTAD

**CLÍNICA PERUANO AMERICANA**
(RS 00013373)
Av. Mansiche N° 810
Urb. Santa Inés - Trujillo

**CLÍNICA SÁNCHEZ FERRER**
(RS 00010581)
Cal. Los Laureles N° 436 Urb. California, Victor Larco Herrera - Trujillo

**SAN PABLO TRUJILLO**
(RS 00018404)
Av. Húsares De Junín N° 690, Esq. con Sta. Teresa De Jesús - Urb. La Merced - Trujillo

### JUNÍN

**CLÍNICA CAYETANO HEREDIA**
(RS 00008024)
Av. Huancavelica N° 745

### LORETO

**CLÍNICA ADVENTISTA ANA STAHL**
(RS 00012854)
Av. La Marina Nº 285

### LAMBAYEQUE

**CLÍNICA DEL PACÍFICO**
(RS 00008750)
Av. José Leonardo Ortiz N°420

### ÁNCASH

**CLÍNICA SAN PABLO - SEDE HUARAZ**
(RS 00012671)
Jr. Huaylas N° 172

### ICA

**CLÍNICA TATAJE**
(RS 00009648)
Av. Conde de Nieva N° 360 Urb. Luren

### PIURA

**CLÍNICA BELÉN**
(RS 00018310)
Cal. San Cristóbal N° 267
Urb. El Chipe

**RESOCENTRO**
(RS 00016066)
Av. San Ramón Nº 549 - 553
Urb. El Chipe

### CUSCO

**CLÍNICA PARDO**
(RS 00011338)
Av. La Cultura N° 710

**CENTRO MÉDICO DE ALTITUD**
(RS 00023564)
Av. Pardo Nº 978
Urb. Centro Histórico

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

**www.oncosalud.pe**

RS, es el número de registro SUSALUD.

## ANEXO 6

# FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

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

1

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

A través de los siguientes medios, según corresponda

**Call center**
*¿Cuál es el número y horario de atención?*
- Número de teléfono: **(01) 513-7900**
- Horario de atención: De lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y sábados de 8 a.m. a 2 p.m.

**Correo electrónico**
contactos@oncosalud.pe

**Carta**
*¿Dónde pedir y dónde dejar la carta?*
- Físico:
  Av. Guardia Civil Nº 571, San Borja
- Horario de atención:
  De lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 2:00 p.m.

**Libro de reclamaciones**
*¿Cómo acceder al libro de reclamaciones electrónico y físico?*
- Físico: En nuestras Sedes Comerciales y Prestacionales.
- Virtual: **www.oncosalud.pe**

2

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

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

3

### PASO 3
### SERVICIO AL CLIENTE REALIZA EL ANÁLISIS CORRESPONDIENTE

4

### PASO 4
### ÁREA INVOLUCRADA ENVÍA DESCARGO O ABSOLUCIÓN DE CONSULTA, SEGÚN CORRESPONDA

5

### PASO 5
### SERVICIO AL CLIENTE BRINDARÁ RESPUESTA FINAL A LA CONSULTA O RECLAMO DE ACUERDO AL TIEMPO ESTABLECIDO POR LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA COMPETENTE

***DECRETO SUPREMO N° 002-2019 SA:*** *Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Aseguramiento en Salud -* ***IAFAS****, instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -* ***IPRESS*** *y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -UG****IPRESS****, 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.*