

Fecha:

Código de Representante:

Nombre de Representante:

Canal de Venta:

Grupo Familiar de Referencia:

Oncosalud

Tu lucha, *mi* lucha.

N°

CONTRATO DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD PROGRAMA ONCOLÓGICO PREPAGADO SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Con la recepción de la presente solicitud no se obtiene la afiliación a **Oncosalud S.A.C. (IAFAS)**. Esta comienza a regir a partir del primer día del mes siguiente de haber realizado el pago correspondiente a su programa oncológico, de acuerdo a las especificaciones detalladas en el **CONTRATO**.

OPERACIÓN A REALIZAR

PROGRAMA ONCOLÓGICO

DATOS DEL CONTRATANTE DEL PROGRAMA - PERSONA JURÍDICA

DATOS DE LA EMPRESA

Razón Social:

RUC:

E-Mail para temas contractuales (Facturación y Legal):

E-Mail de contacto para coordinación de temas de difusión (RRHH-MKT):

Dirección:

Tipo de vía:

Nombre de vía:

N°

Mz

Lote

Int/Dpto/Tda/Std Sector/Etapa

Urbanización:

Distrito:

Provincia:

Departamento:

Referencia:

Código ciudad: Teléfono oficina:

Anexo oficina:

Teléfono Celular 1:

Teléfono Celular 2:

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Cargo en la Empresa:

Documento de Identidad:

N°:

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombres:

Fecha de nacimiento d/m/a:

Nacionalidad:

Sexo:

Estado Civil:

E-Mail personal:

E-Mail centro laboral:

Dirección:

Tipo de vía:

Nombre de vía:

N°

Mz

Lote

Int/Dpto/Tda/Std Sector/Etapa

Urbanización:

Distrito:

Provincia:

Departamento:

Referencia:

Código ciudad: Teléfono oficina:

Anexo oficina:

Teléfono Celular 1:

Teléfono Celular 2:

N°

DATOS DEL CONTRATANTE DEL PROGRAMA - PERSONA NATURAL

Documento de Identidad: N°:

RUC(*): (*) Solo para personas naturales con negocio

Apellido Paterno: Apellido Materno:

Nombres: Fecha de nacimiento d/m/a:

Nacionalidad: Sexo: Estado Civil:

E-Mail personal:

E-Mail centro laboral:

E-Mail de un familiar o amigo para compartir contenido de educación en salud:

Dirección: Tipo de vía:

Nombre de vía: N° Mz Lote Int/Dpto/Tda/Std Sector/Etapa

Urbanización: Distrito: Provincia: Departamento:

Referencia: Código ciudad: Teléfono casa:

Teléfono Celular 1: Teléfono Celular 2:

El Contratante del presente programa desea ser incluido en la afiliación como Titular:

PERMÍTENOS CONOCERTE MEJOR

Profesión u Oficio: Movilidad propia:

Ingreso familiar estimado:

Tipo de vivienda: Vive en casa/Departamento:

Otros Inmuebles: Grado de instrucción:

¿Cuántos hijos mayores de edad tiene?: ¿Cuántos hijos menores de edad tiene?:

¿Cuántos dependientes tiene?: Padres vivos:

Programa LifeMiles (si posee indicar numeración):

DATOS LABORALES DEL CONTRATANTE

Situación Laboral:

Razón social de la empresa: Cargo:

Dirección: Tipo de vía:

Nombre de vía: N° Mz Lote Int/Dpto/Tda/Std Sector/Etapa

Urbanización: Distrito: Provincia: Departamento:

Referencia: Código ciudad: Teléfono oficina: Anexo oficina:

BANCO DONDE USTED RECIBE SUS PAGOS O SU SUELDO:

Nº

DATOS DEL AFILIADO AL PROGRAMA

AFILIADO (TITULAR)

Documento de Identidad: N°:

Apellido Paterno: Apellido Materno:

Nombres: Fecha de nacimiento d/m/a:

Nacionalidad: Sexo: Estado Civil:

Dirección: Tipo de vía:

Nombre de vía: N° Mz Lote Int/Dpto/Tda/Std Sector/Etapa

Urbanización: Distrito: Provincia: Departamento:

Referencia: Código ciudad Teléfono casa

Teléfono Celular 1: Teléfono Celular 2:

E-Mail:

Programa LifeMiles (si posee indicar numeración):

Parentesco (con el Titular):

Condición de Fumador: Costo del Programa S/:

¿Qué tipo de seguro de salud vigente tiene?:

Indicar Compañía: EPS Vigente: SPS Vigente:

DATOS DEL AFILIADO AL PROGRAMA

AFILIADO N° 1

Documento de Identidad: N°:

Apellido Paterno: Apellido Materno:

Nombres: Fecha de nacimiento d/m/a:

Nacionalidad: Sexo: Estado Civil:

E-Mail: Teléfono Celular:

Programa LifeMiles (si posee indicar numeración):

Parentesco (con el Titular):

Condición de Fumador: Costo del Programa S/:

¿Qué tipo de seguro de salud vigente tiene?:

Indicar Compañía: EPS Vigente: SPS Vigente:

DATOS DEL AFILIADO AL PROGRAMA

AFILIADO N° 2

Documento de Identidad: N°:

Apellido Paterno: Apellido Materno:

Nombres: Fecha de nacimiento d/m/a:

Nacionalidad: Sexo: Estado Civil:

E-Mail: Teléfono Celular:

Programa LifeMiles (si posee indicar numeración):

Parentesco (con el Titular):

Condición de Fumador: Costo del Programa S/:

¿Qué tipo de seguro de salud vigente tiene?:

Indicar Compañía: EPS Vigente: SPS Vigente:

N°

DATOS DEL AFILIADO AL PROGRAMA

AFILIADO N° 3

Documento de Identidad: N°:

Apellido Paterno: Apellido Materno:

Nombres: Fecha de nacimiento d/m/a:

Nacionalidad: Sexo: Estado Civil:

E-Mail: Teléfono Celular:

Programa LifeMiles (si posee indicar numeración):

Parentesco (con el Titular):

Condición de Fumador: Costo del Programa S/:

¿Qué tipo de seguro de salud vigente tiene?:

Indicar Compañía: EPS Vigente: SPS Vigente:

DATOS DEL AFILIADO AL PROGRAMA

AFILIADO N° 4

Documento de Identidad: N°:

Apellido Paterno: Apellido Materno:

Nombres: Fecha de nacimiento d/m/a:

Nacionalidad: Sexo: Estado Civil:

E-Mail: Teléfono Celular:

Programa LifeMiles (si posee indicar numeración):

Parentesco (con el Titular):

Condición de Fumador: Costo del Programa S/:

¿Qué tipo de seguro de salud vigente tiene?:

Indicar Compañía: EPS Vigente: SPS Vigente:

DATOS DEL AFILIADO AL PROGRAMA

AFILIADO N° 5

Documento de Identidad: N°:

Apellido Paterno: Apellido Materno:

Nombres: Fecha de nacimiento d/m/a:

Nacionalidad: Sexo: Estado Civil:

E-Mail: Teléfono Celular:

Programa LifeMiles (si posee indicar numeración):

Parentesco (con el Titular):

Condición de Fumador: Costo del Programa S/:

¿Qué tipo de seguro de salud vigente tiene?:

Indicar Compañía: EPS Vigente: SPS Vigente:

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

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

Asimismo, 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.

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.

De expresar su 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**.

Adicionalmente, autorizo a la **IAFAS**, a realizar los siguientes fines distintos a la gestión del programa contratado, tales como:

- Realizar encuestas de satisfacción para mejorar la calidad de los servicios brindados, y transferir los datos personales a nivel nacional a los socios comerciales listados en la página web www.oncosalud.pe/grupo-economico-y-socios-comerciales para que cumplan con esta finalidad como encargados.
- Informar sobre los nuevos productos y/o promociones, y transferir los datos personales a nivel nacional a los socios comerciales listados en la página web www.oncosalud.pe/grupo-economico-y-socios-comerciales para que cumplan con esta finalidad como encargados.
- Transferir los datos personales, a nivel nacional a las empresas del Grupo AUNA y empresas vinculadas listados en la página web www.oncosalud.pe/grupo-economico-y-socios-comerciales/ para remitir información sobre los productos y/o servicios que estos ofrecen.

La no autorización del tratamiento de datos en los términos detallados anteriormente no condiciona la contratación al programa. Asimismo, le comunicamos que puede ejercer sus derechos ARCO (acceso, rectificación, cancelación y oposición), enviando una solicitud escrita a nuestras oficinas ubicadas en Av. Guardia Civil 571 San Borja, o a través del correo electrónico derechosarco@auna.pe. En caso requiera mayor información, puede ingresar a nuestra página web www.oncosalud.pe/solicitudes-arco.

AUTORIZACIÓN DE ENVÍO DE DOCUMENTOS

Autorizo a la **IAFAS** a que toda documentación asociada a la renovación de mi(s) programa(s) o al cobro de los mismos, sea enviada de forma virtual al correo electrónico declarado en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**:

FORMAS DE PAGO (Autorización de cobro)

Forma de pago:	Otras Modalidades	Comprobante a remitir
Modalidad de pago:	Código de Campaña:	
Frecuencia:		
Medio de pago:	Código de Pago:	
Financiado en <input type="text"/> cuota(s)		
Financiamiento con Oncosalud en <input type="text"/> cuota(s)		

PAGO EN LÍNEA

Nº Operación:

Datos del medio de pago para el cargo autorizado (Medio de pago principal)

Nombre del Banco:

Medio de pago: Categoría de Tarjeta:

Marca:

Vencimiento de la Tarjeta:

Datos del medio de pago para el cargo autorizado (Medio de pago Contingente):

Nombre del Banco:

Medio de pago: Categoría de Tarjeta:

Marca:

Vencimiento de la Tarjeta:

AUTORIZACIÓN

Mediante el presente documento autorizo a cargar a mi tarjeta de débito, tarjeta de crédito o número de cuenta indicadas líneas arriba, el importe de las cuotas correspondientes al programa oncológico contratado con la **IAFAS**, según corresponda.

El titular de la(s) tarjeta(s) o de la cuenta declara que libera a la **IAFAS** de cualquier responsabilidad por la oportuna actualización de la información relativa a la(s) tarjeta(s) de débito, crédito o número de cuenta ya indicada(s).

La firma del presente documento por el **CONTRATANTE** constituye la aceptación de la información proporcionada y declarada en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, así como el reconocimiento de que se le ha explicado con detalle y ha entendido las condiciones generales y condiciones particulares, las cuales forman parte del presente **CONTRATO** y se encuentran adicionalmente disponibles en la página web de la **IAFAS** www.oncosalud.pe.

Fecha:

Documento de Identidad del Contratante:



Guillermo Michell Lecaros Gutiérrez
DNI 10308857
Apoderado Especial

CONTRATO DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMA ONCOLÓGICO PREPAGADO

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Fecha: Documento de Identidad del Contratante:
 Nombres y Apellidos del Contratante:

La información contenida en este documento tiene el carácter y compromiso de declaración jurada y determina que el **CONTRATANTE**, suscriptor de la misma, conoce y por lo tanto declara con verdad y suficiencia de conocimiento sobre la condición de salud y antecedentes médicos de cada una de las personas propuestas en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** como **AFILIADOS**. Asimismo, autoriza a la **IAFAS**, si lo considera necesario, poder tener acceso a la revisión de la historia clínica de los solicitantes que declara con fines de auditoría, fiscalización, continuidad y control de beneficios.

Indicar con **SI** o **NO** según corresponda: si alguna de las respuestas es positiva, ampliar la información solicitada.

Preguntas	Persona propuesta para afiliación					
	Titular	A1	A2	A3	A4	A5
1. ¿Tiene o ha tenido cáncer o alguna enfermedad oncológica?						
2. ¿Alguna vez se ha realizado o tiene pendiente la realización o los resultados de alguna biopsia, endoscopia, colonoscopia o cirugía?						
3. ¿Le han realizado alguna mamografía o ecografía de mamas en la que le han indicado realizarse una biopsia?						
4. ¿Está en tratamiento por alguna enfermedad de la próstata?						
5. ¿Padece o ha padecido algún tipo de enfermedad a la sangre o los ganglios? (incluyendo por ejemplo leucemia, linfomas, policitemia vera, etc.)						
6. ¿Tiene, ha tenido o está siendo estudiado por: cirrosis, hepatitis crónica, hepatitis C, hemocromatosis o insuficiencia hepática?						
7. ¿Está siendo estudiado o tiene diagnóstico de: Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o es seropositivo al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)?						
8. ¿Tiene, ha tenido o está siendo estudiado por: insuficiencia renal, respiratoria y/o Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC); esófago Barret, pólipos de colon-recto, papiloma virus?						
9. ¿Ha sido diagnosticado, ha recibido o recibe atención médica y/o tratamiento de tumores benignos o malignos? (incluyendo cualquier tipo de cáncer, leucemia, linfomas, enfermedad de Hodgkin, melanomas, carcinomas, sarcomas, etc.)						
10. ¿Tiene alguna condición de salud que aún no tiene diagnóstico definitivo?						
11. ¿Fuma o ha fumado más de 20 cigarrillos diarios en algún momento de su vida?						
12. ¿Tiene diagnóstico o está siendo estudiado por síndrome de Lynch?						

Recuerde que todas las preguntas son obligatorias, por favor revise haber contestado a todas las preguntas de este formulario. Si alguna pregunta no es contestada, la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** no se procesará y será devuelta; o en su defecto podría ser considerada como ocultamiento o reticencia de información.

Si respondió afirmativamente a alguna pregunta, por favor complete el detalle requerido en el siguiente cuadro.

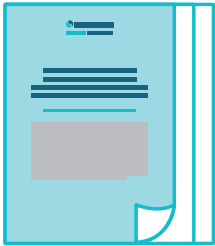
Nombres y Apellidos de la persona propuesta para la afiliación	Nº de pregunta	Diagnóstico o dolencia	Fecha de diagnóstico	Cirugía o procedimiento realizado	Clínica/ Hospital



Guillermo Michell Lécaros Gutiérrez
 DNI 10308857
 Apoderado Especial

RESUMEN

El condicionado de ONCOSALUD consta de tres secciones: **Condiciones generales, condiciones particulares y anexos.**



① CONDICIONES GENERALES

La primera sección contiene las veintisiete cláusulas del contrato. Entre estas cláusulas se encuentra el objeto, contenido del contrato, algunas definiciones de guía para el afiliado, los requisitos de suscripción, modificaciones a la afiliación, vigencia del contrato, inicio de otorgamiento de cobertura, consentimiento de tratamiento de datos personales y modificaciones contractuales.



② CONDICIONES PARTICULARES

① Relación de prestaciones cubiertas por el programa oncológico

En esta sección, se listan las prestaciones hospitalarias, ambulatorias y domiciliarias. Las dos primeras prestaciones incluyen honorarios médicos, servicios de apoyo al tratamiento, medicamentos oncológicos y no oncológicos y, procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos. Las prestaciones domiciliarias se dividen en dos categorías: Cuidados paliativos y terapias de dolor así como seguimiento y control en domicilio.

② Descripción y alcance de las prestaciones cubiertas por el programa

En esta sección, se definen las prestaciones generales y complementarias del programa oncológico, como también el alcance de cada una de ellas.



③ ANEXOS

- ① **ANEXO 1:** Plan de beneficios
- ② **ANEXO 2:** Aportes y formas de pago
- ③ **ANEXO 3:** Exclusiones, gastos no cubiertos y limitaciones a las coberturas contratadas
- ④ **ANEXO 4:** Activación del beneficio oncológico
- ⑤ **ANEXO 5:** Red de atención
- ⑥ **ANEXO 6:** Flujograma de procedimiento de atención de consultas y reclamos

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 N° 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:

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 **IAFAS** 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 registrarán 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**

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

CLÁUSULA CUARTA **DEFINICIONES**

- 1 AFILIADO:** Persona que ha suscrito, o por quien se ha suscrito, un Contrato de 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 APOORTE:** 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) **AFILIADO(s)** 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**. Se considera bajo la **CONDICIÓN DE FUMADOR** a la siguiente clasificación:
- a Fumador activo:** Persona que en la actualidad fuma y/o consume productos con nicotina de forma esporádica, ocasional o frecuente.
 - b Fumador vigente:** Persona que ha fumado cien (100) o más cigarrillos (o su equivalente en productos con nicotina), durante el último año antes de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** de su programa oncológico.
 - c Fumador Histórico Severo:** Persona que ha fumado un (1) pack año o más (o su equivalente en productos con nicotina), durante toda su vida hasta un (1) año antes de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** de su programa oncológico.
 - d Persona con resultado positivo al examen de detección de nicotina:** Persona que da positivo al examen de detección de nicotina y/o sus metabolitos, aun habiéndose inscrito bajo **CONDICIÓN NO FUMADOR** al momento de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** de su programa oncológico.
- 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 EXAMEN ANTÍGENO PROSTÁTICO:** Examen de laboratorio que mide la concentración en sangre de una proteína producida exclusivamente por las células de la glándula prostática. Puede encontrarse valores elevados tanto en condiciones malignas como no malignas, por lo que puede ser usado para la detección y seguimiento de estas condiciones.
- 19 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.
- 20 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.
- 21 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.
- 22 NICOTINA:** Es un alcaloide, estimulante, psicoactivo y adictivo, presente en las hojas de tabaco y en los productos que contienen nicotina.
- 23 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.

- 24 **PACK DÍA:** Resultado de multiplicar la frecuencia (días por semana) por el número de cigarrillos al día y dividir entre 7x20 (semana por caja de 20 cigarrillos).
- 25 **PACK AÑO:** Resultado de multiplicar el número de pack día por el número de años que la persona ha fumado o consumido productos con nicotina.
- 26 **PERÍODO DE CARENCIA:** Plazo mínimo de permanencia en el plan o programa de salud para tener derecho o no, a los beneficios establecidos en este. Los **PERÍODOS DE CARENCIA** se contabilizan en forma individual por cada **AFILIADO**.
- 27 **PLAN DE BENEFICIOS:** Es el documento que detalla los beneficios que otorga la Entidad de Servicios de Salud Prepagados (ESSP).
- 28 **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**.
- 29 **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.
- 30 **REGISTRO DE AFILIADOS:** Registro administrativo de los **AFILIADOS** vigentes en cualquiera de los programas oncológicos adquiridos.
- 31 **SALUD:** Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
- 32 **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.
- 33 **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 Resultado del examen de antígeno prostático (**PSA**), según corresponda.
 - f 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 Los **AFILIADOS** varones de sesenta y uno (61) años o más, propuestos como tales por el **CONTRATANTE**, deberán someterse por cuenta propia y previa a la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** a una prueba de Antígeno Prostático Específico (**PSA**). Los resultados de la prueba **PSA** no deben tener una antigüedad mayor a treinta (30) días calendario y deberá ser adjuntada a la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**.

Los resultados de la prueba de **PSA** deben ser emitidos por laboratorios que cuenten con la autorización y debida certificación de los entes reguladores de Centros de Salud y/o **IPRESS** del país.

- 4 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](#).

- 5 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** y/o producto del resultado de la prueba de **PSA**, condicionamientos que la **IAFAS** deberá poner en conocimiento del **CONTRATANTE** con la debida oportunidad.

- 6 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**.
- 7 Cualquier reticencia, falsedad, omisión, inexactitud u ocultamiento de información relativa al estado de salud y/o **CONDICIÓN DE FUMADOR**, por parte del **CONTRATANTE**, suscriptor de la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** y/o alteración en el resultado de la prueba de **PSA**, constituye incumplimiento de las obligaciones del **AFILIADO** y, en consecuencia, la **IAFAS** se reserva la facultad para resolver unilateral y automáticamente el **CONTRATO** sin que ello genere derecho a devolución íntegra de los aportes a favor del **CONTRATANTE**.
- 8 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.
- 9 El **CONTRATANTE** declara tener conocimiento y responsabilidad de la información brindada sobre el estado de salud y antecedentes médicos de los **AFILIADOS**.
- 10 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**.
- 11 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 **IAFAS** 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 **IAFAS**; 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 **IAFAS**.
- 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 **IAFAS**. 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 presente 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 de que el incumplimiento en el pago de los aportes se mantenga durante sesenta (60) días calendario adicionales al período establecido en el párrafo precedente, el **CONTRATANTE**, previo pago del monto total de los aportes vencidos, podrá mantener el programa adquirido, cuya cobertura se reactivará a partir del día siguiente de la fecha efectiva de pago a la **IAFAS**.
- 3 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 o fase de diagnóstico por sospecha de cáncer se produzca antes de haber superado el **PERÍODO DE CARENCIA** establecido.
- 6 Cuando el resultado de la prueba de nicotina y/o sus metabolitos resultase positiva dentro del rango específico que el tipo de prueba establezca o el **AFILIADO** no realizara la prueba oportunamente al momento de la activación del beneficio oncológico.
- 7 Por fallecimiento del **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 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.

CONTRATO DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMA ONCOLÓGICO PREPAGADO

CONDICIONES PARTICULARES

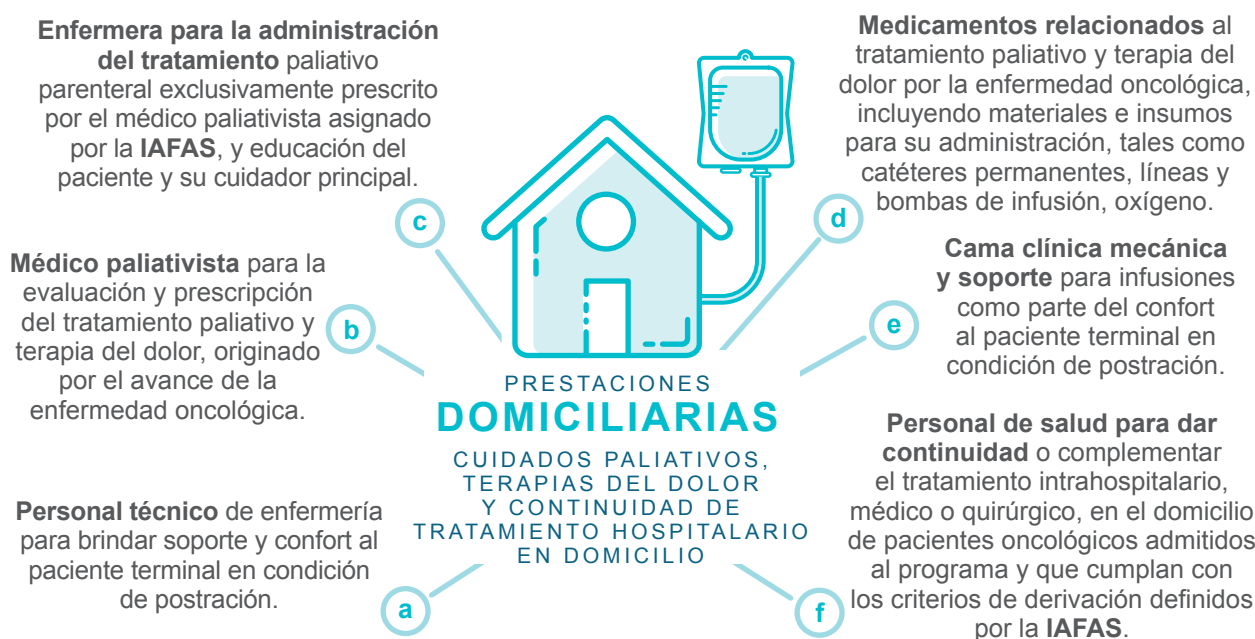
A través del presente documento se describe a nivel de detalle las condiciones asegurables, prestaciones y servicios a los que, en función al programa optado por el **CONTRATANTE** en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, los **AFILIADOS** tienen derecho a lo siguiente:

1. RELACIÓN DE PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO

1.1 PRESTACIONES AMBULATORIAS



1.2 PRESTACIONES DOMICILIARIAS



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**.

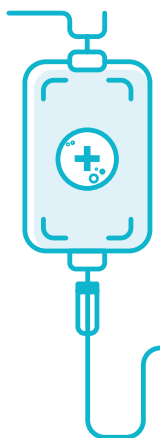
2. DESCRIPCIÓN Y ALCANCE DE LAS PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA

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:** Anticuerpos 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 células 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 **IAFAS**. Servicio solo disponible en Lima.



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



Estudios de medicina nuclear: Estudios que usan sustancias 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 yodo radioactivo para cáncer de tiroides.



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



Prestaciones domiciliarias: Las prestaciones domiciliarias se refieren a dos categorías: Cuidados paliativos y terapias del dolor así como 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 (7) días calendario, computados a partir del alta hospitalaria y pertinente medicamento.



*El paciente deberá cumplir con los criterios establecidos en el programa, previa valoración del médico de la **IPRESS** designada por la **IAFAS** que brinda el servicio. La asistencia del personal de enfermería se efectuará conforme al horario en que los medicamentos prescritos han de aplicarse. Asimismo, las visitas médicas del programa, se darán con frecuencia interdiaria o conforme se considere necesario 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 asignados 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. Santa Callao cruce con la Av. Carlos Izaguirre que se prolonga hasta el cruce con Túpac Amaru; **OESTE:** hasta La Punta; **ESTE:** Santa Anita, hasta la Av. Prolongación Javier Prado y de San Juan de Lurigancho hasta la Av. Las Lomas; **SUR:** Chorrillos (Villa) hasta la Av. Alameda Las Garzas Reales.



Cáncer no biopsiable: En casos de alta sospecha de neoplasia maligna en tumores primarios de encéfalo, páncreas, ovario, riñón y testículo, en los que por la ubicación no es factible realizar la biopsia previa. El **AFILIADO** deberá adjuntar todos los exámenes de imágenes y de laboratorio que le hayan realizado, así como el informe médico que sustente la fuerte sospecha de neoplasia maligna de los órganos antes mencionados. La **IAFAS** podrá condicionar la cobertura del procedimiento a la confirmación del diagnóstico oncológico final. En caso el informe 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 trate de un diagnóstico 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 **IAFAS**. El trasplante deberá ser previamente autorizado por la **IAFAS**. Incluye cobertura de estudios de histocompatibilidad solo del **AFILIADO** receptor. No incluye estudio de donantes ni la búsqueda de estos, 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 (procedimiento y estudio de patología) al **AFILIADO** con sospecha de cáncer demostrada por estudios de imágenes y bioquímicos, y con Diagnóstico Anátomo Patológico final positivo.



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 **IAFAS** y previo consentimiento del paciente.

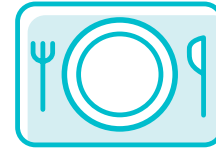


Segunda opinión médica internacional: La Junta Médica permanente de la **IAFAS** podrá solicitar la valoración del caso (revisión del expediente) a una institución de prestigio internacional determinada por la **IAFAS** cuando lo considere necesario y previo consentimiento del paciente, sobre tratamiento,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



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.



Ambulancia terrestre: Se otorgará al alta hospitalaria en caso de pacientes postrados o imposibilitados de desplazarse por la enfermedad oncológica; 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 encontrará sujeto al área de cobertura en la ciudad de Lima Metropolitana, de acuerdo a los siguientes límites: **NORTE:** Los Olivos (Covida) desde Av. Santa Callao cruce con la Av. Carlos Izaguirre que se prolonga hasta el cruce con Túpac Amaru; **OESTE:** hasta La Punta; **ESTE:** Santa Anita, hasta la Av. Prolongación Javier Prado y de San Juan de Lurigancho hasta la Av. Las Lomas; **SUR:** Chorrillos (Villa) hasta la Av. Alameda Las Garzas Reales.



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, previa validación del cumplimiento del pago de los aportes a la fecha de la solicitud del beneficio y con una periodicidad de acuerdo al programa adquirido, teniendo en cuenta su último despistaje efectivo.



La cita deberá ser programada a través del Call Center de servicio al cliente al número telefónico **(01)513-7900** o en los establecimientos de salud pertenecientes a la **RED 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 quirúrgicas por causas particulares del **AFILIADO**.

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

Contrato vigente a partir de 01 de marzo de 2020
Código OS.SP.P.02.07
Revisión: 06

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. 38
ANEXO 4: Activación del beneficio oncológico	Pág. 41
ANEXO 5: Red de Atención	Pág. 43
ANEXO 6: Flujograma de procedimiento de atención de consultas y reclamos.....	Pág. 45

ANEXO 1

PLAN DE BENEFICIOS

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

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN	ONCOCLÁSICO 2020	ONCOCLÁSICO PRO 2020	ONCOPLUS 2020
Límite máximo del beneficio anual por afiliado: Afiliado Titular y Dependientes	Sin límite de monto	Sin límite de monto	Sin límite de monto
Límite de ingreso: Afiliado Titular y Dependientes		Hasta los 65 años	Hasta los 65 años
Límite de permanencia: Afiliado Titular y Dependientes		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.	Solo renovación	90 días	90 días

PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	ONCOCLÁSICO 2020		ONCOCLÁSICO PRO 2020		ONCOPLUS 2020	
	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: <ul style="list-style-type: none"> • Anticuerpos monoclonales • Inhibidores de enzimas kinasas y proteosomas • Inmunoterapia (BCG) • Citocinas (Interferones e Interleucinas) • Factor estimulante de colonias de células blancas (Filgrastim) • Inmunomoduladores 	No cubre*	100%	70%	30%	100%	Ninguno
Medicamentos no oncológicos, materiales e insumos relacionados con el tratamiento oncológico.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Radioterapia: Radioterapia convencional, 3D, radioterapia de intensidad modulada y radiocirugía. Solo en RED AUNA .	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Cáncer no biopsiable: En caso de alta sospecha de neoplasia maligna primaria de encéfalo, páncreas, riñón, ovario y testículo.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Trasplante de Médula Ósea histocompatible: Incluye cobertura de estudios de histocompatibilidad solo del AFILIADO receptor. No incluye estudio u otros gastos relacionados a los donantes.	No cubre	100%	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Servicios de apoyo al tratamiento: Exámenes de laboratorio, imágenes, anatomía patológica e inmunohistoquímica.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Estudios de Medicina Nuclear: Gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno

PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	ONCOCLÁSICO 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.	No cubre	100%	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Nutrición Parenteral Total (NPT): Solo durante la estancia hospitalaria hasta un máximo de tres (3) semanas.	No cubre	100%	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Kit de colostomía para uso diario para pacientes con cáncer de colon primario.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Cirugía reconstructiva oncológica ante secuela mutilante para pacientes de cáncer de piel y tejidos blandos del sistema músculo esquelético (no incluye mamas, ni genitales), en el mismo acto operatorio extractivo y no cosmético.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno
Material de Osteosíntesis para pacientes con fracturas patológicas por metástasis ósea o cáncer óseo.	No cubre	100%	70%	30%	100%	Ninguno



**Solo está cubierto los medicamentos: Imatinib para los casos de Leucemia mieloide crónica y GIST (tumor de estroma gastrointestinal) y BCG para cáncer de vejiga. Factor estimulante de colonia únicamente como Filgastrim.*

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

PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	ONCOCLÁSICO 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 orquidectomía para pacientes de cáncer de testículo y próstata.	100%	Ninguno	100%	Ninguno	100%	Ninguno

PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	ONCOCLÁSICO 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.	El detalle y la periodicidad de los exámenes que incluye el despistaje están publicados en nuestra página web www.ncosalud.pe/despistaje-oncologico					



Los planes **ONCOSENIOR**, **ONCOINTEGRAL** y **ONCOPLAN** se rigen bajo la cobertura del plan **ONCOCLÁSICO 2020**.







Los planes **PLUS MASTER**, **ONCORIPLEY** y **PLAN FAMILIA** se rigen bajo la cobertura del plan **ONCOPLUS 2020**.

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 expresados en soles e incluyen IGV.

ONCOCLÁSICO 2020						
Rango de edad	Pago Anual Contado (Renovación)		Pago Mensual Recurrente (Renovación)			
	Efectivo o T.Crédito		Tarjeta de Crédito		Tarjeta de Débito o Cargo en Cuenta	
						
00 - 25	215	280	19	25	23	29
26 - 35	418	543	37	48	44	57
36 - 40	443	576	39	51	47	61
41	468	609	41	53	49	64
42 - 44	481	625	42	55	51	66
45	494	642	43	56	52	68
46	544	707	48	62	57	74
47	569	740	50	65	60	78
48	581	756	51	66	61	78
49 - 50	593	762	52	68	62	78
51	802	1,008	70	88	84	106
52	855	1,112	75	98	90	117
53	889	1,156	78	101	94	122
54	967	1,249	85	109	102	131
55	1,005	1,288	88	113	106	135
56	1,043	1,357	92	119	110	143
57	1,082	1,407	95	123	114	148
58	1,120	1,456	98	128	118	153
59	1,146	1,490	101	131	121	157
60	1,215	1,580	107	139	128	166
61	1,322	1,669	116	146	140	176
62	1,363	1,758	120	154	143	185
63	1,421	1,848	125	162	150	194
64	1,490	1,937	131	170	157	204
65	1,653	2,148	145	188	174	226
66	1,815	2,360	159	207	191	248
67	1,978	2,571	173	226	208	271
68	2,098	2,727	184	239	221	287
69	2,200	2,860	193	251	232	301
70	2,303	2,994	202	263	242	315
71	2,565	3,335	225	293	270	351
72	2,744	3,567	241	313	289	375
73	2,834	3,684	249	323	298	388
74	2,896	3,764	254	330	305	396
75	2,950	3,835	259	336	311	404
76	2,963	3,852	260	338	312	405
77	2,976	3,868	261	339	313	407
78	2,989	3,885	262	341	315	409
79	3,032	3,942	266	346	319	415
80	3,079	4,002	270	351	324	421
81	3,169	4,120	278	361	334	434
82	3,221	4,187	283	367	339	441
83	3,272	4,254	287	373	344	448
84	3,324	4,321	292	379	350	455
85	3,362	4,371	295	383	354	460
86 - 100	3,388	4,404	297	386	357	464
Más de 100	3,427	4,455	301	391	361	469

ONCOCLÁSICO PRO 2020

Rango de edad	Pago Anual Contado (Afiliación y renovación)		Pago Mensual Recurrente (Afiliación y renovación)			
	Efectivo o T.Crédito		Tarjeta de Crédito		Tarjeta de Débito o Cargo en Cuenta	
						
00 - 25	248	336	25	33	29	37
26 - 35	547	711	48	62	55	72
36 - 40	559	727	49	64	56	73
41	609	792	53	69	61	80
42 - 43	621	808	55	71	63	81
44 - 45	634	824	56	72	64	83
46	683	888	60	78	69	90
47	696	905	61	79	70	91
48	708	921	62	81	71	93
49	730	948	64	83	74	96
50	798	1,037	70	91	81	105
51	969	1,260	85	111	98	127
52	1,058	1,363	93	120	106	138
53	1,140	1,482	100	130	115	150
54	1,180	1,535	104	135	119	155
55	1,218	1,583	107	139	123	160
56	1,265	1,645	111	144	128	166
57	1,345	1,749	118	153	136	176
58	1,392	1,809	122	159	140	183
59	1,448	1,882	127	165	146	190
60	1,528	1,986	134	174	154	200
61	1,653	2,148	145	188	167	217
62	1,778	2,312	156	203	179	233
63	1,835	2,386	161	209	185	241
64	1,938	2,519	170	221	196	254
65	2,052	2,668	180	234	207	269
66*	2,324	3,021	204	265	234	305
67*	2,473	3,215	217	282	249	324
68*	2,535	3,295	222	289	256	332
69*	2,679	3,483	235	306	270	351
70*	2,884	3,749	253	329	291	378
71*	3,086	4,011	271	352	311	405
72*	3,201	4,161	281	365	323	420
73*	3,267	4,248	287	373	330	428
74*	3,477	4,520	305	397	351	456
75*	3,554	4,620	312	405	359	466
76*	3,691	4,798	324	421	372	484
77*	3,765	4,895	330	429	380	494
78*	3,815	4,959	335	435	385	500
79*	3,889	5,056	341	444	392	510
80*	3,939	5,121	346	449	397	517
81*	4,088	5,315	359	466	412	536
82*	4,163	5,412	365	475	420	546
83*	4,212	5,476	370	480	425	552
84*	4,287	5,573	376	489	432	562
85*	4,349	5,654	382	496	439	570
86 - 100*	4,424	5,751	388	504	446	580
Más de 100*	4,486	5,832	393	512	453	588

*Solo renovación

ONCOPLUS 2020						
Rango de edad	Pago Anual Contado (Afiliación y renovación)		Pago Mensual Recurrente (Afiliación y renovación)			
	Efectivo o T.Crédito		Tarjeta de Crédito		Tarjeta de Débito o Cargo en Cuenta	
						
00 - 25	353	459	31	40	36	46
26 - 35	982	1,276	86	112	99	129
36	1,003	1,304	88	114	101	132
37	1,026	1,334	90	117	104	135
38	1,037	1,349	91	118	105	136
39	1,049	1,363	92	120	106	138
40	1,060	1,378	93	121	107	139
41	1,094	1,423	96	125	110	144
42	1,129	1,467	99	129	114	148
43	1,163	1,512	102	133	117	152
44	1,197	1,556	105	137	121	157
45	1,231	1,601	108	140	124	161
46	1,277	1,660	112	146	129	167
47	1,334	1,734	117	152	135	175
48	1,368	1,778	120	156	138	179
49	1,402	1,823	123	160	141	184
50	1,459	1,897	128	166	147	191
51	1,541	2,003	135	176	155	202
52	1,578	2,052	138	180	159	207
53	1,615	2,100	142	184	163	212
54	1,640	2,132	144	187	165	215
55	1,702	2,213	149	194	172	223
56	1,764	2,294	155	201	178	231
57	1,881	2,445	165	215	190	247
58	1,997	2,596	175	228	201	262
59	2,112	2,746	185	241	213	277
60	2,183	2,838	192	249	220	286
61	2,360	3,068	207	269	238	309
62	2,451	3,186	215	280	247	321
63	2,588	3,364	227	295	261	339
64	2,679	3,483	235	306	270	351
65	2,850	3,662	250	317	288	367
66*	3,105	4,032	272	354	313	407
67*	3,226	4,193	283	368	325	423
68*	3,355	4,361	294	383	338	440
69*	3,489	4,535	306	398	352	458
70*	3,534	4,594	310	403	357	463
71*	3,637	4,728	319	415	367	477
72*	3,739	4,861	328	426	377	490
73*	3,830	4,980	336	437	386	502
74*	3,922	5,098	344	447	396	514
75*	3,967	5,157	348	452	400	520
76*	4,036	5,246	354	460	407	529
77*	4,104	5,335	360	468	414	538
78*	4,150	5,395	364	473	419	544
79*	4,212	5,476	370	480	425	552
80*	4,287	5,573	376	489	432	562
81*	4,349	5,654	382	496	439	570
82*	4,424	5,751	388	504	446	580
83*	4,486	5,832	393	512	453	588
84*	4,560	5,928	400	520	460	598
85*	4,622	6,009	405	527	466	606
86 - 100*	4,697	6,106	412	536	474	616
Más de 100*	4,759	6,187	417	543	480	624

*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, pulsioxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP o similares, audífonos e implantes cocleares, separadores interespinosos para columna vertebral y discos intervertebrales protésicos, y demás dispositivos empleados en neurocirugía y prótesis ortopédicas externas. Como tampoco las prótesis u otros (sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés). No se cubren audífonos. De igual manera aparatos y equipos ortopédicos, zapatos ortopédicos, ortésicos, prótesis externas, equipos mecánicos o electrónicos, medias para varices o similares, audífonos e implante coclear.
- 11 Gastos relacionados con la adquisición de órganos o tejidos, tales como sangre y sus derivados como: paquetes de glóbulos rojos, plaquetas, albúmina (en cualquiera de sus presentaciones), plasma y factores de coagulación, así como sustitutos sanguíneos naturales o sintéticos de cualquier tipo. Cualquier gasto relacionado a la búsqueda o estudio de donantes. Asimismo anticoagulantes, heparinoides, procoagulantes y eritropoyetina, con fines preventivos o profilácticos.
- 12 Cualquier trasplante de órganos, tejidos y células (incluyendo médula ósea), tanto su costo, como los gastos vinculados a cualquier prestación relacionada a los mismos. 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 **IAFAS** y en su defecto que no se recomienden en la National Comprehensive Cancer Network (NCCN), National Institute for Health and Care Excellence (NICE) y American Society of Clinical Oncology (ASCO).
- 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 perfiles o secuenciamientos moleculares y/o genéticos, moleculares, 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 frío bar, artículos personales o de higiene, pañales, medias antiembólicas, toallas higiénicas, máquinas de afeitar, guantes descartables no estériles, mantas térmicas de cualquier tipo, papel higiénico, batas, ropa de cama, hisopos y colchón antiescaras.

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

ANEXO 4

ACTIVACIÓN DEL BENEFICIO ONCOLÓGICO

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

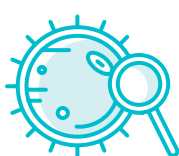
1. REQUISITOS PARA ACTIVAR EL BENEFICIO ONCOLÓGICO

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 nicotina y/o sus metabolitos. 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 26842 - Ley General de Salud.

INFRAESTRUCTURA
**RED
AUNA**

17 Clínicas



LIMA

SAN BORJA

**ONCOSALUD
SEDE SAN BORJA**

(RS 00016786)
Av. Guardia Civil N° 571,
Urb. Corpac

CLÍNICA ONCOSALUD

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

**R Y R PATÓLOGOS
SEDE GUARDIA CIVIL**

(RS 00021726)
Av. Guardia Civil N° 227
Int. Primer piso

SAN ISIDRO

ONCOSALUD SEDE SAN ISIDRO

(RS 00009845)
Av. Paseo de la República N° 3650

ONCOSALUD SEDE SAN ISIDRO

(RS 00027320)
Av. Guardia Civil N° 368

ANEXO 5

RED DE ATENCIÓN



SANTIAGO DE SURCO

SEDE ENCALADA

(RS 00018686)
Av. La Encalada N° 938

MIRAFLORES

**ONCOSALUD
SEDE DELGADO**

(RS 00020323)
Av. Angamos Oeste
N° 490 - Sótano 1

**ONCOSALUD
SEDE MIRAFLORES**

(RS 00016297)
Av. Alfredo Benavides
N° 2525

CLÍNICA DELGADO

(RS 00019049)
Av. Angamos Oeste
N° 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 Dalías 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 N° 116, Cercado

**IPRESS
COMPLEMENTARIAS**

41
Clínicas

LIM PRO
25 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 N° 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. Jardín - Lima

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

ALIADA
(RS 00008917)
Av. José Galvez Barrenechea N°1044
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 N° 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, Víctor 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 N° 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 N° 549 - 553
Urb. El Chipe

CUSCO

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

CENTRO MÉDICO DE ALTITUD
(RS 00023564)
Av. Pardo N° 978
Urb. Centro Histórico



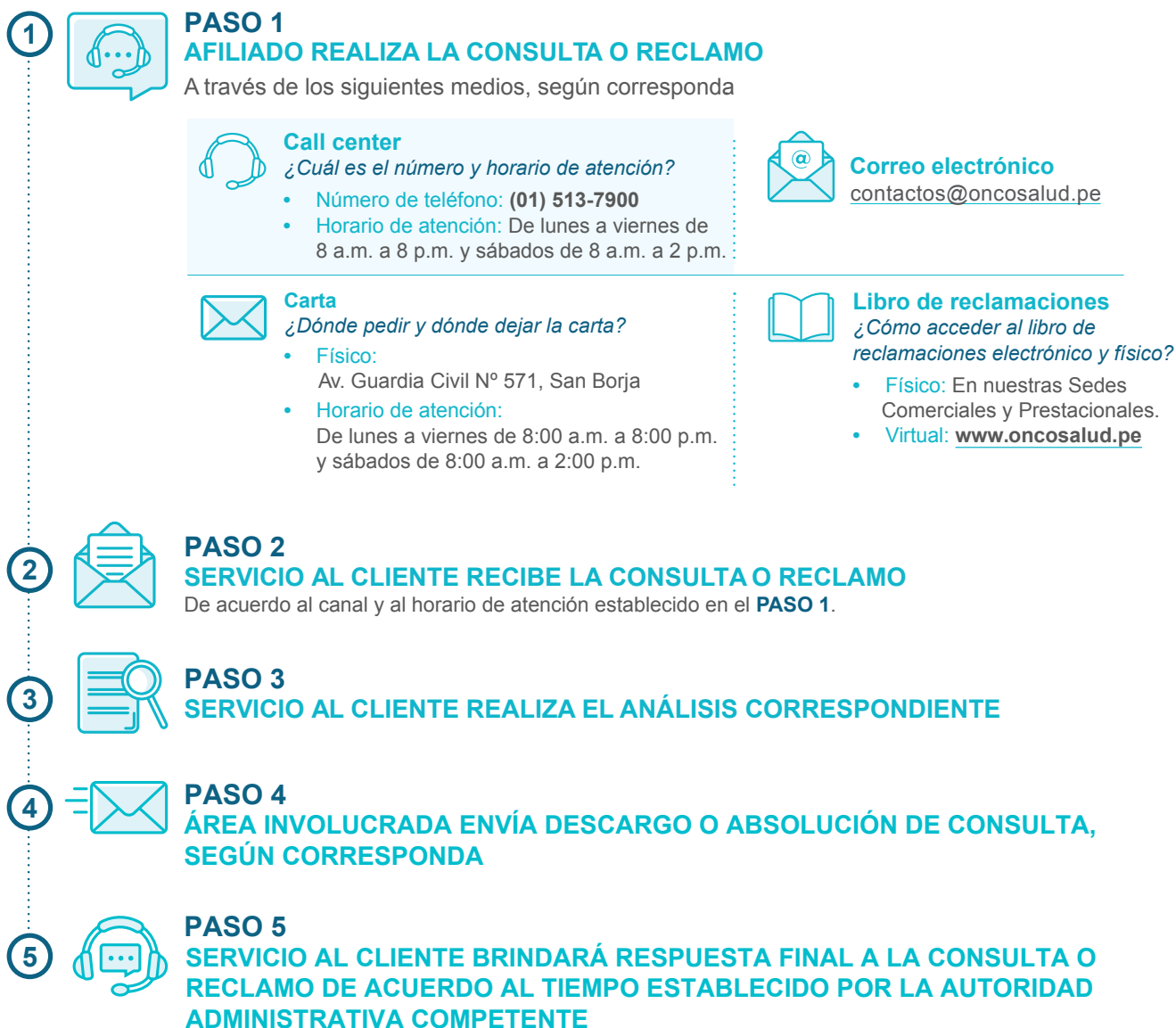
El presente listado es referencial, el mismo será actualizado permanentemente, atendiendo a la normatividad de SUSALUD, para luego publicarse en la página web.

www.oncosalud.pe

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**.



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

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