

CONTRATO DE PRESTACIONES DE SALUD PREPAGADO PROGRAMA PREPAGO DE ASISTENCIA MEDICA FAMILIAR CONDICIONES GENERALES

Conste por el presente documento, las **CONDICIONES GENERALES** del **CONTRATO** de Prestaciones de Salud Prepago (en adelante, el "**CONTRATO**"), que celebran de una parte **ONCOSALUD S.A.C.**, Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (en adelante, la "**IAFAS**") con R.U.C. No. 20101039910 y domicilio en Av. Guardia Civil No. 571, San Borja, Lima, representada por su Gerente General Juan Carlos Rodríguez Jaillier, identificado con C.E. No. 000804277, según poder inscrito en la partida electrónica No. 00558907 del Registro de Personas Jurídicas de Lima, y de la otra parte el **CONTRATANTE**, persona natural o jurídica, cuyos datos han sido consignados en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**, (documento que forma parte integrante del presente **CONTRATO**), que procede por su propio derecho y en representación propia y/o de la(s) persona(s) que ha consignado como beneficiaria(s) de los servicios que se detallan en el presente **CONTRATO**, propuestas sin relación de dependencia, según se detallada en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**, quienes han optado por contratar la cobertura de prestaciones de salud prepagadas con la **IAFAS** y a quienes en adelante se denominará como el (los) **AFILIADO(S)**, en los términos y condiciones siguientes.

CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES

La **IAFAS** es una persona jurídica constituida y debidamente registrada ante la Superintendencia Nacional de Salud (**SUSALUD**), con arreglo a las disposiciones del TUO de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, del Decreto Supremo N° 008-2010-SA, Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y demás disposiciones complementarias, cuyo objeto es prestar servicios de aseguramiento en salud complementarios, encontrándose facultada para brindar los servicios de prestaciones de salud prepagados detallados en el presente **CONTRATO** a favor del (los) **AFILIADO(S)**.

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 prepagadas con la **IAFAS**, tanto para si como para las demás personas incluidas en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**, que forma parte integrante del presente **CONTRATO**.

CLÁUSULA SEGUNDA: OBJETO

En virtud del presente **CONTRATO** de Afiliación, en adelante el **CONTRATO**, la **IAFAS** otorga a los **AFILIADOS** cobertura de prestaciones de salud prepagados de manera complementarias a la cobertura obligatoria (PEAS), conforme a los límites y condiciones señalados en las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**. Tanto la cobertura de servicios de salud prepagados y demás beneficios adicionales o especiales son de naturaleza voluntaria y se registrarán conforme a las reglas establecidas en el **CONTRATO**.

CLÁUSULA TERCERA: CONTENIDO

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

1. **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**: documento en el que se detalla la relación de **AFILIADOS** al presente **CONTRATO**, el Plan o Programa elegido y modalidad de pago.
2. **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**: documento en virtud del cual los **AFILIADOS** informan los antecedentes médicos relevantes de sus dependientes o personas no

dependientes, propuestos para afiliación, al momento de suscribir la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**.

3. **CONDICIONES GENERALES:** las mismas que establecen las condiciones que rigen el presente **CONTRATO**, independientemente del **PLAN DE BENEFICIOS** contratado.
4. **CONDICIONES PARTICULARES:** contiene la descripción pormenorizada del alcance y limitaciones del **PLAN DE BENEFICIOS** contratado, incluyendo la red de **IPRESS**, copagos, deducibles, aportes adicionales y las obligaciones administrativas de las partes.

CLÁUSULA CUARTA: DEFINICIONES

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

- a) **AFILIADO.-** Persona que ha suscrito, o por quien se ha suscrito, un **CONTRATO** de Servicios de Salud Prepagados, a través del cual tiene derecho a los beneficios del plan o programa de salud contratado, previa aceptación por la **IAFAS**.
- b) **AFILIACIÓN COLECTIVA O CORPORATIVA.-** La que se realiza a través de cualquier organización, empresa o entidad empleadora, en virtud a un **CONTRATO**.
- c) **AFILIACIÓN INDIVIDUAL.-** Modalidad mediante la cual el **AFILIADO** formaliza su relación de aseguramiento en salud con una **IAFAS** a título personal, en virtud de un **CONTRATO** suscrito con esta. En el caso de los dependientes, la **IAFAS** deberá registrarlos individualmente, señalando expresamente cualquier limitación que le resulte aplicable respecto de la cobertura del titular.
- d) **APORTE.-** Contraprestación económica establecida en el **CONTRATO** a favor de la **IAFAS**, de cargo del **AFILIADO** o **CONTRATANTE**, por los beneficios del plan o programa de salud contratado.
- e) **BENEFICIOS.-** Derechos del (los) **AFILIADO(S)**, según las condiciones establecidas en el plan o programa de salud contratado.
- f) **CONTINUIDAD.-** Cobertura de diagnósticos preexistentes en caso que los afiliados cambien de **IAFAS** o plan contratado; la misma que se otorgará conforme a lo dispuesto en el Art. 100 del Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA.
- g) **CONTRATANTE.-** Toda persona natural o jurídica que suscribe un **CONTRATO** de prestaciones de salud prepagado con una **IAFAS** por su propio derecho, en representación de terceros, o ambos. El **CONTRATANTE**, salvo en los casos que en el **CONTRATO** se encuentren obligaciones expresas a cargo del (los) **AFILIADO(S)**, es el único responsable frente a la **IAFAS** por el cumplimiento de las obligaciones contractuales asumidas.
- h) **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 los beneficios ofrecidos en el plan o programa de salud. Formaliza la relación de aseguramiento y vincula a al (los) **AFILIADO(S)** con la **IAFAS**.

- i) **COPAGO.**- Importe a pagar por el **AFILIADO** por los servicios médicos o beneficios solicitados, el cual puede estar expresado en un porcentaje del valor de la atención y/o en una cantidad fija, establecidos en el plan o programa de salud que forma parte integrante del presente **CONTRATO**.
- j) **DIRECTORIO MÉDICO.**- Listado de profesionales adscritos al plan o programa de salud, consignado por la **IAFAS** bajo el presente **CONTRATO**.
- k) **EXCLUSIONES.**- Son aquellas intervenciones de salud no cubiertas por el plan o programa de salud.
- l) **IAFAS.**- Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, son aquellas instituciones públicas, privadas o mixtas, creadas o encargadas de administrar los fondos destinados a financiar las prestaciones de salud u ofrecer cobertura de riesgos de salud a sus **AFILIADOS**.
- m) **INFRAESTRUCTURA PROPIA.**- Aquellas **IPRESS** que se encuentran bajo control directo y exclusivo de una **IAFAS**, cualquiera que fuere el título legal bajo el cual se hubiere adquirido tal derecho, con el objetivo de brindar prestaciones de servicios de salud.
- n) **IPRESS.**- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, son todos aquellos establecimientos públicos, privados o mixtos categorizados y acreditados por la autoridad competente y registrados en **SUSALUD**, autorizados para brindar los servicios de salud correspondiente a su nivel de atención.
- o) **NOTA TÉCNICA.**- Es el documento que describe la metodología y las bases aplicadas para el cálculo del aporte del correspondiente plan o programa de salud, y que incluye la justificación de los gastos.
- p) **PLAN DE BENEFICIOS.**- Detalle o extracto de las coberturas, servicios y/o beneficios específicos a los que tiene derecho el (los) **AFILIADO(S)**, en función al programa de salud elegido en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**.
- q) **PREEXISTENCIA.**- Es cualquier condición de alteración del estado de salud con evidencia clínica, diagnosticada por un profesional de salud, consignada en una historia clínica u otro documento o registro con validez legal, no resuelta, y declarada o no, en el momento previo a llenar y suscribir la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** o el **CONTRATO**.
- r) **PERIODO DE CARENCIA.**- Plazo mínimo de permanencia en el plan o programa de salud para tener derecho a los beneficios establecidos en éste, según lo establecido por norma o **CONTRATO**, según corresponda. Los períodos de carencia se contabilizan en forma individual por cada **AFILIADO**.

CLÁUSULA QUINTA: COBERTURA Y CONDICIONES

La **IAFAS** otorga cobertura a favor de los **AFILIADOS**, consistente en las prestaciones de recuperación de la salud para la atención de las contingencias, patologías y demás servicios comprendidos en el **PLAN DE BENEFICIOS**, según se indica en la sección denominada **CONDICIONES PARTICULARES**, la cual es parte integrante del presente **CONTRATO**. Las demás condiciones que aplican sobre las **CONDICIONES PARTICULARES** se detallan en las cláusulas siguientes.

CLÁUSULA SEXTA: REQUISITOS DE SUSCRIPCION

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

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

Dentro de los primeros sesenta (60) días de la recepción de la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**, la **IAFAS**, podrá excluir, limitar o condicionar el otorgamiento de determinadas prestaciones contenidas en el presente **CONTRATO**, atribuibles o relacionadas directa o indirectamente a la información proporcionada en la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**, condicionamientos que deberá poner en conocimiento del (los) **AFILIADO(S)** con la debida oportunidad.

La eventual inconformidad del (los) **AFILIADO(S)**, con relación a los condicionamientos particulares formulados por la **IAFAS** con posterioridad a la recepción de la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**, determinará la anulación del **CONTRATO** y el derecho de devolución íntegra de los aportes a favor del **AFILIADO**, en tanto este último formule su desistimiento, por la vía comunicacional que considere conveniente, dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de notificación de las limitaciones particulares formuladas por la **IAFAS**.

En caso de cualquier reticencia, omisión, inexactitud u ocultamiento de información relativa a la condición de salud, por parte del **AFILIADO**, suscriptor de la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** constituye incumplimiento de las obligaciones del **AFILIADO** y, en consecuencia, la **IAFAS** se reserva la facultad para resolver el **CONTRATO**, de forma automática con su sola notificación, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 1430° del Código Civil. Así mismo, en caso la **IAFAS** haya concedido coberturas, servicios o prestaciones a favor del **AFILIADO**, sin que a éste le corresponda ese derecho, la **IAFAS** podrá exigir el pago del valor de la totalidad de los servicios prestados de manera indebida.

Toda inclusión con posterioridad al inicio de la vigencia del presente **CONTRATO**, deberá contar con la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN** y **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**, respectiva aplicándose los mismos requisitos de afiliación aquí descritos y estará afecta a la aplicación de un nuevo **PERÍODO DE CARENCIA** para él o los nuevos **AFILIADOS** de acuerdo al Plan elegido.

CLÁUSULA SÉPTIMA: PRESTACIONES DE RECUPERACION DE LA SALUD

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

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

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

El **PLAN DE BENEFICIOS** otorgan también, a favor del **AFILIADO**, el acceso a descuentos preferenciales sobre las Tarifas Prestacionales vigentes al Público en la **IPRESS** que integra la Red de Atención, para la atención de sus diversas necesidades médicas no contempladas y/o no cubiertas en el Plan contratado, detalladas en las **CONDICIONES PARTICULARES**.

CLÁUSULA OCTAVA: EXCLUSIONES, GASTOS NO CUBIERTOS Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

Se encuentran excluidas de la cobertura las siguientes prestaciones, cuyo costo, de ser suministradas por la **IAFAS**, deberá ser asumido por el (los) **AFILIADO(S)**.

- 1) Enfermedades preexistentes al inicio de la vigencia y de la cobertura del presente **CONTRATO**, inclusive si hubiesen sido reveladas en la **DECLARACION JURADA DE SALUD**.
- 2) Todo procedimiento, cirugía o terapia que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente, es decir, los casos de naturaleza cosmética, estética o suntuaria, preventiva o profiláctica.
- 3) Cualquier tratamiento estético, cosmético, plástico, dental, ortopédico u otro con fines de embellecimiento, así como, sus consecuencias y/o complicaciones. A excepción de los casos necesarios de cirugía reconstructiva, como consecuencia de un accidente que haya sido indubitablemente informado y aceptado por la **IAFAS** para efectos de la presente excepción (de aplicar la excepción se cubrirá la reconstrucción dental con materiales que no incluyan titanio). No se cubre cirugía reconstructiva en ningún otro caso, incluida la reconstrucción post cirugía oncológica.
- 4) Tratamiento médico o quirúrgico de melasma, alopecia u otros trastornos dermatológicos con fines estéticos. Así como colocación o retiro de tatuajes, piercing o similares.
- 5) Mamoplastía reductora, cirugías por ginecomastia, mastopexia, simetrización mamaria y otras cirugías mamarias no directamente relacionadas al tratamiento.
- 6) Tratamiento médico o quirúrgico de várices con fines estéticos.
- 7) No se cubren tratamientos odontológicos de periodoncia y ortodoncia, o cualquier procedimiento con fines estéticos o cosméticos, pernos, coronas, carillas, y afines, así como sus consecuencias y/o complicaciones.
- 8) No se cubren cirugías odontológicas, cirugía bucal, ni alteraciones de la articulación témporo-mandibular. Excepto cuando estas sean producto de un accidente ocurrido y cubierto durante la vigencia del programa.
- 9) Hospitalizaciones para fines de curas de reposo o de sueño, cuidado sanitario, periodos de cuarentena o asilamiento, así como equipos o dispositivos relacionados al tratamiento de trastornos del sueño.
- 10) Estudios de diagnóstico, tratamientos, cirugías y procedimientos relacionados con problemas de esterilidad, fertilidad, infertilidad, esterilización y planificación familiar; así como sus complicaciones y/o consecuencias. Asimismo todo gasto de estudios diagnósticos, tratamientos, cirugías y procedimientos relacionado con disfunción eréctil y cambio de sexo.
- 11) Tratamientos con hormonas de todo tipo, tales como hormona de crecimiento, eritropoyetina, análogos de la somastatina, inhibidores de hormonas (excepto las indicadas para el tratamiento de menopausia e hipotiroidismo).

- 12) No están cubiertos los tratamientos quirúrgicos de sobrepeso, obesidad, obesidad mórbida, raquitismo, anorexia nerviosa y los derivados de estos diagnósticos. No se cubre la liposucción, lipoescultura e inyecciones reductoras de grasa u otros métodos liporeductores.
- 13) Lentes de contacto o intervenciones quirúrgicas para corrección de trastornos de refracción (tales como miopía, hipermetropía, astigmatismo o presbicia, catarata o glaucoma, inclusive cirugía láser. No se cubren monturas ni cristales, implantes oculares, lente estromal o cualquier otro dispositivo para trastornos de refracción.
- 14) Lesiones, enfermedades, secuelas y/o complicaciones, así como todo daño derivado de: intento de autoeliminación o lesiones auto-infligidas o producidas voluntariamente inclusive a través de terceros, o estando mentalmente insano, incluyendo abortos provocados, peleas o riñas.
- 15) Lesiones, enfermedades, secuelas y/o complicaciones, a consecuencia de la práctica de actividades y/o deportes notoriamente peligrosos, sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva: carrera de automóviles y motos terrestres y acuáticas, prácticas hípicas, escalamiento de montañas o rocas, paracaidismo, pesca submarina, puenting, bungee, ala delta, parapente, downhill, snowboarding, bungee jumping, cacería de fieras, boxeo, artes marciales.
- 16) Lesiones, enfermedades, secuelas y/o complicaciones, a consecuencia de actos de guerra (declarada o no), invasión, actividades u hostilidades de enemigos extranjeros, revoluciones, insurrección, terrorismo, conflicto social, motines, huelgas, conmoción civil, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público y/o actos delictivos, tanto dentro o fuera del país. Así como aquellas producidas por causa o consecuencia de fenómenos catastróficos de la naturaleza.
- 17) Lesiones, enfermedades, secuelas y/o complicaciones, a consecuencia de actos de negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del **AFILIADO**. Se entiende, entre otras negligencias, manejo en estado de ebriedad y/o bajo el efecto de estupefacientes.
- 18) Estudio y/o tratamiento y/o complicaciones de enfermedades congénitas.
- 19) Estudio y/o tratamiento y/o complicaciones de enfermedades psiquiátricas y psicológicas.
- 20) Enfermedades y tratamientos resultantes del uso o adicción a las drogas, estupefacientes, tabaquismo, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares. Así como, las lesiones por accidentes que se produzcan en situación de embriaguez o bajo influencia de drogas registrados en la historia clínica y/o con el dosaje respectivo (caso del alcohol: nivel sérico > 0.5 g/dl).
- 21) Trastornos del desarrollo psicomotor y del lenguaje de etiología adquirida, a excepción de los causados por traumatismos o accidentes cerebrovasculares, en los que la terapia de rehabilitación se extenderá hasta un periodo máximo de 180 días.
- 22) Ecografías 3D y 4D.
- 23) Tratamiento y operaciones derivadas de pie plano, varo, valgo, ni cirugía de Hallux Valgus.
- 24) Tratamiento de diálisis. Así como el alquiler de equipos o servicios no disponibles en la **IPRESS**, independientemente del diagnóstico.
- 25) Trasplante de órganos y tejidos, ni gastos relacionados al trasplante de los mismos. No están cubiertos los implantes de células madre en cualquier zona anatómica, ni la crío preservación o servicios relacionados. Así mismo, se excluye sustitutos de líquido sinovial y similar.
- 26) Gastos relacionados por concepto de transfusión sanguínea y/o cualquier hemoderivado (plasma, paquetes globulares, plaquetas, factores de coagulación). Pruebas de tamizaje y compatibilidad, procesamiento de banco de sangre, materiales y equipos de transfusión, pruebas post transfusionales. Así como, cualquier pago, relacionado a la adquisición de órganos y tejidos, como, sangre y sus derivados, así como cualquier gasto relacionado a la búsqueda de donantes.
- 27) Todos los gastos por concepto de diagnóstico y tratamiento oncológico

- 28) Lesiones, enfermedades, secuelas y/o complicaciones, a consecuencia directa o indirecta surgidas de la ocupación u oficio del (los) **AFILIADO(S)**, incluyendo accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, así como otras prestaciones cubiertas por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.
- 29) Lesiones, enfermedades, secuelas y/o complicaciones, a consecuencia directa o indirecta de fusión o fisión nuclear, isótopos radioactivos o cualquier accidente nuclear; así como las resultantes de la terapia de rayos X y radioterapia.
- 30) Cuidados a dedicación exclusiva por enfermeras, técnicas o auxiliares de enfermería, u otro personal, durante la estancia hospitalaria, ni en domicilio, así como hospitalización domiciliaria, ni atención de enfermera particular fuera del recinto hospitalario.
- 31) Gastos relacionados a acompañantes, mientras el **AFILIADO** se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, cama, alimentación, bazar y/o confort y similares.
- 32) 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, toallas higiénicas, máquinas de afeitar, guantes descartables no estériles, papel higiénico, batas, ropa de cama, hisopos, colchón antiescaras, así como todo tipo de transporte o alojamiento no especificado en el **PLAN DE SALUD**.
- 33) Equipos médicos durables tales como: termómetro, tensiómetro, equipos de oxigenoterapia, glucómetro (equipo y tiras), respiradores, pulsoxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP o similares, audífonos e implantes cocleares, separadores interespinosos para columna vertebral y discos intervertebrales protésicos, y demás dispositivos empleados en neurocirugía, prótesis ortopédicas externas. Así como las órtesis u otros (sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés).
- 34) Todos los gastos relacionados por causa o consecuencia del incumplimiento de las indicaciones médicas, así como por automedicación. No se cubren tratamientos, procedimientos o medicamentos otorgados o expedidos sin indicación o receta médica, así como cualquier indicación u orden médica procedente de un acto médico ejercido fuera de la **IPRESS**. Cualquier estudio, tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a un diagnóstico determinado.
- 35) No se cubre medicina no tradicional de cualquier tipo ni tratamientos homeopáticos, recetario magistral, iriología, reflexología y en general tratamientos médicos no tradicionales o experimentales, empíricos y también la medicina alternativa. Asimismo, no están cubierta la acupuntura, quiropraxia, cuidados y tratamientos de rehabilitación en gimnasios.
- 36) Tratamientos experimentales u otros medicamentos no aprobados por la DIGEMID (Dirección Nacional de Medicamentos, Insumos y Drogas) y la FDA (Food and Drug Administration), además de las complicaciones derivadas por la utilización de los mismos.
- 37) Todo equipo, fármaco, insumo o procedimiento médicos de reciente implementación o nueva tecnología, deberá tener el debido sustento científico que brinde un beneficio clínico relevante frente a los fármacos, insumos o procedimientos médicos ya existentes (Medicina Basada en Evidencias, nivel de Evidencia IIA de la Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ) y deberá ser presentado por el proveedor de salud y contractualmente aprobado por la aseguradora para poder ser cubierto. No se cubren productos, servicios, procedimientos, insumos, medicamentos o tratamientos experimentales, o en fase de periodo de prueba o investigación.
- 38) No están cubiertos los servicios, procedimientos o tratamientos considerados médicamente no necesarios (no sustentados en Medicina Basada en Evidencia, Nivel de Evidencia IIA de la Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ). Así como también, los medicamentos, insumos, implantes o material quirúrgico no aprobado por la FDA (Food and Drug Administration) para la indicación específica que es solicitada. Así como alcanfor, agua oxigenada, antisépticos mercuriales y otros similares.
- 39) Modificadores de la respuesta biológica, tales como interferones, interleukinas, factor estimulante de colonias y anticuerpos monoclonales. Tampoco cuentan con cobertura otros

tratamientos biológicos como inhibidores de tirosinkinasa, antiangiogénicos, inhibidores del proteosoma u otros similares.

- 40) Nimodipino se cubre sólo en casos de hemorragia subaracnoidea.
- 41) Reconstituyentes, antiasténicos, energizantes, estimulantes de apetito, anorexígenos, anabólicos, tónicos. Medicamentos o productos de origen natural, placebos.
- 42) Atenciones, exámenes auxiliares, procedimientos, productos farmacéuticos, insumos y otros gastos relacionados cuyo objeto principal sea la prevención, chequeo médico y despistaje de enfermedades en una persona sana, salvo lo estipulado en el plan de beneficios. Tampoco los gastos relacionados a evaluaciones para obtención de licencias, empleo.
- 43) En caso de trastornos alérgicos, no se cubren procedimientos de desensibilización.
- 44) Todo procedimiento y tratamiento realizados en el extranjero, así como medicamentos, equipos, insumos, suministros y otras tecnologías cuyo uso no haya sido aprobado por la FDA (Food and Drug Administration) y DIGEMID, para el diagnóstico específico, así como aquellos que no se comercialicen o no se encuentren disponibles en el territorio nacional. Inclusive si se contara con un intermediario en el País.
- 45) Todos los gastos efectuados o relacionados por concepto de vitaminas, minerales y/o suplementos.
- 46) Leches maternizadas o sucedáneos de la lactancia materna, excepto en casos de imposibilidad fehaciente de lactancia materna, sólo durante los días de hospitalización del recién nacido.
- 47) Suplementos alimenticios, suplementos nutricionales, productos naturales (hierbas y sus derivados, levaduras, probióticos), estimulantes del apetito, anabólicos, antioxidantes, productos geriátricos y reconstituyentes. Medicamentos neurotónicos y nootrópicos.
- 48) Alimentos o sustitutos alimenticios, enterales o parenterales, aunque sea con fines terapéuticos.
- 49) Vacunas o inmunoprofilaxis de cualquier tipo. Así como también inmunoterapia y lisados bacterianos. No se cubren medicamentos inmunoestimulantes, cremas, lociones faciales, sustancias exfoliativas, despigmentantes, jabones, champúes, cremas neutras y bloqueadores solares. No se cubren lágrimas naturales (salvo casos de síndrome de ojo seco), medias antiembólicas o para tratamiento de várices.
- 50) No se cubren prestaciones a causa o consecuencia de complicaciones médicas y/o quirúrgicas derivadas de atenciones realizadas, al margen de nuestra prescripción médica y/o fuera de la red prestacional.
- 51) Las prestaciones económicas de cualquier índole, salvo las que fueran materia de pacto especial.
- 52) Cualquier solicitud de reintegro de gastos médicos, inclusive honorarios de médicos pactados directamente por el **AFILIADO**, así como cualquier tipo de gastos efectuados fuera de la red autorizada por el plan y en el extranjero. No se reconocerán honorarios por encima de lo pactado con los proveedores de salud. Así como también sobrecostos de medicamentos, insumos, material médico o procedimientos diagnósticos o terapéuticos por encima de los costos establecidos por la IAFAS.
- 53) Epidemias declaradas o no por el Ministerio de Salud o Pandemias declaradas o no por la OMS.
- 54) Gastos que no estén expresamente indicados en el **PLAN DE BENEFICIOS** detallado en las **CONDICIONES PARTICULARES**.
- 55) Tratamiento relacionado con la Infección por virus de inmunodeficiencia humana - VIH, Síndrome Inmunológico Deficiencia Adquirida (SIDA) y el Síndrome complejo relativo al SIDA (SCRS), sus consecuencias y complicaciones.

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**.

Para la atención de estas prestaciones y/o servicios el (los) **AFILIADO(S)**, a costo propio, podrán acceder a los descuentos tarifarios concedidos de manera preferencial sobre las Tarifas Prestacionales vigentes al Público en la **IPRESS**, que integra la Red de Atención del **PLAN DE BENEFICIOS** contratado, descritas en las **CONDICIONES PARTICULARES**.

CLÁUSULA NOVENA: INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA

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

El inicio de las prestaciones, bajo cobertura del **PLAN PRESTACIONAL**, se dará una vez transcurrido el o los **PERIODOS DE CARENCIA** que se consignan en el **PLAN DE BENEFICIOS** con excepción de los descuentos tarifarios concedidos de manera preferencial sobre las Tarifas Prestacionales vigentes al Público en la **IPRESS** que integra la Red de Atención del **PLAN DE BENEFICIOS**, a los cuales se podrá acceder una vez efectuado el primer pago de la afiliación.

CLÁUSULA DÉCIMO: LUGAR DE PRESTACION DEL SERVICIO Y DIRECTORIO MEDICO

El otorgamiento de las prestaciones de recuperación de la salud y demás servicios cubiertos por el presente **CONTRATO**, se otorgarán única y exclusivamente a través de la infraestructura propia y por los profesionales del **DIRECTORIO MEDICO** que la **IPRESS** designe expresamente para la atención del **PLAN PRESTACIONAL** contratado. Por lo tanto, no serán cubiertas por el **PLAN PRESTACIONAL** aquellas indicaciones de servicios procedentes fuera de la **IPRESS**.

La **IAFAS** informará a los **AFILIADOS** ya sea por medios digitales o físicos o a través de su página web, dentro de un plazo no mayor a dos (2) días hábiles, cualquier interrupción o cese del servicio que brinde alguno de sus establecimientos de salud habilitados en el **PLAN DE BENEFICIOS** y/o las modificaciones que puedan surgir sobre el **DIRECTORIO MEDICO**.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: RESPONSABILIDAD DE LAS IAFAS

La **IAFAS** es responsable frente al (los) **AFILIADO(S)** por los servicios que preste; sin perjuicio de la responsabilidad que pudiera recaer en otras personas naturales o jurídicas, ni del derecho de repetición a que hubiera lugar. La totalidad de las prescripciones o indicaciones médicas deberán ser conforme a la Guías de práctica clínica o procedimientos vigentes, por lo cual estas deberán guardar estricta relación al diagnóstico.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA: REFERENCIAS

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA: APORTES O PRIMAS

Como contraprestación por la contratación de la cobertura de prestaciones de salud prepagados, el **AFILIADO** pagará a la **IAFAS** los aportes indicados en las **CONDICIONES PARTICULARES**, los mismos que incluyen los tributos de ley y gastos, de corresponder.

Los aportes podrán ser abonados según las modalidades que contemple el **PLAN DE BENEFICIOS**, optado y de acuerdo a la forma de pago que el **AFILIADO** haya consignado en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**. La falta de pago oportuno de los aportes pactados o de cualquier otra suma que se adeude a la **IAFAS** determina la aplicación de intereses compensatorios y moratorios a las tasas que pacten las partes y, en su defecto, por las tasas máximas autorizadas por Ley o por la autoridad competente, hasta su total cancelación, sin necesidad de intimación para la constitución en mora.

Se establecerá como cancelada la aportación a partir de la fecha y hora en que sea puesto a disposición de la **IAFAS** el pago correspondiente. Cualquiera que resulte la modalidad de pago y/o forma de fraccionamiento elegida, ya sea de abono directo o a través de instituciones financieras o terceros, el **AFILIADO** reconoce su obligación respecto a la cancelación de los aportes que correspondan dentro de los plazos establecidos y se compromete a subsanar, por medios propios, ante la **IAFAS** cualquier deuda generada por esta omisión, inclusive cuando la misma corresponda a la entidad financiera o tercero al que delegó el pago de sus aportes. Las eventuales omisiones operativas, atrasos o incumplimientos en que pueda incurrir la entidad financiera o el tercero, a través del cual el **AFILIADO** haga efectivo el pago de sus aportaciones, no eximen al **AFILIADO** de la aplicación de las condiciones de suspensión y resolución contenidas en el **CONTRATO**. En cualquier caso, constituirá obligación exclusiva del **AFILIADO** la oportuna comunicación de variación del medio de pago y/o la información relativa al mismo.

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA: INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE LOS APORTES

Ante el eventual atraso o incumplimiento en el pago de los aportes por más de treinta (30) días calendarios de vigencia transcurrida, la **IAFAS** procederá a suspender de manera automática todos los derechos mientras no se cumpla con la cancelación de las aportaciones vencidas. En caso el incumplimiento en el pago supere los noventa (90) días, el **CONTRATO** se anulará de forma automática y sin declaración judicial ulterior, conforme a lo dispuesto en el artículo 1430º del Código Civil.

Ante la recurrencia de atraso en el pago de aportaciones, se procederá a suspender nuevamente de manera automática todos los derechos del (los) **AFILIADO(S)**. No obstante de extenderse el incumplimiento por un tiempo mayor a sesenta (60) días calendarios, el **CONTRATO** se anulará de forma automática y sin declaración judicial ulterior, conforme a lo dispuesto en el artículo 1430º del Código Civil.

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

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA: COPAGOS Y DEDUCIBLES

Determinadas prestaciones, materia del presente **CONTRATO**, están sujetas a copagos y/o deducibles a cargo del (los) **AFILIADO(S)**, los cuales se indican en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA: NOTA TECNICA, MODIFICACION DE APORTACIONES Y/O COPAGOS

La estimación de aportaciones, a pagar por el **CONTRATANTE**, se establecen en función; a la edad de los **AFILIADOS** computada al inicio de cada renovación anual y a la siniestralidad proyectada (incluyendo los costos médicos, costos de tratamiento y modificación de beneficios y/o

coberturas) del programa por segmento y cohorte de afiliación con base al modelo técnico de suficiencia de prima nivelada corrido a periodos mínimos y máximos de 5 y 10 años respectivamente.

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

CLÁUSULA DÉCIMO SEPTIMA: RESTITUCIÓN DEL VALOR MAXIMO DE PRESTACIONES A OTORGAR BAJO COBERTURA DEL PROGRAMA POR AFILIADO Y POR CADA ANUALIDAD

Los gastos médicos incurridos por el (los) **AFILIADO(S)** durante el periodo de la vigencia anual, reduce automáticamente el monto del Beneficio del Programa contratado, sin lugar a restitución hasta la celebración de una nueva anualidad del **CONTRATO**.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA: INFORMACION

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA: CONTINUIDAD DE AFILIACION Y EXONERACIÓN DEL PERIODO DE CARENCIA Y ESPERA

Se define como continuidad de afiliación, al mantenimiento del registro de la fecha inicial de ingreso, en que el **AFILIADO** titular y sus familiares fueron inscritos como afiliados a un Programa Prepago de Salud y por decisión personal y dentro de los plazos establecidos el **AFILIADO** titular decidiera migrar a un nuevo Programa Prepago de Asistencia Médica que la **IAFAS** mantenga vigente en ese momento.

El mantenimiento del registro de la fecha inicial de ingreso del **AFILIADO** titular y opcionalmente sus dependientes, le concede el beneficio de continuidad de cobertura, sin aplicación de nuevos periodos de carencia o de espera como condición previa para el otorgamiento de prestaciones médicas, en caso éste o los suyos sean diagnosticados con alguna dolencia médica a partir del inicio de la vigencia del nuevo Programa Prepago de Asistencia Médica.

En estos casos de exoneración de los Períodos de Carencia o Espera, la **IAFAS** reconocerá solo las condiciones y coberturas del nuevo Programa Prepago de Asistencia Médica adquirido por el **AFILIADO** y siempre que no haya mediado una exclusión expresa de la **IAFAS** en el Programa anterior.

Toda vez comprobado el derecho de continuidad de afiliación, el **AFILIADO** titular y opcionalmente los dependientes que desee mantener afiliados, podrán optar por migrar a cualquier Programas Prepago de Asistencia Médica que en ese momento la **IAFAS** mantenga

vigente, de igual forma deberá asumir el valor de las aportaciones y la forma de pago que se establezcan en cada uno, obteniendo a partir de ese momento la condición de Afiliado al nuevo Programa.

No se aplicará exoneración de Períodos de Carencia a la cobertura de Maternidad y demás beneficios nuevos, no contemplados en el Programa originalmente contratado. Los periodos de espera se mantendrán de acuerdo al nuevo Programa Prepago de Asistencia Médica elegido.

CLÁUSULA VIGÉSIMA: PLAZO CONTRACTUAL

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

En caso el **AFILIADO** desee modificar la modalidad y/o formas de pago, deberá formular la solicitud escrita a la **IAFAS**, previa cancelación de cualquier deuda pendiente por aportaciones correspondientes a la vigencia transcurrida, la cual se hará efectiva a partir del primer día del mes siguiente en tanto la solicitud sea recepcionada con un mínimo de veinte (20) días de anticipación.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: DOMICILIO

Las partes señalan como domicilio, el que se indica en la introducción del presente **CONTRATO**, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones vinculadas a este **CONTRATO**, salvo que se hubiera comunicado a la otra parte el cambio de domicilio por escrito y con cargo de recepción. Asimismo, deberá consignar su correo electrónico.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: ATENCION DE RECLAMOS Y SOLUCION DE CONTROVERSIAS

Los **AFILIADOS** cuentan con los siguientes medios para la presentación de Reclamos ante la **IAFAS**: Carta Simple, Carta Notarial, Libro de Reclamaciones Físico y Virtual, Correo electrónico, A través de su **IAFAS** contratada y Call Center de la **IAFAS**. El Flujo de Atención de Reclamos de la IAFAS se detalla en el anexo 1.

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

Así mismo según D.S. N° 030-2016 S.A.: "De conformidad con lo dispuesto en el artículo 22 del Reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud – **IAFAS**, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – **IPRESS** y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – **UGIPRESS**, públicas, privadas y mixtas, de no encontrarse de acuerdo, en todo o parte, con el resultado de su reclamo, puede acudir en Queja ante la Superintendencia Nacional de Salud – **SUSALUD**".

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

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

Asimismo, el **AFILIADO** podrá optar por la solución administrativa de reclamos ante **SUSALUD**. Su interposición no es vía previa ni impide la atención de la controversia mediante los procedimientos de conciliación o arbitraje.

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA: RESOLUCION DE CONTRATO

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

1. El incumplimiento en el pago de las aportaciones de acuerdo a lo señalado en la Cláusula Décimo Cuarta, correspondiente al incumplimiento en el pago de los aportes.
2. El cumplimiento parcial, tardío o defectuoso de cualquier otra de las obligaciones contenidas en las **CONDICIONES GENERALES** o **CONDICIONES PARTICULARES**.
4. Cuando por aplicación de lo establecido en el la Cláusula Décimo Sexta correspondiente a la modificación de aportes y/o copagos de las presentes **CONDICIONES GENERALES**, no exista aceptación respecto al reajuste de los aportes y/o copagos propuesto por la **IAFAS**.

En caso que el (los) **AFILIADO(S)** hubiese sido beneficiado con el otorgamiento de prestaciones cubierta por la **IAFAS** de forma indebida, por reticencia, omisión, inexactitud, ocultamiento de información relativa a la condición de salud posteriormente comprobada. La **IAFAS** se reserva la facultad de cobrar los gastos indebidamente incurridos, así como las demás acciones legales que pudiesen corresponder.

CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA: CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Mediante la presente cláusula se informa a el (los) **AFILIADO(S)** que se va a proceder al levantamiento de los datos personales estrictamente necesarios para la gestión del banco de datos denominado **BANCO DE DATOS DE ONCOSALUD**, de titularidad de la **IAFAS**.

El (los) **AFILIADO(S)** reconoce haber sido informado de la existencia del mencionado Banco de Datos y de la incorporación al mismo de sus datos personales que se consignarán en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN** y **DECLARACIÓN DE SALUD**, pudiendo ejercer sus derechos conforme a lo expuesto en la presente cláusula.

Los datos personales que el (los) **AFILIADO(S)** facilite a la **IAFAS** sobre su situación de salud, serán utilizados estrictamente con la finalidad de evaluar a las personas cuyos nombres han sido

consignados en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN** para su admisión al Plan. En caso de que la información requerida no sea consignada, la solicitud no podrá ser evaluada y no podrá generar la contratación del seguro. En ese sentido, el (los) **AFILIADO(S)** autoriza a la **IAFAS** a utilizar sus datos personales para dicha evaluación.

Además, la **IAFAS** informa al (los) **AFILIADO(S)** que sus datos personales serán utilizados con fines de formalización contractual, procesamiento de datos, gestión de la contratación y evaluación de la calidad del servicio prestado y cualquier otro fin que sea necesario para efecto de la ejecución contractual.

El (los) **AFILIADO(S)** en su **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN** autoriza o no autoriza a la **IAFAS** a utilizar sus datos personales a efectos de ofrecerle, a través de cualquier medio escrito, verbal, electrónico y/o informático, cualquiera de los productos o servicios que la **IAFAS** brinda, analizar las circunstancias al celebrar **CONTRATO** con la **IAFAS**, ser tratados en el desarrollo de nuevos servicios generales y específicos, lo que incluye el ofrecimiento de productos adaptados a los **AFILIADOS**.

Asimismo, el (los) **AFILIADO(S)** en su **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN** autoriza o no autoriza la comunicación por transferencia o cesión de los datos en poder de la **IAFAS** a otras empresas del Grupo Económico al que pertenece la **IAFAS** y a sus socios comerciales, a nivel nacional, listados en el portal institucional web (www.oncosalud.pe), con la finalidad de que la **IAFAS** y cada uno de ellos puedan informarle de los distintos productos que se ofrecen en el mercado.

El (los) **AFILIADO(S)** reconoce que sus datos personales podrán ser conservados por la **IAFAS** durante el tiempo que se efectúa la evaluación de la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN** y, en caso se concrete la contratación, durante la vigencia del respectivo **CONTRATO**.

El **AFILIADO** declara estar informado en este acto, que puede ejercer sus derechos de acceso, actualización, inclusión, rectificación, supresión y oposición, respecto de sus datos personales en los términos previstos en la Ley N° 29733 – Ley de Protección de Datos Personales, y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, mediante correo dirigido a la dirección declarada por el **CONTRATANTE** en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN** o de forma presencial en cualquiera de las oficinas de la **IAFAS** a nivel nacional en el horario establecido para la atención al público. Se podrán establecer otros canales para tramitar estas solicitudes, lo que será informado oportunamente por la **IAFAS**. **CONTRATO DE PRESTACIONES DE SALUD PREPAGADO.**

ANEXO 1

FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE ATENCION DE RELAMOS Y CONSULTAS

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.



Paso 1: Afiliado realiza reclamo o consulta

A través de los siguientes medios, según corresponda:

- Carta
- Libro de Reclamaciones
- Correo electrónico
- Su IAFAS contratada
- Call center



Paso 2: Atención al cliente receptiona el reclamo o consulta

- De acuerdo al horario de atención establecido



Paso 3: Atención al cliente realiza el análisis correspondiente



Paso 4: Área involucrada envía descargo



Paso 5: Atención al cliente brindará respuesta final al reclamo o consulta de acuerdo al tiempo establecido (máximo 30 días hábiles)

D.S.N° 030-2016 SA
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.

Si usted tuviera una duda o consulta sobre el proceso de atención, puede contactarse al 513-7900 y/o al correo contactos@oncosalud.pe o también puede contactarse con SUSALUD Central Telefónica: 433-6522 / 332-0567 / 372-6127 / 372-6144

PROGRAMA PREPAGO DE ASISTENCIA MEDICA FAMILIAR CONDICIONES PARTICULARES

A través del presente documento se describe a nivel de detalle las condiciones asegurables, prestaciones y servicios, correspondientes al **PLAN DE BENEFICIOS** (sección A / sección B) optado por el **CONTRATANTE** en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**, los cuales se complementan con los Anexos 01, 02, 03 y 04, parte integrante del presente **CONTRATO**.

Los **AFILIADOS** tienen derecho a:

1. RELACION DE PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA

1.1. PRESTACIONES AMBULATORIAS.

- a) Honorarios médicos por consulta y/o procedimientos ambulatorios.
- b) Medicamentos, materiales e insumos incluyendo, catéteres, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos.
- c) Exámenes de laboratorio y Exámenes de anatomía patológica relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones o enfermedades cubiertas por el **PLAN DE BENEFICIOS**.
- d) Estudios de imágenes, tales como rayos X, ecografías, tomografía computarizada relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones o enfermedades cubiertas por el **PLAN DE BENEFICIOS**.
- e) Procedimientos ambulatorios quirúrgicos y no quirúrgicos, incluyendo uso de tóxico, sala de operaciones y sala de recuperaciones para cirugía de día.

1.2. PRESTACIONES POR EMERGENCIAS.

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

Los gastos por emergencias por accidentes, serán cubiertos por el **PLAN PRESTACIONAL** sin copago alguno, siempre que esta atención se haya iniciado dentro de las 48 horas después de ocurrido el accidente. Las prestaciones iniciadas fuera de este periodo y por emergencias no accidentales, serán cubiertas bajo las condiciones de la Atención Ambulatoria, según detalle del **PLAN DE BENEFICIOS**.

En caso el evento médico iniciado en Emergencia, accidental o no accidental, requiera hospitalización médica o quirúrgica, serán cubiertas, a partir de la hospitalización, bajo las condiciones de la Atención Hospitalaria, según detalle del **PLAN DE BENEFICIOS**.

1.3. PRESTACIONES HOSPITALARIAS.

- a) Honorarios médicos por procedimientos hospitalarios, intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia.
- b) Hotelaría: Habitación individual o bipersonal estándar, según disponibilidad.
- c) Medicamentos, materiales e insumos incluyendo catéteres permanentes, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos.
- d) Exámenes de laboratorio y Exámenes de anatomía patológica relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones o enfermedades cubiertas por el **PLAN DE BENEFICIOS**.

- e) Estudios de imágenes, tales como rayos X, ecografías, tomografía computarizada y relacionados al control y seguimiento del tratamiento de las lesiones o enfermedades cubiertas por el **PLAN DE BENEFICIOS**.
- i) Procedimientos hospitalarios quirúrgicos y no quirúrgicos, incluyendo uso de tópico, sala de operaciones, sala de recuperación, unidad de cuidados intensivos, unidad de cuidados intermedios,

1.4. PRESTACIONES DE MATERNIDAD (Ver detalle en el Anexo 04)

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

1.5. PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS.

- a) Honorarios profesionales por consulta odontológica, odontograma y/o procedimientos ambulatorios.
- b) Medicamentos, materiales e insumos odontológicos, incluyendo fluorización, sellantes y anestésicos.
- c) Estudios de imágenes, tales como rayos X y ecografías odontológicas.
- d) Procedimientos odontológicos ambulatorios, curaciones, extracciones simples, restauraciones, endodoncias, pulpectomias.
- e) Fluorización anual.

2. PLAN DE BENEFICIOS.

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

El **CONTRATANTE**, podrá elegir la sección A como cobertura obligatoria para los **AFILIADOS** detallados en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**, y podrá complementarla con las coberturas adicionales detalladas en la sección B, las cuales están integradas al **PLAN DE BENEFICIOS**.

El presente **PLAN DE BENEFICIOS** se aplica para la Red Auna, extendiendo los beneficios a la Clínica Delgado, en base a los servicios disponibles en cada **IPRESS**.

PLAN CORPORATIVO AUNA
PROGRAMA PREPAGO DE ASISTENCIA MEDICA FAMILIAR

Plan Base			
Valor Máximo de Prestaciones a otorgar por Afiliado por cada Anualidad bajo cobertura del Programa			S/. 100,000
DESCRIPCION DE PRESTACIONES MEDICAS CUBIERTAS			
Atención Ambulatoria y de Emergencia No Accidental	Copagos	Clínica Vallesur, Miraflores y Bellavista	Clínica Delgado Lima
Consulta Médica en medicina general, pediatría, ginecología, geriatría y demás especialidades descritas en Anexos.	Deducible	S/. 59 por Consulta	S/. 100 por Consulta
Exámenes auxiliares de laboratorio clínico y patología	Cobertura	90%	70%
Exámenes de diagnóstico por imágenes	Cobertura	90%	70%
Cirugía de día (honorarios médicos, sala de operaciones y enfermería)	Cobertura	90%	70%
Farmacia ambulatoria	Cobertura	90%	70%
Atención Ambulatoria de Accidentes bajo la modalidad de Emergencia	Copagos	Clínica Vallesur, Miraflores y Bellavista	Clínica Delgado Lima
Atendidos dentro de las primeras 48 horas de ocurrido el accidente	Deducible	Sin Deducible	Sin Deducible
	Cobertura	100%	100%
Continuidad de la emergencia accidental ambulatoria hasta máximo 90 días	Deducible	Sin Deducible	Sin Deducible
	Cobertura	100%	100%
Atención Hospitalaria (Tratamiento, Cirugía y Accidentes)	Copagos	Clínica Vallesur, Miraflores y Bellavista	Clínica Delgado Lima
Habitación Individual	Deducible	S/. 300	S/. 600
	Cobertura	90%	70%
Honorarios Médicos por tratamiento y/o cirugías (médico principal, ayudantía, anestesista).	Cobertura	90%	70%
Otros Servicios Clínicos	Cobertura	90%	70%
Exámenes auxiliares de laboratorio clínico y patología	Cobertura	90%	70%
Exámenes de diagnóstico por imágenes	Cobertura	90%	70%
Farmacia hospitalaria	Cobertura	90%	70%
Atención de Maternidad	Copagos	Clínica Vallesur, Miraflores y Bellavista	Clínica Delgado Lima
6 controles pre-natales, 2 controles post-natales, 3 ecografías Limitado a la descripción citada en el Anexo 04	Cobertura	90%	50%
Parto Normal incluye hospitalización, exámenes auxiliares y farmacia durante el internamiento.	Cobertura	90%	50%
Complicaciones y/o Parto por Cesárea incluye hospitalización, exámenes auxiliares y farmacia durante el internamiento.	Límite del Beneficio	S/. 3,500	S/. 3,500
	Deducible	S/ 300	S/ 600
	Cobertura	80%	50%

Odontología	Copagos	Clínica Vallesur, Miraflores y Bellavista	Clínica Delgado Lima
Examen odontológico incluye odontograma	Deducible Cobertura	S/. 18 AI 100%	No se ofrece
Fluorización, Profilaxis y Fisioterapia anual	Deducible Cobertura	S/. 32 AI 50%	
Sellantes por pieza tratada	Deducible Cobertura	S/. 25 AI 50%	
Obturaciones por pieza tratada	Deducible Cobertura	S/. 32 AI 50%	
Pulpotomías, pulpectomías, endodoncias y extracciones	Deducible Cobertura	S/. 60 por pieza tratada AI 50%	
Radiografías por pieza	Cobertura	50%	

INFORMACIÓN REGLAMENTARIA

PREEXISTENCIA: Es cualquier condición de alteración del estado de salud con evidencia clínica, diagnosticada por un profesional de salud, consignada en una historia clínica u otro documento o registro con validez legal, no resuelta, y declarada o no, en el momento previo a llenar y suscribir la Declaración de Salud o el Contrato. No obstante las prestaciones demandadas que correspondan a esta clasificación podrán ser suministradas a costo del paciente bajo tarifas preferenciales según se consignan en el **Anexo 01**.

PERIODO DE CARENANCIA: Plazo mínimo de permanencia en el Plan o Programa de Salud para tener derecho o no a los beneficios establecidos en este. Los periodos de carencia se contabilizar de forma individual por cada afiliado, según se detalla en el **Anexo 02 para cada tipo de prestación y/o beneficio**. No obstante las atenciones médicas demandadas durante la aplicación de este periodo podrán ser suministradas a costo del paciente y bajo tarifas preferenciales según se consignan en el **Anexo 01**. Las Prestaciones Médicas bajo la modalidad de emergencia por accidentes se encuentran excluidos de la aplicación de este periodo.

Sistema de Quejas y Reclamos: Los Afiliados tienen el derecho a acceder al sistema de quejas y reclamos y al trámite correspondiente a través de la Central Telefónica: 513-7900.

3. APORTES Y FORMAS DE PAGO

De acuerdo a la Cláusulas Décimo Tercera y Décimo Cuarta de las **CONDICIONES GENERALES**, el **CONTRATANTE** deberá pagar los siguientes aportes de acuerdo a la modalidad de pago elegida.

APORTES MENSUALES EN MONEDA NACIONAL E INCLUYE IGV	
Rango de Edades	Cobertura Plan Base S/. 100,000
Desde 00 hasta 17 años	S/. 67
Desde 18 hasta 25 años	S/. 78
Desde 26 hasta 40 años	S/. 81
Desde 41 hasta 45 años	S/. 106
Desde 46 hasta 50 años	S/. 122
Desde 51 hasta 55 años	S/. 158
Desde 56 hasta 60 años	S/. 237
Desde 61 hasta 65 años	S/. 403
MODALIDADES DE PAGO	Débito Mensual Recurrente Mediante Tarjeta de Crédito o Débito
	Cuotas Mensuales (hasta 4 cuotas pago en efectivo año adelantado)

4. RED DE ATENCIÓN

NOMBRE COMERCIAL	RAZON SOCIAL	RUC	REG. SUSALUD	CIUDAD	DIRECCION
Clínica Vallesur	Clínica San Pablo de la Salle S.A.	20454135432	1303455	Arequipa	Av. La Salle N°116 y N° 108 Cercado
Clínica Delgado	Medic Ser S.A.C.	20501781291	1408279	Lima	Av. Angamos Oeste N°450-490
Clínica Bellavista	Clínica Bellavista S.A.C.	20100251176	990027C	Callao	Jr. Las Gaviotas N° 207 Urb. San José
Clínica Miraflores	Clínica Miraflores S.A.	20102756364	1304686	Piura	Calle Las Dalias A-12-Urb. Miraflores

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

5. ANEXOS

5.1 ANEXO 01: RELACION DE PRESTACIONES MEDICAS A TARIFAS PREFERENCIALES.

Las siguientes tarifas preferenciales aplican para aquellas prestaciones ocurridas durante el periodo de carencia que señala el plan en su Anexo 02, o para aquellas que sean pre-existentes o exclusiones específicas en el **PLAN PRESTACIONAL**..

ANEXO 1 RELACION DE PRESTACIONES MEDICAS A TARIFAS PREFERENCIALES

Concepto	Descuentos			
	Vallesur*	Clínica Delgado**	Bellavista**	Miraflores**
Honorarios de Especialidades en Consultas Externas				
Consulta ambulatoria: Medicina interna, Ginecoobstetricia, Pediatría, Medicina General.	30%	30%	20%	30%
Consulta ambulatoria especialidades: Cardiología, Urología, Gastroenterología, Dermatología, Neumología, Traumatología, Oftalmología, Fisioterapia, Rehabilitación, Nutrición, Psicología	30%	30%	0%	30%
Consulta ambulatoria especialidades quirúrgicas: Cirugía estética, Cirugía General	30%	30%	0%	30%
Consulta de otras especialidades Neurología, Oncología, Otorrinolaringología, Cirugía de tórax	30%	30%	0%	30%
Hospitalización. Día cuarto.	11%	10%	0%	30%
Ayuda diagnóstica en imágenes				
Radiología	15%	30%	20%	30%
Ecografía	15%	30%	20%	30%
Otras imágenes	15%	30%	20%	30%
Laboratorio clínico	15%	20%	20%	30%
Farmacia	30%	10%	Kairos - 15%	20%
Procedimientos ambulatorios	15%	10%	0%	0%
Consulta Emergencia (Atención Emergenciólogo)	30%	30%	0%	0%
Consulta Emergencia (Atención Especialista)	30%	30%	0%	0%

*Descuento sobre Tarifa C, incluye IGV

**Descuento sobre el precio particular, incluye IGV

5.2 ANEXO 02: PERIODO DE CARENCIA PARA PRESTACIONES MÉDICAS.

Las siguientes prestaciones por concepto de tratamientos y/o cirugías sólo serán cubiertas, en tanto no resulten preexistentes a la fecha del inicio de la vigencia del presente plan y luego de transcurrido el periodo de carencia señalado a continuación, siempre y cuando no estén excluidos en las **CONDICIONES GENERALES** de este **CONTRATO**.

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

ANEXO 2

PERIODO DE CARENCIA PARA PRESTACIONES MEDICAS

PRESTACIONES INCLUIDAS EN EL PLAN BASE	
Tipo de Prestación	Tiempo de Carencia
Emergencias Médicas y/o Accidentales	Sin Periodo de Carencia
Prestaciones cubiertas no especificadas en la presente relación	1 mes
Intervenciones quirúrgicas electivas en sala de operaciones, incluyendo exámenes pre-operatorios	12 meses
Cirugía de cabeza y cuello (oído, vías aéreo-respiratorias superiores y parte de inferiores)	12 meses
Cirugía ocular por, pterigion, chalazion	12 meses
Cirugía torácica	12 meses
Cirugía cardíaco vascular	12 meses
Cirugía del aparato digestivo (vesícula, vías biliares, etc.)	12 meses
Cirugía de hernias y eventraciones de la pared abdominal, de cualquier tipo	12 meses
Cirugía urológica (aparato urinario, glándulas suprarrenales, retroperitoneo, organos genitales masculinos como próstata, etc., incluyendo litotricia)	12 meses
Cirugía ginecológica (útero, anexos, mamas, etc.)	12 meses
Cirugía cerebrovascular (neurocirugía)	12 meses
Cirugía de tumoraciones benignas	12 meses
Cirugía artroscópica	12 meses
Cirugía ortopédica - traumatológica	12 meses
Cirugía laparoscópica	12 meses
Atención de la maternidad incluyendo sus complicaciones	18 meses

5.3 ANEXO 03: SERVICIOS QUE SE BRINDAN EN LA RED AUNA

ANEXO 3

DESCRIPCION DE SERVICIOS QUE SE BRINDAN EN LA RED AUNA

	Vallesur	Ci. Delgado	Bellavista	Miraflores		Vallesur	Ci. Delgado	Bellavista	Miraflores
ESPECIALIDADES PARA ATENCION EN LA CONSULTA EXTERNA U HOSPITALIZACION									
Alergia e Inmunología	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicina Nuclear	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiología	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Medicina Interna	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cirugía de Cabeza y Cuello	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nefrología	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cirugía General	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Neumología	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cirugía Pediátrica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurocirugía	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cirugía Plástica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Neurología	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cirugía Torácica y Cardíaca	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nutrición	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía Vasculat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Odontología	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dermatología	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Oftalmología	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Emergencias y desastres	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Oncología clínica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endocrinología	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Otorrinolaringología	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Gastroenterología	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Patología	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Geriatría	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pediatría	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ginecología	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Psiquiatría	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hematología Clínica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Radiología	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Laboratorio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Radiología intervencionista	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mastología	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traumatología	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Medicina Física y Rehabilitación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Urología	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
SERVICIOS A DISPOSICION DE NUESTROS PACIENTES									
Nutrición	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Emergencia 24 horas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Laboratorio clínico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Emergencia obstétrica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laboratorio de inmunología	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Emergencia pediátrica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Habitación hospitalaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Emergencia neurocirugía	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmacia 24 horas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Emergencia traumatológica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidados Intensivos adultos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Emergencia Quirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidados Intensivos neonatos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiología intervencionista	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quimioterapia Ambulatoria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiología	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Quimioterapia Hospitalaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ecografía	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Banco de Sangre	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Tomografía	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sala de Operaciones y Recuperación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Patología	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sala de Partos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terapia física y rehabilitación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sala de Bebés	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Oxígeno	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Medicina Nuclear	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EQUIPOS ESPECIALES DE NUEVA TECNOLOGIA									
Arco en C	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TEM	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mamógrafo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Respirador Neonatal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cineangiografo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Baquiterapia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acelerador Lineal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esterotaxia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTROS ASPECTOS DE CONFORT									
Habitaciones con Oxígeno empotrado, monitoreo de enfermería, otros.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Habitaciones con Internet WiFi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Habitaciones con agua caliente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Habitaciones con TV y cable	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

ANEXO 04: DETALLE DE LAS ATENCIONES POR PARTO NORMAL O CESAREA.

ANEXO 4 DESCRIPCION DE ATENCIONES POR PARTO NORMAL O CESAREA

ATENCION DE PARTO NORMAL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO NORMAL

CONTROL DEL EMBARAZO	N° DE ATENCIONES
Ecografía obstétrica	3
Hemograma completo	1
Examen completo de orina	2
Creatinina en sangre	1
Glucosa en sangre	2
Medición de hemoglobina	2
Prueba de sífilis cualitativa	2
Prueba rápida o ELISA para HIV	2
Tipificación de sangre; ABO	1
Tipificación de sangre; Rh	1
Citopatología cervical o vaginal	1

ATENCION DEL PARTO	
Hospitalización	2 días
Hematocrito	2

ATENCION DEL PUERPERIO	
Consulta médica postnatal hasta los 45 días posteriores al parto	2

ATENCION DEL RECIEN NACIDO	POR CADA RECIEN NACIDO
Grupo sanguíneo y Factor RH	1
Control ambulatorio del Recién Nacido dentro de los 28 días posteriores al nacimiento	1

ATENCION CESAREA GESTACION UNICA O MULTIPLE

CONTROL DEL EMBARAZO	N° DE ATENCIONES
Ecografía obstétrica	3
Hemograma completo	1
Examen completo de orina	2
Creatinina en sangre	1
Glucosa en sangre	2
Medición de hemoglobina	2
Prueba de sífilis cualitativa	2
Prueba rápida o ELISA para HIV	2
Tipificación de sangre; ABO	1
Tipificación de sangre; Rh	1
Citopatología cervical o vaginal	1

ATENCION DEL PARTO	
Hospitalización	3 días
Hematocrito	2
Perfil de coagulación	1
Creatinina en sangre	1
Urea	1
Hemograma	1
Riesgo quirúrgico	1
Radiografía de tórax	1

ATENCION DEL PUERPERIO	
Consulta médica postnatal / post quirúrgica hasta los 45 días posteriores al parto	1

ATENCION DEL RECIEN NACIDO	POR CADA RECIEN NACIDO
Grupo sanguíneo y Factor RH	1
Control ambulatorio del Recién Nacido dentro de los 28 días posteriores al nacimiento	1

Contrato vigente a partir del 01 de Octubre de 2017

Código OS.SP.P.02.13

Revisión: 00