



CONTRATO DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMA PREPAGADO AUNA JOVEN

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.**, con RIAFAS N° 20006, R.U.C. N° 20101039910, con domicilio en Av. República de Panamá N° 3461, Piso 14, Distrito de San Isidro, Provincia y Departamento de Lima, representado por su Apoderado Especial, Señor Guillermo Michell Lecaros Gutiérrez, identificado con DNI N° 10308857, según poder inscrito en la partida electrónica N° 00558907 del registro de personas jurídicas de Lima, a quien en adelante se le denominará la **IAFAS**, y de la otra parte el **CONTRATANTE** quien consigna sus generales de ley en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, que forma parte integrante de este **CONTRATO**, quien procede por su propio derecho y en representación de sus derechohabientes y/o dependientes y/o **AFILIADOS** propuestos sin relación de dependencia, según relación detallada en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, quien ha optado por contratar la cobertura de prestaciones de salud con la **IAFAS** para quienes en adelante se denominará como **AFILIADO**, según corresponda, en los términos y condiciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA
ANTECEDENTES

La **IAFAS** es una persona jurídica constituida y debidamente registrada ante la Superintendencia Nacional de Salud (**SUSALUD**), con arreglo a las disposiciones del TUO de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, y el Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud aprobado por el DS-008-2010-SA y demás disposiciones complementarias, cuyo objeto es el de brindar cobertura de aseguramiento en salud complementaria al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (**PEAS**), bajo la modalidad de prestación de servicios de salud.

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**, que forma parte integrante del presente **CONTRATO**.

CLÁUSULA SEGUNDA
OBJETO

En virtud del presente “Contrato de Prestaciones de Servicios de Salud” (en adelante, el **CONTRATO**), la **IAFAS** otorga a los **AFILIADOS** cobertura de prestaciones de salud 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**.

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

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

CLÁUSULA TERCERA
CONTENIDO

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



1

SOLICITUD DE AFILIACIÓN



2

CONDICIONES GENERALES



3

CONDICIONES PARTICULARES

- 1 **SOLICITUD DE AFILIACIÓN:** Documento en el que el **CONTRATANTE** propone (i) la relación de **AFILIADOS**, (ii) programa de salud seleccionado; y, (iii) la modalidad de pago.
- 2 **CONDICIONES GENERALES:** Establecen las condiciones mínimas que rigen la cobertura de las prestaciones de salud.
- 3 **CONDICIONES PARTICULARES:** Contiene la descripción pormenorizada del alcance, limitaciones y **EXCLUSIONES** del programa de salud contratado, incluyendo la red de atención, **COPAGOS**, deducibles, aportes adicionales, obligaciones administrativas de las Partes y otras relevantes que conducen el vínculo entre el **AFILIADO** y la **IAFAS**.

CLÁUSULA CUARTA:

DEFINICIONES

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

- 1 **AFILIACIÓN INDIVIDUAL:** Modalidad mediante la cual el **AFILIADO** formaliza su relación de aseguramiento en salud con una **IAFAS** a título personal, en virtud de un **CONTRATO** suscrito con esta. En el caso de los dependientes, la **IAFAS** respectiva deberá registrarlos individualmente, señalando expresamente cualquier limitación que le resulte aplicable respecto de la cobertura del titular.
- 2 **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**.
- 3 **APORTE:** Contraprestación establecida en el **CONTRATO** a favor de la **IAFAS**, de cargo del **AFILIADO** o **CONTRATANTE**, por los beneficios del programa adquirido.
- 4 **BENEFICIOS:** Derechos de (los) **AFILIADO**(s), según las condiciones establecidas en el programa contratado.
- 5 **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**.
- 6 **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.
- 7 **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.
- 8 **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**.

- 9 DEDUCIBLE:** Importe fijo a pagar por el **AFILIADO** por los servicios cubiertos, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican deducibles se especifican en el **PLAN DE BENEFICIOS** de las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**. Una misma atención puede estar afecta a copagos y deducibles.
- 10 DÍAS:** Días calendario
- 11 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.
- 12 EXCLUSIONES:** Son aquellas intervenciones de salud no cubiertas por el programa de salud contratado y las mismas que son detalladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del **CONTRATO**.
- 13 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA:** Conjunto de recomendaciones desarrolladas en forma sistemática para ayudar a los profesionales y pacientes en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas.
- 14 IPRESS:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (**IPRESS**), son todos aquellos establecimientos públicos, privados o mixtos categorizados y acreditados por la autoridad competente y registrados en la Superintendencia Nacional de Salud (**SUSALUD**), autorizados para brindar los servicios de salud correspondiente a su nivel de atención.
- 15 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.
- 16 PERÍODO DE CARENCIA:** Plazo mínimo de permanencia en el plan o programa de salud para tener derecho o no, a los beneficios establecidos en este. Los **PERÍODO DE CARENCIA** se contabilizan en forma individual por cada **AFILIADO**.
- 17 PLAN DE BENEFICIOS:** Es el documento que detalla los beneficios que otorga la Entidad de Servicios de Salud Prepagados (ESSP).
- 18 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**.
- 19 SALUD:** Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

CLÁUSULA QUINTA:

COBERTURA Y CONDICIONES

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

CLÁUSULA SEXTA:

REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN

Constituye un requisito previo y parte integral del **CONTRATO**, la suscripción de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, por parte del **CONTRATANTE** en la que debe consignar sus datos de ley.

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**, condicionamientos que la **IAFAS** deberá poner en conocimiento del **CONTRATANTE** con la debida oportunidad.

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**.

Cualquier reticencia, falsedad, omisión, inexactitud u ocultamiento de información relativa al estado de salud, por parte del **CONTRATANTE**, suscriptor de la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**, constituye incumplimiento de las obligaciones del **AFILIADO** y, en consecuencia, la **IAFAS** se reserva la facultad para resolver unilateral y automáticamente el **CONTRATO** sin que ello genere derecho a devolución íntegra de los aportes a favor del **CONTRATANTE**.

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.

El **CONTRATANTE** declara tener conocimiento y responsabilidad de la información brindada sobre el estado de salud y antecedentes médicos de los **AFILIADOS**.

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

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 la cláusula sexta del presente **CONTRATO**. Del mismo modo, se encuentran sujetos a las condiciones establecidas por su programa contratado.

Del mismo modo, el **AFILIADO** podrá solicitar la migración a un programa superior en cualquier momento; para lo cual deberá presentar una nueva **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** y **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** respectiva.

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.

En caso el **CONTRATANTE** deba modificar las formas de pago, deberá formular la solicitud escrita a la **IAFAS**.

El **CONTRATANTE** declara tener conocimiento y responsabilidad de la información brindada sobre el estado de salud y antecedentes médicos de los **AFILIADOS**.

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

CLÁUSULA OCTAVA:

DE LA DESAFILIACIÓN

La **DESAFILIACIÓN** al programa de salud seleccionado se producirá de forma automática cuando se encuentre en alguno de los siguientes supuestos:

- 1 Por la culminación del supuesto de hecho que le daba la condición de **AFILIADO**.
- 2 Por la extinción del Contrato de Prestaciones de Servicios de Salud por las causales de caducidad, no renovación, resolución, rescisión, o nulidad del **CONTRATO**.

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.

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

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 de salud 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.

Siempre que el **CONTRATO** quede renovado, el **AFILIADO** no estará sujeto a un nuevo **PERÍODO DE CARENCIA**, así como las atenciones de emergencia por accidente; 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:

PRESTACIONES PREVENTIVAS

La cobertura contempla también el otorgamiento de un chequeo médico, cuya amplitud y frecuencia se describe en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**. El íntegro de las prestaciones se realizará en la **IPRESS** designada, resultando este beneficio personal y discrecional para el **AFILIADO**, no siendo transferible ni acumulable, ni canjeable alguno de sus componentes. 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 preventivo, vencido este plazo el **AFILIADO** deberá esperar el tiempo establecido en el **PLAN DE BENEFICIOS** para acceder nuevamente al próximo despistaje preventivo.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA:

PERTINENCIA DE LAS PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD

La cobertura de salud que la **IAFAS** otorga a favor del **AFILIADO** en virtud del presente **CONTRATO**, comprende las condiciones y prestaciones de salud contenidas en las **CONDICIONES PARTICULARES**, que correspondan a los conceptos de pertinencia; las cuales se encuentran acorde con las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA** con base al cumplimiento de los siguientes criterios:

- 1 Que, las prestaciones de salud se encuentren recomendadas y comprendidas en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**.
- 2 Que, el tratamiento y el (los) fármaco(s) indicado(s), hayan concluido exitosamente el **ENSAYO CLÍNICO DE FASE III** y se encuentren comprendidos en las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** de la **RED AUNA**.
- 3 Que, los procedimientos y tratamientos se encuentren estrictamente relacionados al(los) diagnóstico (s) objeto de la cobertura del programa.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA:

INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA

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

El inicio de las prestaciones, bajo cobertura del programa, se dará desde el inicio de vigencia del programa, sin aplicación del período de carencia. De la misma forma se procederá con los descuentos tarifarios concedidos de manera preferencial sobre las tarifas privadas en la **IPRESS**.

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA:

LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y DIRECTORIO MÉDICO

El otorgamiento de las prestaciones preventivas y de recuperación de salud amparadas bajo el presente **CONTRATO**, se otorgarán exclusivamente en la red de atención consignada en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO**, en el que consta la dirección del establecimiento.

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

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

La **IPRESS** se obliga a atender al **AFILIADO** que requiera sus servicios. Si el diagnóstico efectuado determina que el tratamiento excede las coberturas contratadas en el **PLAN DE BENEFICIOS** contenido en las **CONDICIONES PARTICULARES**, coordinará la referencia del paciente a la **IPRESS** que corresponda de acuerdo con su programa de cobertura obligatoria y/o complementaria.

En caso que las prestaciones que demande la asistencial del **AFILIADO**, excedan la cobertura del programa 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

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

Los aportes podrán ser abonados según las modalidades que contemple el programa de salud y de acuerdo a la forma de pago que el **CONTRATANTE** haya consignado en la **SOLICITUD DE 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.

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.

Para cualquier modalidad de pago y/o forma de fraccionamiento de los aportes elegida, ya sea abono directo o a través de instituciones financieras o terceros, el **CONTRATANTE** se obliga a cancelar dichas sumas dentro de los plazos establecidos. En tal sentido, el **CONTRATANTE** se responsabiliza, a título personal, ante la **IAFAS** por cualquier deuda generada, inclusive cuando la misma se derive de hechos imputables a la entidad financiera o tercero al que delegó el pago de sus aportes.

Cualquier incumplimiento, tanto del **CONTRATANTE** como la entidad financiera o el tercero a través del cual se valga para hacer efectivo el pago de sus aportes, facultará a la **IAFAS** a suspender o resolver el **CONTRATO**, según lo dispuesto en la cláusula siguiente. En cualquier caso, será obligación exclusiva del **CONTRATANTE** la oportuna comunicación a la **IAFAS** de cualquier variación del medio de pago y/o la información relativa al mismo.

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA:

INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE LOS APORTES

Siempre que el **CONTRATANTE** incumpla con el pago de los aportes por más de treinta (30) días calendario, la **IAFAS** 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.

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**.

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**).

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 Y DEDUCIBLES

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA:

MODIFICACIÓN DE APORTACIONES Y/O COPAGOS

La estimación de aportaciones a pagar por el **CONTRATANTE** se establece en función a la siniestralidad esperada del programa (costos de los distintos tratamientos), los gastos proyectados de comercialización, operativos y administrativos; y al margen requerido por la **IAFAS**.

La siniestralidad esperada depende del perfil de edades de la población afiliada, siendo creciente con la edad. El monto final resultante a pagar por el **CONTRATANTE** para cada edad alcanzada al momento de la afiliación o renovación es modificado buscando una subvención del riesgo entre edades, de manera que los incrementos en el monto de las aportaciones sean más equilibrados, con una subvención mayor para las edades avanzadas.

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

La **IAFAS** pone a disposición de los **AFILIADOS** el programa de salud por medios digitales o a través de su página web www.oncosalud.pe, a fin de permitir su acceso a la información de forma oportuna, clara y precisa.

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA:

DOMICILIO Y NOTIFICACIONES

Las Partes señalan como domicilio real el que se indica en la introducción del presente **CONTRATO** y en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**.

Asimismo, las Partes establecen que se considerarán válidamente dirigidas para todo efecto legal las comunicaciones y/o notificaciones vinculadas a este **CONTRATO** que se realicen a través de los medios físicos, electrónicos o analógicos (dirección, correo electrónico, celular, teléfono y/o cualquier otro permitido) declarados por las Partes en el **CONTRATO** y/o en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**.

En caso alguna de las Partes varíe alguno de tales medios de contacto, deberá comunicarlo al correo electrónico de la contra parte señalado con un mínimo de cinco (5) días hábiles de anticipación y con cargo de recepción.

La **IAFAS** no se hace responsable de las consecuencias derivadas de la inexactitud del domicilio real y/o de cualquiera de los medios de contacto declarados por el **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA:

ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

Los **AFILIADOS** cuentan con los siguientes medios para la presentación de consultas y reclamos ante la **IAFAS**:

- 1 Carta Simple o Notarial dirigido a la **IAFAS**.
- 2 Libro de Reclamaciones ubicado de forma físico en las oficinas o establecimientos de la **IAFAS**.
- 3 Libro de Reclamaciones Virtual disponible en la página web institucional de la **IAFAS**.
- 4 Dirección de correo electrónico habilitada para consultas y/o reclamos, contactos@oncosalud.pe.
- 5 Call Center de servicio al cliente de la **IAFAS** el mismo que se encuentra disponible en el número telefónico **(01) 513-7900**.

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

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 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.
- 5 Por superación de la edad límite máximo de permanencia establecido en el **PLAN DE BENEFICIOS**.

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

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.

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” 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 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**.

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

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 cuota anual, debiendo la **IAFAS** devolver el monto del aporte que haya recibido. El **CONTRATANTE** para tal efecto deberá comunicarse con la **IAFAS**, por cualquier medio de comunicación o utilizando el mismo medio, forma y lugar que se usó para la contratación.

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEXTA:

SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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.

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

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, a través de medios físicos, electrónicos o analógicos (dirección, correo electrónico, celular, teléfono y/o cualquier otro permitido). Las modificaciones señaladas por la **IAFAS** regirán a partir de la renovación del **CONTRATO**.

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 AUNA JOVEN

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 de salud contratado por el **CONTRATANTE** en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, los **AFILIADOS** tienen derecho a lo siguiente:

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

1.1 CHEQUEO MÉDICO

Conformado por un paquete de exámenes de laboratorio, evaluación médica de resultados a través de la especialidad de medicina interna y evaluación de agudeza visual por optómetra, realizado por especialistas de la **IPRESS** designada en la **RED DE ATENCION**. Aplica a todos los afiliados desde el inicio de vigencia, sin periodo de carencia y/o espera, sin deducible y sin copago, con periodicidad anual desde su último chequeo efectivo.



Los exámenes preventivos que conforman el paquete no son transferibles, acumulables, canjeables o intercambiables con otros exámenes que no correspondan al programa de salud contratado.

En caso el médico evaluador considere pertinente recomendar o indicar alguna prestación adicional como resultado del chequeo médico (interconsulta con alguna especialidad, medicamentos, exámenes auxiliares o procedimientos), estas no formarán parte de este beneficio, debiendo ser atendidas bajo las demás condiciones indicadas en el **PLAN DE BENEFICIOS**.

La cita deberá ser reservada a través del Call Center o de manera presencial en la **IPRESS** pertenecientes a la red de atención del presente **CONTRATO**.

El detalle del chequeo médico anual se encuentra detallado en el **PLAN DE BENEFICIOS**.

1.2 CONSULTA AMBULATORIA

La consulta ambulatoria es aquella que se realiza en la **IPRESS** designada en la **RED DE ATENCIÓN**, que no requiera hospitalización y requiere el pago de un deducible especificado en el **PLAN DE BENEFICIOS**.



Las citas se encuentran sujetas a la disponibilidad de cada médico de acuerdo a la **LISTA DE MÉDICOS PARTICIPANTES** y especialidades comprendidas en los beneficios del programa, misma que se encuentra publicada en <https://clinicadelgado.pe/tarjetas-auna/> y podrá ser actualizada dentro de los primeros 5 días útiles de cada mes.

Los exámenes auxiliares (estudios de laboratorio e imágenes) y los medicamentos prescritos por los especialistas del programa, serán a costo del afiliado y tendrán tarifas preferenciales de descuento sobre la tarifa privada, según el detalle del **Anexo 3**.

La cita deberá ser reservada a través del Call Center o de manera presencial en la **IPRESS** pertenecientes a la red de atención del presente **CONTRATO**.

1.3. INMUNIZACIONES

A través del Centro de Inmunizaciones especializado de la **IPRESS** designada en la **RED DE ATENCIÓN**, se otorgará acceso al esquema de inmunizaciones para las siguientes vacunas: Influenza Estacional Tetravalente, Hepatitis B y Tétano, Pertusis y Difteria, con tarifas preferenciales indicadas en el **PLAN DE BENEFICIOS**.



2. PLAN DE BENEFICIOS

La cobertura que el **AFILIADO** tiene derecho a través del presente **CONTRATO** corresponde de manera específica al programa de salud contratado cuyos alcances, limitaciones, deducibles, copagos y aportes detallamos a continuación.

PROGRAMA AUNA JOVEN 2020

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN		AUNA JOVEN 2020	
Límite máximo del beneficio anual por afiliado: Afiliado titular		Sin Límite de monto	
Edad inicio de ingreso		Desde los 18 años.	
Edad de límite de permanencia		Hasta los 40 años.	
Periodo de carencia		Sin periodo de carencia.	
Renovación		Anual, automática	

CHEQUEO MÉDICO (01 chequeo al año)	DEDUCIBLE Y/O COPAGO A CARGO DEL AFILIADO	COBERTURA
Glucosa Hemoglobina Colesterol Triglicéridos Examen de orina (sedimento).	0%	100%
01 Consulta para lectura de resultados por Medicina Interna		
01 Consulta de Medición de vista por optometrista		

ATENCIÓN AMBULATORIA	DEDUCIBLE POR CONSULTA
Consulta Ambulatoria (ginecología, dermatología, endocrinología, gastroenterología, nutrición y otras especialidades)	S/ 80

PROGRAMA AUNA JOVEN 2020

EXÁMENES AUXILIARES Y MEDICINAS	DESCUENTO
Laboratorio	Tarifas preferenciales hasta con 20% de dscto. (Ver Anexo 3)
Imágenes	
Medicamentos	
INMUNIZACIONES	DESCUENTO
Influenza Estacional Tetravalente	15% dscto.
Hepatitis B	
Tétano, Pertusis y Difteria	

Las coberturas y tarifas preferenciales, aplican sobre la tarifa privada de la **IPRESS**, no resultando acumulables con otras promociones, paquetes o mecanismos de financiamiento (incluyendo combinaciones con otros seguros).

Accesoriamente, el **AFILIADO** tendrá acceso a **BENEFICIOS ADICIONALES** detallados en el [Anexo 5](#), cuyas prestaciones, alcance y limitaciones se describen en la misma sección.

3. RED DE ATENCIÓN

NOMBRE COMERCIAL	RAZÓN SOCIAL	REGISTRO SUSALUD	CIUDAD	DISTRITO	DIRECCIÓN	TELÉFONO
Clínica Delgado	MEDIC SER SAC	1408279	Lima	Miraflores	Av. Angamos Oeste N°450-490	(01) 377-7000

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: Aportes y Formas de Pago.	Pág. 20
ANEXO 2: Especialidades Médicas del Programa	Pág. 20
ANEXO 3: Prestaciones Médicas a Tarifas y Descuentos Preferenciales.....	Pág. 21
ANEXO 4: Relación de Servicios Clínicos Sujetos a Descuentos	Pág. 23
ANEXO 5: Beneficios Adicionales	Pág. 25
ANEXO 6: Exclusiones, Gastos no Cubiertos y Limitaciones a las Coberturas Contratadas	Pág. 27
ANEXO 7: Flujograma de Procedimiento de Atención de Consultas y Reclamos	Pág. 29

ANEXO 1

APORTES Y FORMAS DE PAGO

APORTE ANUAL EN MONEDA NACIONAL (INCLUIDO IGV)

TARIFA POR RANGO DE EDAD	TARJETA DE CRÉDITO O DÉBITO
Desde 18 hasta 40 años	S/ 200

Los aportes del programa **AUNA JOVEN** están expresados en soles e incluyen IGV. Superada la edad de límite de permanencia establecida para el programa deberá migrar a un programa superior ofertado por **AUNA**, para lo cual deberá realizar la solicitud de afiliación al mismo.

ANEXO 2

ESPECIALIDADES MÉDICAS DEL PROGRAMA

ESPECIALIDADES MÉDICAS DEL PROGRAMA AUNA JOVEN	
Anestesiología	Nefrología
Cardiología	Neumología
Cirugía General	Neurocirugía
Dermatología	Neurología
Endocrinología	Nutrición
Enfermedades Infecciosas Y Tropicales	Oftalmología
Gastroenterología	Ortopedia y Traumatología
Ginecología y Obstetricia	Otorrinolaringología
Hematología	Reumatología
Inmunología y Alergia	Urología
Medicina Interna	

ANEXO 3

PRESTACIONES MÉDICAS A TARIFAS Y DESCUENTOS PREFERENCIALES

PRESTACIONES MÉDICAS	TARIFAS Y/O DESCUENTOS
Medicinas	Hasta 20% de dscto.
Laboratorio clínico	Hasta 20% de dscto.
Imágenes	Hasta 20% de dscto.
Servicios Clínicos*	Hasta 40% de dscto.

Las tarifas preferenciales y/o descuentos aplican sobre la tarifa privada establecida por la **IPRESS**, para acceder a ellas deberá identificarse como **AFILIADO** del programa **AUNA JOVEN** en el momento de solicitar la prestación médica.

Estos descuentos son transversales, es decir, aplican en todas las áreas de la clínica (Ambulatorio, Emergencia, Hospitalización y Cirugía). Así, aun cuando el programa no brinde cobertura en los servicios de Emergencia, Hospitalización y Cirugía, el **AFILIADO** podrá acceder a los descuentos indicados en medicamentos, laboratorio, imágenes y servicios clínicos.

No forma parte de este beneficio los procedimientos médicos, incluyendo sus honorarios, así como el alquiler de equipos.

Las tarifas preferenciales y/o descuentos se encuentran sujetas a actualizaciones por parte del prestador de servicios médicos (**IPRESS**).

*Los servicios clínicos sujetos a este beneficio, están detallados en el [Anexo 4](#).

PAQUETES DE MATERNIDAD

	PARTO VAGINAL	CESÁREA
Servicios Clínicos	2 días de habitación estándar	3 días de habitación estándar
	Servicio de alimentación para la madre	Servicio de alimentación para la madre
	Estancia y control del recién nacido los días indicados	Estancia y control del recién nacido los días indicados
	Suite de parto integral (para el proceso de dilatación, parto y recuperación)	Sala de Operaciones y Recuperación
	Oxígeno, central de monitoreo materno fetal	Oxígeno, central de monitoreo materno fetal
Servicios Médicos y Asistenciales	Servicios de enfermería	Servicios de enfermería
	Servicio médico especializado 24 horas	Servicio médico especializado 24 horas
	Servicios del Centro de Maternidad	Servicio especializado del Centro de Maternidad
	Servicio especializado y personalizado del equipo de Obstetras	Servicio especializado y personalizado del equipo de Obstetras
	Honorarios profesionales de Anestesiólogo y Neonatólogo	Honorarios profesionales de Anestesiólogo y Neonatólogo
Farmacia	Insumos y medicamentos utilizados en la suite de parto integral y hospitalización	Material quirúrgico y medicamentos en Sala de Operaciones y Recuperación
	–	Anestesia durante la cesárea y manejo del dolor post cesárea hasta 48 horas
Laboratorio	Análisis del recién nacido	Análisis del recién nacido
Adicionales	Pase de estacionamiento gratuito para un vehículo durante la estancia	Pase de estacionamiento gratuito para un vehículo durante la estancia



No incluye:

- Exámenes preoperatorios: perfil laboratorio, riesgo quirúrgico, consulta pre anestésica.
- Honorarios del médico
- Complicaciones en la madre o el recién nacido, Banco de Sangre, medicamentos y exámenes no previstos, interconsultas y participación de otros médicos especialistas, mayor estancia hospitalaria, servicios auxiliares: UCI Neonatal y Adultos (cuidados intermedios e intensivos).
- Adicionales en materiales quirúrgicos, insumos, medicinas u otro tipo de consumos en Farmacia debido a condiciones especiales o cambios en condiciones clínicas de la madre y el bebé o como consecuencia de una complicación.
- Tamizajes neonatales: básico, ampliado y auditivo.
- Estadía hospitalaria en habitación suite.
- Parto múltiple.

Los precios de estos paquetes de maternidad serán actualizados en la página web, en la sección dedicada al programa.

ANEXO 4

RELACIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS SUJETOS A DESCUENTOS

SERVICIO CLÍNICOS	
Sala de dilatación	Unidad de cuidados intensivos generales
Sala de observación neonatal	Unidad de cuidados intensivos pediátricos
Sala de partos	Unidad de cuidados intensivos neonatológicos
Sala de puerperio	Unidad de cuidados intensivos neonatológicos aislados
Sala de bebés	Unidad de cuidados intermedios neonatológicos
Sala de operaciones - cirugía menor	Unidad de trasplante renal por día
Sala de operaciones - cirugía mayor	Unidad de trasplante medula ósea por día
Sala de ecografía avanzada	Unidad coronaria (cine angiografía. Cateterismo cardiaco. Angioplastia)
Sala de endoscopias	Unidad cuidados intermedios /especiales
Sala de oftalmología (30% honorarios del cirujano)	Unidad de quemados
Sala de procedimientos especiales	Manejo del dolor por día
Sala de procedimientos medicina nuclear	Atención recién nacido - sala de bebés
Sala de operaciones - mas de 2 horas	Psicoprofilaxis trabajo de parto (paquete completo)
Sala de operaciones -cada hora adicional	Examen obstétrico sin hospitalizar
Sala de quimioterapia por hora	Enfermera consejería
Sala de transfusiones c/hora	Licenciada enfermería (12 hrs)
Sala de hemodinámica y perfusión	Técnica de enfermería (12 hrs)
Curación pequeña heridas, infectadas, abscesos	Técnica de enfermería 6 horas
Curación grande heridas, infectadas, flemón, quemadura	Técnica de enfermería 8 horas
Oxígeno por cirugía hasta 2 horas	Técnica de enfermería 12 horas noche
Oxígeno por m3	Suite presidencial
Sala de recuperación hasta 2 horas	Suite tipo I
Sala de recuperación de 2 a 6 horas	Suite
Sala de recuperación de 6 a 24 horas	Cuarto individual con baño/con sofá cama y/o sillón
Preparación pre-operatoria hasta 2 horas	Cuarto individual con baño y cama de acompañante
Reposo post-operatorio hasta 2 horas	Cuarto individual con baño
Reposo post-operatorio de 2 a 8 horas	Cuarto - estadía adicional voluntaria
Reposo postoperatorio de 6 a 24 horas	Cuarto doble sin baño

SERVICIO CLÍNICOS

Aplicación inyectable im/sc/intradérmica	Cuarto maternidad
Aplicación de vacunas	Mortuorio
Aplicación de inyectable endovenoso	Copia de historia clínica
Venoclisis	Copia de resultado de exámenes
Medida de presión arterial	Inyección de contraste en articulación
Puesta de aretes	Inyección de contraste mielografico
Aplicación de enema evacuante	Recarga de oxigeno 6m3
Reposo sala de observación de emergencia hasta 1 hora	Upgrade suite materna
Reposo sala observación de emergencia cada hora de 2 a 4 horas	Visita de enfermería y servicios
Reposo sala observación de emergencia cada hora de 5 a 8 horas	Aplicación vacuna influenza (ped)
Tópico de procedimientos mínimamente invasivos	Aplicación vacuna influenza (adult)
Tópico de sutura	Aplicación vacuna hepatitis B (ped)
Tópico traumatología /sala de yesos / por atención	Aplicación vacuna hepatitis B (adult)
Unidad de shock trauma-por hora	Aplicación vacuna BCG
Tópico emergencia por intervenciones o procedimientos	

No forma parte de este beneficio de descuentos, el alquiler de equipos, servicios de bazar y spa, alimentación, nutrición enteral y parenteral y servicio de banco de sangre.

ANEXO 5

BENEFICIOS ADICIONALES

Los beneficios descritos a continuación, no son objeto del programa, no obstante, los **AFILIADOS** podrán acceder, en forma discrecional, a los servicios que serán proporcionados por la empresa **MOK PERU S.A.C.** bajo sus propios términos y responsabilidad.

MÉDICO A DOMICILIO*		
Se otorga cobertura de Médico a domicilio al titular del programa, a través del proveedor designado por la IAFAS, para los siguientes servicios:	EVENTO CUBIERTOS	DEDUCIBLE
Médico a domicilio en la especialidad de medicina general	ILIMITADO	S/ 35.00 por evento
Incluye la primera toma de medicamento		
Solo aplica en Lima		

* No aplica para emergencias y/o urgencias médicas.

ASISTENCIA AUXILIO VIAL		
Se otorga cobertura de Auxilio Vial al titular del programa, a través del proveedor designado por la IAFAS, para los siguientes servicios:	EVENTO CUBIERTOS	LIMITE
Cambio de Neumáticos: Por repuesto en caso de pinchadura en cuyo caso el Afiliado deberá contar con el neumático de repuesto.	2 EVENTOS AL AÑO	MÁXIMO S/ 100.00 por evento
Suministro Combustible*: Por un máximo de 2 galones de combustible que sólo será disponible a partir de 3 cuadras del domicilio registrado por el Afiliado.		
Cerrajería Vial: En caso de pérdida o extravío de llaves, o inutilización de chapas o cerraduras que haga imposible el ingreso o salida del vehículo del Afiliado.		
Recarga de Batería: Paso de corriente por descarga de la batería del vehículo del Afiliado.		
Chofer de reemplazo: Por un máximo de 30 km desde el inicio hasta el fin de la ruta. La solicitud deberá realizarse con un mínimo de 2 horas de anticipación. En el caso de viernes, sábados y días previos a feriados, si el servicio será requerido a partir de las 8 pm, deberá ser solicitado con un mínimo de 4 horas de anticipación. Este servicio está sujeto a la disponibilidad de los choferes.		



No incluye: Refacciones, piezas, insumos o similares, tales como sin limitarse a: reemplazo de cerraduras, copias de llaves, costo del combustible, batería de reemplazo, neumático de reemplazo en caso que el auto no cuente con el correspondiente repuesto.

El **AFILIADO** en todo momento deberá supervisar la prestación de los servicios.

En caso el **AFILIADO** desee un servicio que supere la distancia cubierta, **MOK** podrá ofrecer el servicio previa aceptación del cargo adicional que tendrá que pagar el **AFILIADO** directamente al chofer de reemplazo.

* El costo del combustible suministrado deberá ser cubierto por el **AFILIADO**, contra comprobante de pago presentado.

ACTIVACIÓN Y ACCESO A LOS BENEFICIOS MOK

Para poder acceder a los beneficios de nuestro aliado estratégico **MOK**, usted como afiliado a **AUNA JOVEN** deberá de llamar al Call Center de **ONCOSALUD (01) 513-7900** y solicitar la activación del beneficio.

Si quiere solicitar su asistencia deberá estar activado en nuestro sistema y luego llamar al número de nuestro aliado estratégico **MOK (01) 700-6693** disponible las 24 horas del día durante todo el año e indicar los siguientes datos para brindarle la atención requerida.

- Ser afiliado al programa **AUNA JOVEN** de **ONCOSALUD**.
- Nombres y apellidos completos.
- Número de Documento de identidad.
- Dirección donde se brindará la atención.
- Número de teléfono de contacto.

LIMITES DE COBERTURA

Los servicios ofertados por la empresa **MOK** se prestarán en zona urbana, según el radio de acción:



LIMA METROPOLITANA
• Callao y Balnearios



SUR
• Hasta Asia (KM 100)



NORTE
• Hasta Ancón



ESTE
• Hasta Chaclacayo, Chosica y Cieneguilla



OESTE
• Hasta La Punta

ANEXO 6

EXCLUSIONES, GASTOS NO CUBIERTOS Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

- 1 Todo tipo de requerimiento prestacional que no sea ordenado o prescrito por el o los profesionales médicos designados por la **IAFAS** y/o no hayan sido autorizadas por ésta y considerados en el listado de profesionales médicos publicado en la página web <https://clinicadelgado.pe/tarjetas-auna/>. Así como el tratamiento y/o manejo de las complicaciones, eventos adversos, efectos secundarios y otros que se puedan ocasionar o devenir de estos tratamientos e indicaciones médicas dadas y ejecutadas al margen de lo anteriormente establecido.
- 2 Procedimientos ambulatorios, hospitalarios o en emergencia, sean diagnósticos y/o terapéuticos, ni tratamiento quirúrgico, ni interconsultas hospitalarias. Asimismo, no se encuentran sujetos a descuento los honorarios médicos correspondientes a estos servicios.
- 3 Evaluación especializada para riesgo cardiológico, riesgo neumológico, y/o riesgo anestesiológico, los cuales son requeridos para cada procedimiento quirúrgico dependiendo de la condición clínica del paciente.
- 4 Chequeos médicos distintos a los paquetes ofertados por la clínica.
- 5 Cualquier reintegro y/o pagos por servicios médicos suministrados por terceros no expresamente autorizados, sea por concepto de gastos ambulatorios, de hospitalización no quirúrgica, quirúrgica o gastos post-operatorios de cualquier índole médicos o no médicos.
- 6 Cualquier solicitud de reintegro de gastos médicos, inclusive honorarios de médicos pactados directamente por el **AFILIADO**, así como cualquier tipo de gastos efectuados fuera de la red de atención autorizada por el programa y en el extranjero. No se reconocerán honorarios por encima de lo pactado con los proveedores de salud. Así como también sobrecostos de medicamentos, insumos, material médico o procedimientos diagnósticos o terapéuticos por encima de los costos establecidos por la **IAFAS**.
- 7 Todos los gastos relacionados al incumplimiento de las indicaciones médicas por decisión del propio paciente, así como la automedicación en perjuicio de su curación y/o rehabilitación. No se cubren tratamientos, procedimientos o medicamentos otorgados o expedidos sin indicación o receta médica ni cualquier estudio, tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a un diagnóstico determinado.
- 8 Tratamientos realizados en el extranjero o medicamentos no comercializados a nivel nacional.
- 9 Lesiones auto infligidas o producidas voluntariamente o estando mentalmente insano, intento de suicidio, peleas, riñas, salvo aquellas en que se demuestre que se ha tratado de legítima defensa, a través de una denuncia policial.
- 10 Artículos de tocador, artículos de higiene personal ni pañales de ningún tipo.
- 11 Servicios clínicos no contemplados en el **Anexo 4**, así como los servicios de SPA, alimentación y uso de equipos distintos a los ofertados por la **IPRESS**.

- 12 Servicios de Banco de Sangre, así como 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.
- 13 Servicios de Nutrición Enteral y Parenteral.
- 14 Prestaciones de Medicina Nuclear y del servicio de Radio Oncología, inclusive las consultas médicas.
- 15 Insumos y materiales de cualquier tipo, requeridos para la aplicación de medicamentos, inclusive inyectables, así como para la realización de procedimientos.
- 16 Gastos relacionados al suministro de implantes y prótesis internas o externas de cualquier tipo, incluyendo stent de cualquier tipo. Así como también material de osteosíntesis y los cementos relacionados, prótesis internas y/o externas, materiales de osteosíntesis y prótesis.
- 17 Equipos médicos durables tales como: termómetro, tensiómetro, equipos de oxigenoterapia, glucómetro (equipo y tiras), respiradores, pulsoxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP o similares, audífonos e implantes cocleares, separadores interespinosos para columna vertebral y discos intervertebrales protésicos, y demás dispositivos empleados en neurocirugía, prótesis ortopédicas externas. No están cubiertas las prótesis (sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés). No se cubren audífonos. De igual manera aparatos y equipos ortopédicos, zapatos ortopédicos, ortésicos, prótesis externas, equipos mecánicos o electrónicos, medias para varices, audífonos e implante coclear.
- 18 Monturas ni cristales y/o resinas, lentes de contacto, implantes oculares, lente estromal o cualquier otro dispositivo para trastornos de refracción. Así como intervenciones quirúrgicas para corrección de trastornos de refracción (tales como miopía, hipermetropía, astigmatismo o presbicia, catarata o glaucoma, inclusive cirugía láser. Complicaciones relacionadas a vicios de refracción. No están cubiertos los lentes intraoculares para el tratamiento de vicios de la refracción, cubriéndose solamente en el caso de Catarata, lentes monofocales.
- 19 Prestaciones de Medicina Física, Terapia y rehabilitación, incluyendo consultas y honorarios.
- 20 Suministro de cualquier tipo de medio de transporte y servicio de ambulancia.

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**.

Asimismo, se precisa que los beneficios cubiertos por el programa, así como aquellos sujetos a tarifas preferenciales y descuentos, no son acumulables con otras promociones, paquetes y descuentos, o mecanismos de financiamiento (incluyendo combinaciones con otros seguros) indistintamente de su naturaleza u origen.

ANEXO 7

FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

1



PASO 1 AFILIADO REALIZA LA CONSULTA O RECLAMO

A través de los siguientes medios, según corresponda.



Call center

¿Cuál es el número y horario de atención?

- Número de teléfono: **(01) 513-7900**
- Horario de atención: De lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y sábados de 8 a.m. a 2 p.m.



Correo electrónico

contactos@oncosalud.pe



Carta

¿Dónde pedir y dónde dejar la carta?

- Físico:
Av. Guardia Civil N° 571, San Borja
- Horario de atención:
De lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 2:00 p.m.



Libro de reclamaciones

¿Cómo acceder al libro de reclamaciones electrónico y físico?

- Físico: En nuestras Sedes Comerciales y Prestacionales.
- Virtual: www.oncosalud.pe

2



PASO 2 SERVICIO AL CLIENTE RECIBE LA CONSULTA O RECLAMO

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

3



PASO 3 SERVICIO AL CLIENTE REALIZA EL ANÁLISIS CORRESPONDIENTE

4



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

5



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



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