**CONDICIONES ASEGURABLES DEL CONTRATO DE PRESTACIONES DE SALUD DEL PROGRAMA PREPAGADO DE PROTECCIÓN DE ONCOSALUD S.A.C**

A través del presente documento se describe a nivel de detalle las condiciones asegurables, prestaciones y servicios, además de las obligaciones y derechos que tienen **LOS AFILIADOS** en función al **PLAN DE BENEFICIOS** correspondiente exclusivamente a prestaciones Oncológicas.

## 1. RELACIÓN DE PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO

### 1.1PRESTACIONES AMBULATORIAS

a) Honorarios médicos por consulta y/o procedimientos quirúrgicos ambulatorios.
b) Medicamentos oncológicos para quimioterapia y terapia biológica
c) Medicamentos no oncológicos, materiales e insumos incluyendo: catéteres permanentes, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos, relacionados con el tratamiento de la enfermedad oncológica.
d) Exámenes de laboratorio relacionados al control y seguimiento del tratamiento de la patología oncológica.
e) Exámenes histopatológicos postquirúrgicos, incluyendo exámenes de inmunohistoquímica para clasificación o tipificación.
f) Estudios de imágenes, tales como ecografías, rayos X, tomografía computarizada y resonancia magnética.
g) Estudios de medicina nuclear, tales como: gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela, tomografía por emisión de positrones (PET-CT).
h) Procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos, quimioterapia y radioterapia, incluyendo salas de quimioterapia, operaciones y de recuperación.

### 1.2 PRESTACIONES HOSPITALARIAS

a) Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia.
b) Hotelería: Habitación individual o bipersonal estándar, según disponibilidad.
c) Medicamentos oncológicos para quimioterapia y terapia biológica.
d) Medicamentos no oncológicos, materiales e insumos, incluyendo: catéteres permanentes, líneas de infusión, mallas marlex, grapas, oxígeno y anestésicos, relacionados con el tratamiento de la enfermedad oncológica.
e) Exámenes de laboratorio relacionados al control y seguimiento del tratamiento de la patología oncológica.
f) Exámenes histopatológicos postquirúrgicos, incluyendo exámenes de inmunohistoquímica para clasificación o tipificación.
g) Estudios de imágenes, tales como ecografías, rayos X, tomografía computarizada y resonancia magnética.
h) Estudios de medicina nuclear, tales como: gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela, tomografía por emisión de positrones (PET-scan).
i) Procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos, quimioterapia y radioterapia, incluyendo salas de quimioterapia, operaciones y de recuperación.

j) Nutrición Parenteral Total, para pacientes con complicaciones entéricas por radioterapia y/o quimioterapia, o sometidos a cirugía oncológica de cabeza y cuello, esófago y/o fistulas que impidan la alimentación enteral del paciente.

### 1.3 PRESTACIONES DOMICILIARIAS PARA CUIDADOS PALIATIVOS Y TERAPIAS DEL DOLOR

a) Asistencia de personal técnico de enfermería para el manejo de los equipos especiales de administración de medicamentos.
b) Médico paliativista para la evaluación y prescripción del tratamiento paliativo y terapia del dolor, originado por el avance de la enfermedad oncológica.
c) Enfermera para la administración del tratamiento endovenoso, exclusivamente prescrito por el médico paliativista asignado por la **IAFAS** y la curación de heridas.
d) Medicamentos relacionados al tratamiento paliativo y terapia del dolor por la enfermedad oncológica, incluyendo materiales e insumos para su administración, tales como catéteres permanentes, líneas y bombas de infusión, oxígeno.
e) Equipos cama clínica mecánica.

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

### 2.1 PRESTACIONES GENERALES

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

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

**Terapia Biológica:** Sólo está cubierto los medicamentos: Imatinib para los casos de Leucemia mieloide crónica y GIST (Tumor de estroma gastro intestinal) y BCG para cáncer de vejiga. Filgastrim (Factor estimulante de colonia)

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

**Radioterapia:** Uso de radiación de alta energía proveniente de partículas u ondas, tales como los rayos X, rayos gamma, u otras fuentes, cuyo objetivo es lesionar o destruir las células cancerosas en el área que recibe tratamiento y reducir el tamaño de los tumores. La cobertura incluye radioterapia convencional y 3D, radioterapia de intensidad modulada y radiocirugía. Siempre que sea indicado por el médico

radioterapeuta asignado por la **IAFAS**, cumpla con los criterios de pertinencia recomendados en las Guías de la NCCN adoptadas por la **IAFAS**. Servicio solo disponible en Lima.

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

**Estudios de medicina nuclear:** Estudios que usan sustancias radiactivas, llamadas también radiofármacos, para crear imágenes en base a la dinámica química del cuerpo, tales como: gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela, tomografía por emisión de positrones (PET Scan). También se incluye, en este beneficio, el tratamiento con Iodo radioactivo.

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

**Atención domiciliaria para cuidados paliativos y terapias de dolor:** Servicio de asistencia médica, de enfermería o técnico de enfermería para el suministro de tratamiento paliativo y/o terapia del dolor, de equipos médicos que faciliten la estancia en su domicilio del paciente en estado terminal (que no sean tributarios de tratamiento oncológico curativo) y en completa postración, por la enfermedad oncológica cubierta por el programa oncológico.

El otorgamiento de estas prestaciones y asignación del personal técnico y/o de enfermería se encuentra condicionado a la previa asignación permanente de un cuidador principal, por cuenta propia de la familia, durante la estancia del paciente en el domicilio, el cual tendrá a su cargo las actividades de alimentación, baño e higiene, vestido y acicalamiento, uso de servicios higiénicos, mitigar soledad y potenciar la autoestima.

La asignación del tratamiento paliativo, del personal técnico y de enfermería y asignación de horas del mismo se encontrará exclusivamente a cargo del Profesional Paliativista asignado por la **IAFAS**. El otorgamiento de horas del personal se hará por periodos y frecuencias específicas, en turnos diurnos variables de 12, 6 y 3 horas; con frecuencia diaria, interdiaria o semanal; sujetos a variación según la criticidad evolutiva o involutiva del paciente.

Estas prestaciones se entregarán sólo en el domicilio declarado del paciente, no consintiendo bajo ninguna circunstancia el traslado del personal asignado y equipos fuera de este lugar (incluyendo entre otras: instalaciones médicas, de cuidados intermedios y/o albergues).

El área de cobertura de las prestaciones se circunscribe a la ciudad de Lima Metropolitana con los siguientes límites: Norte - hasta urbanización Covida (Los Olivos); Sur - Hasta Villa en Chorrillos; Este - hasta Santa Anita; Oeste - Hasta La Punta.

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

**Kit de colostomía en cáncer de colon primario:** Insumo y equipamiento a pacientes con colostomía por cáncer de colon primario; dotación suministrada directamente al paciente hasta un máximo de 30 bolsas mensuales. Incluye: Caralla, pinza, bolsas y pegamento.

**Cirugía reconstructiva oncológica ante secuela mutilante:** Aplica para casos de cirugías por cáncer de piel y tejidos blandos, en el mismo acto operatorio. Previa autorización por la junta médica permanente de la **IAFAS**. Reconstrucción no cosmética de la solución de continuidad de la zona afectada.

**2.2 OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS:**
A suministrar exclusivamente a través de la infraestructura propia de la **IAFAS** (RED AUNA). El otorgamiento de estas prestaciones dependerá de la debida programación, autorización previa y disposición del servicio.

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

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

**Foniatría en cáncer primario de laringe:** Se otorgará solo a pacientes con disfonía severa o pérdida del habla, posterior a cirugía por cáncer primario de laringe y cuerdas vocales hasta un máximo de 12 sesiones, siempre que se programen con la regularidad de 03 veces por semana **y de manera ininterrumpida.**

**Psicooncologia:** Asistencia al paciente, en compañía de familiares directos (incluye tutores, curadores o responsables), 03 consultas programadas por la especialidad dentro de los primeros 90 días contados a partir de su admisión como paciente. Adicionalmente, asistencia a talleres programados por la **IAFAS** durante el año.

**Nutricionista:** Asistencia al paciente, en compañía de familiares directos (incluye tutores, cuidadores o responsables). 03 consultas programadas por la especialidad dentro de los primeros 90 días contados a partir de su admisión como paciente. Adicionalmente, asistencia a talleres programados por la **IAFAS** durante el año.

**Segunda opinión médica nacional:** Solo en casos que el médico tratante solicite opinión (solo consulta) a la junta médica permanente de la **IAFAS**, ante la falta de respuesta esperada a los estándares de manejo clínico de las guías de práctica clínica de la **IAFAS** y previo consentimiento del paciente.

**Ambulancia terrestre:** Se otorgará, al alta hospitalaria en caso de pacientes postrados o imposibilitados de desplazarse, con destino a su domicilio, previa solicitud con un mínimo de 24 horas de anticipación. La programación del servicio está sujeta a disponibilidad de unidades. No es aplicable para urgencias y/o emergencias médicas. Disponible solo en Lima, dentro del área de cobertura indicada a continuación.
Área de Cobertura: Norte: Hasta urbanización Covida; Sur: Hasta Villa en Chorrillos; Este: Hasta Santa Anita; Oeste: Hasta La Punta.

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

**Despistaje Oncológico:** Paquete gratuito de exámenes preventivos, diseñado, según sexo y edad del **AFILIADO**, para detectar la sospecha de enfermedad oncológica. Aplica para todos los **AFILIADOS** a partir de la primera renovación y con una periodicidad detallada en el **PLAN DE BENEFICIOS** elegido, teniendo en cuenta desde su último despistaje efectivo.

La cita para iniciar este despistaje oncológico deberá ser programada a través de la central de Atención al Cliente de Oncosalud al Teléfono 5137900; o en los establecimientos de salud perteneciente a la RED AUNA, listados en las **CONDICIONES PARTICULARES** y publicadas en nuestro portal WEB (www.oncosalud.pe), sujeta a variaciones de acuerdo a convenios vigentes con las clínicas al momento de la atención.

| EXAMENES | ONCOCLASICO FESUNAT |
|---|---|
| **Examen Físico Preventivo para Damas y Varones**<br>Paquete C<br>1. Examen de cavidad oral<br>2. Palpación de tiroides<br>3. Palpación de ganglios axilares y cervicales<br>4. Palpación de ganglios inguinales<br>5. Palpación abdominal<br>6. Búsqueda de neoplasia maligna de piel<br>7. Hemograma (hasta los 40 años)<br>**Examen Diferenciado para Damas**<br>1. Revisión aparato genital femenino interno<br>2. Revisión aparato genital femenino externo<br>3. Palpación de mamas<br>4. Tacto rectal<br>5. Papanicolaou (desde los 18 años)<br>6. Ecografía de mamas (desde los 18 hasta los 40 años<br>7. Mamografía (desde los 41 años)<br>**Examen Diferenciado para Varones**<br>1. Palpación de testículos<br>2. Palpación de pene<br>3. Tacto rectal<br>4. Palpación de próstata<br>5. Marcador tumoral PSA (desde los 41 años)<br>6. Raxo X de tórax (desde los 18 años) | Cada 02 años |

* Aplica previa renovación del plan oncológico

Los exámenes preventivos que conforman cada paquete, no son transferibles, acumulables, canjeables o intercambiables con otros exámenes que no corresponden al paquete que le corresponde. Asimismo, el paquete no puede ser fragmentado y deberá concluirse en la misma sede prestacional en un periodo no mayor de 30 días calendarios 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 paquete de despistaje preventivo.

En caso el médico evaluador considere pertinente indicar algún examen adicional fuera del paquete coberturado por su plan, este deberá ser asumido por el **AFILIADO** bajo tarifa preferencial.

**3. PRESTACIONES PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES**

La cobertura contempla también el otorgamiento de exámenes de despistaje del cáncer en función a la periodicidad y amplitud descrita en la cláusula anterior del presente **CONTRATO**.

El íntegro de las prestaciones se realizará en la infraestructura propia de la **IAFAS**, resultando este beneficio personal y discrecional para el **AFILIADO**, no siendo transferible ni acumulable.

El **AFILIADO** podrá hacer uso del íntegro de ese derecho en un periodo no mayor de treinta (30) días calendarios, contados desde el inicio del despistaje preventivo.

**4. 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 **AFILIADO**:

- Toda prestación médica o sanitaria derivada de lesiones auto infligidas, intento de suicidio o autoeliminación.
- Las dolencias oncológicas preexistentes a la suscripción del presente **CONTRATO**.
- Las dolencias oncológicas detectadas y/o incurridas antes de la culminación del periodo de carencia.
- Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional sobre alguna enfermedad o condición no oncológica preexistente o adquirida durante el curso del tratamiento oncológico.
- Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional atendido fuera de la infraestructura propia de la **IAFAS**, salvo los eventos programados y autorizados con antelación por la **IAFAS**, en tanto las **IPRESS** se encuentren adscritas al **PLAN DE BENEFICIOS** correspondiente al presente **CONTRATO**.
- Reintegro y/o pagos por servicios médicos suministrados por terceros, por concepto de gastos ambulatorios, de hospitalización no quirúrgica, quirúrgica o gastos post-operatorios de cualquier índole médicos o no médicos.
- Cualquier requerimiento o prestación médica cuyo propósito sea el chequeo, detección y/o diagnóstico oncológico, salvo las prestaciones preventivas y promocionales expresamente señaladas en el presente **CONTRATO**.
- Todo procedimiento o terapia que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria así como prestaciones y tratamientos profilácticos, psicológicos, psiquiátricos, psicoterapéuticos, curas de reposo, cualquier tipo de tratamiento kinésico, de rehabilitación física o mental, odontológica, salvo las prestaciones detalladas en el presente **CONTRATO**
- Gastos relacionados al suministro de prótesis internas o externas de cualquier tipo, así como también material de osteosíntesis y los cementos relacionados.
- Equipos médicos durables, tales como: 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 similares empleados en neurocirugía y otras prótesis ortopédicas externas. Como tampoco las órtesis u otros (sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés, etc.), así como el uso de servicios y equipos de diálisis y/o cámara hiperbárica.

- Gastos relacionados con la adquisición de órganos o tejidos, tales como sangre y sus derivados (paquetes de glóbulos rojos, plaquetas, albúmina, plasma y factores de coagulación). Cualquier gasto relacionado a la búsqueda o estudio de donantes. Así como anticoagulantes y procoagulantes con fines preventivos o profilactivos.
- Suministro de nutrición parenteral y nutrición enteral (procedimiento, insumos y fórmula) y/o referidos a consultas nutricionales.
- Cualquier gasto relacionado a la búsqueda y análisis de compatibilidad de donantes de médula ósea, así como gastos de crio preservación o cultivo de células madre u otros tejidos.
- Todo tipo de requerimiento prestacional que no sea ordenado o prescrito por el o los profesionales médicos designados por la **IAFAS**; así como las complicaciones que se puedan ocasionar por tratamientos e indicaciones médicas dadas y ejecutadas al margen de sus indicaciones.
- Todo tipo de prestaciones diagnósticas o terapéuticas, equipos, insumos, suministros o fármacos y otras nuevas tecnologías que no hayan alcanzado el nivel de evidencia 2A en Medicina Basada en Evidencia, que no se comercialicen o no se encuentren disponibles en el territorio nacional. Así como aquellos que no hayan concluido exitosamente la fase III de su ensayo clínico o que no se encuentren debidamente aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) o que no se recomienden en las guias de practica clinica de la **IAFAS**.
- Fármacos como ansiolíticos, antipsicóticos, antidepresivos, vacunas, vitaminas, suplementos alimenticios, suplementos nutricionales, productos naturales (hierbas y sus derivados, levaduras, probióticos), estimulantes del apetito, anabólicos, antioxidantes, productos geriátricos y reconstituyentes, neurotónicos y nootrópicos, productos naturales, homeopáticos o productos no medicinales, así como cualquier otro medicamento no oncológico y/o no relacionado a la enfermedad oncológica.
- Suministro de cualquier tipo de medio de transporte y servicio de ambulancia. Salvo las expresamente señaladas en el presente **CONTRATO**.
- Toda enfermedad de origen congénito y/o malformación congénita, así como enfermedades de origen laboral y profesional y/o por contaminación nuclear.
- Cuidados de enfermería, vigilancia y/o acompañamiento del paciente a cargo de enfermeras, técnicas o auxiliares de enfermería, u otro personal a dedicación exclusiva durante la estancia hospitalaria y/o en domicilio, salvo los servicios expresamente señalados en el presente **CONTRATO**.
- Pruebas de laboratorio y exámenes genéticos de valor pronóstico.

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.**

**5. LUGAR DE PRESTACION DEL SERVICIO Y DIRECTORIO MEDICO**

El otorgamiento de las prestaciones de recuperación de la salud, y de las prestaciones preventivo promocionales cubiertas por el presente **CONTRATO**, se otorgarán exclusivamente a través de la infraestructura propia de la **IAFAS** y por excepción, solo por causas justificadas médicamente, a través de las IPRESS complementarias incluidas en la Red Prestacional descrita en el presente **CONTRATO**, en cuyo caso se requerirá de la gestión, por parte del AFILIADO, de una solicitud de autorización expresa de la **IAFAS**, previa a la realización de la prestación.

No está sujeta a excepción (prestaciones fuera de la infraestructura propia de la **IAFAS**) la entrega de las Prestaciones Complementarias consignadas en el presente **CONTRATO**.

A su vez, la **IAFAS** cuenta con un **DIRECTORIO MÉDICO** con la participación de los Profesionales de la Salud de la especialidad y otras afines, cuya asignación, a cada paciente admitido, será establecida en función al tipo de diagnóstico, estadio, etapa evolutiva y oportunidad del tratamiento médico demandado por el AFILIADO.

**6. PLAN DE BENEFICIOS**

Las coberturas a las que los **AFILIADOS** tienen derecho a traves del presente **CONTRATO**, corresponden de manera específica al **PLAN DE BENEFICIOS CONTRATADO**, cuyos alcances, limitaciones, copagos y aportes detallamos a continuación.

| CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN | ONCOCLASICO FESUNAT |
|---|---|
| **Límite máximo del beneficio anual por afiliado** | Sin límite de monto |
| **Límite de ingreso:** Afiliado Titular y Dependientes | Sin límite |
| **Límite de permanencia:** Afiliado Titular y Dependientes | Sin límite |
| **Periodo de Carencia.** Plazo mínimo de permanencia en el plan o programa de salud para tener derecho a los beneficios establecidos en éste. Se contabilizan en forma individual por cada AFILIADO, a partir de la fecha de cobrada la primera cuota. | 90 días, hasta los 60 años |
| | 150 días a partir de los 61 años. |

Oncosalud
Tu lucha, mi lucha

| PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO AMBULATORIA Y HOSPITALARIA | ONCOCLASICO FESUNAT | |
|---|---|---|
| **PRESTACIONES GENERALES** | **Cobertura** | **Copago** |
| Honorarios médicos por consultas, intervenciones quirúrgicas o visita domiciliaria, ayudantía o suministro de anestesia. | 100% | Ninguno |
| Quimioterapia: Medicamentos antineoplásicos convencionales, materiales e insumos (incluyendo catéteres permanentes, líneas de infusión, entre otros) y servicios relacionados a su administración. | 100% | Ninguno |
| Terapia Biológica:<br>- Anticuerpos monoclonales.<br>- Factores Estimulantes de Colonia de Células Blancas.<br>- Inhibidores de enzimas de la tirosina kinasa<br>- Inmunoterapia (BCG) | No cubre * | 100% |
| Medicamentos no oncológicos, materiales e insumos relacionados con el tratamiento oncológico. | 100% | Ninguno |
| Radioterapia: Radioterapia convencional, 3D, radioterapia de Intensidad modulada y radiocirugía. Sólo en RED AUNA | 100% | Ninguno |
| Servicios de apoyo al tratamiento: exámenes de laboratorio, imágenes, anatomía patológica e inmunohistoquímica. | 100% | Ninguno |
| Estudios de Medicina Nuclear: Gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela, tomografía por emisión de positrones (PET scan). | 100% | Ninguno |
| Atención Domiciliaria para Cuidados Paliativos y Terapias de Dolor para pacientes terminales en situación de postración. Sólo en Lima y según los límites geográficos. | 100% | Ninguno |
| Cáncer no biopsiable: En caso de alta sospecha de neoplasia maligna primaria de encéfalo, páncreas, riñón, ovario y testículo. | 100% | Ninguno |
| Kit de colostomía para uso diario para pacientes con cáncer de Colon Primario. | 100% | Ninguno |
| Cirugía reconstructiva oncológica ante secuela mutilante para pacientes de cáncer de piel y tejidos blandos. | 100% | Ninguno |

* Sólo está cubierto los medicamentos: Imatinib para los casos de Leucemia mieloide crónica y GIST (Tumor de estroma gastro intestinal) y BCG para cáncer de vejiga. Filgastrim (Factor estimulante de colonia)

Oncosalud
Tu lucha, mi lucha

| | ONCOCLASICO FESUNAT | |
|---|---|---|
| **OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS**<br>(Sólo en **RED AUNA** y previa autorización por la **IAFAS)** | **Cobertura** | **Copago** |
| Biopsia de descarte de cáncer de Mama en caso de alta sospecha de neoplasia maligna. | 100% | Ninguno |
| Terapia física en el hombro y brazo para el tratamiento de linfedema posterior a mastectomía radical por cáncer de mama; post cirugía mutilante de tejidos blandos en extremidades; fisioterapia respiratoria post cirugía por cáncer pulmonar. Hasta un máximo de 12 sesiones durante los 3 meses posteriores a la cirugía antes descrita. | 100% | Ninguno |
| Prótesis Testicular post orquidectomia para pacientes de cáncer de testículo y próstata. | 100% | Ninguno |
| Foniatría en cáncer de laringe, hasta 12 sesiones programadas. | 100% | Ninguno |
| Psicooncologia para pacientes en compañía de familiares. 03 sesiones programadas. Sólo en RED AUNA. | 100% | Ninguno |
| Nutricionista para pacientes en compañía de familiares. 03 sesiones programadas. Sólo en RED AUNA. | 100% | Ninguno |
| Segunda Opinión Médica Nacional<br>Junta médica permanente de la **IAFAS** | 100% | Ninguno |
| Ambulancia terrestre al alta hospitalaria, para pacientes postrados o imposibilitados de desplazarse. Sólo en Lima y según los límites geográficos. | 100% | Ninguno |
| Despistaje Oncológico: Exámenes preventivos según sexo y edad del afiliado. Sólo en RED AUNA. | 100%<br>Cada 2 años | Ninguno |

## 7. ACTIVACIÓN DEL BENEFICIO ONCOLÓGICO

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

### 7.1 Requisitos para activar el beneficio oncológico

- Formato de Solicitud de Admisión al Programa Oncológico (proporcionado por la IAFAS en RED AUNA o nuestras oficinas comerciales).
- Informe de anatomía patológica con diagnóstico oncológico, firmado y sellado por un especialista competente en el país.
- Exámenes auxiliares (laboratorio + imágenes) contributorios al diagnóstico.
- Informe médico emitido por el médico que hizo el diagnóstico, solo en caso de corresponder a órganos no biopsiables.
- Copia del DNI vigente y legible.
- Encontrarse al día en sus pagos.

### 7.2 Proceso de activación del beneficio oncológico y admisión al Programa Oncológico

Solicite su cita para la entrevista de admisión al programa oncológico a través de nuestro Call Center 513-7900 o enviando un e-mail a la siguiente dirección: autorizaciones@oncosalud.pe o acercándose directamente a Plataforma de Beneficios de ONCOSALUD en Av. Guardia Civil 571, San Borja, Lima.

Si el **AFILIADO** está imposibilitado de presentarse personalmente, el proceso de activación podrá hacerlo un familiar en primer grado o su apoderado legal, debiendo entregar copia de su documento de identidad y otros documentos pertinentes.

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

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

## 8. RED DE ATENCIÓN

### 8.1 INFRAESTRUCTURA PROPIA (RED AUNA)

Oncosalud
Tu lucha, mi lucha

| NOMBRE COMERCIAL | DISTRITO | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| RED PREFERENCIAL ONCOLÓGICA LIMA Y CALLAO | | |
| Oncocenter - Sede San Borja | San Borja | Av. Guardia Civil Nº 571, Urb. Córpac |
| Oncocenter - Sede Miraflores | Miraflores | Av. Benavides Nº 2525 |
| Clínica Oncosalud | San Borja | Av. Guardia Civil Nº 227-229, Urb. Córpac |
| Clínica Delgado | Miraflores | Av. Angamos Oeste Nº 450 - 490 |
| Clínica Bellavista | Bellavista | Jr. Las Gaviotas Nº 207, Urb. San José |
| PETSCAN Perú | Miraflores | Av. Petit Thouars Nº 4340 |
| R Y R Patólogos Asociados | San Borja | Av Galvez Barrenechea Nº 387 |
| Boticas Oncofarm | San Borja | Av. Guardia Civil Nº 571 |

| NOMBRE COMERCIAL | DISTRITO | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| RED PREFERENCIAL ONCOLÓGICA PROVINCIA | | |
| Clínica Vallesur | Arequipa | Av. La Salle Nº116 y Nº 108, Cercado |
| Clínica Camino Real | Trujillo / La Libertad | Jr, Bolognesi Nº 565 |
| Clínica Miraflores | Castilla / Piura | Calle Las Dalias A-12, Urb. Miraflores |
| Policlínico Clínica Miraflores | Piura | Jr. Huancavelica Nº 1015 |
| Servimédicos | Chiclayo / Lambayeque | Calle Manuel María Izaga Nº 621 |

## 8.2 IPRESS COMPLEMENTARIAS

| NOMBRE COMERCIAL | DISTRITO | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| IPRESS COMPLEMENTARIAS ONCOLÓGICAS DE LIMA | | |
| CLÍNICAS O CENTROS MÉDICOS DE LIMA | | |
| Clínica Angloamericana | San Isidro | Calle Alfredo Salazar Nº 350 |
| Clínica Centenario Peruano Japonesa | Pueblo Libre | Av. Paso de los Andes N° 675 |
| Clínica de Especialidades Médicas | San Borja | Jr. Eduardo Ordóñez N° 468 |
| Clínica El Golf | San Isidro | Av. Aurelio Miroquesada N° 1030 |
| Clínica Good Hope | Miraflores | Av. Malecón Balta N° 956 |
| Clínica Internacional | Lima | Jr. Washington N° 1471 |
| | San Borja | Av. Guardia Civil N° 385 |
| | Miraflores | Jirón Independencia Nº 1055 |
| Clínica Javier Prado | San Isidro | Av. Javier Prado Este N° 499, Urb. Jardín - Lima |
| Clínica Jesús del Norte | Independencia | Av. Carlos Izaguirre N° 153 |
| Clínica Los Andes | Miraflores | Calle Asunción N° 177 |
| Clínica Montefiori | La Molina | Av. Separadora Industrial N° 380, Urb. Los Cactus |
| Clínica Padre Luis Tezza | Surco | Jr. El Polo N° 570, Monterrico |
| Clínica Ricardo Palma | San Isidro | Av. Javier Prado Este N° 1066 |
| Clínica San Borja | San Borja | Av. Guardia Civil N° 337 |
| Clínica San Gabriel | San Miguel | Av. La Marina N° 2955 Urb. Maranga II Etapa |
| Clínica San Juan Bautista | San Juan de Lurigancho | Jr. Los Zafiros Mz G, Lt 10 Urb. Las Flores |
| Clínica San Pablo | Surco | Av El Polo N° 789 Con Cl. La Conquista N° 145 |
| Clínica Santa María del Sur | San Juan de Miraflores | Av. Belisario Suarez N° 998 |
| Clínica Stella Maris | Pueblo Libre | Av. Paso de Los Andes Nº 923 |
| ONCOCARE (Aliada) | San Isidro | Av. José Galvez Barrenechea N° 1044 Ur. Corpac |

Oncosalud
Tu lucha, mi lucha.

| CENTROS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO LIMA | | |
|---|---|---|
| Mediperu (antes Resomasa) | San Isidro | Av. Guardia Civil N° 664 |
| PETSC AN PERU | Miraflores | Av. Petit Thouars N° 4340 |
| Resocentro | Miraflores | Av. Petit Thouars N° 4443 |

| RED COMPLEMENTARIA EN PROVINCIAS | | |
|---|---|---|
| CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS EN PROVINCIAS | | |
| ANCASH | | |
| Clínica San Pablo | Huaraz | Jr Huaylas N° 172, Independencia |
| AREQUIPA | | |
| Clínica Arequipa | Arequipa | Esquina Puente con Av Bolognesi S/N |
| Clínica San Juan de Dios | Arequipa | Av. del Ejército N° 1020, Cayma |
| CAJAMARCA | | |
| Clínica Limatambo Cajamarca | Cajamarca | Jr. Puno N° 265 |
| ICA | | |
| Clínica Tataje | Ica | Av. Conde de Nieva N° 360, Urb. Luren |
| JUNÍN | | |
| Clínica Cayetano Heredia | Huancayo | Av. Huancavelica N° 745 |
| LA LIBERTAD | | |
| Clínica La Merced | Trujillo | Av. Husarez de Junín N° 690, Urb. La Merced |
| Clínica Peruano Americana | Trujillo | Av. Mansiche Nº 810 |
| LAMBAYEQUE | | |
| Clínica Del Pacifico | Chiclayo | Av. José Leonardo Ortiz N° 420 |
| LORETO | | |
| Clínica Adventista Ana Stahl | Iquitos | Av. La Marina N° 285 |
| CUSCO | | |
| Clínica Pardo E.I.R.L. | Cusco | Av. La Cultura Nº 710 |
| CENTROS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO PROVINCIAS | | |
| Remasur | Arequipa | Cl. León Velarde N°108 |
| Sedimed | Arequipa | Cl. Plaza Juan Manuel Polar Nº 103, Urb. Vallecito |

## 9. SEDES COMERCIALES DE LA IAFAS

| SEDES COMERCIALES ONCOSALUD | | |
|---|---|---|
| REGIÓN | SEDES | DIRECCIÓN |
| LIMA | Surco | Calle Montegrande N° 129 - Of. 501 |
| | Miraflores | Av. Larco N° 101 - Of. 101 |
| | Huancayo | Calle Real N° 471 - 3er piso, Junín |
| | Ica | Calle Lima N° 492 |
| NORTE | Piura | Calle Las Acasias N° 225, Urb. 04 de Enero |
| | Trujillo | Calle Santa Clara N° L 22, Urb. La Merced |
| | Chiclayo | Calle Manuel Izaga N° 690 - 4to Piso, Lambayeque |
| | Cajamarca | Jr. El Comercio N° 964 A |
| | Chimbote | Av. Francisco Bolognesi N° 453 - Of. 202, Casco Urbano - Ancash |
| SUR | Arequipa | Calle Trinidad Morán N° 103 - 2do Piso, Cayma |
| | Cuzco | Av. Micaela Bastidas N° 258 - Of. 603, Wanchaq |

**DEFINICIONES**

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

a) **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.

b) **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**.

c) **AFILIACIÓN COLECTIVA O CORPORATIVA**.- La que se realiza a través de cualquier organización, empresa o entidad empleadora, en virtud a un **CONTRATO**.

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) **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 un **AFILIADO** con una **IAFAS**.

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** es el único responsable frente a la **IAFAS** por el cumplimiento de las obligaciones contractuales asumidas.

h) **CONTINUIDAD**.- Reconocimiento del tiempo de permanencia en los **contrato**s inmediatamente anteriores a la vigencia del nuevo **CONTRATO** con la misma **IAFAS**, con el mismo plan o programa de salud, con el objeto de dar cobertura a una enfermedad cuyo desarrollo y tratamiento médico se hubiera iniciado durante la vigencia del **CONTRATO** anterior, en tanto el pedido de continuidad se realice dentro de los 30 días contados a partir de la pérdida del vínculo contractual.

i) **DIRECTORIO MÉDICO**.- Listado de profesionales adscritos al plan o programa de salud, consignado por la **IAFAS** bajo el presente **CONTRATO**.

j) **EXCLUSIONES**.- Son aquellas intervenciones de salud no cubiertas por el plan o programa de salud.

k) **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.

l) **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.

m) **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 la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, autorizados para brindar los servicios de salud correspondiente a su nivel de atención.

n) **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**.

o) **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**.

p) **PLAN DE BENEFICIOS**.- Detalle o extracto de las coberturas, servicios y/o beneficios específicos a los que tiene derecho el **AFILIADO**, 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**.