



CONTRATO DE PRESTACIONES DE SALUD ONCOLÓGICAS PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCOLÓGICO PADRES CONDICIONES ASEGUARABLES

Conste por el presente documento, las **CONDICIONES GENERALES** del **CONTRATO** de Prestaciones de Servicios de Salud, que celebran de una parte:

IAFAS DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ (IAFAS-FOSFAP), con R.U.C. N° 20492080811 con domicilio en Av. Jorge Chávez S/N - Base Aérea Las Palmas, distrito de Santiago de Surco, provincia de Lima, departamento de Lima, quien se encuentra debidamente representada por su **Director Ejecutivo el COR. FAP ARTURO JR MILLONES LAPOINT**, identificado con DNI N° 10220721 y NSA O-9655796-O+, a quien en adelante se le denominará la **IAFAS**, y de la otra parte el **AFILIADO/ASEGURADO** o los **AFILIADOS/ASEGURADOS**.

CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES

La **IAFAS** es una persona jurídica constituida y debidamente registrada ante la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), mediante Resolución de Superintendencia N° 045-2013-SUNASA/CD, con Certificado Registro N° 10004 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, la Resolución de Superintendencia N° 069-2021-SUSALUD/S y demás disposiciones complementarias, cuyo objeto es 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 **AFILIADO/ASEGURADO**, es una persona natural que desea suscribir en virtud del presente **CONTRATO** de Afiliación, en adelante el **CONTRATO**, de manera voluntaria y por tanto ha optado por la contratación de la cobertura de prestaciones de salud con la **IAFAS**, con el objeto de concederle una cobertura de protección de salud a su favor, así como a favor de sus beneficiarios que éste incluya en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, la misma que forma parte integrante del presente **CONTRATO**, a quienes en conjunto se denominará como los **AFILIADOS/ASEGURADOS**.

CLÁUSULA SEGUNDA: OBJETO

La **IAFAS** otorga a los **AFILIADOS/ASEGURADOS** la cobertura de prestaciones de servicios 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 PARTICULARES** del **CONTRATO**.



Las coberturas de las prestaciones de servicios de salud contempladas en las **CONDICIONES PARTICULARES** del presente **CONTRATO** son de naturaleza voluntaria y se regirán conforme a las cláusulas establecidas en el **CONTRATO** y demás disposiciones legales que les resulten aplicables.

Para efectos de las presentes Cláusulas Generales, entiéndase como "AFILIADO/ASEGURADO" al padre/madre del titular militar.

CLÁUSULA TERCERA: CONTENIDO

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

- a. **CLÁUSULAS GENERALES:** Conjunto de cláusulas de incorporación obligatoria establecidas por SUSALUD que rigen los contratos de afiliación con una **IAFAS**. La **IAFAS**, puede incorporar otras cláusulas en virtud de su libertad contractual.
- b. **CLÁUSULAS PARTICULARES:** Son aquellas cláusulas que señalan el detalle de las condiciones en las cuales se otorgan las coberturas correspondientes, incluyendo la red de IPRESS, copagos, deducibles, aportes adicionales, y las obligaciones administrativas de las partes.
- c. **PLAN, PROGRAMA O PRODUCTO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD:** Documento que incluye las condiciones de cobertura y la lista de prestaciones de salud que son financiadas por las **IAFAS**, los mismos que se indicarán en el formato denominado **SOLICITUD DE AFILIACION**.
- d. **DECLARACIÓN DE SALUD:** Documento mediante el cual el **AFILIADO/ASEGURADO** informa de sus antecedentes médicos relevantes, así como el de sus dependientes o personas no dependientes, propuestos para afiliación, al momento de suscribir la solicitud de inscripción.
- e. **RELACIÓN DE LOS AFILIADOS/ASEGURADOS:** Documento que contiene la relación detallada de los **AFILIADOS/ASEGURADOS** al presente **CONTRATO**, el cual puede incrementarse o reducirse, según se cumplan las condiciones establecidas en este documento y en las normas que lo regulan, los mismos que se indicarán en el formato denominado **SOLICITUD DE AFILIACION**.

CLÁUSULA CUARTA: DEFINICIONES

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

- a. **Afiliación:** Adscripción de un asegurado a un plan de aseguramiento en salud y a una **IAFAS**.



- b. **Asegurado o afiliado:** Toda persona residente en el país, que esté bajo cobertura de algunos de los regímenes del AUS. Se le asume obligatoriamente afiliado a cualquier plan de aseguramiento en salud. El afiliado puede ser titular o derechohabiente y debe reunir los requisitos de afiliación correspondientes.
- c. **Afiliación individual:** Modalidad de afiliación mediante la cual el afiliado formaliza su relación de aseguramiento con una IAFAS a título personal, en virtud de un contrato suscrito con esta. En el caso de los dependientes o beneficiarios, la IAFAS respectiva debe registrarlos individualmente.
- d. **Afiliación colectiva o corporativa:** Modalidad de afiliación mediante la cual cualquier organización, colectividad de individuos, empresa o entidad empleadora, formaliza su relación de aseguramiento con una IAFAS, en forma voluntaria, en calidad de contratante, en virtud de un contrato suscrito con una IAFAS. En el caso de los dependientes, la IAFAS respectiva debe registrarlos individualmente. La afiliación colectiva o corporativa puede ser obligatoria o voluntaria.
- e. **Afiliación electrónica:** La afiliación electrónica es una modalidad de afiliación pactada. En ella, la persona manifiesta su voluntad de afiliación mediante mecanismos no presenciales, estableciéndose la relación de aseguramiento entre el asegurado y la IAFAS respectiva. Esta modalidad queda supeditada a la implementación por parte de la IAFAS de los mecanismos que permitan acreditar la autenticidad del contrato, mediante la firma electrónica u otro medio que asegure seguridad.
- f. **Afiliación obligatoria:** Constituye afiliación obligatoria, aquella por la cual una persona natural adquiere la condición de afiliado, por el sólo hecho de cumplir una condición preestablecida, sin que se encuentre obligada a manifestar o ratificar su voluntad de acceder al plan de aseguramiento que le corresponde. Se encuentran dentro de esta categoría quienes acceden a un plan de salud por mandato legal o por el sólo hecho de su vinculación laboral o contractual con un empleador determinado, así como sus derechohabientes legales y dependientes, según el caso.
- g. **Beneficiario:** Persona designada por el contratante, y/o afiliado o asegurado en el contrato, como titular de los derechos de acceso a las prestaciones de salud especificados en el plan, programa o producto de aseguramiento en salud.
- h. **Cláusulas abusivas:** De acuerdo a la definición establecida en el artículo 49 de la Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor, en los contratos por adhesión y en las cláusulas generales de contratación no aprobadas administrativamente, se consideran cláusulas abusivas y, por tanto, inexigibles todas aquellas estipulaciones no negociadas individualmente que, en contra de las



exigencias de la buena fe, coloquen al consumidor, en su perjuicio, en una situación de desventaja o desigualdad o anulen sus derechos.

- i. **Continuidad:** Reconocimiento del tiempo de permanencia en los contratos inmediatamente anteriores a la vigencia del nuevo contrato con la misma IAFAS u otra distinta, con el mismo plan, programa o producto de salud o equivalente, con el objeto de dar cobertura a dolencias o enfermedades cuyo desarrollo y tratamiento médico se hubiera iniciado durante la vigencia del contrato anterior y se encuentre cubierto en el nuevo contrato.
- j. **Contratante:** Toda persona natural o jurídica que suscribe un contrato de aseguramiento en 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, salvo los casos en los que se establezcan obligaciones contractuales expresas a cargo de los asegurados.
- k. **Derechohabiente:** Son derechohabientes el cónyuge o el concubino a quienes se refiere el Artículo 326 del Código Civil, así como los hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo. Su afiliación puede ser a solicitud del titular del seguro de salud o su derechohabiente, padre, madre, tutor o curador.
- l. **Emergencia médica y/o quirúrgica:** Es toda condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I y II.
- m. **Exclusiones:** Son aquellas prestaciones de salud no cubiertas por el plan o programa de salud. En el marco de lo establecido en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud aprobado mediante Decreto Supremo N° 023-2021-SA y posteriores actualizaciones, los daños derivados del intento de autoeliminación o lesiones autoinfligidas por problemas de salud mental, derivados de un diagnóstico de salud mental no se excluyen.
- n. **Latencia:** Es un derecho especial de cobertura por desempleo que no se aplica en la IAFAS-FOSFAP.
- o. **Padre afiliado:** Padre o madre del titular que haya ingresado a la IAFAS-FOSFAP como afiliado hasta el año 2016.
- p. **Período de Carencia:** Es el plazo en el cual no están activas las coberturas de salud, el mismo que es de tres meses, contados desde la suscripción del documento de afiliación. El Plan de Salud Complementario será activado después de culminar el periodo de carencia, obteniendo el asegurado el acceso a los beneficios del Plan



Complementario a partir del primer día calendario del cuarto mes. Los períodos de carencia se contabilizan en forma individual por cada **AFILIADO/ASEGURADO**. Las emergencias no presentan períodos de carencia. Además, no se aplica el período de carencia en ninguna clase de emergencia. Por ningún motivo puede excluirse de la cobertura del Plan Complementario, aquellas enfermedades o dolencias diagnosticadas durante el Período de Carencia.

- q. **Preexistencia:** Es cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud. No puede ser considerada como preexistente un diagnóstico contemplado en el PEAS.
- r. **Programa, Plan o producto de aseguramiento en salud:** Documento que instrumenta el contrato de aseguramiento, en el que se reflejan las condiciones de cobertura y acceso que el asegurado obtiene frente a distintas prestaciones de salud.
- s. **Prima o aporte puro de riesgo:** Es el aporte económico que realiza el asegurado, la entidad empleadora, el Estado, a la IAFAS por concepto de contraprestación por la cobertura de riesgo de salud que ésta le ofrece. Su costo se determina sobre bases actuariales.
- t. **Prima o aporte comercial:** Es la prima o aporte que aplica la IAFAS al riesgo de salud para determinar su cobertura. Está formada por la prima o aporte puro de riesgo más los gastos de administración, afiliación, liquidación, entre otros, y el beneficio comercial de la IAFAS.
- u. **Plan Oncológico:** Detalle o extracto de las coberturas, servicios y/o beneficios específicos a los que tiene derecho el AFILIADO/ASEGURADO, en función al Plan elegido en la SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN.
- v. **Registro de Afiliados:** Registro administrativo de los afiliados vigentes en cualquiera de los regímenes de aseguramiento en salud, con prescindencia de su carácter contributivo, semicontributivo o subsidiado. Su administración está a cargo de SUSALUD.
- w. **Registro de modelos de contratos y planes de salud:** Es el registro administrativo a cargo de SUSALUD, que sistematiza la información de los modelos de contratos y planes de salud que comercializan las IAFAS y que cuentan con su respectivo código de registro.
- x. **Relación de aseguramiento en Salud:** Es el vínculo legal establecido entre la IAFAS, asegurados y/o entidades empleadoras para el otorgamiento de



prestaciones de prevención, promoción y recuperación de la salud, prestaciones económicas, de conformidad con lo señalado en el marco legal. Esta relación puede ser pactada u obligatoria, la cual genera derechos y deberes.

y. **Urgencia:** Es toda situación que altera el estado de salud de la persona y que requiere de atención inmediata, no existiendo riesgo inminente de poner en peligro la vida.

CLÁUSULA QUINTA: COBERTURA, GARANTÍA Y CONDICIONES

La **IAFAS** otorga cobertura a el **AFILIADO/ASEGURADO** consistente en las prestaciones de recuperación de la salud y las prestaciones preventivas y promocionales que se detallan en las condiciones particulares que forman parte integrante del presente **CONTRATO**.

La cobertura contratada, comprende la atención de las dolencias preexistentes, siempre que se cumpla con los requisitos establecidos en literales a) al e) del último párrafo del artículo 100 del Reglamento de la Ley N° 29344, aprobado por Decreto Supremo N° 0082010-SA.

La **IAFAS** financia las prestaciones de salud por enfermedades preexistentes no declaradas, si se acredita que la omisión se debe a un error o por desconocimiento del asegurado, en estos casos no procede la resolución del contrato de aseguramiento en salud.

La cobertura máxima anual corresponde a la cobertura máxima por paciente, por enfermedad y por año. Monto que debe estar basado en un estudio actuarial, el cual permita la sostenibilidad del plan de salud.

CLÁUSULA SEXTA: PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD

La cobertura de salud que la **IAFAS** otorga a favor del **AFILIADO/ASEGURADO** en virtud del presente **CONTRATO**, comprende las condiciones asegurables e intervenciones y, en general, todos los procedimientos y tratamientos que sean necesarios para el manejo de las contingencias descritas en el Plan de Salud que forma parte de las Condiciones Particulares del presente **CONTRATO**.

CLÁUSULA SÉPTIMA: PRESTACIONES DE SALUD PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES

Adicionalmente a lo mencionado en la cláusula precedente, en las condiciones particulares se establecen prestaciones de prevención y promoción de la salud, las que tienen por objeto preservar en buen estado la salud de la población asegurada, minimizando los riesgos de su deterioro. Estas actividades se definen de la siguiente manera:



- a. **Prevención Primaria:** Consiste en brindar las medidas que protejan e incrementen la resistencia del individuo contra los agentes patógenos y mecanismos específicos en la etapa previa a la presentación de cualquier enfermedad (evaluación y control de riesgos e inmunizaciones).

En los casos de demanda de medicación o exámenes auxiliares derivados de una atención preventiva, es considerada como una atención ambulatoria, sujeta a las condiciones previstas en el Plan de Salud.

- b. **Promoción de la Salud:** Son las actividades que buscan mejorar el nivel de vida del individuo, la familia y la comunidad, relacionada con las políticas de desarrollo social y con participación activa de la comunidad (educación para la salud).

CLÁUSULA OCTAVA: EXCLUSIONES Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

En las condiciones particulares se señalan las exclusiones y limitaciones a que se encuentran sujetos el **AFILIADO/ASEGURADO** al plan de salud complementario que es materia del presente **CONTRATO**.

CLÁUSULA NOVENA: DE EL AFILIADO/ASEGURADO DE LA COBERTURA CONTRATADA

La **IAFAS** otorga la cobertura detallada en la Condiciones Particulares del presente **CONTRATO**, a el **AFILIADO/ASEGURADO**, siempre que mantengan la condición de afiliados al presente plan al momento de hacer uso de los servicios de salud cubiertos por el mismo.

CLÁUSULA DÉCIMA: INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA

Salvo pacto en contrario, el **AFILIADO/ASEGURADO**, gozan de la cobertura contratada, a partir del primer día calendario de suscrita la póliza de seguro.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN

Constituye un requisito previo y parte integral del **CONTRATO**, la suscripción de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, por parte del **AFILIADO/ASEGURADO** en la que debe consignar la siguiente información:

- a. Datos Generales del (los) **AFILIADO(s)**.
- b. **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** del (los) **AFILIADO(s)**, de forma individual.
- c. Condición de afiliado adquirida hasta el año 2016.
- d. El titular no debe presentar deudas en la **IAFAS-FOSFAP**.



- e. Contar con autorización de descuento de la remuneración o pensión del titular. En caso de no contar con autorización de descuento, el afiliado podrá abonar directamente a la IAFAS-FOSFAP.
- f. Estar debidamente registrado en la Dirección General de Personal (DIGPE) de la FAP.

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

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

En el supuesto del párrafo precedente, en caso la **IAFAS** haya concedido coberturas, servicios o prestaciones a favor del **AFILIADO/ASEGURADO**, 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 **AFILIADO/ASEGURADO** declara tener conocimiento y responsabilidad de la información brindada sobre el estado de salud y antecedentes médicos de los **AFILIADOS/ASEGURADOS**.

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

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA: LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

El otorgamiento de las prestaciones preventivo-promocionales de ser el caso, y de recuperación de salud bajo el presente **CONTRATO**, se otorgarán exclusivamente a través de la **RED DE ATENCIÓN**; cuyos establecimientos de salud se encuentran ubicados en el siguiente link: <https://iafasfap.site/nuestros-convenios/>; en el que consta la dirección de los establecimientos y su número de registro ante SUSALUD.

La **IAFAS** informará por escrito o vía correo electrónico u otro medio electrónico al **AFILIADO/ ASEGURADO**, dentro de un plazo no mayor a dos (02) días hábiles, cualquier interrupción o cese del servicio que brinde alguno de los establecimientos de salud mencionados en el Plan de Aseguramiento en Salud complementario, debiendo comunicar tal hecho a SUSALUD con el correspondiente sustento técnico.



Para tal efecto, se entiende cumplida dicha obligación mediante comunicación de fecha cierta dirigida a **EL AFILIADO/ASEGURADO**.

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA: REFERENCIAS

La **IPRESS** que forma parte de la red de atención de salud de la **IAFAS**, se obliga a atender a el **AFILIADO/ASEGURADO** que requieran sus servicios.

Si el diagnóstico efectuado determina que el tratamiento excede las coberturas contratadas en el Plan de Aseguramiento en Salud Complementario contenido en las Condiciones Particulares, la **IPRESS** coordina la referencia del paciente, previa autorización de éste y de la **IAFAS**, a la **IPRESS** que corresponda de acuerdo con su plan de cobertura complementaria. La responsabilidad de la **IAFAS** culmina cuando el paciente sea admitido por la **IPRESS** de referencia.

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA: APORTES E INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE APORTES

Como contraprestación por el otorgamiento de la cobertura complementaria de la cobertura de prestaciones de salud, **EL AFILIADO/ASEGURADO** se obliga a abonar a la **IAFAS** mensualmente por adelantado y en la fecha de pago señalada en el cronograma de pago, los aportes detallados en el **ANEXO 2** por concepto de los servicios materia del presente **CONTRATO**, los que incluyen los tributos de ley y gastos correspondientes, los mismos que no tiene carácter de reembolsable o sujeto a devolución.

El **AFILIADO/ASEGURADO**, se obliga a abonar a la **IAFAS** mensualmente, por concepto de los servicios materia del presente **CONTRATO**, los aportes detallados en el **ANEXO 4**, los que efectuará dentro de los primeros cinco (05) días calendarios del mes.

En el caso del **AFILIADO/ASEGURADO** sea padre de un titular militar con una pensión no renovable, el cálculo del APORTE será calculado en base al APORTE del empleador, pudiéndose establecerse una prima diferente que le permita obtener los mismos beneficios que el **AFILIADO/ASEGURADO** con una pensión renovable.

La falta de pago oportuno de los aportes pactados o de cualquier otra suma que el **AFILIADO/ASEGURADO** adeuden a la **IAFAS**, origina la suspensión automática de la cobertura otorgada en el **CONTRATO**, a partir del día siguiente del segundo mes de no captación del aporte.

La **IAFAS** comunicará a el **AFILIADO/ASEGURADO**, mediante comunicación escrita o vía correo electrónico o cualquier medio electrónico, respecto del incumplimiento del pago del aporte y sus consecuencias, indicando el plazo que dispone para que regularice el pago de los aportes correspondientes.



En tal caso, la IAFAS, salvo pacto en contrario incluido en las Cláusulas Particulares, tiene derecho a exigir a el **AFILIADO/ASEGURADO** el reembolso de los costos de las prestaciones brindadas, incluyendo los intereses moratorios a las tasas que pacten las partes o en su defecto a las tasas máximas autorizadas por Ley o por la autoridad competente.

Si el **AFILIADO/ASEGURADO** que han incurrido en mora cumplen con ponerse al día en los aportes adeudados, recobran el derecho a gozar de los beneficios del **CONTRATO** a partir del día hábil siguiente de efectuado el pago, pero sin efecto retroactivo, por lo que en ningún caso responde la **IAFAS** por contingencias ocurridas, iniciadas o como consecuencia de diagnósticos realizados durante el período en que el **AFILIADO/ ASEGURADO** se encontraban en mora en el pago de los aportes aun cuando la contingencia se prolongue el período en que se rehabilite la cobertura.

El **AFILIADO/ASEGURADO** no recobran el derecho si la **IAFAS** hubiere optado por la resolución del **CONTRATO** por cualquiera de las causales previstas en la Cláusula Vigésimo Primera del presente **CONTRATO**.

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA: COPAGOS

Determinadas prestaciones, materia del presente **CONTRATO**, están sujetas a **COPAGOS** a cargo del **AFILIADO/ASEGURADO**, los cuales se indican en el **ANEXO 1** del presente **CONTRATO**.

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

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA: REAJUSTE DE APORTES Y /O COPAGOS

En las Cláusulas Particulares, se especifican detalladamente los plazos de vigencia de los copagos y de los aportes a cargo del **AFILIADO/ASEGURADO**, así como las condiciones, causales y procedimiento para proceder a su reajuste.

La **IAFAS** únicamente puede reajustar el monto de los aportes y/o copagos pactados por las causales que detalladamente constan en el Plan de Aseguramiento en Salud adjunto al **CONTRATO**, siempre que se cumpla con las normas establecidas por SUSALUD.

Previamente a la aplicación del reajuste de los aportes y copagos, la **IAFAS** debe cursar al **AFILIADO/ASEGURADO**, con una anticipación no menor a quince (15 días) útiles previos al vencimiento del plazo pactado para la vigencia de los aportes y copagos, una comunicación escrita, con conocimiento del **AFILIADO/ASEGURADO** manifestando la intención de reajustar tales montos.



Los reajustes que no son observados por las partes entran en vigencia a partir del primer día del mes siguiente.

Si el **AFILIADO/ASEGURADO** está de acuerdo con la modificación, el **AFILIADO/ASEGURADO** deben comunicar tal decisión a la **IAFAS**, dentro del plazo de treinta (30) días calendario contados desde que recibió la comunicación. La modificación aceptada de los aportes y/o copagos deben constar en una adenda.

Si el **AFILIADO/ASEGURADO** no está de acuerdo con la modificación o no responden a la **IAFAS**, dentro del plazo de treinta (30) días calendario contados desde que recibió la comunicación, el **CONTRATO** se mantiene vigente hasta su fecha de vencimiento.

Previamente a la aplicación del reajuste de los aportes y copagos, dentro de los plazos acordados entre las partes, la **IAFAS** debe haber cumplido con presentar al **AFILIADO/ASEGURADO**, los reportes de la siniestralidad, conteniendo la información mínima establecida normativamente por SUSALUD, debidamente sustentada y analizada; en el caso de aplicación del índice de inflación médica, el índice debe ser obtenido de la información publicada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática; además la **IAFAS** debe señalar las medidas orientadas a la racionalización del gasto de prestaciones de salud. En el caso de la **IAFAS**, la evaluación de la siniestralidad se realiza sumando el gasto de prestaciones de salud de los asegurados regulares (o dependientes) y sus derechohabientes, más el gasto de prestaciones de salud de los asegurados potestativos (o independientes) y sus derechohabientes, considerándolos como una sola cartera, siendo de aplicación para los planes PEAS. De forma similar se calcula la siniestralidad de los planes complementarios sumando la cartera de afiliados regulares más afiliados potestativos, considerándolos como una sola cartera.

Las partes pueden acordar la entrega de los reportes previstos en la presente cláusula en plazos menores con la finalidad de evaluar el comportamiento de la siniestralidad en forma anticipada al plazo fijado para su revisión.

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA: INFORMACIÓN

El **AFILIADO/ASEGURADO** proporciona a la **IAFAS**, en la forma y en los plazos que se establece en las Cláusulas Particulares del presente **CONTRATO**, la información señalada en las mismas. ocurrencia.

La **IAFAS** debe poner a disposición del **AFILIADO/ASEGURADO**, dentro de los quince (15) días calendario, ya sea por medios digitales o físicos o a través de su página web, copia del Plan de Aseguramiento en Salud ofertado, y de las Cláusulas Generales y Cláusulas Particulares del **CONTRATO**, a fin de que el **AFILIADO/ASEGURADO** tome conocimiento de los mismos y estén debidamente informados.



La **IAFAS** tiene la obligación de informar al **AFILIADO/ASEGURADO** a la suscripción del **CONTRATO**, vía correo electrónico u otro medio electrónico, u otro medio que disponga, de los derechos que como asegurado le asiste conforme al artículo 13 del Reglamento de la Ley N° 29414, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA, así como detallar los principales aspectos de las presentes Cláusulas Generales y de las Cláusulas Particulares, con el detalle de las coberturas y términos de atención para las intervenciones correspondientes al PEAS, y de las coberturas complementarias, de ser el caso.

A efectos de complementar lo establecido en la presente cláusula y a fin de que el **AFILIADO/ASEGURADO** pueda realizar cualquier consulta sobre su plan contratado, La **IAFAS** pone a su disposición, los siguientes canales de atención: página web: <https://iafasfap.site/> así como la mesa de partes física ubicada en Av. Jorge Chávez S/N, sede Base Aérea Las Palmas, Antiguo Pabellón de la Escuela de Oficiales, Segundo Piso (Referencia: Al costado de la Dirección de Sanidad - DISAN) y la mesa de partes digital ubicada en el siguiente link: <https://facilita.gob.pe/t/24654>.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA: EXÁMENES MÉDICOS Y DECLARACIONES DE SALUD

De requerirse al **AFILIADO/ASEGURADO** una declaración jurada de salud o la realización de un examen médico, antes de la suscripción del presente **CONTRATO** o durante su vigencia, el **ASEGURADO** no podrá ser sujeto a rechazo basado en los resultados de tales exámenes o declaraciones.

En ningún caso, los **AFILIADOS/ASEGURADOS** pagan el costo del citado examen médico, debiendo definirse en las Cláusulas Particulares la persona que asume el costo de dicho procedimiento.

La **IAFAS** se obliga a mantener la confidencialidad de los resultados de tales exámenes médicos o declaraciones juradas de salud, de conformidad con la normativa vigente.

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA: PLAZO CONTRACTUAL

Las partes acuerdan que la cobertura contenida en el presente **CONTRATO** rige a partir del día siguiente de su suscripción. El presente **CONTRATO** tiene una vigencia de un (1) año y a su vencimiento queda automáticamente renovado por igual plazo, salvo que alguna de las partes manifieste, mediante aviso remitido vía correo electrónico u otro medio, cursado a la otra parte con noventa (90) días de anticipación, su voluntad de no renovarlo, o de modificar los términos contractuales. En este último caso, debe remitir la propuesta de detalle de la modificación con el sustento correspondiente, a fin que los afiliados tomen conocimiento y puedan analizar la propuesta.



El **AFILIADO/ASEGURADO** adquiere la calidad de tal desde la fecha en que se suscribe el **CONTRATO** y se incorporan al plan de salud, y mantienen todos sus derechos en tanto el **CONTRATO** esté vigente por renovación inmediata.

La **IAFAS** no puede negar la renovación del **CONTRATO** ante la aparición de alguna enfermedad sobreviniente contraída por el **AFILIADO/ASEGURADO** durante el período de vigencia.

CLÁUSULA VIGÉSIMA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Todas las desavenencias, conflictos o controversias que pudieran surgir entre las partes, derivadas del presente **CONTRATO**, incluidas las de su nulidad o invalidez, pueden ser sometidas de común acuerdo a la competencia del centro de conciliación o arbitraje del Servicio de Conciliación y Arbitraje en Salud que consideren pertinente, ya sea en el propio **CONTRATO** o una vez suscitada la controversia, en el marco de la normativa vigente. El Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud (CECONAR), pone a disposición de las partes el listado de Centros registrados y especializados en materia de salud.

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

En caso de que las partes hayan acordado el sometimiento a arbitraje y no alcancen un acuerdo sobre el centro competente, se entiende como centro competente al CECONAR.

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

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

- a. El mutuo acuerdo de las partes.
- b. El fallecimiento del **AFILIADO/ASEGURADO**.
- c. El incumplimiento en el pago oportuno de los aportes, salvo pacto en contrario incluido en las cláusulas particulares. Para tal efecto, la **IAFAS** enviará una carta de requerimiento de pago, indicando el importe adeudado, el cual debe ser pagado en un plazo máximo de 15 días, contado desde la notificación de dicho documento, bajo apercibimiento de resolver el **CONTRATO**. Si el pago no se cumple en el plazo señalado, el **CONTRATO** queda automáticamente resuelto. En las cláusulas adicionales se pueden establecer como causales de resolución otros plazos de vencimiento de pago de aportes insoluto.
- d. Sin perjuicio de lo mencionado en el numeral anterior, por el cumplimiento parcial, tardío o defectuoso de cualquier otra de las obligaciones de una de las partes



contenidas en las Cláusulas Generales o Particulares. Para tal efecto, la parte que se perjudica con el incumplimiento requiere notarialmente a la otra para que satisfaga su prestación en el plazo de treinta (30) días calendario, bajo pena de resolución del **CONTRATO**. Si la prestación no se cumple dentro del plazo señalado, el **CONTRATO** queda automáticamente resuelto.

- e. Cuando por aplicación de lo establecido en la CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA, correspondiente a la modificación de aportes, no exista aceptación respecto al reajuste de los aportes propuesto por la **IAFAS**.

En cualquiera de las situaciones indicadas, las partes podrán dar por terminado el presente **CONTRATO** a su vencimiento o fecha distinta a su vencimiento cursando a la otra parte un preaviso escrito, con no menos de sesenta (60) días calendarios de anticipación. El **AFILIADO/ASEGURADO** se encontrará siempre obligado al pago de retribuciones que se hubiesen devengado hasta la ocurrencia de dicha eventualidad a favor de la **IAFAS**. A partir de la eventual fecha de resolución, la **IAFAS**, quedará liberada de cualquier obligación futura frente al **AFILIADO/ASEGURADO**, sin excepción alguna, en relación a los términos y condiciones contenidos en el presente **CONTRATO**.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA: APORTE DE REAFILIACIÓN

El **AFILIADO/ASEGURADO** cuyo **CONTRATO** haya quedado resuelto o terminado, sea cualquiera de las causales indicadas en la CLÁUSULA VIGESIMO PRIMERA, no tendrá derecho ni beneficio para volver acceder al plan contratado.

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA: CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

El **AFILIADO/ASEGURADO** queda informado conforme a Ley N° 29733 – Ley de Protección de Datos Personales (en adelante “Ley”) y su Reglamento, que los datos personales proporcionados por éste, 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/ASEGURADOS** para su prestación médica.
- e. Remitir información relativa de los beneficios a los **AFILIADOS/ASEGURADOS** 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.

CLÁUSULA VIGÉSIMO CUARTA: EFICACIA DEL CONTRATO

Las Partes acuerdan que el presente **CONTRATO** resuelve y sustituye expresamente e inmediatamente a partir de su vigencia a cualquier otro celebrado anteriormente entre ellas con respecto al objeto del presente **CONTRATO**.

En caso el **AFILIADO/ASEGURADO** no cumpla con suscribir el **CONTRATO** dentro del plazo de treinta (30) días calendario, contados desde la fecha de envío del mismo por la **IAFAS**, el **CONTRATO** no surtirá efectos y la **IAFAS** no inscribirá a ningún **AFILIADO/ASEGURADO**.

CLÁUSULA VIGÉSIMO QUINTA: MODALIDAD DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO

El **CONTRATO** puede suscribirse de manera presencial o a través del proceso de afiliación electrónica. Esta última modalidad queda supeditada a la implementación por parte de la **IAFAS** de los mecanismos que permitan acreditar la autenticidad del **CONTRATO**, mediante la firma electrónica u otro medio que asegure seguridad.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEXTA: DOMICILIO Y NOTIFICACIONES

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

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, digitales y/o electrónicos o analógicos (dirección, correo electrónico, celular, teléfono y/o cualquier otro permitido) declarados por las Partes en el **CONTRATO**. 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**.

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/ASEGURADOS**.



**CONTRATO DE PRESTACIONES DE SALUD ONCOLÓGICAS
PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCOLÓGICO PADRES
CONDICIONES PARTICULARES**

1.- PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PLAN DE SALUD ONCOLÓGICO PADRES

a.- Prestaciones Ambulatorias

- 1) **Honorarios médicos por consulta y/o procedimientos quirúrgicos ambulatorios como** honorarios médicos por consulta oncológica (presencial o teleconsulta) y procedimientos quirúrgicos ambulatorios estrictamente relacionados al diagnóstico, estadiaje, tratamiento y control del cáncer. Incluye atención inicial, controles de quimioterapia y radioterapia, seguimiento clínico y evaluaciones pre y postquirúrgicas en red FAP o centros conveniados.
- 2) Medicamentos oncológicos para quimioterapia, hormonoterapia, terapias biológicas e inmunoterapias (previa aprobación de la Junta Médica y evaluación por Auditoría Médica) que se encuentren en el Petitorio Farmacológico FAP y PNUME vigentes, y cuenten con respaldo **NCCN categoría 1A**. El médico tratante deberá consignar en la Historia Clínica foliada y orden médica el diagnóstico, ECOG o Karnofsky, peso y talla del paciente en cada atención, esquema, dosis y número de ciclo.
- 3) **Medicamentos no oncológicos, materiales e insumos utilizados con fines oncológicos**, es decir, aquellos requeridos directamente para la administración o soporte del tratamiento del cáncer (por ejemplo: catéteres, líneas de infusión, anestésicos, soluciones intravenosas, oxígeno medicinal y fármacos de soporte como antieméticos o factores estimulantes de colonias).
- 4) **Exámenes de laboratorio** relacionados con el diagnóstico, control y seguimiento de la patología oncológica, tales como hemograma, perfil bioquímico, marcadores tumorales, pruebas de coagulación, hormonas, electrolitos, y otros necesarios según tipo de cáncer y fase terapéutica.
- 5) **Exámenes histopatológicos** postquirúrgicos, biopsias, citologías e inmunohistoquímica necesarios para la clasificación, tipificación y



determinación de biomarcadores del tumor, incluyendo los análisis requeridos para definir terapias dirigidas o pronóstico.

- 6) **Estudios de diagnóstico por imágenes** requeridos para diagnóstico, estadiaje, evaluación de respuesta terapéutica y seguimiento oncológico, tales como ecografías, rayos X, tomografía computarizada, resonancia magnética, gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela y tomografía por emisión de positrones (PET-CT). El uso de estos estudios estará **limitado a lo estrictamente necesario**, previa justificación clínica y autorización médica. En el caso del **PET-CT**, se autoriza un máximo de **dos (2) estudios por año calendario**, previa evaluación de Auditoría Médica y realizados en centros debidamente acreditados por la red FAP.
- 7) **Prestaciones terapéuticas como** prestaciones quirúrgicas y no quirúrgicas, quimioterapia y radioterapia, incluyendo salas de quimioterapia, operaciones y de recuperación, que sean **relacionadas a prestaciones oncológicas o destinadas con fines oncológicos**.

b.- Prestaciones Hospitalarias

- 1) Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia.
- 2) Hotelería: Habitación individual o bipersonal estándar, según disponibilidad.
- 3) Medicamentos oncológicos para quimioterapia y terapia biológica (previa aprobación de la junta médica) que se encuentren en Petitorio Farmacológico FAP y PNUME vigentes. El médico tratante deberá incluir en la Historia clínica debidamente foliada y orden médica, el ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) o Karnosky, peso y talla del paciente en cada atención y/o evolución.
- 4) 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.
- 5) Exámenes de laboratorio relacionados al control y seguimiento del tratamiento de la patología oncológica.
- 6) Exámenes histopatológicos postquirúrgicos, incluyendo exámenes de inmunohistoquímica para clasificación o tipificación.



- 7) Estudios de imágenes, tales como ecografías, rayos X, tomografía computarizada y resonancia magnética.
- 8) Estudios de medicina nuclear, tales como: gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela, tomografía por emisión de positrones (PET-scan, máximo dos al año).
- 9) Prestaciones quirúrgicas y no quirúrgicas, quimioterapia y radioterapia, incluyendo salas de quimioterapia, operaciones y de recuperación.
- 10) 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.

2.- DESCRIPCIÓN Y ALCANCE DE LAS PRESTACIONES CUBIERTAS POR EL PLAN PRESTACIONES GENERALES

a.- Prestaciones Generales

- 1) **Honorarios profesionales:** Remuneración o contraprestación al personal de salud relacionado a los servicios médicos brindados a los pacientes del Plan Oncológico, sean ambulatorios y hospitalarios, clínicos o quirúrgicos, siempre que sean brindados exclusivamente por los profesionales asignados por **IAFAS**.
- 2) **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 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. Se cubrirán vitaminas únicamente cuando formen parte integral del esquema de quimioterapia vinculada el tratamiento oncológico cubierto, previa aprobación por **IAFAS**.
- 3) **Terapia Biológica:** Incluye tratamientos y/o fármacos definidos como terapia biológica llamados también modificadores de la respuesta biológica, terapia blanco dirigida, bioterapia o terapia modificadora de respuesta biológica y otros definidos como sustancias elaboradas por organismos vivos para tratar enfermedades: anticuerpos



monoclonales, factores estimulantes de colonia, inhibidores de enzimas de la tirosina quinasa y proteosomas e inmunoterapia (siempre que se encuentre en la categoría 1 en NCCN).

Tales como:

- a) Anticuerpos monoclonales: Fármacos que se unen de forma específica a proteínas de las células tumorales o del microambiente tumoral, bloqueando señales de crecimiento o marcando las células cancerosas para su destrucción selectiva.
- b) Factores estimulantes de colonias (Filgrastim): Fármacos que estimulan la médula ósea para aumentar la producción de glóbulos blancos, reduciendo el riesgo de neutropenia asociada a quimioterapia.
- c) Inhibidores de tirosina quinasa y del proteasoma: Moléculas orales o parenterales que bloquean enzimas implicadas en la proliferación y supervivencia tumoral.
- d) Inmunoterapia: Tratamiento que estimula o modula la respuesta inmunológica contra las células tumorales mediante el uso de anticuerpos o proteínas que bloquean puntos de control inmunitario..
- e) Inhibidores de CDK4/6: Fármacos que detienen el ciclo celular y la proliferación tumoral, especialmente útiles en cáncer de mama luminal.
- f) Inhibidores de PARP: Medicamentos dirigidos a tumores con defectos en reparación del ADN
- g) Inhibidores de vías específicas de señalización (BRAF, MEK, KRAS, FGFR, IDH, RET, NTRK, MET): Bloquean mutaciones moleculares específicas que impulsan el crecimiento tumoral.
- h) Terapias antiangiogénicas: Fármacos que inhiben la formación de vasos sanguíneos que nutren al tumor.

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 ONCOLOGICO** según Plan contratado.



- 4) **Hormonoterapia farmacológica:** También llamado tratamiento hormonal o endocrino, con el cual, mediante la administración de algunos medicamentos, se modula las hormonas del organismo (modificando su producción o sus efectos sobre determinadas células) para atenuar el crecimiento o reducir el riesgo de recurrencia de ciertos tumores y/o aliviar los síntomas del cáncer.
- 5) **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 **IAFAS**, cumpla con los criterios de pertinencia recomendados en las Guías de la NCCN adoptadas por **IAFAS**. Servicio solo disponible en Lima.
- 6) **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 recomendados en las Guías de la NCCN adoptadas por **IAFAS**.
- 7) **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, máximo dos al año). También se incluye, en este beneficio, el tratamiento con lodo radioactivo.
- 8) **Tomografía por emisión de positrones (PET Scan, máximo dos al año):** 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 **IAFAS** y cumpla con los criterios de pertinencia recomendados en las Guías de la NCCN adoptadas por **IAFAS**. Servicio solo disponible en Lima.
- 9) **Cáncer no biopsiable:** En casos de alta sospecha de neoplasia maligna en tumores primarios de encéfalo, hígado, 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 anatómo patológico post quirúrgico no confirme la sospecha de cáncer, el total de gastos incurridos serán asumidos por el **AFILIADO**.

- 10) **Transfusión sanguínea y hemoderivados (glóbulos rojos, plaquetas, plasma):** Se cubrirán las pruebas de tamizaje, procesamiento en banco de sangre, pruebas cruzadas y los insumos necesarios solo de la transfusión de aquellas unidades efectivamente transfundidas y que se encuentren registradas en la historia clínica, bajo indicación debidamente justificada.
- 11) **Nutrición Parenteral Total (NPT):** Alimentación endovenosa que se otorga solo durante la estancia hospitalaria hasta por un periodo máximo de 3 semanas, a 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, siempre y cuando no tengan carcinomatosis y/o enfermedad metastásica sistémica. Se otorgará solo con autorización previa de **IAFAS** bajo indicación médica pertinente evaluada por la junta médica permanente.
- 12) **Estudios genéticos:** Biomarcadores con categoría 1 en NCCN, vinculados a terapias aprobadas por FDA, con cobertura al 70%. Pruebas genéticas para determinar el diagnóstico de: síndrome mielodisplásico, mieloma múltiple, linfoma y leucemia, pruebas de inmunofenotipo, con cobertura al 70%. Otras pruebas citogenéticas diagnósticas (oncológicas), deberán ser solicitadas a **IAFAS** con informe médico detallado, con cobertura al 70%. Toda solicitud de prueba genética se encuentra sujeta a evaluación y aprobación de auditoría médica.
- 13) **Complicaciones ocasionadas por el tratamiento oncológico:** A través de este beneficio, cubrimos las complicaciones agudas detalladas a continuación:
 - a) **Atención por complicaciones post-quimioterapia o terapia biológica:** Hasta por un plazo máximo de cuatro (04) semanas con relación a la fecha de realización de la quimioterapia: Intoxicación Gastrointestinal (mucositis oral, náuseas y vómitos persistentes y diarreas); Trastornos Hidroelectrolíticos; Hipercalcemia tumoral; Intoxicación Hematológica (anemia; trombocitopenia,



pancitopenia, neutropenia); 23 Intoxicación cutánea (eritema acral); Infecciones por Bacterias, Hongos y Virus; Neuropatía en tratamientos con fármacos de la familia de los platinos, taxanos y/o epotilomas.

- b) **Atención por complicaciones post-radioterapia:** Hasta por un plazo máximo de ocho (08) semanas con relación a la fecha de realización de la radioterapia: Epitelitis actínica, Proctitis actínica, Cistitis actínica, Mucositis oral, Esofagitis, Neumonitis y Eritema.

No se cubrirá ninguna complicación que se diagnostique como enfermedad crónica (como, por ejemplo, hipertensión arterial, diabetes mellitus, insuficiencia renal, gota, migraña, etc.).

- 14) **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 31 bolsas mensuales. Incluye: Caralla, pinza, bolsas y pegamento.
- 15) **Material de Osteosíntesis:** Material quirúrgico requerido en algunos casos de fracturas patológicas siempre y cuando estas hayan sucedido a consecuencia de metástasis ósea o cáncer óseo y con indicación de cirugía. Previa autorización por la junta médica permanente de IAFAS.
- 16) **Biopsia para descarte de cáncer de mama:** Se cubrirá el costo de la biopsia al **AFILIADO/ASEGURADO** con sospecha de cáncer demostrada por estudios de imágenes y bioquímicos, y con diagnóstico anatómico patológico final positivo.
- 17) **Cirugía de hallazgo para cáncer de mama:** Sólo cuando en una cirugía no oncológica se encuentra cáncer de mama, sin que haya habido diagnóstico presuntivo de cáncer previamente y se procede a realizar la correspondiente cirugía oncológica; **IAFAS** pagará los gastos generados únicamente por el acto quirúrgico oncológico, siempre y cuando el hallazgo sea sustentado con el correspondiente Informe Anatómico Patológico positivo para cáncer. Sólo en RED FAP.
- 18) **Reconstrucción mamaria y de pezón:** Cirugía que se realiza con el propósito de devolver la forma de la mama extraída en una intervención de mastectomía radical y total (retiro del seno, los ganglios linfáticos axilares y los músculos pectorales) por cáncer de mama (como, por ejemplo, lipotransferencias), así como ningún



procedimiento en la mama contralateral. Esta cirugía deberá realizarse solo a cargo de los cirujanos designados de la IPRESS preferente habilitadas para este procedimiento, previa autorización por la IAFAS. Este beneficio no incluye cobertura sobre procedimientos estéticos en la mama afectada, así como ningún procedimiento en la mama contralateral. Servicio disponible solo en Lima.

- 19) **Radiocirugía estereotáxica (Gammaknife):** Sujeto a evaluación por auditoría médica, con cobertura al 80%.
- 20) **Prueba de expresión genética para cáncer de mama:** Sólo para pacientes con cáncer de mama en estadios tempranos (I y II A), con receptores de estrógeno positivos y receptores HER2 negativos, sin extensión a los ganglios linfáticos (ganglios negativos), la cual ayuda a estimar el riesgo de recurrencia de la enfermedad, así como el beneficio de la quimioterapia adyuvante después de una cirugía. Se otorgará bajo indicación médica pertinente y autorizada por la IAFAS.
- 21) **Psicooncología:** Asistencia al paciente, 03 consultas programadas por la especialidad dentro de los primeros 90 días contados a partir de su admisión como paciente (Solo para IPRESS FAP).
- 22) **Nutricionista:** Asistencia al paciente, 03 consultas programadas por la especialidad dentro de los primeros 90 días contados a partir de su admisión como paciente (Solo para IPRESS FAP).
- 23) **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, basado en guías de prácticas clínicas. Se cobertura al 70%.

b.- PRESTACIONES PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES

La cobertura contempla también el otorgamiento de exámenes de despistaje del cáncer en función a la normativa vigente.



3.- 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 **IAFAS**, deberá ser asumido por el **AFILIADO/ASEGURADO**:

- a.- Cáncer preexistente.
- b.- Asistencia médica fuera de las IPRESS-FAP y extra FAP sin convenio y/o contrato vigente.
- c.- Reembolso por gastos en medicinas fuera de PNUME y Petitorio Farmacológico FAP vigentes, o de marca comercial, atenciones ambulatorias, hospitalizaciones médicas o quirúrgicas, no autorizadas previamente por el Director Ejecutivo de la **IAFAS-FOSFAP**. Si fuese aprobado el reembolso, estará sujeto a evaluación por auditoría médica.
- d.- 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, sin previa autorización de **IAFAS**.
- e.- Atenciones y/o tratamientos practicados por personas que no sean médicos profesionales colegiados.
- f.- Chequeos médicos no relacionados a la patología oncológica, así como tratamientos kinésicos y estéticos.
- g.- Cirugía plástica y/o estética y/o reconstructiva así como tratamientos para embellecimiento, incluso aquellos indicados como consecuencia de un tratamiento oncológico cubierto por **IAFAS-FOSFAP** u otro seguro extra FAP, a excepción de cirugía reconstructiva de mama por mastectomía por cáncer.
- h.- Gastos en sangre, plasma, albúmina, hemoderivados tejidos, órganos y/o células madre (stem cell).
- i.- Cuidados, atenciones o tratamientos de enfermeras particulares.
- j.- Gastos de transporte y/o alojamiento en centros no autorizados por la **IAFAS - FOSFAP**.



- k.- Dispositivos o equipos mecánicos o electrónicos (de uso externo o interno), equipos médicos (glucómetros, tensiómetros, respiradores artificiales, nebulizadores, aspiradores, dispositivos CPAP, vendas y/o medias antiembólicos), sillas de ruedas, muletas, camas clínicas, implante coclear, implantes internos y externos y aparatos auditivos, separadores interespinales para columna vertebral y discos intervertebrales protésicos, y demás dispositivos similares empleados en neurocirugía y otras prótesis ortopédicas externas. Como tampoco las ortesis u otros (sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés, etc.), así como el uso de servicios y equipos de diálisis y/o cámara hiperbárica.
- l.- Prótesis quirúrgicas y no quirúrgicas, válvulas cerebrales, stent, equipos o aparatos ortopédicos o mecánicos o electrónicos, suturas mecánicas, grapas de piel, etc.
- m.- Todo tipo de requerimiento prestacional que no sea ordenado o prescrito por el o los profesionales médicos designados por la IPRESS-FAP, así como las complicaciones que se puedan ocasionar por tratamientos e indicaciones médicas dadas y ejecutadas al margen de sus indicaciones.
- n.- 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, estudios que no hayan concluido exitosamente el ENSAYO CLÍNICO DE FASE III. Siempre que el estudio cuente con respaldo de resultados de eficacia y seguridad de un ensayo clínico Fase III. En el caso de terapias biológicas, inmunoterapias, terapias dirigidas, cualquier otro tratamiento innovador, solo se considerarán aquellas que cuenten con categoría 1 en las guías NCCN (National Comprehensive Cancer Network), Así como aquellos que no se encuentren debidamente aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) o que no se recomiendan en la Clinical Practice Guidelines in Oncology de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Quedan excluidos los tratamientos o productos que no se encuentren recomendados en las NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, no estén aprobados por agencias regulatorias internacionales de referencia (FDA, EMA) o carezcan de evidencia clínica suficiente en beneficio y seguridad comprobados.
- o.- Fármacos como ansiolíticos, antipsicóticos, antidepresivos, vacunas, vitaminas (con excepción de las que forman parte del esquema de quimioterapia, anticoagulados o politrasfundidos), minerales, suplementos alimenticios, suplementos nutricionales, productos naturales (hierbas y sus derivados, levaduras, probióticos, uso medicinal de cannabis),



homeopáticos, alternativos o productos no medicinales, estimulantes del apetito, anabólicos, antioxidantes, productos geriátricos y reconstituyentes, neurotónicos y nootrópicos, productos dermatológicos (protectores solares, cremas hidratantes, lociones dérmicas, etc.) así como cualquier otro producto o medicamento no oncológico y/o no relacionado a la enfermedad oncológica.

- p.- Pruebas y exámenes genéticos catalogados como pronósticas.
- q.- No se cubrirá los gastos por cualquier concepto adicional derivado de enfermedades asociadas, como son: Diabetes mellitus, Hipertensión arterial, Coagulopatías, Tuberculosis, Insuficiencia renal, Sida, Insuficiencia cardiaca, Insuficiencia respiratoria, Insuficiencia hepática, Osteoporosis, etc.
- r.- Gastos por enfermedades producidas como consecuencia al tratamiento oncológico.
- s.- Trasplante de órganos y gastos relacionados a este, adquisición o indemnización por ellos, incluyendo el tratamiento inmunosupresor Post-Trasplante.
- t.- Pruebas de laboratorio exámenes o estudios moleculares y/o genéticos y/o estudios de mutaciones u otras, de cualquier tipo, tales como y sin limitarse a: EGFR, PDL1, KRAS, NRAS, BRAF, ALK, VEGF, T790M, inestabilidad microsatelital en sangre, pruebas moleculares para GIST, así como biopsias líquidas y/o perfiles o secuenciamientos moleculares y/o genéticos, con excepción de las contempladas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.
- u.- Estudios de diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y procedimientos relacionados con problemas de disfunciones sexuales, esterilidad, fertilidad, infertilidad, esterilización y planificación familiar, incluyendo aborto terapéutico y/o complicaciones de la gestación.
- v.- Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional atendido fuera de la RED DE IPRESS de la **IAFAS**, salvo los eventos programados y autorizados con antelación por **IAFAS**, en tanto las **IPRESS** se encuentren adscritas al **PLAN ONCOLOGICO** correspondiente al presente **CONTRATO**.
- w.- 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 interespinales 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.

- x.- Suministro de cualquier tipo de medio de transporte y servicio de ambulancia. Salvo las expresamente señaladas en el presente **CONTRATO**.
 - y.- Toda enfermedad de origen congénito y/o malformación congénita, así como enfermedades de origen laboral y profesional y/o por contaminación nuclear.
 - z.- 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**.
- aa.- **Segunda opinión médica:** Solo en casos que el paciente lo requiera, se deberá de solicitar una segunda opinión al Director de la **IAFAS**, la misma que se realizará en una IPRESS de la red de IPRESS de la **IAFAS**.
- bb.- Cualquier prestación de salud no contemplado en la presente póliza y/o que estuviera excluido y que pese a ello hubiese sido otorgado por error o excepción, no genera un derecho adquirido y no establece obligación de cobertura futura a cargo de la **IAFAS FOSFAP DE LA FUERZA AEREA DEL PERÚ (FOSFAP)**.

4.- LUGAR DE PRESTACION DEL SERVICIO

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 de la **RED FAP** y por excepción, solo por causas justificadas médicaamente, 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/ASEGURADO**, de una solicitud de autorización expresa de **IAFAS**, previa a la realización de la prestación.

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



5.- PLAN ONCOLÓGICO

Las coberturas a las que los **AFILIADOS/ASEGURADOS** tienen derecho, corresponden de manera específica al **PLAN ONCOLOGICO CONTRATADO**, cuyos alcances, limitaciones, copagos y aportes detallamos en el **ANEXO 1**.

6.- ACTIVACIÓN DEL BENEFICIO ONCOLÓGICO

Para acceder a los beneficios del Plan Oncológico, el **AFILIADO/ASEGURADO** deberá proceder a su activación, para lo cual deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a.- Formato de Solicitud de Activación del Plan de Salud Complementario Oncológico (proporcionado por la **IAFAS** en RED FAP).
- b.- Informe de anatomía patológica con diagnóstico oncológico, firmado y sellado por un especialista competente en el país.
- c.- Exámenes auxiliares (laboratorio + imágenes) contributarios al diagnóstico.
- d.- Informe médico emitido por el médico que hizo el diagnóstico, sólo en caso de corresponder a órganos no biopsiables.
- e.- Copia del DNI vigente y legible.

7.- RED DE ATENCIÓN

El listado de IPRESS disponibles para la atención oncología esta detallada en la web institucional <https://iafasfap.site/>, el mismo que será actualizado permanentemente, atendiendo a la normatividad de **SUSALUD**.

ANEXO 1

PLAN DE BENEFICIOS

PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCOLÓGICO PADRES: DEDUCIBLES Y COPAGOS

PARENTESCO	LÍMITE DE COBERTURA ANUAL	DEDUCIBLE POR CONSULTA EN RED FAP		HOSPITALIZACIÓN, PROCEDIMIENTOS Y EXÁMENES ONCOLÓGICOS	COASEGURO POR MEDICAMENTOS		
		CONSULTA AMBULATORIA	CONSULTA EMERGENCIA		MEDICAMENTOS EN PETITORIO FAP/PNUME CON DCI	MEDICAMENTOS FUERA DE PETITORIO FAP/PNUME O DE MARCA COMERCIAL	REQUISITO
PADRE	ILIMITADO	S/ 10.00	S/ 15.00	10%	10%	30%	INFORME MÉDICO QUE INDIQUE EL RAM OCASIONADO POR EL GENÉRICO Y EVIDENCIA EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE
MADRE							

ANEXO 2

APORTE DE PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCOLÓGICO PADRES

PADRES	APORTE MENSUAL (S/)
PADRE	60.00
MADRE	60.00

* En el caso del AFILIADO/ASEGURADOS padre de un titular con una pensión no renovable, el cálculo del APORTE será calculado en base al APORTE del empleador, pudiéndose establecerse una prima diferente que le permita obtener los mismos beneficios que el AFILIADO/ASEGURADO con una pensión renovable.