



# COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ

LEY N° 15173 MODIFICADA POR D. LEY 17239 Y LEY 27192

CONSEJO NACIONAL

## RESOLUCIÓN DEL CONSEJO NACIONAL

N° 246– CN – CMP – 2025

---

Miraflores, 20 de octubre de 2025

**VISTO:**

El Acuerdo N° 276 SO N° XII /CN-CMP-2025, adoptado por mayoría calificada en la Décimo Segunda Sesión Ordinaria del Consejo Nacional desarrollada los días 21 y 22 de agosto de 2025.

**CONSIDERANDO:**

Que, conforme con el numeral 7 del artículo 5 del Estatuto del Colegio Médico del Perú, uno de sus fines es promover y contribuir al bienestar social del médico cirujano, mediante mecanismos de protección social solidarios y equitativos que le permitan una vida digna.

Que, el Colegio Médico del Perú cuenta con el Servicio Médico Familiar (SEMEFA), programa de ámbito nacional y sin fines de lucro, mediante el cual se financia la prestación de servicios de salud preventivos y recuperativos de los colegiados y sus familiares, con la finalidad de asegurar la protección social y el bienestar de estos.

Que, el Servicio Médico Familiar (SEMEFA), cuenta con reconocimiento oficial de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), como una Institución Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, conforme Resolución de Intendencia de Regulación, Autorización y Registro N° 215-2013-SUNASA/IRAR.

Que, conforme con el artículo 42 del Reglamento del Programa Servicio Médico Familiar (SEMEFA), aprobado por Resolución N° 14961-CN-CMP-2016, es un programa cuya administración y ejecución técnico operativa está supeditado a la autoridad inmediata del Comité Ejecutivo Nacional y/o Consejo Nacional.

Que, la Directora del Servicio Médico Familiar (SEMEFA) presentó durante la Décimo Segunda Sesión Ordinaria del Consejo Nacional desarrollada los días 21 y 22 de agosto de 2025, la propuesta de seis (06) nuevos Planes diferenciados que amplian significativamente los beneficios máximos anuales y servicios incluidos en beneficio de los afiliados y sus derechohabientes, dentro de los cuales se incluyen cuatro (04) planes de salud no oncológicos y dos (02) planes de salud oncológicos.

Que, la propuesta de seis (06) nuevos Planes diferenciados del Servicio Médico Familiar se sustenta en una propuesta de estructura tarifaria competitiva que mantiene accesibilidad a los planes mientras se asegura la viabilidad financiera del Servicio Médico Familiar (SEMEFA); en adición, la propuesta busca captar mayor participación de los colegiados manteniendo la misión social del programa, precisándose que su implementación en cuatro (04) fases, como son la de diseño técnico y tarifario; adecuación normativa y operativa; lanzamiento y monitoreo y ajustes



# COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ

LEY N° 15173 MODIFICADA POR D. LEY 17239 Y LEY 27192

CONSEJO NACIONAL

## RESOLUCIÓN DEL CONSEJO NACIONAL

N° 246- CN - CMP - 2025

Que, la propuesta de seis (06) nuevos Planes diferenciados del Servicio Médico Familiar fue objeto de debate, siendo aprobada por mayoría calificada conforme Acuerdo N° 276 SO N° XII /CN-CMP-2025, adoptado en la Décimo Segunda Sesión Ordinaria del Consejo Nacional desarrollada los días 21 y 22 de agosto de 2025.

De conformidad con el numeral 24 del artículo 28 del Estatuto del Colegio Médico del Perú y, estando al Acuerdo N° 276 SO N° XII /CN-CMP-2025, adoptado por mayoría calificada en la Décimo Segunda Sesión Ordinaria del Consejo Nacional desarrollada los días 21 y 22 de agosto de 2025,

### SE RESUELVE:

**Artículo Primero.- APROBAR** con eficacia anticipada el 03 de octubre de 2025 seis (06) nuevos Planes diferenciados del Servicio Médico Familiar (SEMEFA), que incluyen cuatro (04) planes de salud no oncológicos y dos (02) planes de salud oncológicos, conforme con el siguiente detalle.

1. Planes de salud no oncológicos:
  - 1.1 Plan Base
    - 1.1.1 Plan Base en menores de 60 años
    - 1.1.2 Plan Base en mayores de 60 años
  - 1.2 Plan Premium
    - 1.2.1 Plan Premium en menores de 60 años
    - 1.2.2 Plan Premium en mayores de 60 años
2. Planes de salud oncológicos:
  - 2.1 Plan Básico (ONCOSEMEFA)
  - 2.2 Plan Premium (ONCOSEMEFA PLUS)

**Artículo Segundo.- APROBAR** el Contrato de Aseguramiento en Salud para Planes Complementarios No Oncológicos del Servicio Médico Familiar (SEMEFA) del Colegio Médico del Perú, que consta de veintidós (22) Cláusulas Generales, dos (02) Cláusulas Especiales y seis (06) anexos, conforme **Anexo 01** de la presente resolución.

**Artículo Tercero.- APROBAR** el Contrato de Aseguramiento en Salud para Planes Complementarios Oncológicos del Servicio Médico Familiar (SEMEFA) del Colegio Médico del Perú, que consta de veintidós (22) Cláusulas Generales, dos (02) Cláusulas Especiales y seis (06) anexos, conforme **Anexo 02** de la presente resolución.

**Artículo Cuarto.- PRECISAR** que los seis (06) nuevos Planes diferenciados del Servicio Médico Familiar (SEMEFA) entrarán en vigencia el 03 de octubre de 2025, siendo aplicables a los nuevos afiliados, titulares o derechohabientes, y a aquellos afiliados, titulares o derechohabientes, que opten de manera expresa por cambiar de plan.

**Artículo Quinto.- PRECISAR** que los afiliados, titulares o derechohabientes, que con anterioridad al 03 de octubre de 2025 hayan contratado un plan de salud en el Servicio



# COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ

LEY N° 15173 MODIFICADA POR D. LEY 17239 Y LEY 27192

CONSEJO NACIONAL

## RESOLUCIÓN DEL CONSEJO NACIONAL

N° 246- CN - CMP - 2025

Médico Familiar mantendrán la vigencia y continuidad del plan contratado previamente, salvo que opten de manera expresa por cambiar de plan a uno de los nuevos planes vigentes a partir del 03 de octubre de 2025.

**Artículo Sexto.- TRANSCRIBIR** la presente resolución a los miembros del Consejo Nacional.

**Artículo Séptimo.-TRANSCRIBIR** la presente resolución al Programa Servicio Médico Familiar (SEMEFA).

Regístrate, Notifíquese y Cúmplase.

COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ  
CONSEJO NACIONAL

Dr. PEDRO ANTONIO RIEGA LÓPEZ  
DECANO

COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ  
CONSEJO NACIONAL

Dr. PAVEL JAIME CONTRERAS CARMONA  
SECRETARIO GENERAL

PRL/PCC/MRC/mhs  
I-011138-2025

**CONTRATO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD PARA PLANES COMPLEMENTARIOS - PROGRAMA DE BIENESTAR DEL COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ - SERVICIO MÉDICO FAMILIAR – SEMEFA – PROGRAMA ONCOLÓGICO**  
**CLÁUSULAS GENERALES**

Conste por el presente documento, la IAFAS autoseguro **PROGRAMA SERVICIO MÉDICO FAMILIAR - SEMEFA** del **COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ**, con RUC N° 20139589638, con registro en **SUSALUD N° 30009**, domicilio legal en Malecón de la Reserva N° 791 del distrito de Miraflores, Provincia y Departamento de Lima, debidamente representado por la Directora del **SEMEFA** - Dra. María Angela Cavero Romaña designada mediante Resolución del Consejo Nacional N° 009-CEN-CMP-2024 de fecha 26 de abril del 2024, a quien en adelante se le denominará la **IAFAS** o el **SEMEFA**, y de la otra parte el **TITULAR** quien consigna sus generales de ley en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, que forma parte integrante de este **CONTRATO**, quien actúa en representación de los **AFILIADOS**, a quien en adelante se denominarán el **AFILIADO** o los **AFILIADOS**, en los términos y condiciones siguientes:

**CLÁUSULA PRIMERA: OBJETO**

En virtud del presente Contrato de Aseguramiento en Salud, en adelante el **CONTRATO**, la **IAFAS** otorga a los **AFILIADOS** la cobertura complementaria de salud, conforme a los límites y condiciones señalados en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del **CONTRATO**.

Los planes complementarios y **BENEFICIOS** adicionales que se contratan son de naturaleza voluntaria, y se regirán conforme a las reglas establecidas en las presentes **CLÁUSULAS GENERALES** y las **PARTICULARES** del presente **CONTRATO**, y demás disposiciones legales que les resulten aplicables.

Para efectos de las presentes **CLÁUSULAS GENERALES**, entiéndase como "**AFILIADO**" o "**AFILIADOS**" al Titular y a sus **BENEFICIARIOS**.

**CLÁUSULA SEGUNDA: CONTENIDO**

El **CONTRATO** que se suscribe consta de las siguientes partes integrantes:

1. **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.
2. **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.
3. **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 la **IAFAS**.
4. **DECLARACIÓN DE SALUD:** Documento mediante el cual el **CONTRATANTE** informa los antecedentes médicos relevantes del titular, dependientes o personas no dependientes, propuestos para **AFILIACIÓN**, al momento de suscribir la solicitud de inscripción.
5. **RELACIÓN DE LOS AFILIADOS:** Documento que contiene la relación detallada de los **AFILIADOS** 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.

**CLÁUSULA TERCERA: DEFINICIONES**

Para efectos de las **CLÁUSULAS GENERALES** antes señaladas y, en lo que resulte aplicable, a las **CLÁUSULAS PARTICULARES**, se entiende por:

1. **AFILIACIÓN:** Adscripción de un **ASEGURADO** a un Plan de Aseguramiento en Salud y a una **IAFAS**.
2. **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.
3. **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.
4. **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.
5. **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 pre establecida, 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.

6. **ALTA HOSPITALARIA:** Para fines de este **CONTRATO**, se entenderá así a la finalización de un episodio de internamiento hospitalario en curso por indicación médica; es decir, la culminación de los cuidados intrahospitalarios, ya sea por mejoría del paciente con pase a control ambulatorio o domiciliario, requerimiento de traslado a otra **IPRESS**, por fallecimiento o a petición voluntaria del paciente o de sus familiares. La indicación otorgada por el médico tratante, acciona los procesos médicos y administrativos para el egreso del paciente.
7. **ALTA ADMINISTRATIVA:** Para fines de este contrato, se entenderá así el conjunto de acciones administrativas, documentarias y pago de contraprestaciones, para la culminación de un internamiento hospitalario que termina con el egreso del paciente de la **IPRESS**.
8. **APORTE:** Pago periódico, establecido en el **CONTRATO**, al que se compromete el **AFILIADO** o **CONTRATANTE** a abonar en forma adelantada a la **IAFAS** por los **BENEFICIOS** del plan o programa de salud contratado.
9. **AFILIADO:** Toda persona residente en el país, que esté bajo cobertura de alguno 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.
10. **AUS:** Aseguramiento Universal de Salud.
11. **BENEFICIARIO:** Persona residente en el país que está bajo la cobertura de un plan de Aseguramiento Universal en Salud. Acepción que se utiliza de manera indistinta para referirse a los **AFILIADOS** o **ASEGURADOS**. Al respecto, para **SEMEFA**, podrán ser **BENEFICIARIOS**:
  - 11.1. **Beneficiario Titular:** Es el médico colegiado hábil, inscrito en el Colegio Médico del Perú, quien suscribe el Contrato de Aseguramiento en Salud y asume la condición principal de afiliado.
  - 11.2. **Beneficiarios Dependientes:** Podrán ser asegurados como derechohabientes o dependientes del Beneficiario Titular las siguientes personas, siempre que cumplan con los requisitos establecidos por el **SEMEFA**:
    - 11.2.1. **Cónyuge:** El/la cónyuge del Beneficiario Titular, acreditado mediante la partida de matrimonio correspondiente.
    - 11.2.2. **Conviviente:** El/la conviviente del Beneficiario Titular, reconocido(a) conforme a la legislación civil vigente y acreditado mediante declaración notarial o judicial de unión de hecho.
    - 11.2.3. **Hijos:** Los hijos biológicos o adoptivos del Beneficiario Titular, y que tengan menos de cuarenta (40) años de edad. Al cumplir dicha edad, quedarán automáticamente desafiliados, extinguiéndose el vínculo con el **SEMEFA**.
    - 11.2.4. **Nietos:** Los nietos del Beneficiario Titular podrán afiliarse hasta los veinticinco (25) años de edad. Al cumplir dicha edad, quedarán automáticamente desafiliados, extinguiéndose el vínculo con el **SEMEFA**
    - 11.2.5. **Padres:** Los padres del Beneficiario Titular podrán ser inscritos como derechohabientes, previa acreditación del vínculo filial conforme a la normatividad vigente y cumpliendo los requisitos establecidos por el **SEMEFA**.
12. **BENEFICIOS:** Derechos del (los) **AFILIADO**(s), según las condiciones establecidas en el plan o programa de salud contratado.
13. **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL (BMA):** Monto límite de cobertura del **PROGRAMA**, el cual aplica por cada **AFILIADO**. Los gastos médicos y otros beneficios otorgados al **AFILIADO** durante el periodo de la vigencia anual, reduce automáticamente este monto, sin lugar a restitución hasta la celebración de una nueva anualidad del **CONTRATO**. El monto del **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL** se detalla en el **PLAN DE SALUD** e incluye el **IGV**. Asimismo, no es acumulable entre renovaciones.
14. **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.
15. **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**.
16. **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**.
17. **CONTRATO:** Documento que contiene las **CLÁUSULAS GENERALES** y **CLÁUSULAS PARTICULARES**, que suscribe la **IAFAS** con el **CONTRATANTE**, para regular los derechos y las obligaciones de las partes, con relación a los **BENEFICIOS** ofrecidos en el plan o programa de salud.
18. **COPAGO:** (o Coaseguro o Copago Variable) Importe a pagar por el **AFILIADO** por los servicios médicos o **BENEFICIOS** solicitados, el cual puede estar expresado en un porcentaje del valor de la atención y/o en una cantidad fija, establecidos en el plan o programa de salud que forma parte integrante del **CONTRATO** suscrito entre el **AFILIADO** y la **IAFAS**. Estos gastos son una obligación que contrae el **BENEFICIARIO** y en ningún

- caso la IAFAS cubrirá esta responsabilidad. Su incumplimiento tiene como consecuencia inmediata la pérdida de la habilidad de usar los beneficios del SEMEFA.
19. **DEDUCIBLE:** (o Copago Fijo) Importe fijo a pagar por el AFILIADO por los servicios cubiertos, ya sea en emergencia, ambulatorios u hospitalarios. Los conceptos en los cuales se aplican deducibles se especifican en el **PLAN DE SALUD** de las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del **CONTRATO**. Una misma atención puede estar afecta al pago de **DEDUCIBLE** y **COPAGO**. Estos gastos son una obligación que contrae el **BENEFICIARIO** y en ningún caso la IAFAS cubrirá esta responsabilidad. Su incumplimiento tiene como consecuencia inmediata la pérdida de la habilidad de usar los beneficios del **SEMEFA**.
20. **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.
21. **DESAFILIACIÓN:** Acto por el cual una persona deja de tener la condición de **AFILIADO** respecto de una IAFAS determinada, por la culminación del supuesto de hecho que le daba la condición como tal o por extinción del **CONTRATO** por las causales de caducidad, no renovación, resolución, revisión o nulidad del mismo. La **DESAFILIACIÓN** debe darse por solicitud expresa del **CONTRATANTE**.
22. **DÍAS:** Días calendario.
23. **DOLENCIAS AGUDAS:** Son aquellas condiciones de salud o enfermedades que presentan síntomas precisos y definidos, de aparición súbita o repentina, en general de menos de tres meses de duración y que no son reconocidas como enfermedades crónicas por la Organización Mundial de la Salud, que define como enfermedad crónica a aquella afección que por lo general se caracteriza por durar 3 meses o más, tiene carácter permanente, evolutivo y a través de intervenciones de salud puede ser mitigada o controlada.
24. **EMERGENCIA:** Es toda condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente.
25. **EMERGENCIA ACCIDENTAL:** Es aquella condición clínica de emergencia producida por un **ACCIDENTE** y según evaluación médica corresponde a daños calificados como prioridad I y II, por su potencial peligro inminente a la vida, la salud, o la funcionalidad del paciente; por lo que requiere atención médica inmediata en un servicio de emergencia, conforme a los criterios de triaje y la normativa vigente en aseguramiento en salud.
26. **EMERGENCIA NO ACCIDENTAL:** Es aquella condición clínica de emergencia que no es producida por un **ACCIDENTE**, pudiendo ser la manifestación súbita de una enfermedad o condición médica del paciente, que según evaluación médica corresponde a daños calificados como prioridad I y II, por su potencial peligro inminente a la vida, la salud, o estado funcional del paciente; por lo que requiere atención médica inmediata en un servicio de emergencia, conforme a los criterios de triaje y la normativa vigente en aseguramiento en salud.
27. **EMERGENCIA MÉDICA Y/O QUIRÚRGICA:** Es toda condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I y II de la Norma Técnica de Salud N° 042-MINSA.
28. **ENFERMEDAD CONGÉNITA:** Es toda aquella enfermedad adquirida durante el periodo embrionario-fetal y perinatal, la cual puede manifestarse y diagnosticarse en el nacimiento o después durante todo el transcurso de la vida. Esta definición incluye, pero no se limita a todos los diagnósticos calificados como congénitos de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades 10° edición de la Organización Mundial de la Salud.
29. **ENSAYO CLÍNICO DE FASE III:** Estudio que se realiza a nivel mundial a diferentes pacientes con la finalidad de corroborar si un nuevo tratamiento es seguro y eficaz comparado con el tratamiento estándar o convencional, en condiciones de uso habituales. Sus resultados proporcionan la base para la aprobación del fármaco por las entidades regulatorias de salud.
30. **EPS:** Entidades Prestadoras de Salud (EPS) son empresas que prestan servicios de atención en salud a sus afiliados, complementando los servicios y cobertura de EsSalud, a través de sus propias **IPRESS** de atención.
31. **ESTADO TERMINAL:** Paciente en progresión de enfermedad importante y no tributario de tratamiento oncológico curativo o con capacidad para retrasar la evolución y/o en no condiciones clínicas de recibir tratamiento activo y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses).
32. **EXAMEN ANTÍGENO PROSTÁTICO:** Examen de laboratorio que mide la concentración en sangre de una proteína producida exclusivamente por las células de la glándula prostática. Puede encontrarse valores elevados tanto en condiciones malignas como no malignas, por lo que puede ser usado para la detección y seguimiento de estas condiciones.
33. **EVENTO HOSPITALARIO:** (u Hospitalización) Se considera así al internamiento del **AFILIADO** en una **IPRESS**, de por lo menos un día, bajo indicación médica pertinente y hasta el alta médica, al amparo de las estipulaciones contempladas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del **CONTRATO**.
34. **EXCLUSIONES:** Son aquellas prestaciones de salud no cubiertas por el plan o programa de salud. En el marco de lo establecido en el Plan de 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.

35. **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA:** Conjunto de recomendaciones desarrolladas en forma sistemática para ayudar a los profesionales y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas en el abordaje de un problema de salud o una condición clínica específica.
36. **HISTOCOMPATIBLE:** Semejanza de los antígenos tisulares de distintos individuos, del que depende la posibilidad de un injerto o trasplante, para minimizar las posibilidades de rechazo del trasplante.
37. **IAFAS:** Las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), son aquellas entidades o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, que reciban, capten y/o gestionen fondos para la cobertura de las atenciones de salud o que oferten cobertura de riesgos de salud, bajo cualquier modalidad.
38. **IPRESS:** Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), son todos aquellos establecimientos públicos, privados o mixtos categorizados y acreditados por la autoridad competente y registrados en la Superintendencia Nacional de Salud, autorizados para brindar los servicios de salud correspondiente a su nivel de atención.
39. **NIVEL DE EVIDENCIA:** Se adopta la categorización de la Red Nacional Integral del Cáncer (National Comprehensive Cancer Network – NCCN) sobre lo apropiado de una recomendación en base al **NIVEL DE EVIDENCIA** y el consenso de cada uno de sus miembros, refiriéndose de acuerdo a las siguientes categorías:
- (i) Categoría 1: Aquella con alto nivel de evidencia y con consenso uniforme que la intervención es adecuada.
  - (ii) Categoría 2A: Aquella con menor nivel de evidencia, pero con consenso uniforme que la intervención es adecuada.
  - (iii) Categoría 2B: Aquella con nivel inferior de evidencia sin un consenso uniforme, pero sin grandes desacuerdos.
  - (iv) Categoría 3: Aquella con cualquier nivel de evidencia y con grandes desacuerdos.
40. **NOTA TÉCNICA:** Documento que describe la metodología y las bases técnicas aplicadas para el cálculo actuarial de la prima pura de riesgo o aporte y la prima comercial, así como la justificación de sus gastos de gestión, administración y sistemas de cálculo de sus provisiones o reservas técnicas.
41. **PEAS:** Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.
42. **PERÍODO DE CARENCIA:** Es el plazo en el cual no están activas las coberturas de salud. Los **PERÍODOS DE CARENCIA** se contabilizan en forma individual por cada **AFILIADO**.  
Las emergencias no presentan **PERÍODOS DE CARENCIA** en ninguno de los regímenes de financiamiento. Además, no se aplica el **PERÍODO DE CARENCIA** en ninguna clase de emergencia.  
En los regímenes contributivo y semicontributivo, para el caso del beneficio de **ATENCION POR MATERNIDAD**, es suficiente que la **AFILIADA** haya estado en vigencia del programa al momento de la concepción.  
Por ningún motivo, puede excluirse de la cobertura del Plan Complementario, aquellas enfermedades o dolencias diagnosticadas durante el **PERÍODO DE CARENCIA**.
43. **PLAN DE SALUD:** Es el documento que detalla los **BENEFICIOS** y coberturas que otorga la **IAFAS** al amparo del presente **CONTRATO**.
44. **PREEEXISTENCIA:** 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 preeexistente un diagnóstico contemplado en el **PEAS**.
45. **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**.
46. **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 esta le ofrece. Su costo se determina sobre bases actuariales.
47. **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.
48. **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**.
49. **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.
50. **SALUD:** Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
51. **SEGUNDO O SIGUIENTE CÁNCER PRIMARIO:** Es la nueva manifestación de neoplasia maligna (cáncer) que cumple con la siguiente condición para efectos de este **CONTRATO**, que sea histológicamente distinto y que se presente en un órgano de estructura y funcionalidad distinto al o las enfermedades oncológicas preeexistentes.

52. **SEXO:** Es el sexo que se consigna en la partida de nacimiento del beneficiario.
53. **SOLICITUD DE AFILIACIÓN:** Formulario único que valida la afiliación al plan de Salud del afiliado titular y sus dependientes a LA IAFAS.
54. **TELECONSULTA:** Es la consulta a distancia que se realiza entre un profesional de la salud, en el marco de sus competencias, y una persona usuaria mediante el uso de las tecnologías de información y comunicaciones, con fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según sea el caso, cumpliendo con las restricciones reguladas a la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el Ministerio de Salud.
55. **TERAPIA ADYUVANTE:** Terapia adicional administrada luego del tratamiento primario (generalmente quirúrgico) para reducir el riesgo de recurrencia del tumor maligno. El tratamiento adyuvante puede incluir, pero no solo limitarse a, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, terapia blanco o terapia biológica.
56. **TERAPIA NEO ADYUVANTE** (o terapia de inducción): Tratamiento administrado de manera inicial con la finalidad de reducir el tamaño tumoral antes del manejo quirúrgico. Este tratamiento puede incluir, pero no necesariamente limitarse a, quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia.
57. **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 CUARTA: COBERTURA, GARANTÍA Y CONDICIONES**

La IAFAS otorga cobertura a el AFILIADO o los AFILIADOS, consistente en las prestaciones promocional, preventiva, recuperativa y de rehabilitación comprendidas en el presente **CONTRATO**.

La cobertura contratada, comprende la atención de las dolencias preexistentes, siempre que se cumpla con los requisitos establecidos en los literales a) al e) del último párrafo del artículo 100 del Reglamento de la Ley N° 29344, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA.

La **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL** corresponde a la cobertura máxima por paciente y por anualidad, monto que debe estar basado en un estudio actuarial, el cual permita la sostenibilidad del **PLAN DE SALUD**.

#### **CLÁUSULA SEXTA: PRESTACIONES DE SALUD PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES**

Adicionalmente a lo mencionado en la cláusula precedente, en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** debe establecerse 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:

1. **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).
2. 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**.
3. **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).
4. Otros servicios.

#### **CLÁUSULA SÉPTIMA: EXCLUSIONES Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS**

En las **CLÁUSULAS PARTICULARES** se señalan las **EXCLUSIONES** y limitaciones a las que se encuentran sujetos el AFILIADO o los AFILIADOS al **PLAN DE SALUD** complementario que es materia del presente **CONTRATO**.

#### **CLÁUSULA OCTAVA: DEL AFILIADO / ASEGURADO O LOS AFILIADOS / ASEGURADOS DE LA COBERTURA CONTRATADA**

La IAFAS otorga la cobertura detallada en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**, al AFILIADO o los AFILIADOS, 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 NOVENA: INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA**

Salvo pacto en contrario, el AFILIADO o los AFILIADOS gozan de la cobertura contratada, a partir del día siguiente a la suscripción del **CONTRATO**, previo pago de la primera cuota, con excepción de los **PERÍODOS DE CARENCIA** que se establezcan en las **CLÁUSULAS PARTICULARES**, en el caso de haberlo pactado.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA: LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

El otorgamiento de las prestaciones de salud, promocional, preventiva, recuperativa y de rehabilitación de la salud cubiertas por el presente **CONTRATO**, se otorgan en las **IPRESS** indicadas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**, en el cual consta la dirección de los establecimientos y su número de registro ante **SUSALUD**.

La IAFAS informa por escrito o vía correo electrónico u otro medio electrónico a el AFILIADO / ASEGURADO o los AFILIADOS / ASEGURADOS, 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 o los AFILIADOS / ASEGURADOS.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: REFERENCIAS**

La IPRESS que forma parte de la red de atención de salud de la IAFAS, se obliga a atender a el AFILIADO o los AFILIADOS 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 **CLÁUSULAS PARTICULARES**, 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 SEGUNDA: APORTES E INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE APORTES**

Como contraprestación por el otorgamiento de la cobertura complementaria, el AFILIADO o AFILIADOS paga a la IAFAS los APORTES indicados en las **CLÁUSULAS PARTICULARES**, los mismos que incluyen los tributos de ley y gastos correspondientes.

La falta de pago oportuno de los APORTES pactados o de cualquier otra suma que el AFILIADO o los AFILIADOS adeude a la IAFAS, origina la suspensión automática de la cobertura otorgada en el **CONTRATO**, a partir del día siguiente de la fecha de vencimiento de pago.

La IAFAS comunica al AFILIADO o los AFILIADOS, 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 al AFILIADO o los AFILIADOS 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 o los AFILIADOS que ha 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 periodo en que el AFILIADO o los AFILIADOS se encontraba en mora en el pago de los APORTES, aun cuando la contingencia se prolongue al periodo en que se rehabilita la cobertura.

El AFILIADO o los AFILIADOS no recobran el derecho si la IAFAS hubiere optado por la resolución del **CONTRATO** por cualquiera de las causales previstas en la Cláusula Vigésima del presente **CONTRATO**.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA: COPAGOS**

Las prestaciones materia del presente **CONTRATO** pueden estar sujetas a COPAGOS a cargo del AFILIADO o los AFILIADOS, los que se indican en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** del presente **CONTRATO**.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA: 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, 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 a el **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 o los AFILIADOS, con una anticipación no menor a cuarenta y cinco (45) días calendario previos al vencimiento del plazo pactado para la vigencia de los APORTES y COPAGOS, una comunicación escrita, con conocimiento de los AFILIADOS, 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 los AFILIADOS están de acuerdo con la modificación, la ENTIDAD EMPLEADORA o los AFILIADOS 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 los AFILIADOS o la ENTIDAD EMPLEADORA no están 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, los reportes de la siniestralidad, contenido 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 EPS, 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. En ese sentido, los costos de ambos planes (PEAS y Complementario) de las **IAFAS EPS** deben tener los mismos costos para todos sus **ASEGURADOS** (regulares y potestativos).

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 QUINTA: INFORMACIÓN**

El **AFILIADO** 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. El **AFILIADO** debe informar a la **IAFAS** sobre la inclusión o la exclusión de los **AFILIADOS** /al plan, dentro de los cinco (05) primeros días del mes siguiente a la ocurrencia.

La **IAFAS** debe poner a disposición del **AFILIADO** o los **AFILIADOS**, 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** o los **AFILIADOS** tomen conocimiento de los mismos y estén debidamente informados.

La **IAFAS** tiene la obligación de informar al **AFILIADO** o los **AFILIADOS**, 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.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA: EXÁMENES MÉDICOS Y DECLARACIONES DE SALUD**

De requerirse a el **AFILIADO** o los **AFILIADOS** una **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD** o la realización de un examen médico, antes de la suscripción del presente **CONTRATO** o durante su vigencia, el **AFILIADO** o los **AFILIADOS** no podrán ser sujetos a rechazo basado en los resultados de tal examen o declaración. La **IAFAS** que solicita la realización del examen médico, asumirá el costo del mismo.

La **IAFAS** se obliga a mantener la confidencialidad de los resultados de tal examen médico o declaración jurada de salud, de conformidad con la normativa vigente.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA: 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 (01) 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 sesenta (60) 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. Asimismo, deberá anexar las recomendaciones correspondientes para la contención del gasto.

El **AFILIADO** o los **AFILIADOS** adquieren 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** o los **AFILIADOS** durante el período de vigencia.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA: DOMICILIO**

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

Todas las desavenencias, conflictos o controversias que pudieran surgir entre la **AFILIADO** o los **AFILIADOS** y la **IAFAS**, así como las que se susciten entre la **IAFAS** u otras **IAFAS** y el **AFILIADO** o los **AFILIADOS**, derivadas del presente **CONTRATO**, incluidas las de su nulidad o invalidez, son resueltas a través de los mecanismos de solución de controversias del Centro de Conciliación y Arbitraje (**CECONAR**) de la Superintendencia Nacional de Salud o en aquellos centros que se encuentren registrados y habilitados por este.

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 estas 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 VIGÉSIMA: RESOLUCIÓN DE CONTRATO**

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

1. El mutuo acuerdo de las partes.
2. El fallecimiento del **AFILIADO**.
3. El incumplimiento en el pago oportuno de los **APORTES**, salvo pacto en contrario incluido en las **CLÁUSULAS PARTICULARES**. Para tal efecto, la **IAFAS** envía una carta de requerimiento de pago, indicando el importe adeudado, el cual debe ser pagado en un plazo máximo de quince (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.
4. 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.

**CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA: 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 SEGUNDA: GARANTÍA DE CONTINUIDAD DE COBERTURA DE PREEXISTENCIAS**  
La **IAFAS** se obliga a continuar brindando cobertura a las atenciones de salud de sus **ASEGURADOS**, por aquellas contingencias diagnosticadas y no resueltas, en un anterior **PLAN DE SALUD**, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 100 del Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 008-2010-SA.

**CONTRATO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD PARA PLANES COMPLEMENTARIOS - PROGRAMA DE BIENESTAR DEL COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ - SERVICIO MÉDICO FAMILIAR – SEMEFA – PROGRAMA ONCOLÓGICO**  
**CLÁUSULAS PARTICULARES**

A través del presente documento se detallan las prestaciones y servicios a los que, en función de las condiciones de cobertura señaladas en el **PLAN DE SALUD** y hasta el límite del **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL** (siendo la diferencia asumida por el **TITULAR** o **BENEFICIARIO**), los **AFILIADOS** tienen derecho, según las siguientes especificaciones:

**IMPORTANTE:** En concordancia con la Resolución de Superintendencia 069-2021-SUSALUD/S, se precisa que lo estipulado en las presentes **CLÁUSULAS PARTICULARES** prevalecen sobre las **CLÁUSULAS GENERALES**, y sobre todas prevalecerá lo que dispongan el Reglamento del **SEMEFA** y las disposiciones especiales.

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

- a) **Honorarios profesionales** vinculados a las consultas, interconsultas y procedimientos, tanto en consulta ambulatoria, como en sala de emergencias y durante la hospitalización.
- b) **Medicamentos oncológicos** (siempre que formen parte del Petitorio de Medicamentos del plan contratado), insumos, materiales, tales como catéteres, líneas de infusión, oxígeno, analgésicos y otros.
- c) **Medicamentos no oncológicos, materiales e insumos**, incluyendo catéteres permanentes, líneas de infusión, oxígeno, anestésicos, analgésicos y antibióticos relacionados con el tratamiento y pertinencia a su diagnóstico oncológico.
- d) **Servicios de apoyo al tratamiento oncológico:** Exámenes de laboratorio; estudios de imágenes tales como rayos x, ecografías, mamografías, tomografías y resonancias; Procedimientos endoscópicos; Estudios de anatomía patológica e inmunohistoquímica, citometría de flujo, para clasificación o tipificación; relacionados al control y seguimiento del tratamiento activo del paciente oncológico.
- e) **Estudios de medicina nuclear**, tales como gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela y tomografía por emisión de positrones (PET-CT).
- f) **Procedimientos** ambulatorios u hospitalarios, quirúrgicos y no quirúrgicos, incluyendo uso de tópico, sala de operaciones y sala de recuperación.
- g) **Hotelaria:** Para hospitalización oncológica, médica o quirúrgica, en habitación individual o bipersonal estándar o en unidad de cuidados intensivos y unidad de cuidados intermedios, según disponibilidad y pertinencia.
- h) **Quimioterapia** convencional, ambulatoria u hospitalaria, de acuerdo al esquema de quimioterapia correspondiente. Incluye los quimioterápicos (siempre que formen parte del Petitorio de Medicamentos del plan contratado), vitaminas que formen parte del esquema de quimioterapia, premedicación e hidratación pre y post infusión, salas de infusión, así como el uso de bombas de infusión e insumos correspondientes.
- i) **Radioterapia** a través de las siguientes técnicas: 3DRT (Radioterapia Tridimensional), VMAT (Arcoterapia Volumétrica de Intensidad Modulada), IMRT (Radioterapia de Intensidad Modulada, SRS (Radiocirugía Estereotáctica), SBRT, (Radioterapia Estereotáctica Extra Cerebral) y Brachiterapia. Incluye las evaluaciones del radioterapeuta, evaluaciones de planificación, procedimiento y controles.
- j) **Terapia Biológica** o Terapia Modificadora de Respuesta Biológica, también como denominada terapia blanco dirigida o molecularmente dirigida o bioterapia. Incluye anticuerpos monoclonales, factores estimulantes de colonias, Inhibidores de enzimas de kinasas y proteosomas, inmunoterapia, antiangiogénicos, inmunomoduladores.
- k) **Estudios de Medicina Nuclear:** gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, ablación de tejido tiroideo y detección de ganglio centinela.
- l) **PET Scan:** una (01) vez durante la anualidad de su afiliación. Incluye la evaluación médica previa a la prueba, la realización de estudio de imágenes, la sustancia radioactiva (FDG o PSMA), bajo indicación médica pertinente.
- m) **Transfusión Sanguínea**, se cubrirá de aquellas unidades efectivamente transfundidas y que se encuentren registradas en la historia clínica, bajo indicación pertinente. Incluye: Pruebas de tamizaje, Procesamiento en banco de sangre, Pruebas cruzadas e insumos utilizados en el procedimiento de transfusión.
- n) **Nutrición Parenteral Total (NPT)**, Para pacientes con complicaciones entéricas por radioterapia y/o quimioterapia, o sometidos a cirugía oncológica de cabeza y cuello, esófago, estómago o entéricas, así como fistulas digestivas que impidan la alimentación enteral del paciente.
- o) **Prueba de expresión genética** para cáncer de mama (Oncotype®), 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).
- p) **Reconstrucción mamaria y pezón** para pacientes con mastectomía radical por cáncer de mama, se otorga por única vez, solo a mujeres menores de setenta (70) años de edad.
- q) **Terapia física** posterior a mastectomía radical por cáncer de mama, post cirugía mutilante de tejidos blandos en extremidades por sarcomas óseos o de partes blandas, post cirugía por cáncer pulmonar.

- r) **Foniatria**, para pacientes con disfonia severa o pérdida del habla, posterior a cirugía por cáncer primario de laringe y cuerdas vocales, así como para pacientes con trastornos de la deglución, posterior a cirugía encefálica por cáncer primario de encéfalo.
- s) **Material de Osteosíntesis**: Placas metálicas, clavos, tornillos, alambres y pines, que se utilizan en algunos casos de fracturas patológicas a consecuencia de metástasis ósea o cáncer óseo.
- t) **Kit de manejo de ostomías**: Para pacientes con Colostomía, Ileostomía o Uroscopia.
- u) **Soporte de nutrición** al paciente oncológico.
- v) **Soporte de psicología** al paciente oncológico.
- w) **Traslados en ambulancia**, para pacientes postrados o imposibilitados de desplazarse por la enfermedad oncológica.
- x) **Segunda Opinión médica nacional**, realizada a una institución de prestigio nacional.
- y) **Chequeo Médico Oncológico**, según su edad y sexo biológico del AFILIADO.

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

### 2.1. PRESTACIONES GENERALES

**Emergencia oncológica**: Prestaciones atendidas en sala de emergencia vinculadas específicamente a la enfermedad oncológica y/o su tratamiento. La determinación de la condición de la urgencia o emergencia oncológica será definida por el profesional médico encargado de la atención en las IPRESS que conforman la red de atención detallada en el Anexo 1.

En caso la prestación otorgada en sala de emergencias no corresponda a una urgencia o emergencia oncológica según la calificación del equipo médico que realizó la atención, la totalidad de las prestaciones brindadas estarán sujetas a las condiciones de cobertura ambulatorias (beneficio de Consulta y/o Teleconsulta y/o beneficio de Servicios de apoyo al tratamiento), según lo detallado en el Anexo 1 del presente contrato. Asimismo, en caso se trate de alguna condición de salud no vinculada al diagnóstico oncológico objeto de la cobertura del presente contrato, el íntegro del gasto incurrido deberá ser asumido por el AFILIADO.

**Consulta y/o Teleconsulta**: Prestaciones médicas efectuadas por profesionales de la salud, de manera presencial o a través de medios virtuales autorizados, vinculada al diagnóstico, tratamiento, control, seguimiento y cuidados ambulatorios de los pacientes incorporados al Programa Oncológico.

**Servicios de apoyo al tratamiento**: incluye los exámenes de laboratorio, anatomía patológica e inmunohistoquímica para clasificación o tipificación, estudios de imágenes (ecografías, rayos X, tomografía computarizada y resonancia magnética), relacionados al tratamiento y control del paciente oncológico.

**Cirugía ambulatoria**: incluye los honorarios del cirujano tratante, equipo asistencial, ayudantía quirúrgica y administración de anestesia, así como el uso de sala de operaciones y de recuperación e insumos médicos necesarios, siempre que se trate de procedimientos relacionados con el diagnóstico oncológico asegurado, realizados en centros y por profesionales acreditados, y que no requieran hospitalización.

**Quimioterapia**: comprende el tratamiento farmacológico destinado a detener el crecimiento, la multiplicación o, en algunos casos, la destrucción de las células cancerosas, mediante la administración de medicamentos quimioterápicos convencionales en forma individual o en combinación, según el esquema determinado por el médico tratante en función del tipo y extensión de la neoplasia, sus características moleculares, los tratamientos previos y el estado clínico del paciente; dicho esquema podrá aplicarse en modalidad ambulatoria u hospitalaria, cubriendose los fármacos indicados, las vitaminas que formen parte del protocolo, así como los insumos indispensables para su correcta administración, incluidos catéteres y bombas de infusión.

**Terapia modificadora de respuesta biológica o Terapia Biológica**: comprende el tratamiento farmacológico con medicamentos especializados que actúan sobre blancos específicos de las células cancerosas o del sistema inmune, también conocida como terapia blanco dirigida, molecularmente dirigida o bioterapia; incluye el uso de agentes de origen biológico, semisintéticos o sintéticos, tales como anticuerpos monoclonales, factores estimulantes de colonias, inhibidores de kinasas y proteosomas, inmunoterapia, antiangiogénicos, inmunomoduladores y otras moléculas innovadoras existentes o que pudieran desarrollarse en el futuro, siempre que cuenten con indicación médica justificada y cumpla con las **CONDICIONES PARA EL OTORGAMIENTO DE LAS COBERTURAS**. Tales como:

- **Anticuerpos monoclonales**: Anticuerpo homogéneos utilizados para bloquear las células tumorales o sus funciones internas con la intención de destruirlas de manera selectiva.
- **Inhibidores de enzimas kinasas y proteosomas**: Moléculas que bloquean el funcionamiento de un conjunto de enzimas del tipo kinasa o proteosomas implicadas en activar la multiplicación celular, la cual está alterada en muchos tipos de tumores.
- **Inmunoterapia (BCG)**: El bacilo de Calmette-Guérin (BCG) es una forma inactiva de la bacteria de la tuberculosis, que estimula el sistema inmunitario para atacar indirectamente a las células de cáncer de vejiga.
- **Citocinas (Interferones e Interleucinas)**: Proteínas de señalización celular producidas por los glóbulos blancos, cuya función es regular las respuestas inmunitarias e inflamatorias, así como la formación de determinados tipos de células, actuando en la inhibición del crecimiento de células cancerosas o en la promoción de su destrucción.

- **Factor estimulante de colonias de células blancas (Filgrastim):** comprende el uso de estas moléculas que estimulan a la médula ósea para incrementar la producción de glóbulos blancos, favoreciendo la recuperación del sistema inmunológico del paciente y reduciendo el riesgo de infecciones asociadas al tratamiento oncológico.
- **Inmunomoduladores:** comprende el uso de sustancias que actúan regulando y fortaleciendo el sistema inmunitario, potenciando la inmunidad celular, inhibiendo la producción de citocinas proinflamatorias y/o bloqueando la formación de nuevos vasos sanguíneos (angiogénesis), con el fin de ejercer un efecto antineoplásico en el paciente oncológico.

Esta herramienta terapéutica podrá emplearse de manera individual o en combinación con otros tratamientos oncológicos, incluyendo la quimioterapia y la radioterapia, siempre que dicha indicación sea determinada por el médico tratante y se realice en centros y por profesionales acreditados, conforme a lo autorizado por la IAFAS.

**Hormonoterapia farmacológica:** también denominada tratamiento hormonal o endocrino, comprende la administración de medicamentos destinados a modular las hormonas del organismo, ya sea modificando su producción o sus efectos sobre determinadas células, con el fin de frenar el crecimiento tumoral, reducir el riesgo de recurrencia o aliviar los síntomas del cáncer. Estos medicamentos se clasifican en convencionales o complejos, y podrán tener cobertura diferenciada según se detalla en el Plan de Salud.

**Albúmina humana:** comprende su administración exclusiva en el contexto de una atención hospitalaria, siempre que guarde relación directa con el diagnóstico oncológico asegurado y se justifique conforme a los criterios de pertinencia clínica.

**Radioterapia:** comprende el uso de radiación de alta energía, proveniente de rayos X u otras fuentes, con el objetivo de destruir células cancerosas en la zona tratada y controlar o reducir el tamaño del tumor según la respuesta clínica; se incluyen las técnicas 3DRT (Radioterapia Tridimensional), VMAT (Arcoterapia Volumétrica de Intensidad Modulada), IMRT (Radioterapia de Intensidad Modulada), SRS (Radiocirugía Estereotáctica), SBRT (Radioterapia Estereotáctica Extracerebral), RIO\* (Radioterapia Intraoperatoria) y Brachiterapia de Alta Tasa de Dosis.

\*Sólo en Patología mamaria.

**Trasplante de médula ósea histocompatible:** comprende el procedimiento por el cual se extraen, procesan y trasplantan células madre hematopoyéticas de la sangre o de la médula ósea de un paciente o de un donante compatible, tras el tratamiento de la médula ósea enferma, realizándose exclusivamente en el territorio nacional y en las IPRESS expresamente autorizadas por la IAFAS que cuenten con acreditación de la Dirección General de Donaciones, Trasplantes y Banco de Sangre del MINSA.

Esta cobertura incluye:

- Estudios de histocompatibilidad sólo del asegurado receptor.
- Pretrasplante sólo del asegurado receptor.
- Complicaciones agudas, subagudas y crónicas relacionadas al trasplante, incluyendo la enfermedad injerta contra huésped.

Este beneficio no contempla lo siguiente:

- Estudio de donantes ni la búsqueda de estos.
- Prestaciones realizadas a donantes.
- Prestaciones relacionadas a trasplante de tipo haploidéntico, es decir, en el que se usa células madre de donantes que no son totalmente compatibles.

El otorgamiento de la cobertura será previa evaluación del Comité de Trasplante de Precursores Hematopoyéticos de la IAFAS.

**Estudios de medicina nuclear:** comprende los procedimientos diagnósticos que utilizan sustancias radioactivas o radiofármacos para obtener imágenes basadas en la dinámica química del organismo, tales como gammagrafía ósea, rastreo tiroideo y detección de ganglio centinela, así como el tratamiento con yodo radioactivo en casos de cáncer de tiroides.

**Tomografía por emisión de positrones (PET SCAN):** comprende este estudio de imágenes no invasivo que utiliza radioisótopos emisores de positrones para generar imágenes moleculares del interior del cuerpo, incluyendo la evaluación médica previa, la realización del procedimiento, así como la administración de la sustancia radioactiva correspondiente (como FDG, PSMA u otros radiofármacos y reactivos disponibles en el país). Máximo dos (02) otorgamiento durante la anualidad.

**Cuidados paliativos en domicilio:** comprende la atención médica, de enfermería o técnico de enfermería, así como la asistencia remota centralizada para la administración del tratamiento indicado por el médico paliativista, la gestión de equipos médicos y el soporte requerido para pacientes en estado terminal, en completa postración y sin posibilidad de tratamiento oncológico curativo, a consecuencia de la enfermedad cubierta por el programa.

La asignación de este servicio será determinada por el médico paliativista designado por la IPRESS y autorizado por la IAFAS, quien asumirá el rol de médico tratante principal, quedando las interconsultas con otros especialistas, sujetas a su indicación y previa validación de la IAFAS. La frecuencia, duración y número de horas del personal asignado se establecerán según la condición clínica y evolución del paciente, aplicables únicamente en turnos diurnos. La continuidad del beneficio está condicionada a la vigencia del

plan contratado y al cumplimiento de las obligaciones del **CONTRATANTE**, pudiendo suspenderse el servicio y retirarse los equipos en caso de morosidad o baja de la afiliación.

Para acceder a este beneficio, la familia del paciente deberá aceptar y cumplir los Términos y Condiciones del servicio y designar, bajo su responsabilidad, un cuidador principal y uno secundario menores de 65 años, quienes colaborarán con las actividades básicas de cuidado e higiene.

El servicio se brindará únicamente en el domicilio declarado del paciente, dentro del ámbito de cobertura de Lima Metropolitana definido por la IAFAS. En tal sentido, bajo ninguna circunstancia procede el traslado del personal asignado y equipos fuera del ámbito autorizado.

**Transfusión sanguínea y hemoderivados:** comprende la administración de componentes sanguíneos (glóbulos rojos, plaquetas, plasma) necesarios para la recuperación del paciente oncológico, ya sea por la naturaleza de la enfermedad o como consecuencia de los tratamientos recibidos (incluyendo cirugías), cubriendose únicamente las unidades efectivamente transfundidas y registradas en la historia clínica, bajo indicación médica justificada. A través de este beneficio se cubrirá:

- Pruebas de tamizaje
- Procesamiento en banco de sangre
- Pruebas cruzadas
- Los insumos utilizados en el procedimiento de transfusión.
- Reacciones post transfusionales.

Cabe precisar que, conforme a la normativa vigente, los componentes sanguíneos no son objeto de comercialización y las IPRESS podrán requerir donantes voluntarios o por reposición, siendo responsabilidad del paciente o sus apoderados gestionar, en el caso de neoplasias hematológicas o procedimientos quirúrgicos, la calificación de donantes y la donación dirigida o prequirúrgica correspondiente, no estando cubierta por la IAFAS la atención ni los gastos relacionados con los donantes. **Nutrición Parenteral Total (NPT):** comprende la alimentación endovenosa administrada exclusivamente durante la estancia hospitalaria y hasta por un período máximo de tres (3) semanas, indicada en pacientes oncológicos que presenten complicaciones entéricas derivadas de radioterapia y/o quimioterapia, o que hayan sido sometidos a cirugía de cabeza y cuello, esófago, estómago u otras intervenciones entéricas, así como en casos de fistulas digestivas que impidan la alimentación enteral; esta cobertura no aplica en pacientes con carcinomatosis o enfermedad metastásica sistémica.

**Kit de manejo de ostomías:** comprende la provisión de insumos y equipamiento necesarios para el cuidado y mantenimiento de colostomías, ileostomías o urostomías realizadas por causa oncológica, incluyendo bolsas colectoras, adhesivos, sprays protectores y liberadores, polvos y pastas niveladoras o protectoras tipo hidrocoloide, así como accesorios complementarios según el tipo de ostomía, otorgados por períodos de hasta treinta (30) días por cada entrega mensual de acuerdo con indicación médica; adicionalmente, se brinda asistencia de enfermería durante el mismo período con el fin de capacitar al paciente y su familia en el autocuidado, precisándose que las atenciones de enfermería adicionales podrán accederse bajo tarifas preferenciales del programa, salvo aquellas derivadas de complicaciones de la ostomía indicadas por el médico tratante, las cuales estarán cubiertas por la póliza.

**Cirugía reconstructiva oncológica ante secuela mutilante:** aplica en casos de intervenciones por cáncer de piel y de tejidos blandos del sistema músculo-esquelético, incluyendo procedimientos en cara o por amputación de extremidades (con excepción de genitales), siempre que la reconstrucción se realice en el mismo acto operatorio de la cirugía oncológica extractiva; dicha reconstrucción será de carácter funcional y no cosmético, orientada a la reparación de la continuidad anatómica de la zona afectada, precisándose que en el caso de mamas este beneficio no será aplicable, dado que se encuentra regulado de manera específica bajo la cobertura correspondiente a reconstrucción mamaria.

**Material de Osteosíntesis:** comprende los insumos quirúrgicos necesarios, tales como placas metálicas, clavos, tornillos, alambres y pines, utilizados en casos de fracturas patológicas derivadas de metástasis óseas o cáncer óseo, con el fin de unir o fijar los fragmentos óseos y favorecer su recuperación.

**Complicaciones ocasionadas por el tratamiento oncológico:** incluye la atención de complicaciones agudas derivadas de:

- a) Complicaciones post-quimioterapia o terapia biológica: tales como mucositis oral, náuseas y vómitos persistentes, diarreas, trastornos hidroelectrolíticos, hipercalcemia tumoral, toxicidad hematológica (anemia, trombocitopenia, pancitopenia, neutropenia), reacciones cutáneas (eritema acral), infecciones bacterianas, fúngicas o virales y neuropatías asociadas a determinados fármacos, con cobertura hasta por cuatro (4) semanas posteriores a la administración.
- b) Complicaciones post-radioterapia: como epitelitis, proctitis, cistitis, mucositis oral, esofagitis, neumonitis y eritema, hasta por un plazo máximo de ocho (8) semanas posteriores al tratamiento.

Quedan excluidas las complicaciones que se configuren como enfermedades crónicas, tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus, insuficiencia renal, gota o migraña, entre otras.

## 2.2. PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS

**Cirugía de cáncer no biopsiable:** aplica en casos de alta sospecha de neoplasia maligna en tumores primarios de encéfalo (cerebro, cerebelo y bulbo raquídeo), páncreas, riñón, ovario y testículo, en los que no sea factible realizar biopsia previa por la localización del tumor y resulte necesaria una cirugía para establecer el diagnóstico definitivo; este beneficio cubre los honorarios médicos, procedimientos

quirúrgicos, uso de sala de operaciones y recuperación, así como el estudio de anatomía patológica correspondiente.

Para acceder, el afiliado deberá presentar a la IAFAS los estudios de imágenes y laboratorio realizados, junto con el informe médico que sustente la sospecha de cáncer, debiendo contar con autorización previa de la IAFAS conforme a los criterios de pertinencia del contrato. La cobertura de la cirugía quedará condicionada a la confirmación del diagnóstico oncológico positivo en el estudio anatomo-patológico postquirúrgico; en caso contrario, los gastos incurridos serán a cargo del AFILIADO.

Asimismo, las IPRESS podrán solicitar un depósito en garantía ante la posibilidad de un diagnóstico no oncológico, el cual será devuelto total o parcialmente según corresponda tras la confirmación diagnóstica. **Prueba de expresión genética para cáncer de mama:** se otorga únicamente a pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en estadios tempranos (I y IIA), con receptores de estrógeno positivos, receptores HER2 negativos y sin compromiso ganglionar, siendo una herramienta diagnóstica que permite estimar el riesgo de recurrencia de la enfermedad y valorar el beneficio potencial de la quimioterapia adyuvante posterior a la cirugía. Este beneficio se cubrirá únicamente a través de reembolso y hasta máximo la tarifa fijada por el SEMEFA.

**Reconstrucción mamaria y de pezón:** comprende la cirugía destinada a devolver la forma de la mama extraída en el marco de una mastectomía radical o total por cáncer de mama, otorgándose por única vez a mujeres menores de setenta (70) años; el procedimiento deberá ser realizado exclusivamente por cirujanos designados en IPRESS habilitadas y con autorización previa de la IAFAS, quedando expresamente excluidos los procedimientos de carácter estético y/o cosmético en la mama afectada (incluyendo lipotransferencias) y cualquier tipo de intervención en la mama contralateral, así tampoco contempla la cobertura de cirugías o procedimientos de cambio o retiro de prótesis.

**Prótesis de mama:** El programa oncológico cubre, de manera exclusiva y únicamente en conjunto con el beneficio de reconstrucción mamaria y de pezón por causa oncológica, la provisión de prótesis o implantes mamarios de uso convencional (no texturados ni cosméticos), así como expansores tisulares requeridos en el proceso reconstructivo de la mama afectada por la enfermedad. Este beneficio se otorga por única vez y cuenta con una cobertura máxima de hasta S/ 4,500 (cuatro mil quinientos soles), no contemplándose dentro de esta prestación la sustitución, reemplazo o recambio de la prótesis en el futuro.

**Prótesis testicular post orquiectomía por cáncer de testículo o próstata:** se otorga por única vez a los afiliados varones que, como consecuencia de su tratamiento oncológico cubierto por el programa, requieran la extracción de uno o ambos testículos, siendo la prótesis determinada por la IAFAS de acuerdo con las características clínicas del paciente.

**Psicooncología:** comprende consultas realizadas por un especialista en psicología oncológica, orientadas a la evaluación y acompañamiento terapéutico del paciente con cáncer y de sus familiares directos, tutores, curadores o responsables, con el objetivo de brindar soporte emocional y mejorar la adaptación frente al diagnóstico y tratamiento; este beneficio incluye hasta tres (3) consultas ambulatorias o interconsultas hospitalarias por cada vigencia anual del programa contratado, renovables en cada anualidad del CONTRATO.

**Consulta Nutricional:** comprende la evaluación del estado físico y de los hábitos alimentarios del paciente, realizada por un nutricionista certificado, con el fin de emitir un diagnóstico nutricional y brindar recomendaciones para prevenir o tratar alteraciones relacionadas con la alimentación, orientando al paciente y a sus familiares directos, tutores o cuidadores responsables; este beneficio incluye hasta tres (3) consultas ambulatorias o interconsultas hospitalarias por cada vigencia anual del programa contratado, renovables con cada anualidad del CONTRATO..

**Terapia física:** comprende el tratamiento destinado a recuperar la funcionalidad de zonas comprometidas tras una cirugía oncológica, cubriéndose hasta un máximo de doce (12) sesiones durante los tres (3) primeros meses posteriores a la intervención, en los siguientes casos: terapia de hombro y brazo para manejo de linfedema posterior a mastectomía radical por cáncer de mama; terapia física luego de cirugías mutilantes de tejidos blandos en extremidades por sarcomas óseos o de partes blandas; terapia física tras cirugía encefálica; y fisioterapia respiratoria posterior a cirugía por cáncer pulmonar; de manera excepcional, en pacientes con cáncer de encéfalo se cubrirán hasta diecisésis (16) sesiones dentro de los tres (3) meses posteriores a la cirugía correspondiente.

**Foniatría:** comprende la terapia especializada orientada a la rehabilitación del habla y/o la deglución en pacientes cuyas funciones se vean afectadas por el cáncer o sus tratamientos, otorgándose hasta un máximo de doce (12) sesiones, programadas con una frecuencia regular de tres (3) veces por semana y sin interrupciones, dentro de los tres (3) primeros meses posteriores a la cirugía; este beneficio aplica a pacientes con disfonía severa o pérdida del habla luego de cirugía por cáncer primario de laringe y cuerdas vocales, así como a pacientes con trastornos de la deglución posteriores a cirugía encefálica por cáncer primario de encéfalo.

**Segunda Opinión Médica:** comprende la revisión del expediente clínico del paciente respecto a su diagnóstico, tratamiento y/o pronóstico, realizada por médicos expertos o, de considerarlo necesario la Junta Médica de la IAFAS o, por instituciones de prestigio nacional previamente determinadas por la IAFAS. Este beneficio se limita a la revisión documental del expediente presentado el AFILIADO, generándose un informe con conclusiones y/o recomendaciones, siempre con el consentimiento del paciente. Queda expresamente excluida de este beneficio, la realización o repetición de exámenes auxiliares (laboratorio,

patología o imágenes), así como cualquier revisión de los ya efectuados, tanto a nivel nacional como internacional; tampoco se cubren los gastos de elaboración, duplicado o traducción de informes ni otros costos vinculados al contenido del expediente.

**Ambulancia terrestre:** comprende el traslado del paciente oncológico en condición de postración o con imposibilidad de desplazamiento al momento del alta hospitalaria, exclusivamente hacia su domicilio, previa solicitud y programación de unidades, rutas y horario de alta; este beneficio no aplica para la atención de urgencias ni emergencias médicas o traslados primarios, secundarios o terciarios.

**Orientación y consejería oncológica:** comprende un servicio dirigido al paciente con cáncer y a sus familiares, que incluye reuniones de orientación sobre el uso del plan oncológico en aspectos administrativos, coberturas y red de atención, así como el acceso oportuno a los beneficios del programa contratado; adicionalmente, brinda acompañamiento para la gestión de la primera consulta con el médico tratante y la derivación a otros servicios asistenciales como imágenes, patología, laboratorio u hospitalización, según corresponda.

**Chequeo oncológico:** consiste en un paquete de evaluaciones médicas y exámenes auxiliares definidos según la edad y sexo biológico del afiliado, orientados a la detección temprana de enfermedades oncológicas evidenciables en etapas iniciales; este beneficio podrá ser solicitado por los afiliados que hayan superado el periodo de espera inicial de ciento ochenta (180) días y se encuentre vigente su afiliación al programa, con pagos al día, otorgándose con la periodicidad establecida en el plan contratado y tomando como referencia el último chequeo efectivo realizado, sin lugar a adelantos o excepciones fuera de lo establecido en el contrato..

Precisar que posterior a la confirmación de la cita por nuestros canales de atención; el **AFILIADO** se compromete a la asistencia de su chequeo oncológico según el horario acordado por ambas partes, en caso de inasistencia, tardanza superior a 15 minutos o, cancelación en menos de 48 horas, el beneficio se dará por otorgado.

Ningún componente del Chequeo Oncológico es transferible, acumulable, canjeable o intercambiable por otras prestaciones, evaluaciones médicas o exámenes auxiliares distintos a los definidos para cada grupo etario y sexo biológico, ni puede fragmentarse, debiendo completarse integralmente en la misma sede prestacional dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendario desde su inicio, incluyendo la consulta de resultados; en caso el afiliado no cumpla con realizar todos los componentes dentro de dicho plazo, el paquete se considerará ejecutado en su totalidad y deberá esperar el tiempo previsto en su plan de salud para acceder a un nuevo chequeo.

Este beneficio no incluye sedación ni prestaciones quirúrgicas por causas particulares del afiliado, y si el médico evaluador considera necesario algún examen adicional no contemplado en el paquete, este deberá ser asumido por el **AFILIADO**.

**IMPORTANTE:**

Para el caso de las prestaciones hospitalarias e importante tener en cuenta que las **IPRESS** podrán solicitar un depósito obligatorio en garantía o firma de pagarés, para los eventuales gastos no cubiertos por el programa oncológico del **SEMEFA**.

Asimismo, para el caso de hospitalizaciones, si una vez definida el **ALTA HOSPITALARIA** por su médico tratante y/o Junta Médica, el paciente no concretara el **ALTA ADMINISTRATIVA** y egreso final, la integralidad de los servicios proveídos por la **IPRESS** desde la fecha programada de alta serán asumidos como gastos no cubiertos y deberán ser pagados por el **AFILIADO** a favor de la **IPRESS**.

## ÍNDICE DE ANEXOS

- Anexo 1:** Plan de Salud.
- Anexo 2:** Aportes y condiciones de afiliación.
- Anexo 3:** Exclusiones, gastos no cubiertos y limitaciones a las coberturas contratadas.
- Anexo 4:** Procedimiento de atención y acceso a las coberturas.
- Anexo 5:** Red de Atención.
- Anexo 6:** Procedimiento de atención de reclamos y consultas.

## ANEXO 1: PLAN DE SALUD

Las coberturas a las que el **AFILIADO** tiene derecho en virtud del presente **CONTRATO** corresponden de manera específica al programa complementario administrado por el **SEMEFA**, y se encuentran sujetas a los alcances, limitaciones, **COPAGOS** y **DEDUCIBLES** que se detallan a continuación, los cuales forman parte integrante de las condiciones del plan contratado.

PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD			
Comprende un conjunto de condiciones e intervenciones complementarias al <b>PEAS</b> . Se encuentran sujetas a condiciones, limitaciones y exclusiones estipuladas por la <b>IAFAS</b> Autoseguro <b>PROGRAMA DE BIENESTAR DEL COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ - SERVICIO MÉDICO FAMILIAR – SEMEFA</b> .			

### 1. CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN

	Plan Base		Plan Premium	
	En ≤ 60 años de edad	En >60 años de edad	En ≤ 60 años de edad	En >60 años de edad
COBERTURA MÁXIMA (SUMA ASEGURADA):				

BENEFICIO MÁXIMO ANUAL (BMA) POR AFILIADO	Sin límite de monto	Sin límite de monto
---	---------------------	---------------------

### EDAD LÍMITE DE INGRESO

TITULAR y CÓNYUGE	Hasta los 70 años	Hasta los 70 años
HIJOS	Hasta los 18 años	Hasta los 40 años
NIETOS	Hasta los 18 años	Hasta los 25 años
PADRES (DEL TITULAR)	Hasta los 70 años	Hasta los 70 años

### EDAD LÍMITE DE PERMANENCIA

TITULAR y CÓNYUGE	Sin límite de edad de permanencia	Sin límite de edad de permanencia
HIJOS	Hasta los 18 años	Hasta los 40 años
HIJOS con calificación de incapacidad total y permanente para el trabajo certificada por ESSALUD y siempre que dependan económicamente del Titular	Sin límite de edad de permanencia	Sin límite de edad de permanencia
NIETOS	Hasta los 18 años	Hasta los 25 años

PADRES (DEL TITULAR)	Sin límite de edad de permanencia	Sin límite de edad de permanencia
<b>PERIODO DE CARENCIA Y PERIODO DE ESPERA</b>		
Para cualquier tipo de prestación oncológica	360 días	360 días
Chequeo Oncológico	360 días	360 días

EL CONTRATANTE, es un profesional médico cirujano colegiado y hábil para el ejercicio profesional quien ha decidido inscribirse en calidad de **BENEFICIARIO TITULAR** al SEMEFA, con la finalidad que tanto él como sus **DEPENDIENTES** se acojan a los beneficios que se deriven de la **AFILIACIÓN** al programa del **SERVICIO MÉDICO FAMILIAR SEMEFA**, para lo cual declara conocer el texto íntegro del Reglamento de SEMEFA que se le hace entrega a la suscripción del presente **CONTRATO**.

Las partes contratantes dejan expresa constancia que el **REGLAMENTO** referido en el párrafo anterior, contiene las normas a través de las cuales se regulan en detalle los términos y condiciones bajo los cuales se aplicará el SEMEFA, propendiendo con ello establecer una mejor relación entre EL (o LOS) **BENEFICIARIO (S) (TITULAR y DEPENDIENTES)** y el SEMEFA, comprometiéndose ambas partes a sujetarse a sus alcances.

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

1. Datos generales del (los) **AFILIADO(s)**.
2. Identificación y selección del programa optado.
3. Indicación de la modalidad de pago de las aportaciones por efectuar.
4. Declaración Jurada de Salud del (los) **AFILIADO(s)**, de forma individual.
5. Resultado del examen de antígeno prostático (**PSA**), según corresponda.
6. Resultados de exámenes auxiliares, en caso sean solicitados por la **IAFAS**.
7. Contar con un **PLAN DE SALUD** primario **PEAS**.

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

El **CONTRATANTE** declara tener conocimiento y responsabilidad de la información brindada sobre el estado de salud y antecedentes médicos de los **AFILIADOS**, y declara contar con representación suficiente del (los) menor(es) de edad y estar plenamente facultado para suscribir el presente **CONTRATO**.

Los **AFILIADOS** varones de sesenta y un (61) años o más deberán presentar, de manera conjunta a la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN**, una prueba de Antígeno Prostático Específico (**PSA**) realizada por cuenta del **CONTRATANTE**, cuyos resultados no podrán tener una antigüedad mayor a treinta (30) días calendario; tanto esta prueba como cualquier examen auxiliar deberán haber sido emitidos por laboratorios autorizados y debidamente certificados por los entes reguladores de Centros de Salud y/o **IPRESS** del país.

Asimismo, el **SEMEFA** podrá requerir información médica adicional que sustente la condición de salud de la persona propuesta para su afiliación (incluyendo exámenes de laboratorio e imágenes) para la suscripción de la afiliación, los cuales deberán ser presentados por el **CONTRATANTE** a su cuenta y costo, y cuya vigencia no debe exceder de 90 días calendarios.

Durante los primeros sesenta (60) días calendario posteriores a la recepción de la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** y una vez efectuado el pago de los aportes correspondientes, el **SEMEFA** podrá excluir, limitar o condicionar el otorgamiento de determinadas coberturas y/o prestaciones previstas en el presente **CONTRATO**, siempre que dichas restricciones se fundamenten en la información consignada en la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**. Estos condicionamientos serán comunicados oportunamente al **CONTRATANTE**, quien, de no estar conforme, podrá ejercer su derecho a desistirse del contrato dentro de los noventa (90) días siguientes a la notificación, lo cual determinará la anulación del **CONTRATO** y generará el derecho a la devolución íntegra de los aportes abonados, siempre que el **AFILIADO** no haya hecho uso previo de los **BENEFICIOS** o coberturas contemplados en el programa.

Cualquier reticencia, falsedad, omisión, inexactitud u ocultamiento de información relativa al estado de salud, efectuada por el **CONTRATANTE** en la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**, constituye un incumplimiento de las obligaciones del **AFILIADO** y faculta al **SEMEFA** a resolver unilateral y automáticamente el **CONTRATO**, sin que ello genere derecho alguno a la devolución total o parcial de los **APORTES** abonados. En tal supuesto, si el **SEMEFA** hubiera otorgado coberturas, servicios o prestaciones al **AFILIADO** sin que le asistiera el derecho correspondiente, quedará facultado para exigir el reembolso íntegro del valor de dichos servicios indebidamente prestados, así como la indemnización por los daños y perjuicios que correspondan.

### **1.1. CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

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

1. Evaluar la suscripción y el estado de AFILIACIÓN en base a la información proporcionada.
2. Aprobar la cobertura de los **BENEFICIOS** del programa.
3. Gestionar el cobro de deudas, de ser el caso.
4. Realizar la gestión administrativa, prestacional de salud y acreditación de los AFILIADOS para su prestación médica.
5. Remitir información relativa de los **BENEFICIOS** a los AFILIADOS al programa contratado.
6. Cumplir con requerimientos de información de autoridades administrativas o judiciales competentes, relacionados a su AFILIACIÓN.
7. Enviar información referente a la concientización de vida saludable y cuidado de la salud.
8. Evaluaciones de la calidad del servicio brindado.
9. Enviar comunicaciones por cualquier medio de contacto, con contenido informativo, publicitario y/o promocional respecto de cualquier bien y/o servicio, comercializado u ofrecido por **SEMEFA**

EL **CONTRATANTE** declara y reconoce que cualquiera de las comunicaciones realizadas por el **SEMEFA** y por el **COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ** serán consideradas información solicitada, por lo que bajo ningún supuesto podrán ser considerados como correo electrónico no deseado (SPAM) o información comercial no solicitada, en los términos a los que se refiere la ley N° 28493 y sus normas de desarrollo, complementarias, modificatorias y sustitutorias. Asimismo EL **CONTRATANTE** declara y reconoce que esta autorización prevalecerá sobre cualquier inscripción que haya hecho o haga en el futuro ante INDECOPI, para no recibir contenidos publicitarios en el marco de la Ley N° 29571 - Código de Protección y Defensa del Consumidor y/o sus normas reglamentarias, complementarias, modificatorias y sustitutorias, en particular, en lo relacionado con la regulación del registro denominado Gracias no insista y/o sus normas reglamentarias, complementarias, modificatorias y sustitutorias.

Los datos personales serán incorporados y almacenados en los bancos de datos denominados "Clientes" y/o "Pacientes", ambos de titularidad de la IAFAS, mientras no se solicite su cancelación por el titular del dato, en cumplimiento con la Ley y normativa aplicable al sector salud.

De expresar la negativa a brindar los datos personales, la IAFAS no podrá cumplir con la gestión y ejecución de las prestaciones vinculadas al programa contratado. Asimismo, el **CONTRATANTE** declara contar con la autorización de las personas consignadas en la **SOLICITUD DE AFILIACIÓN** para el tratamiento de los datos personales incluidos, así como en la declaración jurada de salud.

**2. PRESTACIONES A SER OTORGADAS**  
**2.1. PRESTACIONES GENERALES**

	Plan Base		Plan Premium	
	En ≤ 60 años de edad	En >60 años de edad	En ≤ 60 años de edad	En >60 años de edad
<b>EMERGENCIA ONCOLÓGICA</b>				
Para atención de condiciones oncológicas repentina que puedan afectar permanentemente la integridad del paciente oncológico. Si se requiere uso de sala de operaciones o ser hospitalizado aplican los copagos fijos y variables correspondientes a la atención ambulatoria, cirugía ambulatoria u hospitalaria de la Red donde se brinde la atención.	S/ 0.00	100%	S/ 0.00	100%
<b>ATENCION AMBULATORIA</b>				
Atenciones ambulatorias: Todas las Especialidades. Incluye consultas y/o teleconsultas, medicina en clínica, así como los Servicios de apoyo al tratamiento (exámenes de laboratorio, imágenes, procedimientos)	S/ 90.00	80%	S/ 100.00	70%
Medicinas en presentación genérica en Cadenas de farmacia: Inkafarma. Boticas y Salud (No incluye medicamentos de terapia biológica ni Hormonoterapia farmacológica compleja). Aplica sólo a receta de atenciones ambulatorias.	S/ 0.00	100%	S/ 0.00	100%
Medicinas en presentación comercial en Cadenas de farmacia: Inkafarma. Boticas y Salud (No incluye medicamentos de	S/ 0.00	80%	S/ 0.00	70%

terapia biológica ni Hormonoterapia farmacológica compleja). Aplica sólo a receta de atenciones ambulatorias.								
---	--	--	--	--	--	--	--	--

#### CIRUGÍA AMBULATORIA (sin Internamiento) Exámenes y Procedimientos

Atención médica quirúrgica que se brinda en una sala de procedimientos especial o centro quirúrgico y que para su recuperación post-operatoria no requiere pernoctar en el establecimiento de salud; es decir, el paciente sale de alta el mismo día del procedimiento.	S/ 0.00	80%	S/ 0.00	70%	S/ 0.00	100%	S/ 0.00	90%
---	---------	-----	---------	-----	---------	------	---------	-----

#### ATENCIÓN HOSPITALARIA

La cobertura hospitalaria, en todos sus servicios, tendrá el siguiente tratamiento: Para cada internamiento, los primeros S/. 30,000 se cubrirán de la siguiente manera:	S/ 0.00	80%	S/ 0.00	70%	S/ 0.00	100%	S/ 0.00	90%
Los gastos del mismo evento hospitalario, en exceso a S/. 30,000, se cubrirán de la siguiente manera.	S/ 0.00	100%						

#### QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA, AMBULATORIA

Medicamentos antineoplásicos convencionales, materiales e insumos (incluyendo catéteres permanentes, líneas de infusión, entre otros) y servicios relacionados a su administración. Incluye la pre medicación y vitaminas que formen parte del esquema de quimioterapia.	S/ 0.00	80%	S/ 0.00	70%	S/ 0.00	100%	S/ 0.00	90%
--	---------	-----	---------	-----	---------	------	---------	-----

#### TERAPIA BIOLOGICA o TERAPIA MODIFICADORA DE RESPUESTA BIOLÓGICA

Límite Máximo Anual por Persona: S/. 400,000

El monto de la cobertura terapia biológica, se contabiliza durante la vigencia de su anualidad, siendo restablecido a la renovación de la anualidad	S/ 0.00	80%	S/ 0.00	70%	S/ 0.00	90%	S/ 0.00	80%
---	---------	-----	---------	-----	---------	-----	---------	-----

#### HORMONOTERÁPIA FARMACOLÓGICA

Hormonoterapia Farmacológica Convencional	S/ 0.00	80%	S/ 0.00	70%	S/ 0.00	100%	S/ 0.00	90%
Hormonoterapia Farmacológica Compleja	S/ 0.00	80%	S/ 0.00	70%	S/ 0.00	90%	S/ 0.00	80%

#### TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA HISTOCOMPATIBLE

Incluye cobertura de estudios de histocompatibilidad solo del AFILIADO receptor. No incluye estudio u otros gastos relacionados a los donantes.	S/ 0.00	80%	S/ 0.00	70%	S/ 0.00	90%	S/ 0.00	80%
---	---------	-----	---------	-----	---------	-----	---------	-----

#### MEDICINA NUCLEAR

Gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela.	S/ 0.00	80%	S/ 0.00	70%	S/ 0.00	100%	S/ 0.00	90%
Tomografía por emisión de positrones (PET Scan): Incluye el examen de valoración previa y la sustancia radioactiva FDG y/o PSMA. Máximo dos (02) otorgamientos durante la anualidad.	S/ 0.00	80%	S/ 0.00	70%	S/ 0.00	100%	S/ 0.00	90%

#### CUIDADOS PALLIATIVOS EN DOMICILIO

Cuidados paliativos y terapias del dolor en domicilio para pacientes postrados. Personal Técnico de Enfermería, Licenciada en enfermería y médico paliativista	S/ 0.00	80%	S/ 0.00	70%	S/ 0.00	100%	S/ 0.00	90%
Cama clínica mecánica y soporte para infusiones	S/ 0.00	80%	S/ 0.00	70%	S/ 0.00	100%	S/ 0.00	90%

#### TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA Y HEMODERIVADOS

Pruebas de tamizaje, procesamiento en banco de sangre, pruebas cruzadas y los insumos necesarios solo de la transfusión de aquellas unidades efectivamente transfundidas.	S/ 0.00	80%	S/ 0.00	70%	S/ 0.00	100%	S/ 0.00	90%
---	---------	-----	---------	-----	---------	------	---------	-----

#### NUTRICION PARENTERAL TOTAL (NPT)

En pacientes con complicaciones entéricas por radioterapia, quimioterapia, cirugía oncológica de cabeza y cuello, esófago y fistulas. Solo durante hospitalización post quirúrgica.	S/ 0.00	80%	S/ 0.00	70%	S/ 0.00	100%	S/ 0.00	90%
---	---------	-----	---------	-----	---------	------	---------	-----

#### KIT DE MANEJO DE OSTOMÍAS

Insumos y equipamiento necesarios para el cuidado y mantenimiento de colostomías, ileostomías o urostomías	S/ 0.00	80%	S/ 0.00	70%	S/ 0.00	100%	S/ 0.00	90%
--	---------	-----	---------	-----	---------	------	---------	-----

#### COMPLICACIONES OCASIONADAS POR EL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

A consecuencia de la enfermedad oncológica o luego de realizada la aplicación del respectivo tratamiento oncológico.	S/ 0.00	80%	S/ 0.00	70%	S/ 0.00	100%	S/ 0.00	90%
--	---------	-----	---------	-----	---------	------	---------	-----

#### 2.2. PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS

	Plan Base		Plan Premium	
	En ≤ 60 años de edad	En >60 años de edad	En ≤ 60 años de edad	En >60 años de edad

#### OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS

Cirugía de cáncer no biopsiable: En caso de alta sospecha de neoplasia maligna primaria de encéfalo, páncreas, riñón, ovario y testículo.	S/ 0.00	80%	S/ 0.00	70%	S/ 0.00	100%	S/ 0.00	90%
Prueba de expresión génica Oncotype para cáncer de mama. Requiere	S/ 0.00	80%	S/ 0.00	70%	S/ 0.00	100%	S/ 0.00	90%

autorización especial.								
Reconstrucción mamaria y pezón para pacientes con mastectomía radical por cáncer de mama	S/ 0.00	80%	NA	NA	S/ 0.00	100%	NA	NA
Prótesis de mama por cáncer de mama. Por única vez y hasta máximo S/ 4,500.	S/ 0.00	80%	NA	NA	S/ 0.00	100%	NA	NA
Prótesis testicular post orquidectomía para pacientes de cáncer de testículo y próstata.	S/ 0.00	80%	S/ 0.00	70%	S/ 0.00	100%	S/ 0.00	90%
Psicooncología para pacientes y en compañía de familiares. Hasta tres (03) sesiones durante la anualidad.	S/ 0.00	100%						
Nutrición para pacientes en compañía de familiares. Hasta tres (03) sesiones durante la anualidad.	S/ 0.00	100%						
Terapia física 12 sesiones en los siguientes casos: terapia de hombro y brazo para manejo de linfedema posterior a mastectomía radical por cáncer de mama; terapia física luego de cirugías mutilantes de tejidos blandos en extremidades por sarcomas óseos o de partes blandas	S/ 0.00	80%	S/ 0.00	70%	S/ 0.00	100%	S/ 0.00	90%
Foniatria en cáncer de laringe hasta 12 sesiones dentro de los tres (3) primeros meses posteriores a la cirugía;	S/ 0.00	80%	S/ 0.00	70%	S/ 0.00	100%	S/ 0.00	90%
Segunda Opinión Médica Nacional	S/ 0.00	100%						
Ambulancia terrestre al alta hospitalaria, para pacientes postrados o imposibilitados de desplazarse.	S/ 0.00	100%						

ORIENTACION Y CONSEJERIA ONCOLOGICA

Servicio orientado a pacientes con cáncer y a sus familiares. El servicio incluye una reunión de orientación sobre el uso de su plan Oncológico en temas, administrativos, coberturas y redes de atención.	S/ 0.00	100%						
--	---------	------	---------	------	---------	------	---------	------

#### ATENCIÓN PREVENTIVO PROMOCIONAL

Educación y promoción de la salud oncológica, a través de charlas, webinars y material digital enfocado al cuidado de la salud.	S/ 0.00	100%						
Chequeo Preventivo Oncológico Anual. para todos los afiliados (titulares y dependientes) inscritos tienen derecho a una evaluación preventiva. (accesible después de haber superado el periodo de carencia de 360 días).	S/ 0.00	100%						

Cada un (01) año

Cada un (01) año

## ANEXO 2: APORTES Y CONDICIONES DE AFILIACION

De acuerdo a la Cláusula Décimo Segunda de las CLÁUSULAS GENERALES, el CONTRATANTE deberá pagar los siguientes APORTES de acuerdo a la frecuencia y medio de pago elegida.

### 1. TABLA DE APORTES

Los APORTES, corresponden al aporte mensual y están expresados en soles e incluyen IGV.

Rango Edad	Plan Base	Plan Premium
De 0 a 18	S/ 10	S/ 20
De 19 a 25	S/ 10	S/ 20
De 26 a 30	S/ 12	S/ 25
De 31 a 35	S/ 12	S/ 25
De 36 a 40	S/ 24	S/ 35
De 41 a 45	S/ 64	S/ 82
De 46 a 50	S/ 77	S/ 99
De 51 a 55	S/ 77	S/ 99
De 56 a 60	S/ 84	S/ 108
De 61 a 65	S/ 112	S/ 144
De 66 a 70	S/ 225	S/ 290
De 71 a 75*	S/ 243	S/ 318
De 76 a 80*	S/ 317	S/ 416
De 81 a 85*	S/ 332	S/ 435
De 86 a 90*	S/ 339	S/ 444
De 91 a 95*	S/ 339	S/ 444
De 96 a 100*	S/ 339	S/ 444
De 101 a más*	S/ 339	S/ 444

\*: Sólo para renovación.

**IMPORTANTE:** Los APORTES se ajustarán periódicamente, de acuerdo los mecanismos y procedimientos estipulados en el REGLAMENTO, y aplicará para todos los AFILIADOS desde su entrada en vigencia, indistintamente de la fecha de inscripción o renovación de su anualidad.

### 2. MODIFICACIONES A LA AFILIACIÓN

El CONTRATANTE puede solicitar la incorporación de nuevos AFILIADOS con posterioridad al inicio de la vigencia del presente CONTRATO. Para ello deberá contar con una nueva SOLICITUD DE AFILIACIÓN y DECLARACIÓN JURADA DE SALUD respectivamente, aplicándose los mismos requisitos de suscripción señalados en el Anexo 1 del presente CONTRATO.

Del mismo modo, el CONTRATANTE puede solicitar la migración a un programa oncológico de menores características de cobertura en cualquier momento durante la vigencia, y a un programa de mayores características de cobertura solo al vencimiento del plazo contractual. Para ello, debe realizar la solicitud de migración con 30 días de anticipación, presentando una nueva SOLICITUD DE AFILIACIÓN y DECLARACIÓN JURADA DE SALUD respectivamente, siempre que el AFILIADO no presente morosidad en el programa, no aplicando un nuevo PERIODO DE CARENCIA.

Para la migración de programa oncológico, se deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- El AFILIADO no registre en su historial clínico diagnóstico de cáncer.
- El AFILIADO no tenga sintomatología, que induzca a sospecha de cáncer.
- El AFILIADO no esté en estudio o fase de diagnóstico por sospecha de cáncer.

Aceptada la solicitud, la migración se realizará con CONTINUIDAD, generándose un nuevo CONTRATO. Cabe acotar que la eventual desestimación de la solicitud de migración por parte de la IAFAS, no invalida el derecho del AFILIADO de permanecer cubierto bajo el plan del CONTRATO originalmente suscrito y vigente.

### 3. DE LA ACTUALIZACIÓN DE DATOS

El CONTRATANTE asume la responsabilidad de comunicar debidamente al SEMEFA a través de los medios de comunicación (físicos, electrónicos, telefónicos y/o cualquier otro permitido por la legislación nacional) toda actualización o cambio en lo referente a sus datos personales o de contacto y de los AFILIADOS, para evitar cualquier perjuicio en las comunicaciones, reconocimiento y atención de sus BENEFICIOS correspondientes al programa.

#### 4. DE LA DESAFILIACIÓN

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

- A. Por la culminación del supuesto de hecho que le daba la condición de AFILIADO.
- B. Por la extinción del CONTRATO por las causales de caducidad, no renovación, resolución, rescisión, o nulidad del CONTRATO.
- C. Por superar los ciento veinte (120) días de incumplimiento de pago.
- D. En caso de que alguna de las IPRESS de la RED DE ATENCIÓN interponga denuncia o proceso judicial vinculado a la LEY 31333 que modifican los artículos 121 y 122 del Código de Penal; con el fin de introducir circunstancias agravantes específicas en caso la víctima de agresión sea profesional, técnico o auxiliar de la salud.
- E. Otras causas de separación automática del SEMEFA por las causales estipuladas en el REGLAMENTO, dejando constancia que en los casos en los que SEMEFA considere pertinente, tal separación podrá ser notificada mediante carta dirigida a EL CONTRATANTE. La separación no dará lugar a pago alguno por concepto de indemnización, lucro cesante o daño emergente a favor del BENEFICIARIO ni del CONTRATANTE

Del mismo modo, el CONTRATANTE tiene el derecho a solicitar de forma libre y voluntaria su DESAFILIACIÓN o la de alguno de sus BENEFICIARIOS. Para ello, deberá comunicarse a la central telefónica del SEMEFA en el horario de lunes a viernes de 8:00 am a 6:00 pm.

La solicitud de DESAFILIACIÓN no aplica en forma retroactiva, por lo que no libera al CONTRATANTE de las deudas que haya contraído con la IAFAS, incluido el pago de intereses legales, de ser el caso. Siendo así, la DESAFILIACIÓN procederá previa cancelación de cualquier deuda pendiente por aportaciones correspondientes hasta el día de la solicitud de DESAFILIACIÓN.

La DESAFILIACIÓN se hará efectiva siempre y cuando el proceso culmine de forma exitosa durante la llamada telefónica, y se liquidará la baja en un plazo no mayor a siete (7) días calendario desde la recepción de la solicitud de DESAFILIACIÓN.

La vigencia de los BENEFICIARIOS diferentes al TITULAR está supeditada a la permanencia y vigencia de la cobertura del TITULAR en el programa

El Titular del SEMEFA es el responsable del comportamiento de sus DEPENDIENTES, si éstos faltan al respeto u originan escándalos en las dependencias del Colegio Médico del Perú, será posible de ser sancionado previo a un debido proceso con la exclusión en el programa, para lo cual el Comité Nacional del SEMEFA elevará al Comité Ejecutivo Nacional su propuesta de sanción para su aprobación y ejecución.

#### 5. EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL CONTRATANTE O AFILIADOS

En caso de fallecimiento del CONTRATANTE, los herederos legales deberán informar el deceso al SEMEFA. El Cónyuge o Conviviente supérstite podrá ser beneficiario TITULAR por representación, siempre que haya sido AFILIADO por el TITULAR antes de su fallecimiento y así lo solicite y abone el o los APORTES correspondientes. En este supuesto, los hijos del titular se considerarán BENEFICIARIOS DEPENDIENTES. Si a la muerte del TITULAR, sus BENEFICIARIOS desean continuar en el programa, uno de ellos deberá asumir la condición de TITULAR para todo lo que corresponda al cumplimiento del Reglamento del Servicio Médico familiar - SEMEFA y al CONTRATO.

Cuando uno de los AFILIADOS (que no es el CONTRATANTE) fallece, no se culminará el CONTRATO para los demás AFILIADOS, sólo se procederá con la DESAFILIACIÓN del fallecido, siendo el CONTRATANTE el responsable de informar el deceso a la IAFAS.

#### 6. RESPONSABILIDAD DE PAGOS

Dentro del marco del presente CONTRATO, el CONTRATANTE se compromete a pagar al SEMEFA su APORTE anual, fijado en el cuadro de la TABLA DE APORTES, aprobado por el Consejo Nacional del Colegio Médico del Perú, que será cancelado de manera fraccionada en (12) cuotas mensuales, y que deben ser pagadas por adelantado al mes que corresponda, contados desde la fecha de la afiliación a SEMEFA y de acuerdo a la edad de cada beneficiario.

Ambas partes reconocen que el cambio tarifario por grupo etario se efectúa automáticamente en el mes siguiente en que el beneficiario (titular o dependiente) cumpla años.

El AFILIADO cede por voluntad propia la responsabilidad del pago de sus APORTES al CONTRATANTE.

El CONTRATANTE se obliga a cancelar dichas sumas dentro de los plazos establecidos. En tal sentido, el CONTRATANTE se responsabiliza, a título personal, ante la IAFAS por cualquier deuda generada, inclusive cuando la misma se derive de hechos imputables a la entidad financiera o tercero al que delegó el pago de sus APORTES.

Los APORTES efectuados al SEMEFA no son reembolsables, salvo en el supuesto que el beneficiario hubiera efectuado pagos duplicados.

La vigencia anual del CONTRATO implica que aun cuando el BENEFICIARIO haya agotado el monto de su cobertura, deberá continuar con el pago de sus APORTES o cuotas mensuales (en los casos de fraccionamiento mensual de la cuota anual), para mantener su continuidad en el SEMEFA.

Cualquier incumplimiento, tanto del CONTRATANTE como la entidad financiera o el tercero a través del cual se valga para hacer efectivo el pago de sus APORTES, facultará a la IAFAS a suspender o resolver el

**CONTRATO** según lo dispuesto en los términos establecidos en el mismo. En cualquier caso, será obligación exclusiva del **CONTRATANTE** la oportuna comunicación de cualquier variación del medio de pago y/o la información relativa al mismo.

#### 7. INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE APORTES COMERCIALES Y REHABILITACIÓN

- a) Siempre que el **CONTRATANTE** incumpla con el pago de los **APORTES**, por más de treinta (30) días calendario, **EL CONTRATANTE** incurre en morosidad, por lo que **SEMEFA** remitirá una comunicación vía correo electrónico o por conducto regular, en la que se le comunicará sobre el incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias, otorgándole el plazo de diez días calendario para que cumpla con el pago del **APORTE** adeudado, bajo apercibimiento de procederse a suspender el derecho de utilizar los beneficios del **SEMEFA**.
- b) Trascurrido ese plazo sin que se regularice los **APORTES**, la **IAFAS** suspenderá automáticamente todos los derechos a las prestaciones convenidas. La suspensión se mantendrá vigente hasta que el **CONTRATANTE** cumpla con cancelar el monto total correspondiente a las aportaciones vencidas, quedando la **IAFAS** liberada de responsabilidad de cobertura durante este periodo.
- c) En caso de que el incumplimiento en el pago de los **APORTES** se mantenga durante noventa (90) días calendario adicionales al periodo establecido en el párrafo precedente, el **CONTRATANTE** (siempre que la **IAFAS** no haya expresado su decisión de resolver el **CONTRATO**) podrá rehabilitar su cobertura previo pago del monto total de los **APORTES** vencidos, la cual se rehabilitará a partir de las 00:00 horas del día siguiente de la fecha efectiva de pago a la **IAFAS**.
- d) Superado el transcurso de los ciento veinte (120) días referidos en los párrafos precedentes, el **CONTRATO** se resolverá indefectiblemente y de forma automática.

En concordancia a lo establecido en la Cláusula Décimo Segunda y la Cláusula Vigésima de las **CLÁUSULAS GENERALES**, ante la ocurrencia y/o mantenimiento del incumplimiento en el pago de los **APORTES** en los plazos señalados en los numerales precedentes, la **IAFAS** procederá a comunicar al **CONTRATANTE** el estado de incumplimiento del pago de sus **APORTES**, el monto adeudado y las consecuencias de dicho incumplimiento, así como el plazo que dispone para regularizar el pago de los **APORTES** vencidos, que de no atenderse, se ejecutaran automáticamente las acciones indicadas en cada uno de los párrafos precedentes.

#### 8. MÉTODO DE REAJUSTE DE APORTES

RANGOS DE SINIESTRALIDAD	COPAGO	COBERTURA HOSPITALARIA/AMBULATORIA		VARIACIÓN DE APORTES
S <= 60%	NO	NO	NO	0 - 15%
60% < S <= 100%	Copago x 1.50	NO	NO	15% - 35%
100% < S <= 150%	Copago x 1.50	Cobertura -5%	Cobertura -5%	(S - 60%) * 1.1
S > 150%	Copago x 1.50	Cobertura -10%	Cobertura -10%	(S - 60%) * 1.2

##### Condiciones:

La aplicación del reajuste estará sujeta a cambios en la inflación médica y a los gastos relacionados a la operativa del **SEMEFA**.

La aplicación del reajuste es procedente siempre que la **IAFAS** cumpla con brindar la información correspondiente del reporte de siniestralidad debidamente sustentado y analizado, señalando las medidas orientadas a la racionalización del gasto. La evaluación de la siniestralidad y el reajuste de **COPAGOS** y **APORTES** se realizan de acuerdo a la normativa vigente.

#### 9. SOBRE EL REAJUSTE DE APORTES Y/O COPAGOS

Conforme al artículo 141º del Código Civil, la respuesta sobre el reajuste de **APORTES** y/o **COPAGOS** a que se refiere la Cláusula Décimo Cuarta de las **CLÁUSULAS GENERALES** podrá formularse por el **CONTRATANTE** de manera expresa o tácita.

1. De manera expresa: mediante comunicación del **CONTRATANTE** que manifieste, por cualquier medio, su conformidad sobre el reajuste de los **APORTES** y/o **COPAGOS**.
2. De manera tácita: si el **CONTRATANTE** cumple con el pago de los **APORTES** y/o **COPAGOS** luego de la aplicación del reajuste comunicado previamente por la **IAFAS**.

### ANEXO 3: EXCLUSIONES, GASTOS NO CUBIERTOS Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

Se encuentran excluidas de la cobertura del SEMEFA las siguientes condiciones y/o prestaciones que, de ser suministradas por las IPRESS de la RED DE ATENCIÓN, el gasto deberá ser asumido por el AFILIADO:

1. Cualquier gasto relacionado a enfermedades oncológicas diagnosticadas, en el momento previo a la presentación de la DECLARACIÓN JURADA DE SALUD, resueltas o no (incluso si se tratase de lesiones de tipos celulares distintos o en una nueva localización o reaparición de una lesión oncológica ya tratada), aquellas que no cumplan las condiciones de continuidad de cobertura establecidas en el artículo 100 del Decreto Supremo N° 008-2010-SA, así como las enfermedades oncológicas detectadas y/o incurridas antes de la culminación del PERÍODO DE CARENCIA, cuyo financiamiento deberá estar a cargo de la IAFAS que otorga cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud al AFILIADO. En caso esta cobertura resultase insuficiente, aplicará lo dispuesto en el artículo 5.2. de la Ley N° 31336, Ley Nacional del Cáncer. De no garantizarse la cobertura del Seguro Integral de Salud, se procederá con la resolución del CONTRATO.
2. Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional sobre alguna enfermedad o condición no oncológica preexistente o adquirida durante el curso del tratamiento oncológico (médico o quirúrgico), incluso si ha sido causada, agravada, complicada o directamente afectada por la enfermedad oncológica, su tratamiento y/o procedimientos relacionados, cuyo financiamiento deberá estar a cargo de la IAFAS que otorga cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud al AFILIADO. Se exceptúa de esta exclusión los beneficios señalados en las CLÁUSULAS PARTICULARES del presente CONTRATO.
3. Cualquier tipo de requerimiento de cobertura sobre prestaciones que no correspondan a los BENEFICIOS descritos en las CLAUSULAS PARTICULARES y en el PLAN DE SALUD según el plan complementario del SEMEFA (Incluso aún si formasen parte de las condiciones asegurables del PEAS). Así mismo, cualquier prestación relacionada a alguna condición de salud o diagnóstico que haya iniciado antes del inicio de vigencia del presente CONTRATO.
4. Cualquier requerimiento o prestación médica y/o quirúrgica en consecuencia a cualquier accidente personal y/o laboral, no relacionado a una afección oncológica.
5. Otorgamiento o reconocimiento de gastos de cualquier prestación realizada fuera de la RED DE ATENCIÓN designada por el SEMEFA, salvo aquellos eventos contemplados en la sección PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS. De igual forma, se excluye cualquier prestación para el manejo de las complicaciones, eventos adversos, efectos secundarios y otros que se puedan devenir de atenciones realizadas fuera de la RED DE ATENCIÓN.
6. Cualquier tipo de prestaciones u otras nuevas tecnologías, diagnósticas o terapéuticas, que no cumplan íntegramente con la totalidad de las CONDICIONES PARA EL OTORGAMIENTO DE LAS COBERTURAS detalladas en ANEXO 4.
7. Alquiler de equipos o servicios no disponibles en las IPRESS de la RED DE ATENCIÓN, independientemente del diagnóstico y/o pertinencia médica.
8. Cualquier tipo de prestación, médica o quirúrgica, que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente. Así como aquellas de naturaleza cosmética, estética o suntuaria. Cirugía plástica, reconstructiva o reparadora con fines de embellecimiento. El SEMEFA otorgará cobertura de cirugía reconstructiva o reparadora en casos a consecuencia de un accidente o enfermedad que ha sido cubierta previamente por el SEMEFA.
9. Cirugías o procedimientos de reconstrucción mamaria post mastectomía, así como los relacionados a ginecomastia, gigantomastia, mastopexia, simetrización y lipotransferencias (inyección de grasa) de cualquier tipo indistintamente de la ubicación anatómica.
10. Cualquier gasto relacionado a prestaciones para condiciones de salud o enfermedades preexistentes y/o previas a la suscripción del presente CONTRATO, así como sus complicaciones, secuelas y sus reagudizaciones, inclusive si hubiesen sido reveladas durante la inscripción, siempre que no se ajusten a lo dispuesto en el Artículo 100 del reglamento de la Ley 29344 Ley Marco de aseguramiento universal en salud, en cuyo caso, su financiamiento está a cargo de la IAFAS que otorga cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud al AFILIADO. Para el caso de enfermedades oncológicas, aplicará lo dispuesto en el artículo 5.2. de la Ley N° 31336, Ley Nacional del Cáncer.
11. Prestaciones cuyo objeto principal sea el cuyo propósito sea el chequeo médico y/o despistaje, salvo las prestaciones detalladas en las CONDICIONES PARTICULARES para el beneficio de CHEQUEO MÉDICO. Así como aquellas con fines laborales, deportivos, académicos o administrativos.
12. Fármacos ansiolíticos, antipsicóticos, antidepresivos (con excepción de aquellos que se usen con fines de anestesia quirúrgica, sedación, tratamiento de convulsiones o en el manejo terapéutico de dolencias psiquiátricas establecidas); Vitaminas (con excepción de aquellas que formen parte del cuidado de la gestante); Suplementos alimenticios, suplementos nutricionales, productos naturales (hierbas y sus derivados, levaduras, probióticos, uso medicinal de cannabis), así como cualquier tipo de viscosuplementación indistintamente del diagnóstico, estimulantes del apetito, anabólicos, antioxidantes, productos geriátricos y reconstituyentes, neurotónicos y nootrópicos, tónicos cerebrales; vasodilatadores cerebrales (con excepción de Nimodipino en casos de hemorragia subaracnoidea); Hepatoprotectores y coleréticos; Productos homeopáticos, alternativos o no medicinales; Antianémicos (con excepción en los casos de anemia carencial o relacionadas a la gestación o puerperio, en cuyo caso se aplicarán las Guías

de Práctica Clínica del MINSA); Retinoides análogos de la vitamina A (excepto cuando sea requerido para el tratamiento del acné de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica aprobadas por el MINSA); Tratamientos hormonal tales como con Hormona de Crecimiento, Anabólicos y Andrógenos Esteroides (con excepción de los usados en cáncer de próstata); Proteína C recombinante activada en cualquiera de sus presentaciones; Lágrimas naturales o artificiales; Sustitutos de líquido sinovial, ácido hialurónico en cualquiera de sus presentaciones.

13. Cualquier medicamento usado con fines preventivos y/o profilácticos (como, por ejemplo, pero sin limitarse a: Inhibidores de bomba de protones, antieméticos concomitantemente con Tramadol, entre otros).
14. Uso rutinario y/o no justificado de Paracetamol IV, debiendo reservarse sólo para ciertas condiciones, según recomendaciones de NICE NG180, PROSPECT-ESRA (2024), tales como úlcera péptica activa, IRC (TFG < 60 ml/min), cirrosis, riesgo de sangrado, anticoagulación, disfunción plaquetaria, historia de broncoespasmo inducido por AINEs, embarazadas en segundo o tercer trimestre.
15. Productos con propiedad de bloqueador, protector o pantalla solar, lociones faciales y/o exfoliantes, shampoos y jabones, así como preparados dermatológicos. Prestaciones dermatológicas de naturaleza estética o relacionados a trastornos de pigmentación como pecas, nevus, melasma, cloasma, vitíligo y acné; Prestaciones relacionadas a queloides que no comprometan superficies extensoras o flexoras, estrias, arrugas, relacionadas a procedimiento de depilación o peeling, uso de toxinas botulínicas, relacionadas a la colocación o retiro de tatuajes, piercing o similares.
16. Cualquier prestación, médica o quirúrgica, relacionada a alopecia androgénica o clásica u otros trastornos capilares.
17. Prestaciones relacionadas a tratamiento de obesidad, obesidad mórbida, raquitismo, anorexia nerviosa y los derivados de estos diagnósticos. Así como programas de reducción de peso, procedimientos de liposucción, lipoescultura, lipotrasferencia e inyecciones reductoras de grasa u otros métodos liporeductores.
18. Medicina tradicional de cualquier tipo, tratamientos homeopáticos, recetario magistral, iridología, reflexología y en general tratamientos de medicina alternativa o complementaria, incluyendo acupuntura, magnetoterapia, ozonoterapia, ondas de choque, quiropraxia y similares; así mismo, cintas kinesiológicas y cuidados y tratamientos de rehabilitación en gimnasios y afines, prestaciones relacionadas a servicios quiroprácticos o podológico.
19. Prestaciones relacionadas a tratamientos y operaciones de carácter odontológico y/o cirugías bucales que afecten el componente estomatognático, con excepción de los requeridos a causa de un **ACCIDENTE** cubierto por el **PLAN DE SALUD** y la cobertura odontológica. Prestaciones de ortodoncia, periodoncia y relacionadas a gingivitis y/o quistes dentales Queda excluido cualquier tipo de dispositivos ortésicos, prótesis y/o implantes odontológicos, pernos, pines, coronas, carillas, y afines, así como las consecuencias y/o complicaciones de su colocación y uso, con excepción de aquellos descritos en el beneficio de **ATENCIÓN DE ODONTOLOGÍA**.
20. Prestaciones relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades psiquiátricas y psicológicas definidas en el capítulo V del CIE-10 "Trastornos mentales y del comportamiento" de la OMS publicado en la página web de la Organización Mundial de Salud (<https://icd.who.int/browse10/2019/en>). Así como, enfermedades psicosomáticas, trastornos y deficiencias mentales y/o emocionales, trastornos de conducta y/o aprendizaje, curas de reposo o de sueño, enfermedades emocionales y desórdenes funcionales de la mente, desarrollo psicomotor, déficit de atención, problemas de lenguaje y/o tratamientos psiquiátricos y psicológicos incluyendo tratamientos psiquiátricos de apoyo a otras enfermedades no mentales y en general, todo lo relacionado con la salud mental y trastornos mentales, lesiones producidas voluntariamente o estado mental insano del **AFILIADO**. Con excepción de lo especificado en el beneficio de **ATENCIÓN DE SALUD MENTAL**. Así mismo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento y cualquier prestación relacionada a al estudio y/o tratamiento de trastornos del sueño (incluyendo Polisomnografía) y apnea del sueño.
21. Prestaciones relacionadas a cualquier tipo de lesiones, enfermedades, secuelas y/o complicaciones, a consecuencia directa o indirecta de la participación activa del **AFILIADO** en peleas o riñas (excepto en las se encuentra en calidad de víctima); así como aquellas autoinfligidas o producidas al **AFILIADO** voluntariamente, estando mentalmente insano, por intento de suicidio o suicidio.
22. Prestaciones relacionadas a lesiones y/o enfermedades a consecuencia de actos de guerra, revoluciones, motines, huelgas, conmoción civil, terrorismo o cualquier acto delictivo o criminal, en los que el **AFILIADO** esté involucrado como autor o participe activo, directa o indirectamente.
23. Cualquier prestación relacionada a lesiones, enfermedades, secuelas y/o complicaciones, a consecuencia directa o indirecta, surgidas de la ocupación u oficio del **AFILIADO**, incluyendo accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, en los casos en que el empleador tenga la obligación por ley de contratar el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, según Decreto Supremo 003-98- SA, o la norma legal que lo modifique o sustituya. Asimismo, cualquier cobertura relacionada a accidentes de tránsito, sin que se haya antes agotado el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT).
24. Prestaciones relacionadas a problemas de esterilidad, fertilidad e infertilidad; así como, sus complicaciones y/o consecuencias, incluidos los gastos por fertilización. Asimismo, diagnóstico, estudios y tratamientos o cirugías para esterilización, fertilización (tanto en infertilidad primaria como secundaria), trastornos de la libido, disfunción eréctil y otros relacionados a cambio de sexo. Asimismo, gastos

- relacionados a aborto inducido, no relacionado a las consideraciones legales nacionales de aborto terapéutico. De igual manera, prestaciones con fines anticonceptivos o de planificación familiar (indistintamente sean mecánicos, farmacológicos o quirúrgicos).
- 25. Suministro de nutrición enteral (procedimiento, insumos y fórmula).
  - 26. Diálisis (Hemodiálisis y diálisis peritoneal) en pacientes con insuficiencia renal crónica. En caso de emergencia, se cobertura una (1) hemodiálisis o diálisis peritoneal.
  - 27. Prestaciones relacionadas al tratamiento médico y/o quirúrgico de varices (con excepción del tratamiento quirúrgico de varices con informe de imágenes que acredite insuficiencia demostrada del sistema venoso profundo).
  - 28. Gastos relacionados con la adquisición de órganos o tejidos o células o hemocomponentes, tales como sangre y sus derivados como: paquetes de glóbulos rojos, plaquetas, plasma y factores de coagulación, así como sustitutos sanguíneos naturales o sintéticos de cualquier tipo. Cualquier gasto relacionado a la búsqueda o estudio de donantes, así como gastos relacionados por complicaciones médicas del proceso de extracción o colecta en el donante. Se excluyen de la cobertura los anticoagulantes, heparinoides, procoagulantes y eritropoyetina, con fines preventivos o profilácticos. Albúmina Humana (en cualquiera de sus presentaciones), plasma rico en plaquetas, tratamientos que impliquen el uso de células madre (Stem Cell).
  - 29. Trasplante de órganos, tejidos y células (incluyendo trasplante de médula ósea o implante de células madre), tanto su costo, como los gastos vinculados a cualquier prestación relacionada a los mismos (evaluaciones, estudios de histocompatibilidad y pruebas de selección de posibles donantes de órganos, pruebas pre trasplante o infusión); Asimismo, se encuentra fuera de cobertura cualquier gasto relacionado a criopreservación, almacenamiento, conservación, mantenimiento, preparación y/o acondicionamiento, así como el traslado y/o transporte, de órganos, tejidos o células, de igual manera cualquier gasto relacionado a prestaciones realizadas a donantes. De igual manera no se cubre implantes o injertos de origen biológico. Con excepción de los beneficios expresados en las CLÁUSULAS PARTICULARES.
  - 30. Cualquier gasto relacionado a la búsqueda y análisis de compatibilidad de donantes de sangre y médula ósea, así como gastos de crio preservación o cultivo de células madre u otros tejidos. Asimismo, gastos relacionados por complicaciones médicas del proceso de extracción o colecta en el donante.
  - 31. Prótesis quirúrgicas y no quirúrgicas en general (oculares, de extremidades, implante coclear, implante mamario, prótesis dentales, entre otros); endoprótesis internas (tales como stents, clips, coils, válvulas cardíacas) y separadores interespinales para columna vertebral y discos intervertebrales protésicos, y demás dispositivos empleados en neurocirugía. Injertos naturales o sintéticos de hueso o vasculares. Así como los insumos relacionados a su colocación o retiro. No están cubiertas las prótesis ortopédicas externas, aparatos y equipos ortopédicos (mecánicos o electrónicos), ortesis de cualquier tipo tales como sin limitarse a cabestrillos, férulas, zapatos y/o plantillas ortopédicas, corsés ortopédicos, correctores de postura, medias para varices o similares. Sillas de ruedas, muletas, bastones, andadores o similares. No se cubren audífonos, ni implantes cocleares.
  - 32. Insumos de uso personal, reutilizable o desechable, tales como mantas térmicas, medias de compresión o medias antiembólicas.
  - 33. Sensor BIS, excepto en riesgo de conciencia intraoperatoria (Uso de anestesia general con bloqueo neuromuscular, sin monitoreo continuo de gases anestésicos), Adultos mayores ( $>65$  años) con antecedentes neurológicos o cognitivos (Reducción de delirium y deterioro cognitivo postoperatorio), Cirugías prolongadas ( $>2-3$  horas), Pacientes con shock, falla cardíaca, o condiciones donde se debe limitar profundidad anestésica, debidamente documentada); En todos los casos requerir Informe anestesiológico justificando el uso del sensor BIS.
  - 34. Estudios de electroencefalograma (EEG) o mapeo cerebral fuera de las siguientes condiciones: a) Evaluación diagnóstica, clasificación o seguimiento de epilepsia o trastornos convulsivos. b) Monitoreo EEG en pacientes bajo sedación profunda o con miorrelajantes, en unidades de cuidados intensivos o salas de operaciones, para evaluación de actividad cerebral o profundidad anestésica. c) Detección precoz de complicaciones neurológicas en pacientes críticos, como crisis no convulsivas o encefalopatía no filiada.
  - 35. Elastografía hepática (FibroScan®) en los siguientes casos: a) Hepatopatías agudas, en las que la inflamación activa puede sobreestimar la fibrosis. b) Casos con diagnóstico definitivo de fibrosis avanzada o cirrosis, cuando el resultado no modifica la conducta clínica. c) Presencia endoscópica confirmada de gastropatía hipertensiva o varices gastroesofágicas, cuando ya existe confirmación de hipertensión portal clínicamente evidente. d) Pacientes con ascitis o efusión pleural que impidan la realización técnica válida del estudio. e) Ausencia de indicios clínicos o paraclinicos de enfermedad hepática crónica (perfil hepático normal, imágenes sin hallazgos sugestivos). f) Esteatosis hepática aislada sin elevación persistente de enzimas hepáticas ni factores de riesgo metabólico o viral asociados.
  - 36. Ecografías 3D y 4D, Ecografías morfológicas y genéticas.
  - 37. Cualquier gasto relacionado a procedimientos neuroquirúrgicos, oftalmológicos, urológicos (incluyendo tratamiento de litiasis urinaria o hiperplasia prostática benigna), y/o vasculares realizados mediante tecnologías no convencionales, como láser de alta energía, dispositivos de terapia térmica por vapor de agua o radiofrecuencia (tipo Rezum o similares), o sistemas de dilatación prostática como Optilume BPH.
  - 38. Cualquier gasto relacionado con el uso de tecnologías médicas de alta complejidad o carácter experimental, incluyendo: técnicas quirúrgicas que utilicen equipos de cirugía robótica, inclusive en forma

- parcial; el empleo de sistemas de oxigenación de membrana extracorpórea (ECMO); tratamiento o procedimientos con Lutecio 177 (Lu 177), tanto el radiofármaco como sus prestaciones relacionadas, indistintamente de su indicación y/o técnica utilizada; Prestaciones de neuromonitorización intraoperatoria del nervio recurrente laríngeo u otros nervios periférico. De la misma manera, estudios y procedimientos de tamizaje y/o diagnóstico de ojo seco a través de equipos de topografía corneal (OCULUS, KERATOGRAPH, JENVIS PRO y similares), así como estudios de tamizaje de vía lacrimal y el uso de equipos para microexfoliación de párpados (Blephex y similares).
39. Prestaciones relacionadas a enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos y sus gastos derivados, definidas en el capítulo XVII del CIE 10 "Malformaciones Congénitas" que codifica las malformaciones congénitas. Publicado en la página web de la Organización Mundial de Salud (<https://icd.who.int/browse10/2019/en>), indistintamente se hayan diagnosticado en forma posterior al inicio de vigencia del presente **CONTRATO**. Con excepción de las condiciones contempladas en el beneficio de **ATENCIÓN PARA ENFERMEDADES CONGÉNITAS PARA RECIÉN NACIDOS**.
40. No se encuentran cubiertos los gastos relacionados a estudios genéticos o moleculares, incluyendo consultas, procedimientos de laboratorio o patología destinados al análisis de biomarcadores, mutaciones genéticas, expresión génica, perfiles genómicos o secuenciamiento molecular, tales como —pero no limitados a—: EGFR, ALK, ROS1, KRAS, NRAS, BRAF, T790M, PDL1, VEGF, inestabilidad microsatelital, pruebas para GIST y biopsias líquidas. Esta exclusión incluye estudios realizados con fines diagnósticos, pronósticos, predictivos, de susceptibilidad o respuesta a tratamiento, salvo que estén expresamente contemplados en el plan de beneficios vigente. Inclusive si hubiesen contratado la **COBERTURA ONCOLÓGICA ADICIONAL**
41. Equipos médicos durables tales como: termómetro, tensiómetro, equipos de oxigenoterapia, respiradores, pulsioxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP o similares, glucómetro (equipo y tiras); Pruebas rápidas de embarazo.
42. Gastos vinculados a los siguientes dispositivos médicos, salvo aquello expresamente detallado en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** y/o en el **PLAN DE SALUD** contratado: a) Dispositivos neuroquirúrgicos: prótesis y separadores interespinales, discos intervertebrales protésicos, y otros implantes utilizados en cirugía de columna o neurocirugía. b) Prótesis externas y ortopédicas: incluyendo, sin limitarse a, prótesis de extremidades, corsés ortopédicos, férulas, cabestrillos, zapatos o plantillas ortopédicas, correctores de postura y medias de compresión. c) Ayudas técnicas para movilidad: tales como sillas de ruedas, muletas, bastones, andadores y similares. d) Dispositivos auditivos: audífonos externos e implantes cocleares. e) Gastos relacionados: no se cubren servicios de adecuación, ajuste, mantenimiento, cambio o remoción de dispositivos o prótesis internas o externas, salvo indicación médica justificada y autorización previa de la **IAFAS**.
43. Prestaciones o gastos relacionados a acompañantes, mientras el **AFILIADO** se encuentre hospitalizado (incluyendo alojamiento, cama, alimentación); Gastos de bazar y/o confort y similares (como radios, televisores, teléfonos, consumos de frigorífico, artículos personales o de higiene, pañales, toallas higiénicas, máquinas de afeitar, hisopos); Alquiler de unidades de calefacción, teléfono ni artefactos eléctricos, aire acondicionado, etc. De igual forma, no se cubren colchón antiescaras y/o protectores de colchón de cualquier tipo; Biberones y leches maternizadas.
44. No se cubren los servicios de cuidados de enfermería, vigilancia o acompañamiento brindados por personal profesional o técnico contratado a dedicación exclusiva por el paciente o su familia, ya sea durante la estancia hospitalaria, atención ambulatoria o en domicilio, cuando no formen parte del equipo asistencial indicado por el prestador de salud.
45. Suministro de cualquier tipo de medio de transporte y servicio de ambulancia, distinto a lo detallado en las **CLÁUSULAS PARTICULARES**.
46. Prestaciones económicas de cualquier índole. Inclusive gastos relacionados a sepelio, velatorio y afines. Así como cualquier requerimiento de cobertura relacionada a prestaciones no contempladas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** en el **PLAN DE SALUD** contratado
47. Toda prestación que no se encuentre expresamente contemplada en las **CLÁUSULAS PARTICULARES** y/o en el **PLAN DE SALUD** contratado, o que esté clasificada como Gasto No Cubierto, se considera excluida. En caso de que la **IAFAS** haya financiado por error, excepción administrativa o criterio de buena fe una prestación excluida, dicho pago no generará precedentes ni obligación de cobertura futura.

El otorgamiento de las coberturas y beneficios del programa contratado en las **IPRESS** que conforman la Red de Atención se encontrará sujeto a la conducta del **AFILIADO**; por lo tanto, dichas **IPRESS** podrán notificar mediante carta notarial la excepción de responsabilidad respecto a la continuidad de la atención médica y/o prestaciones aseguradas, cuando el **AFILIADO** incurra en actos que atenten contra la integridad física o mental del personal de salud o administrativo —incluyendo insultos, amenazas, intimidación, hostigamiento o cualquier otra forma de agresión— ya sea dentro o fuera de las instalaciones de la Red de Atención, o cuando genere riesgo, daño o pérdida a la infraestructura destinada al servicio de los afiliados. En tales casos, la Red de Atención quedará facultada para suspender la prestación de coberturas o beneficios contratados, sin perjuicio de los demás derechos que correspondan a la aseguradora y a la **IPRESS** conforme a la normativa vigente.

Asimismo, en caso las coberturas previstas en el plan complementario contratado resulten insuficientes para atender las prestaciones requeridas, el financiamiento de dichas prestaciones será asumido por la IAFAS que otorgue al **AFILIADO** la cobertura correspondiente al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), garantizando de esta manera la continuidad de la atención conforme a lo establecido en la normativa vigente.

#### ANEXO 4: PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN Y ACCESO A LAS COBERTURAS

A continuación, se detalla de manera clara y sencilla el procedimiento que el **AFILIADO** deberá seguir para acceder a las prestaciones incluidas en su **PLAN DE SALUD** oncológico a través de la **RED DE ATENCIÓN**, aplicable indistintamente para atenciones presenciales, servicios domiciliarios o modalidades virtuales, con el fin de garantizar un acceso oportuno, ordenado y seguro a los beneficios contratados.

##### 1. REQUISITOS PARA ACTIVAR EL PROGRAMA ONCOLÓGICO

- a) Formato de Solicitud de Admisión al Programa Oncológico, la cual tiene carácter de declaración jurada. Disponible en la web <https://www.cmp.org.pe/semefa/>
- b) Documento de identidad original (DNI, CE o pasaporte)
- c) Encontrarse al día en sus pagos
- d) Informe de anatomía patológica\* con diagnóstico oncológico concluyente, emitido por patólogo colegiado en el país (Indispensable para el otorgamiento de los beneficios de Tratamiento Oncológico)
- e) Informe médico emitido por especialista oncólogo colegiado en el país, sustentando la alta sospecha de cáncer, respaldado con los informes de estudios de imágenes\* y bioquímicos\*. (Indispensable para el otorgamiento de los beneficios de Diagnóstico Oncológico).

\*: En caso aún no tengas el diagnóstico de anatomía patológica, pero su médico le ha indicado la alta sospecha, podrá hacer uso del beneficio de cirugía de cáncer no biopsiable para lo cual es necesario entregue todos los exámenes de laboratorio e imágenes que sustentan la alta sospecha de cáncer.

##### 2. PROCESO DE ACTIVACIÓN DEL BENEFICIO ONCOLÓGICO Y ADMISIÓN DE PACIENTE

A continuación, se enumeran los pasos a seguir para el proceso de activación:

1. **Solicitud de activación:** El **AFILIADO** o sus familiares, deberán enviar un correo electrónico [atención\\_semefa@cmp.org.pe](mailto:atención_semefa@cmp.org.pe) requiriendo la activación de la cobertura oncológica, para lo cual deberá indicar los nombres y apellidos completos del **AFILIADO** (paciente), su número de documento de identidad (DNI o Carné de Extranjería) y adjuntar el Informe de anatomía patológica que confirme el diagnóstico oncológico.

Importante: En caso aún no tengas el diagnóstico de anatomía patológica, pero su médico le ha indicado la alta sospecha, podrá hacer uso del beneficio de cirugía de cáncer no biopsiable para lo cual es necesario entregue todos los exámenes de laboratorio e imágenes que sustentan la alta sospecha de cáncer.:

Si en caso el **AFILIADO** estuviera imposibilitado de realizar este proceso personalmente, en su representación podrá hacerlo el cónyuge, un familiar hasta el cuarto grado de consanguinidad o su representante legal, debiendo entregar copia de su documento de identidad y carta poder simple que acredite la representación según corresponda. De esta manera, se programará su cita. Una vez que se haya comunicado y solicitado la activación del beneficio oncológico y admisión de paciente, una Ejecutiva lo contactará para orientarlo durante este proceso.

2. **Verificación y contacto médico:** En caso se requiera precisar de mayor información, nuestros asesores médicos se podrán en contacto con el **AFILIADO** para abordar con mayor amplitud sobre su situación de salud; Asimismo, podrán solicitar la autorización expresa del paciente para acceder a su historia clínica en otras IPRESS, conforme al Artículo 25 de la Ley N.º 26842 - Ley General de Salud.

3. **Confirmación del beneficio:** La **IAFAS** confirmará la activación del beneficio oncológico en un plazo no mayor a 24 horas hábiles desde la recepción completa de la solicitud.

El **AFILIADO** admitido como paciente del programa oncológico recibirá una charla orientativa acerca de los beneficios, coberturas, alcances, limitaciones y **EXCLUSIONES**, así como absolver las dudas y consultas referentes a sus beneficios.

La cobertura oncológica iniciará una vez que se haya concluido el proceso de activación, admisión del afiliado como paciente oncológico y la asignación de su red de atención para el otorgamiento de las prestaciones. Asimismo, se debe tener en cuenta que los beneficios cubiertos por el programa serán canalizados hacia la **RED DE ATENCIÓN** oncológica del programa.

El **AFILIADO** podrá hacer uso de los beneficios y coberturas del programa, detallados en las **CLÁUSULAS GENERALES** y **CLÁUSULAS PARTICULARES**, teniendo en cuenta que el programa no cubre eventos en forma retroactiva y/o sin la autorización previa de la **IAFAS** y/o fuera de las condiciones establecidas en su programa contratado.

Mediante la solicitud de activación del programa oncológico, el **AFILIADO** otorga su consentimiento expreso para que la **IAFAS** acceda a sus historias clínicas, incluso aquellas que se encuentren en otras IPRESS, siempre que ello resulte necesario para la adecuada gestión de las prestaciones y bajo el amparo del Artículo 25 de la Ley N.º 26842 – Ley General de Salud.

En caso el informe de anatomía patológica no resulte concluyente, y a solicitud del **SEMEFA**, el **AFILIADO** deberá presentar en el plazo más breve posible las láminas, tacos u otros materiales y exámenes que resulten necesarios para su revisión por el equipo especializado de anatomía patológica. Si de dicha revisión se determinara que el descarte de la enfermedad o el diagnóstico confirmatorio se produjo dentro del **PERÍODO**

**DE CARENCIA**, o se comprobara que el **AFILIADO** incurrió en reticencia al omitir información sobre enfermedad preexistente en la declaración jurada de salud, la **IAFAS** quedará exonerada de toda obligación respecto a las coberturas previstas en el presente contrato. En tales supuestos, la atención del **AFILIADO** se regirá conforme a lo dispuesto en el artículo 5.2 de la Ley N.º 31336 – Ley Nacional del Cáncer, procediéndose además a la terminación automática del **CONTRATO** y a la devolución de los aportes abonados por el **AFILIADO**.

Si el **AFILIADO** activara el programa para acceder a los beneficios oncológicos y posteriormente se determinara la inexistencia de una patología oncológica, la **IAFAS** procederá de manera inmediata y automática a desactivar la cobertura correspondiente a Recuperación de la Salud, quedando a cargo del **AFILIADO** los gastos que se generen en adelante por tratarse de una condición no oncológica. No obstante, en caso de que el **AFILIADO** presente un nuevo episodio con alta sospecha oncológica, deberá solicitar a la **IAFAS** el inicio de un nuevo proceso de activación del beneficio oncológico.

### 3. PASOS A SEGUIR PARA SUS ATENCIones:

- a) Solicitud tu atención en la clínica correspondiente: Acude a cualquier establecimiento de la Red de Atención oncológica e identifícate como paciente del **programa oncológico SEMEFA** y presentan tu Documento Nacional de Identidad (DNI) o Carné de Extranjería, según corresponda (En caso de menores de edad sin documento de identidad, se deberá presentar el DNI de uno de los padres y/o una copia certificada de la partida de nacimiento del menor).
- b) Acreditación y autorización de cobertura: El equipo de admisión de la clínica, validará tu afiliación y coordinará con la **IAFAS** las autorizaciones correspondientes. Se te indicará el monto de deducible y/o copago según tu plan, el cual deberá ser cancelado antes de la atención. (con excepción de las atenciones en Sala de Emergencias, que en cuyo caso el pago se realizará después de recibir la atención).
- c) Medicamentos y realización de exámenes, procedimientos y otros servicios: Las prestaciones de farmacia, laboratorio, imágenes, procedimientos, entre otras, indicadas por tu médico tratante, deberás solicitarlas en las áreas correspondientes de la clínica, presentando al equipo de admisión tu orden médica, ellos coordinarán con la **IAFAS** la autorización de cobertura. Ten en cuenta que las órdenes médicas tienen un periodo de validez, por lo que deberás usarlas dentro del plazo establecido.
- d) Para hospitalizaciones, cirugías ambulatorias o prestaciones complejas: En caso se te haya indicado una orden de **ATENCIÓN HOSPITALARIA** o de **CIRUGÍA AMBULATORIA** o de alguna prestación de alta complejidad, deberás acudir con el personal de admisión de la clínica, identificándote según lo descrito en el paso 1, entregar la orden médica debidamente firmada y sellada por el médico tratante de la **IPRESS**, adjuntar el informe médico que justifique el procedimiento, para que el equipo de admisión solicitará a la **IAFAS** una Carta de Garantía para autorizar la cobertura (para procedimientos programados, esta solicitud debe gestionarse con al menos 48 horas de anticipación).

Concluido el proceso de atención, el **TITULAR** o **BENEFICIARIO** verifica y firma la documentación en señal de conformidad, abonando los deducibles, copagos y la integralidad de los gastos no cubiertos (En caso de no cumplirse con dichos requisitos, el íntegro de los gastos de la atención serán cargados al **TITULAR**).

Este procedimiento garantiza que puedas acceder a las prestaciones de forma ágil y transparente. Si tienes alguna duda durante el proceso, nuestro equipo estará disponible para ayudarte en todo momento.

### 4. CONDICIONES PARA EL OTORGAMIENTO DE LAS COBERTURAS

La cobertura de las prestaciones de salud detalladas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES**, se otorgarán siempre y cuando se cumplan íntegramente las siguientes condiciones:

- a) **Guías clínicas:** El tratamiento debe estar recomendado por las Guías de Práctica Clínica de la **IAFAS**, basadas en estándares internacionales de atención oncológica.
- b) **Evidencia científica:** el tratamiento farmacológico, dispositivos médicos o procedimientos hayan concluido exitosamente el **ENSAYO CLÍNICO DE FASE III**, demostrando eficacia y seguridad en un grupo amplio de pacientes.
- c) **Soporte técnico internacional:** Para el otorgamiento de la cobertura se consideran únicamente los niveles de evidencia 1 y 2A de la Red Nacional Integral del Cáncer (National Comprehensive Cancer Network – NCCN).
- d) **Aprobación sanitaria:** Solo se cubrirán aquellos medicamentos, dispositivos o insumos que estén aprobados por entidades regulatorias como: la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), la Administración de Alimentos y Drogas (Food and Drug Administration – FDA) y la Agencia Europea de Medicamentos (European Medicines Agency – EMA). Así mismo, los medicamentos deben pertenecer al Petitorio de Medicamentos del Plan de Salud. En ningún caso se cubrirá medicamentos, dispositivos médicos o insumos, aprobados por la FDA a través de aprobaciones rápidas (Fast Track Approvals).
- e) **Relevancia clínica:** los tratamientos y/o procedimientos deben estar estrechamente relacionados con el diagnóstico oncológico que motivó la activación del beneficio. No se cubrirán tratamientos para diagnósticos distintos.
- f) **Disponibilidad nacional:** Los tratamientos deben realizarse dentro del territorio nacional y sean parte de la oferta prestacional de los establecimientos de salud (**IPRESS**) que formen parte de la Red de Atención de tu Plan.

- g) **Listado de medicamentos del SEMEFA:** los medicamentos oncológicos se encuentren incluidos en el "Listado de Medicamentos para el tratamiento del cáncer" de la IAFAS"

Las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** y el Listado de Medicamentos para el tratamiento del cáncer, se encuentran, en sus versiones vigentes, disponibles en <https://www.cmp.org.pe/semefa/>.

**MPORTANTE:** El presente contrato corresponde exclusivamente a un Plan Complementario al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), por lo que únicamente se cubrirán las prestaciones expresamente señaladas en las **CLÁUSULAS PARTICULARES**, sin extenderse al conjunto de prestaciones comprendidas en el PEAS. En caso las coberturas del presente plan resulten insuficientes, la IAFAS que administra el PEAS del AFILIADO será la responsable de financiar dichas prestaciones, conforme a lo dispuesto en la normativa vigente

**ANEXO 5: RED DE ATENCIÓN ONCOLÓGICA**

RED DE ATENCIÓN ONCOLÓGICA							
Nivel de atención	IPRESS	RENI PRES S (Código único)	Dirección	Distrito	Departamento	Plan Base	Plan Premium
III-1	CLINICA SAN PABLO SURCO	00009 988	AV. EL POLO N° 789	SURCO	LIMA	SI	SI
I-4	IPOR: INSTITUTO PERUANO DE ONCOLOGIA & RADIOTERAPIA	00008 389	AV. PABLO CARRIQUIRRY N° 115	SAN ISIDRO	LIMA	SI	SI
II-E	DETECTA CLINICA	00012 206	AV. ANGAMOS ESTE N° 2688	SURQUILLO	LIMA	SI	SI
I-3	ONCOCENTER - RED AUNA	00016 786	AV. GUARDIA CIVIL N° 545,571,585	SAN BORJA	LIMA	SI	SI
II-E	CLINICA ONCOSALUD - RED AUNA	00017 634	AV. GUARDIA CIVIL N° 219-225-227- 229	SAN BORJA	LIMA	SI	SI
I-2	ONCOCENTER RADIO ONCOLOGÍA - RED AUNA	00009 845	AV. PASEO DE LA REPÚBLICA N° 3650-3658	SAN ISIDRO	LIMA	SI	SI
NA	PETSCAN S.A.	00009 617	AV. PETIT THOUARS N°4340	MIRAFLORES	LIMA	SI	SI
III-1	CLÍNICA DELGADO AUNA	00019 049	AV. ANGAMOS OESTE N°450-490	MIRAFLORES	LIMA	NO	SI, sólo para menores de 60 años
II-1	CLINICA AUNA SEDE BELLAVISTA	00009 250	AV. LAS GAVIOTAS 207	CALLAO	CALLAO	SI	SI
II-1	CLINICA AUNA SEDE GUARDIA CIVIL	00027 320	AV. GUARDIA CIVIL 368	SAN ISIDRO	LIMA	SI	SI
II-1	CLINICA AUNA SEDE MIRAFLORES*	00013 494	CALLE LAS DALIAS A-12 CASTILLA. PIURA	CASTILLA	PIURA	SI	SI
I-2	CENTRO MEDICO AUNA SEDE PIURA*	00018 816	CALLE HUANCABELICA N 1015	PIURA	PIURA	SI	SI
II-1	CLINICA AUNA SEDE VALLESUR*	00016 744	AV. LA SALLE N°116 Y N° 108	AREQUIPA	AREQUIPA	SI	SI
II-E	CLINICA AUNA SEDE CHICLAYO*	00030 057	CALLE MARISCAL NIETO N°480	CHICLAYO	LAMBAYEQUE	SI	SI
I-3	CENTRO MEDICO AUNA SEDE SERVIMEDICOS*	00008 229	AV. MANUEL MARÍA IZAGA N° 621 CHICLAYO	CHICLAYO	LAMBAYEQUE	SI	SI
II-E	CLINICA AUNA SEDE CAMINO REAL (TRUJILLO) *	00016 830	JR. BOLOGNESI N°565	TRUJILLO	TRUJILLO	SI	SI
I-3	CENTRO DE BIENESTAR AUNA*	00031 032	CALLE INDEPENDENCIA N°1055	MIRAFLORES	LIMA	SI	SI

\*: IPRES habilitadas para el chequeo oncológico.

#### ANEXO 6: PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE RECLAMOS Y CONSULTAS

El procedimiento de atención de Reclamos y Denuncias se encuentra regulado en Manual del Proceso de Gestión de clientes aprobado por Resolución del Consejo Nacional N° 063 CN-CMP-2018 o su equivalente, en concordancia a las disposiciones contempladas en el Decreto Supremo N°030-2016-SA, Reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS públicas, privadas y mixtas, o en la normativa modificatoria que para tales efectos sea aprobada; y cuyo contenido se encontrará cuyo contenido se encuentra disponible en la página web del SEMEFA (<http://cmp.org.pe/semefa/reclamo>).

La oficina encargada para la solución del reclamo es el área de Reclamos y Sugerencias, jefaturada por el Director del SEMEFA. El reclamo será absuelto en un plazo no mayor de 30 (treinta) días hábiles.