

El ONCOEP cubrirá los costos del tratamiento del cáncer a partir de la presentación del informe anatomopatológico y/o hematológico, y los costos asociados a consultas, medicinas, tratamientos e intervenciones quirúrgicas, procedimientos clínicos y terapias (quimioterapia disponible en Perú con aprobación de la DIGEMID, bioterapia, cirugía y radioterapia) considerados estándar y no experimentales que hayan sido brindadas por un médico oncólogo de la respectiva institución o debidamente autorizado por la administración de ONCOEP en coordinación del Auditor Médico.

Esta cobertura incluye:

- **Tratamientos ambulatorios** e intervenciones quirúrgicas, procedimientos quirúrgicos, quimioterapia, bioterapia y radioterapia disponibles en Perú.
- **Laboratorio clínico**, histopatología y laboratorio molecular, que incluye citometría de flujo e inmunofenotipo, citogenética inmunohistoquímica, estudio de FISH CISH.
- **Estudios de imágenes**, que incluye: radiografías, ecografías, mamografía digital, resonancia magnética, tomografía espiral multicorte, medicina nuclear, PET-CT scan, siempre y cuando fuera necesario y autorizado por auditoría médica del Programa.
- **Tratamiento médico**: quimioterapia, hormonoterapia, bioterapia, terapia con modificadores de la respuesta biológica: anticuerpos monoclonales, factores estimulantes de colonia, inmunoterapia, inhibidores de proteosomas, inhibidores de tirosinkinasa, antiangiogénicos y factores de crecimiento epidermal (EGFR), disponibles en Perú y considerados en la NCCN (National Comprehensive Cancer Network) hasta la categoría de evidencia y consenso 2A vigentes al momento de la atención; y que cuenten con la aprobación de la FDA, sustentados en Medicina Basada en Evidencia (MBE) nivel IIA y DIGEMID.
- **Tratamiento con radioterapia** (braquiterapia, tratamiento conformacional 3D, IMRT) radiofrecuencia y radiocirugía.
- **Gastos por hospitalización** posterior al diagnóstico anatomopatológico, tales como: habitación individual simple, honorarios por servicios médicos y cualquier otro concepto derivado del periodo de hospitalización, costo y administración de medicamentos oncológicos disponibles en Perú, anestésicos y oxígeno, derecho de sala de operaciones, tratamiento si el paciente lo requiere en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Los titulares y afiliados de ONCOEP recibirán, según corresponda en cada caso, el financiamiento de las siguientes atenciones médicas oncológicas:

- **Cuidados paliativos** y del dolor, previa evaluación y aprobación del Programa Oncológico.
- **Nutrición parenteral y enteral** a pacientes que no pueden alimentarse oralmente a consecuencia de una intervención oncológica o por patología relacionada al tracto digestivo y/o respiratorio, previa evaluación y aprobación del Programa Oncológico.
- **Cirugía por alta sospecha de cáncer** de tumores no biopsiables en función de la evaluación clínica, imagenológica y marcadores tumorales; la cobertura se hará efectiva con la confirmación anátomo patológica de cáncer. Las neoplasias incluidas en esta cobertura son las siguientes: neoplasias de encéfalo, neoplasias de páncreas, neoplasia renal, neoplasia de hígado, neoplasias de ovario y testículo.
- **Quimioterapia de altas dosis** con rescate de progenitores hematopoyéticos.
- **Tratamiento oncológico de neoplasias** malignas relacionadas con el VIH/SIDA.
- **Tratamiento por complicaciones de la quimioterapia** como neutropenia, plaquetopenia, anemia, vómitos, infección de catéter y complicaciones post operatorias y de radioterapia.
- **Cobertura de atenciones extrainstitucionales autorizadas por ONCOEP** cuando el caso lo amerite, a solicitud del médico oncólogo tratante en instituciones especializadas que tengan convenios suscritos con la IAFAS DEL EJÉRCITO DEL PERÚ.

EXCLUSIONES: se excluye el financiamiento de las prestaciones médicas oncológicas, cuando se presenten las siguientes situaciones:

Los pacientes con diagnóstico de cáncer pre-existente definitivo o presuntivo no descartado, antes y/o durante el período de carencia. **Enfermedades que no sean diagnosticadas como cáncer.** Los **tratamientos psicológicos o psiquiátricos**, así como tratamientos por desórdenes nerviosos o trastornos del sueño, asociados a enfermedad oncológica. **Tratamientos por suicidio** e intento de suicidio y/o todo daño derivado de la autoeliminación por padecimiento de cáncer. **Reembolso de gastos** por cualquier concepto originados por la atención de los pacientes. Segunda opinión que no sea autorizada por la Junta Médica del Servicio de Oncohematología del HMC y el Auditor Médico del Programa ONCOEP. **Cirugías estéticas, plásticas**, o reconstructivas y prótesis de cualquier tipo, exceptuando aquellas que impliquen soporte vital y/o funcionalidad del órgano. **Equipos médicos durables**, tales como: tensiómetro, equipos de oxigenoterapia, glucómetro (equipo y tiras), respiradores, pulsoxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP o similares, audífonos e implantes cocleares, separadores interespinosos para columna vertebral y discos intervertebrales protésicos, y demás dispositivos similares empleados en neurocirugía y otras prótesis ortopédicas externas. Asimismo, las órtesis u otros (sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés, etc.), así como el uso de servicios y equipos de diálisis y/o cámara hiperbárica. Complicaciones médicas generadas por el incumplimiento de las indicaciones médicas otorgadas. Medicamentos y **tratamientos experimentales** o en investigación. Tratamientos para VIH/SIDA. Vitaminas y/o suplementos alimenticios y productos no medicinales, lácteos y vacunas, productos o extractos naturales, medicina homeopática, farmacopea china, medicamentos experimentales según lo establecido por la FDA, medicina

con fines placebo o de eficacia terapéutica no comprobada o de beneficio no demostrado científicamente. **Medicina alternativa** o complementaria tales como la acupuntura, hipnosis, aromaterapia, kinesiología, reflexoterapia, yoga, tratamientos médicos cuyo beneficio no esté demostrado científicamente, o su eficacia terapéutica no esté debidamente comprobada, considerándose en esta exclusión los tratamientos experimentales y medicamentos oncológicos no aprobados o en periodo de prueba, según la FDA, ni las complicaciones por la utilización de los mismos. Los servicios o tratamientos realizados o prescritos por personas que no sean médicos colegiados especialistas. Los procedimientos, medicamentos, equipos, insumos o tratamientos que carezcan de un beneficio clínico relevante frente a las alternativas vigentes o sustentados en la National Comprehensive Cancer Network (NCCN, la European Society for Medical Oncology (ESMO) hasta la categoría de evidencia 2 A, y Medicina Basada en Evidencia (MBE) con ensayos clínicos de Fase III concluidos exitosamente y con beneficio demostrado, vigentes al momento de la atención y que cuenten con la aprobación de la Food and Drugs Administration (FDA), previa aprobación del Comité Farmacoterapéutico. **Trasplante de médula ósea**, tejidos y órganos, Tratamientos de rehabilitación o terapia física. **Costo por cualquier tipo de traslado**, alojamiento o gastos del afiliado en Centro de Hospedaje diferentes al HMC. Gastos de acompañantes, televisión, artículos de tocador y otros similares. Los gastos por tratamiento médico, así como honorarios médicos u otros, que sean pactados directamente por el Afiliado. Todo tratamiento o **gasto efectuado en el extranjero** y gastos de transporte de cualquier tipo. **Compra de sangre**, plasma, hemoderivados, tejidos y órganos. Suministro y administración de albúmina humana, plasma rico en plaquetas y tratamientos que impliquen el uso de células madre. Así como gastos relacionados a los procedimientos de transfusión, y exámenes o pruebas realizadas a los donantes. Exámenes, diagnósticos y procedimientos terapéuticos no disponibles a nivel nacional. Medicamentos no contemplados en el Petitorio Único del Ejército (PUE) y que no sean pertinentes para el manejo de la patología oncológica o para el tratamiento de sus complicaciones. **Medicamentos oncológicos no comercializados a nivel nacional.**

4) DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

En aplicación a las normas vigentes del Programa Oncológico del Ejército del Perú, declaro bajo juramento:

- No padecer de cáncer, ni tener antecedente de enfermedad oncológica, así como mis derechohabientes, previo al momento de la inscripción al Programa ONCOEP.
- Tener conocimiento de los beneficios, cobertura y exclusiones para el financiamiento de las prestaciones de salud oncológica del PROGRAMA ONCOLÓGICO DEL EJÉRCITO DEL PERÚ “ONCOEP”; así como tener conocimiento que el descuento mensual tendrá duración de un (01) año y será renovable de manera automática siempre que no comuniqué por escrito si deseo desafiliarme. Asimismo, tomo conocimiento que este aporte es solidario y sin lugar de devoluciones. El periodo de carencia de 90 días calendario inicia a partir del primer descuento por boleta de pago. En caso de dejar de aportar por tres (03) meses consecutivos se suspenderán los derechos en el Programa hasta su cancelación, y en caso de incumplimiento del aporte mayor a seis (06) meses consecutivos, perderé la inscripción y beneficios de los mismos, sin derecho a devolución de las aportaciones, siendo separado automáticamente del programa y de la base de datos.
- Haber recibido, orientación para visualizar y/o descargar vía online información normativa del PROGRAMA ONCOLÓGICO DEL EJÉRCITO DEL PERÚ “ONCOEP”.
- Tener conocimiento que he de adjuntar oportunamente toda documentación, la cual cumpla con lo dispuesto conforme a normativa del Programa ONCOEP, aceptando dichas condiciones al momento de mi afiliación.

5) AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

Autorizo al programa complementario de salud oncológica “ONCOEP” a efectuar el descuento mensual de mi remuneración y/o pensión, según las escalas establecidas en norma vigente mediante estudio matemático actuarial. Asimismo, autorizo a que este descuento se renueve anualmente y sólo cese en caso de que a mi voluntad y por escrito me retire del programa este descuento sin derecho a devolución de aportes, el cual se realizará por intermedio de la Oficina Económica del Ejército y/o Caja de Pensión Militar Policial, por afiliación en el Programa “ONCOEP” quién será el único responsable de administrar el monto del descuento enviado y efectuado.

En señal de conformidad de las obligaciones, beneficios y exclusiones contenidas en el manual del Programa Oncológico del Ejército Peruano, procedo a suscribir el presente documento en forma voluntaria y en pleno uso de mis facultades.

Lima, de del 20....

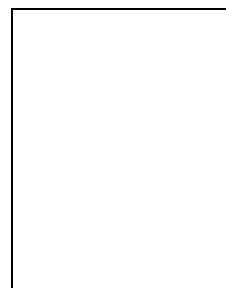
FIRMA :

POST – FIRMA :

GRADO :

DNI :

MONTO A DESCONTAR: S/



ADJUNTAR

Copia de CIP y DNI Titular

Copia de CIP y DNI Esposa e Hijos

IMPRESIÓN DACTILAR
ÍNDICE DERECH

DECLARACION JURADA

La información contenida en este documento tiene el carácter y compromiso de declaración jurada y determina que el **CONTRATANTE**, suscriptor de la misma, conoce y por lo tanto declara con verdad y suficiencia de conocimiento sobre la condición de salud y antecedentes médicos de cada una de las personas propuestas en la **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN** como afiliados. Asimismo autoriza a **IAFAS-ONCOEP** si lo considera necesario poder tener acceso a la revisión de la historia clínica de los solicitantes que declara con fines de auditoría, fiscalización, continuidad y control de beneficios.

- Marcar con X según corresponda: Si alguna de las respuestas es positiva, ampliar la información solicitada.
- En las observaciones especificar el examen tomado

[illegible]

LEY 29733

LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y SU REGLAMENTO

El **CONTRATANTE** declara estar debidamente informado sobre el uso y tratamiento de datos personales y huella digital proporcionada a la **IAFAS-ONCOEP**, los cuales son estrictamente necesarios para la gestión del programa oncológico adquirido. El **CONTRATANTE** declara estar de acuerdo con que la **IAFAS-ONCOEP** incorpore y almacene sus datos personales en el sistema del programa oncológico ONCOEP-**IAFAS**. El **CONTRATANTE** declara contar con la autorización de la(s) persona(s) consignada(s) como **AFILIADO(S)** para el tratamiento de los datos personales incluidos en el mismo, así como aquella contemplada en la **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**.

En tal sentido, el **CONTRATANTE** ha sido informado y autoriza a la **IAFAS** a tratar sus datos personales y de las personas propuestas para:

- Evaluar el estado de su afiliación en base a la información proporcionada.
- Aprobar la cobertura del programa ante la activación como paciente oncológico.
- Gestionar el cobro de los aportes, deudas.
- Usar su huella digital para efectos de la gestión administrativa, comercial y acreditación del **AFILIADO** para la prestación médica.
- Cumplir con requerimientos de información de autoridades administrativas o judiciales, relacionados a su afiliación.

Mediante la firma del presente documento, el **CONTRATANTE** manifiesta conocer y aceptar toda la información proporcionada y declarada en el mismo.

...../...../.....

Fecha de solicitud

.....

Firma del contratante

COMANDO DE SALUD DEL EJÉRCITO

“PROGRAMA ONCOEP”

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO A LA CAJA DE PENSIONES MILITAR POLICIAL

Yo,.....
con CIP N°....., DNI N°....., en **SITUACIÓN DE RETIRO**, Domiciliado
en.....
.....
telf.:.....E-mail:.....

AUTORIZO al programa complementario de salud oncológica “ONCOEP” a efectuar el descuento mensual de mi remuneración y/o pensión, según las escalas establecidas en el Reglamento del mismo, **AUTORIZO** a que este descuento se renueve anualmente y sólo cese en caso de que a mi voluntad y por escrito me retire del programa este descuento, enviado y efectuado por la **CAJA DE PENSIONES MILITAR POLICIAL (CPMP)** sobre mi pensión, por inscripción en el Programa “ONCOEP” quién será el único responsable de administrar el monto del descuento enviado y efectuado.

Lima,.....de.....del 20.....

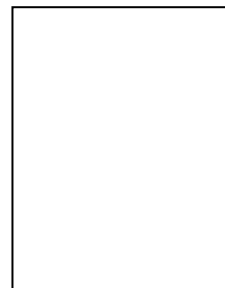
FIRMA :

POST – FIRMA :

GRADO :

DNI :

MONTO A DESCONTAR:.....



IMPRESIÓN DACTILAR ÍNDICE DERECHO

ADJUNTAR

COPIA DE CIP Y DNI TITULAR

COPIA DE CIP Y DNI ESPOSA E HIJOS

COMANDO DE SALUD DEL EJÉRCITO

“PROGRAMA ONCOEP”

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO A LA OFICINA PREVISIONAL DE LAS FUERZAS ARMADAS

Yo,.....
con CIP N°....., DNI N°....., en **SITUACIÓN DE RETIRO**, Domiciliado
en.....
.....
telf.:.....E-mail:.....

AUTORIZO al programa complementario de salud oncológica “ONCOEP” a efectuar el descuento mensual de mi remuneración y/o pensión, según las escalas establecidas en el Reglamento del mismo, **AUTORIZO** a que este descuento se renueve anualmente y sólo cese en caso de que a mi voluntad y por escrito me retire del programa este descuento, enviado y efectuado por la **OFICINA PREVISIONAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (OPREFA-MINDEF)** sobre mi pensión, por inscripción en el Programa “ONCOEP” quién será el único responsable de administrar el monto del descuento enviado y efectuado.

Lima,.....de.....del 20.....

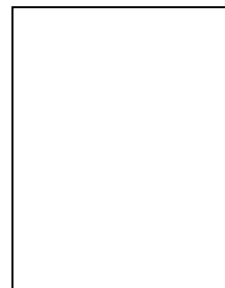
FIRMA :

POST – FIRMA :

GRADO :

DNI :

MONTO A DESCONTAR:.....



IMPRESIÓN DACTILAR ÍNDICE DERECHO

ADJUNTAR

COPIA DE CIP Y DNI TITULAR

COPIA DE CIP Y DNI ESPOSA E HIJOS