aunaseguros.com.mx

# Condiciones Generales

## Programa Modular Oncológico de Salud Colectivo

# Índice de contenido


**I. Objeto** 4

**II. Definiciones** 5

**III. Cláusulas Generales** 10

Cláusula Primera: Contrato 10

Cláusula Segunda: Vigencia 10

Cláusula Tercera: Edad Mínima Y Máxima 11

Cláusula Cuarta: Padecimientos Preexistentes 11

Cláusula Quinta: Período De Beneficio 11

Cláusula Sexta: Rectificación De La Póliza De Seguro 12

Cláusula Séptima: Revelación De Comisiones 12

Cláusula Octava: Renovación De La Póliza De Seguro 12

Cláusula Novena: Modificaciones A La Documentación Contractual 13

Cláusula Décima: Notificaciones 13

Cláusula Décimo Primera: Omisiones O Inexactas Declaraciones 14

Cláusula Décimo Segunda: Moneda 15

Cláusula Décimo Tercera: Competencia 15

Cláusula Décimo Cuarta: Arbitraje Médico 16

Cláusula Décimo Quinta: Terminación Del Contrato 16

Cláusula Décimo Sexta: Prescripción 16

Cláusula Décimo Séptima: Otros Seguros 17

Cláusula Décimo Octava: Territorialidad 18

Cláusula Décima Novena: Responsabilidad De Auna Seguros 18

Cláusula Vigésima: Interés Moratorio 18

Cláusula Vigésimo Primera: Derechos Del Asegurado 18

Cláusula Vigésimo Segunda: Agravación Del Riesgo 19

**IV. Primas** 21

Primas 21

Forma De Pago 21

**Periodo de Gracia** 22

Rehabilitación 22

**V. Pago de Reclamaciones** **23**
Sistema de Pago De Reclamaciones 23
Requisitos Para El Pago De Honorarios Médicos 27
Cuantía de La Indemnización 28
Participación del Asegurado En Una Reclamación 28
**VI. Movimientos de Asegurados.** **28**
**VII. Protección de Datos Personales en Posesión De Particulares** **30**
**VIII. Para Atención Al Asegurado y Acceso a la Unidad Especializada de Consultas Y Reclamos** **31**
**IX. Anexo De Transcripción De Artículos Referidos En El Contrato De Seguro** **32**
**X. Coberturas** **32**
1.Cobertura Básica 32
1.1. Cobertura De Diagnóstico 33
Prestaciones Médicas Ambulatorias Cubiertas 34
Prestaciones Médicas Hospitalarias Quirúrgicas Cubiertas 35
Procedimiento Para Uso De La Cobertura De Diagnóstico 36
1.2. Cobertura De Tratamiento Oncológico 39
Tratamientos Oncológicos Ambulatorios Cubiertos 47
Tratamientos Oncológicos Hospitalarios Cubiertos 47
2. Cobertura Adicional Preventiva 48
Proceso de Uso de Cobertura Adicional Preventiva 49
3. Cobertura Adicional De Apoyo Para Deducibles Y Copagos De Otros Seguros 50
**XI. Criterios De Pertinencia De Las Prestaciones Oncológicas** **51**
**XII. Servicio De Acompañamiento** **52**
**XIII. Red De Proveedores** **54**
**XIV. Exclusiones** **54**
**XV. ¿Cómo Hacer Uso De Tus Coberturas?** **58**

# Contrato Seguro Auna Seguros

## Plan Oncológico

### I. Objeto

**Auna Seguros** se obliga, mediante el pago de la **Prima**, en los términos más adelante estipulados, a cubrir de manera directa o a reembolsar al **Asegurado** los gastos médicos por tratamientos o procedimientos y/o servicios de prevención de acuerdo a los términos, condiciones y límites estipulados en esta **Póliza** de **Seguros**, **Certificado Individual** y en relación con el plan y **Coberturas** contratados, el plan se estipula en la **Carátula de la Póliza** y podrá variar de acuerdo a las características de tratamientos cubiertos, **Deducibles, Copagos o Coaseguros**, acceso a **Red de Proveedores**, y **Límite Anual;** se estipulan en la presente la **Carátula de la Póliza**.

La integralidad de las **Coberturas** amparadas a través de la presente **Póliza** se otorgará a través de la **Red de Proveedores** únicamente dentro del territorio de la República Mexicana.

## II. DEFINICIONES

Para efectos del **Contrato de Seguro** y en lo que resulte aplicable, se entiende por:

**1.Agente De Seguros:** Persona física o moral cuya actividad comercial consiste en intervenir en la contratación de **Seguros** mediante el intercambio de propuestas, así como en el asesoramiento, según la mejor conveniencia de los **Contratantes**.
**2. Antigüedad:** Tiempo ininterrumpido durante el cual un **Asegurado** ha estado **Asegurado** con **Auna Seguros** bajo el plan contratado y especificado en la **Póliza**.
**3. Asegurado:** Persona física considerada, indistintamente, como **Asegurado Titular o Dependiente** económico para los efectos de la **Póliza** de **Seguro** y/o **Certificado Individual**.
**4. Asegurado Elegible:** Es el **Asegurado** que reúne los requisitos previstos en la **Póliza** bajo el plan contratado.
**5. Asegurado Titular:** Persona física residente en territorio de la República Mexicana, que ha sido designada como tal en la **Carátula de la Póliza** y/o credencial del **Asegurado**.
**6. Auna Seguros:** Compañía **Aseguradora Auna Seguros, S.A.**
**7. Certificado Individual:** Documento que forma parte del **Contrato de Seguro** en el cual se establecen los derechos y obligaciones del **Asegurado** y en el que se señala: nombre, teléfono y domicilio de **Auna Seguros**; firma del funcionario autorizado de **Auna Seguros**; operación del seguro, número de la **Póliza** y del Certificado; el nombre del **Contratante** y del(os) **Asegurado**(s); nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del(os) **Asegurado**(s); fecha de vigencia de la **Póliza** y del **Certificado Individual**; **Límite Anual**; **Copagos o Coaseguro; Deducibles** y los riesgos amparados por la **Póliza**.
**8. Cáncer:** Término aplicado a la multiplicación rápida y/o crecimiento no controlado de células anormales de un tejido u órgano, a las que se les denomina células malignas; las cuales pueden extenderse más allá de sus límites habituales e invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos vecinos o distantes. Dependiendo del tipo de tejido del que provienen las células malignas, puede denominársele también como sarcoma, carcinoma, leucemia, mieloma o linfoma. Listado de manera enunciativa, mas no limitativa.

**9. Carta Garantía:** Documento a través del cual **Auna Seguros** autoriza a la **Red de Proveedores** el otorgamiento de los servicios médicos requeridos, ya sea para las **Coberturas** básicas o para las **Coberturas** adicionales.

**10. Carátula de la Póliza:** Documento que contiene la información y datos correspondientes a:

i. **Asegurados**,
ii. El **Contratante**,
iii. La **Prima**,
iv. El **Copago o Coaseguro** y **Deducible**,
v. La vigencia de la **Cobertura**,
vi. Alcances de la **Cobertura**, y
vii. Cualquier otra información referente a los términos bajo los cuales debe operar la **Póliza** de **Seguro**

**11. Cargo a Tarjeta de Crédito y Débito:** Pago efectuado a través de un cargo a una tarjeta de crédito o débito expedida por una institución bancaria autorizada para tal efecto, que se encuentre ubicada en territorio nacional.

**12. Cobertura**: Es la responsabilidad asumida por **Auna Seguros**, y por la cual se hace cargo, hasta el límite estipulado, del riesgo y las consecuencias económicas derivadas de un **Siniestro**.

**13. Colectividad Asegurable:** conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que es lícito, previo e independiente a la celebración del **Contrato Seguro**. Podrán asegurarse las **Cláusulas Particulares** de los **Asegurados Titulares** de la **Colectividad Asegurada**, siempre y cuando cumplan con lo siguiente:

Cónyuge o Concubino(a) que cumpla con los requisitos de aceptación que **Auna Seguros** establezca en la Cláusula Movimientos de **Asegurado** en el apartado de Altas y cuyos nombres aparezcan en el **Certificado Individual** correspondiente.

Hijos que cumplan con los requisitos de aceptación que **Auna Seguros** establezca en la Cláusula Movimientos de **Asegurado** en el apartado de Altas y cuyos nombres aparezcan en el **Certificado Individual** correspondiente.

**14. Colectividad Asegurada**: Es el conjunto de personas que pertenecen a una misma empresa o que mantienen un vínculo o interés común que es lícito, previo e independiente a la celebración del **Contrato Seguro**, y que cumplen con los requisitos de elegibilidad establecidos por **Auna Seguros**, cuyos nombres se incluyen en el registro de **Asegurados** de la **Póliza**.

**15. Contratante:** Es la persona física o moral que celebra con **Auna Seguros** el **Contrato Seguro** por cuenta propia o por cuenta del **Asegurado**, y que es directamente responsable ante **Auna Seguros** por el pago de la **Prima**.

**16. Contrato Seguro:** Documento en el cual quedan asentados los compromisos que adquieren tanto **Auna Seguros** como el **Asegurado** o **Contratante**. La **Carátula de la Póliza**, la **Solicitud de Seguro**, las **Condiciones Generales**, **Certificados Individuales** y los **Endosos** son parte del **Contrato**.

**17. Copago o Coaseguro**: Es la proporción del gasto médico generado por las prestaciones bajo **Cobertura**, a cargo del **Asegurado**, una vez superado el **Deducible**. Convencionalmente, se expresa como un porcentaje, el cual puede ser fijo o variar según el monto del gasto acumulado por el **Asegurado**. Dicho porcentaje se indica en la **Carátula de la Póliza** y/o en el **Folleto Explicativo**.

**18. Curador:** Persona designada por resolución judicial para complementar la capacidad de determinadas personas que la tienen limitada.

**19. Declaratoria De Salud:** Manifestación escrita y firmada por el **Asegurado** en la que se informa a **Auna Seguros** sobre cualquier enfermedad, lesión o padecimiento diagnosticado con anterioridad. Esta información constituye la base para la evaluación, selección y aceptación del riesgo por parte de la Institución.

**20. Deducible:** Cantidad fija establecida en la **Carátula de la Póliza** con la cual participa el **Asegurado** al momento de ocurrencia de su primer diagnóstico oncológico a fin de acceder a sus **Coberturas** oncológicas de acuerdo con el plan contratado que proceda conforme a las condiciones convenidas en el **Contrato Seguro**. No aplica **Deducible** en la renovación anual de la **Póliza** o ante la ocurrencia de segundos **Primarios** oncológicos.

**21. Dependientes Económicos:** Persona física residente en la República Mexicana, distinta al **Asegurado Titular**, que depende económicamente de este, aceptado por **Auna Seguros** y designado como tal en la **Póliza** de seguro y/o credencial del **Asegurado** respectiva. Para los efectos de esta definición, únicamente podrán ser considerados como **Dependientes Económicos del Asegurado Titular,** los siguientes sujetos:

El cónyuge, que para efectos de la **Póliza** de seguro significa la persona con quien el **Asegurado Titular** hubiere contraído matrimonio civil o viva en concubinato de conformidad con los requisitos y/o periodo que prevea la Legislación Civil que resulte aplicable a la fecha que se pretenda adquirir el seguro.

viii. Los descendientes directos en primer grado del **Asegurado Titular** hasta los 25 años de edad.

ix. Los ascendientes en primer grado del **Asegurado Titular**.

**22. Emergencia Oncológica:** Tipo de emergencia vinculada a un grupo de complicaciones que podrían surgir en el curso de la evolución de pacientes con **Cáncer**, sea por la propia enfermedad o por su tratamiento, y por lo tanto requieren pronta valoración y manejo.

**23. Endoso:** Documento que modifica la **Póliza** de seguro, previo acuerdo entre las partes, registrado ante la **Comisión Nacional de Seguros y Fianzas**

**24. 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.

**25. Error De Diagnóstico:** Es en el caso en que el **Asegurado** haya asistido previamente con la **Red de Proveedores** derivado de una falla en la identificación precisa y oportuna de diagnóstico, el **Asegurado** haya requerido atención de los servicios médicos en una institución o médico fuera de la **Red de Proveedores**.

**26. Estado Terminal:** Condición médica que muestra un progreso significativo de una enfermedad importante y que no es candidato para un tratamiento oncológico con fines curativos.

**27. Examen Antígeno Prostático:** Examen de laboratorio que mide la concentración en sangre de una proteína producida exclusivamente por las células de la glándula prostática. Pueden encontrarse valores elevados tanto en condiciones malignas como no malignas, por lo que puede ser usado para la detección y seguimiento de estas condiciones.

**28. Gastos Cubiertos:** Gastos y costos que **Auna Seguros** cubrirá a través de **Pago Directo** o mediante **Reembolso**, en favor del **Asegurado** por los servicios indicados en el **Contrato Seguro**, y conforme a las **Coberturas** contratadas.

**29. Gasto Personal:** Compra o renta de prestaciones, aparatos, productos o servicios para uso o comodidad personal que sean adicionales a los servicios médicos y no son necesarios para la recuperación o diagnóstico de la salud.

**30. Guías de Práctica Clínica:** Conjunto de recomendaciones desarrolladas con la finalidad de orientar a los médicos y **Asegurados** en la toma de decisiones sobre la atención médica 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.

**31. Histocompatible:** Semejanza de los antígenos tisulares de distintos individuos, de la que depende la posibilidad de un injerto o trasplante, para minimizar las posibilidades de rechazo del trasplante.

**32. Informe Médico:** Documento emitido por el médico tratante o por un comité médico, con experiencia documentalmente comprobable en la especialidad correspondiente al evento, en el cual se incluye un diagnóstico susceptible de ser utilizado como fundamento para la **Reclamación** o para la evaluación de la **Cobertura** médica solicitada.

**33. Límite Anual:** Monto límite del beneficio por **Asegurado** por vigencia anual del plan contratado, reinstalable a la renovación anual. Los gastos médicos incurridos por el (los) **Asegurados** durante el periodo de la vigencia anual, reducen automáticamente el monto del beneficio, sin lugar a restitución hasta la celebración de una nueva anualidad de la **Póliza**.

**34. Nivel de Evidencias:** 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 Evidencias** y el consenso de cada uno de sus miembros, refiriéndose de acuerdo con las siguientes categorías:

i. Categoría I-A: Aquella con alto **Nivel de Evidencias** y con consenso uniforme de que la intervención es adecuada.
ii. Categoría II-A: Aquella con menor **Nivel de Evidencias**, pero con consenso uniforme de que la intervención es adecuada.
iii. Categoría II-B: Aquella con nivel inferior de evidencia, sin un consenso uniforme, pero sin grandes desacuerdos.
iv. Categoría III: Aquella con cualquier **Nivel de Evidencias** y con grandes desacuerdos.

**35. Paciente Oncológico: Asegurado** que durante la **Fase Diagnóstica** se le haya confirmado y diagnosticado una enfermedad oncológica, contando con la autorización de **Auna Seguros** para iniciar la **Fase de Tratamiento**.

**36. Padecimientos Preexistentes:** Lesión o enfermedad cuyo origen tuvo lugar con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia o a la contratación de la **Póliza** de **Seguro**, que:

i. Se haya declarado la existencia de dicho padecimiento o enfermedad mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
ii. El **Asegurado** haya hecho gastos comprobables documentalmente para recibir un tratamiento médico de la enfermedad o padecimiento de que se trate.
iii. Sean conocidos y no declarados por el **Asegurado**, de conformidad con lo dispuesto por el Artículo 8.° de la Ley Sobre el **Contrato Seguro**.

**No habrá ningún tipo de indemnización o responsabilidad por parte de Auna Seguros conforme a esta Póliza para cubrir gastos ocasionados o relacionados con el Padecimiento Preexistente y sus enfermedades asociadas, diagnósticos, tratamientos solicitados, así como ninguna secuela y complicación derivada de estos.**

**37. Pago Directo:** Sistema de pago mediante el cual **Auna Seguros** liquida directamente a la **Red de Proveedores** los gastos generados por el **Asegurado**, como consecuencia de un tratamiento o procedimiento cubiertos por la **Póliza** de **Seguro**.
**38. Periodo Al Descubierto:** tiempo durante el cual cesan los efectos de este **Contrato Seguro** por la falta de pago de **Primas**.
**39. Póliza**: Es el documento oficial que le da forma al **Contrato Seguro** en el cual se establecen los derechos y obligaciones del **Asegurado** y **Auna Seguros**.
**40. Prima:** Es el monto que cobra **Auna Seguros** al **Contratante** por el riesgo que asume.
**41. Prima Neta No Devengada:** Es el monto de **Prima** que corresponde proporcionalmente al periodo de riesgo no transcurrido.
**42. Reclamación:** Es el aviso o comunicación que hace hacia **Auna Seguros**, informando que ha erogado algún gasto relacionado con el acontecimiento o hecho previsto en el **Contrato** a consecuencia de una enfermedad cubierta y que da origen a un padecimiento.
**43. Red Cerrada:** Modalidad del **Contrato Seguro** en el que el **Asegurado** únicamente deberá atenderse con el personal de salud de la **Red de Proveedores**, lo cual se establecerá claramente en la **Carátula de la Póliza y/o en el Folleto Explicativo respectivos.**
**44. Reembolso**: Sistema de pago bajo el cual **Auna Seguros** restituye al **Asegurado** el gasto realizado por una atención médica particular bajo las condiciones detalladas en la **Póliza**.
**45. Segundo Primario Oncológico:** Se define como un nuevo diagnóstico de **Cáncer Primario**, independiente; del **Cáncer** previamente identificado en el mismo paciente. Para que un **Cáncer** sea considerado un segundo **Primario** oncológico, debe cumplir con las condiciones: origen independiente, el nuevo **Cáncer** debe originarse en células o tejidos diferentes a los del **Cáncer** inicial, puede encontrarse en un órgano o sistema diferente al del **Cáncer** inicial, o en el mismo órgano, siempre y cuando presente una histología distinta; puede ser diagnosticado de manera simultánea (dentro del mismo período de tiempo) o en fechas posteriores al diagnóstico del primer **Cáncer**.
**46. Siniestro:** Acontecimiento o hecho a consecuencia de una enfermedad amparada en el **Contrato**. Dando origen a la obligación a cargo de **Auna Seguros** de cubrir el evento de acuerdo con los términos, condiciones y cláusulas pactadas en el **Contrato**.
**47. Solicitud de Seguro:** Documento que contiene la voluntad del **Contratante** para adquirir un **Seguro** y expresa la protección solicitada e información para la debida evaluación del riesgo. Este documento es indispensable para la emisión de la **Póliza** y debe ser firmado por el **Contratante**.
**48. 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.
**49. 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.
**50. Transferencia Electrónica De Fondos:** Pago hecho a través del envío electrónico de dinero de una cuenta de cheques o de tarjeta de débito a otra cuenta de cheques o de tarjeta de débito a través de cualquiera de las instituciones bancarias ubicadas dentro del territorio nacional.

**51. Tope de Copago o Coaseguro**: Es el límite máximo de responsabilidad económica a cargo del **Asegurado** por concepto de **Copago o Coaseguro**. Una vez alcanzado dicho límite, la **Aseguradora** asumirá el pago del 100% de los gastos cubiertos, conforme a los términos y condiciones contratados.
**52. Vigencia:** Plazo estipulado en la **Carátula de la Póliza** durante el cual operarán las **Coberturas** contratadas y amparadas en el **Contrato Seguro**.

## III. Cláusulas Generales

### Cláusula Primera: Contrato

Las declaraciones del **Contratante** y de los **Asegurados** proporcionadas por escrito a **Auna Seguros** en la **Solicitud**, así como la **Póliza** del **Seguro** y **Certificados Individuales**, donde se contienen los derechos, obligaciones, alcances, **Coberturas**, **Primas** pactadas, inicio y término de vigencia que consta de **Carátula de Póliza**, **Contrato Seguro**, **Endosos** y **Folleto Explicativo**, forman constancia del **Contrato** celebrado entre el **Contratante** y **Auna Seguros**; bajo el mismo, quedarán amparados todos los **Asegurados** que ingresen a esta **Póliza**.

Dicho **Contrato** amparará aquellos eventos cuyo origen y ocurrencia sea dentro de los límites de la República Mexicana, de acuerdo con el programa contratado.

### Cláusula Segunda: Vigencia

La vigencia de este **Contrato** será de un año, iniciando desde la fecha estipulada en la **Carátula de Póliza** bajo el concepto de inicio de vigencia.

## Cláusula Tercera: Edad Mínima Y Máxima

**Auna Seguros** emitirá **Póliza** a personas desde el primer día de nacidos hasta los setenta (70) años.
La edad mínima de aceptación para los descendientes de los **Asegurados Titulares** será a partir de su nacimiento y la edad máxima de aceptación será hasta los 24 (veinticuatro) años de edad, salvo que se pacte una edad mayor y se especifique en el **Endoso** correspondiente.

Edades de Cancelación: No hay edad límite para los **Asegurados Titulares**, cónyuges ni ascendientes directos de los **Asegurados Titulares**; en el caso de los descendientes, en el aniversario en el cual cumplan la edad de 25 (veinticinco) años, salvo que se pacte una edad mayor y se especifique en el **Endoso** correspondiente.

## Cláusula Cuarta: Padecimientos Preexistentes

**Auna Seguros** no cubrirá los **Padecimientos Preexistentes** definidos en este **Contrato Seguro**. En caso de que **Auna Seguros** rechace alguna **Reclamación** por considerarla como **Padecimiento Preexistente**, solo lo podrá hacer cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

i. Que previamente a la celebración del **Contrato Seguro**, se hubiere declarado la existencia del padecimiento o enfermedad, o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio de diagnóstico.
ii. Cuando **Auna Seguros** cuente con pruebas documentales de que el **Asegurado** haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al **Asegurado** el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la **Reclamación**.
iii. Que, previamente a la celebración del **Contrato Seguro**, el **Asegurado** haya hecho gastos comprobables documentalmente para recibir un tratamiento médico de la enfermedad o padecimiento de que se trate.

## Cláusula Quinta: Período de Beneficio

**Auna Seguros** estará obligada a cumplir con la prestación de servicios dirigidos a fomentar o restaurar la salud a consecuencia de que se produzca la eventualidad prevista en el **Contrato Seguro** dentro de la vigencia de este, de conformidad con el **Contrato Seguro**, a partir de la fecha de la primera erogación efectuada por el **Asegurado** dentro de la vigencia de la **Póliza**, teniendo como límite lo que ocurra primero:

A. El agotamiento del **Límite Anual** .
B. Al concluir el término que para estos efectos se haya pactado para la prestación del servicio, el cual será de setecientos treinta (730) días naturales contados a partir de la fecha en que termine la vigencia del **Contrato**.
C. Al certificarse la curación del padecimiento de que se trate, a través del alta médica.

## Cláusula Sexta: Rectificación de la Póliza De Seguro

En términos del Artículo 25 de la Ley sobre el **Contrato Seguro**, si el contenido de la **Póliza** o sus modificaciones no concordare con la oferta, el **Asegurado** podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta (30) días naturales siguientes al día en que reciba la **Póliza**. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la **Póliza** o de sus modificaciones. Este mismo derecho se hace extensivo para el **Contratante**.

## Cláusula Séptima: Revelación de Comisiones

Durante la vigencia de la **Póliza**, el **Contratante** podrá solicitar por escrito a **Auna Seguros** que le informe el porcentaje de la **Prima** que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este **Contrato**. **Auna Seguros** proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la **Solicitud**.

## Cláusula Octava: Renovación de la Póliza de Seguro

**Auna Seguros** podrá renovar el presente **Contrato** en las mismas condiciones en que fue contratado mediante la entrega de otra **Póliza**, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del **Seguro** de Grupo para la Operación de Vida y del **Seguro** Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades en la fecha de vencimiento del **Contrato**. En cada renovación se aplicarán las **Primas** de tarifa obtenidas conforme a los Procedimientos registrados ante la **Comisión Nacional de Seguros y Fianzas** en las notas técnicas respectivas.

La renovación siempre otorgará el derecho de antigüedad para los efectos siguientes: **Auna Seguros** no solicitará requisitos de asegurabilidad, tampoco modificará las edades límite mencionadas en perjuicio de los **Asegurados**.

Este **Contrato** se considerará renovado si dentro de los últimos 30 (treinta) días de vigencia de cada periodo el **Contratante** no da aviso a la otra parte por escrito de su voluntad de no renovarlo.
El pago de la **Prima** acreditada mediante el recibo extendido en las formas usuales de **Auna Seguros** se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

## Cláusula Novena: Modificaciones a la Documentación Contractual

Las modificaciones al **Contrato** serán válidas siempre y cuando hayan sido acordadas entre **Auna Seguros** y el **Contratante**. Dichas modificaciones se harán constar mediante **Cláusulas Adicionales** firmadas por un funcionario autorizado por **Auna Seguros**, ajustadas a los modelos previamente registrados ante la **Comisión Nacional de Seguros y Fianzas**

El **Contrato Seguro**, las **Cláusulas Adicionales** y los **Endosos** que se hayan anexado solo podrán modificarse previo acuerdo entre el **Contratante** y **Auna Seguros**. Dichas modificaciones deberán constar por escrito, en **Endosos** debidamente registrados ante la **Comisión Nacional de Seguros y Fianzas**. Los agentes de **Seguros** o cualquier otra persona que actúe como intermediario en la contratación de la **Póliza** de **Seguro** no estarán autorizados ni facultados para hacer modificaciones ni concesiones a los términos y condiciones de la misma.

## Cláusula Décima: Notificaciones

Cualquier notificación que el **Contratante** o **Asegurado** haga del conocimiento de **Auna Seguros** relacionada con la **Póliza** de **Seguro**, deberá enviarse por escrito, correo electrónico o teléfono de acuerdo con lo siguiente:

Por escrito a la siguiente dirección: Insurgentes Sur 1458, pisos 19 y 20, Col. Actipan, Benito Juárez, C.P. 03230, Ciudad de México.
Por correo electrónico al siguiente mail: **oncosalud.mx@auna.org**
Por teléfono favor de comunicarse al siguiente número: 55 4628 2551

**Auna Seguros** comunicará modificaciones al **Contratante** o **Asegurado**. Las notificaciones y comunicaciones que **Auna Seguros** lleve a cabo al **Contratante** o **Asegurado**, las dirigirá al último domicilio del que tenga conocimiento.

El acuse de recibo será el documento probatorio de la notificación, el cual surtirá sus efectos transcurridos cinco (05) días hábiles siguientes, contados a partir de que la notificación fuere efectuada. Ambas partes convienen, sin excepción alguna, en notificar cualquier cambio en los últimos domicilios conocidos.

Cualquier notificación o comunicación relacionada con el presente **Contrato** deberá hacerse por escrito al **Contratante** o **Asegurado**, precisamente en el lugar señalado como domicilio de la misma en la **Carátula de la Póliza** o, en su caso, en el nuevo domicilio que para estos efectos hubiera comunicado posteriormente aquella a **Auna Seguros**.

## Cláusula Décimo Primera: Omisiones o Inexactas Declaraciones

De acuerdo con el artículo 8.° de la Ley Sobre el **Contrato Seguro**, el **Contratante** estará obligado a declarar por escrito a **Auna Seguros**, de conformidad con la **Solicitud** para la contratación del **Seguro**, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal y como sean de su conocimiento o deban ser conocidas al momento de la celebración del **Contrato Seguro**.

Asimismo, los **Asegurados Titulares** estarán obligados a declarar por escrito a **Auna Seguros** todos aquellos hechos relacionados con las características de sus **Dependientes Económicos**, incluyendo la edad, estado civil, dependencia económica, parentesco y cualquier otro elemento que se considere necesario para determinar si se cumplen con las características establecidas para pertenecer a la **Póliza** de **Seguro**, tal y como sean de su conocimiento o deban ser conocidos durante la vigencia del **Contrato Seguro**.

La omisión o inexacta declaración de la información que conste en la **Solicitud**, aun cuando no haya influido en la apreciación del riesgo, facultará a **Auna Seguros** para considerar rescindido de pleno derecho el **Contrato Seguro**. **Auna Seguros** comunicará al **Contratante** la rescisión del **Contrato Seguro** dentro de los treinta (30) días siguientes a que **Auna Seguros** conozca la omisión o inexacta declaración.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de **Auna Seguros** a causa de alguna omisión, inexacta declaración, reticencia o negligencia en el aviso por parte del reclamante o del **Contratante** al celebrar el **Contrato Seguro**, deberá ser reintegrado inmediatamente a **Auna Seguros** por el **Contratante** o el **Asegurado Titular**.

Tratándose de los **Asegurados**, esta cláusula solo será aplicable para aquellos integrantes de la **Colectividad Asegurada** que, por haber ingresado a la misma con posterioridad a la celebración del **Contrato** y fueron dados de alta después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que adquirieron el derecho a formar parte de la **Colectividad Asegurada**, **Auna**

**Seguros** les haya solicitado requisitos de asegurabilidad, o bien, cuando el **Asegurado Titular** haya incurrido en omisiones y falsas declaraciones al proporcionar las características de las **Cláusulas Particulares** para pertenecer a la **Colectividad Asegurada**.

## Cláusula Décimo Segunda: Moneda

Los pagos correspondientes a la **Prima**, al **Reembolso** o a cualquier otra prestación relacionada con la **Póliza**, ya sea por parte del **Contratante**, de los **Asegurados** de **Auna Seguros**, se liquidarán en moneda nacional.

En caso de que el **Contratante** o los **Asegurados** hagan algún pago en moneda extranjera por tratamientos o procedimientos que se encuentren cubiertos bajo este **Contrato Seguro**, **Auna Seguros** hará el **Reembolso** correspondiente en moneda nacional, considerando el tipo de cambio emitido por el Banco de México para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el día en el que el **Asegurado** realizó el pago respectivo.

## Cláusula Décimo Tercera: Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos, de forma escrita o por otro medio, de manera optativa ante cualquiera de las siguientes instancias:

A. Ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la **Auna Seguros**.
B. Ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de dicha Comisión, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277, último párrafo de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.
C. En la vía judicial, promoviendo demanda ante el juez que posea jurisdicción dentro del domicilio en que se ubique la Delegación de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros que le corresponda al reclamante o en la que hubiere presentado su **Reclamación**.

Cualquier **Reclamación** que se realice en contra de **Auna Seguros**, deberá presentarse dentro del término de dos (2) años contados a partir de que se presente el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de la recepción de la negativa de **Auna Seguros** a satisfacer las pretensiones del reclamante.

Adicionalmente, en caso de que los **Contratantes** y/o **Asegurados** deseen manifestar alguna inconformidad o presentar una queja relacionada con irregularidades y/o negativas en la prestación de los servicios médicos que reciban por parte de los prestadores de dichos servicios, podrán hacer valer sus derechos ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en la forma y términos que corresponda.

## Cláusula Décimo Cuarta: Arbitraje Médico

En caso de suscitarse alguna controversia relacionada con la determinación de si un **Padecimiento Preexistente** es o no susceptible de estar cubierto bajo el **Contrato Seguro**, el **Asegurado** podrá iniciar un procedimiento arbitral y, solicitar se nombre a un árbitro independiente para resolver la controversia.

Una vez finalizado el procedimiento arbitral, la decisión emitida que ponga fin a dicha controversia será considerada como obligatoria y vinculará a las partes. Este procedimiento será gratuito para el **Asegurado** y en caso de existir algún costo, este deberá ser liquidado por **Auna Seguros**.

## Cláusula Décimo Quinta: Terminación Del Contrato

La vigencia de la **Póliza** de **Seguro** dejará de surtir sus efectos a la fecha de terminación indicada en la **Carátula de la Póliza** o antes, si se presenta cualquiera de las siguientes causales:
El **Contratante** le entregue a **Auna Seguros** una **Solicitud** por escrito de cancelación de la **Póliza** de **Seguro**, en cuyo caso

i. Si ocurrió o existe a la fecha de terminación algún **Siniestro** relacionado con algún servicio cubierto en los términos de la **Póliza** de **Seguro**, **Auna Seguros** no tendrá la obligación de devolver al **Contratante** ninguna **Prima**, y
ii. Si no ocurrió y no existe a la fecha de terminación algún **Siniestro** relacionado con algún servicio cubierto en los términos de la **Póliza** de **Seguro**, la **Prima** a devolver por **Auna Seguros** será la **Prima Neta No Devengada**, lo cual realizará dentro de los cinco (05) días hábiles posteriores a la recepción de la **Solicitud** de cancelación.

Por la terminación del **Periodo de Gracia** para el pago de la **Prima** sin que este se haya efectuado, previsto en el capítulo **IV Prima,** sección **Periodo de Gracia**, de las **Condiciones Generales**, salvo que sea rehabilitada en términos de la sección **Rehabilitación** de dicho capítulo.

## Cláusula Décimo Sexta: Prescripción

Todas las acciones que se deriven del **Contrato Seguro** prescribirán en dos (2) años contados a partir de la fecha en que suceda el hecho o acontecimiento que le dio origen, salvo los casos de excepción previstos en el Artículo 82 de la Ley Sobre el **Contrato Seguro**. Dicho plazo solo se suspenderá en el caso de que se presente la **Reclamación** correspondiente ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de **Auna Seguros**, de conformidad con lo previsto en el Artículo 50 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios

Financieros.
Asimismo, la prescripción se interrumpirá:

A. Por el nombramiento de los peritos que, con motivo de la realización del **Siniestro**, sean necesarios para demostrar las características y causas de este.
B. En caso de reclamaciones en contra de **Auna Seguros**, por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el Artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.
C. Por las causas ordinarias.

## Cláusula Décimo Séptima: Otros Seguros

En caso de **Reclamación**, si los beneficios cubiertos otorgados en la **Póliza** de **Seguro** estuviesen amparados en todo o en parte por otros **Contratos de Seguro**, sean de **Auna Seguros** o de otras compañías de **Seguros**, las reclamaciones pagaderas en total por todas las **Pólizas** de **Seguro** no excederán los gastos reales incurridos.

En caso de que otra compañía **Aseguradora** ya haya cubierto de manera parcial los gastos derivados del **Contrato Seguro** contratado con ella, el **Asegurado** deberá informar a **Auna Seguros** y, en su oportunidad, presentar los comprobantes, así como el finiquito elaborado por la otra compañía **Aseguradora**. De ser autorizado por **Auna Seguros**, el proceso será manejado por **Reembolso** .

### Cláusula Décimo Octava: Territorialidad

El presente **Contrato Seguro**, solo brinda **Cobertura** dentro de la República Mexicana.

### Cláusula Décima Novena: Responsabilidad De Auna Seguros

El límite de responsabilidad a cargo de **Auna Seguros** ante el **Contratante**, el **Asegurado Titular** y sus **Dependientes Económicos** se ciñe al pago de las cantidades estipuladas en el capítulo **V. Pago de Reclamaciones** del **Contrato Seguro** y solo a las prestaciones mencionadas en el capítulo **X. Coberturas.**

### Cláusula Vigésima: Interés Moratorio

En caso de que **Auna Seguros**, no obstante haber recibido de manera completa los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la **Reclamación** que le haya sido presentada por el **Asegurado**, no cumpla con la obligación de resarcir o pagar la indemnización procedente dentro de un plazo de treinta (30) días naturales, **Auna Seguros** pagará al **Asegurado** un interés por mora de conformidad con lo dispuesto por el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Dicho interés se generará por día, a partir de la fecha del vencimiento del plazo referido y hasta el día en que se efectúe el pago de la indemnización, calculado conforme a la tasa y metodología previstas en el citado artículo.

### Cláusula Vigésimo Primera: Derechos Del Asegurado

**Auna Seguros** se compromete a cumplir con el **Contrato de Seguro,** otorgando un servicio personalizado y profesional, con calidad y calidez.

Por otro lado, el **Asegurado** asume ciertos derechos detallados a continuación:

**A.** **Acceso:** Los **Asegurados** tendrán la misma oportunidad de acceso expedito a los Servicios.
**B.** **Respeto y Dignidad:** El trato al **Asegurado** deberá proporcionarse en todo momento de forma respetuosa.
**C.** **Privacidad y confidencialidad:** Todos los servicios a los que acuda se conservarán en profundo respeto; así mismo, la información relativa deberá preservar la confiabilidad.
**D.** **Seguridad personal:** El **Asegurado** tendrá derecho a que durante su atención se le brinden tanto a él como a sus acompañantes y pertenencias medidas de seguridad. Obtener información clara acerca de los beneficios y servicios que le otorga su **Póliza**, cualquier exclusión o limitación asociada con esta y sobre cualquier cargo por el cual el **Asegurado** sea responsable.
**E.** **Identidad.** El **Asegurado** tiene el derecho a conocer la identidad y grado de preparación de los servidores de la salud que lo atienden.
**F.** **Comunicación:** El **Asegurado** tiene derecho a mantenerse en todo momento en comunicación con su familia y a ser informado en forma comprensible para él.
**G.** **Información:** Ser informado por su médico tratante sobre su padecimiento, los métodos diagnósticos y sus riesgos, beneficios y alternativas, lo mismo que las medidas terapéuticas que ocasionen y sobre el pronóstico de su padecimiento.

H. **Consentimiento:** Ser informado por su médico tratante sobre cualquier tratamiento que pudiera recibir. Su médico debe solicitar su consentimiento para ser sometido a procedimientos, diagnósticos o tratamientos, informándole también de los riesgos, beneficios y alternativas.
I. **Consultas:** El **Asegurado** tendrá derecho a solicitar otras opiniones sobre su padecimiento, conforme a lo estipulado en el **Contrato Seguro**.
J. **Negativa al tratamiento:** El **Asegurado** tendrá derecho a no aceptar las propuestas terapéuticas.

## Cláusula Vigésimo Segunda: Agravación del Riesgo

De acuerdo con lo establecido en el artículo 52 de la Ley sobre el **Contrato Seguro**, el **Asegurado** deberá comunicarnos las agravaciones esenciales que tenga(n) su(s) riesgo(s) durante la vigencia de la **Póliza**, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que las conozca. Si el **Asegurado** omite o provoca alguna agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de **Auna Seguros** en lo sucesivo.

Para efectos de la presente cláusula se entenderá siempre:

i. Que la agravación esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación del riesgo, de tal suerte que la institución habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el **Contrato** hubiera conocido una agravación análoga.
ii. Que el **Asegurado** conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del **Asegurado**, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del **Seguro**." (Artículo 53 de la Ley sobre el **Contrato Seguro**).

En relación con lo anterior, **Auna Seguros** no podrá librarse de sus obligaciones cuando el incumplimiento del aviso de agravación del riesgo no tenga influencia sobre el **Siniestro** o sobre la extensión de sus prestaciones (Artículo 55 de la Ley Sobre el **Contrato Seguro**).

"En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el **Asegurado** perderá las **Primas** anticipadas" (Artículo 60 de la Ley Sobre el **Contrato Seguro**).
Las obligaciones de **Auna Seguros** quedarán extinguidas si demuestra que el **Asegurado**, con el fin de hacerla incurrir en error, disimula o declara inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el **Siniestro**. (Artículo 70 de la Ley sobre el **Contrato Seguro**).

En caso de que, en el presente o en el futuro, el **Asegurado** o su **Beneficiario** realice o se relacione con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de **Auna Seguros**, si el **Asegurado** o su **Beneficiario**, en los términos del artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y el Acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de **Seguros**, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano, o si el nombre de los **Asegurados** o su **Beneficiario**, sus actividades, o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos del acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de **Seguros**.

En su caso, las obligaciones del **Contrato** serán restauradas una vez que **Auna Seguros** tenga conocimiento de que el nombre del **Asegurado** o del **Beneficiario** deje de encontrarse en las listas antes mencionadas; **Auna Seguros** considerará ante la autoridad jurisdiccional competente cualquier cantidad que, derivada de este **Contrato de Seguro,** pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

## IV. Primas

### Primas

El monto de la **Prima** que deberá pagar el **Contratante** a **Auna Seguros** por la **Póliza** de **Seguro** será la suma de las **Primas** correspondientes a cada uno de los **Asegurados**. La **Prima** vence al momento de la celebración del **Contrato Seguro**. El monto de la **Prima** se determinará de conformidad con las tarifas que se encuentren vigentes a la fecha de celebración del **Contrato Seguro**.

El pago de la **Prima** se realizará indistintamente:

i. a través de nuestros agentes o corredores de **Seguros**
ii. mediante transferencia electrónica de fondos o depósito en cuenta bancaria
iii. Cargo a tarjeta de crédito o débito

En caso de realizarse el pago por esta vía, es de señalarse, de manera enunciativa, mas no limitativa, que el estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de la transacción, en donde aparezca dicho cargo y la fecha de pago, hará prueba plena del pago, hasta en tanto la institución entregue el comprobante de pago correspondiente.
Si el **Contratante** omite dicha obligación, el **Contrato Seguro** cesará sus efectos una vez transcurrido el **Periodo de Gracia** descrito en el presente capítulo.

### Forma de Pago

La **Prima** se calculará en forma anual o mensual mediante un único pago. No obstante, el **Contratante** podrá convenir con **Auna Seguros** el pago fraccionado de la **Prima**, siempre y cuando se realice por períodos de igual duración no inferiores a un mes, que vencerán y deberán ser pagados al inicio de cada periodo que comprenda. En caso de que el **Contratante** opte por pagar de manera fraccionada la **Prima**, **Auna Seguros** podrá aplicar un recargo por este concepto.

## Periodo de Gracia

Es el plazo que **Auna Seguros** otorga al **Contratante** para cubrir el monto de la **Prima**, dentro del cual se brinda protección por el presente **Contrato de Seguro**, aun cuando no se hubiere pagado la **Prima** correspondiente dentro de este plazo. El **Periodo de Gracia** se especificará en el **Endoso** correspondiente. **Auna Seguros** podrá optar por utilizar el proceso de **Reembolso** durante este periodo, por **Endoso**.

Transcurrido dicho periodo pactado por las Partes, y no habiendo sido pagada la **Prima** o la Fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del **Contrato de Seguro** cesarán automáticamente a las 12 (doce) horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

## Rehabilitación

La **Póliza** de **Seguro** podrá ser rehabilitada, en los términos contratados inicialmente; sin embargo, lo estipulado en la sección denominada **Primas** y **Periodo de Gracia**, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes al último día del **Periodo de Gracia**, pagando la **Prima** anual o mensual fijada en **Contrato Seguro**. No obstante, dicho pago deberá cubrir la totalidad de las **Primas** vencidas.

**Auna Seguros** podrá otorgar la **Rehabilitación** respetando la vigencia originalmente pactada. Para que esta **Rehabilitación** surta efecto, es necesario que el **Contratante** pague la(s) **Prima**(S) pendientes. La presente **Póliza** se rehabilitará desde las doce (12) horas de la fecha de pago.

En ningún caso, **Auna Seguros** cubrirá **siniestros** ocurridos durante el periodo del descubierto y complicaciones detectadas durante este periodo.

## V. Pago De Reclamaciones

### Sistema de Pago de Reclamaciones

**Auna Seguros** podrá cubrir los gastos derivados de las reclamaciones en cualquiera de las formas establecidas a continuación:

### A. Pago Directo a Red de Proveedores

Es el beneficio mediante el cual **Auna Seguros** pagará directamente a los proveedores, permitiendo agilizar y facilitar el proceso de atención médica, permitiendo que el proveedor de servicios de salud reciba el pago directamente de **Auna Seguros**, sin que el **Asegurado** tenga que realizar un desembolso inicial, salvo el **Deducible** y/o **Copago o Coaseguro** correspondiente.

Será procedente siempre que el **Asegurado Titular** y sus **Dependientes Económicos sean** sean atendidos por proveedores participantes de nuestra **Red de Proveedores**, que la **Póliza** se encuentre vigente en la fecha en la que se otorgó el servicio y que los gastos médicos sean derivados de un padecimiento oncológico cubierto. Sin que por ello **Auna Seguros** quede obligado a realizarlo cuando la **Póliza** se encuentre en **Periodo de Gracia**.

### Emergencia Oncológica

En caso de que el **Asegurado** tenga conocimiento de la ocurrencia del **Siniestro**, se establece como obligación informar de inmediato y como un máximo en setenta y dos horas (72 horas) a **Auna Seguros** sobre cualquier **Siniestro** del cual tenga conocimiento. El **Asegurado** deberá seguir los siguientes pasos:

1. Notificar a **Auna Seguros** del ingreso al hospital a través del Centro de Contacto a los teléfonos 55 4628 2551 y/o correos electrónicos **oncosalud.mx@auna.org** o bien con el Ejecutivo de apoyo a los teléfonos 56 5929 3596 y/o correo electrónico **gestion.medica.mx@auna.org** y **pacientes.oncomex@auna.org.**

2. Que el motivo de la atención médica sea derivado de una enfermedad o emergencia oncológica y sea un paciente oncológico de la **Póliza**.
3. Es requisito que la **Póliza** esté vigente.
4. Es necesario que el **Asegurado** reciba atención médica o quirúrgica con médicos y hospitales de la red médica contratada.
5. Si el **Asegurado** se encuentra recibiendo atención médica oncológica fuera de red y se sustenta la emergencia, **Auna Seguros** buscará negociar con el proveedor; cuando no sea posible establecer el **Pago Directo** al proveedor, **Auna Seguros** evaluará el **Siniestro** y, en caso de ser procedente, entregará una carta de pre-autorización para que el **Asegurado** ingrese posteriormente los gastos médicos por **Reembolso**, los cuales, una vez evaluados y se determine procedencia, sean pagados conforme a tabulador de la **Póliza**. Dicho tabulador, que aplicará solo en caso de **Reembolso** , se le hará llegar al **Asegurado** por correo electrónico al requerirlo a la línea telefónica 55 4628 2551 y/o correo electrónico **gestion.medica.mx@auna.org** y **pacientes.oncomex@auna.org.**
6. Los gastos procedentes a través de **Reembolso** solo serán los directamente relacionados con la emergencia oncológica.

## Programación de Servicios

La programación de servicios médicos permite coordinar y organizar de manera eficiente los procedimientos médicos para lograr una atención oportuna y de calidad a los **Asegurados**.

Este beneficio se extiende a la programación de servicios oncológicos como cirugías, tratamientos médicos, medicamentos de alta especialidad, estudios especializados o cualquier otro procedimiento que requiera autorización de **Auna Seguros**, los cuales se otorgarán al **Asegurado** siempre y cuando cumpla con lo siguiente:

1. La **Póliza** esté vigente.
2. El **Asegurado** reciba el servicio, atención médica o quirúrgica con los médicos, hospitales y/o proveedores de la red médica contratada.
3. **Auna Seguros** reciba al correo **gestion.medica.mx@auna.org** o **pacientes.oncomex@auna.org** con al menos cinco (5) días hábiles de anticipación a la fecha de admisión al hospital o fecha de servicio, los siguientes documentos:
   • Informe médico programando los servicios
   • Aviso de enfermedad
   • Resultado de los estudios de diagnóstico practicados (laboratorios, gabinetes, resultados de biopsias, etc.) o cualquier otro estudio requerido para la confirmación del diagnóstico.
4. El Ejecutivo de apoyo se pondrá en contacto con el **Asegurado** para comunicarle el estatus de su programación, que puede consistir en:
   • **Carta Garantía** autorizando los servicios.
   • Carta de Solicitud de información adicional.
   • Carta de rechazo o de improcedencia. En el caso de que la atención no cumpla con los requisitos médicos y administrativos, el Ejecutivo de apoyo proporcionará una carta de rechazo explicando los motivos correspondientes.

5. Basándonos en su diagnóstico oncológico, se le brindarán servicios de asesoría médica y administrativa mediante la colaboración de un Enfermero(a) guía o un Ejecutivo de apoyo.
6. Es necesario notificar su ingreso hospitalario a la línea telefónica 55 4628 2551, y/o correo electrónico **gestion.medica.mx@auna.org** o **pacientes.oncomex@auna.org** del Ejecutivo de apoyo para:

- Brindarle apoyo médico y administrativo durante su estancia hospitalaria.
- Designar a un familiar responsable. El familiar responsable proporcionará actualizaciones sobre el estado de salud del **Asegurado**, mientras que el equipo de **Auna Seguros** se comunicará con este familiar para informar sobre cualquier cambio en la **Cobertura** o el tratamiento.

Al momento de entregar la **Póliza** de **Seguro** al **Contratante**, **Auna Seguros** proporcionará una copia de la **Red de Proveedores**, con los nombres, o informará al cliente que podrá consultarlo en la página web **www.aunaseguros.com.mx** o en la App móvil **Auna Seguros MX** o llamando al centro de contacto de **Auna Seguros** 55 4628 2551; las actualizaciones de este podrán ser consultadas en la página web **www.aunaseguros.com.mx.**

## B. Reembolso

Únicamente podrá solicitar el **Reembolso** a **Auna Seguros** en aquellos casos de **Emergencias Oncológicas** en los que la **Red de Proveedores** de **Auna Seguros** encuentre imposibilitada para brindarle los servicios previstos bajo la **Póliza** de **Seguro**, y siempre y cuando se acredite

i. Saturación
ii. Falta de disponibilidad del servicio
iii. Error de diagnóstico
iv. Coordinación de beneficios con otros seguros

Siempre que el **Asegurado** sea un paciente oncológico y se le haya presentado una emergencia oncológica bajo cualquiera de los supuestos antes mencionados, **Auna Seguros** únicamente reembolsará aquellos tratamientos que se consideren necesarios, directamente relacionados con el tratamiento de la emergencia oncológica y sujetos a los límites máximos de **Reembolso** determinados por **Auna Seguros**. Es decir, que **Auna Seguros** no reembolsará ningún tratamiento que no se considere necesario y directamente relacionado con la emergencia oncológica.

Este sistema aplica cuando el **Asegurado** ha pagado directamente a los proveedores de servicios médicos para cubrir gastos originados por una emergencia y/o enfermedad oncológica sustentadas y que cumplan con los siguientes criterios:

1. La **Póliza** esté vigente al momento de ocurrir el **Siniestro** reclamado.
2. Siempre que se sustente médicamente que la emergencia médica ha sido derivada de una enfermedad oncológica cubierta por la **Póliza** y que el **Asegurado** sea un paciente oncológico dentro de la **Póliza**.
3. Confirmación médica de que se trata de una emergencia oncológica con proveedores fuera de red y que se confirme que, por el estado de salud y la insuficiencia de red y/o distancia geográfica, no sea posible acudir con la **Red de Proveedores** y cuente con carta de pre-autorización, como excepción, por parte de **Auna Seguros**.
4. Se confirme que no existía disponibilidad en la **Red de Proveedores** al momento de la emergencia oncológica.
1. Existencia de la confirmación de un error diagnóstico por parte de alguna **Red de Proveedores,** previa autorización de **Auna Seguros.**

Para procesar su **Reembolso**, el **Asegurado** deberá realizar los siguientes pasos:

1. Presentar la documentación de su **Reembolso** al correo electrónico **gestion.medica.mx@auna.mx** o **pacientes.oncomex@auna.org.** Si tiene duda sobre este proceso, debe llamar al Centro de Contacto 55 4628 2551.
2. Presentar facturas en PDF y XML a nombre del **Titular** de la **Póliza** del hospital y de honorarios médicos, receta médica, resultado de estudios de laboratorio y gabinete.
3. Las facturas deben cumplir con los requisitos fiscales; en ningún caso es posible reembolsar gastos que no estén a nombre del **Titular** de la **Póliza** e incluyan el nombre del **Asegurado** afectado.
4. Los formularios de aviso de enfermedad e informe médico deberán estar requisitados y firmados por el **Titular**, **Asegurado** afectado y médico tratante, quien debe asegurarse de proporcionar toda la información médica requerida. Es importante señalar que estos documentos no serán válidos si presentan tachaduras o enmendaduras, y cualquier modificación posterior a la declaración inicial no será aceptada.
5. Cuando se trate de una atención médica donde participaron diferentes especialistas para un mismo tratamiento médico o cirugía, será necesario un informe médico de cada uno de ellos por separado. Estos Informes médicos individuales deberán presentarse al solicitar el **Reembolso**.
6. Adjuntar el formato de transferencia y estado de cuenta bancario no mayor a 90 días a nombre del **Titular**, que permita identificar la institución bancaria, la cuenta clave, nombre del **Titular** de la cuenta.

7. Identificación oficial vigente (pasaporte, INE).
8. Comprobante de domicilio (luz, agua, predial).
9. **Auna Seguros** podrá solicitar historia clínica y/o expediente clínico hospitalario si así lo considera necesario.
10. **Auna Seguros** analizará y dictaminará su **Reembolso**. Los gastos procedentes solo serán los directamente relacionados con la emergencia oncológica y el pago será conforme al tabulador del plan contratado en un plazo de siete (7) a diez (10) días hábiles, contando con la información completa. Dicho tabulador, que aplicará solo en caso de **Reembolso**, se le hará llegar al **Asegurado** por correo electrónico al requerirlo a la línea telefónica 55 4628 2551 y/o correo electrónico **gestion.medica.mx@auna.org** o **pacientes.oncomex@auna.org.**
11. En caso de que se requiera más información o se rechace el **Reembolso**, el Ejecutivo de apoyo proporcionará:
    a) Carta de **Solicitud** de información adicional.
    b) Carta de Rechazo o de improcedencia explicando los motivos correspondientes.
12. Si el **Reembolso** es procedente, **Auna Seguros** realizará la transferencia a la cuenta bancaria del **Titular** registrada o enviada en el **Reembolso**, y enviará el finiquito al correo electrónico del **Titular**.

## Requisitos para el Pago De Honorarios Médicos

**Auna Seguros** únicamente pagará los honorarios de médicos titulados legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión. **Auna Seguros** no cubrirá los honorarios de médicos que sean familiares, ascendientes o descendientes del **Asegurado** sin limitación de grado y hasta el cuarto grado colateral.

### Cuantía de la Indemnización

Las cantidades que **Auna Seguros** pagará se determinarán de la siguiente manera:

i. Se sumarán todos los gastos de los tratamientos o procedimientos, ajustándolos a los límites establecidos en la **Póliza** de **Seguro** y/o **Endosos**.
ii. El **Asegurado** deberá pagar el importe de **Deducible** en caso de que así se señale en la **Carátula de la Póliza**, al momento de incurrencia de su primer diagnóstico oncológico, a fin de acceder a sus **Coberturas** oncológicas de acuerdo con el plan contratado. Este **Deducible** es único; el **Asegurado** no deberá pagarlo nuevamente con la renovación de su **Póliza** o ante la incurrencia de un segundo diagnóstico oncológico.
iii. A la cantidad resultante se le descontará el **Copago o Coaseguro** en caso de que el plan así lo incluya (si es que no ha sido descontado previamente algún personal de salud de la **Red de Proveedores**), de acuerdo con el monto y el porcentaje establecidos en la **Carátula de la Póliza** y/o **Folleto Explicativo**; **Auna Seguros** cubrirá la diferencia hasta agotar el **Límite Anual** y que se especifique en el **Endoso** correspondiente.
iv. El pago que **Auna Seguros** realice al **Asegurado**, por haberse atendido con algún personal de salud fuera de la **Red de Proveedores**, no podrá exceder de los tabuladores máximos determinados por **Auna Seguros**. Dicho tabulador, que aplicará solo en caso de **Reembolso** , se le hará llegar al **Asegurado** por correo electrónico al requerirlo a la línea telefónica 55 4628 2551 y/o correo electrónico **gestion.medica.mx@auna.org** o **pacientes.oncomex@auna.org.**
v. El **Límite Anual** contratados durante la vigencia de la **Póliza** de **Seguro** corresponderá al especificado en la **Carátula de la Póliza** y/o **Folleto Explicativo**.

### Participación del Asegurado en una Reclamación

En caso de **Reclamación** derivada de la prestación de los tratamientos, el **Asegurado** pagará directamente el **Copago o Coaseguro** y/o **Deducible**, cuyo monto y porcentajes se especifican en la **Carátula de la Póliza** y/o en el **Folleto Explicativo**, conforme a los términos y condiciones establecidos en la **Póliza** de **Seguro**.

## Vi. Movimientos De Asegurados.

### Altas

Las personas que ingresen a la **Colectividad Asegurada** con posterioridad a la celebración del **Contrato** y que hayan dado su consentimiento para ser **Asegurados** dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la **Póliza**, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la **Colectividad Asegurada** de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la **Colectividad Asegurada** con posterioridad a la celebración del **Contrato** y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que

hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, **Auna Seguros,** dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlos; si no lo hace, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la **Póliza**.

Cuando **Auna Seguros** exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos, para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona; de no hacerlo, se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la **Póliza**.

Cuando se incluya al cónyuge o concubina(o) del **Asegurado** y este contraiga matrimonio durante la vigencia de este **Contrato**, el cónyuge quedará cubierto a partir de la fecha del matrimonio civil, siempre y cuando el **Contratante** lo notifique a **Auna Seguros** por escrito dentro de los 30 días siguientes a la fecha de dicho matrimonio, debiendo adjuntar; el acta de matrimonio respectiva. De no haberse hecho así, su inclusión quedará condicionada a la aceptación previa de **Auna Seguros** y su **Cobertura** dará inicio hasta que sea dado de alta dentro de la **Póliza**.

Solo se cubrirán, sin necesidad de pruebas médicas y desde el momento del nacimiento, a los hijos del **Asegurado** que nazcan dentro de la vigencia de la **Póliza**, y además que la madre esté asegurada en **Auna Seguros** y tenga al menos 10 meses cumplidos, en forma continua o desde la última **Rehabilitación**, con el plan al momento del nacimiento y el trámite se realice en los primeros 30 días naturales siguientes a la fecha del nacimiento.

Cuando se adicionen familiares y **Dependientes Económicos**, se deberán respetar las condiciones de Edad y las reglas que se determinen en conjunto con el **Contratante** para la aceptación.

Para determinar la calidad de dependiente económico se estará a lo manifestado por el **Contratante**.

**Auna Seguros** aceptará el ingreso a esta **Póliza** a personas a partir del primer día de nacidas y hasta el límite de edad conforme a lo establecido.

## Bajas

En caso de bajas de **Asegurados**, el **Contratante** deberá dar aviso por escrito a **Auna Seguros** con al menos 5 días hábiles de anticipación a la fecha de vencimiento de la siguiente parcialidad o renovación.
De haber pagos anuales, semestrales o trimestrales, se podrá devolver la **Prima Neta No Devengada**, en el caso de que la **Póliza** no haya presentado **Siniestro** o **Reclamación** alguna, ya que, de haber estos eventos, se considerará que se ha devengado la **Prima** en su totalidad. En caso de ser procedente la devolución, el monto que se entregue al **Contratante** será el importe de la **Prima Neta No Devengada** menos los gastos administrativos aplicables.

La **Solicitud** de devolución deberá ser mediante un aviso por escrito firmado por el **Contratante** y/o Representante Legal, al cual se le adicionará copia de la identificación oficial, datos de contacto como son: teléfono, correo electrónico y domicilio.

Una vez resuelto procedente, **Auna Seguros** avisará por los medios de contacto al **Contratante** para que proporcione la cuenta bancaria del **Contratante** y se adjunte copia de su estado de cuenta, para que en un plazo de treinta (30) días naturales de la resolución se haga el pago correspondiente.

La baja del **Asegurado** en la **Póliza** será efectiva a partir de la fecha en que el **Contratante** haya solicitado la baja del **Asegurado** de la **Póliza** por escrito a **Auna Seguros**.

Causarán baja de este **Contrato** aquellas personas que hayan dejado de pertenecer a la **Colectividad Asegurada**, así como sus **Dependientes Económicos**, para lo cual el **Contratante** se obliga a notificarlo a **Auna Seguros** por escrito y firmado por el mismo dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la separación de la colectividad, entendiéndose que los beneficios del **Seguro** para estas personas cesarán a partir del momento de la separación. Cualquier pago realizado indebidamente por parte de **Auna Seguros** a causa de omisión o negligencia en el aviso antes indicado por parte del **Contratante**, obliga a este a reintegrar dicho pago a **Auna Seguros**.
En caso de que el **Asegurado** no cubra al **Contratante** la parte de la **Prima** a que se obligó, este podrá solicitar a **Auna Seguros** su baja de la **Colectividad Asegurada**.

## VII. Protección De Datos Personales En Posesión De Particulares

**Auna Seguros** pone a disposición del **Contratante** y de los **Asegurados** su Aviso de Privacidad en los términos de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, el cual podrá ser consultado en la página web: **www.aunaseguros.com.mx** en el apartado de "Políticas de Privacidad". Asimismo, **Auna Seguros** hace de su conocimiento que cuenta con políticas y mecanismos de seguridad para asegurar la protección de los datos personales y sensibles.

## VIII. Para Atención al Asegurado y Acceso a la Unidad Especializada de Consultas y Reclamos

En caso de inconformidad con el tratamiento del **Siniestro**, el **Asegurado** puede presentar una **Reclamación** ante **Auna Seguros** por medio de la Unidad de Atención Especializada (UNE), o acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en cualquiera de sus oficinas.

**A. En caso de quejas canalizadas a través de la UNE:**

1. El **Asegurado** o **Contratante** deberá acudir ante el **Titular** de la Unidad Especializada en Atención de Consultas y Reclamaciones de la **Aseguradora**, o ante cualquiera de sus encargados en la oficina de lunes a viernes de 09:00 a 16:00 horas en 55 4628 2551, Ciudad de México.
2. Dicha **Reclamación** deberá realizarse por escrito o de forma verbal, de acuerdo con los medios de comunicación detallados.
3. La **Aseguradora**, a través del **Titular** de su Unidad Especializada en Atención de Consultas y Reclamaciones, deberá dar respuesta por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la fecha de recepción de la queja.

### Unidad Especializada de Consultas y Reclamos

**Centro de Contacto:** Ciudad de México, 55 4628 2551
De lunes a viernes de 09:00 a 18:00 horas. Atención de **Emergencias Oncológicas** las 24 horas.
**Correo Electrónico: oncosalud.mx@auna.org**
**Página Web: www.aunaseguros.com.mx**
La atención también será brindada en nuestras oficinas de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas en Insurgentes Sur 1458, pisos 19 y 20, Col. Actipan, Benito Juárez, C.P. 03230, Ciudad de México.
"Datos de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF): Avenida Insurgentes Sur, número 762, Colonia Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100, Teléfono: (55)53400999 y (01800) 999 8080, Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx"

### CONDUSEF

**Teléfonos:**
**En el Territorio Nacional:** 01 800 999 8080
**En la Ciudad de México:** (55) 53 40 0999
**Dirección:** Av. Insurgentes Sur No. 762, Col. Del Valle, C.P. 03100, CDMX
**Sitio web:** www.condusef.gob.mx
Para consultar las oficinas de atención en el resto del país, ver www.condusef.gob.mx/index.php/oficinas-de-atención
Registro electrónico de comentarios: asesoria@condusef.gob.mx

## IX. Anexo De Transcripción De Artículos Referidos En El Contrato Seguro

**Auna Seguros** pone a disposición del **Contratante** y de los **Asegurados** el anexo de transcripción de los artículos citados en el **Contrato de Seguro**, los mismos que podrán ser consultados en la siguiente página web de **Auna Seguros www.aunaseguros.com.mx**

## X. Coberturas

Quedan amparadas las **Coberturas** y servicios con sus alcances y limitaciones del beneficio que a continuación se menciona.

Los tipos de **Cáncer** que se cubran podrán variar de acuerdo con los especificados en la **Carátula de la Póliza**.

Se podrá cubrir todo tipo de **Cáncer** o cierto tipo de **Cánceres;** a continuación, se enumeran los distintos tipos de **Cáncer** del plan contratado:

### 1. Cobertura Básica

| Nombre del Plan Contratado |
|---|
| **Tipo de Cáncer cubierto** |
| Bronquios, Pulmón y Tráquea |
| Bucal, Labio y Faringe |
| Colon |
| Encéfalo/Cerebral (Sistema Central) |
| Esófago |
| Estómago |
| Genital Femenino |
| Genital Masculino |
| Hígado, Vías Biliares Intrahepáticas |
| Huesos y Cartílagos Articulares |
| Laringe |
| Linfático/Inmune |
| Mama |
| Ocular/Ojo/Oído |
| Otros no especifico |
| Páncreas |
| Piel |
| Próstata |
| Recto/Anal |

| |
|---|
| Sistema Digestivo |
| Sistema Respiratorio/Intratorácicos/Corazón |
| Tejidos |
| Tiroides/Endocrinas |
| Urinario |
| Útero |

### 1.1. Cobertura De Diagnóstico

A suministrar exclusivamente a través de la **Red de Proveedores**. El otorgamiento de estas **Coberturas** dependerá de la debida programación, autorización previa y disposición del servicio.

**Fase Diagnóstica Ambulatoria:** Ante alta sospecha de **Cáncer**, solicitado exclusivamente por un profesional médico especialista en oncología, sustentada debidamente en estudios de imágenes, laboratorio y procedimientos, y en concordancia con las recomendaciones del Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (National Institute for Health and Care Excellence - NICE) www.nice.org.uk/guidance/ng12/chapter/1-Recommendations-organised-by-site-of-cancer, se otorgará este beneficio para cubrir las Prestaciones Médicas Ambulatorias (consultas, honorarios profesionales, procedimientos y cirugía ambulatoria, así como los exámenes de laboratorio, imágenes y patología) necesarias para obtener la biopsia y estudio de anatomía patológica para establecer un diagnóstico definitivo que confirme la sospecha de **Cáncer**.

En caso de que el informe anatomopatológico postquirúrgico determine que se trata de una enfermedad no oncológica, el total de gastos incurridos será asumido por el **Asegurado**.

## Prestaciones Médicas Ambulatorias Cubiertas

A. **Honorarios profesionales** por consulta o teleconsulta y/o procedimientos quirúrgicos ambulatorios.
B. **Medicamentos oncológicos para quimioterapia** y/o terapia modificadora de la respuesta biológica o blanco dirigida y otros específicos contra el desarrollo del **Cáncer** y limitado a los medicamentos conforme a preferencias institucionales y perfil del paciente
C. **Medicamentos, materiales e insumos no oncológicos** incluyendo: catéteres permanentes, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos, relacionados con el tratamiento de la enfermedad oncológica.
D. **Exámenes de laboratorio** relacionados con el control y seguimiento del tratamiento de la patología oncológica.
E. **Exámenes histopatológicos postquirúrgicos,** incluyendo exámenes de inmunohistoquímica para clasificación o tipificación.
F. **Estudios de imágenes,** tales como ecografías, rayos X, tomografía computarizada y resonancia magnética.
G. **Estudios de medicina nuclear,** tales como gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela y tomografía por emisión de positrones (PET-CT). Siempre que sea indicado por el médico asignado por la **Red de Proveedores**, autorizado por **Auna Seguros**, y que cumpla con los criterios de pertinencia mencionados en el presente **Contrato Seguro**.
H. **Procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos de quimioterapia y radioterapia,** incluyendo salas de quimioterapia, operaciones y de recuperación.

**Fase Diagnóstica Hospitalaria (Cirugía Diagnóstica):** En casos de alta sospecha de neoplasia maligna en tumores primarios de encéfalo, páncreas, ovario, riñón y testículo, en los que por la ubicación no es factible realizar la biopsia previa o diagnóstico definitivo ambulatorio, y es necesario realizar el procedimiento quirúrgico de diagnóstico definitivo, se otorgará este beneficio para cubrir las Prestaciones Médicas Hospitalarias Quirúrgicas con la **Red de Proveedores**, condicionándola al resultado del informe anátomo patológico post quirúrgico que confirme la enfermedad oncológica, otorgándose, según las características señaladas en la **Póliza**.

En caso de que el informe **anátomo patológico post quirúrgico** determine que se trata de una enfermedad no oncológica, el total de gastos incurridos será asumido por el **Asegurado**.

### Prestaciones Médicas Hospitalarias Quirúrgicas Cubiertas

A. **Honorarios profesionales** por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia.
B. **Hotelería:** Aplica para habitación individual o bipersonal estándar, según disponibilidad.
C. **Medicamentos oncológicos para quimioterapia** y/o terapia modificadora de la respuesta biológica o blanco dirigida y otros específicos contra el desarrollo del **Cáncer** y limitado a los medicamentos conforme a preferencias institucionales y perfil del paciente
D. **Medicamentos, materiales e insumos no oncológicos,** incluyendo: catéteres permanentes, líneas de infusión, mallas marlex, grapas, oxígeno y anestésicos, relacionados con el tratamiento de la enfermedad oncológica.
E. **Exámenes de laboratorio** relacionados con el control y seguimiento del tratamiento de la patología oncológica.
F. **Exámenes histopatológicos postquirúrgicos,** incluyendo exámenes de inmunohistoquímica para clasificación o tipificación.
G. **Estudios de imágenes,** tales como ecografías, rayos X, tomografía computarizada y resonancia magnética.
H. **Estudios de medicina nuclear,** tales como: gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela, tomografía por emisión de positrones (PET-scan).
I. **Procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos,** quimioterapia y radioterapia, incluyendo salas de quimioterapia, operaciones y de recuperación.
J. **Nutrición Parenteral Total:** Únicamente para pacientes hospitalizados con complicaciones entéricas por radioterapia y/o quimioterapia, o sometidos a cirugía oncológica de cabeza y cuello, esófago, estómago o entéricas, así como fístulas digestivas que impidan la alimentación enteral del paciente.
K. **Nutrición Enteral:** Únicamente para pacientes hospitalizados que por causa oncológica no pueden ingerir alimentos a través de la vía oral, y solo para tumores localizados de cabeza y cuello, esófago y estómago, no extendidos en otras áreas regionales.

El proveedor hospitalario podrá solicitar un depósito al **Asegurado** al ingreso hospitalario, lo anterior independientemente de si cuenta con **Carta Garantía de Auna Seguros**. Dicho depósito cubre el pago de gastos personales o no cubiertos por **Auna Seguros** y, al egreso hospitalario, el proveedor realizará el descuento de los gastos no cubiertos o bien realizará la devolución correspondiente.

Si una vez definida el alta hospitalaria por el médico tratante y/o Junta Médica, el paciente hospitalizado con o sin **Estado Terminal** no concretara el alta o regreso a su domicilio, por motivos particulares (disponibilidad de cuidador, falta de adecuación de infraestructura u otros), **los gastos de hospitalización generados desde la fecha programada de alta serán asumidos como gastos no cubiertos y deberán ser pagados por el Asegurado a favor de Auna Seguros.**

## Procedimiento para Uso de la Cobertura de Diagnóstico

Es requisito que la **Póliza** esté vigente para hacer uso de la **Cobertura** de Diagnóstico. El proceso se diferencia según la procedencia de la sospecha oncológica inicial, de la siguiente manera:

Resultados de estudios practicados a través de la **Red de Proveedores:** Si mediante consultas y/o estudios realizados a través de la **Red de Proveedores** indican sospecha oncológica, el médico tratante oncólogo de la **Red de Proveedores** enviará al Ejecutivo de apoyo a través del correo electrónico: **gestion.medica.mx@auna.org** los resultados del chequeo (estudios e informe médico) solicitando la autorización para realizar nuevos estudios y/o procedimientos adicionales que permitan confirmar o descartar el diagnóstico.

**Auna Seguros** evaluará la solicitud de autorización enviada por el médico tratante oncólogo para realizar nuevos estudios y/o procedimientos adicionales y determinará si se sustenta el requerimiento de estos para descartar enfermedad oncológica. La autorización estará basada en el sustento médico, en el cumplimiento de los protocolos de **Auna Seguros** y las condiciones generales de la **Póliza**.

- **Autorización: Auna Seguros** entregará **Carta Garantía** enviándola al correo electrónico del **Asegurado** y a los **Proveedores de Red**. El Enfermero(a) guía coordinará las citas con los **Proveedores de Red** correspondientes. **Auna Seguros** especificará en dicha carta si se trata de una Fase Diagnóstica ambulatoria u hospitalaria. Ambas etapas deben realizarse con **Proveedores de Red**.
- **Declinación: Auna Seguros** entregará una carta de rechazo y se enviará al correo electrónico del **Asegurado** y al médico tratante oncólogo que solicitó los nuevos estudios, detallando los motivos del rechazo.

El **Asegurado** se realizará los estudios autorizados en la **Carta Garantía** y el Enfermero(a) guía coordinará una nueva cita con el médico tratante oncólogo de la **Red de Proveedores** para que realice la interpretación de estos y le informe del resultado de sus estudios.

- **Ausencia de enfermedad oncológica:** En caso de no confirmarse enfermedad oncológica, el médico tratante oncólogo y **Auna Seguros** informarán al **Asegurado** sobre su estado de salud actual y realizarán recomendaciones de prevención oncológica.
- **Confirmación de Enfermedad Oncológica:** En caso de confirmarse una enfermedad oncológica en cualquier Fase Diagnóstica ambulatoria u hospitalaria, y ser procedente según la Póliza, Auna Seguros autorizará al paciente oncológico para iniciar el tratamiento correspondiente, canalizando para hacer uso de la Cobertura de Tratamiento Oncológico, de acuerdo con las condiciones generales de la Póliza.

****Importante: Si no se tiene el diagnóstico de anatomía patológica, pero el médico tratante oncológico ha indicado la alta sospecha de una neoplasia maligna (inclusive en órganos no biopsiables como cerebro, páncreas, riñón, ovario o testículo), se podrá hacer uso de la Cobertura de Diagnóstico.**

### Resultados de estudios practicados fuera de la Red de Proveedores:

**Auna Seguros** no podrá aceptar estudios de laboratorio y/o gabinete, resultados de procedimientos ni cualquier otra información médica que provenga de proveedores fuera de la **Red de Proveedores** como válidos para aprobar el diagnóstico ni brindar ninguna **Cobertura** de esta **Póliza; para ello el Asegurado Cuenta con las Coberturas de Diagnóstico**.

Si el **Asegurado** es referido por un médico fuera de la **Red de Proveedores** o bien cuenta con estudios realizados con proveedores fuera de la **Red de Proveedores** con sospecha oncológica, procederá lo siguiente:

• **Auna Seguros** solicitará al **Asegurado** el envío de dichos estudios y la información médica con la que cuente al correo electrónico: **gestion.medica.mx@auna.org**.
• **Auna Seguros** identificará si en los resultados de los estudios enviados o en la información médica existe sospecha oncológica.

El Enfermero(a) guía coordinará una cita con un médico oncólogo de la **Red de Proveedores** y el **Asegurado**, para evaluar y determinar la repetición de estudios y/o se indiquen estudios adicionales dentro de la **Red de Proveedores**, lo anterior con base en los protocolos de **Auna Seguros** y estándares específicos de calidad que ofrece la **Red de Proveedores**:

**Derivado de la cita médica y tras la confirmación de la sospecha oncológica, el médico tratante oncólogo de la Red de Proveedores envía al Ejecutivo de apoyo, a través del correo electrónico: gestion.medica.mx@auna.org, los resultados de su evaluación y solicita autorización para repetir estudios, realizar nuevos estudios y/o procedimientos adicionales que permitan confirmar o descartar el diagnóstico.**

**Auna Seguros** evaluará la solicitud de autorización enviada por el médico tratante oncólogo para repetir estudios, realizar nuevos estudios y/o procedimientos adicionales y determinar si se sustenta el requerimiento de estos para descartar enfermedad oncológica. La autorización estará basada en el sustento médico, en el cumplimiento de los protocolos de **Auna Seguros** y las condiciones generales de la **Póliza**.

- **Autorización: Auna Seguros** entregará **Carta Garantía** enviándola al correo electrónico del **Asegurado** y a la **Red de Proveedores**. El Enfermero(a) guía coordinará las citas con la **Red de Proveedores** correspondientes. **Auna Seguros** especificará en dicha carta si se trata de una Fase Diagnóstica ambulatoria u hospitalaria. Ambas etapas deben realizarse con la **Red de Proveedores**.
- **Declinación: Auna Seguros** entregará una carta de rechazo y se enviará al correo electrónico del **Asegurado** y al médico tratante oncológico que solicitó los estudios, detallando los motivos del rechazo.

El **Asegurado** se realizará los estudios autorizados en la **Carta Garantía** y el Enfermero(a) guía coordinará una nueva cita con el médico tratante oncólogo de la **Red de Proveedores** para que realice la interpretación de estos y le informe del resultado de sus estudios.

- **Ausencia de enfermedad oncológica;** En caso de no confirmarse enfermedad oncológica, el médico tratante oncólogo y **Auna Seguros** informarán al **Asegurado** sobre su estado de salud actual y realizarán recomendaciones de prevención oncológica.

- **Confirmación de Enfermedad Oncológica:** En caso de confirmarse una enfermedad oncológica en cualquier Fase Diagnóstica ambulatoria u hospitalaria y ser procedente según las condiciones generales, **Auna Seguros** autorizará al paciente oncológico iniciar el tratamiento correspondiente, canalizando para hacer uso de la **Cobertura** de Tratamiento Oncológico, de acuerdo con las condiciones generales de la **Póliza**.

****Importante: Si no se tiene el diagnóstico de anatomía patológica, pero el médico tratante oncológico ha indicado la alta sospecha de una neoplasia maligna (inclusive en órganos no biopsiables como cerebro, páncreas, riñón, ovario o testículo), se podrá hacer uso de la Cobertura de Diagnóstico.**

## 1.2. Cobertura De Tratamiento Oncológico

A suministrar exclusivamente a través de la **Red de Proveedores**. El otorgamiento de esta **Cobertura** dependerá de la debida programación, autorización previa y disposición del servicio.

Honorarios profesionales: Remuneración o contraprestación al personal de salud relacionado con los servicios médicos brindados a los pacientes del programa oncológico, sean ambulatorios y hospitalarios, clínicos o quirúrgicos, siempre que sean brindados exclusivamente por los profesionales asignados por la **Red de Proveedores** y autorizados por **Auna Seguros**.

**Quimioterapia:** Tratamiento farmacológico cuyo objetivo es detener el crecimiento o multiplicación de las células cancerosas. Puede administrarse en forma ambulatoria u hospitalaria de acuerdo con el esquema de quimioterapia establecido por el profesional asignado por la **Red de Proveedores** y autorizado por **Auna Seguros**. Se cubren los medicamentos quimioterápicos convencionales, inclusive las vitaminas que formen parte del esquema de quimioterapia, los insumos necesarios para su administración (incluyendo catéteres y bombas de infusión), así como los servicios ambulatorios u hospitalarios.

**Radioterapia:** Uso de radiación de alta energía proveniente de los rayos X u otras fuentes disponibles en la **Red de Proveedores**, cuyo objetivo es destruir las células cancerosas en el área que recibe tratamiento y de esta forma controlar y reducir (según respuesta) el tamaño del tumor. La **Cobertura** incluye las siguientes técnicas de radioterapia: 3DRT (Radioterapia Tridimensional), VMAT (Arcoterapia Volumétrica de Intensidad Modulada), IMRT (Radioterapia de Intensidad Modulada), SRS (Radiocirugía Estereotáxica), SBRT (Radioterapia Estereotáxica Extra Cerebral), RIO (Radioterapia IntraOperatoria)*, Braquiterapia de Alta Tasa de Dosis;

siempre que sea indicado por el médico radioterapeuta asignado por la **Red de Proveedores** y autorizado por **Auna Seguros**, y cumpla con los criterios de pertinencia recomendados en las **Guías de Práctica Clínica** de la **Red de Proveedores**.
*Solo en Patología mamaria.

**Complicaciones ocasionadas por el tratamiento oncológico:** A través de este beneficio, cubrimos las complicaciones agudas detalladas a continuación:

• **Atención por complicaciones post-quimioterapia o terapia biológica:** Hasta por un plazo máximo de cuatro (04) semanas con relación a la fecha de realización de la quimioterapia: Intoxicación Gastrointestinal (mucositis oral, náuseas y vómitos persistentes y diarreas); Trastornos Hidroelectrolíticos; Hipercalcemia tumoral; Intoxicación Hematológica (anemia; trombocitopenia, pancitopenia, neutropenia); Intoxicación cutánea (eritema acral); Infecciones por Bacterias, Hongos y Virus; Neuropatía en tratamientos con fármacos de la familia de los platinos, taxanos y/o epotilomas.
• **Atención por complicaciones post-radioterapia:** Hasta por un plazo máximo de ocho (08) semanas con relación a la fecha de realización de la radioterapia: Epitelitis actínica, Proctitis actínica, Cistitis actínica, Mucositis oral, Esofagitis, Neumonitis y Eritema.

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

**Terapia modificadora de respuesta biológica o blanco dirigida:** Llamados también terapia biológica, terapia blanco dirigida o molecularmente dirigida o bioterapia. Incluye agentes de origen biológico, semisintéticos o sintéticos, tales como anticuerpos monoclonales, factores estimulantes de colonias, inhibidores de enzimas de kinasas y proteosomas, inmunoterapia, antiangiogénicos, inmunomoduladores, entre otras moléculas creadas o por crearse. Tales como y sin limitarse a:

A. **Anticuerpos monoclonales:** Anticuerpos homogéneos utilizados para bloquear las células tumorales o sus funciones internas con la intención de destruirlas de manera selectiva.
B. **Inhibidores de enzimas kinasas y proteosomas:** Moléculas que bloquean el funcionamiento de un conjunto de enzimas del tipo kinasa o proteosomas u otras, implicadas en activar la multiplicación celular, la cual está alterada en muchos tipos de tumores.
C. **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.
D. **Citocinas (Interferones e Interleucinas):** Proteínas de señalización celular producidas por los glóbulos blancos de la sangre que intervienen y regulan las reacciones inmunitarias, inflamación y la formación de algunos tipos de células, inhibiendo el crecimiento de células cancerosas o promoviendo su muerte o destrucción.
E. **Factor estimulante de colonias de células blancas (Filgrastim):** Moléculas que estimulan a las células de la médula ósea para que produzcan más células sanguíneas del sistema de defensa.

F. **Inmunomoduladores:** Sustancias que modulan el sistema inmunitario, potenciando la inmunidad celular e inhibiendo la producción de citocinas proinflamatorias y/o inhibiendo la formación de nuevos microvasos sanguíneos, logrando un efecto antineoplásico.

Siempre que sea indicado por el médico asignado por la **Red de Proveedores**, autorizado por **Auna Seguros**, y que cumpla con los criterios de pertinencia mencionados en el presente **Contrato Seguro**.

Asimismo, se cubren los insumos necesarios para su administración, incluyendo catéteres y bombas de infusión, así como los servicios ambulatorios u hospitalarios. **Coberturas** detalladas en el presente **Contrato Seguro**.

**Hormonoterapia farmacológica:** También llamado tratamiento hormonal o endocrino, con el cual, mediante la administración de algunos medicamentos, se modulan las hormonas del organismo (modificando su producción o sus efectos sobre determinadas células) para atenuar el crecimiento o reducir el riesgo de recurrencia de ciertos tumores y/o aliviar los síntomas del **Cáncer**.

Estos medicamentos se clasifican en:
- Hormonoterapia farmacológica convencional
- Hormonoterapia farmacológica compleja

**Albúmina humana:** Se cubrirá su administración, solo durante la atención hospitalaria, siempre que esté relacionada con el cuadro oncológico de fondo, previa evaluación y autorización de **Auna Seguros**, cumpliendo con los criterios de pertinencia.

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

**Estudios de medicina nuclear:** Estudios que usan sustancias radioactivas, llamadas también radiofármacos, para crear imágenes en base a la dinámica química del cuerpo, tales como: gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela. Se incluye en este beneficio el tratamiento con yodo radiactivo para **Cáncer** de tiroides.

**Tomografía por emisión de positrones (PET Scan):** Estudio de imágenes no invasivo que utiliza radio-isótopos emisores de positrones para generar imágenes moleculares del organismo. La **Cobertura** incluye el examen y la sustancia radioactiva FDG, siempre que sea indicado por el médico tratante asignado por la **Red de Proveedores** y autorizado por **Auna Seguros** y cumpla con los criterios de pertinencia recomendados en las **Guías de Práctica Clínica** de la **Red de Proveedores**.

**Transfusión sanguínea y hemoderivados (glóbulos rojos, plaquetas, plasma):** Se cubrirán las pruebas de tamizaje, procesamiento en banco de sangre, pruebas cruzadas y los insumos necesarios solo de la transfusión de aquellas unidades efectivamente transfundidas y que se encuentren registradas en la historia clínica, bajo indicación pertinente debidamente justificada.

**Nutrición Parenteral Total (NPT):** Alimentación endovenosa que se otorga únicamente durante la estancia hospitalaria hasta por un período máximo de tres (3) semanas, a pacientes con complicaciones entéricas por radioterapia y/o quimioterapia o sometidos a cirugía oncológica de cabeza y cuello, esófago y/o fístulas que impidan la alimentación enteral del paciente, siempre y cuando no tengan carcinomatosis y/o enfermedad metastásica sistémica. Se otorgará solo con autorización previa de **Auna Seguros** bajo indicación médica pertinente.

**Nutrición Enteral (NE):** Tipo de alimentación que, por medio de una sonda que va hacia el estómago o intestino, se proporcionan las dietas de alta absorción conteniendo los nutrientes necesarios para dar soporte, únicamente, al paciente hospitalizado que, por causa de la enfermedad oncológica, no puede ingerir los alimentos a través de vía oral. Se otorgará hasta por un periodo máximo de tres (3) semanas y solo durante la estancia hospitalaria, bajo la indicación médica pertinente, y solo para tumores localizados de cabeza y cuello, esófago y estómago, no extendidos en otras áreas regionales.

**Kit de colostomía o ileostomía:** Insumo y equipamiento otorgado a pacientes con colostomía o ileostomía por causa oncológica; dotación suministrada directamente al paciente hasta un máximo de treinta (30) bolsas mensuales. Incluye: pasta caralla, pinza, bolsas y pegamento. Así como educación al paciente y su familia para el autocuidado y mantenimiento de la colostomía.

**Trasplante de médula ósea histocompatible:** Se otorga en la **Red de Proveedores** específicamente autorizadas por **Auna Seguros** que cuenten con la licencia sanitaria correspondiente emitida por la Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios para realizar estos procedimientos y siempre que se encuentre médicamente indicado y

recomendado en las **Guías de Práctica Clínica** de la **Red de Proveedores**, cumpliendo todos los criterios médicos. El trasplante debe ser previamente autorizado por **Auna Seguros**, sustentado en la evaluación del comité de trasplantes.

Esta **Cobertura** incluye:

- Estudios de histocompatibilidad solo del **Asegurado** receptor.
- Pretrasplante solo del **Asegurado** receptor.
- Complicaciones agudas, subagudas y crónicas relacionadas con el trasplante, incluyendo la enfermedad injerta contra huésped.

**Sin embargo, no contempla lo siguiente:**

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

**Cirugía reconstructiva oncológica ante secuela mutilante:** Aplica para casos de cirugías por **Cáncer** de piel y tejidos blandos del sistema musculoesquelético, inclusive en cara y por amputación de extremidades (no incluye genitales), siempre y cuando dicho **Cáncer** se encuentre cubierto por el Plan Contratado, en el mismo acto operatorio extractivo. Previa autorización de **Auna Seguros**. Reconstrucción no cosmética de la solución de continuidad de la zona afectada. Para el caso de mamas, se aplicará el beneficio correspondiente a reconstrucción mamaria.

**Kit de urostomía:** Insumo y equipamiento a paciente con urostomía por causa oncológica; dotación suministrada directamente al paciente hasta un máximo de treinta (30) bolsas mensuales. Incluye: pasta caralla, pinza, bolsas y pegamento. Así como educación al paciente y su familia para el autocuidado y mantenimiento de la urostomía.

**Material de osteosíntesis:** Insumos quirúrgicos, tales como placas metálicas, clavos, tornillos, alambres y pines, que se utilizan en algunos casos de fracturas patológicas a consecuencia de metástasis ósea o **Cáncer** óseo para unir y/o fijar los fragmentos de un hueso fracturado para que pueda recuperarse. Esta **Cobertura** se brinda con indicación de cirugía, previa autorización de **Auna Seguros, siempre y cuando dicho Cáncer se encuentre cubierto por el Plan Contratado.**

**Prótesis internas quirúrgicamente necesarias:** Este beneficio contempla la colocación de prótesis internas, previa autorización de **Auna Seguros**, incluyendo stents y clips requeridos a consecuencia de metástasis, además del material de instrumentación de neurocirugía, tales como separadores interespinosos para columna vertebral, discos intervertebrales protésicos y demás dispositivos empleados. Asimismo, se cubrirá el obturador palatino funcional, no estético, por neoplasia maligna de maxilar superior, solo hasta el primer año de realizada la cirugía.

**IMPORTANTE: A través de este beneficio no se cubre ninguna prótesis mamaria o de testículo, toda vez que cuentan con beneficios específicos para ese tipo de prótesis.**

**Prueba de expresión genética para Cáncer de mama:** Solo para pacientes con **Cáncer** de mama en estadios tempranos (I y II A), con receptores de estrógeno positivos y receptores HER2 negativos, sin extensión a los ganglios linfáticos (ganglios negativos), la cual ayuda a estimar el riesgo de recurrencia de la enfermedad, así como el beneficio de la quimioterapia adyuvante después de una cirugía. Se otorgará bajo indicación médica pertinente y autorizado por **Auna Seguros**.

**Reconstrucción mamaria y de pezón:** Cirugía que se realiza con el propósito de devolver la forma de la mama extraída en una intervención de mastectomía radical y total (retiro del seno, los ganglios linfáticos axilares y los músculos pectorales) por **Cáncer** de mama. Esta **Cobertura** se otorga por única vez, solo a mujeres menores de setenta (70) años

**Este beneficio no incluye Cobertura de procedimientos estéticos en la mama afectada (como, por ejemplo, lipotransferencias), así como ningún procedimiento en la mama contralateral.**
Esta cirugía deberá realizarse solo a cargo de los cirujanos designados de la **Red de Proveedores** habilitada para este procedimiento, previa autorización por **Auna Seguros**. Este beneficio no incluye **Cobertura** sobre procedimientos estéticos en la mama afectada, así como ningún procedimiento en la mama contralateral.

**Prótesis de mama:** Se otorga solo para casos con reconstrucción mamaria bajo la **Cobertura** del programa oncológico de procedimientos realizados en la **Red de Proveedores** habilitada para este procedimiento, las prótesis internas de mama, utilizadas a través del beneficio de reconstrucción mamaria en mujeres sometidas a mastectomía radical y total por **Cáncer** de mama atendida dentro de la **Cobertura** del programa oncológico

La prótesis será la establecida por **Auna Seguros** (no cosméticas, no texturadas) de acuerdo con las características del paciente y el procedimiento está a cargo de los cirujanos designados por la **Red de Proveedores**, garantizando la seguridad de la atención por el uso de material médico de alta calidad.

**Este beneficio se otorga por única vez, por lo que no contempla el cambio de la prótesis una vez concluida la reconstrucción, así como tampoco se cubren procedimientos de simetrización y/o pexia del busto. En caso de que se cubra el Cáncer.**

**Prótesis testicular postorquidectomía por Cáncer de testículo o próstata:** Se otorga, por única vez, a los hombres a los que por causa de su tratamiento oncológico debe extraérseles los testículos, atendidos bajo la **Cobertura** del programa oncológico a partir, de la última renovación del **Contrato Seguro** vigente y solo a cargo de los cirujanos designados por la **Red de Proveedores** y autorizado por **Auna Seguros** para este propósito. La prótesis será la establecida por **Auna Seguros** de acuerdo con las características del paciente.

**Psicología en Cáncer:** Asistencia al paciente y familiares directos (incluye tutores, curadores o responsables). Incluye cinco (5) consultas programadas por año, contadas a partir de su admisión como paciente.

**Orientación Nutricional:** Asistencia al paciente y familiares directos (incluye tutores, cuidadores o responsables). Incluye cinco (5) consultas programadas por año, contadas a partir de su admisión como paciente.

**Terapia física:** Tratamiento que ayuda a recuperar la funcionalidad de algunas partes fundamentales del cuerpo después de haberle realizado un tratamiento o una cirugía contra el **Cáncer,** siempre y cuando dicho **Cáncer** se encuentre cubierto por el Plan Contratado. Se cubrirá hasta un máximo de doce (12) sesiones, durante los 90 primeros días posteriores a la cirugía descrita en las siguientes condiciones:

- Terapia física en el hombro y brazo para el tratamiento de linfedema posterior a mastectomía radical por **Cáncer** de mama
- Terapia física postcirugía mutilante de tejidos blandos en extremidades por sarcomas óseos o de partes blandas
- Terapia física postcirugía encefálica
- Fisioterapia respiratoria postcirugía por **Cáncer** pulmonar

**Segunda opinión médica nacional:** Proceso de revisión del expediente clínico del paciente sobre su diagnóstico, tratamiento y/o pronóstico de la enfermedad sobre el que se ha emitido un primer informe, realizada por facultativos expertos.
Este beneficio consiste solo en una consulta y revisión del expediente médico del paciente, emitiéndose una conclusión y/o recomendación sobre el aspecto consultado, tomando en cuenta los criterios de pertinencia mencionados en el presente **Contrato Seguro** y previo consentimiento del paciente. Asimismo, el médico tratante contará con el soporte de los comités multidisciplinarios de alta complejidad pertenecientes a la **Red de Proveedores**.

**Se excluye la realización de exámenes auxiliares (laboratorio, patología y/o imágenes) adicionales y/o la repetición de los mismos o una revisión de los ya realizados.**

**Segunda opinión médica internacional:** El comité de casos especiales podrá solicitar la valoración del caso (revisión del expediente) a una institución de prestigio internacional determinada por **Auna Seguros** cuando lo considere necesario y previo consentimiento del paciente, sobre tratamiento, pronóstico y orientaciones de la enfermedad del paciente. No forma parte de este beneficio la realización de exámenes auxiliares o una segunda revisión de los mismos fuera del territorio nacional.

**Se excluye la realización de exámenes auxiliares (laboratorio, patología y/o imágenes) adicionales y/o la repetición de los mismos fuera del territorio nacional o una revisión de los ya realizados. No se cubren los gastos de elaboración, duplicado y/o traducción de informes ni otros gastos relacionados con el contenido del expediente.**

**Alimentación para acompañante de pacientes pediátricos:** Beneficio para un (1) acompañante de pacientes pediátricos (menores de catorce (14) años y seis (6) meses de edad) hospitalizados, compuesto por un (1) desayuno, un (1) almuerzo y una (1) cena del menú estándar que la clínica establezca para el día y en el mismo horario de los pacientes, debiendo ser solicitado con la anticipación establecida por la clínica, durante el tiempo que dure la hospitalización.

**Sedación en pacientes pediátricos:** Beneficio exclusivo para pacientes menores de catorce (14) años y seis (6) meses de edad, otorgando **Cobertura** sobre el procedimiento y medicamentos para la sedación necesaria y pertinente durante las pruebas de imágenes y procedimientos prolongados.

**Pruebas COVID-19:** Se otorga **Cobertura** sobre la prueba de despistaje para COVID-19 a los pacientes oncológicos que van a ser hospitalizados o intervenidos quirúrgicamente (incluye cirugía ambulatoria) exclusivamente por causa oncológica. Atendiendo los protocolos de la **Red de Proveedores** y siempre que sea indicada por el médico tratante como parte de sus exámenes prequirúrgicos.

## Tratamientos Oncológicos Ambulatorios Cubiertos

A. **Honorarios profesionales** por consulta o teleconsulta y/o procedimientos quirúrgicos ambulatorios.
B. **Medicamentos oncológicos para quimioterapia** y/o terapia modificadora de la respuesta biológica o blanco dirigida y otros específicos contra el desarrollo del **Cáncer** y limitado a los medicamentos conforme a preferencias institucionales y perfil del paciente
C. **Medicamentos, materiales e insumos no oncológicos,** incluyendo: catéteres permanentes, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos, relacionados con el tratamiento de la enfermedad oncológica.
D. **Exámenes de laboratorio** relacionados con el control y seguimiento del tratamiento de la patología oncológica.
E. **Exámenes histopatológicos postquirúrgicos,** incluyendo exámenes de inmunohistoquímica para clasificación o tipificación.
F. **Estudios de imágenes,** tales como ecografías, rayos X, tomografía computarizada y resonancia magnética.
G. **Estudios de medicina nuclear,** tales como gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela y tomografía por emisión de positrones (PET-CT). Siempre que sea indicado por el médico asignado por la **Red de Proveedores**, autorizado por **Auna Seguros**, y que cumpla con los criterios de pertinencia mencionados en el presente **Contrato Seguro**.
H. **Procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos de quimioterapia y radioterapia,** incluyendo salas de quimioterapia, operaciones y de recuperación

## Tratamientos Oncológicos Hospitalarios Cubiertos

A. **Honorarios profesionales** por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia.
B. **Hotelería:** Aplica para habitación individual o bipersonal estándar, según disponibilidad.
C. **Medicamentos oncológicos** para quimioterapia y/o terapia modificadora de la respuesta biológica o blanco dirigida y otros específicos contra el desarrollo del **Cáncer** y limitado a los medicamentos conforme a preferencias institucionales y perfil del paciente.
D. **Medicamentos, materiales e insumos no oncológicos,** incluyendo: catéteres permanentes, líneas de infusión, mallas marlex, grapas, oxígeno y anestésicos, relacionados con el tratamiento de la enfermedad oncológica.
E. **Exámenes de laboratorio** relacionados con el control y seguimiento del tratamiento de la patología oncológica.
F. **Exámenes histopatológicos postquirúrgicos,** incluyendo exámenes de inmunohistoquímica para clasificación o tipificación.
G. **Estudios de imágenes,** tales como ecografías, rayos X, tomografía computarizada y resonancia magnética.
H. **Estudios de medicina nuclear,** tales como: gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela, tomografía por emisión de positrones (PET-scan).
I. **Procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos, quimioterapia y radioterapia,** incluyendo salas de quimioterapia, operaciones y de recuperación.

J. **Nutrición Parenteral Total:** Únicamente para pacientes hospitalizados con complicaciones entéricas por radioterapia y/o quimioterapia, o sometidos a cirugía oncológica de cabeza y cuello, esófago, estómago o entéricas, así como fístulas digestivas que impidan la alimentación enteral del paciente.
K. **Nutrición Enteral:** Únicamente para pacientes hospitalizados que por causa oncológica no pueden ingerir alimentos a través de la vía oral, y solo para tumores localizados de cabeza y cuello, esófago y estómago, no extendidos en otras áreas regionales.

El proveedor hospitalario podrá solicitar un depósito al **Asegurado** al ingreso hospitalario, lo anterior independientemente de si cuenta con una **Carta Garantía de Auna Seguros**. Dicho depósito cubre el pago de gastos personales o no cubiertos por **Auna Seguros,** y al egreso hospitalario, el proveedor realizará el descuento de los gastos no cubiertos o bien realizará la devolución correspondiente.

Si una vez definida el alta hospitalaria por el médico tratante y/o Junta Médica, el paciente hospitalizado con o sin **Estado Terminal** no concretara el alta o regreso a su domicilio, por motivos particulares (disponibilidad de cuidador, falta de adecuación de infraestructura u otros), **los gastos de hospitalización generados desde la fecha programada de alta serán asumidos como gastos no cubiertos y deberán ser pagados por el Asegurado a favor de Auna Seguros.**

## 2. Cobertura Adicional Preventiva

A suministrar exclusivamente a través de la **Red de Proveedores**. El otorgamiento de esta **Cobertura** dependerá de la debida programación, autorización previa y disposición del servicio.

Consulta preventiva: Una (01) consulta presencial, por **Asegurado** en las especialidades de medicina interna o pediatría.

Esta consulta tiene como objetivo identificar factores de riesgo oncológicos acordes al estado de salud actual del **Asegurado**, evaluar antecedentes y hábitos. Asimismo, brindará asesoramiento en medicina preventiva y buscará resolver dudas generales sobre el estado de salud del **Asegurado**, para orientarlo hacia prácticas que favorezcan la prevención de enfermedades oncológicas. **Auna Seguros** asignará a los proveedores que brindarán la atención. El **Asegurado** deberá esperar 365 días para hacer uso nuevamente de la consulta preventiva.

**Chequeo Oncológico:** Conjunto de exámenes para identificar la sospecha de algunos tipos de enfermedades oncológicas que sean evidenciables en una etapa temprana, los cuales son realizados según edad y sexo del **Asegurado** y están alineados a las mejores prácticas y recomendaciones mundiales de instituciones prestigiosas.

Los exámenes de detección no son transferibles, acumulables, canjeables o intercambiables con otros exámenes que no corresponden al conjunto de exámenes contratados para el chequeo oncológico. Asimismo, no puede ser fragmentado y deberá concluirse en la misma sede prestacional en un período no mayor de treinta (30) días calendario contados desde el inicio del chequeo oncológico y evaluación general de salud. Es decir, si el **Asegurado** incumple con la realización de los servicios ya iniciados en algunas de las sedes habilitadas en la **Red de Proveedores**, no concluyéndolos en el plazo indicado, el total de servicios autorizados se dará por ejecutado. Vencido este plazo, el **Asegurado** deberá esperar 365 días para acceder nuevamente al próximo conjunto de exámenes o estudios.

Sin perjuicio de lo anteriormente indicado, en el caso de mujeres de cuarenta (40) a setenta (70) años, podrán fragmentar el conjunto de exámenes en las siguientes etapas: 1) mamografía y 2) demás exámenes del chequeo oncológico y evaluación general de salud; En ese sentido, la afiliada podrá optar por realizarse de manera independiente el paquete que elija: 1) mamografía y 2) demás exámenes del chequeo oncológico y evaluación general de salud, siendo su responsabilidad la programación de lo pendiente, una vez por cada vigencia de la **Póliza**.

**Este beneficio no incluye Cobertura de medicamentos, procedimientos (como sedación), atenciones quirúrgicas u otros exámenes no contemplados dentro del chequeo oncológico.**

### Proceso De Uso De Cobertura Adicional Preventiva

1. El **Asegurado** puede ser contactado por **Auna Seguros** o él contactar directamente a **Auna Seguros**:

   - **Auna Seguros** invitará a través de llamada y/o enviando un correo electrónico a los **Asegurados** de **Pólizas** iniciales.
   - Los **Asegurados** podrán solicitar el uso de su **Cobertura** Adicional Preventiva con llamar a **Auna Seguros** al Centro de Contacto a los teléfonos 55 4628 2551 y/o correo electrónico **oncosalud.mx@auna.org** o bien al Ejecutivo de Apoyo a los teléfonos 5659293596 y/o correo electrónico **gestion.medica.mx@auna.org** o **pacientes.oncomex@auna.org.**

2. **Auna Seguros** coordinará una cita con un médico internista o pediatra, según corresponda, para realizar la consulta preventiva oncológica.

3. **Auna Seguros** coordinará una cita para realizar estudios de laboratorio y/o gabinetes establecidos por **Auna Seguros** acordes a la edad y sexo del **Asegurado** para el chequeo oncológico y posteriormente agendará una cita con médico internista o pediatra de la **Red de Proveedores**, según corresponda, para realizar la interpretación de los estudios.

4. En caso de no identificar factores de riesgo, el médico internista o pediatra de la **Red de Proveedores** informará al **Asegurado** sobre su estado de salud actual y realizará recomendaciones de prevención oncológica. **Auna Seguros** se comunicará con el **Asegurado** para preguntar si tiene alguna duda.

5. Si se identifican factores de riesgo oncológico, el médico internista o pediatra de la **Red de Proveedores** enviará el expediente a **Auna Seguros** para canalizar e iniciar el proceso de uso de la **Cobertura** de Diagnóstico establecida en el apartado **1.1. Cobertura de Diágnostico.**

### 3. Cobertura Adicional de Apoyo para Deducibles y Copagos de otros Seguros

Mediante esta **Cobertura**, **Auna Seguros** se compromete a cubrir de manera directa o a reembolsar al **Asegurado** los gastos con motivo de pago de **Deducible** y/o **Coaseguro** y/o penalizaciones de otros seguros que tenga el **Asegurado,** siempre y cuando el gasto sea a consecuencia de un Padecimiento Oncológico diagnosticado al propio **Asegurado**.

Esta **Cobertura** aplicará siempre y cuando el **Asegurado** realice su tratamiento oncológico y haga uso de los servicios relacionados con su padecimiento oncológico a través de la **Red de Proveedores** de **Auna Seguros**.

Esta **Cobertura** podrá aplicar en las penalizaciones o diferencias que resulten cuando la atención médica del **Asegurado** en hospitales pertenecientes a la Red de **Auna Seguros** se encuentre fuera de la red hospitalaria o corresponda a un nivel hospitalario superior al autorizado por la **Aseguradora** de otros seguros que tenga el **Asegurado**.

Para tal fin, el **Contratante** deberá notificar por escrito a **Auna Seguros** los montos de **Deducible** y/o **Copago** y/o penalizaciones que tiene contratados en otros seguros durante el alta del **Asegurado**. Quedará establecido en el **Endoso** correspondiente emitido por **Auna Seguros** el límite máximo de responsabilidad de **Auna Seguros** para esta **Cobertura**.

Para esta **Cobertura** Adicional no aplica el **Deducible** ni **Copago** contratado en la **Cobertura** Básica de este **Contrato Seguro**.

## XI. Criterios De Pertinencia De Las Prestaciones Oncológicas

Estos son los acontecimientos o resultados que se pueden medir de manera objetiva para determinar si la intervención que se estudia es beneficiosa, así como lo adecuada que puede ser una indicación médica para una situación de salud específica, evaluando su coherencia; también implica que la información disponible sea relevante, oportuna y adecuada para respaldar decisiones informadas.

La **Cobertura** que **Auna Seguros** otorga a favor del **Asegurado** en virtud de la **Póliza** comprende las condiciones y prestaciones oncológicas contenidas en el capítulo X. **Coberturas**; las cuales se otorgarán cumpliendo íntegramente los siguientes criterios:

1. Que las prestaciones oncológicas se encuentren recomendadas y comprendidas en las **Guías de Práctica Clínica** de la **Red de Proveedores** y **Guías Del Sistema Nacional De Salud De México**; las mismas que deberán ser acordes a su diagnóstico oncológico, estadio y sustentarse hasta un **Nivel de Evidencia II-A**
2. Que el tratamiento farmacológico (sea individual o en esquema de quimioterapia y/o terapia modificadora de respuesta biológica o blanco dirigida u otra) corresponda al listado de tratamientos basados en evidencia científica, el mismo que deberá ser acorde a su diagnóstico oncológico y estadio.
3. Que el tratamiento farmacológico (sea individual o en esquema de quimioterapia y/o terapia modificadora de respuesta biológica o blanco dirigida u otra), dispositivos médicos o procedimientos oncológicos, hayan concluido exitosamente el **Ensayo Clínico De Fase III** y se encuentren comprendidos en las **Guías de Práctica Clínica** de la **Red de Proveedores** y **Guías del Sistema Nacional de Salud De México.**

4. Que los procedimientos y tratamientos oncológicos se encuentren estrictamente relacionados con el (los) diagnóstico(s) oncológico(s) admitido(s) y sean autorizados por **Auna Seguros**.
5. Que los tratamientos, exámenes y/o medios diagnósticos, así como los dispositivos médicos, se encuentren disponibles y se ejecuten íntegramente en el territorio de México.
6. Que el paciente, a quien se ha indicado un tratamiento de quimioterapia y/o terapia modificadora de respuesta biológica o blanco dirigida u otra específica contra el desarrollo del **Cáncer**, cumpla con los mismos Criterios de Inclusión y Exclusión de los pacientes que formaron parte del estudio de investigación que avaló el ingreso y/o forma de uso de la terapia y/o molécula; a partir de lo cual se sustenta su inclusión a las **Guías de Práctica Clínica** de la **Red de Proveedores**. Los mismos que se encuentran publicados y se encuentran en un repositorio de ensayos clínicos como https:/clinicaltrials.gov/ en Estados Unidos, https:/www.clinicaltrialsregister.eu/ en Europa u otros.
7. Que los medicamentos oncológicos y no oncológicos se encuentren incluidos, según se vaya actualizando y/o modificando, en la **Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS);** solo tendrán **Cobertura** los medicamentos oncológicos y dispositivos médicos que (i) estén debidamente autorizados para su importación y/o comercialización en México, y (ii) que figuren en el "Listado de Medicamentos para el tratamiento del **Cáncer**" de **Auna Seguros**.
8. Que las prestaciones requeridas bajo **Coberturas** se encuentren descritas en el capítulo X. **Coberturas**, no se encuentren comprendidas en las **Exclusiones** detalladas en la **Póliza**.

## XII. Servicio De Acompañamiento

**Auna Seguros** ofrece el Servicio de acompañamiento, exclusivo para los **Asegurados** de esta **Póliza**, con el propósito de brindarles orientación con un lenguaje de mayor entendimiento desde la sospecha de **Cáncer**, a lo largo de la Fase de Diagnóstico Ambulatorio u Hospitalario, y durante el tratamiento oncológico.

La prioridad de este servicio es brindarle tranquilidad al **Asegurado** y sus familiares. Tras haber cumplido con los requisitos mencionados, el **Asegurado** podrá acceder a las siguientes atenciones lideradas por profesionales:

### Enfermero(a) Guía

Profesional de enfermería dedicado al acompañamiento desde la sospecha de **Cáncer** y durante los 90 días naturales posteriores al diagnóstico de **Cáncer** de mama, pulmón, colon, próstata y cervicouterino.

Su misión es orientar al **Asegurado** sobre los pasos que debe seguir para obtener un diagnóstico definitivo por parte de su Médico Tratante.

## Servicios a su cargo

- Atención telefónica para resolver cualquier inquietud relacionada con las **Coberturas** de su **Póliza** contratada.
- Apoyo en programación de citas.
- Apoyo para agilizar el envío de resultados de diagnóstico a su Asesor Médico; que permitirá que la atención especializada inicie de forma inmediata.
- Orientación en servicios hospitalarios, cuya finalidad es coordinar el acceso a las instalaciones de la **Red de Proveedores**.

## Ejecutivo de Apoyo

Profesional administrativo cuya misión es coadyuvar a que el **Asegurado** reciba una atención médica óptima y sin complicaciones, desde la coordinación de citas médicas hasta el asesoramiento sobre **Coberturas**, brindando además un apoyo administrativo integral.

En casos de **Cáncer** de mama, pulmón, colon, próstata y cervicouterino, el ejecutivo de apoyo comenzará su acompañamiento después de finalizar los 90 días naturales de acompañamiento proporcionado por el enfermero(a) guía.

Para otros tipos de **Cáncer**, una vez que el enfermero(a) guía y el asesor médico deriven al **Asegurado** a su médico tratante, el ejecutivo de apoyo brindará los servicios a cargo del enfermero(a) guía.

## Servicios a su cargo

- Guiar en casos de emergencia oncológica.
- Intermediación entre la **Red de Proveedores** y el **Asegurado**, previniendo que los servicios se adhieran a las condiciones y **Coberturas** de la **Póliza**.
- Coordinación de servicios especiales, como el agendamiento de terapia física, entre otros.
- Atención 24/7 para aclaraciones.

### Asesor Médico

Profesional médico especializado en oncología que brinda orientación y asesoramiento a pacientes que han sido diagnosticados con **Cáncer**.
Su misión es orientar al **Asegurado** que se encuentra como paciente oncológico y a sus familiares a comprender la naturaleza de la enfermedad diagnosticada y explicar dudas y detalles sobre el tratamiento indicado por su médico tratante, así como sus implicaciones médicas.

Servicios a su cargo

- Orientación sobre el tratamiento y comprensión de la enfermedad
- Aclaración de dudas y entendimiento de los resultados de los estudios médicos realizados.
- Orientación sobre la necesidad de estudios complementarios.
- Proporcionar y complementar información médica detallada sobre lo que se puede esperar en las primeras etapas de tratamiento, incluyendo información sobre los posibles riesgos e implicaciones.

## XIII. Red de Proveedores

El **Asegurado** podrá consultar la **Red de Proveedores** actualizada en nuestra página web **www.aunaseguros.com.mx,** ya que esta puede variar al integrarse nuevos proveedores.

## XIV. Exclusiones

1. **Servicios médicos proporcionados por el cónyuge o por parientes del Asegurado hasta el segundo grado por consanguinidad o por afinidad o por cualquiera otra persona que viva con el Asegurado.**
2. **Toda prestación médica o sanitaria derivada de lesiones autoinfligidas, intento de suicidio o de accidentes.**

3. Cualquier gasto relacionado con enfermedades oncológicas preexistentes a la suscripción de la presente Póliza (incluso si se tratase de lesiones de tipos celulares distintos o en una nueva localización o reaparición de una lesión oncológica ya tratada, resuelta o no). Auna Seguros no brindará Cobertura para un tumor primario, tampoco se otorgará indemnización ni asumirá responsabilidad alguna, según los términos de esta Póliza, para cubrir gastos relacionados con la aparición de un nuevo tumor considerado secundario derivado del tumor primario excluido de Cobertura. Auna Seguros no extenderá su Cobertura para los tumores secundarios ni para ninguna enfermedad asociada, diagnósticos, tratamientos solicitados, así como tampoco cubrirá secuelas y complicaciones derivadas de este.
4. 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, salvo lo expresamente señalado en el capítulo X. Coberturas de la presente Póliza.
5. Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional atendida fuera de la Red de Proveedores, salvo los eventos preautorizados por Auna Seguros.
6. Reembolso por servicios médicos suministrados por terceros, por concepto de gastos ambulatorios, de hospitalización no quirúrgica, quirúrgica o gastos post-operatorios de cualquier índole, médicos o no médicos. Salvo lo expresamente señalado en el capítulo Pago de Reclamaciones de la presente Póliza.
7. Cualquier requerimiento o prestación médica cuyo propósito sea el chequeo, detección y/o diagnóstico, oncológico o no oncológico. Salvo las prestaciones de chequeo oncológico y/o de fase diagnóstica expresamente señalado en el capítulo X. Coberturas de la presente Póliza.
8. Todo procedimiento o terapia, consulta o teleconsulta que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente, de naturaleza cosmética, estética o que no sea imprescindible para la recuperación médica o mejora en su tratamiento. Así como prestaciones y tratamientos profilácticos, psicológicos, psiquiátricos, psicoterapéuticos, curas de reposo, cualquier tipo de tratamiento kinésico, de rehabilitación física o mental (inclusive si son indicados postcirugía extractiva), odontológica, nutricional, salvo las prestaciones detalladas en el capítulo X. Coberturas de la presente Póliza. De la misma manera, las cirugías de neurotización, ginecomastia, mastopexia, simetrización y lipotransferencias (inyección de grasa) de cualquier tipo, indistintamente de la ubicación anatómica. Listado de manera enunciativa, mas no limitativa.
9. Gastos relacionados con el suministro, colocación, adecuación, mantenimiento, ajuste, remoción y cambio de implantes, expansores y/o prótesis internas o externas de cualquier tipo.
10. Stents de cualquier tipo, así como material de osteosíntesis (incluyendo placas, clavos, tornillos y similares) y los cementos relacionados; salvo las prestaciones y suministros detallados en el capítulo X. Coberturas de la presente Póliza. Para el caso de obturador palatino, solo se cubrirá por neoplasia maligna de maxilar superior, únicamente durante el primer año posterior a la cirugía extractiva y máximo un recambio. En ningún caso se cubrirá obturador palatino dentado.

11. Equipos médicos durables a domicilio o portables, tales como, listados de manera enunciativa mas no limitativa: termómetro, tensiómetro, equipos de oxigenoterapia, glucómetro (equipo y tiras), respiradores, pulsioxímetro, nebulizadores, cama, aspiradores, dispositivos CPAP o similares, audífonos e implantes cocleares, separadores interespinosos para columna vertebral y discos intervertebrales protésicos, y demás dispositivos empleados en neurocirugía y prótesis ortopédicas externas. Como tampoco las prótesis u otros (sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés). De igual manera, aparatos y equipos ortopédicos, zapatos ortopédicos, ortésicos, prótesis externas, equipos mecánicos o electrónicos, medias para varices o similares. Pilas, baterías, cargadores o fuentes de poder, listados de manera enunciativa mas no limitativa.
12. Gastos relacionados con la adquisición de órganos o tejidos, 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, directo o indirecto, relacionado con la búsqueda o estudio de donantes.
13. Anticoagulantes, heparinoides, procoagulantes y eritropoyetina con fines preventivos o profilácticos (con excepción de las indicaciones para cirugía mayor).
14. Cualquier trasplante de órganos, tejidos y células (excluyendo médula ósea). Trasplante, infusión o implante de células madre. Gastos relacionados con 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 con prestaciones realizadas a donantes. Salvo las expresamente señaladas en el capítulo X. Coberturas de la presente Póliza.
15. Cualquier gasto relacionado con la búsqueda y análisis de compatibilidad de donantes de sangre y médula ósea, así como gastos de criopreservación o cultivo de células madre u otros tejidos. Asimismo, gastos relacionados con complicaciones médicas del proceso de extracción o colecta en el donante.
16. Todo tipo de requerimiento prestacional que no sea ordenado o prescrito por el o los profesionales médicos de la Red de Proveedores designados previamente por Auna Seguros y/o no haya sido autorizado previamente por esta, así como el tratamiento y/o manejo de las complicaciones, eventos adversos, efectos secundarios y otros que se puedan derivar de estos tratamientos e indicaciones médicas dadas y ejecutadas al margen de lo anteriormente establecido. Salvo las atenciones por emergencia oncológica debidamente sustentadas.
17. Todo tipo de prestaciones diagnósticas o terapéuticas, equipos, insumos, suministros o fármacos u otros nuevos tratamientos que:
    - No se comercialicen o no se encuentren disponibles en el territorio nacional.
    - No se encuentren debidamente aprobados por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), de la Food and Drug Administration (FDA) y de la European Medicines Agency (EMA). No se cubrirá en ningún caso tecnología aprobada por la FDA a través de aprobaciones rápidas (Fast Track Approvals)
    - No se encuentren señalados en las Guías de Práctica Clínica de la Red de Proveedores, en caso de que se cuente con estas para la indicación solicitada y/o evaluada. De lo contrario, se valorará la recomendación realizada por otras instituciones con prestigio internacional como National Comprehensive Cancer Network (NCCN),

National Institute for Health and Care Excellence (NICE), American Society of Clinical Oncology (ASCO), European Society for Medical Oncology (ESMO) u otras, siempre que la recomendación realizada cuente con un respaldo de evidencia científica de nivel IIA. Otros niveles de evidencia deberán ser evaluados por el área correspondiente de Auna Seguros y podrán ser considerados como terapia médica experimental.

- No cumplan íntegramente con la totalidad de los Criterios de Pertinencia de las Prestaciones detalladas en las Cláusulas Particulares de la Póliza.

18. Fármacos como ansiolíticos, antipsicóticos, antidepresivos, vacunas, vitaminas (con excepción de las que forman parte del esquema de quimioterapia, anticoagulados o politrasfundidos), minerales, suplementos alimenticios, suplementos nutricionales, productos naturales (hierbas y sus derivados, levaduras, probióticos, uso medicinal de cannabis o sus variantes), homeopáticos, alternativos o productos no medicinales, estimulantes del apetito, anabólicos, antioxidantes, productos geriátricos y reconstituyentes, neurotónicos y nootrópicos, productos dermatológicos (protectores solares, cremas hidratantes, lociones dérmicas, etc.), así como cualquier otro producto o medicamento no oncológico y/o no relacionado con la enfermedad oncológica, listados de manera enunciativa, mas no limitativa.
19. Los traslados de ambulancia que no estén indicados y sustentados médicamente y que, por el cuadro clínico oncológico, exista una afectación o deterioro aún mayor en el estado de salud si se traslada de forma habitual de su domicilio registrado al hospital de red para recibir atención médica.
20. Toda enfermedad de origen congénito y/o malformación congénita, así como enfermedades de origen laboral y profesional y/o por contaminación nuclear.
21. Ninguna enfermedad crónica ni sus complicaciones, por ejemplo, hipertensión, diabetes mellitus, gota, migraña, listados de manera enunciativa, mas no limitativa
22. Asignación de personal (cuidados de enfermería, vigilancia y/o acompañamiento del paciente a cargo de enfermeras, técnicas o auxiliares de enfermería, u otros) a dedicación individual y exclusiva, durante la estancia hospitalaria y/o en domicilio, salvo los servicios expresamente señalados en el capítulo X. Coberturas de la presente Póliza.
23. Pruebas de laboratorio, exámenes o estudios moleculares y/o genéticos y/o estudios de mutaciones u otras, de cualquier tipo, tales como y sin limitarse a: EGFR, PDL1, KRAS, NRAS, BRAF, ALK, VEGF, T790M, inestabilidad microsatelital en sangre, pruebas moleculares para GIST, así como biopsias líquidas y/o perfiles o secuenciamientos moleculares y/o genéticos, con excepción de las contempladas en el capítulo X. Coberturas de la presente Póliza.
24. Estudios de diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y procedimientos relacionados con problemas de disfunciones sexuales, esterilidad, fertilidad, infertilidad, esterilización y planificación familiar, incluyendo aborto terapéutico y/o complicaciones de la gestación.
25. Todo tipo de servicios de bazar y confort personal durante la hospitalización, como radios, televisores, teléfonos, consumos de frigobar, artículos personales o de higiene, pañales, toallas higiénicas, máquinas de afeitar, mantas térmicas de cualquier tipo, batas, ropa de cama, hisopos y colchón antiescaras.
26. Lesiones o enfermedades provocadas por radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva y sus complicaciones, salvo las derivadas del tratamiento de un siniestro amparado.

27. **Gastos realizados por acompañantes del Asegurado o sus Dependientes Económicos, sea en sala de emergencias o durante el internamiento de este, con excepción de las contempladas en el capítulo X. Coberturas de la presente Póliza.**
28. **Tratamientos y estudios psiquiátricos y/o psicológicos de cualquier tipo, independientemente de la causa que lo hubiere originado o prescrito, incluyendo estudios y/o tratamientos para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño, roncopatías, autismo, trastornos de la conducta, del aprendizaje o lenguaje, enajenación mental, demencia, depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, como sus complicaciones. Así mismo, quedan excluidos los medicamentos inductivos del sueño que no tendrán Cobertura, aunque sean derivados de padecimiento oncológico cubierto (listados de manera enunciativa mas no limitativa).**
29. **Ningún tratamiento o prestación (de salud o económica) que no esté especificado dentro de los beneficios del plan.**
30. **Medicina tradicional de cualquier tipo, ni tratamientos homeopáticos, recetario magistral, iridología, reflexología y, en general, tratamientos de medicina alternativa o complementaria, incluyendo acupuntura, quiropráxia y similares; así mismo, cuidados y tratamientos de rehabilitación en gimnasios y afines. De la misma forma, queda excluido cualquier tipo de tratamiento de naturaleza experimental o empírica. Procedimientos de neurocirugía, urología (incluyendo litotripsia y para hiperplásica prostática benigna) y/o cirugía vascular a través de dispositivos láser (de cualquier tipo) o de terapia térmica de vapor de agua por radiofrecuencia (tipo Rezum y similares), dilatadores de próstata como Optilume BPH o similares.**
31. **Cualquier servicio o prestación relacionada con la atención de complicaciones de enfermedades catalogadas como enfermedades crónicas, tales como, por ejemplo, hipertensión arterial, diabetes mellitus, insuficiencia renal, gota, migraña, entre otros. Listado de manera enunciativa, mas no limitativa. Incluso si su curso o estado se ha modificado por la enfermedad oncológica y su tratamiento.**
32. **Los Cánceres no especificados en el apartado X. Coberturas conforme al plan contratado.**

## XV. ¿Cómo Hacer Uso De Tus Coberturas?

Todas tus **Coberturas** serán otorgadas exclusivamente a través del staff médico y clínicas de **Red de Proveedores**. Es requisito que la **Póliza** esté vigente.
Para poder hacer uso de su **Cobertura** de Tratamiento Oncológico, el **Asegurado** debe pasar primero o hacer uso de su **Cobertura** de Diagnóstico.

Para hacer uso de su **Cobertura** Básica de Diagnóstico, el **Asegurado** deberá seguir estos pasos:

### Requisitos para Hacer Uso de su Cobertura de Diagnóstico

A. El **Asegurado** deberá comunicarse al 55 4628 2551, donde se le orientará para el llenado de su formato de **Solicitud de Reclamación**, disponible en la web de **Auna Seguros**: **www.aunaseguros.com.mx.**

B. Una vez lleno, deberá enviar dicho formato al siguiente correo electrónico: **gestion.medica.mx@auna.org** o **pacientes.oncomex@auna.org**, adjuntando también copia de su identificación oficial.
C. Es importante que su **Póliza** se encuentre vigente.
D. De manera posterior, **Auna Seguros** enviará la **Carta Garantía**, a efecto de que el **Asegurado** pueda acudir con el médico de la **Red de Proveedores** que eligió para iniciar con su **Cobertura** de Diagnóstico.

## Proceso de Inicio de sus Coberturas de Tratamiento Oncológico

Una vez que el **Asegurado** haya hecho uso de la **Cobertura** de Diagnóstico y haya sido diagnosticado con **Cáncer**, **Auna Seguros** iniciará el servicio de acompañamiento. Basándose en el diagnóstico oncológico del **Asegurado**, le brindamos servicios de asesoría médica y administrativa mediante la colaboración de un enfermero(a) guía o un ejecutivo de apoyo, quienes lo contactarán para explicarle los detalles del inicio de su tratamiento y los beneficios de su **Cobertura**, que incluyen:

1. Coordinación de citas con la **Red de Proveedores**.
2. Acceso a la línea de Servicio de Acompañamiento mediante el correo electrónico **pacientes.oncomex@auna.org** y/o al teléfono 56 5929 3596 y para brindar orientación durante el tratamiento.
3. Atención 24/7 para aclaración de procesos, trámites y orientación sobre entrega de documentos en caso de emergencias oncológicas.
4. A través de la firma del formato de aviso de enfermedad oncológica, el **Asegurado** afectado autoriza a cualquier médico, proveedor de cuidados de salud, hospital, clínica, compañía de seguros, agencias de intercambio de información médica o cualquier otra organización o institución que pueda tener conocimiento del **Asegurado** y de cualquier dependiente económico bajo esta **Póliza** para que proporcione información a los representantes de **Auna Seguros**.
5. Con el formato de aviso de enfermedad oncológica, el Enfermero(a) guía y/o Ejecutivo de apoyo mostrará al **Asegurado** una lista de médicos tratantes oncólogos de la **Red de Proveedores** para que elija quién le brindará atención médica.
6. Tras elegir al médico tratante oncólogo, el Enfermero(a) guía coordinará la cita y esperará la confirmación del **Asegurado**.
7. El Enfermero(a) guía canalizará al **Asegurado** con el Asesor médico para que este le oriente sobre los procesos, implicaciones y el tratamiento oncológico.
8. El enfermero(a) guía entregará un folleto que incluye los teléfonos, correos electrónicos de los principales pasos que debe seguir para su atención.

## Es importante tener presente lo siguiente:

A través del formato de enfermedad, el **Asegurado** autoriza a cualquier médico, proveedor de cuidados de salud, hospital, clínica, compañía de seguros, agencias de intercambio de información médica o cualquier otra organización o institución que pueda tener conocimiento sobre mi persona y de cualquiera de las **Cláusulas Particulares** bajo esta **Póliza** para que proporcione información a los representantes de **Auna Seguros**.

Si el informe de anatomía patológica no es concluyente, a solicitud de **Auna Seguros**, el **Asegurado** deberá presentar láminas y otros materiales o exámenes necesarios en el plazo más breve posible a **Auna Seguros**, para su revisión por el equipo de anatomía patológica especializado de la red de **Auna Seguros**.

Si se determina la inexistencia de un diagnóstico oncológico después del uso de la **Cobertura** de Diagnóstico o **Cobertura** de Tratamiento Oncológico, **Auna Seguros** anulará los beneficios de la **Cobertura** Básica informándole al **Asegurado** a través de una carta de rechazo que será enviada al correo electrónico del **Asegurado** y con una llamada por parte del Enfermero(a) guía y/o Ejecutivo de apoyo, debiendo el **Asegurado** asumir los gastos generados en adelante, al tratarse de una condición de salud no oncológica.

Se le insta a estar alerta y notificar cualquier nueva sospecha oncológica para, dado el caso, iniciar un nuevo proceso de uso de la **Cobertura** de Diagnóstico y **Cobertura** de Tratamiento Oncológico.

No obstante lo señalado en el párrafo anterior, ante la eventualidad de que el **Asegurado** incurra en un nuevo episodio de alta sospecha oncológica, deberá requerir a **Auna Seguros** iniciar un nuevo proceso de uso de la **Cobertura** de Diagnóstico.

**"En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 03 de septiembre de 2026, con el número CNSF-H0714-0061-2026/CONDUSEF-007313-02".**

**Cuidamos la vida para vivirla mejor, siempre.**

Dirección: Av. Insurgentes Sur 1458-P. 20, Actipan, Benito Juárez, 03230 Ciudad de México, CDMX.

**aunaseguros.com.mx**