AUNA SEGUROS
ENDOSO DE PÓLIZA DE SALUD COLECTIVO MODULAR COMPLETO ONCOLÓGICO

Número de endoso: _____
Fecha de emisión: _____
Póliza de seguro número: _____
Expedida a favor de: _____
Vigencia de la póliza: _____

MODIFICACIÓN DE COBERTURA DE DIAGNÓSTICO

Este **ENDOSO** se adhiere y forma parte integrante de las **CONDICIONES GENERALES** y demás documentación contractual registrada por **AUNA SEGUROS** bajo la operación de **SALUD COLECTIVO MODULAR COMPLETO ONCOLÓGICO**.

Mediante este **ENDOSO** se hace constar que se modifica la **COBERTURA** de "**DIAGNÓSTICO**" a quedar de la siguiente manera:

A suministrar exclusivamente a través de la **RED DE PROVEEDORES**. El otorgamiento de estas **COBERTURAS** dependerá del plan contratado, 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) https://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**.

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 al control y seguimiento del tratamiento de la patología oncológica.
E. **Exámenes histopatológicos postquirúrgicos**, incluyendo exámenes de inmunohistoquímica para clasificación o tipificación.
F. **Estudios de imágenes**, tales como ecografías, rayos X, tomografía computarizada y resonancia magnética.
G. **Estudios de medicina nuclear**, tales como gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela 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 DE 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 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 del informe anátomo patológico post quirúrgico determine que se trata de una enfermedad no oncológica, los gastos incurridos serán asumidos por **AUNA SEGUROS** aplicando el deducible y **COPAGO O COASEGURO** correspondiente establecido en el Plan Contratado.

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 oncológico**, incluyendo: catéteres permanentes, líneas de infusión, mallas marlex, grapas, oxígeno y anestésicos, relacionados con el tratamiento de la enfermedad oncológica.
E. **Exámenes de laboratorio** relacionados al control y seguimiento del tratamiento de la patología oncológica.

F. **Exámenes histopatológicos postquirúrgicos**, incluyendo exámenes de inmunohistoquímica para clasificación o tipificación.
G. **Estudios de imágenes,** tales como ecografías, rayos X, tomografía computarizada y resonancia magnética.
H. **Estudios de medicina nuclear**, tales como: gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela, tomografía por emisión de positrones (PET-scan).
I. **Procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos,** quimioterapia y radioterapia, incluyendo salas de quimioterapia, operaciones y de recuperación.
J. **Nutrición Parenteral Total:** 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 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 por **AUNA SEGUROS** 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 carta 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 realizará 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 DIAGNOSTICO**.

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: gestión.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: gestión.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 carta 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 realizará 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.***

En caso de que alguna de estas cláusulas se contraponga con alguna o algunas de las establecidas en las **CONDICIONES GENERALES** del seguro al cual se anexa, prevalecerán las estipuladas en este **ENDOSO**.

Todos los demás términos y condiciones de la **PÓLIZA** no sufren modificación alguna.

_____	_____
Lugar y fecha de expedición	**Firma funcionario**

"En cumplimiento a 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 11 de Septiembre de 2026, con el número CNSF-H0714-0089-2026 / CONDUSEF-007381-01".