

Transformando la salud



Folleto explicativo

Seguro de Salud Individual

Auna Seguros





Cuidamos la vida
para vivirla mejor,
siempre.

Folleto explicativo seguro de salud individual

Auna Seguros

Programa Oncológico de Salud

El presente documento y las Condiciones Generales contienen los términos y condiciones del plan de seguro contratado.

I. Resumen de beneficios cubiertos.

Auna Seguros cuenta con este plan para prevención y tratamiento de enfermedades oncológicas, por lo que antes de usar tu seguro es importante tomar en cuenta:

1. La **COBERTURA** y **COPAGO** que cada beneficio tiene
2. El **LÍMITE ANUAL** del plan contratado
3. Monto de **DEDUCIBLE** a aplicar
4. Los beneficios indicados en las siguientes tablas:

Coberturas	Copago ²
Cobertura básica¹:	
Coberturas de diagnóstico	0%
Coberturas de tratamiento oncológico	0%
Cobertura Adicional Preventiva¹:	
Consulta Preventiva	0%
Chequeo Oncológico	0%
DEDUCIBLE⁴	\$0
LÍMITE ANUAL POR ASEGURADO³	\$9,500,000

Cuentas con un plan con acceso a **RED CERRADA**, por lo que solamente podrás acudir con el personal de salud de la **RED DE PROVEEDORES**.

Únicamente se podrá solicitar **REEMBOLSO** a **Auna Seguros**, en aquellos casos de **EMERGENCIAS ONCOLÓGICAS** en los que la **RED DE PROVEEDORES** de **Auna Seguros** se encuentren imposibilitados para brindarte los servicios previstos bajo la **PÓLIZA** de seguro, y siempre y cuando se acredite

- a. Saturación
- b. Falta de disponibilidad del servicio
- c. **ERROR DE DIAGNÓSTICO**
- d. Coordinación de beneficios con otros seguros

A continuación, te detallamos algunas definiciones importantes de tu seguro que debes conocer:

1. **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**.
2. **COPAGO:** Es la proporción del gasto médico generado por las prestaciones bajo **COBERTURA**, a cargo del **ASEGURADO**. Convencionalmente, se expresa como un porcentaje, el cual puede ser fijo o variar según el monto del gasto acumulado por el **ASEGURADO**.
3. **LÍMITE ANUAL:** Monto límite del beneficio por **ASEGURADO**, del plan contratado. Los gastos médicos incurridos por el (los) **ASEGURADOS** durante el periodo de la **VIGENCIA** anual, reduce automáticamente el monto del beneficio, sin lugar a restitución hasta la celebración de una nueva anualidad de la **PÓLIZA**.
4. **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 DE SEGURO**. No aplica **DEDUCIBLE** en la renovación anual de la **PÓLIZA** o ante la ocurrencia segundos primarios oncológicos.

5. **PERIODO DE CARENCIA:** Es el periodo de tiempo de ciento ochenta (180) días que debe transcurrir a partir de la fecha de inicio de **VIGENCIA** de la **PÓLIZA** del **ASEGURADO** y el momento en que entran en vigor las **COBERTURAS** contratadas en esta **PÓLIZA**. Las enfermedades que le sean diagnosticadas al **ASEGURADO** durante el **PERIODO DE CARENCIA** no serán cubiertas en ningún momento por la **PÓLIZA** de seguro.
6. **RED CERRADA:** Modalidad del **CONTRATO DE SEGURO** en el que el **ASEGURADO** únicamente deberá acudir con el personal de salud de la **RED DE PROVEEDORES**.

II. Detalle Coberturas.

1. Cobertura básica

1.1 Coberturas de diagnóstico

Las **COBERTURAS** detalladas en los siguientes cuadros deben de haber superado el **PERIODO DE CARENCIA** de ciento ochenta (180) días contabilizados a partir del inicio de **VIGENCIA** de la **PÓLIZA**.

Cobertura	Alcance
Fase diagnóstica ambulatoria	En casos donde exista evidencia de alta sospecha ante un diagnóstico de CÁNCER , se brindan atenciones como estudios de imágenes, laboratorios y cirugías ambulatorias con el objetivo de obtener la biopsia y estudio de anatomía patológica para establecer un diagnóstico definitivo.
Fase diagnóstica hospitalaria (Cirugía diagnóstica)	Intervención quirúrgica realizada en caso el médico oncólogo considere que existe sospecha de CÁNCER en órganos difíciles de biopsiar como: el encéfalo, páncreas, ovario, riñón y testículo.

1.2 Coberturas de tratamiento oncológico

Para las **COBERTURAS** detalladas en los siguientes cuadros debe de haber superado el **PERIODO DE CARENCIA** de ciento ochenta (180) días contabilizados a partir del inicio de **VIGENCIA** de la **PÓLIZA**.

Tras haberse confirmado el diagnóstico de **CÁNCER**, el **ASEGURADO** tendrá acceso al siguiente listado de **COBERTURAS** de tratamiento:

Cobertura	Alcance
Honorarios profesionales	Pago o remuneraciones que recibe el personal de salud por algún servicio brindado a los pacientes oncológicos, tales como las consultas médicas, interconsultas, procedimientos, cirugías, entre otros. Estos serán brindados exclusivamente por la RED DE PROVEEDORES .
Quimioterapia	Tratamiento contra el CÁNCER que utiliza medicamentos diseñados para interrumpir el crecimiento y avance de las células cancerígenas y/o destruirlas. Puede ser administrado de forma ambulatoria o durante la estancia hospitalaria. Se cubre los medicamentos quimioterápicos convencionales incluyendo las vitaminas y los insumos necesarios para su administración.
Radioterapia	Tratamiento contra el CÁNCER se utilizan rayos X con alta potencia para eliminar las células cancerígenas y retrasar el crecimiento del tumor, buscando el menor daño posible al tejido sano cercano.
Complicaciones ocasionadas por el tratamiento oncológico	Problemas médicos adicionales desarrollados durante el tratamiento oncológico: Atención por complicaciones post-quimioterapia o terapia biológica: Se brinda atención hasta por un plazo de cuatro (04) semanas posteriores de haberse realizado el tratamiento oncológico. Por ejemplo: infecciones por bacterias, hongos, virus o una intoxicación gastrointestinal. Atención por complicaciones post-radioterapia: Se brinda atención por un plazo máximo de ocho (08) semanas después de haberse realizado el tratamiento oncológico. Por ejemplo: una mucositis oral o esofagitis.

Terapia modificadora de respuesta biológica o blanco dirigida	<p>Tipo de tratamiento contra el CÁNCER que utiliza medicamentos diseñados de mayor precisión para interrumpir el crecimiento de las células cancerígenas con menor daño a las células sanas.</p> <p>Siempre que sea indicado por el médico de la RED DE PROVEEDORES y autorizado por Auna Seguros. Se cubre los insumos necesarios para su administración. Puede ser administrado de forma ambulatoria o durante la estancia hospitalaria.</p>
Hormonoterapia farmacológica	<p>Convencional: Medicamentos para atenuar el crecimiento o reducir el riesgo de recurrencia de ciertos tumores.</p>
	<p>Compleja: Medicamentos de avanzada generación para para atenuar el crecimiento o reducir el riesgo de recurrencia de ciertos tumores.</p>
Albúmina humana	<p>Se cubrirá su administración, solo durante la atención hospitalaria, siempre que esté relacionado con el cuadro oncológico de fondo, previa evaluación y autorización de Auna Seguros, cumpliendo con los criterios de pertinencia.</p>
Servicios de apoyo al tratamiento	<p>Exámenes para el control y seguimiento del tratamiento contra el CÁNCER, por ejemplo:</p> <p>Exámenes de laboratorio y estudios de imágenes.</p>
Estudios de medicina nuclear	<p>Especialidad médica que utiliza sustancias radiactivas para evaluar las funciones corporales, diagnosticar y tratar el CÁNCER.</p>
Tomografía por emisión de positrones (PET Scan)	<p>Prueba de diagnóstico que permite obtener imágenes del interior del cuerpo mediante el uso de una pequeña cantidad de sustancias radiactivas.</p> <p>Incluye el examen y la sustancia radioactiva (FDG o 68Ga-PSMA), siempre que sea indicado por el médico de la RED DE PROVEEDORES y autorizado por Auna Seguros</p>
Transfusión sanguínea y hemoderivados (glóbulos rojos, plaquetas, plasma)	<p>Procedimiento médico en el que te realizan una transfusión de sangre o sus componentes, tales como glóbulos rojos, plaquetas y plasmas.</p>

Nutrición parenteral total (NPT)	<p>Alimentación endovenosa para pacientes con complicaciones intestinales o como consecuencia de cirugías de cabeza y cuello, esófago, entre otras.</p> <p>Se otorga solo durante la estancia hospitalaria hasta por un período máximo de tres (3) semanas.</p>
Nutrición enteral total (NET)	<p>Alimentación directa al aparato digestivo a través de sondas o vía oral. Durante la estancia hospitalaria hasta un máximo de tres (3) semanas.</p> <p>Siempre que sea indicado por el médico de la RED DE PROVEEDORES y solo para tumores localizados de cabeza y cuello, esófago y estómago, no extendidos en otras áreas regionales.</p>
Medicamentos no oncológicos, dispositivos médicos, materiales e insumos	<p>Medicamentos, dispositivos médicos, materiales e insumos relacionados con el tratamiento de la enfermedad oncológica. Por ejemplo: catéteres permanentes, líneas de infusión, oxígeno y anestésicos.</p>
Kit de colostomía o ileostomía	<p>Insumos otorgados posterior a una colostomía, la cual es una cirugía en la que se hace una abertura temporal o permanente desde el intestino grueso hasta la parte externa del abdomen.</p> <p>Esto ayuda a que las heces y los gases salgan del cuerpo.</p>
Trasplante de médula ósea HISTOCOM -PATIBLE	<p>Procedimiento por el cual se sustituye una médula ósea dañada por una nueva que disponga de células madre sanas.</p> <p>Esta COBERTURA NO contempla lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Estudio de donantes ni la búsqueda de estos. -Prestaciones realizadas a donantes. -Prestaciones relacionadas a trasplante de tipo haploidéntico.
Cirugía reconstructiva oncológica ante secuela mutilante	<p>Procedimiento no estético que consiste en la reconstrucción física de los pacientes que pasaron por un tipo de cirugía oncológica mutilante a causa de CÁNCER de piel y tejidos blandos del sistema músculo esquelético, inclusive en la cara y por amputación de extremidades. No incluye genitales.</p>
Kit de urostomía	<p>Insumos otorgados posterior a una urostomía, la cual es una cirugía en la que se hace una abertura pequeña en el abdomen, siendo necesario colocar un sistema de bolsa. Esto permite que la orina y la mucosidad salgan del cuerpo.</p>

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.
Prótesis internas quirúrgicamente necesarias	Sustituto artificial que se coloca en el cuerpo a consecuencia de metástasis para reemplazar una parte faltante del cuerpo. Este beneficio no 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	Exámenes que permite obtener información sobre los genes del CÁNCER del paciente, de tal manera que le permita al equipo médico adaptar y personalizar su tratamiento. Estas pruebas son solo para pacientes con CÁNCER de mama en estadios tempranos I y II A.
Reconstrucción mamaria y pezón	Cirugía que se realiza con el objetivo de devolver la forma de la mama extraída en una intervención de mastectomía radical (retiro del seno, los ganglios linfáticos axilares y los músculos pectorales). Esta COBERTURA aplica para mujeres menores de 70 años afiliadas bajo la CONDICIÓN DE NO FUMADORA . Este beneficio no incluye COBERTURA sobre procedimientos estéticos en la mama afectada, así como ningún procedimiento en la mama contralateral.
Prótesis de mama	Prótesis otorgada a las mujeres que van a tener una reconstrucción mamaria con el objetivo de recuperar el volumen habitual, complementado el proceso reconstructivo. Esta COBERTURA aplica para mujeres menores de 70 años afiliadas bajo la CONDICIÓN DE NO FUMADORA . La prótesis será la establecida por Auna Seguros a cargo de los cirujanos de la RED DE PROVEEDORES . Este beneficio se otorga por única vez, así como tampoco se cubren procedimientos de simetrización y/o pexia del busto.
Prótesis testicular post orquidectomía por CÁNCER de testículo o próstata	Prótesis testicular otorgada a los hombres que por causa de su tratamiento oncológico debe extraérsele los testículos.

Psicología en CÁNCER	Consultas brindadas por un especialista de psicología en CÁNCER , quien realiza una evaluación y tratamiento al PACIENTE ONCOLÓGICO y familiares durante todas las fases del CÁNCER .
Terapia física	Tratamiento que ayuda a recuperar la funcionalidad de algunas partes fundamentales del cuerpo después de haberte realizado un tratamiento o una cirugía contra el CÁNCER . Se cubre hasta un máximo de doce (12) sesiones.
Segunda opinión médica nacional:	Proceso de revisión del expediente clínico de un PACIENTE ONCOLÓGICO 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 sólo en una consulta y revisión del expediente médico, se excluye la realización de exámenes auxiliares adicionales y/o la repetición de estos o una revisión de los ya realizados.
Segunda opinión médica Internacional	Consulta de valoración del caso (revisión del expediente) a una institución de prestigio internacional determinada por Auna Seguros . Este beneficio consiste sólo en una consulta y revisión del expediente médico, se excluye la realización de exámenes auxiliares 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 al 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 de pacientes pediátricos	Procedimiento que ayuda a aliviar la ansiedad y a controlar el dolor y el movimiento excesivo mediante la aplicación de anestesia y durante las pruebas de imágenes a pacientes menores de catorce (14) años y seis (6) meses de edad.

Pruebas covid-19	Pruebas de descarte otorgadas a los pacientes oncológicos que van a ser hospitalizados o intervenidos quirúrgicamente únicamente por causa oncológica.
-------------------------	--

2. Coberturas adicionales preventivas

Las **COBERTURAS** detalladas en los siguientes cuadros deben de haber superado el **PERIODO DE CARENCIA** de ciento ochenta (180) días contabilizados a partir del inicio de **VIGENCIA** de la **PÓLIZA**.

Cobertura	Alcance
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.
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 El ASEGURADO deberá esperar trescientos sesenta y cinco (365) días para acceder nuevamente al próximo conjunto de exámenes.

3. 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, el cual será brindado una vez el **ASEGURADO** haya superado el **PERIODO CARENCIA** de ciento ochenta (180) días y sea admitido como **PACIENTE ONCOLÓGICO**.

Enfermero(a) Guía

Su misión es orientar al **ASEGURADO** durante los pasos que debe seguir para obtener un diagnóstico definitivo.

Ejecutivo de Apoyo

Su misión es coadyuvar 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.

Asesor Médico

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.

III. ¿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 y haya transcurrido el **PERIODO DE CARENCIA** de ciento ochenta (180) días.

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** deberán seguir estos pasos:

Requisitos para hacer uso de su cobertura de diagnóstico

- A. El **ASEGURADO** deberá de comunicarse a 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 de enviar dicho formato al siguiente correo electrónico gestión.medica.mx@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 **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**.

Acceso a la línea de Servicio de Acompañamiento mediante teléfono 55 4628 2551 y correo electrónico acompañamiento@auna.org para brindar orientación durante el tratamiento.

- 2. Atención 24/7 para aclaración de procesos, trámites y orientación sobre entrega de documentos en caso de emergencias oncológicas.
- 3. 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 Seguro**.
- 4. 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 quien le brindará atención médica.
- 5. Tras elegir al médico tratante oncólogo, el Enfermero(a) guía coordinará la cita y esperará la confirmación del **ASEGURADO**.

6. El Enfermero(a) guía canalizará al **ASEGURADO** con el Asesor médico para que este le oriente sobre los procesos, implicaciones y del tratamiento oncológico.
7. 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 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 **DEPENDIENTES ECONÓMICOS** 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 beneficio de la **COBERTURA** Básica informándole al **ASEGURADO** a través de una carta 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 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 caso se determine que el descarte de la enfermedad o diagnóstico confirmatorio se produjo dentro del **PERÍODO DE CARENCIA**, **Auna Seguros** quedará exenta de obligación respecto a la entrega de las **COBERTURAS** aquí contempladas, procediendo a la terminación automática del **CONTRATO**, lo cual dará mérito a la devolución de las **PRIMAS** pagadas pertenecientes al periodo no devengado.

IV. Unidad Especializada de Atención a Asegurados

Cuentas con la asesoría de la Unidad Especializada para Asegurados, donde podrás exponer dudas respecto a reclamaciones, consultas o quejas de algún servicio recibido por parte de **Auna Seguros** y de nuestro personal de salud en **RED DE PROVEEDORES**.

Es muy sencillo solicitar apoyo, sigue los siguientes pasos:

1. Envía un correo a: oncosalud.mx@auna.org describiendo tu solicitud o comunícate a nuestro centro de contacto.
2. En el transcurso de un día hábil uno de nuestros ejecutivos se pondrá en contacto contigo y te proporcionará un folio de seguimiento a tu solicitud.
3. **Auna Seguros** 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.

V.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 auto infligidas, intento de suicidio o de accidentes.

3. Cualquier gasto relacionado a enfermedades oncológicas preexistentes a la suscripción de la presente PÓLIZA, inclusive si hubiesen sido reveladas en el CUESTIONARIO MÉDICO (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 el tumor 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 señaladas 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 señaladas 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 señaladas 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 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 post cirugía 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 al 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, sólo 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 más 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 más 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 a 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 a criopreservación, almacenamiento, conservación, mantenimiento, preparación y/o acondicionamiento, así como el traslado y/o transporte de órganos, tejidos o células. De igual manera, cualquier gasto relacionado a prestaciones realizadas a donantes. Salvo las expresamente señaladas en el capítulo X. COBERTURAS de la presente PÓLIZA.
15. Cualquier gasto relacionado a 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 por 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 hayan sido autorizadas 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 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 a la enfermedad oncológica, listados de manera enunciativa, mas no limitativa.
19. Los traslados de ambulancia que no estén indicados y sustentados medicamente 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 frío bar, 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 excluidas los medicamentos inductivos del sueño que no tendrán COBERTURA, aunque sean derivados de padecimiento oncológico cubierto (listados de manera enunciativa más 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, quiropraxia 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 empírico. 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 a 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, más no limitativa. Incluso si su curso o estado se ha modificado por la enfermedad oncológica y su tratamiento.**

La **RED DE PROVEEDORES** podrá sufrir modificaciones por parte de **Auna Seguros**. Dichos cambios se informarán dentro de los quince (15) días hábiles siguientes en que éstos sucedan dentro de la página web www.aunaseguros.com.mx.

“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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 7 de octubre de 2024, con el número CNSF-H0714-0068-2023/CONDUSEF-006265-03.”



Directorio red de proveedores

Directorio: red de proveedores

Auna Seguros

Programa Oncológico de Salud

Este directorio está sujeto a cambios en cualquier momento, sin previo aviso, por lo tanto, te recomendamos verificar los datos actualizados en nuestra página de internet: aunaseguros.com.mx

- **Doctors Hospital Auna (DH)**
C. Ecuador 2331, Balcones de Galerías, 64620 Monterrey, N.L., México
- **Doctors Hospital East Auna (DHE)**
Av, Prol. Francisco I. Madero 6060, Libertad, 67130 Guadalupe, N.L., México
- **OCA Hospital Auna - Organización Clínica América (OCAH)**
Pino Suárez No. 645, Col. Centro, Monterrey, N.L., C.P. 64000

Datos del médico	
Nombre del médico:	Moisés González Escamilla
Especialidad:	Radioterapeuta
Domicilio según INE:	C. Bugambilia 830, Colonia Los Colorines 66275, San Pedro Garza García, N. L.
Tipo:	Clínico
Teléfono:	8116869490
Correo electrónico:	drmoisesgzz87@gmail.com
Nombre del médico:	Alejandro de Leon Cruz
Especialidad:	Oncólogo de Mama
Domicilio según INE:	C. Paseo De los Eucaliptos 3836, Colonia Las Torres, 6493, Monterrey, N.L
Tipo:	Clínico
Teléfono:	8114744747
Correo electrónico:	drdeleonom@gmail.com

Datos del médico

Nombre del médico: Carlos Alberto Leal Cavazos
Especialidad: Hemato Oncologo Pediatra
Domicilio según INE: Av. Lomas Del Vergel 136, Colonia Lomas del Vergel 64988, Monterrey, N.L.
Tipo: Clínico
Teléfono: 8113888789
Correo electrónico: drcarlosleal@hotmail.com

Nombre del médico: Eduardo Navarro Bahena
Especialidad: Cirujano oncólogo de mama
Domicilio según INE: C. Senda de La Paz 6029, Colonia Villa de Las Fuentes 64890, Monterrey, N.L.
Tipo: Quirúrgico
Teléfono: 8115536051
Correo electrónico: eduardo.navarro.bahena@gmail.com

Nombre del médico: Andrés Jaime Ortega Vázquez
Especialidad: Hematooncólogos - Trasplante
Domicilio según INE: C. J Brahms 1005, Colonia Misión Anahuac 2^{da} sec. 66050, GRAL Escobedo, N.L.
Tipo: Trasplante
Teléfono: 8112763744
Correo electrónico: andres.ov@hotmail.com

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

