



PLAN DE BENEFICIOS PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA – PAM

**FONDO DE EMPLEADOS DEL BANCO DE LA
NACIÓN**

LIMA, 2019

FONDO DE EMPLEADOS DEL BANCO DE LA NACION - FEBAN

PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA - PAM

FECHA DE INGRESO: NOMBRE DEL AFILIADO: FECHA DE NACIMIENTO: NACIONALIDAD: Nº. DNI: DIRECCIÓN O DOMICILIO: CORREO ELECTRÓNICO: DEPARTAMENTO: PROVINCIA: DISTRITO: TELEFONO FIJO: CELULAR:

INDEMNIZACION MINIMA ANUAL (IMA)	AMBULATORIO	HOSPITALARIO
	S/.15,000.00 (*)	S/.40,000.00 (*)

(*) Incluye IGV

Las cláusulas especiales que se anexan al presente documento forman parte integrante de la afiliación al Programa de Asistencia Médica del Afiliado Titular y sus Dependientes. Toda omisión, reticencia, simulación o falsedad en las declaraciones que haga el "Afiliado Titular" en la solicitud respectiva, anula de hecho la afiliación y en consecuencia toda obligación del FEBAN".

Emitida en Lima, a los días del mes de del 201 .

FIRMA Jefe de la Unidad de Bienestar Social

Firma del Afiliado

REVISAR LAS CONDICIONES que forman parte integral de la Afiliación y Desafiliación del Título III: Del Procedimiento de Afiliación y Desafiliación del Reglamento del Programa de Asistencia Médica del Fondo de Empleados del Banco de la Nación

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (LEY 29733)

Con la firma del documento el paciente expresa su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para que, en el marco de la relación como BENEFICIARIO que tiene con el FONDO DE EMPLEADOS DEL BANCO DE LA NACIÓN, sus datos personales pueden ser tratados; esto es, pueden ser recopilados, registrados, almacenados, conservados, utilizados, transferidos o recibir cualquier otra forma de procesamiento por el FONDO DE EMPLEADOS DEL BANCO DE LA NACIÓN, a fines del cumplimiento de sus obligaciones tales como Prestaciones Asistenciales de Salud, Subvenciones y Préstamos entre otros definidos por su Estatuto y Reglamento, así como de sus actividades con fines de integración o relacionadas con la cultura organizacional del FONDO DE EMPLEADOS DEL BANCO DE LA NACIÓN.

Con el propósito del cumplimiento de los fines mencionados en el párrafo precedente, el FONDO DE EMPLEADOS DEL BANCO DE LA NACIÓN podrá autorizar a un tercero especializado en: prestación de servicios de salud, servicios de procesamiento de datos, auditoría de expedientes, soporte a los procesos para los servicios que brinda el Fondo a sus beneficiarios para la ejecución de su objeto social, a realizar el tratamiento de los datos personales de EL BENEFICIARIO.

Asimismo, el BENEFICIARIO podrá dirigirse al DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A USUARIOS DEL FONDO DE EMPLEADOS DEL BANCO DE LA NACIÓN ubicado en Jr. Camaná 390, Octavo Piso, Lima en el caso que quisiera revocar el consentimiento brindado a través del presente documento, así como para ejercer los derechos de información, acceso, actualización, inclusión, rectificación, supresión u oposición previstos en la Ley N° 29733 y su Reglamento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

Tener en cuenta el artículo N° 19 Declaraciones – III Condiciones Legales del presente Plan de Beneficios en donde estipula el consentimiento para el tratamiento de datos personales del afiliado en concordancia con la Ley 29733 – Ley de Protección de datos personales.

RELACION DE AFILIADOS DEPENDIENTES: (conyugue o conviviente, hijos y padres)

Nombre dependiente - Conyugue o conviviente

- Doc. Identidad:
- Fec. Nacimiento:
- Sexo:
- Tipo Nacionalidad:
- Señas Particulares:
- Domicilio:
- Profesión / Ocupación:

Nombre dependiente - Hijo/Hija

- Doc. Identidad:
- Fec. Nacimiento:
- Tipo Nacionalidad:
- Sexo:
- Señas Particulares:
- Domicilio:
- Profesión / Ocupación:

Nombre dependiente - Padre

- Doc. Identidad:
- Fec. Nacimiento:
- Tipo Nacionalidad:
- Sexo:
- Señas Particulares:
- Domicilio:
- Profesión / Ocupación:

Nombre dependiente - Madre

- Doc. Identidad:
- Fec. Nacimiento:
- Tipo Nacionalidad:
- Sexo:
- Señas Particulares:
- Domicilio:
- Profesión / Ocupación:

RELACION DE AFILIADOS TITULARES Y DEPENDIENTES (*)

Nº DEPENDIENTES SEXO APELLIDOS Y NOMBRES FECHA DE NAC. EDAD FEC. INGRESO

DEPENDIENTE INGRESO	SEXO	APELLIDOS Y NOMBRES	F. DE NACIMIENTO	EDAD	F.	DE
------------------------	------	---------------------	------------------	------	----	----

1.- TITULAR:

2.-CONYUGUE O
CONVIVIENTE:

3.- HIJO / A:

4.- PADRE:

5- MADRE:

(*)Los afiliados al PAM titulares y dependientes deben tener en consideración lo establecido en el título I y II, de los afiliados al PAM del Reglamento PAM.

CONDICIONES ESPECIALES

PERIODO DE CARENCIA:

En el caso de Afiliados Titulares, gozaran de los beneficios del PAM, después de vencido el tercer mes efectivo de aportación a partir de la inscripción (periodo de carencia).

En el caso de los Dependientes y Facultativos, gozar de los beneficios del PAM después de vencido el sexto mes efectivo de aportación a partir de la inscripción (periodo de carencia) y para los hijos afiliados de 0 a (6) meses no tienen periodo de carencia.

Asimismo, no se aplicará periodo de carencia desde el primer día de la afiliación para aquellos afiliados ante la necesidad de una atención de emergencia de manera repentina e inesperada requiera de atención inmediata al poner en peligro inminente la vida y salud de la personas.

Este periodo de carencia de los afiliados titulares, dependientes y facultativos es de acuerdo al título III: del procedimiento de afiliación y desafiliación - capítulo II: periodo de carencia Artículo 20: Periodo de carencia del Reglamento del Programa de Asistencia Médica – Fondo de Empleados del Banco de la Nación y del presente Plan de Beneficios Art 2 – Periodos de Carencia (Condiciones Técnicas).

CLAUSULA DE EXCLUSIÓN

Queda entendido y convenido que de acuerdo a los antecedentes médicos al inicio de la afiliación del programa de asistencia médica no cubre ningún tratamiento médico hasta que pase el periodo de carencia, Asimismo, se hace presente que los Artículos 06, 07, 08 , 09 y 10 del presente Plan de Beneficios que corresponde a Condiciones técnicas, Gastos Excluidos o No Cubiertos por Grupos de Enfermedades y/o procedimientos, por Grupo de Medicamentos, Tarifario, chequeos médicos preventivos y otros no se encuentra coberturados por el Programa de Asistencia Medica. También lo podemos visualizar en el Título IX: Exclusiones o Gastos No Cubiertos por el PAM Artículos 121-122-123-124 del Reglamento del Programa de Asistencia Medica – PAM.

**PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA PAM
TABLA DE BENEFICIOS**

INDEMNIZACION MAXIMA ANUAL	AMBULATORIO	HOSPITALARIO
(IMA)	S/.15,000.00 (*)	S/.40,000.00 (*)

(*) Incluye IGV

Clínicas	Coaseguro		Franquicia	
	FEBAN	Afiliado	Ambulatorio	Hospitalario
	72% (*)	28% (*)	S/ 50.00 (*)	S/ 150.00 (*)
RED 1	77%	23%	S/ 30	S/ 100
RED 2	77%	23%	S/ 30	S/ 100
RED 3	80%	20%	S/ 20	S/ 80

(*) Clínica Ricardo Palma

Policlínicos Feban	Deducible
	Ambulatorio
	S/. 0.00

Deducible		
Atención Médica a Domicilio en Lima		
Policlínicos Feban	S/. 0.00	
Doctor +	Nivel I	S/. 30.00 (*)
	Nivel II, Nivel III	S/. 38.00 (*)

(*) Incluye IGV

A) APORTES

A.1.) APORTES MENSUALES – ATENCIÓN MÉDICA - PAM

Descripción		Aportes PAM 12 cuotas al año
Activos BN	Titular	S/ 70.4
	Cónyuge	S/ 44.00
	Padre	S/146.00
	Madre	S/146.00
	Hijo	S/ 22.00

Pensionista nivelable	Titular	S/ 76.44
	Cónyuge	S/ 38.22
	Padre	S/ 152.88
	Madre	S/ 152.88
	Hijo	S/ 19.11

No nivelarle y otros	Titular	S/ 81.24
	Cónyuge	S/ 40.62
	Padre	S/ 162.48
	Madre	S/ 162.48
	Hijo	S/ 20.31

Trabajador Feban	Titular	S/ 72.45
	Cónyuge	S/ 45.00
	Padre	S/ 150.00
	Madre	S/ 150.00
	Hijo	S/ 22.50

Nota: Cuando los hijos cumplen la mayoría de edad (18 años):

- Cuando el afiliado dependiente hijo cumple 18 años, el sistema automáticamente los inactiva.
- Para la continuación en el programa deben de presentar los documentos sustentatorios de estudios superiores además de adjuntar los otros requisitos, los mismos que deben ser entregados anualmente, al día siguiente de haber cumplido años.
- A los hijos dependientes que hayan cumplido los 25 años, el sistema
- automáticamente los inactiva.

A.2.) APORTES MENSUALES – FONDO DE CONTINGENCIA

Descripción		Fondo de Contingencia 12 cuotas al año
Activos BN	Titular	S/ 5.87
	Cónyuge	S/ 3.67
	Padre	S/ 12.17
	Madre	S/ 12.17
	Hijo	S/ 1.83

Pensionista nivelable	Titular	S/ 6.37
	Cónyuge	S/ 3.19
	Padre	S/ 12.74
	Madre	S/ 12.74
	Hijo	S/ 1.59

No nivelable y otros	Titular	S/ 6.77
	Cónyuge	S/ 3.39
	Padre	S/ 13.54
	Madre	S/ 13.54
	Hijo	S/ 1.69

Trabajador Feban	Titular	S/ 6.04
	Cónyuge	S/ 3.75
	Padre	S/ 12.5
	Madre	S/ 12.5
	Hijo	S/ 1.88

Nota: Cuando los hijos cumplen la mayoría de edad (18 años):

- Cuando el afiliado dependiente hijo cumple 18 años, el sistema automáticamente los inactiva.
- Para la continuación en el programa deben de presentar los documentos sustentatorios de estudios superiores además de adjuntar los otros requisitos, los mismos que deben ser entregados anualmente, al día siguiente de haber cumplido años.
- A los hijos dependientes que hayan cumplido los 25 años, el sistema automáticamente los inactiva.

A.3.) APORTES ANUALES

- Afiliados Activos: Banco de la Nación 12
- Afiliados No Activos: Nivelable y Viudas (Pensionistas) 12

B.) MEDICO A DOMICILIO (A través del Proveedor: DOCTOR +)

Lima y distritos. Cobertura al 100%, excepto el pago del deducible de acuerdo al detalle de los niveles por límites geográficos (Nivel I y II), que se encuentran a continuación:

DOCTOR + S.A

1.- SERVICIO DE CONSULTA
NIVEL I
El Agustino, Barranca Bellavista, Breña, Carmen de la Legua Jesus Maria, Lima/ Cercado
Lince Magdalena del Mar Miraflores La Molina la Perla, Pueblo Libre La Punta Callao
Rimac Santa Anita, San Borja San Juan de Miraflores, San Isidro San Luis San Miguel
Surquillo Santiago de Surco, La Victoria, Chorrillos.
NIVEL II
Comas, Los Olivos, Independencia, Carabaylo, Villa maria del Triunfo, Villa el Salvador
Ventanilla Ate Vitarte San Juan de Lurigancho San martin de Porres
NIVEL III
Ancon Chaclacayo, Cineguilla, Lurigancho, Chosica, Lurin Pachacamac, Puente Piedra
Santa Rosa Punta Hermosa, Punta Negra, Santa Maria del Mar, san bartolo, Pucusana.
Nota: Costos en Soles y no incluyen IGV .

2.- SERVICIO DE AMBULANCIA
NIVEL I
El Agustino, Barranca Bellavista, Breña, Carmen de la Legua Jesus Maria, Lima/ Cercado
Lince ,Magdalena del Mar ,Miraflores, La Molina, La Perla, Pueblo Libre, La Punta Callao
Rimac, Santa Anita, San Borja, San Juan de Miraflores, San Isidro San Luis San Miguel
Surquillo ,Santiago de Surco, La Victoria, Chorrillos.
NIVEL II
Comas, Los Olivos, Independencia, Carabaylo, Villa maria del Triunfo, Villa el Salvador
Ventanilla ,Ate Vitarte, San Juan de Lurigancho ,San martin de Porres
NIVEL III
Ancon ,Chaclacayo, Cineguilla, Lurigancho, Chosica, Lurin Pachacamac, Puente Piedra
Santa Rosa Punta Hermosa, Punta Negra, Santa Maria del Mar, san bartolo, Pucusana.
Nota: Costos en Soles y no incluyen IGV .

**C.) SERVICIO DE EMERGENCIA - POLICLINICOS FEBAN
PROVEEDOR SERVIAL SAC – CARDIOMOVIL**

Servicio de traslado de Ambulancia en los casos de emergencia médicas en los policlínicos y cualquier otra sede de FEBAN, en la ciudad de Lima

TARIFA DE TRASLADOS DESDE EL DOMICILIO
<p>1.-Traslado por el Norte de La Clínica a Covida o Viceversa. 2.-Traslado de Aeropuerto a La Clínica o Viceversa 3.- Traslado por el Sur de la Clínica a Villa Chorrillos o Viceversa. 4.-Traslado por el Oeste de la Clínica a La Punta Callao o Viceversa. 5.-Por el Este de la Clínica a Santa Anita o Viceversa</p> <p>Nota:</p> <p>1.) El valor que el tarifario no incluye IGV 2.) Si se pasara del área antes indicada la tarifa se incrementará en un 25%</p>
TARIFA DE TRASLADOS DESDE POLICLINICOS, CEREBANES Y EL CLUB HOUSE DEL ADULTO MAYOR (CHAM)
<p>Sede Principal, ubicada en Jr. Camaná N° 390, Distrito de Cercado de Lima, Lima</p> <p>Policlínico La Calera calle Alfa Águila N° 108, Urb. La Calera de la Merced Distrito de Surquillo-Lima</p> <p>Policlínico Salamanca, ubicado en la calle Las Tunas N° 209, Urb. Los Recaudadores de Salamanca, Distrito de Ate- Lima.</p> <p>CEREBAN La Calera, ubicado en la calle Bárbara D Achille N° 223, Urbanización La Calera de la Merced, Distrito de Surquillo - Lima</p> <p>CEREBAN Mamacona, ubicado en el Kilómetro 26.5 de la Panamericana Sur, a la altura de la playa de Mamacona, Distrito de Lurín - Lima</p> <p>CEREBAN El cuadro, ubicado en Mz "A"-2, Urb. El Cuadro (referencia: Av. Nicolás Ayllón del Km. 21.5 de la Carretera Central) Distrito de Chaclacayo - Lima.</p> <p>Club House del Adulto Mayor (CHAM) ubicado en Pasaje Las Gencianas N° 150, Urbanización Recaudadores de Salamanca, Distrito de Ate- Lima.</p> <p>NOTA:</p> <p>1) El valor que indica el tarifario no incluye IGV. 2) El traslado corresponde desde los policlínicos (Lima, Salamanca, Calera), CEREBANES (Calera, Mamacona)..</p>

D.) COBERTURAS

D.1.) Cobertura por tipo de atención- Gastos Cubiertos:

TABLA DE BENEFICIOS				
INDEMNIZACION MAXIMA ANUAL		Indemnización Máxima Anual (IMA) para gastos ambulatorios: para cubrir los gastos de los servicios que se presten en forma ambulatoria, de los beneficios que cubre el PAM. La IMA es única; es decir, es una (1) anual para todos los beneficios.		S/. 15,000.00
		Indemnización Máxima Anual (IMA) para gastos hospitalarios: para cubrir los gastos de los servicios que se presten en forma hospitalaria, de los beneficios que cubre el PAM. La IMA es única; es decir, es una (1) anual para todos los beneficios		S/. 40,000.00
Descripción de beneficios				
Atención Ambulatoria 1/			Deducible	Cubierto al
Policlínicos FEBAN	Todas sus sedes	Consulta	S/. 0.00	100%
		Otros Gastos 2/		80%
Proveedores adscritos al PAM (a nivel Nacional)	Clínica Ricardo Palma	Consulta	S/. 50.00	72%
		Las prótesis internas, autosuturas, equipos, instrumental quirúrgico, material de Osteosíntesis, materiales e insumos especiales utilizados en procedimientos médicos y/o quirúrgicos prestados en forma ambulatoria u hospitalaria y cubiertos por el Tarifario FEBAN serán cubiertos al 50 % por el PAM hasta por un importe global de S/ 9 600.00 (nueve mil seiscientos y 00/100 soles) incluido el IGV por ocurrencia o siniestro. 3/		50%
		Otros Gastos 2/		72%
	Otros	Consulta		
Red 1		S/.30.00	77%	
Red 2	S/.30.00	77%		
Red 3	S/.20.00	80%		
		Las prótesis internas, autosuturas, equipos, instrumental quirúrgico, material de osteosíntesis, materiales e insumos especiales utilizados en		50%

		procedimientos médicos y/o quirúrgicos prestados en forma ambulatoria u hospitalaria y cubiertos por el Tarifario FEBAN serán cubiertos al 50 % por el PAM hasta por un importe global de S/ 9 600.00 (nueve mil seiscientos y 00/100 soles) incluido el IGV por ocurrencia o siniestro. 3/		
		Otros Gastos 2/ Red 1 Red 2 Red 3		77% 77% 80%
Reembolsos 4/	Todos (a nivel nacional)	Consulta	S/. 20.00	80%
		Las prótesis internas, autosuturas, equipos, instrumental quirúrgico, material de osteosíntesis, materiales e insumos especiales utilizados en procedimientos médicos y/o quirúrgicos prestados en forma ambulatoria u hospitalaria y cubiertos por el Tarifario FEBAN serán cubiertos al 50 % por el PAM hasta por un importe global de S/ 9 600.00 (nueve mil seiscientos y 00/100 soles) incluido el IGV por ocurrencia o siniestro. 3/		50%
		Otros Gastos		80%

1/ Las prestaciones que se cubren son de acuerdo al Tarifario FEBAN. Este beneficio involucra prestaciones de salud por atención en consultorios externos, en clínicas u hospitales adscritos o no adscritos al PAM y en los Policlínicos del FEBAN. Asimismo, las coberturas por gastos incurridos cubre : honorarios médicos, exámenes auxiliares, farmacia, hotelería y prótesis internas, que se encuentran detalladas en el artículo 68 del Reglamento PAM

Las intervenciones quirúrgicas realizadas ambulatoriamente y en sala de operaciones, serán cubiertas bajo el beneficio de hospitalización. Asimismo, el PAM cubre cirugías de acuerdo al Tarifario FEBAN; de requerirse una cirugía no cubierta o no contemplada en este tarifario, el afiliado asumirá el 100 % de los costos de dicha intervención quirúrgica. Asimismo, de requerirse una cirugía cubierta, con una técnica operatoria distinta a la que establece el Tarifario FEBAN, el afiliado asumirá la diferencia de costos (honorarios, equipos, instrumental quirúrgico, material e insumos especiales) entre esta y la cirugía establecida en el Tarifario FEBAN

El PAM no tiene tope de consultas. Dentro del mismo mes calendario, para las tres (3) primeras consultas tiene opción del crédito por planilla y a partir de la cuarta consulta el pago del coaseguro y deducible será al contado.

En los casos que el afiliado tenga más de una póliza o seguro médico para la misma atención o beneficio, el PAM cubre los gastos incurridos en la misma, en forma complementaria; la cobertura de estos gastos no incluye a los gastos por deducible ni coaseguro a cargo del afiliado, en cualquiera de las pólizas o seguros utilizados.

El procedimiento para la atención ambulatoria se encuentra detallada en el en el título VIII Procedimiento general para la atención, artículo 100 del Reglamento PAM.

El afiliado tendrá la opción de adquirir medicamentos que se le hayan prescrito en forma ambulatoria, incluyendo medicamentos oncológicos, en las boticas de los Policlínicos FEBAN o farmacias autorizadas por el PAM, asimismo la cobertura de medicamentos genéricos cubriendo al 100% en las Boticas Feban.

2/ Los servicios de medicinas; procedimientos, exámenes auxiliares y otros, que se presten en los Policlínicos FEBAN, serán solo aquellos dispuestos para dichos establecimientos. La prestación de estos servicios se otorgará en los proveedores afiliados y dispuestos para los Policlínicos FEBAN.

En los casos que el afiliado requiera de servicios que no dispongan los policlínicos FEBAN, se le direccionará su atención médica hacia el proveedor afiliado que pueda prestar este servicio; bajo las condiciones de deducible y coaseguro establecidos para este último.

Los medicamentos que se prescriban en los policlínicos FEBAN deben consignar la Denominación Común Internacional (DCI), cuando no se dispongan en su Petitorio Farmacológico de medicamentos con nombre de marca que desee el paciente, podrán ser adquiridos en los proveedores de farmacia autorizados por el PAM, asumiendo el afiliado las diferencias de precios entre los montos vigentes del proveedor y del policlínico FEBAN; siempre y cuando estos sean medicamentos cubiertos por el PAM.

Las prestaciones de farmacia, materiales e insumos que se otorguen en los policlínicos FEBAN se sujetarán al Petitorio Farmacológico autorizado para estos establecimientos

Los Servicios de diagnóstico por imágenes (radiografía, rayos x, mamografía y densitometría) que se presten en los Policlínicos Feban, serán solo aquellos dispuestos para dichos establecidos. La prestación de otros servicios se otorgará en los proveedores afiliados y dispuestos para los policlínicos FEBAN.

Los servicios (procedimientos, exámenes auxiliares, medicamentos u otros) que se deriven de atenciones o consultas atendidas en proveedores afiliados, distintos a los policlínicos FEBAN, y que sean atendidos en los policlínicos FEBAN, serán cubiertos bajo las condiciones de los coaseguros establecidos para el tipo de beneficio o atención correspondiente, el proveedor en donde se prestó la atención o consulta.

3/ El PAM no cubre prótesis internas, equipos, instrumental quirúrgico, materiales e insumos médicos en aquellos procedimientos médico/quirúrgicos no cubiertos o no ubicados en el Tarifario FEBAN; en todos estos casos, el afiliado asumirá el 100 % de los gastos.

4/ Tarifas de acuerdo al Tarifario de Reembolso FEBAN, está sujeto a las mismas políticas de coberturas y exclusiones que las atenciones por crédito. Solo se paga el 80% de los gastos cobaturados de acuerdo a las tarifas FEBAN (Reembolsos). Los consumos por el Sistema de Crédito son excluyentes con el Sistema de Reembolso, es decir, no es posible utilizar una mezcla de ambos

Atención Médica a Domicilio en Lima 1/		Deducible 2/	Cubierto al
Policlínicos FEBAN 3/	Todas sus sedes	Consulta	S/. 0.00 Medicina General o Pediatría 100% Geriatría 80%
		Laboratorio, farmacia y oxígeno	
Proveedores adscritos al PAM - Lima 4/	DOCTOR + S.A.C.	Consulta Red 1 Laboratorio y medicinas ,no incluye oxígeno	DEDUCIBLE CUBIERTO AL
		Distritos Nivel I	S/.30 - Medicina General – Pediatría (100%) -Geriatría (77%)

		Distritos Nivel II	S/.38	-Medicina General – Pediatria (100%) - Geriatria (77%)
		Distritos Nivel III	S/.38	Medicina General – Pediatria 100% Geriatria (77%)

1/ Las prestaciones que se cubren son de acuerdo al Tarifario FEBAN. Este beneficio involucra prestaciones de salud por atención médica a domicilio en Lima Metropolitana, solo mediante el sistema de crédito, no reembolso; única y exclusivamente a través de proveedores adscritos y autorizados por el PAM para este tipo de atención. Es de uso exclusivo para tratar enfermedades o afecciones (medicina general o geriatría y pediatría), que no sean emergencias ni urgencias. Este tipo de atención se encuentra sujeto a disponibilidad del proveedor afiliado. Deducibles y coaseguros fijados para la prestación y/o el establecimiento de salud.

El procedimiento para la atención médica a domicilio se encuentra detallada en el en el título VIII Procedimiento general para la atención, artículo 102 del Reglamento PAM.

2/ El pago del Deducible es al contado, hasta los límites y condiciones establecidas en la tabla de Beneficios.

3/ Las atenciones médicas a domicilio a cargo de los Policlínicos FEBAN en Lima Metropolitana, además de las mismas consideraciones establecidas para las atenciones ambulatorias en los policlínicos FEBAN, se prestarán bajo las consideraciones que a continuación se detallan:

a) Impedimento físico que dificulte su traslado a los policlínicos FEBAN y haber comunicado su limitación física previamente al FEBAN (Policlínico - División de Servicios Médicos).

b) Todas las atenciones médicas a domicilio se prestarán previa programación para lo cual el afiliado titular o dependiente deberá comunicarse con la Central de Información (Call center) del FEBAN, a fin de programar la consulta médica a domicilio.

4/ El PAM cubre estos gastos hasta los límites y condiciones establecidas en la Tabla de Beneficios de este reglamento, bajo las siguientes consideraciones:

a) Procedimientos cubiertos por el Tarifario FEBAN.

b) Prestaciones comprendidas dentro de la cobertura del presente reglamento; y

c) Deducibles y coaseguros fijados para la prestación y/o el establecimiento de salud.

Atención en Servicios de Emergencia (1)		Deducible	Cubierto al	
Proveedores Adscritos (a nivel nacional)	Atención de emergencia, prestada en los servicios de emergencia de la red de proveedores adscritos al PAM.	Consulta	S/.0.00	100%
	Emergencia(médica/accidental)	Otros		100%
Reembolsos (a nivel nacional) 2/	Atención de emergencia, prestada en los servicios de emergencia de la red de proveedores no adscritos al PAM.	Consulta	S/.0.00	100%
		Otros		100%

1/ Las prestaciones que se cubren son de acuerdo al Tarifario FEBAN.

Se entiende por Emergencia, toda situación que por presentarse en forma imprevisible, violenta o súbita, pone en peligro inminente la vida o altera grave o profundamente el estado de salud de un afiliado, y por lo tanto, se requiere la atención médica o quirúrgica inmediata. La emergencia podemos distinguirla como:

a) Emergencia accidental: Aquella producida por un accidente, es decir, por una acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad.

b) Emergencia médica: Aquella que no es consecuencia de un accidente.

Se entiende como urgencia médica todas aquellas situaciones en las que, si bien no existe riesgo inminente de muerte, se requiere una rápida intervención médica ya sea para calmar el síntoma o para prevenir complicaciones mayores.

En los servicios o salas de emergencia :

a) El PAM cubre en los servicios o salas de emergencia el 100 % de los gastos en que incurra un afiliado como consecuencia de una emergencia accidental o médica hasta los límites y condiciones establecidas en la presente Tabla de Beneficios, bajo las siguientes consideraciones: a.1.Procedimientos cubiertos por el Tarifario FEBAN y a.2. Prestaciones comprendidas dentro de la cobertura del presente plan de beneficios.

La Emergencia accidenta se cubrirá como tal, dentro de las 48 horas de ocurrida; fuera de este período, sus gastos se cubrirán bajo las condiciones establecidas en el presente Plan de Beneficios para el beneficio o atención ambulatoria.

Una vez concluida la atención en los servicios o salas de emergencia, y si el paciente por indicación médica requiere continuar con el tratamiento ya sea en hospitalización o atención ambulatoria, se aplicarán los deducibles y coaseguros respectivos, establecidos para estos tipos de atención en la Tabla de Beneficios.

b) El PAM cubre en los servicios o salas de emergencia los gastos en que incurra un afiliado como una consecuencia de una urgencia médica, bajo el beneficio o atención ambulatoria, hasta los límites y condiciones establecidas en la Tabla de Beneficios del presente documento, bajo las siguientes consideraciones: b.1. Procedimientos cubiertos por el Tarifario FEBAN b.2. Prestaciones comprendidas dentro de la cobertura del presente Plan de Beneficios.

El procedimiento para la atención de emergencia se encuentra detallada en el en el título VIII Procedimiento general para la atención, artículo 101 del Reglamento PAM.

2/ Tarifas de acuerdo al tarifario de reembolso Feban. Además las atenciones cuyas condiciones de emergencia no hayan sido determinadas por el médico tratante, serán reembolsadas bajo las condiciones de deducibles y coaseguros establecidas para la Atención Ambulatoria.

Los consumos por el Sistema de Crédito son excluyentes con el Sistema de Reembolso, es decir, no es posible utilizar una mezcla de ambos.

Atención Oftalmológica Ambulatorio 1/		Deducible	Cubierto al	
Policlínicos FEBAN	Todas sus sedes	Consulta	S/. 0.00	100%
		Otros Gastos 2/		80%
	Lima: Centro de Cataratas y Laser E.I.R.L., Instituto Oftalmosalud S.A.C, Instituto Peruano de la	Consulta	S/. 20.00	80%
		Red 3		
		Prótesis internas, equipos médicos, instrumental quirúrgico especial (marcapaso, válvulas cardiacas, clavos, punta de radiofrecuencia, hoja shaver, etc; material de Osteosíntesis, materiales o insumos		50%

Proveedores adscritos al PAM	Visión S.A.C., Instituto Oftalmológico Especializados Dr. Carlos Wong Cam S.A.C., Mácula D & t S.R.L., Centro Visión S.A.C., Oculaser Centro de Microcirugía y Laser S.A.C., Instituto Médico Quirúrgico Arequipa S.A.	especiales (malla, guía, catéteres, etc.) Hasta un importe global de S/ 9,600.00 por ocurrencia o siniestro. 3/		
		Otros Gastos 2/ Red 3		80%
Provincia: Oftalmosalud Arequipa S.A.C., Oftalmovisión S.A.C.	Consulta Red 1 Red 2 Red 3	S/.30.00	77%	
		S/.30.00	77%	
		S/.20.00	80%	
		Prótesis internas, equipos médicos, instrumental quirúrgico especial (marcapaso, válvulas cardiacas, clavos, punta de radiofrecuencia, hoja shaver, etc; material de Osteosíntesis, materiales o insumos especiales (malla, guía, catéteres, etc.) Hasta un importe global de S/ 9,600.00 por ocurrencia o siniestro. 3/		50%
Otros Gastos Red 1 Red 2 Red 3			77%	
			77%	
			80%	
Reembolsos 4/	Todos	Consulta	S/. 20.00	80%
		Prótesis internas, equipos médicos, instrumental quirúrgico especial (marcapaso, válvulas cardiacas, clavos, punta de radiofrecuencia, hoja shaver, etc; material de Osteosíntesis, materiales o insumos especiales (malla, guía, catéteres, etc.) Hasta un importe global de S/ 9,600.00 por ocurrencia o siniestro. 3/		50%
		Otros Gastos		80%

1/ Las prestaciones que se cubren son de acuerdo al Tarifario FEBAN. Este beneficio involucra prestaciones de salud por atención oftalmológica en forma ambulatoria en centros especializados adscritos o no adscritos al PAM. En Lima, la atención de este beneficio se da solo en establecimientos autorizados por el PAM, que prestan única y exclusivamente servicios especializados de oftalmología; en provincias se presta en todos los proveedores afiliados.

Asimismo el PAM cubre cirugías de acuerdo al tarifario Feban. De requerirse una cirugía no cubierta o no contemplada en este tarifario, el afiliado asumirá el 100 % de los costos de dicha intervención quirúrgica.

De requerirse una cirugía cubierta con una técnica operatoria distinta a la que establece el Tarifario FEBAN, el afiliado asumirá la diferencia de costos (honorarios, equipos, materiales e insumos especiales) entre ésta y la cirugía establecida en el Tarifario FEBAN

El PAM cubre los gastos incurridos en la atención oftalmológica hasta los límites y las mismas condiciones de Cobertura establecidas para la atención ambulatoria, según sea el caso; de acuerdo a lo establecido en el presente Plan de Beneficios. Asimismo, incluye medición de vista una vez al año

Las intervenciones quirúrgicas oftalmológicas realizadas en forma ambulatoria y en sala de operaciones serán cubiertas bajo las mismas condiciones establecidas en el presente Plan de Beneficios para la atención oftalmológica hospitalaria.
El procedimiento para la atención de oftalmológica se encuentra detallada en el en el título VIII Procedimiento general para la atención, artículo 103 del Reglamento PAM.

2/ Las prestaciones de farmacia, materiales e insumos que se otorguen en los policlínicos FEBAN se sujetarán al Petitorio Farmacológico autorizado para estos establecimientos.
Los servicios de medicinas; procedimientos, exámenes auxiliares y otros, que se presten en los Policlínicos FEBAN, serán solo aquellos dispuestos para dichos establecimientos. La prestación de estos servicios se otorgará en los proveedores afiliados y dispuestos para los Policlínicos FEBAN.

En los casos que el afiliado requiera de servicios que no dispongan los policlínicos FEBAN, se le re direccionará su atención médica hacia el proveedor afiliado que pueda prestar este servicio; bajo las condiciones de deducible y coaseguro establecidos para este último.

Los medicamentos que se prescriban en los policlínicos FEBAN deben consignar la Denominación Común Internacional (DCI), cuando no se dispongan en su Petitorio Farmacológico de medicamentos con nombre de marca que desee el paciente, podrán ser adquiridos en los proveedores de farmacia autorizados por el PAM, asumiendo el afiliado las diferencias de precios entre los montos vigentes del proveedor y del policlínico FEBAN; siempre y cuando estos sean medicamentos cubiertos por el PAM.

3/ El PAM no cubre prótesis internas, equipos, instrumental quirúrgico, materiales e insumos médicos en aquellos procedimientos médico/quirúrgicos no cubiertos o no ubicados en el Tarifario FEBAN; en todos estos casos, el afiliado asumirá el 100 % de los gastos.

4/ Tarifas de acuerdo al Tarifario de Reembolso FEBAN. El reembolso está sujeto a las mismas políticas de coberturas y exclusiones que las atenciones por crédito
Los consumos por el Sistema de Crédito son excluyentes con el Sistema de Reembolso, es decir, no es posible utilizar una mezcla de ambos.
Los servicios de establecimientos de salud no adscritos se brindarán bajo el sistema de reembolso

Atención Oftalmológica Hospitalario 1/		deducible	ubierto al
Proveedores adscritos al PAM	Lima: Centro de Cataratas y Laser E.I.R.L., Instituto Oftalmosalud S.A.C, Instituto Peruano de la Visión S.A.C., Instituto Oftalmológico Especializados	Con o sin internamiento Red 3	S/. 80.00
	Dr. Carlos Wong Cam S.A.C., Mácula D & t S.R.L., Centro Visión S.A.C., Oculaser	Prótesis internas, equipos médicos, instrumental quirúrgico especial (marcapaso, válvulas cardiacas, clavos, punta de radiofrecuencia, hoja shaver, etc; material de Osteosíntesis, materiales o insumos especiales (malla, guía, catéteres, etc.) Hasta un importe global de S/ 9,600.00 por ocurrencia o siniestro. 2/	50%
	Centro de Microcirugía y Laser S.A.C., Instituto Médico Quirúrgico Arequipa S.A	Otros Gastos	80%

	Provincia: Oftalmosalud Arequipa S.A.C., Oftalmovisión S.A.C	Con o sin internamiento		
		Red 1	S/. 100.00	77%
		Red 2	S/. 100.00	77%
		Red 3	S/. 80.00	80%
		Prótesis internas, equipos médicos, instrumental quirúrgico especial (marcapaso, válvulas cardíacas, clavos, punta de radiofrecuencia, hoja shaver, etc; material de Osteosíntesis, materiales o insumos especiales (malla, guía, catéteres, etc.) Hasta un importe global de S/ 9,600.00 por ocurrencia o siniestro. 2/		50%
		Otros Gastos		
		Red 1		77%
		Red 2		77%
		Red 3		80%
Reembolsos 3/	Todos	Con o sin internamiento	S/. 80.00	80%
		Prótesis internas, equipos médicos, instrumental quirúrgico especial (marcapaso, válvulas cardíacas, clavos, punta de radiofrecuencia, hoja shaver, etc; material de Osteosíntesis, materiales o insumos especiales (malla, guía, catéteres, etc.) Hasta un importe global de S/ 9,600.00 por ocurrencia o siniestro. 2/		50%
		Otros Gastos		80%
<p>1/ Las prestaciones que se cubren son de acuerdo al Tarifario FEBAN. Este beneficio involucra prestaciones de salud por atención oftalmológica en forma hospitalaria en centros especializados adscritos o no adscritos al PAM. En Lima, la atención de este beneficio se da solo en establecimientos autorizados por el PAM, que prestan única y exclusivamente servicios especializados de oftalmología; en provincias se presta en todos los proveedores afiliados. Asimismo el PAM cubre cirugías de acuerdo al tarifario Feban. De requerirse una cirugía no cubierta o no contemplada en este tarifario, el afiliado asumirá el 100 % de los costos de dicha intervención quirúrgica.</p> <p>De requerirse una cirugía cubierta con una técnica operatoria distinta a la que establece el Tarifario FEBAN, el afiliado asumirá la diferencia de costos (honorarios, equipos, materiales e insumos especiales) entre ésta y la cirugía establecida en el Tarifario FEBAN</p> <p>El PAM cubre los gastos incurridos en la atención oftalmológica hasta los límites y las mismas condiciones de Cobertura establecidas para la atención de hospitalización según el caso ; de acuerdo a lo establecido en el presente Plan de Beneficios.</p> <p>Las intervenciones quirúrgicas oftalmológicas realizadas en forma ambulatoria y en sala de operaciones serán cubiertas bajo las mismas condiciones establecidas en el presente Plan de Beneficios para la atención oftalmológica hospitalaria.</p> <p>En los casos de afiliados hospitalizados en proveedores no especializados que requieran la prestación de estos tipos de servicios, se exceptuará la restricción; siempre y cuando no se pueda postergar a una evaluación y tratamiento ambulatorio.</p> <p>El procedimiento para la atención de oftalmológica se encuentra detallada en el en el título VIII Procedimiento general para la atención, artículo 103 del Reglamento PAM.</p>				
2/ Los utilizados en procedimientos médicos quirúrgicos cubiertos por el tarifario FEBAN .No se cubren aquellas utilizados en procedimientos excluido o no cubiertos por el tarifario FEBAN.				
3/ Tarifas de acuerdo al Tarifario de Reembolso FEBAN. El reembolso está sujeto a las mismas políticas de coberturas y exclusiones que las atenciones por crédito.				
Los consumos por el Sistema de Crédito son excluyentes con el Sistema de Reembolso, es decir, no es posible utilizar una mezcla de ambos.				
Los servicios de establecimientos de salud no adscritos se brindarán bajo el sistema de reembolso				
Atención Odontológica 1/			Deducible 2/	Cubierto al

Policlínicos FEBAN	Todas sus sedes		
Proveedores adscritos al PAM Lima 3/	Centro Dental San José S.A.C., Centro Médico Odontológico Americano S.A.C, Centro Odontológico San Isidro E.I.R.L., Odam Odontología E..I.R.L., Dental System E.I.R.L., Medic Dental Smile E.I.R.L., Multident S.R.L., Posito del Carpio Odontología S.A.C., Dental Consulting E.I.R.L., Doctor Sonrisa S.A.C.3/	S/. 10.00	80%
Proveedores adscritos al PAM Provincia 3/	Clínica Dental Imagen S.A.C., Clínica Odontológica Torres Limay, Centro Dental Sao Paulo y Servicios de Salud E.I.R.L., Centro Médico Odontológico Americano S.A.C., Clínica Dental Bolognesi E.I.R.L., Consultorio Dental Santa Lucia E.I.R.L., Dental Center Muñoz Representaciones y Servicios Generales E.I.R.L. 3/		
<p>1/ Las prestaciones que se cubren son de acuerdo al Tarifario FEBAN. Este beneficio involucra prestaciones de salud dental, solo mediante el Sistema de Crédito, no reembolso; única y exclusivamente a través de proveedores especializados adscritos al PAM, que solo presten servicios odontológicos; con excepción en aquellas zonas o localidades donde no hayan proveedores especializados en este tipo de servicios, lo hará a través de cualquiera de los proveedores afiliados y ubicados en estas localidades.</p> <p>En los casos de afiliados hospitalizados en proveedores no especializados que requieran la prestación de estos tipos de servicios, se exceptuará la restricción; siempre y cuando no se pueda postergar a una evaluación y tratamiento ambulatorio.</p> <p>Bajo este beneficio se cubren, solo los gastos incurridos por</p> <ol style="list-style-type: none"> Obturaciones con amalgama, en piezas posteriores. Obturaciones con resina fotocurable solo en piezas anteriores. Extracciones simples. Profilaxis y destartraje ambas arcadas, solo una (1) vez al año. Radiografías periapicales <p>El PAM cubre estos gastos hasta los límites y condiciones establecidas en la presente Tabla de Beneficios, bajo las siguientes consideraciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> Procedimientos cubiertos por el Tarifario FEBAN Prestaciones comprendidas dentro de la cobertura del presente documento; y Deducibles y coaseguros fijados para la prestación y/o el establecimiento de salud. <p>Para la prestación de estos servicios se requerirá la previa autorización del odontólogo auditor del PAM para lo cual el establecimiento de salud deberá remitir obligatoriamente: Odontograma, detalle y presupuesto del servicio a brindar, Rx periapical de diagnóstico, en los casos de endodoncias y obturaciones proximales de piezas anteriores y posteriores, consentimiento informado, fotografías intraorales en casos de prótesis fijas y/o removibles.</p> <p>Adicionalmente, para el procedimiento de esta autorización, solo en los casos atendidos en la ciudad de Lima, el auditor odontólogo evaluará al afiliado mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un control pre tratamiento; para verificar la necesidad del procedimiento solicitado. - Un control pos tratamiento; para verificar el tratamiento realizado. <p>En los casos en el que el afiliado no cumpla con el control pos tratamiento por razones propias, el PAM reconocerá al proveedor todos los servicios prestados; siempre y cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> -El proveedor presente la relación de tratamientos u hoja de liquidación de gastos con la firma y documento nacional de identidad del afiliado, acreditando la prestación y conformidad del servicio. -El PAM autorice a través de su área administrativa competente la exoneración de presentación del informe del control pos tratamiento a cargo del odontólogo auditor del PAM. <p>El Afiliado por los gastos cubiertos debe pagar el coaseguro al contado y por los gastos no coberturados y ubicados en el Tarifario Feban debe asumir el 100% ya sea crédito o contado de acuerdo a la liquidez y aquellos no ubicados en el Tarifario Feban el afiliado debe pagar al 100% al contado</p>			
2/ Deducible por pieza tratada y terminada (pago al contado)			
3/ Sucursales de Lima y Provincia			

Atención Hospitalización 1/		Deducible	Cubierto al	
Clínicas afiliadas Lima y Provincias	Clínica Ricardo Palma	Habitación bipersonal Red 1	S/. 150.00	72%
		Prótesis internas, equipos médicos, instrumental quirúrgico especial (marcapaso, válvulas cardíacas, clavos, punta de radiofrecuencia, hoja shaver, etc; material de Osteosíntesis, materiales o insumos especiales (malla, guía, catéteres, etc.) Hasta un importe global de S/ 9,600.00 por ocurrencia o siniestro. 2/		50%
		Otros Gastos		72%
	Otros proveedores adscritos	Habitación bipersonal Red 1	S/. 100.00	77%
		Red 2	S/. 100.00	77%
		Red 3	S/. 80.00	80%
Prótesis internas, equipos médicos, instrumental quirúrgico especial (marcapaso, válvulas cardíacas, clavos, punta de radiofrecuencia, hoja shaver, etc; material de Osteosíntesis, materiales o insumos especiales (malla, guía, catéteres, etc.) Hasta un importe global de S/ 9,600.00 por ocurrencia o siniestro. 2/			50%	
Otros Gastos Red 1		77%		
Red 2		77%		
Red 3		80%		
Reembolsos 3/	Todos (a nivel nacional)	Habitación bipersonal	S/. 80.00	80%
		Prótesis internas, equipos médicos, instrumental quirúrgico especial (marcapaso, válvulas cardíacas, clavos, punta de radiofrecuencia, hoja shaver, etc; material de Osteosíntesis, materiales o insumos especiales (malla, guía, catéteres, etc.) Hasta un importe global de S/ 9,600.00 por ocurrencia o siniestro. 2/		50%
		Otros Gastos		80%

1/Las prestaciones que se cubren son de acuerdo al Tarifario FEBAN. Este beneficio involucra prestaciones de salud por internamiento en centros especializados, clínicas u hospitales adscritos y no adscritos al PAM; ya sea para tratamiento médico y/o quirúrgico.

Bajo este beneficio se cubren los gastos incurridos por:

Honorarios médicos/quirúrgicos, exámenes auxiliares, hotelería, Farmacia y prótesis detalladas en el Art.83 del Reglamento PAM.

El PAM cubre estos gastos hasta los límites y condiciones establecidas en la Tabla de Beneficios, bajo las siguientes consideraciones:

-Procedimientos cubiertos por el Tarifario FEBAN.

-Prestaciones comprendidas dentro de la cobertura del presente reglamento.

-Deducibles y coaseguros fijados para la prestación y/o el establecimiento de salud.

Bajo este tipo de atención se cubren también las intervenciones quirúrgicas realizadas en forma ambulatoria y en sala de operaciones de todas las atenciones cubiertas por el PAM; incluyendo aquellas prestaciones otorgadas en los servicios o salas de emergencia, que requieran de internamiento para la continuidad del tratamiento médico y/o quirúrgico.

El PAM cubre cirugías de acuerdo al tarifario Feban , de requerirse una cirugía no cubierta o no contemplada en este tarifario, el afiliado asumirá el 100% de los costos de dicha intervención quirúrgica. Asimismo, de requerirse una cirugía cubierta, con una técnica operatoria distinta a la que establece el tarifario FEBAN, el afiliado asumirá la diferencia de costos (honorarios; equipos; materiales e insumos especiales) entre esta y la cirugía establecida en el tarifario FEBAN.

En las siguientes cirugías laparoscópicas: colecistectomía, apendicetomía, hernioplastia inguinal, histerectomía, quistectomía ovárica y cirugía artroscópica, los equipos, materiales e insumos especiales serán cubiertos hasta el 80 % por el PAM; excepto: equipo de ligasure, hoja shaver; punta de radiofrecuencia; anclas; autosuturas; y mallas, cuya cobertura será del 50 % a cargo del FEBAN hasta por un importe global de S/ 9 600.00 (nueve mil seiscientos y 00/100 soles) incluido el IGV por ocurrencia o Siniestro.

El procedimiento para la atención hospitalización se encuentra detallada en el en el título VIII Procedimiento general para la atención, artículo 106 del Reglamento PAM.

2/ Los utilizados en procedimientos médicos quirúrgicos cubiertos por el tarifario FEBAN .No se cubren aquellas utilizados en procedimientos excluido o no cubiertos por el tarifario FEBAN.

Asimismo en los casos de colecistectomía, hernioplastia inguinal, quistectomía ovárica, histerectomía laparoscópica y cirugía artroscópica, la cobertura es al 80 %; excepto equipo de ligasure, hoja shaver; punta de radiofrecuencia, anclas, auto suturas y mallas, los cuales seguirán siendo cubiertos al 50 % a cargo de Feban.

El PAM no cubre prótesis internas, equipos, instrumental quirúrgico, materiales e insumos médicos en aquellos procedimientos médico/quirúrgicos no cubiertos o no ubicados en el Tarifario FEBAN; en todos estos casos, el afiliado asumirá el 100 % de los gastos.

3/ Tarifas de acuerdo al Tarifario de Reembolso FEBAN. El reembolso está sujeto a las mismas políticas de coberturas y exclusiones que las atenciones por crédito.

Los consumos por el Sistema de Crédito son excluyentes con el Sistema de Reembolso, es decir, no es posible utilizar una mezcla de ambos.

Los servicios de establecimientos de salud no adscritos se brindarán bajo el sistema de reembolso.

Atención Oncológica 1/		Deducible	Cubierto al
Policlínicos FEBAN	Consulta oncológica Quimioterapias Medicamentos oncológicos 2/ Servicios de ayuda diagnóstica 3/	S/. 0.00	100%
Proveedores adscritos al PAM Lima y Provincia	Consulta oncológica Quimioterapias Radioterapias Cirugías oncológicas Medicamentos oncológicos 2/ Servicios de ayuda diagnóstica 3/	S/. 0.00	100%
	Prótesis internas y el material de osteosíntesis serán cubiertas al 50 % por el PAM hasta por un importe global de S/ 9 600.00 (nueve mil seiscientos y 00/100 soles) incluido el IGV por ocurrencia o siniestro. Cualquier otro material e insumo, auto sutura, equipo o instrumental quirúrgico. El PAM no cubre prótesis internas, equipos, instrumental quirúrgico, Materiales e insumos médicos en aquellos procedimientos medico/quirúrgicos no cubiertos o no ubicados en el Tarifario FEBAN; en todos estos casos, el afiliado asumirá el 100 %de los gastos.		50%
Reembolsos 4/	Las mismas prestaciones cubiertas y otorgadas bajo el Sistema de Crédito	S/. 0.00	100%

1/Las prestaciones que se cubren son de acuerdo al Tarifario FEBAN. Este beneficio involucra prestaciones de salud única y exclusivamente para el tratamiento oncológico en forma ambulatoria u hospitalaria; en clínicas u hospitales adscritos al PAM (bajo el sistema de crédito) y no adscritos (bajo el

sistema de reembolso).

Bajo el Sistema de Crédito se otorgará a través de proveedores especializados adscritos al PAM, que presten Servicios Oncológicos y con los cuales se haya convenido expresamente tarifas para la prestación de este tipo de servicios; con excepción, en aquellas zonas o localidades donde no hayan proveedores especializados en este tipo de servicios y/o no se hayan convenido tarifas para la prestación de este tipo de servicios, lo hará a través de cualquiera de los proveedores afiliados y ubicados en estas localidades; siempre y cuando la especialidad del médico que preste la atención corresponda al campo de la oncología.

En los casos de pacientes hospitalizados en proveedores no autorizados, que requieran la prestación de servicios oncológicos, se exceptuará la restricción de este tipo de atención; siempre y cuando no se pueda postergar a una evaluación y tratamiento ambulatorio.

Los servicios prestados por proveedores afiliados no autorizados y/o profesionales médicos cuyas especialidades no correspondan al campo de la oncología no serán reconocidos como beneficio oncológico; se reconocerán como beneficio ambulatorio u hospitalario, según sea el caso; con excepción, en zonas o localidades donde no haya proveedores especializados afiliados en este tipo de servicios.

La Cobertura en atención oncológica se cubren al 100 %, hasta los límites y condiciones establecidas en la Tabla de Beneficios del presente documento por los gastos incurridos en las siguientes prestaciones: Quimioterapias, radioterapias, cirugías oncológicas, medicamentos oncológicos, y servicios de ayuda diagnóstico para control y seguimiento; siempre y cuando, sean solicitados por médicos cuyas especialidades correspondan al campo oncológico.

Cualquier otra prestación distinta a las que se citan líneas arriba, que requiera por indicación médica en forma ambulatoria u hospitalaria el afiliado portador de un cáncer, será cubierta bajo el beneficio o atención ambulatoria u hospitalaria según sea el caso, es decir, se aplicaran los deducibles y coaseguros respectivos.

El PAM procederá a la atención y cobertura oncológica, desde la fecha de inscripción en el Registro de Pacientes Oncológicos del PAM, dicha inscripción se hará con la presentación del informe de anatomía patológica y deberá cumplir con requisitos detallados en el art.92 del Reglamento PAM.

En caso de que por factores de riesgo médico no se pueda realizar el estudio histológico para el diagnóstico de cáncer, el afiliado deberá acreditar el riesgo mediante informe médico oncológico sustentatorio y visado por el director médico o personal autorizado de dicha entidad.

En los casos que la inscripción en el Registro de Pacientes Oncológicos del PAM ocurriera en el curso de una prestación en forma hospitalaria de las que se describen, hasta diez (10) días calendarios después del alta hospitalaria, estas serán cubiertas al 100 % desde el inicio hasta el final de su ocurrencia, bajo el beneficio oncológico.

En los casos que en la atención oncológica en forma ambulatoria u hospitalaria se prestara un servicio distinto a los que se describen, estos se cubrirán hasta los límites y condiciones de deducible y coaseguro establecidos en LA Tabla de Beneficios del presente documento; según sea el caso, beneficio ambulatorio u hospitalario.

De requerirse una cirugía no cubierta o no contemplada en este tarifario, el afiliado asumirá el 100% de los costos de dicha intervención quirúrgica. Asimismo, de requerirse una cirugía cubierta, con una técnica operatoria distinta a la que se establece en el tarifario FEBAN, el afiliado asumirá la diferencia de los costos (honorarios, equipos, materiales e insumos especiales) entre esta y la cirugía establecida en el tarifario FEBAN.

2/ Que se sujeten a las condiciones establecidas en el presente Plan de Beneficios.

Los servicios de farmacia y otros, que se presten en los policlínicos FEBAN, serán solo aquellos dispuestos para dichos establecimientos. La prestación de estos servicios se otorga en los proveedores afiliados y dispuestos para los policlínicos FEBAN. Asimismo, en lo que corresponde a prestaciones de medicamentos oncológicos que se otorguen en los policlínicos Feban se sujetaran al Petitorio Farmacológico autorizado para dichos establecimientos.

3/Solo para control y seguimiento de la afección oncológica inscrita en el registro de pacientes oncológicos del PAM; siempre y cuando, sea solicitado por médicos cuyas especialidades correspondan al campo de la oncología.

4/ Tarifas de acuerdo al Tarifario de Reembolso FEBAN.

El reembolso está sujeto a las mismas políticas de coberturas y exclusiones que las atenciones por crédito

Los consumos por el Sistema de Crédito son excluyentes con el Sistema de Reembolso, es decir, no es posible utilizar una mezcla de ambos.

Atención Maternidad 1/		Deducible	Cubierto al
Clínicas afiliadas Lima y Provincias	Clínica Ricardo Palma	Consulta Ambulatoria y Hospitalización Red 1	S/. 50.00 y S/. 150.00 72%
		Prótesis internas, equipos médicos, instrumental quirúrgico especial (marcapaso, válvulas cardiacas, clavos, punta de radiofrecuencia, hoja shaver, etc; material de Osteosíntesis, materiales o insumos especiales (malla, guía, catéteres, etc.) Hasta un importe global de S/ 9,600.00 por ocurrencia o siniestro. 2/	50%
		Otros Gastos	72%
	Otras	Consulta Ambulatoria y Hospitalización Red 1	S/. 30.00 y S/. 100.00 77%
		Red 2	S/. 100.00 77%
		Red 3	S/. 20.00 y S/. 80.00 80%
Prótesis internas, equipos médicos, instrumental quirúrgico especial (marcapaso, válvulas cardiacas, clavos, punta de radiofrecuencia, hoja shaver, etc; material de Osteosíntesis, materiales o insumos especiales (malla, guía, catéteres, etc.) Hasta un importe global de S/ 9,600.00 por ocurrencia o siniestro. 2/	50%		
Otros Gastos	80%		
Reembolsos 3/	Todos (a nivel nacional)	Consulta Ambulatoria y Hospitalización	S/. 20.00 y S/. 80.00 80%
		Prótesis internas, equipos médicos, instrumental quirúrgico especial (marcapaso, válvulas cardiacas, clavos, punta de radiofrecuencia, hoja shaver, etc; material de Osteosíntesis, materiales o insumos especiales (malla, guía, catéteres, etc.) Hasta un importe global de S/ 9,600.00 por ocurrencia o siniestro. 2/.	50%
		Otros Gastos	80%

1/ Las prestaciones que se cubren son de acuerdo al Tarifario FEBAN. Bajo este beneficio se cubren los gastos efectuados a consecuencia de cualquier forma de parto, sea este normal o por cesárea. Además, ampara los casos de abortos no provocados, considerándose como tal, la pérdida producida antes de las veinte semanas de gestación, así como de amenaza de aborto y complicaciones del embarazo.

Bajo este tipo de atención se cubren también los gastos del recién nacido desde el primer día de nacido hasta los primeros treinta (30) días calendario. Vencido dicho plazo el afiliado deberá inscribir a sus hijos conforme a lo dispuesto en el literal "b" del artículo 12 del Reglamento PAM.

a. Se cubren los controles pre y postnatales, de acuerdo al siguiente protocolo:

1 consulta mensual los siete (7) primeros meses.

1 consulta quincenal al 8.º mes

1 consulta semanal el 9.º mes, a partir de la semana 38 del embarazo.

<p>1 consulta postnatal</p> <p>Cubre ecografías de acuerdo a lo establecido en el Tarifario FEBAN. Asimismo, exámenes de laboratorio, tales como: hemograma completo, hemoglobina, hematocrito, grupo sanguíneo y factor Rh, glucosa, VDRL, Elisa VIH1 – VIH2 (descarte de SIDA), examen de orina, HBAGs (descarte de Hepatitis B). Incluye también pruebas de tamizaje neonatal (hipotiroidismo congénito; hiperplasia suprarrenal; fenilcetonuria; fibrosis quística; hipoacusia; catarata congénita). Inmunización antitetánica si fuera necesaria.</p> <p>b) Adicionalmente, se cubren los gastos incurridos por parto, cesárea, amenaza de aborto, aborto y complicaciones del embarazo: Honorarios médicos/quirúrgicos, exámenes auxiliares, farmacia, prótesis internas, materiales e insumos especiales detallados en el Art.87 del Reglamento PAM.</p> <p>c. El PAM cubre estos gastos hasta los límites y condiciones establecidas en la Tabla de Beneficios, bajo las siguientes consideraciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Procedimientos cubiertos por el Tarifario FEBAN. -Prestaciones comprendidas dentro de la cobertura del presente reglamento. -Deducibles y coaseguros fijados para la prestación y/o el establecimiento de salud. <p>El PAM no cubre los gastos de maternidad en los casos de aborto provocado; ni los que pudieran ser requeridos por afiliadas dependientes hijas y/o madres</p> <p>De requerirse una cirugía no cubierta o no contemplada en el tarifario, el afiliado asumirá el 100% de los costos de dicha intervención quirúrgica.</p> <p>Asimismo, de requerirse una cirugía cubierta, con una técnica operatoria distinta a la que se establece en el tarifario FEBAN, el afiliado asumirá la diferencia de los costos (honorarios, equipos, materiales e insumos especiales) entre esta y la cirugía establecida en el tarifario FEBAN</p> <p>De requerir el afiliado este tipo de beneficio en la red de proveedores adscritos al PAM, ya sea para atención ambulatoria u hospitalización; se seguirá el mismo procedimiento establecido en el presente Plan de Beneficios para la atención correspondiente (ambulatoria u hospitalaria).</p>				
<p>2/ El PAM no cubre prótesis internas, equipos, instrumental quirúrgico, materiales e insumos médicos en aquellos procedimientos médico/quirúrgicos no cubiertos o no ubicados en el Tarifario FEBAN; en todos estos casos, el afiliado asumirá el 100 % de los gastos.</p>				
<p>3/ Tarifas de acuerdo al Tarifario de Reembolso FEBAN.</p> <p>El reembolso está sujeto a las mismas políticas de coberturas y exclusiones que las atenciones por crédito</p> <p>Los consumos por el Sistema de Crédito son excluyentes con el Sistema de Reembolso, es decir, no es posible utilizar una mezcla de ambos.</p> <p>Los servicios de establecimientos de salud no adscritos se brindarán bajo el sistema de reembolso.</p>				
Transporte por Evacuación 1/			Deducible	Cubierto al
Proveedores afiliados Lima	Ambulancias Clave 5 S.R.L., Servicios Servial S.A.C. –Cardiomóvil	<p>El PAM cubre los gastos efectuados por el transporte de un afiliado a hospitales, clínicas y centros médicos sin afectar el IMA que le corresponde y siempre que se certifique que tal servicio es indispensable para el tratamiento y/o el estado de salud del paciente que lo exija, en las siguientes proporciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Por gastos en ambulancia local, hasta por una suma equivalente al 2.5 % de la IMA ambulatoria. -Por gastos en ambulancia u otro medio de larga distancia, hasta por una suma equivalente al 10 % de la IMA ambulatoria. -Por gastos de transporte aéreo, hasta por una suma equivalente al 12.5 % de 	S/. 0.00	100%

		la IMA ambulatoria.		
Reembolsos 2/	Todos (a nivel nacional)		S/. 0.00	100%
<p>1/ 1/ Las prestaciones que se cubren son de acuerdo al Tarifario FEBAN. Toda evacuación debe estar referida a la hospitalización del afiliado. Por lo tanto, los gastos de transporte no serán reconocidos cuando se trate de traslados del afiliado para tratamientos ambulatorios o para exámenes especiales a otras dependencias Los Beneficios de Transporte por Evacuación, no afectan a los IMA Ambulatorio, ni Hospitalario.</p> <p>El Servicio de traslado en ambulancia también se aplicará a los afiliados en casos de cirugía de alta complejidad refrendadas por el médico (hospitalizaciones quirúrgicas) de la clínica u hospital a su domicilio.</p> <p>El procedimiento para la atención de transporte evacuación se encuentra detallada en el en el título VIII Procedimiento general para la atención, artículo 108 del Reglamento PAM.</p>				
<p>2/ Tarifas de acuerdo al Tarifario de Reembolso FEBAN.</p> <p>El reembolso está sujeto a las mismas políticas de coberturas y exclusiones que las atenciones por crédito Los consumos por el Sistema de Crédito son excluyentes con el Sistema de Reembolso, es decir, no es posible utilizar una mezcla de ambos.</p> <p>Los servicios de proveedores no adscritos se brindarán bajo el Sistema de Reembolso.</p> <p>El Servicio de traslado en ambulancia también se aplicará a los afiliados en casos de cirugía de alta complejidad (cirugías neurológicas, cirugías gastrointestinales, cirugía cardiovasculares, cirugías gineco - obstétricas, campo traumatológicos, etc.) refrendadas por el médico (hospitalizaciones quirúrgicas) de la clínica u hospital a su domicilio.</p>				
Gastos de Sepelio 1/			DEDUCIBLE	CUBIERTO AL
Sepelio (a nivel nacional)	En el caso de fallecimiento de un afiliado a consecuencia de una enfermedad o accidente, el PAM cobertura los gastos de sepelio hasta por el monto señalado en la Tabla de Cobertura por Gastos de Sepelio		S/.0.00	100%
<p>1/ La cobertura alcanza a los gastos en los siguientes ítems: a) Nicho o cremación y b) Sepelio.</p> <p>Los gastos de sepelio serán reembolsados bajo dos modalidades: a) Reembolso que el afiliado o tercero que solicita directamente al FEBAN y asume con el pago de la funeraria y b) Reembolso que se paga al proveedor que da el servicio directamente a los afiliados.</p> <p>El procedimiento del reembolso por sepelio se realizara de acuerdo a los lineamientos establecidos en la Directiva respectiva.</p> <p>El monto de la prestación para los gastos de sepelio no será afectado en ningún caso por la utilización de otro rubro del programa.</p> <p>En caso de fallecimiento de un afiliado al PAM, cubre los gastos de sepelio hasta por el monto que se señala en el presente Plan de Beneficios, la misma que podrá ser variada periódicamente por la CAFEBAN.</p> <p>Cobertura Gastos de sepelio</p> <p>Proveedor que presta el servicio directamente al afiliado : Nicho o cremación Máximo S/. 2,964 (incluido IGV) y Sepelio Max S/. 2,036</p> <p>Afiliado o familiar que asume los gastos de sepelio (Tercero): Nicho o cremación Máximo S/. 2,670 (Incluido IGV) y Sepelio Max S/. 1,830</p>				

E.) COASEGURO TITULARES EX TRABAJADORES

Tienen derecho a percibir los beneficios y/o servicios asistenciales que otorga el **PAM**, los ex trabajadores del **BANCO** cuyo origen de contrato fue a plazo indeterminado, siempre y cuando cumplan con efectuar las aportaciones fijadas por el presente Plan de Beneficios. Así mismo tienen derecho a gozar de tales beneficios y/o servicios con sujeción a los reglamentos internos respectivos, los ascendientes, cónyuge y/o concubino, e hijos menores.

Para este fin se aplicará la Tabla de Coaseguro, a los ex trabajadores, cualquiera fuere su régimen pensionario, en la cual la proporción del costo será asumido por el **FEBAN** y el afiliado, en función de los años de aportación y según la Tabla Beneficios del presente documento.

Cuando el afiliado titular cese en sus labores con el Banco de la Nación y se encuentre facultado de acceder a alguno de los regímenes pensionarios vigentes, podrá acceder a la continuidad de su afiliación al PAM, así como la de sus afiliados dependientes y/o facultativos inscritos a la fecha del cese, siempre que cumpla con los requisitos que se detallan en el Título II: de los Afiliados Al PAM – Capítulo II: Permanencia de la condición del Titular del Reglamento PAM

Transcurrido los plazos pierde su derecho a reincorporarse al **PAM**.

Cobertura Coasegurados		
Titulares - Ex - trabajadores		
Años de aportacion	FEBAN %	Afiliado %
3 años	8	92
6 años	16	84
9 años	24	76
12 años	32	68
15 años	40	60
18 años	48	52
21 años	56	44
24 años	64	36
27 años	72	28
30 años Red 1(*)	72	28
30 años RED 1	77	23
30 años RED 2	77	23
30 años RED 3	80	20

(*) Clinica Ricardo Palma

IMPORTANCIA

Todos los beneficios detallados en el Plan de Beneficios se otorgan de acuerdo a las condiciones establecidas en el presente documento y a lo estipulado en el Reglamento del Programa de Asistencia Médica del Fondo de Empleados del Banco de la Nación aprobado en Sesión de CAFEBAN N° 450 del 3 de marzo suspendida y reanudada el 9 de marzo de 2017.

“Antes de asumir cualquier obligación de pago con los médicos y/o clínicas y/o servicios deberá consultarse al FEBAN - Programa de Servicios Médicos - PAM sobre los límites y condiciones del seguro”

“Incluye cláusula de: Defensa del Asegurados”

“De acuerdo a lo indicado en el presente Plan de Beneficios estará sujeta a que El FEBAN cada año otorgará una INDEMNIZACION MAXIMA ANUAL - IMA, al afiliado y a sus dependientes inscritos, siempre y cuando cumpla con los términos y condiciones del presente documento. Asimismo, EL FEBAN cada año podrá establecer incluyendo el aumento de las aportaciones, coaseguros, y del deducible anual si se diera el caso, así como el cambio del tarifario FEBAN que pudieran establecerse en el presente Plan”.

RESUMEN

PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA - PAM

GASTOS CUBIERTOS

Cubre todos los gastos necesarios correspondientes exclusivamente al tratamiento de una enfermedad o accidente bajo cobertura, sea de atención médica, hospitalaria u ambulatoria y emergencia, en los términos establecidos en el Artículo 4° (Prestaciones que otorga el PAM) de las Condiciones técnicas de Plan de Beneficios y sujeto a los plazos de carencia y espera detallados en el Artículo 2° (Períodos de carencia) de las mencionadas Condiciones.

EXCLUSIONES O GASTOS NO CUBIERTOS

Los gastos no cubiertos y las exclusiones se detallan en el Artículo 6° ,7°,8°,9° y 10° de las Condiciones técnicas del presente documento, en donde se detalla las generalidades, por grupos de enfermedades, medicamentos, exámenes auxiliares y otros no coberturados.

Ninguna responsabilidad será sumida y, por consiguiente, ningún pago será efectuado por la contratación de servicios no considerados bajo los términos del PAM, por la contratación de aquellos expresamente señalados como exclusiones en el presente documento. Tampoco será asumido por el PAM, los servicios contratados en exceso de las tarifas correspondientes.

PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCION MÉDICA DEL AFILIADO

Se encuentra establecido en el Titulo VIII: Procedimiento General Para La Atención- Capítulo I: De la Atención en la Red de Proveedores Adscritos al PAM del Reglamento PAM.

RED DE PROVEEDORES (Anexo A)

Las prestaciones que cubre el PAM, se otorgarán a través de proveedores adscritos o no al PAM.

Para los proveedores adscritos al PAM, se utilizará el Sistema de Crédito; y para los no adscritos, el Sistema de Reembolso.

Para las prestaciones que cubre el PAM, bajo el sistema de crédito, éste cuenta con las siguientes redes de proveedores afiliados:

- Red propia, o red interna de proveedores: Policlínicos FEBAN); y
- Red externa de proveedores: Clínicas: Centros Médicos; Hospitales; otros.

En el caso de los Policlínicos FEBAN, éstos sólo prestan los siguientes beneficios o atenciones:

Atención ambulatoria; y
Atención domiciliaria.

DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS AFILIADOS

Se encuentra previsto en el Título IV: Derechos y Obligaciones de los Afiliados del Reglamento del Programa de Asistencia Médica-PAM

CAUSALES DE TERMINACIÓN DE LA COBERTURA (CAUSALES DE RESOLUCIÓN AUTOMÁTICA DE LA AFILIACIÓN).

Se encuentran señaladas en los artículos 24° (Resolución automática de la afiliación), 28° (Declaración Falsa y/o Reticente) de las Condiciones Legales del presente Plan de Beneficio.

PROCEDIMIENTOS PARA PRESENTAR RECLAMOS POR INSATISFACCIÓN DE LOS ASEGURADOS

En caso de consultas y/o reclamos el afiliado puede contactarse con el FEBAN a través de su central de telefónica al teléfono 6145270 o al 6145252 anexo 316 -250 - 374, página Web: www.feban.net o acercarse personalmente a cualquiera de nuestras oficinas:

- Oficina Principal: Jirón Camaná 390 –Lima.
- Policlínico Salamanca: Calle las Tunas N° 209 Urb. Los recaudadores Salamanca de Monterrico.
- Policlínico La Calera: Calle Alfa Águila N° 108 Urb. La Calera de La Merced-Surquillo.
- Policlínico Lima: Jr. Camaná 390 Cercado de Lima.

PROCEDIMIENTO SANCIONADOR CONTRA LOS ASEGURADOS DEL PAM

Se determinan las faltas disciplinarias en las que pueden incurrir los afiliados del PAM, las sanciones correspondientes y las acciones que se han de ejecutar, a fin de evitar mayores perjuicios para el FEBAN y/o los demás afiliados y usuarios del PAM y se encuentran señaladas en el Título V: Procedimiento Sancionador Contra los Asegurados del PAM de las Condiciones Legales del presente documento.

DEFENSORIA DEL ASEGURADO

En caso que el Afiliado no esté de acuerdo con la forma en que FEBAN resolvió su controversia puede acudir a la Defensoría del afiliado – SUSALUD, siempre que dicha controversia se encuentre dentro de los alcances de su competencia según lo establecido en el Reglamento General Para la Atención de los Reclamos y Quejas de los Usuarios de las IAFAS e IPRESS – RESOLUCIÓN DE SUPERINTENDENCIA N° 160-2011-SUNASA/CD de 20.12.2011. (i) WEB: www.SUNASA.org.com.pe; (ii) Teléfono: 014405060; (iii) Dirección: Velasco Astete N° 1440 – Surco.

ANEXO 1
CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS AFILIADOS
LIMA

Clínica	Dirección	Teléfono
Clínica Ricardo Palma	Av. Javier Oeste 1066 - San Isidro	224-2224
Clínica Jesús Del Norte	Av. Carlos Izaguirre 153 - Independencia	613-4444
Cardiomedic (Instituto Cardiológico De Lima)	Jr. Washington 1491 - Cercado De Lima	433-9002
Clínica San Gabriel	Av. La Marina 2955 - San Miguel	614-2222
Instituto Oncológico De Lima	Calle Pietro Torrigiano 202 - Urb. Córpac - San Borja	224-9310
Clínica Vesalio	Calle Joseph Thompson 140 (Ex Calle Uno) Urb. Santo Tomás San Borja	618-9999
Clínica Javier Prado	Av. Javier Prado Este 499 - San Isidro	440-2000
Clínica San Pablo	Av. El Polo 789 - Urb. El Derby Surco	610-3333
Clínica San Pablo (Sede Asia - Verano)	Panamericana Sur Km. 97.5 Mz. G Lt. 2H - Boulevard Asia	530-7887
Clínica San Vicente	Av. Perú 3220 - San Martín De Porres	568-3026
Clínica Good Hope	Malecón Balta 956 - Miraflores	610-7302
Clínica El Golf	Av. Aurelio Miro Quesada 1030 San Isidro	631-0000
Clínica Las Palmeras	Av. Javier Prado Oeste 1465 - San Isidro	442-5879
Clínica Virgen Del Rosario	Jr. Castilla 976 - Magdalena	263-0776
Clínica Los Andes	Calle Asunción 177 - Miraflores	221-0468
Clínica San Juan Bautista	Av. Próceres De La Independencia 1764 - San Juan De Lurigancho	610-4545
Oncología S.A.C.	Av. Pablo Carruiry 115 - San Isidro	224-1598
Clínica San Judas Tadeo	Calle Manuel Raygada 170 - San Miguel (Alt. De La Cdra. 16 De La Av. La Marina)	219-1100
Centro Médico Medex	Av. República De Panamá 3065 - 2do Piso Centro Comercial Banco Continental - San Isidro	319-1530

Clínica Santa María Del Sur	Av. Belisario Suárez 998 - San Juan De Miraflores	466-1928
Clínica Internacional (Sede Lima)	Av. Garcilaso De La Vega 1420 Lima	619-6161
Clínica Internacional (Sede San Borja)	Av. Guardia Civil 385 - San Borja	619-6161
Clínica Providencia	Calle Carlos Gonzáles 250, 260 San Miguel	660-6020
		660-6000 (Citas)
Clínica Centenario Peruano Japonesa	Av. Paseo De Los Andes 675 - Pueblo Libre	208-8000
Clínica Limatambo	Av. República De Panamá 3606 San Isidro	617-1111
Clínica Versailles	Calle José Gabriel Aguilar Nº 200 Urb. San Agustín Etapa 1 - Comas	Central 7158786 7158788 Emergencia 715-8787

Centros Odontológicos		
Centro Odontológico San Isidro (Sede San Isidro)	Calle Manuel Bañón 236 - San Isidro	221 - 5853
Centro Odontológico San Isidro (Sede Surquillo)	Av. Angamos Este 2648 - Surquillo	449 - 1006
Centro Dental San José	Av. Géminis Mz. E Lt. 27 - Urb. Papa Juan XXIII - San Borja	226 - 1266
Multident	Av. César Vallejo 1560 - Lince	470 - 0585
Dental System (Dra. Samantha Pineda Ramal)	Calle Alpha Aguila 102 Urb. La Calera de la Merced - Surquillo	273 - 0785
Posito del Carpio Odontología	Calle Manuel Fuentes 969 - San Isidro	421 - 0367
Dental Consulting E.I.R.L.	Av. Antúnez de Mayolo 836 - 2do piso - Los Olivos	521 - 6470
Clínica Odontológico Odam	Av. Brígida Silva de Ochoa 398 Int. 503 - San Miguel	4214508
Clínica Dental Smile (Sede Surco)	Av. Caminos del Inca 3257 - Surco	274-8160
		990876404
Clínica Dental Smile (Sede Miraflores)	Jorge Chávez 115 Of. 202 - Miraflores (Cuadra 7 Av. Pardo)	445-9353
		241-3643
		995-737077

Doctor Sonrisa S.A.C.	Sede Los Olivos 1	500-3080
	Av. Carlos Izaguirre N° 691, 2do piso, urb. Mercurio	
	Sede Los Olivos 2	
	Av. Carlos Izaguirre N° 728, 2do piso	
	Sede Comas	
	Av. Universitaria Norte N° 6822, 2do piso, urb. Santa Luzmila	
	Sede Pro	
	Av. Alfredo Mendiola Mz. F. Lt. 25, 2do piso Asoc. Pro Vivienda La Estrella - Los Olivos	
	Sede Faucett	
	Av. Elmer Faucett N° 1821, Bellavista - Callao	
Odontoworld Dental Office S.R.L.	Av. 9 de Diciembre N° 210 - Lima	592-0654
Centros Oftalmológicos		
Instituto Peruano de la Visión	Jr. Mayta Cápac 1398 - Jesús María	266-0659
		266-0829
Instituto Oftalmosalud (Sede El Polo)	Av. El Polo 670 Piso 4 Torre A - 401 A- 402, A - 403 piso C. Res. Lima Polo Hunt Club - Surco	512-1210 (Citas)
Instituto Oftalmosalud (Sede San Isidro)	Av. Javier Prado Este 1142 - San Isidro	
		512-1212 (Citas)
Instituto Oftalmosalud (Sede Norte)	Av. Carlos Alberto Izaguirre 1250 MZ. K Lt. 11 -20 Angelica Gamarra - Los Olivos	
		512-1212
		(Citas)
Instituto Oftalmosalud (Sede Sur)	Av. De Los Héroes 376 San Juan de Miraflores	
		512-1212
		(Citas)
Centro de Catarata y Láser	Av. San Borja Sur 536 - San Borja	417-5230

Instituto Oftalmológico Especializado Dr. Carlos Wong	Av. Guardia Civil 554 - Urb. Córpac - San Isidro	715-0400
		226-4452
Centro Visión	Av. San Luis 2249 - San Borja	225-1627
		224-2135
Mácula D & T	Calle Carlos Ferreyros 120 - Of. 301 (esq. con la Av. Guardia Civil) - Urb. Córpac - San Isidro	205 - 0908
		0-800-11987
		(línea gratuita)
Oculaser Centro de Microcirugía y Láser S.A.C.	Av. Gral. Alvarez de Arenales 1181 Urb. Santa Beatriz - Cercado de Lima	265 - 4833
Instituto Médico Quirúrgico Arequipa S.A. (Oftalmomedic)	Av. Arequipa N° 1180, urb. Santa Beatriz - Cercado de Lima	471- 4862
FEBAN Diagnostico		
Policlínico Feban (Sede Lima)	Jr. Camaná N° 390 - Cercado de Lima	614-5252 Anexos: 317 - 263 - 246
Policlínico Feban (Sede La Calera)	Calle Alfa Águila N° 100 - 108, urb. La Calera de la Merced - Surquillo	273-0785
Policlínico Feban (Sede Salamanca)	Calle Las Tunas N° 209, urb. Los Recaudadores - Salamanca - Ate	434-3833

Centros de Diagnostico		
EMETAC (Tomografías)	Av. Petit Thouars 4350 - Miraflores	440-9156
Tomomedic	Calle la Conquista 145 - El Derby - Surco	610-3333 Anexo 1343
Centros Médicos del Perú (Resonar Diagnóstica)	Av. Javier Prado Este 4200 - Surco (Jockey Plaza - 1er piso)	719-3130
CIMEDIC	Av. Arequipa 3362 - San Isidro	442-2222
Servicios Médicos de Diagnóstico		
DPI - Diagnóstico por Imágenes	Av. Dos de Mayo 602 - San Isidro	202-3333

Centros de Hemodiálisis		
Dialysis Service	Jr. Costa Rica 260 Urb. San Felipe - Jesús María	462-0311
Establecimientos Farmacéuticos		
Boticas Arcángel	A nivel nacional	411 - 6300
		319 - 2121
Boticas Inkafarma	A nivel nacional	315 - 9000
Boticas y Salud S.A.C.	A nivel nacional	655 - 0000
Farmacia Universal SAC	A nivel nacional	417-1800
América salud SAC	A nivel nacional	617 - 0000
Botica Lima	Jr. Camaná 390 - Cercado de Lima	614-5252 Anexo 256
Botica La Calera	Calle Alfa Aguila 100 -108 Urb. La Calera - Surquillo	263-0786
Botica Salamanca	Calle las Tunas 209 - Urb. Los Recaudadores - Salamanca - Ate	434-3833

Farmacia Universal	Av. Emancipación 799 Lima	417 - 1800
	Av. la Marina 2543 San Miguel	
	Mz. D1 Lt. 13 Urbanización los pinos San Juan del Lurigancgcho	
	Av. Aviación 2898 (cruce con fray de León) San Borja	
	Av. Las palmeras 3851 urbanización las palmeras I etapa Los Olivos	
Av. Benavides 4652 tienda 6 - 7 Santiago de Surco		
Av. San Felipe 610 (Frente a la iglesia San Antonio de Padua) Jesús María		
Av. Los jardines oeste 183 urb. Las flores de Lima		

Medicina Física y Rehabilitación		
Medicina Física y Rehabilitación - IPC - Centro de Salud Integral	Calle Cinco 242 Urb. Córpac - San Isidro	476 - 0044
CELAR - Centro latinoamericano de Rehabilitación	Policlínico FEBAN Lima - Jr. Camaná 390 - Lima	263 - 0786
	Policlínico FEBAN La Calera - Alfa Aguila 100-108 - Urb. La Calera - Surquillo	434 - 3833
	Policlínico FEBAN Salamanca - Calle las Tunas 209 - Urb. Los Recaudadores - Salamanca - Ate	
Atención a Domicilio		
Doctor + SANNA - Médicos a domicilio	Calle Víctor Alzamora 460 - Surquillo	626 - 8888
		635 - 5000 Opción 4
Servicios de Ambulancias		
Clave 5	Calle Andromeda Mz. C - 4 - Lote 16 - Urb. Matellini - Chorrillos	467 - 4861
Cardiomóvil	Av. El Polo 789 - Santiago de Surco	437 - 0037
Oxígeno		
Oxígenos y Derivados	Av. República de Panamá 5603 Miraflores	446 - 6018
		241 - 9248
Laboratorio		
Laboratorio Clínico Blufstein	Policlínicos Feban Lima, Calera y Salamanca	260 - 4799
		428 - 3013
		437 - 2932

PROVINCIA

Clínica	Dirección	Teléfono
Ancash - Huaraz		
Clínica San Pablo	Jr. Huaylas 172 Independencia - Huaraz	043-428811
Nuestra Señora de las Mercedes	Av. Prolongación Centenario 502 - Huaraz	043-425811
		043-421879
Clínica San Pedro	Jr. Manuel Villavicencio 481 - Casco Urbano - Chimbote - Santa - Ancash	043-321930
Clínica Santa María de Chimbote	Jr. Elías Aguirre 761 - Chimbote	043-325073
Clínica Juan Pablo II	Jr. Villavicencio N° 376 Dist. Chimbote, provincia Santa - Ancash	043228558 928878 168
Apurimac		
Clínica de Especialidades Virgen de Cocharcas	Jr. Constitución N° 544 Andahuaylas - Apurimac	083-421701
		983617447
Asociación Cívil Santa Teresa Abancay	Av. Enrique Pelash S/N Abancay - Apurimac	083-324058
		083-321654
Arequipa		
Clínica San Juan de Dios	Av. del Ejército 1020 - Cayma - Arequipa	054-382400
Policlínico El Pacífico Camaná S.R.L.	Jr. Moquegua N° 232 Camaná - Arequipa	054-572950
Centro Médico Divino Niño - Mollendo	Calle Arequipa N° 348 - Dist. Mollendo - Proy. Islay - Dpto. Arequipa	054-535652
		969708479
Oftalmosalud Arequipa S.A.C.	Calle Mariscal Benavides N° 307 Urb. Selva Alegre- Arequipa	054-287373

Ayacucho		
Centro Médico San Cristobal	Jr. Marañón s/n - San Francisco, Distrito Ayna, Prov. La Mar, Dpto Ayacucho.	966971301
		943392733
Empresa prestadora de servicios de salud - El NAZARENO S.R.L.	Jirón quinua n° 432 Ayacucho	066 - 318543
		066 - 314517
Cajamarca		
Clínica Limatambo - CEMELIM SAC	Jr. Puno 265 barrio de Chontapaccha- Cajamarca.	076-364241
Clínica San Francisco de Asís	Av. Miguel Grau 851 - Cajamarca	076-362050
Servicio Médico la Providencia SRL	Jr. Ayacucho N° 936 - La Colmena - Cajamarca	076-506393
Clínica Santa Ana		
Clínica LOS FRESNOS	Calle Los Nogales N° 179 Urb. El Ingenio - Cajamarca	Central 076-364046
		Citas anexo 201 - 206 Emergencia anexo 101
		Celular 976637349 RPC 997926907
Cusco		
Clínica Pardo	Av. De La Cultura 710 Distrito - Wanchaq - Cusco	084-256976
Médicos Asociados Cuzco - MACSALUD	Av. De La Cultura 1410 Distrito - Wanchaq - Cusco	084-225151
		084-582060
Centro Dental Sao Paulo y Servicios de Salud EIRL	Av. de la cultura N° 1522 -Distrito - Wanchaq - Cusco	084-240957
		984519600
Clínica San José	Av. Los Incas 1408 - Cusco	084-243367
		084-253295
Junin - Huancayo		
Clínica Santo Domingo	Av. Francisco Solano 274 - San Carlos - Junin.	064-234012
Clínica Cayetano Heredia	Av. Huancavelica 745 - El Tambo - Junin.	064-247087
Clínica Elera - Centro Médico Clínica Elera SRL	Calle Tarma 194 - San Ramón - Chanchamayo - Junin	064-331527
		964823586

Huánuco		
Clínica Huánuco	Jirón Constitución 980 - Huánuco	062-514026
Clínica San Gabriel Arcángel E.I.R.L.	Jr. Dos de Mayo N° 1779, Huánuco	062-519455
Ica		
Clínica Tataje	Av. Conde de Nieva 355 -Urb. Luren - Ica	056-218471
Clínica Daniel A. Carrión	Av. Idelfonso 226 Chincha Alta - Ica	056-262667
Peruvian American Medical Society para el Perú - PAMS para el Perú	Av. San Luis Gálvez Chipoco S/N Chincha Alta - Ica (Ref. junto al colegio Pardito).	056-504326
Clínica del Dr. Julio Tataje Barriga	Av. Conde de Nieva 360 Urb. Luren - Ica	056-775025
		056-603682
Clínica Médica San Martín E.I.R.L.	Av. San Martín N° 598, urb. La Morales - Ica	056-237734
		056-215764
		056-218410
Clínica Señor de Luren de Ica	Av. San Martín N° 536 Urb. Las Morales - Ica	Central
		056-216166
		Administración
		056-211989
		Hospitalización
		056 - 222863
Clínica De Los Vasquez S.A.C.	Calle Lima N° 703 - Urb. Urbana - Chincha Alta - Ica	056 - 317535

Loreto - Iquitos		
Clínica Adventista Ana Stahl S.A.C.	Av. La Marina 285 - Punchana - Iquitos.	065-252549
		065-252529
La Libertad - Trujillo		
Clínica Peruano Americana	Av. Mansiche 810 - Urb. Santa Inés - Trujillo.	044-246371
Clínica Sánchez Ferrer	Los Laureles 436 - Urb. California - Víctor Larco - Trujillo	044-749100
		044-283338
		044-482900
Clínica San Pablo - Trujillo	Av. Húsares de Junín 690 - Urb. La Merced	044-485244
Clínica San Antonio SAC	Av. Víctor Larco N° 630 San Andrés -Trujillo	044-202597 989 036 680 976 851 888
Lambayeque - Chiclayo		
Hospital Privado Juan Pablo II	Av. Miguel Graú 1461 Distrito La Victoria - Chiclayo	074-226108
		074-226070
Hospital Privado Metropolitano	Calle Manuel María Izaga 154 - Chiclayo	074-205267

		074-228802
BM Clínica de Especialidades Médicas	Av. Santa Victoria N° 416 - Chiclayo	074-226136
Consultorio Dental Santa Lucia E.I.R.L.	Calle Saenz Peña N° 471 - Chiclayo - Lambayeque	074-325267
DPI Dr. Rosas E.I.R.L.	Av. Tinajones N° 125 con intersección Av. Tumbos N° 654, urb. Federico Villareal - Chiclayo	074-273007
		978102103
Lima		
Policlínico Sakura	Av. Julio C. Tello N° 300 - Huaral	01-2461768
Clínica San Pedro	Av. Equenique 641 - Huacho	01-2323752
Clínica La Solidaridad Barranca	Av. Víctor R. Haya de la Torre N° 165 (Ex. Jr. Pedro Sayán) - Barranca	01-2359118
		984346253
FAMIDENT Multiservicios	Av. 28 de Julio N° 327 2do. Piso - Huacho	239-1963 992081349

Moquegua		
Clínica Santa Catalina	Av. Simón Bolívar Mz. D Lt. 27 Urb. Santa Catalina - Moquegua	053-462755
		053-461015
Piura		
Clínica Virgen del Pilar	Calle Bolívar N° 285 Sullana - Piura	073-502278
Clínica Tresa	Av. A - 108- B Pariñas - Talara	073-382213
Clínica Auna - Miraflores - Clínica Miraflores	Av. Las Dalías Mz. A Lt. 12 Urb. Miraflores - Castilla	073-343037
SANNA - Clínica Belén	Calle San Cristóbal 267 Urb. El Chipe - Piura	073-285960
Clínica Santa Rosa de Sullana	Av Panamericana 332 Urb. Santa Rosa - Sullana - Piura.	073-501523
Clínica Inmaculada Concepción	Av. José Lamas N° 1011 Urb. Santa Rosa - Sullana - Piura	073-311276
		073-504898
Centro Médico Especializado Loreto S.R.L	Av. Bolognesi N° 772 - Piura	073-305384
Hospital Privado del Perú S.A.C.	Fundo Puyuntala S/N Lote 2, Caserío de Simbilá, distrito de Catacaos (Kilómetro 5 de la Carretera Catacaos).	073-285570

Puno		
Clínica Americana - Adventista	Jr. Loreto 315 - San Román - Juliaca	051-321369
Corporación Roca Perú S.R.L.	Jr. Moquegua Nº 161 Urb. Cercado - Puno	051-365909
Tacna		
PROMEDIC S. Civil RL	Calle Blondell 425 -Tacna	052-427239
Ucayali		
Clínica Amazónica	28 de Julio 401 - Callarúa - Coronel Portillo - Ucayali	061-578432
Centro médico quirúrgico Juan Pablo II E.I.R.L.	Av. Saenz Peña Nº 166, Dist. Callería Prov. Crnel. Portillo, Dpto. Ucayali	061-572854
Centros Odontológicos		
Clínica Dental Bolognesi - DENTAL BREEZE	Av. Francisco Bolognesi 175 - Casco Urbano - Ancash Chimbote	043-327335
Clínica Dental Imagen SAC	Calle Real Nº 716 Distrito del Tambo Junin - Huancayo	064-249898
O & G Odontología Integral E.I.R.L. (*)	Jr. Villar Mz. C2 Lt. 01 Urb. Las Mercedes - Piura.	073-612388
Dental Center Muñoz Representaciones y Servicios Generales E.I.R.L.	Av. Mansiche Nº 840 - 2do. Piso Urb. Santa Ines - TRUJILLO	044-204154
*Algunas clínicas también otorgan servicios odontológicos		

Centros Oftalmológicos		
Clínica de Ojos Oftalmovisión - Clínica Norte	Av. América Norte 2120 Urb. Primavera - Trujillo	044-224444
Hospital Privado del Perú S.A.C.	Fundo Puyuntala S/N Lote 2, Caserío de Simbilá, distrito de Catacaos (Kilómetro 5 de la Carretera Catacaos).	073-285570
Clínicas de Ojos Ver	Calle Los Brillantes Mz. X Lt. 17 Urb. Miraflores - Castilla - Piura	Central
		073344925 073-348851
		Celular 968175655
* Algunas clínicas también otorgan servicios oftalmológicos		

Establecimientos Farmacéuticos		
Farmacia María Inmaculada	Calle Arequipa 509 Mollendo - Arequipa	054-533265
Boticas Arcángel	A Nivel Nacional	319-2121
Boticas Inkafarma	A Nivel Nacional	315-9000
Botica Sagrado Corazón de Jesús	Jr. Daniel Villar Nº 153-Distrito Caraz, Provincia Huaylas - Departamento de Ancash	043-391559
Farmacia San Martín de Porres	Calle Julio C . Tello Nº300 -Distrito Huaral- Provincia Huaral - Departamento Lima	991429394
Farmacia Universal SAC		417- 1800
		a nivel nacional
América y salud		617- 0000
		a nivel nacional

Rehabilitación y Terapia		
Fisio + Medic	Av. Elvira Garcia N° 659 - Urb. Felipe Santiago Salaverry - Chiclayo	074-327346
FISIOMED Centro Especializado de Terapia Rehabilitación y Ortopedia S.A.C.	Jr. Junín N° 1087 - Piura	957-421 549
Laboratorio		
Laboratorio Centro Médico Especializado Loreto - Policlínico Piura	Jr. Tacna N° 697 - Cercado - Piura	073-311276
Laboratorio de Análisis Clínicos Bioanálisis Piura S.A.C	Calle Cuzco N° 1104 Int. 101 Centro - Piura	073-332252 970837739

CEREBANES Y OTROS	
CEREBAN La Calera	Ubicado en: Calle Bárbara D' Achille N° 223 Urbanización La calera de la Merced, Distrito de Surquillo – Lima.
CEREBAN Mamacona	Ubicado en el Kilómetro 26.5 de la panamericana sur, a la altura de la playa de Mamacona, Distrito de Lurín- Lima
CEREBAN El Cuadro	Ubicado en Mz "A" – 2 , Urb. El cuadro (Referencia: Av. Nicolás Ayllon del Km 21.5 de la carretera central), Distrito de Chacabayo-Lima
Institución Educativa IEI	Ubicado en la calle Engel's N° 121-125, Urb. La calera de la merced, Distrito de Surquillo-Lima
Club House del Adulto Mayor (CHAM)	Ubicado en pasaje de las gencianas N° 150, Urbanización Recaudadores de Salamanca, Distrito de Ate - Lima

PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA - PAM –FEBAN

CONDICIONES GENERALES

INDICE

INTRODUCCIÓN

I. CONDICIONES TÉCNICAS

1. Indemnización Máxima Anual – IMA por persona
2. Período de Carencia
3. Tope de Consultas
4. Prestaciones que otorga el PAM
5. Fondo de contingencia
6. Gastos No Cubiertos y Exclusiones
7. Gastos Excluidos o no Cubiertos por Grupo de Enfermedades y/o Procedimientos
8. Gastos Excluidos o no Cubiertos por Grupo de Medicamentos
9. Gastos Excluidos o No Cubiertos por el Tarifario FEBAN
10. Chequeos Médicos Preventivos (No coberturados por el PAM).

II. CONDICIONES OPERATIVAS

11. Documento Normativo para la atención
12. Requisitos para la Atención
13. Procedimiento general para la atención
14. Préstamos para el pago de prestaciones no cubiertas y/o que exceden el límite de cobertura
15. Forma de pago de los deducibles y/o coaseguros a cargo del afiliado/IMA
16. Condiciones para los Reembolsos
17. Verificación de la prestación de los servicios presentados para reembolsos

III. CONDICIONES LEGALES

18. Plan de Beneficios – programa de asistencia medica
19. Declaraciones
20. Avisos y Comunicaciones
21. Residencia
22. Vigencia, ajuste de Indemnización Máxima Anual – IMA y Modificaciones del presente documento.
23. Aceptación al presente documento
24. Resolución automática de la afiliación
25. Terminación de la cobertura
26. Revisión de los siniestros
27. Procedimiento Sancionador contra los Afiliados del PAM
28. Declaración falsa y/o reticente
29. Reclamos por Insatisfacción de los afiliados
30. Presentación y calificación del reclamo
31. Glosario: Términos y definiciones

PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA - PAM –FEBAN

INTRODUCCION

El Programa de Asistencia Médica - PAM - es uno de los principales servicios que brinda el Fondo de Empleados del Banco de la Nación, otorgando a sus afiliados activos, pensionistas y sus dependientes, el mismo que se rige por el principio de solidaridad, una atención de salud integral, a través de la Red de Proveedores de Salud de Lima y Provincias incluyendo nuestros propios Policlínicos y Boticas.

Proporciona a sus afiliados coberturas frente a los riesgos de enfermedad, maternidad, accidentes que están sujetos a un coaseguro y una franquicia; y coberturas correspondientes de los gastos de sepelio y transporte por evacuación con sujeción a la Tabla de Beneficios, con las exclusiones, restricciones y alcances inserta en el presente documento, en los términos y condiciones siguientes:

I. CONDICIONES TÉCNICAS

Artículo 1º

Indemnización Máxima Anual – IMA por persona

Todas las prestaciones se otorgan con observancia de los límites y condiciones de deducibles y coaseguros establecidos en la Tabla de Beneficios que forma parte integrante de este reglamento. Estos límites y condiciones podrán ser ajustados periódicamente por la CAFEBAN para mantener un adecuado nivel de cobertura, en relación con las elevaciones en los índices de precios.

La **Indemnización Máxima Anual – IMA**; cobertura máxima que se ofrece para cada afiliado, en cada año calendario.

El PAM otorga las siguientes indemnizaciones:

IMA para gastos ambulatorios: para cubrir los gastos de todos los servicios que se presten en forma ambulatoria, de los beneficios que cubre el PAM. Es única; es decir, es una (01) sola IMA para todos los beneficios, y no una (01) para cada beneficio.

IMA para gastos hospitalarios: para cubrir los gastos de todos los servicios que se presten en forma hospitalaria, de los beneficios que cubre el PAM. Es única; es decir, es una (01) sola IMA para todos los beneficios, y no una (01) para cada beneficio.

En caso que los importes excedan el monto de la IMA, de cada afiliado, por uno o varios siniestros en el año calendario, serán a cargo del Afiliado Titular al 100%.

Artículo 2°

Períodos de Carencia

Es el período de tiempo, establecido en la tabla de beneficios, contado desde la fecha de inscripción de la afiliación para tener derecho a los beneficios que otorga el Programa de Asistencia Médica - PAM. Pasando el tiempo de carencia con su respectiva aportación mensual se brindarán las coberturas establecidas en el Programa de Asistencia -PAM.

Los Afiliados Titulares, gozarán del derecho, después de vencido el tercer mes efectivo de aportación a partir de la inscripción (Periodo de Carencia) al Programa de Asistencia Médica y sus Dependientes y Facultativos gozarán del mismo derecho, después de vencido el sexto mes efectivo de aportación a partir de la inscripción (Periodo de Carencia) y para los hijos afiliados de 0 a (6) meses no tienen periodo de carencia.

Para las atenciones de emergencia no existe periodo de carencia, sino que las mismas se otorgan desde el primer día de afiliación.

Artículo 3°

Tope de consultas médicas

El PAM no tiene tope de consultas. Dentro del mismo mes calendario, para las tres (3) primeras consultas tiene opción del crédito por planilla y a partir de la cuarta consulta y subsiguientes el pago del coaseguro y deducible y gastos no cubiertos será al contado.

Artículo 4°

Prestaciones que Otorga el PAM

El Programa de Asistencia Médica - PAM cubren los gastos necesarios correspondientes exclusivamente al tratamiento de una enfermedad, condición médica o accidente, bajo cobertura, sea de atención médica, hospitalaria o ambulatoria, hasta el límite de la INDEMNIZACIÓN MÁXIMA ANUAL por afiliado, según el coaseguro y la franquicia, establecidos en el Plan de beneficios para cada una de las coberturas.

El AFILIADO hará uso del servicio de atención médica hospitalaria o ambulatoria, así como para las coberturas, en proveedores de salud que FEBAN no tiene convenio a través de la solicitud de reembolso.

No se reconoce hospitalizaciones cuyo objeto principal sea el chequeo, el estudio diagnóstico o despistaje que puedan realizarse en forma ambulatoria.

a) El PAM otorga las siguientes prestaciones, o beneficios:

- a.1. Atención Ambulatoria.
- a.2. Atención en Servicios de Emergencia.
- a.3. Atención Domiciliaria.
- a.4. Atención Oftalmológica.
- a.5. Atención Oncológica.
- a.6. Atención Hospitalaria.
- a.7. Atención de Maternidad.
- a.8. Atención Odontológica.
- a.9. Transporte por Evacuación.
- a.10. Gasto de Sepelio.

- b) Las prestaciones que otorga el PAM en cada uno de los beneficios descritos en el inciso a) del presente artículo, se sujetan a las coberturas expresamente establecidas en su Tarifario FEBAN.
- c) Las prestaciones de farmacia, materiales e insumos que se otorguen en los Policlínicos FEBAN, se sujetarán al Petitorio Farmacológico autorizado para estos establecimientos.
- d) El PAM cubre cirugías de acuerdo al Tarifario FEBAN; de requerirse una cirugía no cubierta o no contemplada en este tarifario, el afiliado asumirá el 100 % de los costos de dicha intervención quirúrgica. Asimismo, de requerirse una cirugía cubierta, con una técnica operatoria distinta a la que establece el Tarifario FEBAN, el afiliado asumirá la diferencia de costos (honorarios, equipos, instrumental quirúrgico, material e insumos especiales) entre esta y la cirugía establecida en el Tarifario FEBAN.
- e) Las prótesis internas, autosuturas, equipos, instrumental quirúrgico, material de osteosíntesis, materiales e insumos especiales utilizados en procedimientos médicos y/o quirúrgicos prestados en forma ambulatoria u hospitalaria y cubiertos por el Tarifario FEBAN serán cubiertos al 50 % por el PAM hasta por un importe global de S/ 9 600.00 (nueve mil seiscientos y 00/100 soles) incluido el IGV por ocurrencia o siniestro.
- f) En el beneficio oncológico las prótesis internas y el material de osteosíntesis serán cubiertas al 50 % por el PAM hasta por un importe global de S/ 9 600.00 (nueve mil seiscientos y 00/100 soles) incluido el IGV por ocurrencia o siniestro. Cualquier otro material e insumo, autosutura, equipo o instrumental quirúrgico que no contravenga el literal h) de este artículo serán cubiertos al 100 % hasta el límite establecido en la Tabla de Beneficios de este reglamento.
- g) En las siguientes cirugías laparoscópicas: colecistectomía, apendicectomía, hernioplastia inguinal, histerectomía, quistectomía ovárica y cirugía artroscópica, los equipos, materiales e insumos especiales serán cubiertos hasta el 80 % por el PAM; excepto: equipo de ligasure, hoja shaver; punta de radiofrecuencia; anclas; autosuturas; y mallas, cuya cobertura será del 50 % a cargo del FEBAN hasta por un importe global de S/ 9 600.00 (nueve mil seiscientos y 00/100 soles) incluido el IGV por ocurrencia o siniestro.
- h) El PAM no cubre prótesis internas; equipos, instrumentales quirúrgicos, materiales e insumos médicos, en aquellos procedimientos médico/quirúrgicos no cubiertos, o no ubicados en el Tarifario FEBAN; en todos estos casos, el afiliado asumirá el 100% de los gastos.
- i) Los casos, en los cuales el afiliado tenga más de una póliza o seguro médico para la misma atención o beneficio, el PAM cubre los gastos incurridos en la misma, en forma complementaria; la cobertura de estos gastos no incluye a los gastos por deducible ni coaseguro a cargo del afiliado, en cualquiera de las pólizas o seguros utilizados.

Artículo 5°

Fondo de Contingencia

El Fondo de Contingencia es un fondo que forma parte del Programa de Asistencia Médica -PAM destinado a prestar ayuda extraordinaria en caso de enfermedades que

por su tipicidad e irreversibilidad tienen un costo elevado y una terapia rehabilitadora prolongada, las cuales agotan la Indemnización Anual Máxima Asegurable del afiliado al PAM.

Asimismo, este fondo tiene como destino contribuir con los gastos no cubiertos de enfermedades con las características señaladas en el párrafo precedente y de otras que por motivos socio-económicas no pueden ser asumidos por el titular afiliado al PAM y requiere ayuda social.

La cobertura del Fondo de Contingencia se concede hasta por un (1) IMA adicional de acuerdo al primer párrafo del presente artículo y para aquellas otras enfermedades y tratamientos no considerados en el citado articulado pero que por motivos socio-económicos no pueden ser asumidos por el afiliado titular. La cobertura también alcanza a aquellas enfermedades tipificadas y que no han agotado su IMA.

Asimismo, se tendrá en cuenta lo estipulado en el Reglamento PAM - Titulo X: Fondo de Contingencia.

El aporte del Fondo de Contingencia, será igual a un aporte mensual del PAM prorrateado en 12 cuotas al año.

Todo trabajador y ex trabajador del Banco de la Nación y sus dependientes podrá afiliarse al Fondo de Contingencia en los mismos plazos, condiciones y requisitos para su afiliación al Programa de Asistencia Médica (PAM) FEBAN.

Si el Titular solicita su desafiliación al Programa de Asistencia Médica (PAM) FEBAN, acarreará automáticamente su desafiliación al Fondo de Contingencia.

Esta ayuda extraordinaria es para los afiliados al Fondo de Contingencia

Estar al día en sus aportes al Fondo Contingencia para recibir la ayuda extraordinaria, siempre y cuando cumplan con los mismos plazos, condiciones y requisitos para su afiliación al Programa de Asistencia Médica -PAM - FEBAN.

El Comité de Casos Sociales es quien otorga la concesión del beneficio con cargo al Fondo de Contingencia, teniendo en consideración el informe médico y social (este último elaborado por la Unidad de Bienestar Social.

Artículo 6°

Gastos No Cubiertos por el PAM y Exclusiones

Generalidades

- a) Ninguna responsabilidad será asumida y, por consiguiente, ningún pago será efectuado por la contratación de servicios no considerados bajo los términos del PAM, por la contratación de aquellos expresamente señalados como exclusiones en el presente reglamento.
- b) Tampoco serán asumidos por el PAM los servicios contratados en exceso de las tarifas correspondientes.
- c) Asimismo, el PAM en ninguna de las prestaciones en forma ambulatorias y/u hospitalarias (beneficios: ambulatorio, emergencia, hospitalario, oncológico, etc.), asumirá el pago de medicinas que excedan la cantidad prescrita máximo para treinta (30) días calendarios de tratamiento en la atención ambulatoria o de catorce (14) días calendarios después del alta hospitalaria; salvo, previa disposición expresa del FEBAN.

- d) El proveedor deberá tomar en cuenta en la prescripción médica, el listado de medicamentos excluidos o no cubiertos por el PAM, así como también las excepciones del caso. Este listado será proporcionado al proveedor por el FEBAN mediante anexo; y toda actualización o modificación se formalizará por escrito treinta (30) días calendarios antes de su aplicación.
- e) Es responsabilidad del proveedor el conocer y respetar el listado de medicamentos y productos no cubiertos por el FEBAN. Asimismo, es responsabilidad del FEBAN el que sus afiliados conozcan que existen medicamentos excluidos y sus excepciones.
- f) Se evitará la prescripción de medicamentos excluidos o no cubiertos por el FEBAN. De requerirse de estos por indicación médica, previa información del proveedor, este comunicará al afiliado que dicho costo será asumido por él; salvo que el asegurado solicite al PAM su cobertura vía préstamo para gastos no cubiertos y este a través de su auditoría médica lo autorice.
- g) Los medicamentos recetados deberán guardar estricta relación e indicación con el (los) diagnóstico (s) anotado (s) en el Formulario Web.
- h) Todo medicamento recetado obligatoriamente deberá precisar su presentación, dosis y tiempo total de administración.
- i) Se evitará la polifarmacia; entiéndase como polifarmacia a la prescripción de más de tres (3) medicamentos por consulta ambulatoria. En casos de polifarmacia se acompañará nota explicativa, de lo contrario se solicitará informe médico ampliatorio.
- j) Para los medicamentos en forma de aerosoles (broncodilatadores, corticoides, antiinflamatorios, etc.) solo se reconocerá la prescripción de una (1) unidad de cada uno de ellos, para treinta (30) días.
- k) En la prescripción de hipolipemiantes se adjuntarán los resultados de laboratorio que sustenten el diagnóstico y la prescripción de los mismos. La vigencia de estos resultados no deberá exceder de los tres (3) meses.
- l) En la prescripción de antiosteoporóticos solo se reconocerá alendronato, risedronato, ácido ibandronico, raloxifeno y ácido zoledrónico; para lo cual se adjuntará el informe de densitometría ósea que sustente el diagnóstico y la prescripción del mismo. La vigencia de este informe no deberá exceder de los doce (12) meses.
El score de la Densitometría ósea aceptada para el tratamiento de osteoporosis es de T: (-2.5).

La dispensación de risedronato, ácido ibandronico, raloxifeno y ácido zoledrónico, será sólo en los Policlínicos FEBAN; y proveedores única y exclusivamente de farmacia, autorizados por el FEBAN.
- m) En el tratamiento de la onicomicosis el PAM solo reconocerá el fluconazol.
- n) No se reconocerá la prescripción de medicamentos no cubiertos o excluidos del PAM.

- o) Las prótesis internas, equipos médicos, instrumental quirúrgico especial (marcapasos, válvulas cardíacas, lente intraocular monofocal convencional, clavos, punta de radiofrecuencia, hoja saber, etc.); material de osteosíntesis, materiales e insumos especiales (mallas, guías, catéteres, etc.) serán cubiertos al 50% por el PAM hasta un importe máximo de S/ 9 600.00 incluido el IGV por siniestro u ocurrencia; pero requerirán de la previa autorización del médico auditor del PAM. El PAM asumirá el 50 % del costo convenido y el afiliado asumirá el 50 % restante.
En el caso de lentes intraoculares, el PAM cubre solo lente intraocular convencional; no cubre otro tipo de lente intraocular; en el caso que el afiliado requiera un tipo de lente intraocular distinto al que cubre el PAM; deberá asumir el 100 % de la diferencia de costo entre el monofocal convencional y el que se requiera.
- p) Es responsabilidad del establecimiento de salud velar que todo servicio expresamente señalado en el presente reglamento como no-cubierto por el PAM, sea cancelado por el afiliado antes de que se brinde dicho servicio.
- q) La CAFEBAN podrá modificar las exclusiones establecidas en el artículo siguiente del presente reglamento.
- r) Las prestaciones que otorga el PAM a través de sus distintos servicios y bajo cualquiera de sus modalidades excluyen los tratamientos, enfermedades y medicamentos que se describen en el siguiente artículo. Además de los servicios y procedimientos de salud no cubiertos y no ubicados en el Tarifario FEBAN

Artículo 7°

Gastos Excluidos o No Cubiertos por Grupo de Enfermedades y/o Procedimientos

El PAM no cubre los gastos derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de las prestaciones que a continuación se describen o detallan:

1. Lesiones causadas voluntariamente a uno mismo, a consecuencia de deficiencias mentales y/o emocionales; suicidio o intento de suicidio.
2. Gastos por el tratamiento de problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular, desórdenes u otras alteraciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios u otros tejidos en esa articulación.
3. Chequeos médicos o despistajes de enfermedades, tratamientos psicológicos, psiquiátricos, kinésicos, estéticos. Tampoco los gastos relacionados a evaluaciones para obtención de licencias, empleo u otros.
4. Lesiones y tratamiento de enfermedades derivadas de prácticas y/o carreras de automóviles y motocicletas (terrestres y acuáticas), escalamiento de montañas, paracaidismo, ala delta, parapente, vuelo libre, prácticas hípicas, cacería mayor, pesca submarina, puenting, así como otros deportes considerados peligrosos o de alto riesgo.
5. Cirugía plástica, cosmética, estética y/o situaciones preexistentes para embellecimiento, mamoplastia, ginecomastia.
6. Tratamiento de fertilización o inseminación artificial o implantación de embriones.

7. Complicaciones derivadas del uso de métodos anticonceptivos.
8. Cambio de sexo.
9. Alopecia androgénica.
10. Gastos por atención de maternidad (control pre y post natal, parto normal, cesárea, complicaciones del embarazo, otros), y atención del RN; en casos de hijas o madres.
11. Enfermedades o deficiencias mentales y/o emocionales y/o curas de reposo. Se incluye la enfermedad de alzheimer.
12. Enfermedades y/o complicaciones y/o consecuencias médico-quirúrgicas ocasionadas por el consumo de alcohol en forma aguda o crónica, cigarros y/o drogas ilícitas, incluyendo tratamientos de desintoxicación u otros que pudieran indicarse.
13. Accidentes sufridos como consecuencia directa de un estado de embriaguez o bajo influencia de drogas y/o conduciendo vehículos sin la licencia correspondiente. Se considera que existe ebriedad cuando el examen de alcohol en la sangre arroje un resultado mayor de 0.50 gr/lt al momento del accidente. Igualmente se considera que existe drogadicción cuando el examen toxicológico arroje intoxicación por fármacos o estupefacientes que den lugar a pérdida de la conciencia.
14. Gastos por concepto de compra de células, tejidos y órganos ni por trasplante de órganos, implantes cocleares e implante de células madre.
15. Gastos por concepto de sangre y derivados (plasma, paquetes globulares, plaquetas, factores de coagulación).
16. Gastos por pruebas de laboratorio (tamizaje) realizadas a los donantes; cuando excedan las dos (2) unidades transfundidas al paciente.
17. Estudios diagnósticos y tratamiento para disfunción eréctil.
18. Insuficiencia o sustitución hormonal, trastorno del crecimiento; excepto tratamiento hormonal del climaterio.
19. Evaluaciones ni tratamientos, tanto médicos como quirúrgicos de sobrepeso, obesidad, obesidad mórbida, raquitismo, anorexia nerviosa y los derivados de estos diagnósticos. No se cubren la liposucción, lipoescultura e inyecciones reductoras de grasa u otros métodos liporreductores.
20. Tratamiento por infección por VIH, Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), el síndrome completo relativo al SIDA (SCRS) y todas las enfermedades causadas por o relacionadas con el virus HIV positivo, incluyendo la enfermedad conocida como Sarcoma de Kaposi.
21. Pruebas de hipersensibilidad general o específica, pruebas de provocación, procedimientos de inmunoterapia y desensibilización; excepto, aplicación de extracto alérgeno.

22. Cuidado quiropráctico o podiátrico, incluyendo cuidados de los pies relacionados con callos, pies planos, arcos débiles, pies débiles y soportes de zapatos de cualquier tipo, así como zapatos ortopédicos.
23. Medicina alternativa (acupuntura, aromaterapia, ayurveda, cromoterapia, dietética, fitoterapia, hipnosis, homeopatía, medicina folklórica, medicina holística, medicina naturopática, medicina tradicional oriental, quiromasaje, quiropráctica, qi gong, reiki reflexoterapia, sanación prakina, sofrología, terapia floral, terapia de toque, watsu, yoga).
24. Prótesis no quirúrgicas, aparatos auditivos, implante coclear, equipos mecánicos o electrónicos, camas clínicas, frenillos dentales, ortesis u otros (sillas de ruedas, muletas, plantillas ortopédicas, corsés, etc.).
25. Cuidados particulares de enfermería (a cargo de enfermeras, técnicas o auxiliares de enfermería).
26. Todo equipo, fármaco, insumo o procedimiento médico/quirúrgico de reciente implementación o nueva tecnología, que no cuente con el debido sustento científico que brinde un beneficio clínico relevante frente a los fármacos, insumos o procedimientos médicos ya existentes (Medicina Basada en Evidencia, nivel de evidencia IIa de la *Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ*); y no haya sido presentado por el proveedor de salud y contractualmente no cuente con la autorización del PAM para su cobertura.
27. Los servicios, procedimientos o tratamientos considerados médicamente no necesarios (no sustentados en Medicina Basada en Evidencia, nivel de evidencia IIa de la *Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ*).
28. Los medicamentos, insumos, implantes o material quirúrgico no aprobados por la FDA (*Food and Drugs Administration*), para la indicación que es solicitada.
29. Los procedimientos oncológicos que no se encuentren recomendados y comprendidos en la *Clinical Practice Guidelines in Oncology de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN)*; que no estén acordes a su diagnóstico oncológico y no se sustenten hasta en un nivel de evidencia 2A.
30. Los tratamientos de quimioterapia como la(s) droga(s) oncológica(s) prescrita(s) que NO hayan concluido exitosamente la Fase III de su ensayo clínico (es decir que no se demuestre su eficacia en el tratamiento oncológico) y, además, que NO se encuentren calificadas como beneficiosas por las categorías de evidencia y consenso en la *Clinical Practice Guidelines in Oncology* de los protocolos de la *National Comprehensive Cancer Network (NCCN)*.
31. Radiocirugía y radiofrecuencia.
32. Gastos por tratamiento de carácter odontológico, tales como periodontitis, ortodoncia, gingivitis, prognatismo, cirugía de encías, quistes dentales, prótesis, y todo lo relacionado con ellos; excepto aquellos expresamente cubiertos por el PAM.
33. Todos los servicios y/o gastos por tratamientos en el extranjero, sean por enfermedad o accidente.
34. Accidentes de Trabajo, actividades o enfermedades ocupacionales, accidentes de pilotos o miembros de tripulación de aeronaves.

35. Guerra internacional o civil, insurrección, rebelión, participación activa en alteraciones del orden público, servicio militar de cualquier clase, actos delictivos o criminales y fenómenos de la naturaleza, contaminación nuclear.
36. Enfermedades contagiosas que requieran aislamiento o cuarentena y que sean declaradas por el Ministerio de Salud como epidemias o pandemias por la Organización Mundial de la Salud (OMS).
37. Adquisición de lentes de contacto, monturas, cristales y/o resinas, así como la cirugía correctiva de vicios de refracción (queratoplastia, queratotomía, excimer láser y otros).
38. Medias para várices, instrumental médico para medición de presión arterial, equipos de medición de glucosa, colesterol u otros similares (equipo y tiras reactivas), equipos de oxigenoterapia.
39. Estudios o pruebas genéticas.
40. Estudio de polisomnografía.
41. Todo tipo de prestaciones médicas, diagnósticas y farmacológicas que no se encuentren disponibles en el territorio nacional.
42. Gastos por todo tipo de terapia biológica.
43. Cámara hiperbárica; excepto en los siguientes tratamientos, hasta un tope de diez (10) sesiones:
 - Infecciones necrosantes de partes blandas no costridiales.
 - Traumatismos agudos de partes blandas, síndrome de aplastamiento, síndromes compartimentales.
 - Mionecrosis clostridial-gangrena gaseosa (GG).
 - Infecciones necrosantes producidas por patología diabética (pie diabético).
 - Lesiones radioinducidas de hueso, partes blandas y mucosas.
44. Gastos por comida y cama para acompañantes. Todo tipo de servicios de confort personal durante la hospitalización, como radios, televisores, teléfonos, batas, etc. Todo tipo de transporte o alojamiento no especificado en el presente reglamento.
45. Sobrecostos de medicamentos, insumos, material médico o procedimientos diagnósticos o terapéuticos por encima de los costos establecidos por el PAM (tanto a crédito como a reembolso).
46. Gastos extemporáneos (reembolsos); máximo noventa (90) días contados a partir de la fecha de atención.
47. Medicamentos o tratamientos prescritos con fines de prevención primaria o secundaria a excepción de los siguientes medicamentos: aspirina, warfarina, clopidogrel, heparinas de alto peso molecular, metformin, profilácticos para migraña y antibióticos preoperatorios.
48. Dispositivos para la columna: separadores interespinosos e invertebrales (Coflex, Diam, DCI, entre otros). Tampoco se cubren las cirugías híbridas de columna ni los

procedimientos mínimamente invasivos: nucleoplastia, radiofrecuencia, cistectomía láser, infiltración o neulolisis facetarias, proloterapia, ozonoterapia, biacuplastia; excepto las cubiertas en el Tarifario FEBAN.

49. El PAM no cubre preexistencias; salvo:

1. Aquellas que hayan sido cubiertas durante la vigencia de un Plan Complementario de enfermedades y/o asistencia médica emitida por una IAFAS, en el periodo inmediatamente anterior a la afiliación al PAM.
2. Aquellas que hayan sido cubiertas por el PAM, en el periodo inmediatamente anterior a la re-afiliación o reingreso al PAM.
3. En ningún caso se considerará preexistencia, pasible de exclusión, a las condiciones asegurables del PEAS; salvo, que:
 - Al momento del diagnóstico de la enfermedad, el afiliado se encuentre bajo la cobertura de PEAS y plan complementario, y que haya transcurrido noventa (90) días desde su afiliación.
 - Su inscripción en el nuevo Plan de Salud Complementario se haya efectuado dentro de los sesenta (60) días de extinta la anterior relación contractual.
 - La preexistencia se haya generado durante la vigencia del Plan Complementario anterior, no haya estado excluida bajo ese contrato, y sea un beneficio cubierto también por el PAM. Asimismo, si la preexistencia no está excluida, motivo de que no fue declarada oportunamente, declaración falsa o reticente, esta condición no será cubierta en el PAM; siendo totalmente excluida del PAM.

Artículo 8°

Gastos Excluidos o No Cubiertos por Grupo de Medicamentos

El PAM no cubre los gastos por medicamentos que a continuación se describen o detallan:

1. SEGÚN ACCIÓN TERAPÉUTICA O PRINCIPIO ACTIVO:

- 1.1 Activador o Tónico Cerebrales (Neurotóxicos; Nootrópicos).
- 1.2 Albumina Humana.
- 1.3 Anabólicos – Andrógenos Esteroides.
- 1.4 Anorexígenos y afines.
- 1.5 Ansiolíticos; excepto cuando su indicación sea como coadyuvante de la anestesia.
- 1.6 Antiagregantes Plaquetarios; excepto Ácido Acetil Salicílico; y Copidogrel en post infarto agudo de miocardio, post stent coronario, postinfarto cerebral, alergia a la aspirina y enfermedad ácido péptica activa.
- 1.7 Antiasténicos, reconstituyentes y energizantes.
- 1.8 Anticonceptivos; excepto en disfunciones endocrinas y hemorragia uterina disfuncional.
- 1.9 Anticuerpos monoclonales.
- 1.10 Antidepresivos; excepto fluxetina
- 1.11 Antiinflamatorios enzimáticos
- 1.12 Antiinflamatorios tópicos (parches)
- 1.13 Antileucotrienos (Montelukast)
- 1.14 Antimicóticos ungueales, de aplicación tópica (Lacas)

- 1.15 Antimicóticos triazoles, de segunda generación (Voriconzol, Ravuconazol, Posaconazol)
- 1.16 Antinneuropáticos; excepto Gabapentina y Pregabalina en los casos de dolor neuropático
- 1.17 Antiosteoporóticos de administración parenteral (Inyectables); salvo en casos debidamente comprobados de intolerancia oral por trastornos gastrointestinales (esofagitis de reflujo; gastritis; ulcera).
- 1.18 Antipsicóticos
- 1.19 Antisépticos orales; excepto, en los casos de Gingivitis; y Aftas.
- 1.20 Anti varicosos; excepto Dobesilato de Calcio e Hidrosmina gel, en los casos de insuficiencia venosa; pero de dispensación solo en Policlínicos FEBAN, y proveedores de farmacia autorizados por el FEBAN.
- 1.21 Antivirales; solo Aciclovir en herpes zoster.
- 1.22 Bloqueadores solares puros o asociados.
- 1.23 Coctel lítico.
- 1.24 Colerético, Colelitolítico.
- 1.25 Condroprotectores y Renerador de cartílago.
- 1.26 Derivados de la Vitamina A.
- 1.27 Drotrecogin.
- 1.28 Edulcorantes; excepto en diabetes Mellitus.
- 1.29 Eritropoyetina.
- 1.30 Estimulantes de la serie blanca.
- 1.31 Expansores plasmáticos.
- 1.32 Factor IX Anti Hemofílico.
- 1.33 Factor VII Anti Hemofílico.
- 1.34 Hierro; excepto en anemia ferropénica.
- 1.35 Formulas o preparados dermatológicos; sustancias exfoliativas; humectantes y/o astringentes (shampoos; jabones; otros similares); excepto en los casos de psoriasis y dermatitis seborreica.
- 1.36 Hemostáticos.
- 1.37 Heparinas de bajo peso molecular.
- 1.38 Hepatoprotectores; excepto, Hepabionta en anemia Megaloblástica y Acido Ursodeoxicólico en cirrosis biliar primaria.
- 1.39 Hormona de crecimiento.
- 1.40 Inhibidores de la proliferación de queratocitos
- 1.41 Inmunoestimulantes.
- 1.42 Inmunoferon.
- 1.43 Inmunoglobulinas Humanas.
- 1.44 Lágrimas Artificiales; excepto, en los casos de síndrome de Sjogren; queratitis sicca; ulcera corneal; síndrome de ojo seco.
- 1.45 Levosimendan.
- 1.46 Leuprolide; solo en cáncer de próstata.
- 1.47 Medicamentos para la atención oncológica, no ubicados o no considerados en el petitorio farmacológico FEBAN de drogas oncológicas e inmunosupresoras (Anexo 1) del Reglamento.
- 1.48 Modificadores de la respuesta inmune: Interferon Alfa.
- 1.49 Modificadores de la respuesta inmune: Interferon Beta.
- 1.50 Nutrición parenteral y enteral totales.
- 1.51 Productos cosméticos y de higiene personal.
- 1.52 Productos naturales y homeopáticos.
- 1.53 Radiofármacos uso solo con fines terapéuticos.
- 1.54 Reductores de Hiperplasia prostática; excepto tramsulosina, Alfazosina y Doxazosina.
- 1.55 Retinoides; excepto Isotretinoína en acné nódulo quístico.

- 1.56 Rivaroxabán.
- 1.57 Sueros Antialérgicos.
- 1.58 Suplementos Alimentarios y preparados proteínicos; excepto en enfermedades carenciales.
- 1.59 Urolítico.
- 1.60 Vacunas; excepto antitetánica.
- 1.61 Vasodilatadores Periféricos y/o Cerebrales; excepto Pentoxifilina en problemas de circulación cerebral y periférica; y Cinarazina en síndrome vertiginoso.
- 1.62 Vitaminas solas o asociadas – minerales antioxidantes; excepto en gestantes, y calcio en osteoporosis y osteopenia.

2. OTROS:

Medicamentos o insumos que pueden ser prescritos en recetario aparte, y deben ser adquiridos por el paciente directamente debido a que no son reconocidos por el PAM del FEBAN; tales como:

- 2.1. Medicamentos caseros.
- 2.2. Medicamentos no incluidos o no considerados en la farmacopea nacional (medicamentos importados).
- 2.3. Jabones, talcos o utensilios de aseo personal
- 2.4. Leches maternizadas
- 2.5. Biberones
- 2.6. Toallas sanitarias o pañales descartables
- 2.7. Aerocámaras para aerosoles (volumatic, aerocell, etc.)

Artículo 9°

Gastos Excluidos o No Cubiertos por el Tarifario FEBAN

Son servicios y procedimientos de salud no cubiertos por el PAM:

- 1. todos aquellos contemplados o ubicados en el tarifario FEBAN como “no cubiertos”.
- 2. todos aquellos no contemplados o no ubicados en el tarifario FEBAN.

II. CONDICIONES OPERATIVAS

Artículo 11°

Documento normativo para la atención

La atención médica, se sujetará estrictamente a los procedimientos establecidos para la atención, en el “Reglamento del Programa de Asistencia Médica” del PAM.

Artículo 12°

Requisitos para la atención

Son requisitos indispensables para la atención médica a través de los establecimientos adscritos al PAM:

- a) Estar afiliado al PAM.
- b) Estar al día en sus aportaciones.
- c) No haber superado el nivel del IMA.

Artículo 13°

Procedimiento general para la atención

- a) El afiliado podrá acceder a la información de los proveedores afiliados adscritos al PAM, para cada tipo de Atención o Beneficio, a través de los Módulos de Atención al Afiliado, o través del portal de la Página Web del FEBAN.
- b) El afiliado que requiera de una atención médica deberá acudir al establecimiento de salud afiliado al PAM, portando su documento nacional de identidad (DNI), en los casos de atención médica a domicilio o transporte por evacuación, el servicio lo solicitará vía telefónica a la central autorizada.
- c) Los establecimientos afiliados al PAM a través de su módulo de atención al cliente, emitirán el Formulario Web y/u Hoja SITEDS según sea el caso para la atención y especialidad respectiva; para tal efecto:
 - Ingresará a la página web del FEBAN donde el sistema mostrará las opciones para el tipo de atención y especialidades médicas a seleccionar; y verificará en línea la información del afiliado validando la cobertura del IMA, factibilidad crediticia y su afiliación.
 - Este Formulario Web y/u Hoja SITEDS emitido deberá ser firmado por el afiliado para recibir la atención médica.
 - Dicho Formulario Web y/u Hoja SITEDS indicará si la forma de pago del deducible y coaseguro es al contado o descuento por planilla; el afiliado tendrá la opción de cancelar al contado, si así lo requiriese.
- d) En los casos de inoperatividad del sistema web, se exceptuará la presentación del Formulario Web y/u Hoja SITEDS al inicio de la prestación médica, debiendo el establecimiento regularizar la emisión de dicho documento, dentro de las setenta y dos (72) horas hábiles de restituida la operatividad de la web. El afiliado obligatoriamente deberá firmar y registrar su DNI en la documentación elaborada manualmente para la atención; en señal de conformidad.
- e) Cada Formulario Web y/u Hoja SITEDS se utilizará solo para una (1) consulta ambulatoria; de requerirse de otra o más consultas ambulatorias, cada una de ellas deberá generar un Formulario Web y/u Hoja SITEDS. En los servicios de emergencia, de requerirse una o más interconsultas no requerirán de otro Formulario Web y/u Hoja SITEDS, bastará con el formulario inicialmente emitido para la atención en los servicios de emergencia.

- f) Las interconsultas que se requieran en la consulta ambulatoria, por casos de urgencia o emergencia, debidamente fundamentados, deben seguir el mismo procedimiento establecido para la atención en servicios de emergencia; es decir, se deben prestar sin la condición previa de autorización del PAM y para tal efecto se deberá emitir el Formulario Web y/u Hoja SITEDS para la atención en los servicios de emergencia Ver título VIII Procedimiento general para la atención, artículo 100- 101 del Reglamento PAM.
- g) De requerirse de servicios de ayuda diagnóstica y/o terapéutica: laboratorio, rayos X, ecografías, tomografías, resonancias u otros en cualquiera de los beneficios que otorga el PAM; incluyendo la atención en los servicios de emergencia, se procederá de acuerdo a lo establecido en el título VIII Procedimiento general para la atención, artículo 110 del Reglamento PAM para la atención de servicios de ayuda diagnóstica y/o terapéutica.
- h) El afiliado una vez concluida la prestación del servicio deberá firmar las Guías u Hojas de Liquidación de Gastos, en señal de conformidad y acreditación de la prestación del servicio. Es obligación del proveedor proporcionar dicha documentación para la firma de la misma.
- i) El afiliado tendrá la opción de adquirir medicamentos que se le hayan prescrito en forma ambulatoria, incluyendo medicamentos oncológicos, en las boticas de los Policlínicos FEBAN cubriendo el 100% de los medicamentos genéricos.
- j) Los establecimientos afiliados al PAM a través de su módulo de atención al cliente, emitirán la carta de Garantía según sea el caso para la atención y especialidad respectiva; deben proceder de acuerdo a lo establecido título VIII Procedimiento general para la atención, artículo 111-112 del Reglamento PAM.
- k) La facturación y/o liquidación de gastos por prestación de servicios en proveedores adscritos al PAM, deben proceder de acuerdo a lo establecido título VIII Procedimiento general para la atención, artículo 113 del Reglamento PAM.

Artículo 14°

Préstamos para el pago de prestaciones no cubiertas y/o que exceden el límite de cobertura

El FEBAN podrá otorgar préstamos para el pago de las sumas a cargo del afiliado por gastos no cubiertos y/o excesos sobre la IMA y/o coaseguros; los que serán solicitados, evaluados y gestionados ante el área del FEBAN que corresponda.

Para dicho efecto, el centro de atención pondrá a disposición del titular, la carta de compromiso de pago dirigida al Fondo de Empleados del Banco de la Nación para su suscripción y huella digital.

En los casos donde la atención genera un exceso de cobertura, el afiliado podrá continuar recibiendo atención médica:

- a) Cuando tenga liquidez; la atención será asumida al 100 % por el afiliado vía descuento por planilla hasta los límites permisibles en función a su liquidez, por los conceptos de medicamentos, exámenes auxiliares, procedimientos y otros, etc.; salvo excepciones en que el interesado exprese realizar el pago al contado.

b) Cuando no tenga liquidez; podrá seguir atendiéndose pagando al contado el 100 % de los servicios por los conceptos de medicamentos, exámenes auxiliares, procedimientos otros.

En cualquiera de los casos citados en el presente artículo, los servicios se prestaran bajo las mismas condiciones de tarifas negociadas para los servicios cubiertos por el PAM.

Artículo 15°

Forma de pago de los deducibles y/o coaseguros a cargo del afiliado/IMA

Los pagos por conceptos de deducibles y/o coaseguros se cancelaran de las siguientes formas:

- Contado; el cobro de dichos conceptos es de responsabilidad del proveedor que presta el servicio.
- Crédito (descuento por planilla); siempre y cuando, cuente con disponibilidad crediticia frente al FEBAN. Asimismo, el afiliado tendrá la opción de cancelar al contado cuando así lo considere.

Forma de pago o cancelación de las prestaciones a cargo del FEBAN por el Sistema de Crédito

Mediante pago directo (sistema bajo crédito): Cuando las prestaciones del PAM ejecutadas a través de la red nacional de clínicas, centros médicos, hospitales, establecimientos adscritos al PAM y administrados por el FEBAN, son canceladas por el FEBAN en razón de las tarifas negociadas con el proveedor, deducible, coaseguro e IMA establecidos para el beneficio correspondiente.

Los gastos por el Sistema de Crédito son excluyentes con el Sistema de Reembolso, es decir, no es posible utilizar una mezcla de ambos, no se puede hacer uso simultáneo de ambos para la atención de un mismo siniestro u ocurrencia; motivo por el cual toda atención de reembolso requerirá la verificación previa si el siniestro tiene atención bajo el sistema de crédito.

La forma de pago de estos conceptos, en cualquiera de estos casos, será comunicada por parte del FEBAN al prestador del servicio a través del sistema que autoriza la prestación del servicio (formulario web y/u hoja SITEDS; Carta de Garantía).

Artículo 16°

Condiciones para los reembolsos

Mediante reembolso (sistema bajo reembolso): Cuando las prestaciones del PAM son ejecutadas a través de profesionales independientes, clínicas, centros médicos, hospitales, farmacias y establecimientos no adscritos al PAM. Estas prestaciones serán canceladas por el afiliado para su posterior reembolso por parte del FEBAN en razón del deducible, coaseguro el IMA establecidos para el beneficio correspondiente; y de las tarifas establecidas por el PAM para las prestaciones bajo el sistema de reembolso:

- a) Los reembolsos están sujetos a las mismas políticas de cobertura y exclusiones establecidas para las atenciones bajo el Sistema de Crédito.
- b) Los consumos por el Sistema de Crédito son excluyentes con el Sistema de Reembolso, es decir, no es posible utilizar una mezcla de ambos.

- c) Comprenden los reembolsos de los gastos cancelados por el afiliado, por prestaciones cubiertas por el PAM atendidas por profesionales independientes, clínicas, centros médicos, hospitales, farmacias y establecimientos no adscritos al PAM. Estas prestaciones serán reembolsadas por el PAM en razón de los porcentajes (deducibles y coaseguros) establecidos para cada tipo de atención; y a las tarifas para reembolsos de acuerdo a lo establecido en el Tarifario FEBAN.
- d) Son prestaciones o beneficios cubiertos y reembolsables por el PAM: las atenciones ambulatorias, atención en servicios de emergencia, atención oftalmológica, atención oncológica, atención hospitalaria, atención de maternidad, transporte por evacuación y gasto de sepelio.
- e) En el beneficio de atención en servicios de emergencia, las atenciones cuyas condiciones de emergencia no hayan sido expresamente determinadas por el médico tratante, serán reembolsadas bajo las condiciones de deducibles y coaseguros establecidas para la atención ambulatoria
- f) No son reembolsables los gastos cancelados por el afiliado, por: prestaciones odontológicas, prestaciones de atención médica a domicilio, prestaciones no cubiertas por el PAM, deducibles y coaseguros cancelados por uso de otros seguros médicos, distintos al PAM, prestaciones que no se sujeten a las disposiciones establecidas en el presente Plan de Beneficios.
- g) El plazo para presentar solicitud de reembolso relacionado a las prestaciones PAM es de noventa (90) días calendario a partir de ocurrido el hecho. Transcurrido dicho plazo no se aceptará solicitud de reembolso alguno.
- h) El PAM reconocerá los reembolsos de acuerdo a las tarifas establecidas en el Tarifario FEBAN, al cual se podrá acceder a través de la página web del FEBAN o solicitarlas en el Módulo de Atención al Afiliado del PAM. Estas tarifas solo pueden ser modificadas por la CAFEBAN.
- i) El procedimiento para la solicitud de reembolso se debe proceder de acuerdo a lo establecido título VIII Procedimiento general para la atención, artículo 118 del Reglamento PAM.

Artículo 17°

Verificación de la prestación de los servicios presentados para reembolsos.

El FEBAN, tiene derecho a examinar al afiliado, por los médicos designados por éste, las veces que considere necesario para comprobar la procedencia de cualquier reclamo. El afiliado está en la obligación de proporcionar todos los exámenes o informes médicos que se requieran para la mejor evaluación del caso y deberá firmar las autorizaciones necesarias para acceder a su Historia Clínica, con fines de verificar la prestación de los servicios reclamados; y facilitar la entrega de la información adicional solicitada, ya sea para el pago de reembolsos, beneficios y auditorias, dispensando al FEBAN de la reserva de información.

III. CONDICIONES LEGALES

Artículo 18°

Plan de Beneficios – Programa de Asistencia Médica

El presente Plan de beneficios comprende la Tabla de Beneficios, Condiciones Generales, entre otros, así como los documentos que contienen declaraciones efectuadas por el Afiliado y sus dependientes, con ocasión de su inscripción al Programa de Asistencia Médica.

El Afiliado facilitará a FEBAN el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria para los efectos de, en su caso, verificar la autenticidad y veracidad de la Declaración Jurada de sus datos personales y de sus dependientes

Artículo 19°

Declaraciones

El afiliado titular, acepta los términos y condiciones estipulados en el presente documento y se compromete a cumplir con todas las disposiciones indicadas, debidamente firmados por el afiliado y los funcionarios autorizados por el FEBAN, respectivamente, son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes. El FEBAN no es responsable por declaraciones efectuadas en otra forma.

El afiliado debe devolver al FEBAN una copia del presente documento debidamente firmada.

El afiliado declara que, antes de la emisión del presente documento, ha tomado pleno conocimiento de todas las condiciones generales del presente documento.

Asimismo, el afiliado debe firmar el consentimiento para el tratamiento de datos personales que se estipula en la ley N° 29733 –Ley de protección de datos personales- véase tercera hoja del presente Plan de Beneficios.

Artículo 20°

Avisos y Comunicaciones

Los avisos y las comunicaciones entre el afiliado y el FEBAN con relación al presente documento deberán ser formulados por escrito.

Artículo 21°

Residencia

Este documento ha sido diseñado para afiliados inscritos en el Programa de Asistencia Médica del Fondo de Empleados de la Nación, que residan permanentemente en el territorio peruano, por ello para gozar del beneficio que otorga el Programa de Asistencia Médica-PAM, se requerirá siempre que el afiliado titular y sus dependientes residan en el Perú.

Artículo 22°

Vigencia, ajuste de Indemnización Máxima Anual - IMA y modificaciones del presente documento

El FEBAN cada año otorgará la INDEMNIZACIÓN MAXIMA ANUAL - IMA al afiliado y a sus dependientes inscritos, siempre y cuando cumpla con los términos y condiciones del presente documento que cada año podrá establecer el FEBAN, incluyendo el aumento de las aportaciones, coaseguros, y del deducible anual si se diera el caso, así como el cambio del tarifario FEBAN.

El cambio de las aportaciones, coaseguros y el deducible anual de haberse establecido y el cambio del tarifario FEBAN se realizarán cuando los resultados del programa lo requieran.

Artículo 23°

Aceptación al Presente Documento

El afiliado titular acepta los términos estipulados y se compromete a cumplir con todas las disposiciones indicadas, en el presente documento y lo estipulado en el Reglamento del Programa de Asistencia Médica.

Artículo 24°

Resolución Automática de la Afiliación

La desafiliación del titular genera la pérdida de su derecho y el de sus afiliados dependientes y facultativos a continuar recibiendo las prestaciones y beneficios de este programa y cuyas causas se indican el Título III: Del Procedimiento de Afiliación y Desafiliación-Capítulo 3- Desafiliación del PAM

Artículo 25°

Terminación de la Cobertura

Cuando la INDEMNIZACION MAXIMA ANUAL que corresponde a un periodo por año y haya culminado producto de sus atenciones ambulatorios u hospitalarias. La terminación del IMA dará lugar a que el afiliado titular y sus dependientes paguen el 100% de los gastos incurridos por sus atenciones al proveedor que FEBAN tienen convenio y si cuenta con liquidez tendrá opción a solicitar un préstamo por atención de salud que será descontado de planilla única de pagos.

Para efecto del presente artículo, el IMA del periodo anual al que pertenece el siniestro o la atención médica, se determina por:

En la atención en forma ambulatoria, por la fecha de la consulta; y

En la atención en forma hospitalaria, por la fecha de ingreso o admisión hospitalaria.

Artículo 26°

Revisión de los Siniestros

EL FEBAN tiene derecho a hacer examinar el afiliado y/o sus dependientes inscritos, por los médicos designados por ella, y las veces que considere necesario para comprobar la procedencia de cualquier siniestro.

El afiliado está en la obligación de proporcionar todos los exámenes e informes médicos ampliatorios que se requieran para la mejor evaluación del caso y deberá firmar las autorizaciones necesarias para facilitar la entrega de la información adicional solicitada, sea para pagos de reembolsos, beneficios y auditorías, dispensando al médico tratante

y/o establecimiento de salud de la reserva de información. EL FEBAN manejará con total confidencialidad esta información.

Artículo 27°

Procedimiento Sancionador contra los Afiliados del PAM

Se expresa lo indicado en el Reglamento PAM Título V: Procedimiento Sancionador contra los Afiliados del PAM Capítulo I, II, III y IV en sus aspectos generales, tipificación de faltas, graduación de las sanciones y las etapas del procedimiento sancionador

Artículo 28°

Declaración Falsa y/o Reticente

Este documento de Afiliación se fundamenta en las declaraciones y en la buena fe del AFILIADO. En consecuencia, cualquier declaración falsa, dolosa, reticente o con omisión de información, simulación o disimulo realizado durante la vigencia de la afiliación del afiliado titular y sus dependientes, que derive en una atención con relación al interés del afiliado por el presente documento y que traiga como consecuencia la agravación del riesgo, originará la resolución automática del mismo quedando liberada El FEBAN de cualquier responsabilidad por concepto de pago de beneficios estipulados a partir de la fecha de dicha declaración.

Asimismo, queda entendido que surtirá el mismo efecto anterior, cuando el afiliado o su representante legal o quien haya proporcionado los servicios médicos en colusión con el afiliado, proporcionen declaraciones falsas al solicitar cualquier pago contemplado en este documento.

Constituye una declaración falsa el llenado inexacto de la Declaración de Salud con el propósito de faltar, ocultar o cambiar la verdad de manera intencional o no.

La declaración reticente es el llenado incompleto o parcial de la Declaración de los datos del titular y de sus dependientes, con reserva o silencio de elementos fundamentales para el conocimiento exacto del afiliado o sus dependientes.

La declaración falsa y la declaración reticente del AFILIADO constituyen causal de nulidad de la afiliación, aun cuando habiendo sido efectuada de buena fe, si de haber sido conocida por el FEBAN, pudiera haberla llevado a modificar sus condiciones, a formarse un concepto diferente de la gravedad del riesgo, retraído de celebrar la presente afiliación al Programa de Asistencia Médica o inclusive anularlo.

Artículo 29°

Reclamos por Insatisfacción de los afiliados

En caso de consultas y/o reclamos el AFILIADO puede contactarse con el FEBAN a través de su central de información y llamando a los teléfonos del FEBAN, indicados en las condiciones particulares del presente documento, o ingresando a la Página Web: www.feban.net, así mismo puede acercarse personalmente a la oficina de la sede principal ubicada en Jirón Camaná N° 390 - Lima.

La presente Cláusula establece el derecho del afiliado y/o usuario de los servicios de Programa de Asistencia Médica-PAM, de presentar su reclamo y queja a través del Libro de Reclamaciones mediante la cual expresa lo siguiente:

- a) Incumplimiento en el Servicio: El servicio Prestado omite total o parcialmente la cobertura ofrecida
- b) Servicio irregular: El servicio prestado ha contravenido al procedimiento previamente establecido generando perjuicio al afiliado.
- c) Servicio deficiente: El servicio prestado no cubre las expectativas acordadas con el servicio ofrecido.

El afiliado podrá hacer uso de ella en caso que no se encuentre conforme con la decisión del FEBAN en la atención de su controversia.

Artículo 30°

Presentación y Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las IAFAS Y las IPRESS -FEBAN

I. Procedimiento de Reclamos

1. Presentación y Calificación del Reclamo

a) Etapas de atención

- 1. Admisión y registro.**
- 2. Evaluación e investigación.**
- 3. Resultado y notificación.**
- 4. Archivo y custodia del expediente**

b) Plazo de atención

El plazo máximo de atención de los reclamos no debe exceder los treinta (30) días hábiles, contados desde el día siguiente de su recepción por el FEBAN, según corresponda.

c) Trato directo

1. El FEBAN propiciará en cualquiera de las etapas del reclamo, el trato directo entre esta y los usuarios, a fin de llegar a un acuerdo que permita la conclusión del mismo.
2. En el caso que se configure la solución inmediata del reclamo interpuesto a través del trato directo, este es detallado en la hoja de reclamaciones (original y autocopiativas) que acredite la conformidad del usuario o tercero legitimado, dándose por atendido el reclamo.

d) Medios alternativos de solución de controversias

- 1.- Recibido el reclamo, El FEBAN informará al reclamante sobre las ventajas de resolver sus controversias a través del uso de los medios alternativos de solución de controversias que promueve SUSALUD mediante el CECONAR.

2.- El FEBAN, así como el reclamante durante la tramitación del reclamo, pueden hacer uso de los medios alternativos de solución de controversias como la conciliación, la mediación, el arbitraje u otros ante el CECONAR, con el objetivo de dar por concluida la controversia suscitada.

3.- En aquellas ciudades donde no exista una oficina de CECONAR, los usuarios pueden realizar sus conciliaciones, mediaciones, arbitrajes u otros, en aquellos centros que se encuentren registrados y habilitados por CECONAR.

e) Admisión de reclamos

1.- Todo usuario o tercero legitimado tiene derecho a presentar su reclamo ante El FEBAN, por la insatisfacción con los servicios, prestaciones o coberturas relacionadas con su atención en salud.

2.- Los reclamos tanto en FEBAN IAFAS y/o FEBAN IPRESS, son presentados mediante: Libro de Reclamaciones en Salud: físico, virtual o vía telefónica, recibido el reclamo, este es registrado en el Libro de Reclamaciones en Salud virtual.

3.- En el caso de FEBAN IPRESS, la admisión del reclamo se efectúa directamente en el Policlínico FEBAN y es ingresado al libro de reclamaciones virtual.

4.- En el caso del Libro de Reclamaciones en Salud virtual, no es exigible la firma del reclamante. Su presentación está acreditada con el número del documento de identificación.

5.- La recepción del reclamo no puede rechazarse por falta de pruebas que lo sustenten.

f) Libro de Reclamaciones en Salud

El FEBAN tiene las siguientes responsabilidades:

1.- Poner a disposición de los usuarios el Libro de Reclamaciones en Salud físico, garantizando la accesibilidad y disponibilidad en el horario de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. Para el caso del Libro de Reclamaciones en Salud virtual, su disponibilidad y accesibilidad es las veinticuatro horas de cada uno de los siete días de la semana.

2.- Adoptar medidas para garantizar el acceso del Libro de Reclamaciones en Salud físico o virtual a las personas con discapacidad u otras limitaciones físicas.

3.- Para usuarios iletrados, con discapacidad u otras limitaciones físicas, el personal del PAUS realizará el llenado por el usuario, leerá antes de guardar el documento y le entregará una copia del mismo.

4.- Exhibir en un lugar visible y de fácil acceso al público el aviso del Libro de Reclamaciones en Salud físico.

g) Canalización de reclamos

- Admisión del Reclamo (vía física)

El procedimiento de atención de reclamo se inicia con la presentación del formato de la hoja de reclamación en salud completamente llenada por el usuario ante la PAUS. El usuario podrá acompañar al formato las pruebas que considere oportunas.

- Admisión del Reclamo (vía telefónica)

El usuario puede interponer su reclamo por la vía telefónica, comunicándose con la PAUS y declarando de manera verbal toda la información que exige el formato de la hoja de reclamación en salud. Dicha llamada será grabada con consentimiento informado del usuario. Así también, se deberá registrar el reclamo en la Hoja de Reclamación en Salud del Libro de Reclamaciones en Salud Virtual.

- Admisión del Reclamo (vía web)

El usuario puede interponer su reclamo llenando el formato de la hoja de reclamación en salud que se encuentra en la página web del FEBAN y enviarlo virtualmente al PAUS.

En el caso de las modalidades de reclamo vía telefónica y web, el usuario puede señalar que aportará las pruebas que considere oportunas en forma posterior, por lo cual, con o sin la remisión de dichas pruebas, el área competente iniciará la investigación. En ninguna de las modalidades de reclamos antes descritas, se puede negar su admisión si el reclamo no está acompañado de pruebas y/o peritajes técnicos que lo sustenten.

h) Acumulación de Reclamos en trámite

En los casos que se presente más de un reclamo en los que coincidan el sujeto del reclamo, la institución reclamada, la causa y la fecha de ocurrencia, el FEBAN los acumulará en el expediente de mayor antigüedad que diera lugar al inicio del procedimiento de atención del reclamo, en la etapa que se encuentre, comunicando de oficio dicha situación a los interesados.

i) Duplicidad de Reclamos resueltos

En caso se produzca identidad de un nuevo reclamo respecto a un reclamo anteriormente resuelto y notificado, se procede a archivar el nuevo reclamo, comunicando dicha situación al reclamante en un plazo de cinco (5) días hábiles posteriores al archivo.

j) Número correlativo del Reclamo

El FEBAN asigna a cada reclamo un número correlativo, el mismo que es diferenciado en el caso del Libro de Reclamaciones en Salud físico o virtual, y es proporcionado al usuario o tercero legitimado al momento de la presentación del mismo, para los fines de seguimiento respectivo por parte del reclamante y para el reporte a SUSALUD.

k) Competencia y traslado de reclamos

En caso de presentarse reclamo ante una IPRESS, cuya competencia corresponda a FEBAN IAFAS, debe trasladar el reclamo a aquella o viceversa, siempre que exista vínculo entre estas, sea contractual o con relación a la insatisfacción del usuario, mediante los canales que se encuentren a disposición, sin perjuicio de la remisión formal del reclamo, comunicando de dicho traslado al reclamante y declinando competencia bajo responsabilidad. Dicho traslado no debe exceder el plazo máximo de dos (2) días hábiles posterior a su recepción, a partir de la cual comenzará a correr el plazo para la atención del reclamo.

En el caso que el usuario presente un reclamo ante una IPRESS y de la descripción del reclamo se aprecie que la insatisfacción no solo debe ser atendida por ésta, sino también por la IAFAS Autoseguro FEBAN, con la que mantiene vínculo o viceversa, la IPRESS o IAFAS Autoseguro FEBAN

debe informar al reclamante, bajo responsabilidad, en el plazo de dos (2) días hábiles que el reclamo ha sido trasladado a la IAFAS o IPRESS, para su atención en lo que corresponda.

La IAFAS o IPRESS a la cual se trasladó el reclamo debe remitir copia del informe del resultado del reclamo a aquella que recibió inicialmente el reclamo para conocimiento.

En el caso que la IPRESS o IAFAS que traslado el reclamo evidencie que no se ha dado respuesta al usuario puede comunicar a SUSALUD dicha situación, a efectos que esta inicie las acciones correspondientes.

2. AREA COMPETENTE

La Unidad de Imagen y Comunicaciones es el área que recepciona, registra, traslada y notifica los informes de resultado de los reclamos.

La División de Servicios Médicos o la Unidad de Policlínicos y Boticas, son las instancias competentes para conducir la investigación y emitir el informe de los resultados de los reclamos presentados por los usuarios o terceros legitimados, así como para la atención de consultas en el ámbito de su competencia.

a) Evaluación e investigación

El FEBAN al tomar conocimiento de los hechos que motivan el reclamo, decide la adopción de acciones inmediatas para su atención. Se realizan las actuaciones necesarias para dilucidar los hechos que generaron la insatisfacción del usuario o tercero legitimado, respecto a los servicios de salud, prestaciones o coberturas, cuando la naturaleza y complejidad del reclamo lo requiera.

b) Actuación probatoria

Según la necesidad o complejidad del caso, FEBAN IAFAS o FEBAN IPRESS puede practicar la actuación de pruebas documentales, testimoniales y/o auditorías de caso, de procesos, de salud y médica que estimen pertinentes, asumiendo el costo de las mismas.

3. RESULTADO DE RECLAMO

a) Concluida la investigación el FEBAN, debe remitir la carta al usuario, adjuntando el informe de resultado del reclamo, el mismo que debe consignar lo siguiente:

- i. Canal de ingreso del reclamo.
- ii. Identificación del usuario afectado y de quien presente el reclamo.
- iii. Descripción y causa del reclamo.
- iv. Análisis de los hechos que sustentan el reclamo, conteniendo las investigaciones realizadas por el FEBAN, así como las actuaciones probatorias practicadas, de ser el caso.
- v. Conclusiones, donde se emite pronunciamiento motivado respecto a los hechos que sustentan el reclamo, declarándolo:

Fundado: Declaración de resultado del reclamo cuando se ha probado la afirmación de los hechos alegados por el reclamante.

Improcedente: Declaración de resultado del reclamo cuando no corresponde la atención del mismo por no acreditar la legitimidad para obrar; no existir conexión lógica entre los hechos expuestos y el reclamo; o, carecer de competencia la IAFAS o IPRESS recurridas, salvo excepciones.

Infundado: Declaración de resultado del reclamo cuando no se acreditan los hechos que sustentan el mismo.

- vi. Medidas a adoptar o adoptadas por el FEBAN según corresponda, cuando se declare fundado el reclamo, así como el plazo razonable para su implementación.
- b) El FEBAN está obligada a comunicar el resultado del reclamo, asimismo acredita la recepción de dicha comunicación por el usuario o tercero legitimado.

4. COMUNICACIÓN DEL RESULTADO DEL RECLAMO

- a) Concluida la investigación, la Plataforma de Atención al Usuario – PAUS deberá remitir la comunicación al usuario o tercero legitimado, adjuntando el informe del resultado del reclamo en un plazo máximo de cinco (05) días hábiles, contado desde el día siguiente de emitido este, al domicilio consignado en el Libro de Reclamaciones en Salud o a su dirección electrónica, en caso de haberlo autorizado expresamente.

- b) Es responsabilidad del reclamante comunicar al FEBAN la variación de los datos de contacto consignados en su reclamo, a efectos de notificársele la resolución del mismo.
- c) En el último párrafo de la comunicación que contiene el informe del resultado del reclamo, se consigna, el siguiente texto: “De no encontrarse de acuerdo, o disconforme con el resultado del reclamo, o ante la negativa de atención o irregularidad en su tramitación, puede acudir en denuncia ante la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD; o hacer uso de los mecanismos alternativos de solución de controversias ante el Centro de Conciliación y Arbitraje – CECONAR de SUSALUD”.

5. CONCLUSION DEL RECLAMO

- 1.- El reclamo concluye con la comunicación del informe del resultado del mismo.
- 2.- Asimismo, el reclamo puede concluir en los siguientes supuestos:
 - a) Acuerdo de trato directo sobre los mismos hechos que motivaron el reclamo. Se puede consignar su conformidad explícitamente en la Hoja de Reclamación del Libro de Reclamaciones en Salud, o en cualquier otro documento o comunicación escrita que acredite la conformidad del usuario.
 - b) Desistimiento por escrito del reclamo por parte del usuario o tercero legitimado, con o sin expresión de causa.
 - c) Acuerdo conciliatorio o transacción extrajudicial que resuelve la controversia entre el FEBAN con el reclamante y sobre los mismos hechos que motivan el reclamo.

6. EXPEDIENTE ÚNICO DE RECLAMO

- a) Todas las actuaciones documentos y/o pruebas que sustenten la recepción, procesamiento y atención de los reclamos se encuentran contenidas en un expediente único que refleje el cumplimiento.
- b) El FEBAN es responsable del archivo y custodia del expediente único de reclamo por un periodo de cuatro (4) años desde su conclusión.

II. PROCEDIMIENTO DE LA DENUNCIA

2.1. Inicio de la denuncia

1.- La denuncia se inicia con la expresión de necesidad de protección del derecho a la salud ante una presunta vulneración formulada por un usuario o tercero legitimado ante SUSALUD o ante la toma de conocimiento a través de terceros de la necesidad de protección del derecho a la salud.

2.- La denuncia también se inicia cuando el usuario o tercero legitimado expresa su disconformidad con el resultado del reclamo, ante la negativa de atención o irregularidad en su tramitación.

Si de la expresión de necesidad del usuario o tercero legitimado se advierte que lo que busca es absolver alguna inquietud relacionada al derecho a la protección a la salud, se tramita como consulta.

2.2. Información requerida para la denuncia

1.- La información requerida al denunciante contiene como mínimo lo siguiente:

- a) Identificación de quien presenta la denuncia: Nombres y apellidos completos, número de documento de identificación.
- b) Número de teléfono de contacto, domicilio de notificación, y, de solicitar la notificación virtual, suscribir la manifestación de voluntad para la notificación en el correo electrónico u otro medio consignado.
- c) Nombre e identificación del/de la posible afectado/a.
- d) Nombre o razón social de la IAFAS o IPRESS y su ubicación geográfica.
- e) Detalle de la denuncia, los fundamentos claros y precisos de hecho que lo apoyen y, cuando le sea posible, los de derecho, señalando el bien o servicio materia de denuncia, y la fecha de ocurrencia del hecho denunciado.
- f) Expectativa: Expresión concreta de lo solicitado.
- g) Firma del denunciante, en caso de presentarse en físico. En caso de personas iletradas o que no puedan firmar, imprimen sólo su huella digital. En caso de presentación electrónica o verbal de la denuncia, no es necesaria la firma; validándose para ambos casos con el número de documento de identidad consignado.

2.- Un tercero legitimado organizado como persona jurídica que presente denuncia cumple, adicionalmente los siguientes requisitos:

- a) Copia de la escritura pública de constitución.
- b) Tener como finalidad proteger, defender o representar en temas relacionados a la salud.

3.- Para facilitar la atención de la denuncia, se puede adjuntar o mencionar las pruebas que acrediten los hechos materia de su denuncia, así como presentar la copia del informe del resultado del reclamo, de contarse con este, en caso de disconformidad con el resultado del mismo; y, la copia de la Hoja de Reclamación, de contarse con esta, en caso de negativa de atención del reclamo, o irregularidad en su tramitación.

4.- En ningún caso se requiere la firma de abogado para la presentación de la denuncia.

5.- El trámite de denuncia es gratuito.

6.- De corresponder, se solicita además el acceso al contenido de la historia clínica del usuario afectado, en cualquier etapa del procedimiento de la atención de denuncia.

2.3. Diligencias de intervención

1.- Una vez recibida la denuncia o habiendo tomado conocimiento de ella, la IPROT o los Órganos Desconcentrados de SUSALUD, según sea el caso, inician las diligencias de intervención, que tienen como finalidad atender la necesidad de protección del derecho a la salud, conforme al siguiente detalle:

- a) Recabar información documental.
- b) Realizar entrevistas.
- c) Realizar visitas de campo.
- d) Realizar observación.
- e) Coordinaciones directas y demás actuaciones que según el caso resulten pertinentes.

2.- Las diligencias de intervención señaladas pueden registrarse en medios físicos, magnéticos u otros medios que la tecnología lo permita.

3.- La IPROT o los Órganos Desconcentrados realizan las AIS, cuando la vida o integridad física de un usuario se encuentre en riesgo.

4.- En caso la IAFAS o IPRESS impidan u obstaculicen la realización de las diligencias de intervención se motiva el inicio de un PAS.

2.4. Informe de Intervención

1.- En el supuesto que, como consecuencia de las diligencias de intervención se atiende la necesidad de la protección del derecho a la salud del usuario, se procede a elaborar el informe de intervención, dejando constancia de la conformidad del denunciante mediante acta u otro medio que permita garantizar su manifestación de voluntad, concluyendo la intervención y procediendo a su archivo.

2.- En el supuesto que, como consecuencia de las diligencias, no se logre atender la necesidad de protección del derecho a la salud del usuario o se advierta la presunta vulneración de este, se procede a elaborar el informe de intervención, concluyendo la intervención y remitiéndose a la IFIS, acompañando todos los actuados, para la evaluación del inicio un PAS.

3.- En el supuesto que, de la evaluación de los hechos, se advierta que existe un riesgo inminente para la salud y la vida de la población, se aplican las medidas de seguridad correspondientes, conforme a lo establecido en el Reglamento de Supervisión de SUSALUD vigente.

4.- Sin perjuicio de los supuestos señalados en los numerales anteriores, la IPROT o los Órganos Desconcentrados de SUSALUD, en el marco de protección del derecho a la salud del usuario, pueden comunicar a las instancias civiles, penales y/o administrativas, según corresponda, sobre los hechos de la denuncia.

5.- En cualquier caso, el informe de intervención puede expresar recomendaciones que se consideren pertinentes.

6.- El informe de intervención se emite en un plazo máximo de veinticinco días hábiles siguientes de presentada la denuncia.

7.- En ningún caso el resultado de la denuncia da lugar a declaración de indemnización, en la vía administrativa, a favor del usuario por los daños o perjuicios que hayan podido causar la IAFAS o IPRESS según correspondan, quedando a salvo su derecho para acudir al CECONAR y hacer uso de los medios alternativos de solución de controversias, de acuerdo a la normativa vigente o la vía judicial.

2.5. Medios alternativos de solución de controversias

1.- Recibida la denuncia, la IPROT o los Órganos Desconcentrados de SUSALUD informan a las IAFAS o IPRESS, así como al denunciante, sobre

las ventajas de resolver sus controversias a través de los medios alternativos de solución de controversias ante CECONAR de SUSALUD.

2.- Cualquiera de las IAFAS o IPRESS, así como el denunciante, antes o durante la tramitación de la denuncia, pueden hacer uso de los medios alternativos de solución de controversias, como la conciliación, la mediación, el arbitraje u otros que establezca el CECONAR, con el objetivo de dar solución a la controversia suscitada.

3.- No se someten a medios alternativos de solución de controversias los hechos que se refieran a la comisión de delitos o faltas, conforme a la normatividad vigente.

4.- En aquellas ciudades donde no exista una oficina de CECONAR, los usuarios pueden realizar sus conciliaciones, mediaciones, arbitrajes u otros, en los centros que se encuentren registrados y habilitados a nivel nacional en el servicio de conciliación y arbitraje de CECONAR.

2.6. Acumulación de denuncia en trámite

En los casos que se presente más de una denuncia en los que coincida el usuario afectado, la IAFAS o IPRESS materia de la denuncia, la causa y la fecha de ocurrencia, SUSALUD acumula las denuncias en el expediente de mayor antigüedad, dicha situación es comunicada a los denunciantes; en caso que alguna de las denuncias ha motivo el inicio de un PAS, se comunicara al denunciante que el expediente se encuentra en la IFIS.

2.7. De la duplicidad de denuncias resueltas

1.- En caso se produzca identidad respecto a una denuncia que haya sido atendida y comunicada, se procede a archivar la nueva, comunicando dicha situación al denunciante.

2.- La IPRON o los Órganos Desconcentrados de SUSALUD comunica al denunciante la conclusión de caso.

2.8. Plazo para el requerimiento de información de la intervención

1.- Recibida la denuncia, la IPRON o los Órganos Desconcentrados de SUSALUD corre traslado de la misma a la IAFAS o IPRESS, a efectos que atienda el requerimiento de información y se pronuncie respecto de

los hechos planteados en la misma, acompañando los documentos que sustenten sus afirmaciones y los que sean expresamente solicitados.

2.- La información detallada en el numeral anterior es remitida por la máxima autoridad de la IAFAS o IPRESS, en físico o a través de medios electrónicos, en un plazo máximo de diez días hábiles, contados desde el día siguiente de notificado el requerimiento. Dicho plazo es improrrogable. Su incumplimiento motiva el inicio de un PAS o las acciones legales previstas por Ley.

2.9. De la comunicación de la intervención

1.- La IPROT o los Órganos Desconcentrados de SUSALUD comunican a la IAFAS o IPRESS, así como al denunciante, la remisión del informe de intervención a la IFIS, dentro del plazo máximo de cinco días hábiles de emitido.

2.- Es responsabilidad del denunciante comunicar a SUSALUD la variación de los datos de contacto consignados en su denuncia, a efectos de informarle la resolución de la misma.

2.10. De la conclusión anticipada

1.- La IPROT o los Órganos Desconcentrados de SUSALUD declaran la conclusión anticipada de la denuncia, en cualquiera de los siguientes casos:

- a) Desistimiento por escrito de la denuncia por parte del usuario o tercero legitimado, con o sin expresión de causa.
- b) Acuerdo de trato directo, consignado por escrito.
- c) Acuerdo conciliatorio extrajudicial.
- d) Transacción extrajudicial. e. Laudo arbitral.

2.- Sin perjuicio de la conclusión anticipada de la denuncia a través de los medios citados en el numeral anterior, la IPROT o los Órganos Desconcentrados de SUSALUD pueden remitir lo actuado a los órganos de supervisión correspondientes, si del análisis de los hechos se considera que se puede estar afectando el interés público.

3.- Asimismo, la IPROT o los Órganos Desconcentrados de SUSALUD, en el marco de protección del derecho a la salud del usuario, puede comunicar a las instancias civiles, penales y/o administrativas, según corresponda, sobre los hechos de la denuncia.

Toda contravención y/o irregularidad de lo dispuesto a la presente directiva por causa imputable al personal del FEBAN, acarreará la imposición de las sanciones disciplinarias a las que hubiera lugar, según lo dispuesto en el Reglamento Interno de Trabajo del FEBAN y demás normas aplicables.

Artículo 31°

Glosario: Términos y Definiciones

Definiciones

Para este beneficio se consideran las siguientes definiciones de forma adicional a las ya Citadas en las que pueden estar establecidas en las condiciones Generales, Particulares o Especiales del Programa de Asistencia Médica.

Queda convenido entre las partes que el significado de las palabras más adelante indicadas es el siguiente:

1. Accidente:

Se considera como tal a la lesión corporal que sufra la persona asegurada directamente, y en forma independiente de cualquier otra causa, ocasionada por la acción repentina de un agente externo, en forma violenta, fortuita, imprevista y ajena a su voluntad.

2. Afiliado Titular:

Es el afiliado al Programa de Asistencia Médica-PAM obligado al pago de los aportes, coaseguros, etc. y el único con derecho a modificar las condiciones de la Póliza.

3. Afiliados:

Persona natural inscrita al PAM que goza de los beneficios ofrecidos por el programa, excepto las exclusiones expresas y que se encuentran sujetas a todas las disposiciones del reglamento. El término afiliado en el reglamento alude tanto a los titulares, dependientes y facultativos.

4. Aporte:

Cuota obligatoria para respaldar las prestaciones ofrecidas por el PAM.

5. Atención Obstétrica:

Prestaciones asistenciales que comprenden: Control prenatal; complicaciones del embarazo: parto normal; parto distócico (cesárea); y control post natal.

6. Atención Oncológica

Tratamiento del cáncer (quimioterapia; radioterapia y cirugía oncológica); y seguimiento (control); a cargo del especialista en oncología.

7. Cáncer:

Enfermedad que se manifiesta por la presencia de células malignas con crecimiento descontrolado así como a la invasión de tejidos, incluyendo la

extensión directa y metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas circulatorios o linfáticos

8. Carta de Garantía:

Documento por el cual se garantiza el pago de atención por el PAM; hasta el importe que se señala en el mismo.

9. Cirugía endoscópica:

Aquella que utiliza orificios naturales para realizar procedimientos quirúrgicos; por ejemplo, el tracto digestivo y respiratorio. A través de ellos se introduce una cámara y diverso instrumental especial que permite realizar tanto biopsias como tratamientos definitivos.

10. Cirugía laparoscópica:

Consiste en operar mediante pequeñas incisiones (0,5-1cm) a través de las cuales se introduce una cámara y diverso instrumental especial que permiten realizar tanto biopsias como tratamientos definitivos.

11. Cirugía oncológica:

Realizada por un médico con especialidad de cirujano oncólogo, con fines de tratamiento de un cáncer

12. Coaseguro:

Porcentaje o proporción del gasto que el afiliado asume por las prestaciones proporcionadas por el PAM y que es fijada por el reglamento.

13. Comité de Casos Sociales:

El presente comité se encuentra conformado por la Gerencia del FEBAN y las Jefaturas de las Unidades de Legal, Policlínicos y Boticas y, Bienestar Social, quienes de manera integral evaluarán y aprobarán o desaprobarán las solicitudes presentadas por los afiliados en base a todas las circunstancias determinantes de la situación fundamentado en los informes médico y social correspondiente.

14. Condiciones generales:

Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por LA COMPAÑÍA para regir el contrato de seguro. Su aplicación puede ser modificada por otras cláusulas contractuales incluidas en la PÓLIZA DE SEGURO.

15. Consulta:

Acto mediante el cual el profesional de la salud atiende a la solución de un problema que guarda relación con alguna condición de salud de un individuo (el paciente).

16. Deducible:

Pago fijo que asume el afiliado por uso o goce de un beneficio proporcionado por el PAM; dicho importe lo establece el reglamento.

17. Dependiente:

Se considera como dependientes asegurables a las siguientes personas:

- El cónyuge, o en su defecto la persona de sexo distinto que, viviendo en calidad de conviviente del AFILIADO esté reconocida como tal y haya pasado por el proceso de SUSCRIPCIÓN de la Póliza satisfactoriamente.
- Los hijos biológicos y los adoptados, así como los hijastros del AFILIADO siempre y cuando sean solteros, residan con él en el mismo domicilio, sean dependientes económicamente y hayan pasado por el proceso de SUSCRIPCIÓN de la póliza satisfactoriamente.

18. Diagnóstico:

Calificación que da el médico al estado de salud de una persona según los signos, síntomas, exámenes auxiliares y procedimientos que advierte, aun cuando no haya sido informada al AFILIADO.

19. Emergencia accidental:

Toda lesión corporal producida por un accidente y que de no recibir atención médica o quirúrgica inmediata compromete seriamente la vida o deja secuelas irreversibles en la persona.

20. Emergencia médico-quirúrgica:

Aquel problema de salud que se presenta en forma súbita, como manifestación de una ENFERMEDAD AGUDA o como recurrencia, progresión o complicación de una afección crónica, y que de no recibir atención médica o quirúrgica inmediata compromete seriamente la vida o deja secuelas irreversibles en la persona.

21. Emergencia:

Situación que por presentarse en forma imprevisible, violenta o súbita, pone en peligro inminente la vida o altera grave o profundamente el estado de salud de un afiliado y, por lo tanto, se requiere la atención médica o quirúrgica inmediata.

22. Enfermedad:

Toda alteración del estado de salud, de causa no accidental.

23. Epicrisis:

Documento resumen que formula y firma el médico tratante al momento del alta hospitalario del paciente.

24. Exclusiones:

Enfermedades, situaciones o gastos que no se encuentran dentro del ámbito de cobertura del PAM (gastos no cubiertos).

25. F.D.A. (FOOD AND DRUGS ADMINISTRATION):

Organización norteamericana que regula la producción y distribución al público de nuevos medicamentos, equipos e insumos en desarrollo, si es que su seguridad y eficiencia está probada. Sus conclusiones son tomadas por la comunidad médica internacional como un patrón de referencia para la prescripción adecuada de los ítems antes mencionados.

26. Indemnización Máxima Anual (IMA):

Indemnización Máxima Anual; cobertura máxima que se ofrece para cada afiliado, en cada año calendario.

27. Instrumental quirúrgico, materiales e insumos médicos especiales:

Aquellos utilizados para procedimientos específicos o especializados. Comprende cualquier instrumento, aparato, implemento, máquina, material u otro artículo similar o relacionado, usado solo o en combinación, incluidos los accesorios y el software necesarios para su correcta aplicación propuesta por el fabricante, en su uso en seres humanos para:

- Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento o alivio de una enfermedad.
- Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento o alivio de una lesión.
- Investigación, sustitución o soporte de la estructura anatómica o de un proceso fisiológico.
- Apoyo y sostenimiento de la vida.

28. Medicina Basada en Evidencia:

Es el uso juicioso y prudente de la mejor evidencia médica disponible para tomar decisiones que conciernen al cuidado de los pacientes. La evidencia médica se refiere a los resultados de los estudios clínicos realizados a nivel nacional e internacional, cuyas conclusiones y recomendaciones son aplicables al paciente. La práctica de la medicina basada en evidencia constituye actualmente el estándar internacional para la práctica de la medicina.

29. Nivel de evidencia IIa:

Dentro de toda gama de estudios médicos existen algunos cuyos diseños permiten brindar mejores recomendaciones. A la calificación de estos estudios se les denomina “niveles de evidencia” y van en una escala del I (mejor diseño, con conclusiones sólidas) al IV (pobre diseño, sus conclusiones carecen de solidez). El nivel de evidencia IIa según la calificación de la Agency for Healthcare Research and Quality” institución internacional que vela por la adecuada atención médica, se define como: las conclusiones brindadas que proceden de un estudio comparativo, pero sin aleatorizar. Esto significa que el estudio realizado comparó por ejemplo una nueva terapia contra un tratamiento estándar, pero la distribución de los pacientes no fue al azar, lo cual reduce la calidad de las conclusiones.

Por esto el nivel IIa es tomado por el PAM como límite para determinar la fortaleza de los estudios disponibles sobre la evaluación de una terapia, insumo o fármaco y definir por lo tanto la cobertura del mismo

30. PAM:

Programa de Asistencia Médica

31. Preexistencia:

Cualquier condición de alteración del estado de salud, diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud inserta en la Solicitud de Afiliación al PAM.

No se considerará preexistencia aquella que se haya generado, o por la que el asegurado y/o beneficiario haya recibido cobertura durante la vigencia de un

contrato de seguro que cubrió el periodo inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades o asistencia médica diferente.

32. Prestaciones:

Servicios proporcionados por el PAM.

33. Prótesis:

Es una extensión artificial, que sustituye parte del cuerpo, su utilidad puede ser funcional o estética. Ejemplos de PROTESIS: Ortopédicas, auditivas, ocular, genital, dental.

34. Prótesis quirúrgicas:

Pieza o aparato artificial que sustituye a un órgano o una parte del mismo y que se aplica mediante cirugía a un órgano interno.

35. Red de proveedores médicos afiliados:

Conjunto de proveedores adscritos al PAM, a través de los cuales se prestan los beneficios que otorga el programa médico.

36. Reembolso:

Es el reintegro de los gastos realizados por el afiliado por las prestaciones de atenciones médicas que no son cubiertas por el PAM. Estas prestaciones son reembolsables de acuerdo a la cobertura establecida, tipo de atención, tarifas y costos determinados, excepto el deducible y coaseguro. El reembolso solo procede para clínicas o profesionales médicos no afiliados al FEBAN.

37. Reporte operatorio:

Documento que describe el procedimiento quirúrgico empleado y que se registra al concluir un acto quirúrgico. Es suscrito por el médico tratante.

38. Salud:

Completo estado de bienestar físico y mental del individuo.

39. Siniestro:

Acontecimiento o evento que da lugar a las coberturas previstas en el presente reglamento.

40. Tabla de Beneficios:

Cuadro que resume las cifras correspondientes a los montos del aporte de los afiliados, al porcentaje del coaseguro, el importe de la franquicia, el monto de la IMA, y el porcentaje de cobertura por gastos de sepelio, que serán fijadas por la CAFEBAN.

41. Tarifario FEBAN:

Relación de servicios y procedimientos de salud que cubre y excluye el PAM. Todo servicio y procedimiento no considerado en este tarifario está excluido o no cubierto por el PAM.

Se utiliza también para el sistema de atención de reembolso, para establecer los montos máximos a pagar para cada tipo de servicio y procedimiento.

42. Tratamiento o procedimiento experimental:

Todo tratamiento o procedimiento, ya sea de índole médica o quirúrgica, que no haya sido ampliamente aceptado como efectivo y aprobado por las

organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad Médica Internacional o se encuentran bajo estudio, investigación, periodo de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico.

ANEXO A

RED DE PROVEEDORES

RED 1 Y RED 2

RED	Item	Proveedores - Clínicas	COASEGURO		FRANQUICIA (DEDUCIBLE)	
			Feban	Afiliado	Amb.	Hosp.
RED 1	1	ADMINISTRADORA CLINICA RICARDO PALMA S.A	72%	28%	S/ 50	S/ 150
	2	EMPRESA PRESTADORA DE SALUD- EL NAZARENO	77%	23%	S/ 30	S/ 100
	3	CLINICA BELEN	77%	23%	S/ 30	S/ 100
	4	HOGAR CLINICA SAN JUAN DE DIOS-AREQUIPA	77%	23%	S/ 30	S/ 100
	5	SISTEMAS DE ADMINISTRACION HOSPITALARIA S.A.C	77%	23%	S/ 30	S/ 100
	6	DOCTOR + S.A.C.	77%	23%	S/30 - S/38	(*)
	7	INVERSIONES MEDICAS GALENO S.A.C.	77%	23%	S/ 30	S/ 100
	8	ADMINISTRADORA CLINICA TRESA S.A	77%	23%	S/ 30	S/ 100
	9	CLINICA JAVIER PRADO S A	77%	23%	S/ 30	S/ 100
	10	HOSPITAL PRIVADO DEL PERU SOCIEDAD ANONIMA ABIERTA-HOSPITAL	77%	23%	S/ 30	S/ 100
	11	CLINICA INTERNACIONAL S.A.	77%	23%	S/ 30	S/ 100
	12	MEDICOS ASOCIADOS CUSCO SOCIEDAD ANONIMA - MAC S.A.	77%	23%	S/ 30	S/ 100
	13	ASOC.PAST.SERV.MEDICO ASIST.JULIACA IASD	77%	23%	S/ 30	S/ 100
RED 2	14	HOSPITAL PRIVADO JUAN PABLO II SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	77%	23%	S/ 30	S/ 100
	15	CLINICA GOOD HOPE	77%	23%	S/ 30	S/ 100
	16	CLINICA ADVENTISTA ANA STAHL	77%	23%	S/ 30	S/ 100
	17	B M CLINICA DE ESPECIALIDADES MEDICAS SAC.	77%	23%	S/ 30	S/ 100
	18	CENTRO MEDICO QUIRURGICO JUAN PABLO II E.I.R.L.	77%	23%	S/ 30	S/ 100
	19	POLICLINICO SANTA CATALINA S.A.C.	77%	23%	S/ 30	S/ 100

20	CLINICA SAN PABLO S.A.C.	77%	23%	S/ 30	S/ 100
21	HOSPITAL METROPOLITANO SOCIEDAD ANONIMA	77%	23%	S/ 30	S/ 100
22	CLINICA LIMATAMBO	77%	23%	S/ 30	S/ 100
23	CLINICA LIMATAMBO CAJAMARCA S.A.C.	77%	23%	S/ 30	S/ 100
24	CORPORACION ROCA PERU S.C.R.L.	77%	23%	S/ 30	S/ 100
25	INSTITUTO ONCOLOGICO DE LIMA S.A.	77%	23%	S/ 30	S/ 100

RED DE PROVEEDORES

RED 3

RED	Ítem	Proveedores - Clínicas	COASEGURO		FRANQUICIA (DEDUCIBLE)	
			Feban	Afiliado	Amb.	Hosp.
RED 3	26	SERVICIOS DE SALUD LOS FRESNOS S.A.C	80%	20%	S/ 20	(*)
	27	CLINICA SAN PABLO S.A.C. - HUARAZ	80%	20%	S/ 20	S/ 80
	28	CLINICA VIRGEN DEL PILAR SCRL	80%	20%	S/ 20	S/ 80
	29	CLINICA ESPECIALIDADES VIRGEN DE COCHARCAS	80%	20%	S/ 20	S/ 80
	30	VESALIO S.A.	80%	20%	S/ 20	S/ 80
	31	ASOCIACION PERUANO JAPONESA	80%	20%	S/ 20	S/ 80
	32	CLINICA SAN GABRIEL S A C	80%	20%	S/ 20	S/ 80
	33	CLINICA JESUS DEL NORTE S. A. C.	80%	20%	S/ 20	S/ 80
	34	CLINICA PERUANO AMERICANA S.A.	80%	20%	S/ 20	S/ 80
	35	INSTITUTO OFTALMOSALUD S.A.C.	80%	20%	S/ 20	S/ 80
	36	CLINICA NUEVO SAN JUAN SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	80%	20%	S/ 20	S/ 80
	37	CLINICA SANCHEZ FERRER S A	80%	20%	S/ 20	S/ 80
	38	CLINICA MIRAFLORES SA	80%	20%	S/ 20	S/ 80
	39	CENTRO MEDICO CLINICA SAN JUDAS TADEO SA	80%	20%	S/ 20	S/ 80
	40	CLINICA SANTA ROSA SULLANA S.A.C.	80%	20%	S/ 20	S/ 80
	41	PROMEDIC S.A.C.	80%	20%	S/ 20	S/ 80
	42	CLINICA SEÑOR DE LUREN DE ICA S.A.C.	80%	20%	S/ 20	S/ 80
	43	CLINICA AMAZONICA E.I.R.L.	80%	20%	S/ 20	S/ 80
	44	CLINICA MEDICA SAN MARTIN E.I.R.L.	80%	20%	S/ 20	S/ 80
	45	CLINICA SAN FRANCISCO DE ASIS S.A.	80%	20%	S/ 20	S/ 80
46	SERVICIOS MEDICOS LA PROVIDENCIA SRL	80%	20%	S/ 20	S/ 80	
47	INVERCONSULT S.A.	80%	20%	S/ 20	S/ 80	
48	LA CLINICA DE ICA DR. JULIO TATAJE BARRIGA SOC.COM.RESPONS.	80%	20%	S/ 20	S/ 80	
49	CLINICA MEDICA ZEGARRA S.A.C (CLINICA VERSALLES)	80%	20%	S/ 20	S/ 80	

50	CLINICA DANIEL A. CARRION S.A.C.	80%	20%	S/ 20	S/ 80
51	CLINICA ELERA S.R.L	80%	20%	S/ 20	S/ 80
52	OFTALMOLOGOS ASOCIADOS VER S.A.C	80%	20%	S/ 20	S/ 80
53	CLINICA SAN GABRIEL ARCANGEL EIRL	80%	20%	S/ 20	S/ 80

RED	Item	Proveedores - Clínicas	COASEGURO		FRANQUICIA (DEDUCIBLE)	
			Feban	Afiliado	Amb.	Hosp.
RED 3	54	MEDICINA EXTERNA S A MEDEX	80%	20%	S/ 20	(*)
	55	CLINICA SAN VICENTE S.A.	80%	20%	S/ 20	S/ 80
	56	CLINICA CAYETANO HEREDIA S.A.	80%	20%	S/ 20	S/ 80
	57	CLINICA J & C INMACULADA CONCEPCION S.A.C	80%	20%	S/ 20	S/ 80
	58	CENTRO LATINOAMERICANO DE REHABILITACION CELAR E.I.R.L.	80%	20%		(*)
	59	CLINICA HUANUCO E I R LTDA	80%	20%	S/ 20	S/ 80
	60	CENTRO MEDICO SAN CRISTOBAL- BOJORQUEZ ASTO ALINA INGRID	80%	20%		
	61	INVERSIONES DI FLORIO S.A.C.	80%	20%	S/ 20	S/ 80
	62	PROMOTORA DE SALUD SAKURA	80%	20%	S/ 20	(*)
	63	DIALYSIS SERVICE S.R.L.	80%	20%		(*)
	64	CLINICA SAN PEDRO S.A.C.	80%	20%	S/ 20	S/ 80
	65	CLINICA SANTA MARIA DEL SUR S.A.C	80%	20%	S/ 20	S/ 80
	66	CLINICA SANTA MARIA DE CHIMBOTE S.A.C.	80%	20%	S/ 20	S/ 80
	67	TOMOGRAFIA MEDICA SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	80%	20%		(*)
	68	CLINICA SAN PABLO S.A.C- SEDE ASIA	80%	20%	S/ 20	S/ 80
	69	CLINICA LA MERCED S.A.C. - SAN PABLO	80%	20%	S/ 20	S/ 80
	70	CLINICA MATERNO INF.VIRG.DEL ROSARIO SRL	80%	20%	S/ 20	S/ 80
	71	CENTRO MEDICO DIVINO NIÑO -MOLLENDO	80%	20%	S/ 20	(*)
	72	OFTALMOSALUD AREQUIPA S.A.C.	80%	20%	S/ 20	S/ 80
	73	CLINICA SANTO DOMINGO S.C.R.L.TDA.	80%	20%	S/ 20	S/ 80
	74	CLINICA LA SOLIDARIDAD BARRANCA SRL	80%	20%	S/ 20	(*)
	75	POLICLINICO EL PACIFICO CAMANA S.R.L.	80%	20%	S/ 20	(*)
	76	INSTITUTOS OFTALMOLOGICOS ESPECIALIZADOS DR.CARLOS WONG CAM	80%	20%	S/ 20	S/ 80
	77	CLINICA LOS ANDES S.A.C.	80%	20%	S/ 20	S/ 80
	78	CLINICA PARDO E.I.R.L.	80%	20%	S/ 20	S/ 80
	79	CLINICA SAN JOSE S.A.C.	80%	20%	S/ 20	S/ 80
	80	SERVICIOS MEDICOS DE DIAGNOSTICO S.A.	80%	20%		(*)
	81	ONCOLOGIA S.A.C.	80%	20%	S/ 20	S/ 80
82	INSTITUTO MEDICO QUIRURGICO AREQUIPA	80%	20%	S/ 20	S/ 80	
83	DPI DEL PERU S.A.	80%	20%		(*)	

84	DPI DR. ROSAS EIRL	80%	20%	(*)	
85	CENTROS MEDICOS DEL PERU S.A.	80%	20%	(*)	
86	OCULASER CENTRO DE MICROCIRUGIA Y LASER S.A.C.	80%	20%	S/ 20	S/ 80
87	CENTRO MEDICO CLINICA LAS PALMERAS S.A.C	80%	20%	S/ 20	S/ 80
88	EMETAC.E.I.R.L.	80%	20%	(*)	
89	FEBAN DIAGNOSTICO	80%	20%	(*)	
90	CLINICA NTRA.SRA.DE LAS MERCEDES S.A.C.	80%	20%	S/ 20	S/ 80
91	CARDIOMEDIC S.A.	80%	20%	S/ 20	S/ 80
92	MACULA D & T S.R.L.	80%	20%	S/ 20	S/ 80
93	ASOCIACION CIVIL SANTA TERESA DE ABANCAY	80%	20%	S/ 20	S/ 80
94	OFTALMOVISION S.A.C.	80%	20%	S/ 20	S/ 80
95	CENTRO DE CATARATA Y LASER E.I.R.L.	80%	20%	S/ 20	S/ 80
96	INSTITUTO PERUANO DE LA VISION S.A.C.	80%	20%	S/ 20	S/ 80
97	CENTRO VISION S.A.C.	80%	20%	S/ 20	S/ 80
98	CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO LORETO S.R.L	80%	20%	(*)	
99	BLUFSTEIN LABORATORIO CLINICO S.A.	80%	20%	(*)	

(*) No se paga Franquicia.