

REGLAMENTO
DEL
PROGRAMA
DE ASISTENCIA
MÉDICA

Fondo de Empleados del Banco de la Nación

El Fondo de Empleados del Banco de la Nación pone a su disposición el nuevo Reglamento del Programa de Asistencia Médica FEBAN, el cual ha sido aprobado en sesión de la CAFEBAN N° 450 del 3 de marzo suspendida y reanudada el 9 de marzo de 2017.

En su interior contiene información actualizada de las normas, procedimientos, beneficios y trámites PAM, las mismas que tienen por finalidad brindarle el servicio que usted merece.

Lima, mayo 2017

TABLA DE CONTENIDOS

TÍTULO I: GENERALIDADES.....	1
TÍTULO II: DE LOS AFILIADOS AL PAM.....	10
Capítulo I: Del titular.....	10
Capítulo II: Permanencia de la condición de titular.....	11
Capítulo III: De los afiliados dependientes y facultativos.....	14
Capítulo IV: Cambio de la condición de afiliados dependientes a titulares.....	16
TÍTULO III: DEL PROCEDIMIENTO DE AFILIACIÓN Y DESAFILIACIÓN.....	19
Capítulo I: Procedimiento de afiliación.....	19
Capítulo II: Periodo de carencia	23
Capítulo III: La desafiliación del PAM.....	24
Capítulo IV: Entrega de carnés PAM (derogado).....	26
Capítulo V: Identificación para acceder al servicio PAM.....	27
TÍTULO IV: DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS AFILIADOS.....	28
Capítulo I: Derechos de los afiliados.....	28
Capítulo II: Obligaciones de los afiliados.....	30
TÍTULO V: PROCEDIMIENTO SANCIONADOR CONTRA LOS AFILIADOS DEL PAM	32
Capítulo I: Aspectos generales.....	32
Capítulo II: Tipificación de las faltas.....	33
Capítulo III: Graduación de las sanciones.....	35
Capítulo IV: Etapas del procedimiento sancionador.....	37
TÍTULO VI: RÉGIMEN ECONÓMICO.....	42
TÍTULO VII: DE LAS PRESTACIONES.....	44
Capítulo I: Aspectos generales.....	44
Capítulo II: De la atención ambulatoria.....	49
Capítulo III: De la atención en servicios de emergencia.....	51
Capítulo IV: De la atención médica a domicilio en Lima.....	53
Capítulo V: De la atención oftalmológica.....	54
Capítulo VI: De la atención de hospitalización.....	55
Capítulo VII: De la atención de maternidad.....	56
Capítulo VIII: De la atención odontológica.....	58
Capítulo IX: De la atención oncológica.....	59

Capítulo X: Transporte por evacuación.....	61
Capítulo XI: Gastos de sepelio.....	62
TÍTULO VIII: PROCEDIMIENTO GENERAL PARA LA ATENCIÓN.....	63
Capítulo I: De la atención en la Red de Proveedores Adscritos al PAM.....	63
Capítulo II: De los reembolsos.....	74
TÍTULO IX: EXCLUSIONES O GASTOS NO CUBIERTOS POR EL PAM.....	81
Capítulo I: Aspectos generales.....	81
Capítulo II: De las exclusiones por grupo de enfermedades y/o procedimiento.....	84
Capítulo III: De las exclusiones por grupo de medicamentos.....	89
Capítulo IV: De las exclusiones consideradas por el tarifario FEBAN.....	92
TÍTULO X: FONDO DE CONTINGENCIA.....	93
DISPOSICIONES FINALES.....	96
TABLA DE BENEFICIOS.....	97
TABLA DE APORTES.....	98
Atención ambulatoria.....	99
Atención médica a domicilio en Lima.....	100
Atención en servicios de emergencia.....	101
Atención oftalmológica ambulatorio.....	102
Atención oftalmológica hospitalaria.....	103
Atención odontológica.....	104
Atención hospitalaria.....	105
Atención oncológica.....	106
Atención por maternidad.....	107
Atención transporte por evacuación.....	108
Atención por sepelio.....	109
Incremento reembolso por sepelio- afiliados.....	109
TABLA DE COASEGUROS.....	110
PETITORIO FARMACOLÓGICO DE DROGAS ONCOLÓGICAS E	
INMUNOSUPRESORAS - FEBAN	111
Anexo A.....	115
Anexo 1	122
Anexo 2	123

TÍTULO I: GENERALIDADES

Artículo 1: Programa de Asistencia Médica - PAM

El Programa de Asistencia Médica - PAM, constituye uno de los principales servicios asistenciales prestados por el FEBAN, el mismo que se rige por el principio de solidaridad.

Artículo 2: Finalidad del PAM

La finalidad del Programa de Asistencia Médica, en adelante PAM, es proporcionar a los afiliados del FEBAN cobertura frente a los riesgos de enfermedad, maternidad y accidentes, salvo las exclusiones expresas; así como otorgar la cobertura correspondiente para los gastos de sepelio, salud y suministro de medicinas, con sujeción a la vigencia del presente reglamento.

Artículo 3: Objeto del Reglamento PAM

El presente reglamento tiene por objeto normar el PAM, las prestaciones asistenciales que ofrece a sus afiliados, así como determinar sus alcances, restricciones y exclusiones.

Artículo 4: Aprobación, derogación y/o modificaciones del reglamento PAM

El presente reglamento ha sido aprobado por la Comisión de Administración del Fondo de Empleados del Banco de la Nación (CAFEBAN), mediante acuerdo N° 450 de fecha 3 de marzo 2017 suspendida y reanudada el 9 de marzo 2017, su entrada en vigencia rige a partir del día siguiente de su aprobación.

Asimismo, se ha modificado en las siguientes sesiones:

- CAFEBAN N° 472 con fecha 28 de diciembre de 2018
- CAFEBAN N° 479 con fecha 24 de junio de 2019
- CAFEBAN N° 494 con fecha 30 de noviembre de 2020
- CAFEBAN N° 496 con fecha 25 de febrero de 2021
- CAFEBAN N° 506 con fecha 04 de febrero de 2022

- CAFEBAN N° 519 con fecha de 31 de enero de 2023
- CAFEBAN N° 523 con fecha de 27 de abril de 2023

Cabe señalar que su aprobación, derogación, y/o modificaciones se sujetarán al mismo procedimiento.

Artículo 5: Base Legal

- Resolución de Superintendencia N°069-2021-SUSALUD/S, “Lineamientos, Normas y Cláusulas Generales del Contrato de Aseguramiento en Salud a ser suscrito entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud y las Entidades Empleadoras o los Asegurados”.
- Decreto Supremo N°002-2019-SA, Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las IAFAS, IPRESS y UGIPRES públicas, privadas o mixtas.

Artículo 6: Definiciones

Para efecto del presente reglamento se entiende por:

AFILIADO	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.
APORTE	Cuota obligatoria para respaldar las prestaciones ofrecidas por el PAM.
BANCO	Al Banco de la Nación.
BENEFICIARIOS	Persona designada por el contratante, y/o afiliado en el contrato, como titular de los derechos de acceso a las prestaciones de salud especificados en el plan, programa o producto de aseguramiento en salud.
BENEFICIO CLÍNICO RELEVANTE	Es el beneficio adicional que puede tener un nuevo tratamiento estándar, de efectividad ya probada. Los estudios clínicos realizados para probar un nuevo tratamiento tienen que demostrar que este tiene mayor efectividad / seguridad que el tratamiento estándar.
CAFEBAN	Comisión de Administración del Fondo de Empleados del Banco de la Nación.
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.
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.
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.
CIRUGÍA ONCOLÓGICA	Realizada por un médico con especialidad de cirujano oncólogo, con fines de tratamiento de un cáncer.

COASEGURO	Porcentaje o proporción del gasto que el afiliado asume por las prestaciones proporcionadas por el PAM y que es fijada por el reglamento.
COMITÉ DE CASOS SOCIALES	Conformado por la gerencia del FEBAN, gerencia de División de Servicios al Afiliado y las jefaturas de las unidades: PAM, Legal y Bienestar Social, quienes de manera integral evalúan y aprueban las solicitudes presentadas por los afiliados en base al informe médico y social.
CONVIVIENTE	Persona que forma una unión de hecho, voluntariamente realizada entre un varón y una mujer, libres de impedimento matrimonial, para alcanzar finalidades y cumplir deberes semejantes a los del matrimonio, siempre que dicha unión haya durado por lo menos dos años continuos. Debe ser declarado judicial o notarialmente. El derecho se extiende también al integrante sobreviviente de la unión de hecho.
DEDUCIBLE	Pago fijo que asume el afiliado por uso o goce de un beneficio proporcionado por el PAM; dicho importe lo establece el reglamento.
DERECHOHABIENTES	Son derechohabientes el cónyuge o concubino a quienes se refiere el artículo 326 del Código Civil, así como los hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo. Su afiliación puede ser a solicitud del titular del seguro de salud.
EMERGENCIA	Es toda condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que pueda dejar secuelas invalidantes en el paciente.
EXCLUSIONES	Son aquellas prestaciones de salud no cubiertas por el plan o programa de salud. En el marco de lo establecido en la Segunda Disposición Complementaria Modificatoria y Tercera

	Disposición Complementaria Modificatoria de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, que modifica el artículo 3 de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, los daños derivados del intento de autoeliminación o lesiones autoinfligidas por problemas de salud mental, derivados de un diagnóstico de salud mental no se excluyen.
EXTRABAJADOR	Persona natural que ha mantenido vínculo laboral con el Banco de la Nación.
FEBAN	Fondo de Empleados del Banco de la Nación.
FDA (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.
FORMULARIO WEB	Documento por el cual se formaliza la solicitud de atención por el PAM.
HECHOS RELEVANTES	Es aquel evento, circunstancia o antecedente de ocurrencia no frecuente o periódica que tenga o pueda tener influencia o efecto trascendente en la gestión administrativa, operacional y resultados de las IAFAS, así como en la labor de supervisión de SUSALUD.
HOJA SITEDS	Documento electrónico por medio del cual se formaliza la solicitud de atención al PAM, incluye datos del afiliado, plan, cobertura y pagos.
IAFAS	Instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud.
IGV	Impuesto general a las ventas.
IMA	Indemnización Máxima Anual; cobertura máxima que se ofrece para cada afiliado, en cada año calendario.
IMA PARA GASTOS AMBULATORIOS	IMA para cubrir todos los gastos ambulatorios de los beneficios que cubre el PAM.
IMA PARA GASTOS HOSPITALARIOS	A la IMA para cubrir todos los gastos hospitalarios, de los beneficios que cubre el PAM.

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.
IPRESS	Instituciones prestadoras de servicios de salud.
MANUAL DE NORMAS DE FACTURACIÓN, AUDITORÍA MÉDICA Y PROCESOS DE ATENCIÓN DE LA ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS Y HOSPITALES PARTICULARES, ASOCIACIÓN DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD Y ASOCIACIÓN PERUANA DE EMPRESAS DE SEGUROS	Documento que norma qué servicios se pueden facturar en la atención de salud. Establece el acuerdo de condiciones para la facturación de servicios de salud entre el financiador y el prestador.
MANUAL DE NORMAS COMPLEMENTARIAS PARA LA CANCELACIÓN, FACTURACIÓN, ATENCIÓN Y AUDITORÍA MÉDICA DEL PAM DEL FEBAN	Establece los criterios para la cancelación, facturación, auditoría y procesos de atención y auditoría de siniestros a los que deben sujetarse los proveedores que prestan servicios al PAM del FEBAN. Son normas complementarias al “Manual de normas de facturación, auditoría y procesos de atención” de la Asociación de Clínicas y Hospitales Particulares.

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.
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.
NIÑO EXCEPCIONAL	Es aquel hijo de un trabajador o pensionista que padece de enfermedades congénitas y que requiere tratamiento prolongado y especializado.
NIÑO ORFANDAD	Es aquel hijo menor de edad del trabajador del Banco de la Nación que por fallecimiento del padre o madre se quedan en situación de orfandad, siempre y cuando el fallecimiento se produzca cuando estos se encuentran en actividad.

PACIENTE ONCOLÓGICO	Es el afiliado que ha sido diagnosticado de una enfermedad oncológica y que se encuentra inscrito en el Programa PAM, como tal a la presentación de su Informe Anatomopatológico emitido por el médico oncólogo.
PAM	Programa de Asistencia Médica.
PENSIONISTAS EMPRESA DISGREGADA	Son aquellas personas naturales que fueron incorporadas mediante la sesión de CAFEBAN N° 141 de fecha 19 de agosto de 1987.
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.
PRESTACIONES	Servicios proporcionados por el PAM.
PRÉSTAMO PAM	Es el préstamo para financiar los gastos de coaseguro más gastos no coberturados de las atenciones médicas.
PROVEEDOR ADSCRITO	Prestador de servicios comprendidos en el PAM, debidamente contratado por el FEBAN y que cumpla con los requisitos legales vigentes.
QUIMIOTERAPIA	A los esquemas de tratamiento de oncología clínica con fármacos antineoplásicos.
RADIOTERAPIA	La aplicación de radiaciones ionizantes emitidas por equipos como el acelerador lineal diseñadas especialmente para el tratamiento de tumores localizados.

RED DE PROVEEDORES ADSCRITOS	Conjunto de proveedores adscritos al PAM, a través de los cuales se prestan los beneficios que otorga el programa médico.
REEMBOLSO	Es el reintegro de los gastos realizados por el afiliado por las atenciones médicas. El reembolso solo procede por servicios clínicos o profesionales médicos no adscritos al FEBAN. Los reembolsos se prestarán de acuerdo a los lineamientos establecidos en el presente reglamento.
REGISTRO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL PAM	Relación de pacientes portadores de cáncer inscritos en el Programa de Asistencia Médica del Fondo de Empleados del Banco de la Nación.
REGLAMENTO	El presente reglamento.
SINIESTRO	Acontecimiento o evento que da lugar a las coberturas previstas en el presente reglamento.
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.
TABLA DE BENEFICIOS	Cuadro que resume las atenciones o beneficios que cubre el PAM y las IMAS o topes máximos de cobertura que se da en estas; precisando los deducibles y/o coaseguros que deben asumir los afiliados, en cada uno de ellas. Estas indemnizaciones serán fijadas por la CAFEBAN.
TERAPIA BIOLÓGICA	A los tratamientos de última generación con modificadores de la respuesta biológica: anticuerpos monoclonales, factores estimulantes de colonia e inmunoterapia.
URGENCIA MÉDICA	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.

TÍTULO II: DE LOS AFILIADOS AL PAM

CAPÍTULO I: DEL TITULAR

Artículo 7: Condición de titular

La afiliación al PAM es voluntaria y es una facultad exclusiva de los trabajadores del Banco de la Nación, cualquiera sea la modalidad de su contrato, siempre que se encuentren afiliados al FEBAN.

Quienes acceden a esta afiliación serán denominados afiliados titulares y es en virtud a esta condición que podrán: (i) mantener dicho estatus aun cuando se extinga el vínculo laboral con el Banco de la Nación, salvo por despido disciplinario por falta grave; (ii) incorporar a sus familiares como afiliados al PAM, quienes serán denominados afiliados dependientes o facultativos, según corresponda.

Los beneficios de los que gozan los afiliados titulares, mencionados en el párrafo anterior, están sujetos al cumplimiento de las condiciones específicas que se detallan en el reglamento.

Artículo 8: Plazo de solicitud de afiliación del titular

Los trabajadores del Banco de la Nación menores de 50 años de edad, podrán solicitar su incorporación al PAM en cualquier momento. Cumplidos los 50 años de edad, perderán en forma definitiva dicha facultad, sin perjuicio del plazo de su contrato.

En el caso de los trabajadores de 50 años a más que ingresen a laborar, podrán presentar su solicitud dentro de los doce (12) meses, contados a partir del día que se inicia su vínculo laboral.

CAPÍTULO II: PERMANENCIA DE LA CONDICIÓN DE TITULAR

Artículo 9: Extinción automática de la afiliación

La extinción del vínculo laboral que mantenía el afiliado titular con el Banco de la Nación acarrea automáticamente la extinción de su afiliación al PAM, así como la de sus dependientes y/o facultativos. Podrá mantener su condición de afiliado siempre y cuando manifieste su condición de permanencia.

Artículo 10: Permanencia de afiliados

Cuando el afiliado titular cese en sus labores en el Banco de la Nación 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 los siguientes numerales:

10.1 Pensionistas del Banco de la Nación (Ley N° 20530):

- a) Solicitar por escrito al FEBAN su permanencia al PAM y la de sus afiliados dependientes y/o facultativos inscritos a la fecha del cese, dentro del plazo de seis (6) meses contados a partir del cese del vínculo laboral.
- b) Presentar la solicitud de pensión debidamente sellada por el Banco de la Nación que acredite el inicio del trámite para su otorgamiento.
- c) Compromiso de cancelar directamente el pago de los aportes por afiliación y los cargos de las cuotas por las prestaciones de salud que reciba él y los afiliados de su núcleo, mientras el otorgamiento de la pensión esté en trámite.
- d) Suscribir la autorización del descuento de su pensión de los aportes u otros conceptos incluyendo la deuda que mantiene con el FEBAN a la fecha del cese. De no contar con la liquidez necesaria para asumir la deuda deberá realizar el pago al contado.

Es obligación del afiliado presentar al FEBAN copia de la resolución que le otorga la pensión dentro del plazo máximo de treinta (30) días calendarios a partir de la fecha que le fuera notificada. Mientras no haga conocer al FEBAN que cuenta con pensión continuará asumiendo sus deudas directamente.

La adquisición del estatus de pensionista del Banco no otorga el derecho a ser incorporado al PAM a aquel que no hubiera sido afiliado a la fecha de su cese.

El incumplimiento de cualquiera de los requisitos en la forma y plazos establecidos en este artículo acarreará la pérdida definitiva de la afiliación del titular y sus afiliados dependientes y/o facultativos.

10.2 Cesantes (ex trabajadores del Banco de la Nación):

- e) Solicitar por escrito al FEBAN su permanencia al PAM y la de sus afiliados dependientes y/o facultativos inscritos, dentro del plazo de seis (6) meses contados a partir del cese del vínculo laboral.
- f) Se comprometa a cancelar directamente el pago de los aportes por afiliación y los cargos de las cuotas por las prestaciones de salud que reciba él y los afiliados de su núcleo.
- g) Acreditar no mantener ningún tipo de deuda con el FEBAN.

La adquisición del estatus de ex trabajador del Banco no otorga el derecho a ser incorporado al PAM a aquel que no hubiera sido afiliado a la fecha de su cese.

El incumplimiento de cualquiera de los requisitos en la forma y plazos establecidos en este artículo acarreará la pérdida definitiva de la afiliación del titular y sus afiliados dependientes y/o facultativos.

Artículo 11: Porcentaje del coaseguro

En el caso de los ex trabajadores del Banco de la Nación que mantengan su condición de afiliados, según lo dispuesto en el artículo 10 del reglamento, el porcentaje del coaseguro se aplicara según los años de aportación que el afiliado hubiera mantenido, siendo el máximo 77/23 ¹ y un mínimo de 80/20 para los casos que igualara o superara los treinta (30) años de aportación, conforme se establece la tabla de beneficios de este reglamento.

Artículo 12: Continuidad de afiliados con suspensión temporal de su vínculo laboral

12.1 Despido impugnado en vía judicial

En el caso que un afiliado titular cese del Banco de la Nación por decisión de dicha entidad y este acto sea impugnado por el ex trabajador en vía judicial, obteniendo una sentencia o resolución de medida cautelar que ordene su reposición, podrá acceder a la continuidad de su afiliación al PAM, así como la de sus afiliados dependientes y/o facultativos inscritos, siempre que concurren los siguientes requisitos:

- a) Solicitar por escrito al FEBAN su permanencia en el PAM dentro del plazo de doce (12) meses contados a partir de la fecha en que fuera notificado con la sentencia firme del vínculo, así como la permanencia de sus afiliados dependientes o facultativos.
- b) Presentar la copia de la sentencia o resolución de la medida cautelar que ordene expresamente su reposición y documento que acredite su ejecución por parte del Banco de la Nación.

El titular de manera voluntaria podrá cancelar las aportaciones mensuales que dejó de pagar al FEBAN, desde el momento que se extinguió el vínculo laboral con el Banco de la Nación.

En caso el afiliado realice el pago voluntario de los aportes mencionados líneas arriba, se contabilizarán los años de aportes realizados y podrá acceder a los porcentajes del coaseguro dispuestos en el artículo 10 del presente reglamento.

En caso el titular no desee realizar el pago voluntario de los aportes, la solicitud de afiliación procederá como una nueva inscripción y no se contabilizarán los años dejados de aportar.

Si se trata de una continuidad por reposición ordenada por resolución en vía cautelar, el afiliado deberá cancelar los gastos por coaseguro y otros servicios por atenciones médicas al contado, hasta que el titular acredite que el Banco de la Nación ordenó su reposición definitiva.

12.2 Continuidad por licencia sin goce de haber

En el caso que el vínculo laboral entre un afiliado titular y el Banco de la Nación se suspenda por el otorgamiento de una licencia sin goce de haber, el afiliado titular podrá continuar con su afiliación al PAM, así como la de sus afiliados dependientes y/o facultativos inscritos, siempre que:

- c) Comunique por escrito al FEBAN, dentro del plazo de seis (6) meses desde que se le otorga la licencia sin goce de haber, precisando su plazo.
- d) Cancele directamente por el plazo de vigencia de la licencia, el pago de los aportes por afiliación y los cargos de las cuotas por las prestaciones de salud que reciba él y los afiliados de su núcleo.

CAPÍTULO III: DE LA AFILIACIÓN DEPENDIENTES Y FACULTATIVOS

Artículo 13: Incorporación de afiliados dependientes

El afiliado titular podrá solicitar la incorporación como afiliados dependientes a:

- a) Su cónyuge o conviviente, siempre que ostente tal condición al momento de presentar la solicitud. Podrá solicitar su incorporación en cualquier momento siempre y cuando el afiliado titular y la cónyuge o conviviente sean menores de 50 años de edad. Asimismo, los trabajadores mayores de 50 años de edad, podrán solicitar la afiliación de su cónyuge o conviviente mayor de 50 años de edad, dentro del plazo de doce (12) meses contados a partir de la fecha en que inició su vínculo laboral.

En caso el trabajador contrajera nupcias o acreditara el reconocimiento de unión de hecho con posterioridad a la fecha de su incorporación al PAM, este podrá solicitar la afiliación de su cónyuge o conviviente en cualquier momento, siempre y cuando ambos sean menores de 50 años de edad, pasada la edad límite sólo tendrán el plazo de doce (12) meses contados a partir del día en que se produjo el hecho. Transcurrido dicho plazo, pierde el derecho a incorporar a su cónyuge o conviviente al PAM.

- b) Sus hijos hasta antes de cumplir dieciocho (18) años de edad, podrán solicitar la incorporación al PAM en cualquier momento tras iniciar el vínculo laboral del titular. Pasados los 18 años de edad perderán definitivamente la oportunidad de afiliarlos. Asimismo, los hijos podrán mantener la afiliación al PAM hasta cumplir los 25 años de edad.

El afiliado titular podrá incorporar con posterioridad a su fecha de incorporación al PAM a hijos recién nacidos dentro de los doce (12) meses de producido el nacimiento. Transcurrido dicho plazo, pierde el derecho a incorporarlos.

Asimismo, el afiliado titular podrá solicitar la incorporación al PAM de hijos cuya filiación extramatrimonial surgiera con posterioridad a la fecha de su incorporación al PAM, solo si dicha filiación es reconocida por sentencia judicial firme. En estos casos, el afiliado titular podrá solicitar su incorporación dentro de los doce (12) meses de emitida la sentencia definitiva. Transcurrido dicho plazo, pierde el derecho a incorporar a dichos hijos al PAM.

El afiliado titular también podrá solicitar la incorporación al PAM de hijos adoptados, siempre y cuando sean menores de edad, con posterioridad a la fecha de su incorporación al PAM. En estos casos, el afiliado titular podrá solicitar su incorporación dentro de los doce (12) meses de emitida la resolución administrativa correspondiente. Transcurrido dicho plazo, pierde el derecho a incorporar a dichos hijos al PAM.

Artículo 14: Incorporación de afiliados facultativos

El afiliado titular con contrato de trabajo podrá solicitar la incorporación de afiliados facultativos hasta dentro del sexto mes del día en que inició su vínculo laboral con el Banco de la Nación. Transcurrido dicho plazo, pierde el derecho de incorporación de afiliados facultativos, sin perjuicio del plazo de su contrato.

El afiliado titular solo podrá solicitar que se incorporen como afiliados facultativos a sus progenitores o a las personas legalmente reconocidas como sus padres.

En el caso de que el titular fallezca, el hermano (a) titular afiliado al PAM podrá solicitar la afiliación de los dependientes facultativos que estuvieron afiliados con el causante, hasta dentro del sexto mes desde el fallecimiento.

CAPÍTULO IV: CAMBIO DE LA CONDICIÓN DE AFILIADOS DEPENDIENTES A TITULARES

Artículo 15: Afiliación y acceso a la titularidad de cónyuges o convivientes

Al fallecimiento del afiliado pensionista del Banco de la Nación, su cónyuge o conviviente podrá solicitar su incorporación al PAM en condición de titular. Asimismo, podrá solicitar la continuidad de afiliados de sus dependientes y facultativos — que hayan tenido tal condición antes del fallecimiento del titular— siempre que concurran con los siguientes:

- a) Solicite por escrito su incorporación al PAM en condición de titular y la de sus afiliados dependientes y/o facultativos, dentro del plazo de seis (6) meses contados a partir de la fecha de fallecimiento del titular.
- b) Presente la solicitud de pensión de viudez debidamente sellada por el Banco de la Nación que acredite el inicio del trámite para su otorgamiento.
- c) Cancele directamente el pago de los aportes por afiliación y los cargos de las cuotas por los beneficios que haya recibido hasta que obtenga la pensión de viudez.
- d) Es obligación de la viuda (o) exhibir el original y presentar una copia al FEBAN de la resolución que le otorga la pensión, dentro del plazo máximo de treinta (30) días calendarios a partir de la fecha que le fuera notificada. Mientras no haga conocer al FEBAN que cuenta con pensión de viudez continuará asumiendo sus deudas directamente.
- e) Presentar el formato aprobado por la Unidad de Créditos y Negocios, certificando que no existe deuda por parte del titular fallecido, de lo contrario deberá presentar el documento de autorización de descuento por planilla única de pagos.

Artículo 16: Afiliación y acceso a la titularidad de hijos en condición de Orfandad

Al fallecimiento del afiliado pensionista del Banco de la Nación, el hijo mayor que perciba pensión de orfandad podrá solicitar su incorporación al PAM en condición de titular. Asimismo, podrá solicitar la continuidad de afiliados de sus dependientes y facultativos — que hayan tenido tal condición antes del fallecimiento del titular— siempre que concurren con lo siguiente:

- a) Solicitar por escrito su incorporación al PAM en condición de titular y la de sus afiliados dependientes y/o facultativos inscritos al momento del fallecimiento del titular, dentro del plazo de seis (6) meses contados a partir de la fecha de fallecimiento del titular.
- b) No exista solicitud de titularidad del cónyuge o conviviente en condición de viudez, dentro de los seis (6) meses contados a partir de la fecha de fallecimiento del titular.

Ante la presentación de ambas solicitudes dentro de los seis (6) meses contados a partir de la fecha de fallecimiento del titular, se otorgará la titularidad al cónyuge o conviviente en condición de viudez, aún si hubiera presentado su solicitud con posterioridad a la solicitud del hijo en condición de orfandad.

- c) Presentar la solicitud de pensión por orfandad debidamente sellada por el Banco de la Nación que acredite el inicio del trámite para su otorgamiento.
- d) Cancele directamente el pago de los aportes por afiliación y los cargos de las cuotas por los beneficios que haya recibido hasta que obtenga la pensión de orfandad.
- e) Es obligación del hijo en orfandad presentar una copia de la resolución que le otorga la pensión, dentro del plazo máximo de treinta (30) días calendarios a partir de la fecha que le fuera notificada. Mientras no haga conocer al FEBAN que cuenta con pensión de orfandad continuará asumiendo sus deudas directamente.

Artículo 17: Facultades y restricciones de las viudas(os) e hijos titulares

El cónyuge, conviviente e hijo sobreviviente del afiliado titular que adquieran la titularidad del PAM, en virtud de lo dispuesto en los artículos 15 y 16 del reglamento, podrán solicitar la continuación de la afiliación de los afiliados dependientes y/o facultativos que se encontraban inscritos al fallecimiento del titular.

La viuda o el hijo titular con pensión de orfandad se encuentran impedidos de solicitar la afiliación de sus familiares sea como dependientes y/o facultativos.

Artículo 18: Permanencia de la afiliación

La viuda o el hijo titular con pensión de orfandad que adquiera tal condición, en virtud a lo dispuesto en los artículos 15 y 16 del reglamento, deberán percibir la pensión de viudez u orfandad, según corresponda, conforme a los requisitos legales vigentes. La extinción de dichas pensiones acarreará su desafiliación automática y definitiva.

TÍTULO III: DEL PROCEDIMIENTO DE AFILIACIÓN Y DESAFILIACIÓN

CAPÍTULO I: PROCEDIMIENTO DE AFILIACIÓN

Artículo 19: Solicitud de afiliación

El trabajador del Banco de la Nación, cualquiera sea su modalidad, podrá solicitar su afiliación dentro del plazo establecido en el artículo 8. Para solicitar la incorporación al PAM necesariamente deberá contar con la afiliación al FEBAN.

Asimismo, podrán solicitar la incorporación de dependientes y/o facultativos simultáneos o posteriormente a su afiliación al PAM, los trabajadores del Banco de la Nación y pensionistas siempre que se encuentre dentro del plazo establecido en el artículo 8 y 13.

El proceso de afiliación se realizará a través de los módulos descentralizados a nivel nacional mientras se implementa la plataforma virtual de afiliaciones.

Los módulos descentralizados brindaran la información sobre el alcance y beneficios del PAM, además de absolver las interrogantes que tuviera el interesado.

Artículo 20: Requisitos

20.1 Afiliación de titular

a) Titular - Trabajador del Banco de la Nación

1. Solicitud de afiliación.
2. Copia del documento nacional de identidad (DNI).
3. Copia de la última boleta de pago y/o documento que acredite su vínculo con el Banco de la Nación.
4. Autorización de descuento en planilla de haberes, por los aportes y obligaciones que genere su núcleo familiar por el uso del PAM.
5. Información si cuenta con otros seguros.
6. Declarar información veraz sobre enfermedades preexistentes del titular y de sus dependientes.

b) Pensionista del Banco de la Nación (Ley N°20530)

1. Solicitud de continuidad de afiliación.
2. Copia del documento nacional de identidad (DNI).
3. Copia de solicitud de pensión.
4. Autorización de descuento en la pensión, por los aportes y obligaciones que genere su núcleo familiar por el uso del PAM.
5. Información si cuenta con otros seguros.
6. Declarar información veraz sobre enfermedades preexistentes del titular y de sus dependientes.

c) Cesante (Ex trabajador del Banco de la Nación)

1. Solicitud de continuidad de afiliación.
2. Copia del documento nacional de identidad (DNI).
3. Constancia de no adeudo con el FEBAN.
4. Compromiso de cancelar directamente el pago de los aportes por afiliación y los cargos por las prestaciones de salud que reciba él y los afiliados de su núcleo.
5. Información si cuenta con otros seguros.
6. Declarar información veraz sobre enfermedades preexistentes del titular y de sus dependientes.

d) Trabajador del Banco de la Nación con suspensión temporal de su vínculo - Despido impugnado en vía judicial

1. Solicitud de continuidad de afiliación.
2. Copia del documento nacional de identidad (DNI).
3. Copia del documento que acredite la ejecución de la sentencia firme o resolución de medida cautelar por parte del Banco de la Nación.
4. Constancia de no adeudo con el FEBAN, incluyendo el pago de las aportaciones mensuales que dejó de pagar desde el momento que extinguió el vínculo hasta la fecha de solicitud de continuidad en el PAM.
5. Información si cuenta con otros seguros.
6. Declarar información veraz sobre enfermedades preexistentes del titular y de sus dependientes.

e) Titular - Pensión de Viudez

1. Solicitud de continuidad de afiliación.
2. Copia del documento nacional de identidad (DNI).
3. Copia del acta de defunción del titular fallecido.
4. Copia de la solicitud del otorgamiento de pensión.
5. Constancia de no adeudo con el FEBAN, de lo contrario deberá presentar el documento de autorización de descuento por planilla.
6. Autorización de descuento en la pensión, por los aportes y obligaciones que genere su núcleo familiar por el uso del PAM.
7. Información si cuenta con otros seguros.
8. Declarar información veraz sobre enfermedades preexistentes del titular y de sus dependientes.

f) Titular - Pensión de Orfandad

1. Solicitud de continuidad de afiliación.
2. Acreditación del representante legal.
3. Copia del documento nacional de identidad (DNI).
4. Copia del acta de defunción del titular fallecido.
5. Copia de la solicitud del otorgamiento de pensión.
6. Autorización de descuento en la pensión, por los aportes y obligaciones que genere su núcleo familiar por el uso del PAM.
7. Constancia de no adeudo con el FEBAN, de lo contrario deberá presentar el documento de autorización de descuento por planilla.
8. Información si cuenta con otros seguros.
9. Declarar información veraz sobre enfermedades preexistentes del titular y de sus dependientes.

20.2 Afiliación de dependientes

a) Dependiente - cónyuge o concubino del titular

1. Solicitud de afiliación
7. Copia de la partida de matrimonio, sentencia firme o acta notarial que reconoce la unión de hecho.
8. Copia del documento nacional de identidad (DNI).
9. Encontrarse registrado en el padrón de datos del Banco de la Nación.
10. Información si cuenta con otros seguros.
11. Declarar información veraz sobre enfermedades preexistentes del titular y de sus dependientes.

b) Dependiente - Hijos menores de 18 años

12. Solicitud de afiliación.
13. Copia de la partida de nacimiento.
14. Copia del documento nacional de identidad (DNI).
15. En el caso del hijo en adopción, copia de la resolución administrativa.
16. Encontrarse registrado en el padrón de datos del Banco de la Nación.
17. Declaración jurada del afiliado titular indicando que el hijo no ha contraído matrimonio, convive, ni ha procreado y/o reconocido la filiación de hijos y que depende económicamente de él.
18. Información si cuenta con otros seguros.
19. Declarar información veraz sobre enfermedades preexistentes del titular y de sus dependientes.

c) Dependiente - Hijos mayores de 18 años

Además de los requisitos señalados en el inciso precedente deberán presentar lo siguiente:

20. Constancia original de la de matrícula del centro de estudios por el ciclo o año correspondiente y copia del recibo de pago de matrícula o mensualidad al momento de la solicitud.

21. Acreditar el pago de todos los aportes mensuales dejados de pagar desde el momento que el hijo cumplió la mayoría de edad hasta que se presenta la solicitud de permanencia en el PAM.
22. Informar si cuenta con otros seguros.
23. Declarar información veraz sobre enfermedades preexistentes del titular y de sus dependientes.

20.3 Afiliación de facultativos

Corresponde a la afiliación de padres del titular

1. Solicitud de afiliación.
2. Copia de la partida de nacimiento del titular.
3. Copia del documento nacional de identidad (DNI) de los padres.
4. Encontrarse registrado en el padrón de datos del Banco de la Nación.
5. Información si cuenta con otros seguros.
6. Declarar información veraz sobre enfermedades preexistentes del titular y de sus dependientes.

CAPÍTULO II: PERIODO DE CARENCIA

Artículo 21: Periodo de carencia

El periodo de carencia es el tiempo que debe transcurrir desde la afiliación hasta el momento en que la persona pueda recibir una prestación determinada.

- g) Para el caso de los titulares, el periodo de carencia es de tres (3) meses.
- h) Para los dependientes o facultativos, el periodo de carencia es de seis (6) meses.
- i) Para los hijos afiliados de cero a seis (6) meses no tienen periodo de carencia.
- j) 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 las personas.

CAPÍTULO III: LA DESAFILIACIÓN DEL PAM

Artículo 22: Suspensión y desafiliación del titular

La suspensión y/o desafiliación del titular genera la pérdida de su derecho y el de sus afiliados dependientes y facultativos a continuar recibiendo las prestaciones y beneficios del programa de asistencia médica.

La Suspensión del titular y como consecuencia a sus dependientes y facultativos se produce de la siguiente forma:

- a) Si no realiza el pago del aporte antes de la fecha de vencimiento del mismo.
- b) La suspensión de la cobertura del plan de salud, se efectuará luego del vencimiento del segundo aporte impago, previa notificación de FEBAN con 15 (quince) días de anticipación.
- c) Se hará efectiva la resolución del Contrato, y la consecutiva desafiliación del titular y sus dependientes, luego de 30 días calendario de haberse iniciado la suspensión de la cobertura, en caso se mantenga el incumplimiento de pago. Luego de la anulación del contrato para el titular y sus dependientes, este no podrá rehabilitarse.

La desafiliación se produce por las siguientes causas:

- a) Por renuncia expresa del afiliado titular.
- b) Por fallecimiento del afiliado titular.
- c) Por extinción del vínculo laboral con el Banco de la Nación.
- d) Por extinción de la pensión de viudez u orfandad, según corresponda.
- e) Por comisión de falta grave establecido en el procedimiento sancionador.

Artículo 23: Cancelación de deudas pendientes

Si se produce la desafiliación del afiliado titular y este mantuviera deudas pendientes por los aportes y obligaciones que se hayan generado por el uso del PAM, estos deberán ser honrados de la siguiente manera:

- a) Si el ex afiliado titular aún mantuviera vínculo laboral con el Banco de la Nación, se continuará efectuando el descuento en su planilla de haberes.
- b) Si el ex afiliado titular percibiera pensión de cesantía, viudez u orfandad del Banco de la Nación, se continuará efectuando el descuento en su pensión mensual.
- c) Si el ex afiliado titular no mantuviera vínculo laboral con el Banco de la Nación, deberá acercarse a la oficina de Tesorería del FEBAN para realizar el pago en efectivo.
- d) En el caso que las deducciones indicadas en los numerales a) y b) no sean suficientes para cancelar los montos adeudados, el extitular deberá acercarse a la oficina de Tesorería del FEBAN para realizar el pago en efectivo.
- e) En el caso que el ex titular (fallecido) mantuviera deudas pendientes, estas serán asumidas por el afiliado dependiente que obtenga la titularidad. Dicho saldo será deducido de la pensión de viudez u orfandad, según corresponda.

Artículo 24: Desafiliación de dependientes y/o facultativos

La desafiliación de los afiliados dependientes y/o facultativos podrá ser solicitada única y exclusivamente por el titular. La desafiliación genera la pérdida de su derecho a continuar recibiendo las prestaciones y beneficios de este programa. Asimismo, se produce la desafiliación de los dependientes y/o facultativos por las siguientes causas:

- a) Por la pérdida de la condición de afiliado titular de quien dependen.
- b) Por fallecimiento.
- c) Por comisión de falta grave dentro del procedimiento sancionador.
- d) Por divorcio o por la declaración de invalidez del matrimonio. En ambos casos el afiliado está obligado a remitir al FEBAN una carta debidamente suscrita, adjuntando la copia simple de la sentencia definitiva.
- e) El hijo del titular afiliado que alcance los veinticinco (25) años de edad.

Artículo 25: Desafiliación inmediata para el uso de servicios y beneficios

Ninguna prestación será autorizada u otorgada desde la fecha en la que un afiliado titular, dependiente o facultativo pierda la condición de tal. Asimismo, no procede la revocación de la desafiliación solicitada expresamente por el afiliado titular.

La desafiliación de los titulares, dependientes o facultativos es irreversible e irrecuperable. Salvo las excepciones dispuestas en el artículo 26 del reglamento.

Artículo 26: Reincorporación excepcional del afiliado titular

Excepcionalmente, en el caso de pérdida de la condición de afiliado por la falta de pago de tres (3) aportes consecutivos en un período de un año calendario, el afiliado titular podrá solicitar en un mismo momento su reincorporación y la de sus afiliados dependientes y/o facultativos, que ostentaban tal condición antes de la desafiliación, siempre que concurran los siguientes requisitos:

- a) Pueda demostrar que el incumplimiento del pago se ocasionó por caso fortuito o fuerza mayor.
- b) Presente su solicitud dentro del plazo de seis (6) meses, contado a partir del día siguiente de su desafiliación, donde se incluya a sus dependientes y/o facultativos.
- c) Cumpla con cancelar la totalidad de las deudas que mantuviera pendientes con el PAM.

CAPÍTULO IV: ENTREGA DE CARNÉS PAM1

Artículo 27: Entrega de carnés

El FEBAN emitirá los carnés(s), para cada afiliado titular, dependiente o facultativo en el momento de la afiliación, la activación se realizará vencido el periodo de carencia.

El carné contendrá el nombre completo del afiliado, código, condición y fecha de emisión.

Artículo 28: Duplicado de carnés

El FEBAN emitirá el duplicado del o los carnés(s) PAM en los casos de pérdidas, robo o deterioro. Cuando se trate de los supuestos de pérdida o robo, el afiliado deberá presentar declaración jurada y en el caso de deterioro deberá devolver el carné.

Tanto el o los carnés(s) emitido(s) al momento de la afiliación como su(s) duplicado(s) tienen un importe que fijará el FEBAN.

1 En la sesión 479 de la CAFEBAN, del 24 de junio, se acordó la derogación de este capítulo y de los artículos 26 y 27, correspondientemente.

CAPÍTULO V: IDENTIFICACIÓN PARA ACCEDER A LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PAM

Artículo 29: Obligatoriedad de identificación

Los afiliados titulares, dependientes y facultativos podrán acceder a la atención de los servicios y demás beneficios que brinda el PAM previa exhibición obligatoria del documento nacional de identidad (DNI).

TÍTULO IV: DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS AFILIADOS

CAPÍTULO I: DERECHOS DE LOS AFILIADOS

Artículo 30: Son derechos de los afiliados los siguientes:

1. Derechos referidos a la protección de la salud.- En todos los establecimientos de salud a los que los afiliados accedan en virtud del PAM, tienen derecho a:
 - a) Ser tratados con dignidad y respeto, sin discriminación de algún tipo.
 - b) Recibir atención oportuna, con calidad y calidez.
 - c) En el caso de los titulares, solicitar la afiliación al PAM y asumir la titularidad, conforme a los lineamientos establecidos en el reglamento.
 - d) Que en las recetas médicas se consigne: el nombre del medicamento, presentación, dosis, vía de administración, así como el diagnóstico, el nombre y colegiatura del profesional.
 - e) Que se mantenga la confidencialidad de su atención e historia clínica.
 - f) Que se respete su intimidad durante la atención médica.
 - g) Presentar una queja, reclamo, consulta o denuncia cuando, a su criterio, sus derechos no hayan sido respetados en el establecimiento de salud.
 - h) Todos los demás reconocidos por las leyes de la materia.
2. Derechos referidos a la idoneidad del servicio:
 - a) Ser tratados con dignidad y respeto, sin discriminación de algún tipo.
 - b) Recibir atención oportuna, con calidad y calidez.
 - c) Recibir el Plan de Aseguramiento en Salud y Reglamento PAM al momento de su afiliación, así como la absolución de las consultas que efectúe.
 - d) Recibir los beneficios del PAM tal cual hubieran sido ofrecidos y publicitados por el FEBAN a través de diferentes medios de comunicación.
 - e) Acceder a la información suficiente, veraz y fácilmente accesible proporcionada por el FEBAN respecto a los beneficios del PAM, procedimientos administrativos que lo integran y que repercuten

directamente en el servicio y demás asuntos de su interés, salvo la información institucional de carácter privado.

- f) La atención de las quejas o reclamos estén garantizados por mecanismos eficaces y expeditivos.
- g) A ser informados de los hechos relevantes a través de la página web, redes sociales y otros canales de comunicación.

3. Referidos a la protección de sus derechos económicos:

- a) Conocer previamente a su afiliación, el monto de los aportes mensuales, el coaseguro, los deducibles, las condiciones crediticias del PAM y otras obligaciones.
- b) Acceder al crédito con descuento en planilla por los gastos derivados de los diferentes servicios médicos que ofrece el programa.
- c) A ser informados oportunamente sobre las variaciones de los aportes conforme lo dispuesto en el artículo 59.
- d) Solicitar su estado de cuenta que muestren los cargos por los servicios recibidos.
- e) Efectuar prepagos parcial o total de los saldos de la deuda por los servicios recibidos.
- f) Elegir el modo de pago (contado o crédito) por los diferentes servicios de salud.

4. Derechos referidos a las condiciones de atención del PAM:

- a) A ser informados que a falta de liquidez para acceder al préstamo PAM tendrá que asumir los gastos de los servicios médicos al contado.
- b) A ser informado sobre la relación de establecimientos de salud y otros adscritos al PAM.
- c) Incorporar o excluir a sus dependientes o facultativos en el PAM.

CAPÍTULO II: OBLIGACIONES DE LOS AFILIADOS

Artículo 31: Obligaciones de los afiliados

1. Obligaciones referidas a la protección de su salud.

Las obligaciones de los afiliados relacionadas a la protección de la salud son de carácter imperativo. En todos los establecimientos de salud a los que los afiliados accedan en virtud del PAM, tienen el deber de:

- a) Comunicar al personal de salud toda la información necesaria para su atención: síntomas, tratamientos, hospitalizaciones previas, cirugías, medicación actual y reacciones adversas que haya tenido y demás información sobre su estado de salud.
- b) Cumplir estrictamente todas las instrucciones dadas por el personal de salud, las órdenes médicas y el plan de prevención, tratamiento y recuperación indicado. Tiene la responsabilidad de efectuar las consultas oportunas al médico, a fin de tener comprensión de las instrucciones dadas.
- c) Participar responsablemente en su tratamiento, mejoramiento, conservación y recuperación de la salud.
- d) Asumir las consecuencias por rechazar tratamientos sugeridos y por no seguir las instrucciones del médico tratante.
- e) Cumplir las normas y reglas internas de los establecimientos de salud.
- f) No exigir la administración de medicamentos o fármacos sin la aprobación escrita de su médico tratante.
- g) Cuidar y hacer buen uso de las instalaciones, equipos, mobiliarios, insumos y todos los elementos de la red de clínicas afiliadas con los que el FEBAN haya suscrito convenio, policlínicos y oficinas del FEBAN.
- h) Cumplir puntualmente las citas médicas y de procedimientos. Asimismo, informar oportunamente su desistimiento de la cita prevista.

2. Obligaciones referidas al uso y administración del PAM

- a) Tratar con respeto y consideración al personal administrativo, asistencial y de apoyo de la red de clínicas afiliadas con los que el FEBAN haya suscrito convenio, incluyendo policlínicos del FEBAN.

- b) Brindar información veraz, clara, concreta y debidamente acreditada en todos los procedimientos que impulse ante el FEBAN y los establecimientos de salud comprendidos en el PAM.
- c) Informar al FEBAN toda variación posterior en la información brindada al momento de solicitar su afiliación, así como aquellas que repercuten en su exclusión del PAM.
- d) Identificarse y firmar todos los formatos que le proporcione el FEBAN al momento de su afiliación, atención médica y prestación de cualquier servicio o beneficio del PAM.
- d) Firmar las guías u hojas de liquidación de gastos de todas las prestaciones de salud recibidas; en señal de conformidad y acreditación de las mismas.
- f) Brindar información si cuenta con otros seguros de salud.
- g) Declarar información veraz sobre enfermedades preexistentes como condición y vinculo de afiliado al PAM.

3. Obligaciones económicas

Las obligaciones económicas asumidas por los titulares son las siguientes:

- a) Pagar los aportes mensuales por concepto de afiliación. Este concepto comprende su aporte, así como el de sus afiliados dependientes y/o facultativos.
- b) Pagar todos los conceptos de gastos que le corresponde producto de los servicios médicos recibidos. Incluye los gastos de sus dependientes y/o facultativos afiliados.
- c) Pagar mensualmente las cuotas correspondientes a los préstamos PAM.
- d) Asumir los pagos consignados en los literales a), b) y c) de este artículo mediante:
 - d.1) Descuento en la planilla única de pagos, si se trata de un trabajador del Banco de la Nación.
 - d.2) Descuento de la pensión de cesantía en caso que sea un pensionista del Banco de la Nación.
 - d.3) Descuento de la pensión de viudez u orfandad, en caso sea un cónyuge o hijo sobreviviente que haya asumido la titularidad.
 - d.4) Pago directo en caso no pueda efectuarse el descuento por el motivo que fuera.

TÍTULO V: PROCEDIMIENTOS SANCIONADOR CONTRA LOS AFILIADOS DEL PAM

CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES

Artículo 32: Objeto del procedimiento sancionador

Determinar 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.

Artículo 33: Principios para la determinación de las faltas y determinación de las sanciones:

- a. Celeridad.- Las divisiones y unidades competentes, así como la gerencia y la CAFEBAN, de ser el caso, deben procurar que el procedimiento sancionador se desarrolle con el mayor dinamismo posible y respetando los plazos.
- b. Concurso de faltas.- Cuando se incurre en más de una falta mediante una misma conducta se aplicará la sanción prevista para la falta más grave.
- c. Debido procedimiento.- Solo se aplicarán sanciones sujetándose al procedimiento establecido en el presente reglamento, respetando sobre todo el derecho de defensa del afiliado.
- d. Causalidad.- La responsabilidad debe recaer en quien realiza intencional o imprudentemente la conducta activa u o misiva constitutiva de falta sancionable sea el afiliado titular, dependiente o facultativo.
- e. Irretroactividad.- Son aplicables las disposiciones sancionatorias vigentes en el momento de incurrir el afiliado en la falta sancionable, salvo que las posteriores le sean más favorables.
- f. Razonabilidad.- La gerencia, debe determinar e individualizar la sanción a partir del informe de la Unidad Legal. Las consideraciones que deberá tener en cuenta están referidas a la existencia o no de intencionalidad, el perjuicio causado, la concurrencia de dos o más faltas y las circunstancias de la comisión de la falta, entre otras consideraciones objetivamente atendibles.
- g. Tipicidad.- Son sancionables solo las faltas previstas expresamente en el presente reglamento.

Artículo 34: Atenuantes

A efectos de la determinación e individualización de la sanción, se tendrá en cuenta como circunstancias atenuantes:

- a) La confesión sincera y la subsanación oportuna del daño producido.
- b) Subsanación oportuna del daño producido.

Artículo 35: Eximente

Cuando las circunstancias del hecho así lo justifiquen, decisión que deberá ser debidamente motivada y justificada en pruebas demostrables.

Artículo 36: Agravantes

A efectos de la determinación e individualización de la sanción, se tendrá en cuenta como circunstancias agravantes:

- a) La negativa del afiliado de aceptar la falta evidente.
- b) Realizar comportamientos que obstaculicen o dificulten las investigaciones relacionadas con la falta.
- c) Actuar premeditadamente o asegurándose el éxito de la falta mediante la obstaculización de su descubrimiento.
- d) La reincidencia.

CAPÍTULO II: TIPIFICACIÓN DE LAS FALTAS

Artículo 37: Clases de faltas

Las faltas sancionadas pueden ser leves, graves o muy graves.

Artículo 38: Faltas leves

Constituyen faltas leves las siguientes conductas:

- a) Utilizar de manera negligente las instalaciones, equipos, mobiliarios, insumos y todos los elementos de los establecimientos de salud u oficinas del FEBAN que se ponen a su disposición.
- b) Incumplir las normas internas de los establecimientos de salud.
- c) Dar un trato irrespetuoso o agredir verbalmente a otros afiliados, pacientes y visitantes.
- d) Dar un trato irrespetuoso o agredir verbalmente al personal administrativo, asistencial y de apoyo de los establecimientos de salud u oficinas del FEBAN.
- e) Realizar actos que promuevan, generen o conduzcan al desorden público dentro de las instalaciones de los establecimientos de salud u oficinas del FEBAN.

Artículo 39: Faltas graves

- a) Exigir la administración de medicamentos o fármacos sin la aprobación escrita de su médico tratante o sin la evaluación previa de los médicos especialistas de los policlínicos del FEBAN.
- b) Deteriorar o destruir intencionalmente las instalaciones, equipos, mobiliarios, insumos y todos los elementos de los establecimientos de salud u oficinas del FEBAN que se ponen a su disposición.
- c) Consumir bebidas alcohólicas en las instalaciones de los establecimientos de salud u oficinas del FEBAN.
- d) Negarse a firmar todos los formatos que le proporcione el FEBAN al momento de su atención médica o prestación de cualquier servicio del PAM.
- e) Negarse a firmar las guías u hojas de liquidación de gastos de las prestaciones recibidas.
- f) No informar al FEBAN situaciones propias o de su grupo familiar que conlleven a la pérdida de la afiliación al PAM, en los casos de: pérdida de soltería, procrear o reconocer hijos por parte de los dependientes (hijos), pérdida de condición de estudiante e independencia económica.

- g) Denunciar a la institución o al personal administrativo, asistencial y de apoyo de los policlínicos del FEBAN, imputándole hechos, a sabiendas que no se han cometido o simulando pruebas o indicios de su comisión que puedan servir de motivo para un procedimiento administrativo o penal.
- h) Negarse a acatar las disposiciones internas de bioseguridad que disponga el FEBAN dentro de sus instalaciones.
- i) Agredir físicamente a otros afiliados, pacientes o visitantes dentro de las instalaciones del FEBAN.
- j) Agredir físicamente al personal administrativo, asistencial y de apoyo dentro de las instalaciones del FEBAN.

Artículo 40: Faltas muy graves

- a) Lucrar con los medicamentos o fármacos proporcionados a través del PAM.
- b) Elaborar un documento falso, adulterar uno verdadero o hacer uso de uno de ellos con la pretensión de obtener cualquier beneficio del PAM.
- c) Propiciar atenciones innecesarias con el único fin de obtener el suministro exagerado y/o innecesario de medicamentos o fármacos.
- d) Prestar o autorizar a terceros el uso de sus documentos de identidad, con el fin de que estos gocen de alguno de los beneficios del PAM.

CAPÍTULO III: GRADUACIÓN DE LAS SANCIONES

Artículo 41: Sanciones

Las sanciones son consecuencia de la verificación de las faltas cometidas. Deben estar previstas expresamente y ser impuestas previo procedimiento sancionador.

Artículo 42: Clases de sanciones

Las sanciones aplicables a los afiliados son:

- a) Amonestación.
- b) Suspensión.
- c) Separación definitiva de la afiliación.

Artículo 43: Amonestación

La amonestación es la sanción que consiste en una llamada de atención de forma escrita al afiliado.

Artículo 44: Suspensión

La suspensión consiste en la separación temporal del afiliado de todos los beneficios del PAM, la aplicación y plazo de la suspensión se informará por escrito. La suspensión puede ir desde 1 día hasta los 365 días calendario.

De presentarse la reincidencia, se procederá con la separación, según el caso y las circunstancias concretas.

Artículo 45: Separación definitiva de la afiliación

La separación definitiva consiste en la pérdida del afiliado de su condición de tal.

En el caso que el infractor sea afiliado dependiente y/o facultativo, la sanción de separación definitiva tan solo involucra a su persona. Si el infractor es afiliado titular, la sanción de separación definitiva se hará extensiva a todos sus afiliados (dependientes o facultativos).

Artículo 46: Proporcionalidad entre faltas y sanciones

Las sanciones serán aplicadas según la siguiente correspondencia:

- a) La falta leve será sancionada con amonestación escrita.
- b) La falta leve cometida con algún otro agravante que se describe en el presente reglamento y las faltas graves serán sancionadas con suspensión, evaluando el plazo según los acontecimientos.
- c) Las faltas graves con algún agravante que se describe en el presente reglamento y las faltas muy graves serán sancionadas con la separación definitiva (desafiliación) del FEBAN.

En los casos que así lo ameriten, el FEBAN se reserva el derecho de accionar ante las instancias administrativas o judiciales respectivas, previa evaluación de los hechos y de los descargos remitidos al FEBAN.

CAPÍTULO IV: ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO SANCIONADOR

Artículo 47: Denuncia de presuntas faltas

Es derecho y obligación de los afiliados, así como deber de los trabajadores de la institución o terceros, denunciar los hechos que conozcan e impliquen la violación de los principios y deberes, así como la inobservancia de las prohibiciones o comisión de las infracciones detalladas en el presente reglamento.

Para la interposición de la denuncia se requiere:

Presentarla por escrito o en forma verbal a la Plataforma de atención al usuario. En el caso de denuncias verbales se levantará un acta de apersonamiento del denunciante, así como también se dejará constancia del ingreso de las pruebas aportadas.

La denuncia contendrá la identificación del denunciante (salvo en los casos de reserva de identidad), relación del acto o actos irregulares, con la especificación del lugar, tiempo, modo y circunstancias en que fue cometido; la identidad del infractor si fuere conocido, testigos y lugar en que se notificará; y otras indicaciones, demás circunstancias y/o pruebas que ayuden a la comprobación del hecho denunciado.

El trámite de las denuncias tiene carácter de reservado hasta la emisión de la decisión final que sancione o exculpe al presunto infractor o denunciado, bajo responsabilidad.

Artículo 48: Investigación preliminar de presuntas faltas

La Unidad del Programa de Asistencia Médica (PAM) deberá iniciar la investigación de cualquier hecho con apariencia de falta que conozca. Si conoce por sí misma la presunta falta, deberá iniciar la investigación tan pronto descubra los hechos y si lo hace a través de una denuncia, deberá iniciarla en el plazo de tres (3) días hábiles de recibida.

La Unidad PAM derivará la investigación al área de Policlínicos y Boticas, si es una falta cometida en los policlínicos del FEBAN o genera perjuicio directamente en los servicios que se prestan en ellos, las demás presuntas faltas estarán a cargo de la Unidad PAM.

Artículo 49: Inicio del procedimiento sancionador.

La investigación preliminar no deberá exceder del plazo de quince (15) días hábiles. Culminada la investigación, la Unidad PAM determinará si corresponde dar o no inicio al procedimiento sancionador.

Decidido el inicio del procedimiento sancionador, la Unidad PAM formulará la respectiva notificación dirigida al presunto infractor, la que debe contener la siguiente información:

- a) Los hechos que se le imputan.
- b) Las faltas que dichos hechos pudieran constituir.
- c) Las sanciones que se le pudieran imponer.
- d) La instancia competente para resolver.
- e) La instancia a la cual podrá recurrir en vía de apelación.
- f) La base normativa que le atribuye la competencia.

En dicho documento se otorgará al presunto infractor el plazo de cinco (5) días hábiles contados a partir del día siguiente de la notificación, a fin que presente sus descargos por escrito, adjuntando las pruebas que estime oportunas.

Artículo 50: Actuaciones necesarias

Vencido dicho plazo y con el respectivo descargo o sin él, la Unidad PAM realizará las actuaciones necesarias para el examen de los hechos, recabando los datos e informaciones que sean relevantes para determinar, en su caso, la existencia de responsabilidad susceptible de sanción. La Unidad PAM derivará estas actuaciones al Área de Policlínicos y Boticas si es una falta cometida en los policlínicos del FEBAN o genera perjuicio directamente en los servicios que se prestan en ellos.

Artículo 51: Informe final

Concluida la recolección de pruebas, la Unidad PAM emitirá un informe final recomendando la imposición de una sanción o la no existencia de infracción, el cual deberá ser remitido a la Unidad Legal.

Los plazos en los que la Unidad PAM deberá remitir los informes a la Unidad Legal son los siguientes:

- a) Faltas leves: Hasta diez (10) días hábiles.
- b) Faltas leves con agravantes o faltas graves: Hasta quince (15) días hábiles.
- c) Faltas graves con agravantes o faltas muy graves: Hasta veinte (20) días hábiles.

Dichos plazos se contarán a partir del día hábil siguiente de presentados los descargos o de vencido el plazo para su presentación.

Artículo 52: Dictamen de asesoría legal

La Unidad Legal procederá a emitir el dictamen por escrito que contendrá lo siguiente:

- a) Fecha y lugar de expedición.
- b) Relación de hechos probados relevantes para el caso.
- c) Razones que justifican la decisión.
- d) Base normativa que la sustenta.
- e) Decisión a la que hubiera llegado, la cual no podrá referirse a hechos distintos a los acreditados en el curso del procedimiento.

Emisión del dictamen a la gerencia para su determinación e individualización de la sanción de acuerdo a las consideraciones establecidas en el inciso f) del artículo 33.

Si la Unidad Legal considera que el hecho resulta delictivo o amerita el inicio de acciones legales iniciará el trámite correspondiente, previa anuencia de la gerencia.

Artículo 53: Notificación del dictamen

El dictamen deberá ser notificado al afiliado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de su expedición, adjuntando copia del mismo.

Artículo 54: Recurso de apelación

Si el afiliado sancionado se encuentra en desacuerdo con la interpretación de las pruebas o con los criterios aplicados por la Unidad Legal o contará con nuevas pruebas, podrá interponer recurso de apelación contra el dictamen dentro del plazo de cinco (5) días hábiles desde su notificación. La apelación se dirigirá a la Unidad Legal.

La Unidad Legal remitirá el recurso de apelación y los demás actuados a la gerencia en el plazo de tres (3) días hábiles para someterlo a consideración de la CAFEBAN.

Artículo 55: Resolución de recurso de apelación

La CAFEBAN es la última instancia competente para conocer las apelaciones de los dictámenes de Asesoría Legal. Dicho colegiado reanalizará y reevaluará el dictamen impugnado.

Artículo 56: Expediente

Todo procedimiento debe dar lugar a un expediente con páginas numeradas en el que constarán en orden todos los documentos relativos al caso. El contenido del expediente es intangible.

Artículo 57: Entrega de notificaciones

Toda notificación que deba ser efectuada a un afiliado para efectos del procedimiento sancionador le será entregada en forma personal en el último domicilio informado al FEBAN y del siguiente modo:

- a) Se debe entregar copia del acto notificado y señalar la fecha y hora en que es efectuada, recabando el nombre y firma del afiliado. Si este se negara se hará constar así en el acta.

- b) Si el afiliado no se halla presente en el momento de la entrega de la notificación, esta será entregada a cualquier persona que se encuentre en dicho domicilio, dejándose constancia de su nombre, documento de identidad, relación con el afiliado y firma. Si este se negara se hará constar así en el acta.
- c) De no hallarse ninguna persona en dicho domicilio se dejará bajo la puerta un aviso comunicando la fecha en que se retornará para hacer efectiva la notificación. Si en esta segunda oportunidad no se encontrara a ninguna persona en el domicilio, la notificación se dejará bajo la puerta.

Efectuada la notificación del modo antes descrito se tendrá por válida y eficaz y no podrá ser objeto de cuestionamiento por parte del afiliado.

TITULO VI: RÉGIMEN ECONÓMICO

Artículo 58: Financiamiento del PAM El PAM se financiará con:

- a) Los aportes de los afiliados titulares, dependientes y facultativos.
- b) Los deducibles.
- c) Los ingresos por inversión de sus recursos.
- d) Las donaciones, asignaciones económicas a título gratuito u otros recursos que se le destinen.
- e) Los aportes del Banco de la Nación.

Artículo 59: Monto del aporte

El monto del aporte que corresponde cancelar al afiliado titular, así como de sus dependientes o facultativos, será fijado por la CAFEBAN con arreglo a los informes técnicos relativos al comportamiento financiero del PAM, estableciendo una adecuada relación aporte - beneficio. En el presente reglamento se incluye la Tabla de Aportes.

Artículo 60: Inversiones financieras

Los recursos del PAM serán colocados en cuentas bancarias específicas, a fin de que estén orientadas exclusivamente al propósito del PAM. Los excedentes, producto de los ingresos menos los gastos del programa, deberán ser colocados en inversiones financieras en tanto no sean necesarias para cubrir el importe de los siniestros. La CAFEBAN adoptará las decisiones convenientes para dotar de seguridad y cumplimiento de lo establecido en el presente artículo.

Artículo 61: Aplicación de los recursos del PAM

Los recursos del PAM serán aplicados a:

- a) El pago de los servicios prestados a los afiliados en la red de clínicas afiliadas con las que el FEBAN haya suscrito convenio y los policlínicos del FEBAN.
- b) El reembolso de los gastos por atenciones indirectas.

- c) El reembolso de gastos de transporte por evacuación.
- d) El reembolso de los gastos de sepelio.
- e) El pago de los gastos que demande la administración del programa.

La administración deberá presentar a la CAFEBAN, bajo responsabilidad y al final de cada ejercicio, un balance e informe económico de la aplicación de los recursos del PAM.

TÍTULO VII: DE LAS PRESTACIONES

CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES

Artículo 62: Prestaciones o beneficios que otorga el PAM

1) El PAM otorga las siguientes prestaciones o beneficios:

- a) Atención ambulatoria.
- b) Atención en servicios de emergencia.
- c) Atención médica a domicilio en Lima.
- d) Atención oftalmológica.
- e) Atención oncológica.
- f) Atención hospitalaria.
- g) Atención de maternidad.
- h) Atención odontológica.
- i) Transporte por evacuación.
- j) Gasto de sepelio.

2) Las prestaciones que otorga el PAM en cada uno de los beneficios descritos en el inciso 1) del presente artículo se sujetan a las coberturas expresamente establecidas en el tarifario FEBAN.

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

4) 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.

- 5) 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.
- 6) 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.
- 7) 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.
- 8) 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.
- 9) En 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 63: Red de proveedores

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, este cuenta con las siguientes redes de proveedores afiliados:

- a) Red propia o red interna de proveedores: policlínicos FEBAN y
- b) Red externa de proveedores: clínicas, centros médicos, hospitales, otros.

En el caso de los policlínicos FEBAN, estos solo prestan los siguientes beneficios o atenciones:

- a) Atención ambulatoria.
- b) Atención domiciliaria.

Artículo 64: Indemnizaciones por prestaciones que otorga el PAM

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.

El PAM otorga las siguientes indemnizaciones:

- a) 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.
- b) 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.

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

Artículo 65: Forma de pago o cancelación de las prestaciones a cargo del FEBAN

Las prestaciones del PAM canceladas por el FEBAN:

- a) 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.
- b) 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 e IMA establecidos para el beneficio correspondiente; y de las tarifas establecidas por el PAM para las prestaciones bajo el sistema de reembolso.

Los gastos por el sistema de crédito son excluyentes con el sistema de reembolso; es decir, 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.

Artículo 66: Forma de pago de los deducibles y/o coaseguros y gastos no cubiertos a cargo del afiliado

- a) Los pagos por conceptos de deducibles y/o coaseguros se cancelarán de las siguientes formas:
 - a.1. Al contado; el cobro de dichos conceptos es de responsabilidad del proveedor que presta el servicio.
 - a.2. A crédito (descuento por planilla); siempre y cuando, cuente con disponibilidad crediticia frente al FEBAN.

- b) Los pagos por conceptos de gastos no cubiertos por el PAM o excedentes al límite de cobertura se cancelarán de las siguientes formas:
 - b.1. Al contado; el cobro de dichos conceptos es de responsabilidad del proveedor que presta el servicio.
 - b.2. Con préstamo del FEBAN; siempre y cuando cuente con carta de compromiso suscrita por el titular y carta de garantía emitida por el FEBAN.

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). Asimismo, el afiliado tendrá la opción de cancelar al contado cuando así lo considere.

Artículo 67: 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 y otros.

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

CAPÍTULO II: DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA

Artículo 68: Atención ambulatoria

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.

Artículo 69: Coberturas en la atención ambulatoria

Bajo este beneficio se cubren los gastos incurridos por:

- a) Honorarios médicos: consultas, interconsultas, cirugías menores, procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos especializados.
- b) Exámenes auxiliares: laboratorio, rayos x, ecografías, gammagrafías, tomografías, resonancias.
- c) Farmacia: medicinas, oxígeno.
- d) Hotelería o clínica: tópicos o salas de procedimientos, sala de reposo, uso de equipos.
- e) Prótesis internas; equipos, instrumental quirúrgico, materiales e insumos especiales.

El PAM cubre estos gastos hasta los límites establecidos 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.
- c) Deducibles y coaseguros fijados para la prestación y/o el establecimiento de salud.

Artículo 70: Atención ambulatoria en los policlínicos FEBAN

Las atenciones ambulatorias otorgadas por los policlínicos FEBAN se prestarán bajo las siguientes consideraciones:

- a) Estarán exoneradas de los pagos por conceptos de consulta y deducible a cargo del afiliado.
- b) El afiliado solo asumirá el pago por concepto de coaseguro por medicinas, procedimientos, exámenes auxiliares y otros.
- c) 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.
- d) 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 coaseguros establecidos para este último.
- e) 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.
- f) 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 deducibles y coaseguros establecidos para el tipo de beneficio o atención correspondiente, en el proveedor en donde se prestó la atención o consulta.

Artículo 71: Cirugías ambulatorias

Las intervenciones quirúrgicas realizadas ambulatoriamente y en sala de operaciones, serán cubiertas bajo el beneficio de hospitalización hasta los límites y condiciones establecidas en la tabla de beneficios de este reglamento. Estas consideraciones son:

- a) Procedimientos cubiertos por el tarifario FEBAN.
- b) Prestaciones comprendidas dentro de la cobertura del presente reglamento.
- c) Deducibles y coaseguros fijados para la prestación y/o el establecimiento de salud.

Artículo 72: Tope de consultas médicas

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

Artículo 73: Adquisición de medicamentos en las boticas de los policlínicos FEBAN o centros autorizados

En la atención médica recibida en la red de proveedores adscritos al PAM, el afiliado tendrá la opción de adquirir a precios alternativos, los medicamentos que se le hayan prescrito, incluyendo medicamentos oncológicos, en las boticas de los policlínicos FEBAN o farmacias autorizadas por el PAM; con aplicación del coaseguro correspondiente al beneficio y establecimiento donde recibió la atención médica.

CAPÍTULO III: DE LA ATENCIÓN EN SERVICIOS DE EMERGENCIA

Artículo 74: Concepto de emergencia

Se entiende como 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.

Artículo 75: Concepto de urgencia médica

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.

Artículo 76: Atención 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 tabla de beneficios de este reglamento, bajo las siguientes consideraciones:

a.1. Procedimientos cubiertos por el tarifario FEBAN.

a.2. Prestaciones comprendidas dentro de la cobertura del presente reglamento.

La emergencia accidental 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 reglamento 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 de este reglamento.

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 de este reglamento, bajo las siguientes consideraciones:

b.1. Procedimientos cubiertos por el tarifario FEBAN.

b.2. Prestaciones comprendidas dentro de la cobertura del presente reglamento.

CAPÍTULO IV: DE LA ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO EN LIMA

Artículo 77: Atención médica a domicilio

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.

Artículo 78: Coberturas en la atención médica a domicilio en red externa

Bajo este beneficio se cubren gastos por atenciones de medicina general y pediatría por los conceptos de consultas, exámenes de laboratorio y medicinas; no incluye oxígeno para uso ambulatorio y prolongado, solo se reconocerá cuando la atención domiciliaria e indicación haya sido prestada por los policlínicos FEBAN.

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

Artículo 79: Atenciones médicas a domicilio en la red interna a cargo de los policlínicos FEBAN

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 – Unidad PAM).
- 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.
- c) Las atenciones serán prestadas por médicos generales o médicos geriatras que forman parte del staff de médicos de los policlínicos FEBAN. Los gastos cubiertos serán por los conceptos de consultas, laboratorio, farmacia y oxígeno.

CAPÍTULO V: DE LA ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA

Artículo 80: Atención oftalmológica

Este beneficio involucra prestaciones de salud por atención oftalmológica en forma ambulatoria u hospitalaria en centros especializados adscritos o no adscritos al PAM.

El PAM brindará bajo el sistema de crédito este tipo de atención, única y exclusivamente a través de proveedores especializados adscritos al PAM, que solo presten servicios oftalmológicos; con excepción, en aquellas zonas o localidades donde no haya proveedores especializados en este tipo de servicios, lo hará a través de cualquiera de los proveedores afiliados y ubicados en estas localidades. Los servicios de establecimientos de salud no adscritos se brindarán bajo el sistema de reembolso.

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

Artículo 81: Coberturas en la atención oftalmológica

El PAM cubre los gastos incurridos en la atención oftalmológica hasta los límites y las mismas condiciones de cobertura establecidas para la atención ambulatoria o atención de hospitalización, según sea el caso; de acuerdo a lo establecido en el presente reglamento. Incluye medición de vista una vez al año.

Artículo 82: Cirugía oftalmológica ambulatoria

Las intervenciones quirúrgicas oftalmológicas realizadas en forma ambulatoria y en sala de operaciones serán cubiertas bajo las mismas condiciones establecidas en el presente reglamento para la atención oftalmológica hospitalaria.

CAPÍTULO VI: DE LA ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN

Artículo 83: Atención de hospitalización

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

Artículo 84: Coberturas en la atención de hospitalización Bajo este beneficio se cubren los gastos incurridos por:

- a) Honorarios médicos/quirúrgicos: consultas, interconsultas, cirujano principal, ayudantías, anestesista, instrumentista, procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos especializados.
- b) Exámenes auxiliares: laboratorio, rayos X, ecografías, gammagrafías, tomografías, resonancias.
- c) Hotelería o clínica: habitación bipersonal, sala de operaciones, sala de recuperación, cuidados intensivos, uso de equipos.
- d) Farmacia: medicinas, anestésicos, sustancias de contraste, oxígeno.
- e) Prótesis: instrumental quirúrgico, material de osteosíntesis, materiales e insumos especiales, de acuerdo a lo establecido en el presente reglamento.

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

Artículo 85: Alcance del beneficio hospitalario

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.

CAPÍTULO VII: DE LA ATENCIÓN DE MATERNIDAD

Artículo 86: Atención de maternidad

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 (20) semanas de gestación, así como de amenaza de aborto y complicaciones del embarazo.

Artículo 87: Alcance de la atención de maternidad

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 -bI del artículo 13 del presente reglamento.

Artículo 88: Coberturas en la atención de maternidad

- a) Se cubren los controles pre y postnatales, de acuerdo al siguiente protocolo: Una consulta mensual los siete (7) primeros meses.

Una consulta quincenal al 8° mes

Una consulta semanal el 9° mes, a partir de la semana 38 del embarazo. Una consulta postnatal.

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 necesario.

- b) Adicionalmente, se cubren los gastos incurridos por parto, cesárea, amenaza de aborto, aborto y complicaciones del embarazo:

- b1) Honorarios médicos/quirúrgicos: consultas, interconsultas, cirujano principal, ayudantías, anestesista, instrumentista, obstetris, procedimientos, diagnósticos y/o terapéuticos especializados.

- b2) Exámenes auxiliares: laboratorio, rayos X, ecografías, tomografías y resonancias.

- b3) Hotelaría o clínica (habitación bipersonal, sala de operaciones, sala de recuperación, sala de partos, sala de bebés, cuidados intensivos, uso de incubadora, fototerapia, monitoreo fetal).

- b4) Farmacia: medicinas, vitaminas; anestésicos, sustancias de contraste y oxígeno.

- b5) Prótesis internas; materiales e insumos especiales.

- c) El PAM cubre todos estos gastos hasta los límites y condiciones establecidas en la tabla de beneficios de este reglamento, bajo las siguientes consideraciones:

- c1) Procedimientos cubiertos por el tarifario FEBAN.
 - c2) Prestaciones comprendidas dentro de la cobertura del presente reglamento.
 - c3) Deducibles y coaseguros fijados para la prestación y/o el establecimiento de salud.
- d) 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.
- e) Los servicios de establecimientos de salud no adscritos se brindarán bajo el sistema de reembolso.

CAPÍTULO VIII: DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

Artículo 89: Atención odontológica

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 haya proveedores especializados en este tipo de servicios, lo hará a través de cualquiera de los proveedores afiliados y ubicados en estas localidades.

Artículo 90: Coberturas en la atención odontológica

Bajo este beneficio se cubren, solo los gastos incurridos por:

- a) Obturaciones con amalgama, en piezas posteriores.
- b) Obturaciones con resina fotocurable solo en piezas anteriores.
- c) Extracciones simples.
- d) Profilaxis y destartraje ambas arcadas, solo una (1) vez al año.
- e) Radiografías periapicales.

El PAM cubre todos 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.
- c) Deducibles y coaseguros fijados para la prestación y/o el establecimiento de salud.

CAPÍTULO IX: DE LA ATENCIÓN ONCOLÓGICA

Artículo 91: Atención oncológica

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.

Artículo 92: Coberturas en la atención oncológica

Bajo este beneficio se cubren al 100%, hasta los límites y condiciones establecidas en la tabla de beneficios de este reglamento, los gastos incurridos por las siguientes prestaciones:

- a) Quimioterapias.
- b) Radioterapias.
- c) Cirugías oncológicas.
- d) Medicamentos oncológicos; que se sujeten al Petitorio Farmacológico FEBAN de Drogas Oncológicas e Inmunosupresoras del presente Reglamento.
- e) Servicios de ayuda diagnóstica, solo para control y seguimiento de la afección oncológica inscrita en el Registro de Pacientes Oncológicos del PAM; siempre y cuando, sean solicitados por médicos cuyas especialidades correspondan al campo de oncología.

Cualquier otra prestación distinta a las que se refieren los párrafos precedentes del presente artículo, que requiera 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 hasta los límites y condiciones establecidas en la tabla de beneficios de este reglamento para estos tipos de atención, es decir, se aplicarán los deducibles y coaseguros respectivos.

Artículo 93: Inicio de la atención o beneficio oncológico

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; el cual obligatoriamente deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Estar emitido en formato oficial del establecimiento de salud – confirmar diagnóstico de cáncer.
- b) Registrar fecha de emisión.
- c) Registrar firma y sello del médico patólogo responsable del estudio.
- d) Estar visado por el director médico o personal autorizado del establecimiento de salud.

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.

Artículo 94: Alcance de la atención oncológica

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 en el artículo 91 o 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 en el artículo 92, estos se cubrirán hasta los límites y condiciones de deducible y coaseguros establecidos en la tabla de beneficios de este reglamento; según sea el caso, beneficio ambulatorio u hospitalario.

CAPÍTULO X: TRANSPORTE POR EVACUACIÓN

Artículo 95: Transporte por evacuación

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:

- a) Por gastos en ambulancia local, hasta por una suma equivalente al 2.5% de la IMA ambulatoria.
- b) Por gastos en ambulancia u otro medio de larga distancia, hasta por una suma equivalente al 10% de la IMA ambulatoria.
- c) Por gastos de transporte aéreo, hasta por una suma equivalente al 12.5% de la IMA ambulatoria.

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 servicios de proveedores no adscritos se brindarán bajo el sistema de reembolso.

El beneficio de transporte por evacuación no afecta a los IMA ambulatorio y hospitalario.

CAPÍTULO XI: GASTOS DE SEPELIO

Artículo 96: Gastos de sepelio

En caso de fallecimiento de un afiliado, el PAM cobertura los gastos de sepelio hasta por el monto que se señala en la tabla de beneficios de este reglamento. La misma que podrá ser variada periódicamente por la CAFEBAN.

Esta cobertura puede darse a través de proveedores adscritos o no adscritos al PAM. Los servicios de proveedores no adscritos se brindarán bajo el sistema de reembolso.

Artículo 97: Cobertura por sepelio

La cobertura alcanza a los gastos en los siguientes ítems:

- a) Sepelio.
- b) Nicho o cremación.

El beneficio de sepelio, no afecta a los IMA ambulatorio y hospitalario.

TÍTULO VIII: PROCEDIMIENTO GENERAL PARA LA ATENCIÓN

CAPÍTULO I: DE LA ATENCIÓN EN LA RED DE PROVEEDORES ADSCRITOS AL PAM

Artículo 98: Documento normativo para la atención en la Red de Proveedores Adscritos al PAM

La atención médica se sujetará estrictamente a los procedimientos establecidos para la atención en el presente reglamento.

Artículo 99: 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 100: Procedimiento general para la atención en la red de proveedores adscritos al PAM

- 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 a 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:

- c1) 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.
- c2) Este formulario web y/u hoja SITEDS emitido deberá ser firmado por el afiliado para recibir la atención médica.
- c3) 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 de restituida la operatividad de la web. El afiliado obligatoriamente deberá firmar y registrar su documento nacional de identidad 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 fundamentadas, 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.

- 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 presente reglamento, para la atención de servicios de ayuda diagnóstica y/o terapéutica.
- h) El afiliado una vez concluido 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 o farmacias autorizadas por el PAM; con aplicación del coaseguro correspondiente al beneficio y establecimiento donde recibió la atención o consulta.

Artículo 101: Atención ambulatoria en proveedores adscritos al PAM

- a) En caso de que el afiliado requiera atención en consultorio externo, en cualquiera de los proveedores adscritos al PAM, esta se brindará previo cumplimiento de lo establecido en el artículo 99 de este reglamento.
- b) El formulario web y/u hoja SITEDS será válido para una (1) consulta, en la especialidad que se señale en la misma; de requerirse otra consulta en la misma u otra especialidad se procederá a la emisión de un nuevo formulario web y/u hoja SITEDS.
- c) De requerirse de tratamientos quirúrgicos ambulatorios se procederá de acuerdo al procedimiento establecido en el presente reglamento, para la atención de cirugías ambulatorias.

Artículo 102: Atención en servicios de emergencia de proveedores adscritos al PAM

- a) En caso de que el afiliado requiera atención en servicios de emergencia, esta se formalizará con la presentación del documento nacional de identidad (DNI).
- b) La presentación del formulario web y/u hoja SITEDS se exceptuará al inicio de la prestación; debiéndose regularizar la emisión del mismo dentro de las setenta y dos horas de ocurrida la atención.
- c) La regularización y emisión de dicho formulario web y/u hoja SITED es responsabilidad única y exclusivamente del proveedor.

Artículo 103: Atención médica a domicilio en proveedores adscritos al PAM

- a) En caso de que el afiliado requiera atención médica a domicilio, solicitará la consulta a la central telefónica del proveedor adscrito; esta se brindará previo cumplimiento de lo establecido en el artículo 99 de este reglamento.
- b) El proveedor programará la consulta de acuerdo a su disponibilidad.
- c) Para tal efecto, el proveedor emitirá formulario web u hoja SITEDS para el beneficio o atención médica a domicilio.

Artículo 104: Atención oftalmológica en proveedores adscritos al PAM

- a) Para el acceso a este tipo de atención se seguirá el mismo procedimiento establecido para la atención ambulatoria.
- b) La atención oftalmológica se brindará única y exclusivamente en los proveedores especializados en oftalmología y adscritos al PAM, que presten solo este tipo de servicios; con excepción, en zonas o localidades donde no haya proveedores especializados afiliados en este tipo de servicios.
- c) 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.

Artículo 105: Atención odontológica en proveedores adscritos al PAM

- a) La atención odontológica se brindará única y exclusivamente en los proveedores especializados en odontología y adscritos al PAM, que presten solo este tipo de servicios; con excepción, en zonas o localidades donde no haya proveedores especializados afiliados a este tipo de servicios.
- b) 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.
- c) 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:
 - c1) Odontograma.
 - c2) Detalle y presupuesto del servicio a brindar.
 - c3) Rx periapical de diagnóstico, en los casos de endodoncias y obturación es proximales de piezas anteriores.

Adicionalmente, para el procedimiento de esta autorización, solo en los casos atendidos en la ciudad de Lima, el auditor odontólogo evaluará al afiliado mediante:

- c4) Un control pre tratamiento; para verificar la necesidad del procedimiento solicitado.
 - c5) Un control pos tratamiento; para verificar el tratamiento realizado.
- d) 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:
 - d1) 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.
 - d2) El PAM autorice a través de su área administrativa competente la exoneración de la presentación del informe del control pos tratamiento a cargo del odontólogo auditor del PAM.

Artículo 106: Atención oncológica en proveedores adscritos al PAM

- a) Para el acceso a este tipo de atención, se seguirá el mismo procedimiento establecido para la atención ambulatoria.
- b) La atención oncológica se brindará en los 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 zonas o localidades donde no haya proveedores especializados afiliados en este tipo de servicios.
- c) En los casos de afiliados hospitalizados en proveedores no autorizados para prestar atención oncológica que requieran la prestación de este servicio se exceptúa la restricción de este servicio; siempre y cuando no se pueda postergar a una evaluación y tratamiento ambulatorio.
- d) 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.

Artículo 107: Atención de hospitalización en proveedores adscritos al PAM

- a) De requerirse este tipo de atención en la red de proveedores adscritos al PAM, el afiliado presentará al módulo de atención al cliente del proveedor la orden del médico tratante, la cual tendrá que describir el diagnóstico y procedimiento médico/quirúrgico indicado.
- b) El proveedor dará a conocer al afiliado el presupuesto del servicio, y con la conformidad de este, procederá al trámite de la carta de garantía correspondiente, de acuerdo al procedimiento descrito en el artículo 112 de este reglamento.
- c) Para la atención de hospitalización, obligatoriamente se requiere del uso conjunto del formulario web y/u hoja SITEDS (según sea el caso) y la carta de garantía web, no basta solo de uno de estos documentos; se requiere de ambos.

- d) Todo ingreso hospitalario debe realizarse previa emisión obligatoria del formulario web y/u hoja SITEDS (la fecha de emisión del formulario web y/u hoja SITEDS debe ser la fecha del ingreso hospitalario); y luego debe solicitarse la carta de garantía correspondiente. La emisión del formulario web y/u hoja SITEDS no se encuentra sujeta o condicionada a la autorización de la carta de garantía.
- e) A fin de que el PAM emita una carta de garantía para la atención hospitalaria, el establecimiento de salud debe remitir obligatoriamente lo siguiente:
 - e1) Orden médica de hospitalización; precisando diagnóstico, tipo de tratamiento (médico y/o quirúrgico) y fecha de internamiento.
 - e2) Informe médico sustentatorio, de requerirlo el caso.
 - e3) Presupuesto.

Artículo 108: Atención de maternidad en proveedores adscritos al PAM

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 reglamento para la atención correspondiente (ambulatoria u hospitalaria).

Artículo 109: Atención de transporte por evacuación en proveedores adscritos al PAM

En caso de que el afiliado requiera de la atención de transporte por evacuación, solicitará el servicio vía telefónica a la central autorizada y esta se formalizará con la presentación del documento nacional de identidad (DNI). El proveedor accederá a la página web del FEBAN para generar el formulario web para la atención correspondiente. Dicho documento deberá ser firmado por el afiliado; y en caso de limitación física o mental, lo hará el titular o dependiente, registrando además su documento nacional de identidad.

Los servicios a cargo de proveedores no adscritos se brindarán bajo el sistema de reembolso.

Artículo 110: Atención de sepelio

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.

La cobertura alcanza a los gastos en los siguientes ítems:

- a) Nicho o cremación.
- b) Sepelio.

Los gastos de sepelio serán reembolsados bajo dos modalidades:

- a) Reembolso que el afiliado solicita directamente al FEBAN y asume con el pago de la funeraria.
- b) Reembolso que se paga al proveedor que da el servicio directamente a los afiliados.

El procedimiento del reembolso por sepelio se realizará de acuerdo a los lineamientos establecidos en la Directiva respectiva.

El monto de la prestación para los gastos de sepelio no será afectado en ningún caso por la utilización de otro rubro del programa.

Artículo 111: Atención de servicios de ayuda diagnóstica y/o terapéutica en proveedores adscritos al PAM

- a) En los casos que se requiera para la atención del afiliado de servicios de ayuda diagnóstica y/o terapéutica (laboratorio, rayos X, ecografías, tomografías, gammagrafías, resonancias médicas, endoscopías, etc.), se seguirá el siguiente procedimiento:
 - a1) El proveedor adscrito al PAM (incluyendo policlínicos FEBAN), para la prestación del servicio solicitará a través de la web del FEBAN

autorización mediante carta de garantía en todos los casos.

- a2) Si el costo del servicio solicitado no superase los S/ 500.00 sin el IGV, la carta de garantía se autorizará en forma automática, sin requerir la autorización previa del Área de Auditoria Médica del PAM.
 - a3) Si el costo del servicio solicitado superase los S/ 500.00 sin el IGV, obligatoriamente la solicitud de carta de garantía será evaluada previamente por la auditoría médica del PAM.
 - a4) Los servicios de ayuda diagnóstica y/o terapéutica que se requieran por emergencia o urgencia debidamente sustentada, no requerirán de autorización previa del PAM para su prestación; sin perjuicio de la obligación del proveedor, de verificar la cobertura del servicio por parte del PAM, luego de su prestación.
 - a5) El proveedor afiliado podrá acceder a la información de los servicios excluidos o no cubiertos por el PAM, a través del portal de la página web del FEBAN.
- b) En los casos que el establecimiento adscrito o policlínico FEBAN no dispongan del servicio de ayuda diagnóstica y/o terapéutica que requiera el afiliado se seguirá el siguiente procedimiento:
- b1) Si la atención se prestó en los policlínicos FEBAN, el afiliado acudirá con la orden médica al módulo de atención del policlínico donde haya recibido la consulta para su orientación y derivación hacia los proveedores autorizados para los policlínicos; o
 - b2) Si la atención se prestó en un proveedor adscrito, el afiliado acudirá con la orden médica al módulo de atención del proveedor donde haya recibido la consulta para su orientación y derivación; o
 - b3) Podrá acceder al portal de la página web del FEBAN, a fin de obtener información de los proveedores afiliados que puedan prestarle el servicio requerido; y él mismo seleccionar al proveedor de su interés; o
 - b4) Podrá acudir al Módulo de Atención al Afiliado del FEBAN para su orientación y derivación hacia el proveedor afiliado de su interés.
 - b5) Una vez que el afiliado haya seleccionado el proveedor de su interés; acudirá portando la orden médica y su documento nacional de identidad (DNI).

- c) Los servicios de ayuda diagnóstica o terapéutica que son prescritas en las consultas gratuitas por los médicos de los policlínicos deberán realizarse en la red de policlínicos del FEBAN. De no disponer del servicio de ayuda diagnóstica que requiera el afiliado se ceñirá al procedimiento establecido en el inciso b) precedente.

Artículo 112: Trámite de la carta de garantía para la atención en proveedores adscritos al PAM

- a) De requerirse una carta de garantía para la prestación de un servicio, será el propio establecimiento que prestará el servicio quien asuma la responsabilidad de realizar el trámite vía web ante el PAM; para lo cual adjuntará a través de este medio la orden médica, presupuesto y, de requerir el caso, informe médico sustentatorio.
- b) Es obligación del proveedor proporcionar al afiliado el número de trámite de la carta de garantía, a fin de que con este número pueda verificar en el portal de la página web del FEBAN el estado del trámite de su carta de garantía.

Artículo 113: Carta de garantía para gastos no cubiertos y/o excedentes al límite de cobertura en proveedores adscritos al PAM

- a) La solicitud de cartas de garantías para gastos no cubiertos y/o excedente al límite de cobertura, en todos sus casos se iniciará adjuntando obligatoriamente a la solicitud la autorización del titular mediante carta de compromiso de pago, la misma que deberá contener el importe del gasto no cubierto incluido el IGV, la firma, documento nacional de identidad y huella digital del titular.
- b) El formato de dicha carta de compromiso de pago lo obtendrá el proveedor de la página web del FEBAN, a través del mecanismo autorizado. Sin esta carta de compromiso y las condiciones establecidas no se dará trámite ni se autorizarán las cartas de garantías solicitadas para gastos no cubiertos.

Artículo 114: Facturación y liquidación de gastos por prestación de servicios en proveedores adscritos al PAM

Producida la atención médica, el proveedor o establecimiento de salud afiliado formulará la facturación correspondiente, acorde al —Manual de normas de facturación, auditoría médica y procesos de atención II de la Asociación de Clínicas y Hospitales Particulares, Asociación de Entidades Prestadoras de Salud y Asociación Peruana de Empresas de Seguros. Las guías u hojas de liquidación de gastos deberán contener la firma y documento nacional de identidad del afiliado en señal de conformidad y acreditación de los servicios facturados.

El expediente de facturación de la atención médica será remitido por el proveedor al PAM, para su auditoría médica y liquidación a cargo del FEBAN, estrictamente acorde a las exigencias de facturación y presentación establecidas en los siguientes documentos normativos vigentes:

- a) Manual de normas de facturación, auditoría médica y procesos de atención II de la Asociación de Clínicas y Hospitales Particulares, Asociación de Entidades Prestadoras de Salud y Asociación Peruana de Empresas de Seguros y,
- b) Manual de normas complementarias para la cancelación, facturación, atención y auditoría médica del PAM del FEBAN.

El monto a cargo del titular será descontado a través de la planilla de pagos, si fuese el caso; acorde a la liquidación de beneficios.

En los casos de afiliados: Ex trabajadores no pensionistas del Banco, empresas disgregadas, pensionistas no nivelables y afiliados sin factibilidad económica; los deducibles y coaseguros serán cancelados directamente por el afiliado a los proveedores de salud al momento de la prestación de servicios.

CAPÍTULO II: DE LOS REEMBOLSOS

Artículo 115: Condiciones para los reembolsos

- 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.

Artículo 116: Prestaciones reembolsables

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.

Son prestaciones o beneficios cubiertos y reembolsables por el PAM:

- 1) Atención ambulatoria.
- 2) Atención en servicios de emergencia.
- 3) Atención oftalmológica.
- 4) Atención oncológica.
- 5) Atención hospitalaria.
- 6) Atención de maternidad.
- 7) Transporte por evacuación.
- 8) Gasto de sepelio.

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 establecidos para la atención ambulatoria.

Artículo 117: Prestaciones no reembolsables

No son reembolsables los gastos cancelados por el afiliado, los siguientes:

- a) Prestaciones odontológicas.
- b) Prestaciones de atención médica a domicilio.
- c) Prestaciones no cubiertas por el PAM.
- d) Deducibles y coaseguros cancelados por uso de otros seguros médicos distintos al PAM.
- e) Prestaciones que no se sujeten a las disposiciones establecidas en el presente Reglamento.

Artículo 118: Plazo para la solicitud del reembolso

El plazo para presentar solicitud de reembolso relacionado a las prestaciones PAM señaladas en el artículo 116 de este reglamento es de noventa (90) días calendario a partir de ocurrido el hecho. Transcurrido dicho plazo no se aceptará solicitud de reembolso alguno.

Artículo 119: Procedimiento para la solicitud del reembolso Para el reembolso de gastos se seguirá el siguiente procedimiento:

- a) El titular o sus dependientes solicitará al Módulo de Atención al Afiliado del PAM:
 - a.1) El formulario web y/u hoja SITEDS según sea el caso, para el reembolso de gastos; este formulario web y/u hoja SITEDS, deberán firmarse por el titular.
 - a.2) Formato de autorización que otorga el afiliado al PAM para:
 - a.2.1) Acceder a su historia clínica y a toda la información relacionada con la atención médica que suscita la solicitud de reembolso.
 - a.2.2) Someterse a la evaluación o examen médico, de considerarlo pertinente a Auditoría Médica del FEBAN, con fines de verificar la prestación de los servicios reclamados.

- b) No se emitirá el formulario web si el afiliado no se encuentra debidamente acreditado y/o no cuenta con cobertura; en este caso, el beneficiario asumirá el 100% del gasto consumido.
- c) Terminado el tratamiento presentará el indicado formulario web y/u hoja SITEDS en el mismo módulo, debidamente llenado (consignando diagnóstico y código CIE10), sellado y firmado por el médico tratante, adjuntando los documentos probatorios de los gastos realizados, los cuales serán:
 - c.1) Para honorarios médicos por consultas ambulatorias:
 - c.1.1) Boleta de venta o recibo de honorarios profesionales; según sea el caso.
 - c.2) Para honorarios médicos por consultas y/o interconsultas hospitalarias:
 - c.2.1) Boleta de venta o recibo de honorarios profesionales; según sea el caso.
 - c.2.2) Epicrisis de la hospitalización visada por el director o personal autorizado del establecimiento de salud.
 - c.3) Para honorarios médicos por procedimientos médicos (endoscopías; terapias físicas, quimioterapias, otros):
 - c.3.1. Boleta de venta o recibo de honorarios profesionales; según sea el caso.
 - c.3.2. Informe o resultados del o los procedimientos médicos realizados.
 - c.4) Para honorarios médicos por procedimientos o intervenciones quirúrgicas:
 - c.4.1) Boleta de venta o recibo de honorarios profesionales, según sea el caso; precisando nombre (s) de la (s) intervención (es) quirúrgica (s) realizada (s).
 - c.4.2) Reporte operatorio del o los procedimientos quirúrgicos realizados visado por el director o personal autorizado del establecimiento de salud.
 - c.4.3) Informe de anatomía patológica; siempre y cuando el tarifario FEBAN así lo considere.

- c.5) Para gastos por servicios auxiliares (laboratorio, rayos X, ecografías, tomografías, resonancias, otros):
 - c.5.1) Boleta de venta según sea el caso; debidamente detallada, precisando nombre, cantidad, precio unitario y total de cada servicio auxiliar.
 - c.5.2) Orden (es) médica (s) para los servicios presentados para reembolso.
 - c.5.3) Informes de cada uno de los servicios presentados para reembolso.
- c.6) Para gastos por servicios de farmacia:
 - c.6.1) Boleta de venta según sea el caso; debidamente detallada, precisando nombre, cantidad, precio unitario y total de cada fármaco.
 - c.6.2) Receta (s) médica (s) para los servicios presentados para reembolso.
- c.7) Para gastos por servicios de hotelería, clínica u hospitalización (cuarto, UCI, sala de operaciones, uso de equipos; otros):
 - c.7.1) Boleta de venta según sea el caso; debidamente detallada, precisando nombre, cantidad, precio unitario y total de cada uno de los servicios presentados para el reembolso.
 - c.7.2) Orden médica de hospitalización, con firma y sello del médico tratante.
 - c.7.3) Epicrisis de la hospitalización visada por el director o personal autorizado del establecimiento de salud.
- c.8) Para gastos por servicios de transporte por evacuación:
 - c.8.1) Boleta de venta según sea el caso; debidamente detallada, precisando nombre del afiliado, origen y fin del traslado, fecha de la prestación.
 - c.8.2) Orden de admisión hospitalaria o epicrisis visada por el director o personal autorizado del establecimiento de salud.
 - c.8.3) Informe médico acerca de la necesidad de la evacuación; solo en los casos de traslados interprovinciales.

- c.9) Para gastos por servicios de sepelio donde no existen establecimientos contratados:
 - c.9.1. Acta / partida de defunción original del afiliado.
 - c.9.2. Comprobante de pago de los gastos realizados, en el cual se debe especificar en la descripción, el nombre del titular fallecido y los servicios funerarios prestados.
 - c.9.3. Si se diera el caso de una compra de nicho anticipada en vida, se requiere copia de contrato y comprobante de pago original. Constancia de ubicación del fallecido.
 - c.9.4. En casos que el solicitante del reembolso sea la funeraria y consigne el gasto de nicho o cremación en su factura, debe adjuntar la copia del contrato y comprobante de pago realizado a nombre de la funeraria.
 - c.9.5. Reembolsos por construcción de nicho, se debe adjuntar la compra del terreno y la constancia de ubicación del fallecido.
 - c.9.6. Asimismo, cabe precisar que el reembolso funerario consiste en la devolución del monto dinerario a la persona que acredite haber efectuado los gastos por el fallecimiento de un afiliado al PAM.
- d) Todos los documentos por gastos sujetos de reembolso deberán ser presentados en formatos oficiales del proveedor; con registro de fecha de emisión del mismo, ordenados según el tipo de servicio a reembolsar y con la fecha de la prestación.
- e) La documentación para la presentación del reembolso médico, debe incluir solo los gastos correspondientes a un mismo tipo de beneficio o cobertura (ambulatorio o emergencia o maternidad u oncológico u hospitalario, etc.). En el caso de que se presenten gastos por distintos beneficios, se deberá presentar la documentación por cada uno de ellos y a cada uno le corresponderá solo un formulario web y/u hoja SITEDS.
- f) La documentación a presentar en el expediente de reembolso y su orden es la siguiente:

- f.1. Formulario web y/u hoja SITEDS para el tipo de beneficio, según sea el caso.

Solicitud dirigida a la Unidad PAM del Fondo de Empleados del Banco de la Nación indicando el teléfono, dirección electrónica (correo) y domicilio del solicitante.

Los recibos por honorarios profesionales; por servicios de profesionales independientes (personas naturales), deberán estar dirigidos a nombre del Fondo de Empleados del Banco de la Nación - RUC N° 20122794424.

Las boletas, tickets de máquina registradora y otros comprobantes por conceptos de material médico, medicina o servicios prestados por las clínicas y hospitales, deberán ser emitidas a nombre del Fondo de Empleados del Banco de la Nación – RUC N°20122794424.

- f.2. En todos los comprobantes de pago (recibos por honorarios profesionales, boletas y otros), se consignará el nombre del afiliado atendido.

g) El expediente de reembolso (documentos por gastos sujetos de reembolso), será presentado directamente por el afiliado al Módulo de Atención al Afiliado del PAM, el cual verificará si el expediente cuenta para su admisión, con la documentación completa y exigencias establecidas en los literales precedentes de este artículo; de no ser así, se devolverá para la subsanación del mismo.

h) El área respectiva procesará el expediente de conformidad con las disposiciones internas y coordinará el reembolso de los gastos en la proporción que señale la "Liquidación de Beneficios". De haber alguna observación por parte del Área de Auditoría Médica esta se comunicará vía telefónica y/o correo electrónico al titular, dentro de las veinticuatro (24) horas útiles de ocurrida la observación, a fin de que en el plazo más breve se proceda a la subsanación de lo observado.

- i) El pago se efectuará de acuerdo a las tarifas establecidas para el reembolso, hasta los límites y condiciones establecidas en la tabla de beneficios de este reglamento, según el tipo de beneficio al que correspondan los gastos presentados para su reembolso. Dicho pago se efectuará dentro de los treinta (30) días hábiles desde la fecha de recepción.
- j) El pago se efectuará a través de la Unidad de Finanzas, entregándose copia de la "Liquidación de Beneficios" al titular.

Artículo 120: Tarifas para reembolsos

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.

Artículo 121: Verificación de la prestación de los servicios presentados para reembolsos

El FEBAN tiene derecho a examinar al afiliado por los médicos designados por este, 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 y someterse a la evaluación o examen médico de considerarlo pertinente la auditoría médica del FEBAN, 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.

TÍTULO IX: EXCLUSIONES O GASTOS NO CUBIERTOS POR EL PAM

CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES

Artículo 122: 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 onicomycosis 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 cardiacas, 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.

CAPÍTULO II: DE LAS EXCLUSIONES POR GRUPO DE ENFERMEDADES Y/O PROCEDIMIENTOS

Artículo 123: 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, mamoplastía, 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 Reserch 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 Reserch 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 Clínica 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:
 - a) Infecciones necrosantes de partes blandas no clostridiales.
 - b) Traumatismos agudos de partes blandas, síndrome de aplastamiento, síndromes compartimentales.
 - c) Mionecrosis clostridial-gangrena gaseosa (GG).
 - d) Infecciones necrosantes producidas por patología diabética (pie diabético).
 - e) 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, discectomía láser, infiltración o neurolisis 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:
 - a) 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.
 - b) Su inscripción en el nuevo Plan de Salud Complementario se haya efectuado dentro de los sesenta (60) días de extinta la anterior relación contractual.
 - c) 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.

CAPÍTULO III: DE LAS EXCLUSIONES POR GRUPO DE MEDICAMENTOS

Artículo 124: 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 (neurotónicos; nootrópicos).
 - 1.2. Albúmina 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 clopidogrel en post infarto agudo de miocardio, post stent coronario, post infarto 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 fluoxetina.
- 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 (voriconazol, ravuconazol, posaconazol).
- 1.16. Antineuropáticos; 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; úlcera).
- 1.18. Antipsicóticos.
- 1.19. Antisépticos orales; excepto, en los casos de gingivitis y aftas.
- 1.20. Antivaricosos; 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. Cóctel lítico.
- 1.24. Colerético, colelitolítico.
- 1.25. Condroprotectores y regenerador 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. Fierro; excepto en anemia ferropénica.
- 1.35. Fórmulas 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 ácido ursodeoxicólico en cirrosis biliar primaria.
- 1.39. Hormona de crecimiento.
- 1.40. Inhibidores de la proliferación de queratocitos.
- 1.41. Inmunoestimulantes.
- 1.42. Inmunoforon.
- 1.43. Inmunoglobulinas humanas.
- 1.44. Lágrimas artificiales; excepto en los casos de síndrome de Sjögren; queratitis sicca; úlcera corneal; síndrome de ojo seco.
- 1.45. Levosimendán.
- 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 presente reglamento.
- 1.48. Modificadores de la respuesta inmune: interferón alfa.
- 1.49. Modificadores de la respuesta inmune: interferón 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 sólo con fines terapéuticos.
- 1.54. Reductores de hiperplasia prostática; excepto tamsulosina, alfuzosina, 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. Aero cámaras para aerosoles (Volumatic, Aerocell, etc.)

CAPÍTULO IV: DE LAS EXCLUSIONES CONSIDERADAS POR EL TARIFARIO FEBAN

Artículo 125: 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.

TÍTULO X: FONDO DE CONTINGENCIA

La CAFEBAN en sesión N° 534 del 18 de marzo del 2024, aprobó cubrir siete (7) diagnósticos de enfermedades más, para aplicar al Fondo de Contingencia:

CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES

Artículo 125: Generalidades

1. DEFINICION DEL FONDO DE CONTINGENCIA – PAM

El Fondo de Contingencia es un fondo que forma parte del Programa de Asistencia Médica (PAM) destinado a prestar ayuda extraordinaria al afiliado y sus dependientes en caso de enfermedades que por su tipicidad e irreversibilidad tienen un costo elevado y una terapia rehabilitadora prolongada, las cuales a un mediano plazo agotan el IMA (Indemnización máxima anual) del afiliado al PAM.

Además, este Fondo está orientado a prestar ayuda en caso de enfermedades que se deriven como consecuencia de las enfermedades tipificadas para la utilización del fondo de contingencia.

Este beneficio se concederá hasta por un (1) IMA adicional del plan Base y para aquellas otras enfermedades y tratamientos no considerados en el citado artículo pero que por motivos socio-económicos no pueden ser asumidos por el afiliado titular.

2. FINALIDAD

El presente procedimiento establece el proceso de evaluación, aprobación, ejecución y control del otorgamiento del beneficio del Fondo de Contingencia y Ayuda Social.

3. CONSTITUCION DE FONDOS

El fondo de Contingencia se encuentra conformado por los aportes-extraordinarios de los afiliados al PAM. Dicho aporte es igual a un aporte mensual del PAM, conformado por el aporte del titular y de sus dependientes en casos que el titular los afilie al fondo de contingencia, prorrateado en doce (12) cuotas al año, los mismos que son

descontados por planilla y/o pagos al contado.

4. ALCANCE

Las normas establecidas en el presente documento alcanzan a todos los Afiliados al PAM, que se encuentren aportando al Fondo de Contingencia a los trabajadores y ex trabajadores del Banco de la Nación (Pensionistas de la ley 20530 y cesantes de la ley 19990, Pensionistas de empresas disgregadas) y FEBAN, siempre y cuando estén afiliados al Programa de Asistencia Médica.

5. AFILIACION:

Podrán afiliarse al fondo de contingencia, según lo establecido en el título II y III del reglamento PAM (De los afiliados al PAM y del procedimiento de afiliación y desafiliación respectivamente)

Asimismo, el afiliado, podrá incorporar a su grupo familiar (cónyuge o conviviente, hijos y padres), siempre que se encuentren afiliados al PAM.

6. DESAFILIACION

La desafiliación del PAM del titular por las causas descritas en el artículo 22 del Reglamento PAM, acarrearán indefectiblemente la desafiliación del Fondo de Contingencia.

7. APROBACION

El presente procedimiento, así como su modificación, ampliación y actualización será aprobado por CAFEBAN.

8. BASE LEGAL

- Sesión de CAFEBAN N°334 de fecha 14 de septiembre de 2007, de aprobación del aporte fondo de contingencia.
- Manual interno de gestión de casos sociales del 01.07.2021.

- Reglamento del Programa de Asistencia Médica FEBAN, el cual ha sido aprobado en Sesión de la CAFEBAN N°450 del 03 de marzo 2017 suspendida y reanudada el 09 de marzo del 2017 y su última modificatoria aprobada el 27 abril 2023

9. GLOSARIO

Afiliado: Persona natural inscrita al PAM que goza de los beneficios ofrecidos por el PAM, excepto las exclusiones expresas y que se encuentren sujetas a todas las disposiciones del reglamento.

Aporte: Cuota necesaria para respaldar las prestaciones ofrecidas por el Fondo de Contingencia, equivalente a un (01) aporte mensual del PAM prorrateado en 12 cuotas.

Ayuda Social: Tiene por destino contribuir con los gastos no cubiertos de enfermedades con las características señaladas en el artículo 127° del Reglamento PAM y de otras que por motivos socio-económicas no pueden ser asumidas por el titular afiliado al PAM.

Siempre y cuando el afiliado aporte al Fondo de Contingencia

Es aquella que se otorga para cubrir los gastos de salud, que resulten de un tratamiento prolongado cuyo diagnóstico no se encuentre tipificado dentro de los casos plasmados en el fondo de Contingencia o estando dentro de ellos no se encuentran coberturados, tomando en consideración la situación socio-económica del afiliado titular y su grupo familiar.

CAFEBAN: Comisión de Administración del Fondo de Empleados del Banco de la Nación.

Caso Social: Situación o conjunto de circunstancias desfavorables que el afiliado atraviesa, condiciones u obstáculos de índole médica y/o socioeconómica, que afectan su calidad de vida.

CCS: Comité de Casos Sociales conformado por la Gerencia del FEBAN, Sub gerencia de Servicios al afiliado, y las Jefaturas de las unidades del Programa de Asistencia Médica, Legal y Bienestar Social.

FEBAN: Fondo de Empleados del Banco de la Nación.

Fondo de Contingencia: fondo destinado a prestar ayuda extraordinaria en caso de enfermedades tipificadas en el artículo 127 del reglamento PAM, que por su tipicidad o irreversibilidad tiene un costo elevado y una terapia rehabilitadora prolongada, las cuales – a un mediano plazo- agotan su IMA asegurable anual.

IMA: Indemnización Máxima Anual. Cobertura máxima que se ofrece para cada afiliado, en cada año calendario.

PAM: Programa de Asistencia Médica.

PLAN BASE: Cobertura básica anual de atención ambulatoria y hospitalaria

UBS: Unidad de Bienestar Social.

AC: Área de Contabilidad

UA: Unidad de Administración-Logística.

SGSA: Sub gerencia de División de Servicios al Afiliado

UPAM: Unidad del Programa de Asistencia Médica - PAM

CAPITULO II: BENEFICIOS

Artículo 126: DE LOS BENEFICIOS QUE OTORGA EL FONDO DE CONTINGENCIA

1. COBERTURA DEL FONDO DE CONTINGENCIA

Este beneficio se concederá hasta por un (01) IMA adicional del plan Base.

Para aquellas otras enfermedades y tratamiento no considerados, su concesión también estará sujeta a evaluación, siempre y cuando la situación socioeconómica del afiliado titular no le permita asumir en su totalidad los gastos requeridos.

2. BENEFICIOS OTORGADOS CON EL FONDO DE CONTINGENCIA

Los beneficios otorgados por el Fondo de Contingencia están orientados para la atención de los siguientes casos:

- a) Tratamiento quirúrgico de enfermedades congénitas y/o adquiridas del corazón y/o grandes vasos.
- b) Tratamiento quirúrgico de procesos expansivos cerebrales y medulares, malformaciones vasculares congénitas y/o adquiridas.
- c) Politraumatismo y quemaduras graves (emergencia).
- d) Tratamiento de cáncer: quimioterapia, radioterapia y cirugía oncológica.
- e) Enfermedad renal crónica e irreversible, que requiere programa de hemodiálisis permanente y/o trasplante renal.
- f) Tratamiento médico de pacientes con diagnóstico de Hepatitis C
- g) Tratamiento médico de pacientes con fibrosis pulmonar limitante, severa.
- h) En casos de pacientes con tratamiento oncológico que requieran anticuerpos monoclonales que ayuda al tratamiento considerados como medicamentos y/o gastos no cubiertos por el PAM, será suministrados por el FEBAN a través de la adquisición directa a los laboratorios.
- i) Audífonos para neonatales en caso de sordera congénita.
- j) Procedimientos oftalmológicos para recién nacidos con cataratas congénitas.
- k) Enfermedades neurológicas (degenerativas y terminales) esclerosis lateral amiotrófica (ELA), Jakobs creutz feldt.
- l) Aquellas enfermedades que se derivan como consecuencia de las enfermedades originarias, detalladas líneas arriba.

Cabe señalar, que los beneficios no se aplican para reembolsos de procedimientos y/o tratamientos que el afiliado haya realizado en proveedores no afiliados al FEBAN, que no se encuentre coberturado por el programa.

3. AYUDA SOCIAL

Serán considerados como ayuda social los casos de enfermedades y medicamentos no tipificados por el beneficio del Fondo de Contingencia y en casos muy excepcionales en las cuales el afiliado haya agotado su IMA disponible para la continuidad de su tratamiento médico y que por motivos socio- económicos no pueden ser asumidos por el afiliado titular, los mismos que serán evaluados para su aprobación por el Comité de Casos sociales, teniendo en consideración los informes médico y social correspondientes.

También se considerará como ayuda social la entrega de camas clínicas en calidad de préstamo para pacientes que lo requieran de acuerdo al informe médico, social y económico.

CAPITULO III: PROCEDIMIENTO

Artículo 127: PROCEDIMIENTO PARA EL OTORGAMIENTO DEL FONDO DE CONTINGENCIA

1. DEL AFILIADO

Para que el afiliado solicite el Fondo de contingencia es requisito indispensable que esté al día en el pago de sus aportes PAM y Fondo de contingencia.

El expediente deberá presentarse mediante una solicitud dirigida a la Unidad de Bienestar Social del FEBAN, solicitando la ayuda extraordinaria del Fondo de Contingencia, adjuntando los siguientes documentos:

- a) Informe médico actualizado de su médico tratante (no deberá ser mayor a quince días calendario de expedido).
- b) Plan de tratamiento.
- c) Presupuesto de atención.
- d) Copia de la última boleta de haberes.
- e) Documentación que acredite la necesidad, diagnóstico y carencia económica

2. DE LA UNIDAD DE BIENESTAR SOCIAL

- El afiliado dejará su solicitud para acogerse al beneficio del Fondo de Contingencia y/o Ayuda Social (Caso Social) ante la UBS, con los requisitos establecidos del procedimiento.
- La UBS recepcionará la solicitud del caso social, y su jefatura designará al Trabajador Social que se encargará del caso.
- El Trabajador Social designado analizará y verificará que la solicitud cumpla con los requisitos establecidos del procedimiento.
- Haber culminado el IMA ya sea ambulatorio u hospitalario.
- Si la solicitud presentada cumple con los requisitos exigidos, se formará el expediente.
- Si la solicitud está relacionada con medicamentos, servicios, bienes (pañales u otros similares) se deberá requerir mediante correo electrónico a la Unidad de Administración -Logística la cotización respectiva. La UA absolverá mediante el mismo medio y la cotización formará parte del expediente.
- El Trabajador Social realizará una visita domiciliaria y/o constatación virtual al titular o paciente.
- La jefatura de la UBS sustentará el expediente de caso social ante el CCS, quienes aprobarán o desaprobarán.

3. DE LOS MEDICOS AUDITORES DEL PAM.

La Unidad de Bienestar Social previa revisión y análisis del expediente, solicitará un informe a los Médicos auditores del FEBAN.

El expediente del caso social deberá ser remitido a Auditoría Médica, quien validará que lo solicitado corresponde a Fondo de Contingencia y/o Ayuda Social, esta validación deberá constar por escrito y no deberá ser mayor de 48 horas la respuesta.

Devuelto el expediente con la validación de Auditoría Médica, el Trabajador Social complementará con dicha información su informe social, debiendo remitir el expediente final a su jefatura para la validación respectiva

4. DE LA JEFATURA DE LA UNIDAD DE BIENESTAR SOCIAL.

La Jefatura de la Unidad de Bienestar Social elevará el expediente actuado y expone ante el Comité de casos sociales a fin de determinar la procedencia o no del mismo.

CAPITULO IV: APROBACIÓN

Artículo 128: APROBACION DE CASOS CON CARGO AL FONDO DE CONTINGENCIA

1. Para la aprobación de las solicitudes con cargo al Fondo de Contingencia y Ayuda social, se constituirá el Comité de casos sociales conformado por:

- Gerente del FEBAN (quien lo presidirá)
- Subgerencia de Servicios al afiliado (miembro y remplazará al gerente en caso de ausencia)
- Jefe de la Unidad de Bienestar Social (quien expone el caso)
- Jefe de la Unidad del PAM
- Jefe de la Unidad de Legal

El quórum deberá estar conformado cuando menos por 03 miembros del comité de casos sociales.

2. El Comité del Fondo de Contingencia y casos sociales podrá sesionar 02 veces al mes. En caso de suma urgencia el Comité podrá reunirse de forma extraordinaria.

3. Criterios que deberá considerar el Comité del Fondo de Contingencia y casos sociales para la aprobación de solicitudes:

- a) El informe médico y social (elaborado por la Unidad de Bienestar Social).
- b) El presupuesto disponible del Fondo de Contingencia para atender los casos expuestos.
- c) Que el porcentaje propuesto por la Unidad de Bienestar para la ayuda al afiliado deberá estar alineado a la situación económica y estado de salud del mismo en

la que la enfermedad o tratamiento se encuentre tipificado en los lineamientos del Fondo de contingencia.

4. Rango de apoyo con cargo al Fondo de contingencia:

La calificación de los casos graves, moderados y leves de los tratamientos de los pacientes deberá ser determinado por el médico auditor a cargo del informe, así como también por el informe socio económico.

- En casos graves: Hasta un 100% del IMA hospitalario y/o ambulatorio del plan base
 - En casos moderados: Hasta un 50% del IMA hospitalario y/o ambulatorio del plan base.
5. En caso que la ayuda otorgada sea para cubrir un procedimiento no coberturado por el Programa de asistencia Médica, la Unidad de Bienestar Social coordinará con el PAM para la emisión de la carta de garantía y de la provisión y liquidación total del caso.
6. Además de la ayuda social que corresponda otorgar al afiliado, también se podrá considerar en la evaluación, el otorgamiento de un préstamo de salud siempre y cuando el afiliado tenga capacidad de pago.
7. Posterior a cada sesión la Unidad de Bienestar Social realizará un Acta donde levante todos los acuerdos de la Sesión.

CAPITULO V: EJECUCIÓN

Artículo 129: EJECUCION DEL FONDO DE CONTINGENCIA

Aprobada la solicitud por el Comité de Fondo de Contingencia y casos sociales, la Unidad de Bienestar Social comunicará al afiliado el alcance del otorgamiento del beneficio solicitado.

Corresponde a la Unidad PAM y a la Unidad de Bienestar Social viabilizar el

otorgamiento del beneficio a través de las coordinaciones que correspondan con los proveedores de salud.

La concesión de este beneficio no enerva el cumplimiento de las demás obligaciones económicas que tuviera el afiliado con la Institución.

CAPITULO VI: MECANISMOS DE CONTROL

Artículo 130: MECANISMOS DE CONTROL DEL BENEFICIO OTORGADO

Los mecanismos de control previstos son los siguientes:

- a) La gerencia del FEBAN informará a la CAFEBAN sobre los casos aprobados en la sesión siguiente de otorgado el beneficio.
- b) La gerencia del FEBAN informará semestralmente a la CAFEBAN la aplicación de los recursos del fondo de contingencia y posición de saldos con base en los casos aprobados y ejecutados.
- c) La Unidad de Auditoría Interna del FEBAN auditará trimestralmente el fondo de contingencia y emitirá un informe el cual deberá presentar a la CAFEBAN.

CAPITULO VII: DISPOSICIONES

Artículo 131: DISPOSICIONES FINALES

Toda ayuda con cargo al Fondo de Contingencia no es pecuniaria y se circunscribe a la ampliación del servicio de salud que brindan nuestros proveedores afiliados con los cuales mantenemos Convenio o centros médicos y laboratorios especializados.

La aprobación de los casos con cargo al Fondo de contingencia o ayuda social que se le brindará al afiliado no debe exceder el monto tope de un IMA del plan base vigente y será 01 vez al año y antes de concluir este periodo, el Comité del fondo de contingencia evaluará la necesidad de su ampliación previo al informe médico social que se presente.

Tabla de Beneficios

Indemnización Máxima Anual (IMA)

Plan Base	IMA Ambulatorio 1/ Indemnización Máxima Anual (IMA) para cubrir los gastos de las prestaciones que se brinden en forma ambulatoria en todos los beneficios que cubre el PAM.	Hasta S/ 15,000
	IMA Hospitalario 1/ Indemnización Máxima Anual (IMA) para cubrir los gastos de las prestaciones que se brinden en forma hospitalaria, en todos los beneficios que cubre el PAM.	Hasta S/ 40,000
Plan 1	IMA Ambulatorio 1/ Indemnización Máxima Anual (IMA) para cubrir los gastos de las prestaciones que se brinden en forma ambulatoria en todos los beneficios que cubre el PAM.	Hasta S/ 20,000
	IMA Hospitalario 1/ Indemnización Máxima Anual (IMA) para cubrir los gastos de las prestaciones que se brinden en forma hospitalaria, en todos los beneficios que cubre el PAM.	Hasta S/ 70,000
Plan 2	IMA Ambulatorio 1/ Indemnización Máxima Anual (IMA) para cubrir los gastos de las prestaciones que se brinden en forma ambulatoria en todos los beneficios que cubre el PAM.	Hasta S/ 30,000
	IMA Hospitalario 1/ Indemnización Máxima Anual (IMA) para cubrir los gastos de las prestaciones que se brinden en forma hospitalaria, en todos los beneficios que cubre el PAM.	Hasta S/ 100,000
	1/ Los beneficios de transporte por evacuación y sepelio no afectan a la IMA ambulatorio y hospitalario.	

Tabla de Aportes

Descripción		Aportes PAM 12 cuotas al año	Fondo de Contingencia 12 cuotas al año
Activos BN	Titular	S/ 70.4	S/ 5.87
	Cónyuge	S/ 44.00	S/ 3.67
	Padre	S/146.00	S/ 12.17
	Madre	S/146.00	S/ 12.17
	Hijo	S/ 22.00	S/ 1.83

Pensionista nivelable	Titular	S/ 76.44	S/ 5.46
	Cónyuge	S/ 38.22	S/ 2.73
	Padre	S/ 152.88	S/ 10.92
	Madre	S/ 152.88	S/ 10.92
	Hijo	S/ 19.11	S/ 1.37

No nivelarle y otros	Titular	S/ 81.24	S/ 6.77
	Cónyuge	S/ 40.62	S/ 3.39
	Padre	S/ 162.48	S/ 13.54
	Madre	S/ 162.48	S/ 13.54
	Hijo	S/ 20.31	S/ 1.69

Trabajador FEBAN	Titular	S/ 72.45	S/ 6.04
	Cónyuge	S/ 45.00	S/ 3.45
	Padre	S/ 150.00	S/ 12.5
	Madre	S/ 150.00	S/ 12.5
	Hijo	S/ 22.50	S/ 1.87

**Tabla 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	Clínica Ricardo Palma	Consulta	S/ 50.00	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, guías, catéteres, etc.) 3/. Hasta un importe global de S/ 9,600.00 por ocurrencia o siniestro.		50%
		Otros gastos		72%
		Consulta		
	Otros	Red 1	S/ 30.00	77%
		Red 2	S/ 30.00	77%
		Red 3	S/ 20.00	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, guías, catéteres, etc.) 3/. Hasta un importe global de S/ 9,600.00 por ocurrencia o siniestro.		50%
		Otros gastos		
		Red 1		77%
		Red 2		77%
		Red 3		80%
Reembolsos 4/	Todos (a nivel nacional)	Consulta	S/ 20.00	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, guías, catéteres, etc.) 3/. Hasta un importe global de S/ 9,600.00 por ocurrencia o siniestro.		50%
		Otros gastos.		80%

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

2/ Los servicios de farmacia y otros, que se presten en los policlínicos FEBAN, serán solo aquellos dispuestos para dichos establecimientos. La prestación de otros servicios se otorgará en los proveedores afiliados y dispuestos para los policlínicos FEBAN.

3/ Los utilizados en procedimientos médico quirúrgicos cubiertos por el tarifario FEBAN. No cubre aquellos utilizados en procedimientos excluidos o no cubiertos en el tarifario FEBAN.

4/ Tarifas de acuerdo al tarifario de reembolso FEBAN. Además, 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. Información detallada en el Plan de Beneficios. 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 cubriendo el 100% de los medicamentos genéricos; con aplicación del coaseguro correspondiente al beneficio y establecimiento donde recibió la atención o consulta.

Tabla de Beneficios
Atención médica a domicilio en Lima ^{1/}

				Deducible ^{2/}	Cubierto al
Policlínicos FEBAN 3/	Todas sus sedes	Consulta		S/ 0.00	100%
		Laboratorio, farmacia			80%
Proveedores adscritos al PAM - Lima	Doctor + SAC. Red 1	<i>Distritos Nivel I (Red 1) (laboratorio y medicamento)</i>	Medicina general Pediatria	S/ 30.00	100%
		El Agustino, Barranco, Bellavista, Breña, Carmen de la Legua, Jesús María, Lima/Cercado, Lince, Magdalena del Mar, Miraflores, La Molina, La Perla, Pueblo Libre, La Punta, Callao, Rímac, Santa Anita, San Borja, San Juan de Miraflores, San Isidro, San Luis, San Miguel, Surquillo, Santiago de Surco, La Victoria, Chorrillos.	Geriatría	S/ 30.00	77%
		<i>Distritos Nivel II (Red 1) (laboratorio y medicamento)</i>	Medicina general Pediatria	S/ 38.00	100%
		Comas, Los Olivos, Independencia, Carabayllo, Villa María de Triunfo, Villa el Salvador, Ventanilla, Ate / Vitarte, San Juan de Lurigancho, San Martín de Porres.	Geriatría	S/ 38.00	77%
		<i>Distritos Nivel III (Red 1) (laboratorio y medicamento)</i>	Medicina general Pediatria	S/ 38.00	100%
		Ancón, Chaclacayo, Cieneguilla, Lurigancho/Chosica, Lurín, Pachacamac, Puente Piedra, Santa Rosa, Punta Hermosa, Punta Negra, Santa María del Mar, San Bartolo, Pucusana.	Geriatría	S/ 38.00	77%

1/ Las prestaciones que se cubren son de acuerdo al tarifario FEBAN, sujeto a disponibilidad del proveedor. Este beneficio se presta solo en Lima Metropolitana y bajo este beneficio, no se presta atenciones de emergencias. Asimismo, la atención solo es para medicina general y geriatría, en el caso de que la prestación estuviera a cargo de los policlínicos FEBAN. Cubre solo gastos por consulta, laboratorio y farmacia. Este beneficio no cuenta con reembolso.

2/ El pago de deducible es al contado.

3/ 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 otorgará en los proveedores afiliados y dispuestos para los policlínicos FEBAN. Información detallada en el Plan de Beneficios.

Tabla de Beneficios
Atención en servicios de emergencia 1/

			Deducible	Cubierto al
Proveedores adscritos al PAM Lima y Provincias	Atención de emergencia, prestada en los servicios de emergencia de la red de proveedores adscritos al PAM.	Consulta	S/ 0.00	100%
	<i>Emergencia (medica/accidental)</i> Se entiende por emergencia, toda situación que por presentarse de 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 determinación de la condición de emergencia es realizada por el profesional médico encargado de la atención bajo responsabilidad. Una vez concluida la atención en el servicio de emergencia, y si el afiliado por indicación médica requiere continuar el tratamiento en hospitalización o en un servicio de atención ambulatoria, se aplicarán los deducibles y coaseguros respectivos; establecidos en la tabla de beneficios para estos tipos de atenciones.	Otros		100%
Reembolsos 2/	Atenciones de emergencia, prestadas en los servicios de emergencia 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. Asimismo, el reembolso está sujeto a las mismas políticas de cobertura y exclusiones que las atenciones por crédito.

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 establecidos 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. Información detallada en el Plan de Beneficios.

El Servicio de traslado en ambulancia también se aplicará a los afiliados en casos de cirugía de alta complejidad (cirugías neurológicas, cirugías gastrointestinales, cirugías cardiovasculares, cirugías gineco - obstétricas, campos traumatológicos, etc.) refrendadas por el médico (hospitalizaciones quirúrgicas) de la clínica u hospital a su domicilio.

Tabla de Beneficios
Atención Oftalmológica Ambulatoria ^{1/}

			Deducible	Cubierto al
Policlínicos FEBAN	Todas sus sedes	Consulta	S/ 0.00	100%
		Otros gastos 2/		80%
Proveedores adscritos al PAM	Oftalmosalud Futuro Visión Instituto Peruano de la Visión Instituto Oftalmológico Especializados Doctor Wong Macula Omnia Visión	Consulta (red 3)	S/ 20.00	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.) 3/ Hasta un importe global de S/ 9,600.00 por ocurrencia o siniestro.		50%
		Otros gastos 2/ (red 3)		80%
Proveedores adscritos al PAM	Otros centros oftalmológicos	Consulta		
		Red 1	S/ 30.00	77%
		Red 2	S/ 30.00	77%
		Red 3	S/ 20.00	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, guías, catéteres, etc.) 3/ Hasta un importe global de S/ 9,600.00 por ocurrencia o siniestro.		50%
Reembolsos 4/	Todos (a nivel nacional)	Otros gastos		
		Red 1		77%
		Red 2		77%
		Red 3		80%
		Consulta	S/ 20.00	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, guías, catéteres, etc.) 3/ Hasta un importe global de S/ 9,600.00 por ocurrencia o siniestro.		50%
		Otros gastos		80%

1/ Las prestaciones que se cubren son de acuerdo al tarifario FEBAN. 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. 2/ Los gastos de farmacia, se sujetan al petitorio farmacológico autorizado para los policlínicos FEBAN. 3/ Los utilizados en procedimientos médico quirúrgicos cubiertos por el tarifario FEBAN. No cubren aquellos utilizados en procedimientos excluidos o no cubiertos por el tarifario FEBAN.

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. Información detallada en el Plan de Beneficios.

Tabla de Beneficios
Atención Oftalmológica Hospitalaria 1/

			Deducible	Cubierto al
Proveedores adscritos al PAM	Oftalmosalud Futuro Visión Instituto Peruano de la Visión Instituto Oftalmológico Especializados Doctor Wong Macula Omnia Visión	Con o sin internamiento 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.) 2/. Hasta un importe global de S/ 9,600.00 por ocurrencia o siniestro.		50%
		Otros gastos		80%
Proveedores adscritos al PAM	Todos Provincia	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, guías, catéteres, etc.) 2/ Hasta un importe global de S/ 9,600.00 por ocurrencia o siniestro.		50%
		Otros gastos		
Reembolsos 3/	Todos	Red 1		77%
		Red 2		77%
		Red 3		80%
		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, guías, catéteres, etc.) 2/ Hasta un importe global de S/ 9,600.00 por ocurrencia o siniestro.		50%
		Otros gastos		80%

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

2/ Los utilizados en procedimientos médico quirúrgicos cubiertos por el tarifario FEBAN. No cubren aquellos utilizados en procedimientos excluidos 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. Información detallada en el Plan de Beneficios.

**Tabla de Beneficios
Atención Odontológica ^{1/}**

		Deducible ^{2/}	Cubierto al
Policlínicos FEBAN	Todas sus sedes	S/ 10.00	80%
Proveedores adscritos al PAM – Lima ^{3/}	Centro Dental San José, Centro Odontológico Americano (4), Centro Odontológico San Isidro, Cónsul Dent, Dental System Medic, Dental Smile, Multident, Odontofresh, Posito del Carpio Odontología.		
Proveedores adscritos al PAM – Provincia ^{3/}	Clínica Dental Imagen, Clínica Odontología Torres Limay, Centro Odontológico Americano ^{3/}		

1/ Las prestaciones que se cubren son de acuerdo al tarifario FEBAN. Asimismo, en Lima, la atención de este beneficio se da solo en establecimientos autorizados por el PAM, que prestan única y exclusivamente servicios especializados de odontología; en provincias en todos los proveedores afiliados. Este beneficio no cuenta con reembolso.

2/ Deducible por pieza tratada y terminada.

3/ Sucursales de Lima y Provincias. Bajo este beneficio se cubren, solo los gastos incurridos por:

- a) Obturaciones con amalgamas, en piezas posteriores.
- b) Obturaciones con resina fotocurable solo en piezas anteriores.
- c) Extracciones simples.
- d) Profilaxis y destartraje ambas arcadas, solo una (1) vez al año; y
- e) Radiografías periapicales.

Información detallada en el Plan de Beneficios.

**Tabla de Beneficios
Atención Hospitalaria ^{1/}**

			Deducible	Cubierto al
Proveedores adscritos al PAM Lima y Provincias	Clínica Ricardo Palma	Habitación bipersonal	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 e insumos especiales (malla, guías, catéteres, etc.) ^{2/} Hasta un importe global de S/ 9,600.00 por ocurrencia o siniestro.		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 e insumos especiales (malla, guías, catéteres, etc.) ^{2/} Hasta un importe global de S/ 9,600.00 por ocurrencia o siniestro.		50%
		Otros gastos		77%
Rebolsos 3/	Todos (a nivel nacional)	Red 1		77%
		Red 2		80%
		Red 3		
		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 e insumos especiales (malla, guías, catéteres, etc.) ^{2/} Hasta un importe global de S/ 9,600.00 por ocurrencia o siniestro		50%
		Otros gastos		80%

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

2/ Los utilizados en procedimientos médico quirúrgicos cubiertos por el tarifario FEBAN. No cubren aquellos utilizados en procedimientos excluidos o no cubiertos por el tarifario FEBAN, asimismo en los casos de colecistectomía, hernioplastía 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%.

3/ Tarifas de acuerdo al tarifario de reembolso FEBAN, además 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. Información detallada en el Plan de Beneficios.

Tabla de Beneficios
Atención Oncológica ^{1/}

		Deducible	Cubierto al
Policlínico FEBAN Salamanca	Consultas especializadas Medicamentos oncológicos 2/ Servicios de ayuda diagnóstica 3/	S/ 0.00	100%
Proveedores adscritos al PAM Lima y Provincias	Consulta especializada Quimioterapias Radioterapia Cirugías oncológicas Medicamentos oncológicos 2/ Servicios de ayuda diagnóstica 3/	S/ 0.00	100%
	Prótesis internas, material de osteosíntesis. Hasta un importe global de S/ 9,600.00 por ocurrencia o siniestro.		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. Bajo este beneficio se cubren los gastos incurridos por: quimioterapias, radioterapias, cirugías oncológicas, medicamentos oncológicos, y servicios de ayuda diagnóstica para control y seguimiento; siempre y cuando sean solicitados por médicos cuyas especialidades correspondan al campo de la oncología. Cualquier otra prestación distinta a las que se citan líneas arriba, que se requiera por indicación médica, en forma ambulatoria u hospitalaria el afiliado portador de cáncer, será cubierto bajo el beneficio o atención ambulatoria u hospitalaria según sea el caso, es decir, se aplicarán los deducibles y coaseguros respectivos. Además, 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 ésta y la cirugía establecida en el tarifario FEBAN.

2/ Que se sujeten a las condiciones establecidas en el presente reglamento.

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 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. Información detallada en el Plan de Beneficios.

Tabla de Beneficios
Atención por Maternidad ^{1/}

			Deducible		Cubierto al
Proveedores adscritos al PAM Lima y Provincias	Clínica Ricardo Palma	Consulta Ambulatoria Hospitalario	S/ 50.00 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 e insumos especiales (malla, guías, catéteres, etc.) 2/. Hasta un importe global de S/ 9,600.00 por ocurrencia o siniestro.			50%
		Otros gastos			72%
	Otros	Consulta Ambulatoria yHospitalización Red 1 Red 2 Red 3	Ambu.	Hosp.	77% 77% 80%
			S /30.00 S/ 30.00 S/ 20.00	S/ 100 S/ 100 S/ 80	
			Prótesis internas, equipos médicos, instrumental quirúrgico especial (marcapaso, válvulas cardíacas, clavos, punta de radiofrecuencia, hoja shaver, etc.); material de osteosíntesis, materiales e insumos especiales (malla, guías, catéteres, etc.) 2/. Hasta un importe global de S/ 9,600.00 por ocurrencia o siniestro.		
		Otros gastos			80%
		Red 1 Red 2 Red 3			77% 77% 80%
	Reembolsos 3/	Todos (a nivel Nacional)	Consulta	S/ 20.00	
Hospitalización			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 e insumos especiales (malla, guías, catéteres, etc.) 2/. Hasta un importe global de S/ 9,600.00 por ocurrencia o siniestro.					
Otros gastos					80%

1/ Las prestaciones que se cubren son de acuerdo al tarifario FEBAN. 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 ésta y la cirugía establecida en el tarifario FEBAN. El PAM no cubre beneficio de maternidad en hijas y madres, tampoco gastos derivados por aborto provocado.

2/ Los utilizados en procedimientos médicos quirúrgicos cubiertos por el tarifario FEBAN. Asimismo, no se cubren aquellos utilizados en procedimientos excluidos 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. Bajo este beneficio se cubren, solo los gastos incurridos por:

- a) Controles pre y post natales.
- b) Parto, cesárea, amenaza de aborto, aborto y complicaciones del embarazo.
- c) Atención del recién nacido desde el primer día de nacido hasta los primeros treinta (30) días; vencido dicho plazo deberá ser inscrito en el PAM por el titular. Información detallada en el Plan de Beneficios.

Tabla de Beneficios
Atención transporte por evacuación ^{1/}

			Deducible	Cubierto al
Proveedores adscritos al PAM Lima	Clave 5	El PAM cubre los gastos efectuados por el transporte de un afiliado a hospitales, clínicas y centros médicos siempre que se certifiquen que tal recurso es indispensable para el tratamiento y/o el estado de salud del paciente lo exija en las siguientes proporciones: a) Por gastos de ambulancia local, hasta por una suma equivalente al 2.5% de la IMA ambulatoria por año. b) Por gastos en ambulancias u otro medio de larga distancia, hasta por una suma equivalente a 6.25% de la IMA ambulatoria por año. c) Por gastos de transporte aéreo, hasta por una suma equivalente a 12.5% de la IMA ambulatoria por año.	S/ 0.00	100%
Reembolsos ^{2/}	Todos (a nivel Nacional)		S/ 0.00	100%

^{1/} 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.

^{2/} Tarifas de acuerdo al tarifario de reembolso FEBAN, asimismo 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.

Información detallada en el Plan de Beneficios.

El Servicio de traslado en ambulancia también se aplicará a los afiliados en casos de cirugía de alta complejidad (cirugías neurológicas, cirugías gastrointestinales, cirugías cardiovasculares, cirugías gineco - obstétricas, campos traumatológicos, etc.) refrendadas por el médico (hospitalizaciones quirúrgicas) de la clínica u hospital a su domicilio.

**Tabla de Beneficios
Reembolso por sepelio**

Atención Sepelio ^{1/}	Deducible	Cubierto al
Reembolsos (a nivel nacional)	S/ 0.00	100%

^{1/} Cobertura de acuerdo al tarifario de reembolsos FEBAN Información detallada en el Plan de Beneficios.

Cobertura de gastos por sepelio

Gastos por reembolso	Reembolso al proveedor que presta el servicio directamente al afiliado	Reembolso al afiliado o familiar que asume los gastos de sepelio
Sepelio	S/ 1,830.00	S/ 2,036.00
Sepultura (Nicho o cremación)	S/ 2,670.00	S/ 2,964.00
Total	S/ 4,500.00	S/ 5,000.00

Cobertura coasegurado
Titulares - Ex trabajadores

Cobertura Coasegurados		
Titulares - Ex - trabajadores		
Años de aportación	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

(*) Clínica Ricardo Palma

Petitorio Farmacológico FEBAN
Drogas Oncológicas e Inmunosupresoras

1.- AGENTES ALQUILANTES

D.C.I	PRESENTACIÓN	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO
CARBOPLATINO 450 MG	AMPOLLA	CARBOPLATINO	PFIZER / TECNOFARMA / GRUNENTHAL / PERULAB
CARBOPLATINO 150 MG	AMPOLLA	CARBOPLATINO	PFIZER / TECNOFARMA / GRUNENTHAL / PERULAB
CITARABINA 100 MG	AMPOLLA	CYTOSAR	PFIZER / LEMERY
CITARABINA 500 MG	AMPOLLA	CYTOSAR	PFIZER / LEMERY
CISPLATINO 10 MG	AMPOLLA	CISPLATINO	LEMERY
CISPLATINO 50 MG	AMPOLLA	CISPLATINO	LEMERY
CICLOFOSFAMIDA 200 MG	AMPOLLA	ENDOXAN	GRUNENTHAL
CICLOFOSFAMIDA 1 MG	AMPOLLA	ENDOXAN	GRUNENTHAL
CICLOFOSFAMIDA 50 MG	TABLETA	ENDOXAN	GRUNENTHAL
FLUDARABINA 10 MG	AMPOLLA	FLUDARA	SCHERING
FLUDARABINA 50 MG	AMPOLLA	FLUDARA	SCHERING
OXALIPLATINO 100 MG	AMPOLLA	ELOXATIN	AVENTIS
TEMOZOLOMIDA	CAP	TEMODAL	SCHERING

2.- ALCALOIDES DE LA VINCA

D.C.I	PRESENTACIÓN	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO
VINORELBINA 10 MG	AMPOLLA	NAVELBINE	GRUNENTHAL
VINORELBINA 50 MG	AMPOLLA	NAVELBINE	GRUNENTHAL
VINCRISTINA 1 MG	AMPOLLA	VINCRISTINA	PFIZER / LEMERY
VINBLASTINA	AMPOLLA	VINBLASTINA	LEMERY

3.- ANALOGOS LH-RH

D.C.I	PRESENTACIÓN	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO
ACETATO DE LUPROLEINA 3.75 MG	AMPOLLA	LUPRON DEPOT	ABOTT
GOSERELINA 3.6 MG	AMPOLLA	ZOLADEX	ASTRA ZENECA
TRIPTORELINA	AMPOLLA	NEO DECAPEPTYL	TECNOFARMA

Petitorio Farmacológico FEBAN
Drogas Oncológicas e Inmunosupresoras

4.- ANTIBIOTICOS ONCOLOGICOS

D.C.I	PRESENTACIÓN	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO
DOXORRUBICINA 10 MG	AMPOLLA	DOXOLEM	LEMERY
DOXORRUBICINA 50 MG	AMPOLLA	DOXOLEM	LEMERY
EPIRRUBICINA 50 MG	AMPOLLA	FARMORRUBICINA	PFIZER
BLEOMICINA	AMPOLLA	BLEOMICINA	LEMERY
DOXORRUBICINA LIPOSOMAL	AMPOLLA	CAELIX	SCHERING
MITOMICINA	AMPOLLA	MITOMICINA	TECNOFARMA

5.- ANTIMETABOLITOS

D.C.I	PRESENTACIÓN	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO
FLUORURACILO 500 MG	AMPOLLA	FLUORURACILO	PFIZER
GEMCITABINE 200 MG	AMPOLLA	GEMZAR	LILLY
GEMCITABINE 1 MG	AMPOLLA	GEMZAR	LILLY
CAPECITABINE 500 MG	TABLETA	XELODA	ROCHE
METOTREXATO	TABLETA	METOTREXATO	PFIZER
METOTREXATO	AMPOLLA	METOTREXATO	PFIZER

6.- HORMONAS Y ANTAGONISTAS HORMONALES

D.C.I	PRESENTACIÓN	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO
ANASTROZOL 1 MG	TABLETA	ARIMIDEX / TROZOLET	ASTRA ZENECA / TECNOFARMA
BICALUTAMIDA 50 MG	TABLETA	BICALUTAMIDA / CASODEX	AC FARMA / PERULAB / ASTRAZENECA
BICALUTAMIDA 150 MG	TABLETA	BICALUTAMIDA / CASODEX	AC FARMA / ASTRAZENECA
EXEMESTANO 25 MG	TABLETA	AROMASIN	PFIZER
TAMOXIFENO 20 MG	TABLETA	NOLVADEX	ASTRA ZENECA
LETROZOL 2.5 MG	TABLETA	FEMARA	NOVARTIS
DIETILESTILBESTROL	TABLETA	DIETILESTILBESTROL	AC FARMA
MEGESTROL	TABLETA	MEGESTROL	LEMERY
SOMATOSTINA	TABLETA	SOMATOSTATINA	SERVICAL

Petitorio Farmacológico FEBAN
Drogas Oncológicas e Inmunosupresoras

7.- INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA

D.C.I	PRESENTACIÓN	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO
IRINOTECAN 100 MG	AMPOLLA	CAMPTOSAR	PFIZER

8.- INMUNOMODULADORES

D.C.I	PRESENTACIÓN	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO
TALIDOMIDA 100 MG	TABLETA	INMONOPRM	TECNOFARMA
LEFLUNOMIDA	TABLETA	ARAVA	AVENTIS

9.- OTROS CITOSTATICOS

D.C.I	PRESENTACIÓN	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO
PACLITAXEL 30 MG	AMPOLLA	TAXOL / PACLITAXEL	BRYSTOL MYERS/ TECNOFARMA / PERULAB
PACLITAXEL 100 MG	AMPOLLA	TAXOL / PACLITAXEL	BRYSTOL MYERS/ TECNOFARMA / PERULAB
PACLITAXEL 300 MG	AMPOLLA	TAXOL / PACLITAXEL	BRYSTOL MYERS/ TECNOFARMA / PERULAB
DOCETAXEL 20 MG	AMPOLLA	DOCETAXEL	AVENTIS / TECNOFARMA / PERULAB
DOCETAXEL 80 MG	AMPOLLA	DOCETAXEL	AVENTIS / TECNOFARMA / PERULAB
ETOPOSIDO	AMPOLLA	ETOPOSIDO	PFIZER

10.- PROTECTORES DE LA TOXICIDAD POR QUIMIOTERAPIA

D.C.I	PRESENTACIÓN	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO
FOLINATO DE CALCIO	AMPOLLA	FOLINATO DE CALCIO	TECNOFARMA
LEUCOVORINA CALCICA	AMPOLLA	LEUCOVORINA CALCICA	PFIZER

Petitorio Farmacológico FEBAN
Drogas Oncológicas e Inmunosupresoras

11.- INHIBIDOR DE LA RESORCION OSTEOPLASTICA

D.C.I	PRESENTACIÓN	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO
ACIDO IBANDRONICO 3 MG	AMPOLLA	BONDRONAT	ROCHE
ACIDO IBANDRONICO 50 MG	TABLETA	BONDRONAT	ROCHE
ACIDO ZOLEDRONICO 4 MG	AMPOLLA	ZOMETA	NOVARTIS / PERULAB
ACETATO DE MEGESTROL 40 MG	FRASCO	MEGACE	BRISTOL MYERS

Antieméticos usados en Quimioterapia

D.C.I	PRESENTACIÓN	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO
APREPITANT 125 MG	TABLETA	EMEND	MERCK SHARP DOHME
APREPITANT 80 MG	TABLETA	EMEND	MERCK SHARP DOHME
GRANISETRON 4 MG	AMPOLLA	ONICIT	SCHERING PLOUGH
GRANISETRON 3 MG	AMPOLLA	KYTRIL	ROCHE
GRANISETRON 1 MG	TABLETA	KYTRIL	ROCHE
ONDANSETRON 8 MG	AMPOLLA	ONDASETRON	TECNOFARMA / PERULAB

ANEXO A
RED DE PROVEEDORES

RED 1

N°	RED	PROVEEDOR – CLÍNICA	COASEGURO		FRANQUICIA	
			AFILIADO	FEBAN	AMBULATORIO	HOSPITALARIO
1	Red 1	Administradora Clínica Ricardo Palma S.A.	28%	72%	S/ 50.00	S/ 150.00
2		Médicos Asociados Cusco S.A. – MAC S.A.	28%	72%	S/ 50.00	S/ 150.00
3	Red 1 -B	Administradora Clínica Tresa S.A.	23%	77%	S/ 30.00	S/ 100.00
4		Asoc. Past. Serv. Médico Asist. Juliaca IASD	23%	77%	S/ 30.00	S/ 100.00
5		Clínica Cerro Colorado S.A.C.	23%	77%	S/ 30.00	S/ 100.00
6		Clínica Javier Prado S.A.	23%	77%	S/ 30.00	S/ 100.00
7		Clínica La Luz Tacna S.A.C.	23%	77%	S/ 30.00	S/ 100.00
8		Clínica Ntra. Sra. de las Mercedes S.A.C.	23%	77%	S/ 30.00	S/ 100.00
9		Clínica Sánchez Ferrer S.A.	23%	77%	S/ 30.00	S/ 100.00
10		Corporación Roca Perú S.C.R.L.	23%	77%	S/ 30.00	S/ 100.00
11		Doctor + S.A.C.	23%	77%	S/30.00 – S/38.00	(*)
12		Hogar Clínica San Juan de Dios – Arequipa	23%	77%	S/ 30.00	S/ 100.00
13		Hospital Privado del Perú S.A.	23%	77%	S/ 30.00	S/ 100.00
14		Hospital Privado Juan Pablo II S.A.C.	23%	77%	S/ 30.00	S/ 100.00

RED DE PROVEEDORES

RED 2

N°	RED	PROVEEDOR – CLÍNICA	COASEGURO		FRANQUICIA	
			AFILIADO	FEBAN	AMBULATORIO	HOSPITALARIO
15	Red 1 -B	Inversiones Médicas Galeno S.A.C.	23%	77%	S/ 30.00	S/ 100.00
16		Medgastro E.I.R.L. (Clínica Santa Emilia)	23%	77%	S/ 30.00	S/ 100.00
17		Quiros Sonar Diagnóstico S.C.R.L.	23%	77%	(*)	(*)
18		SANAR S.A.C.	23%	77%	S/ 30.00	(*)
19		Sistemas de Administración Hospitalaria S.A.C. (El Golf y Belén – Piura)	23%	77%	S/ 30.00	S/ 100.00
20	Red 2	Asociación Civil Santa Teresa – Abancay	23%	77%	S/ 30.00	S/ 100.00
21		BM Clínica Mendoza S.A.C.	23%	77%	S/ 30.00	S/ 100.00
22		Centro de Radioterapia de Lima S.A.	23%	77%	S/ 30.00	(*)
23		Centro Médico Quirúrgico Juan Pablo II E.I.R.L.	23%	77%	S/ 30.00	S/ 100.00
24		Clínica Adventista Ana Stahl	23%	77%	S/ 30.00	S/ 100.00
25		Clínica Cayetano Heredia S.A.	23%	77%	S/ 30.00	S/ 100.00
26		Clínica del Sur S.A.C.	23%	77%	S/ 30.00	(*)
27		Clínica Especializada Emanuel S.A.	23%	77%	S/ 30.00	S/ 100.00
28		Clínica La Merced S.A.C.	23%	77%	S/ 30.00	S/ 100.00
29		Clínica Limatambo Cajamarca S.A.C.	23%	77%	S/ 30.00	S/ 100.00
30		Clínica Peruana Americana S.A.	23%	77%	S/ 30.00	S/ 100.00

RED DE PROVEEDORES

RED 2 Y RED 3

N°	RED	PROVEEDOR – CLÍNICA	COASEGURO		FRANQUICIA	
			AFILIADO	FEBAN	AMBULATORIO	HOSPITALARIO
31	Red 2	Clínica San Pablo S.A.C.	23%	77%	S/ 30.00	S/ 100.00
32		Clínica San Gabriel Arcangel E.I.R.L.	23%	77%	S/ 30.00	S/ 100.00
33		Clínica Santa Rosa Sullana S.A.C.	23%	77%	S/ 30.00	S/ 100.00
34		Grupo San Pablo Twins S.C.R.L. – Clínica Bilbao	23%	77%	S/ 30.00	S/ 100.00
35		Hospital Metropolitano S.A.	23%	77%	S/ 30.00	S/ 100.00
36		Instituto Oncológico Lima S.A.	23%	77%	S/ 30.00	(*)
37		Oxigen Medical Network S.A.	23%	77%	S/ 30.00	S/ 100.00
38		Promosa S.A.C. – Clínica Limatambo	23%	77%	S/ 30.00	S/ 100.00
39		Resonancia Médica S.R.Ltda. (Resocentro)	23%	77%	(*)	(*)
40		Vesalio S.A.	23%	77%	S/ 30.00	S/ 100.00
41		Wisar Salud S.A.C.	23%	77%	S/ 30.00	S/ 100.00
42		Asociación Peruano Japonesa	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
43		Cardiomedic S.A.	20%	80%	S/ 20.00	(*)
44		Centir Huacho S.A.C.	20%	80%	S/ 20.00	(*)
45		Centro de Catarata y Láser E.I.R.L.	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
46		Centro Médico Clínica Las Palmeras S.A.C.	20%	80%	S/ 20.00	(*)

RED DE PROVEEDORES

RED 3

N°	RED	PROVEEDOR – CLÍNICA	COASEGURO		FRANQUICIA	
			AFILIADO	FEBAN	AMBULATORIO	HOSPITALARIO
47	Red 3	Centro Médico Clínica San Judas Tadeo S.A.	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
48		Centro Médico Interregional Amazonas S.A.C.	20%	80%	S/ 20.00	(*)
49		Centro Médico San Cristobal – Bojorquez Astoalina Ingrid	20%	80%	S/ 20.00	(*)
50		Centro Preventivo Inmunológico Prevenvac S.R.L.	20%	80%	S/ 20.00	(*)
51		Centro Visión S.A.C.	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
52		Clínica Amazónica E.I.R.L.	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
53		Clínica Bellavista S.A.C.	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
54		Clínica de los Vásquez S.A.C.	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
55		Clínica Huánuco E.I.R.LTDA.	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
56		Clínica J & C Inmaculada Concepción S.A.C.	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
57		Clínica Jesús del Norte S.A.C.	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
58		Clínica la Solidaridad Barranca S.R.L.	20%	80%	S/ 20.00	(*)
59		Clínica Los Andes	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
60		Clínica Materno Inf. Virg. del Rosario S.R.L.	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
61		Clínica Médica Zegarra S.A.C.	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
62		Clínica Miraflores S.A.	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00

RED DE PROVEEDORES

RED 3

N°	RED	PROVEEDOR – CLÍNICA	COASEGURO		FRANQUICIA	
			AFILIADO	FEBAN	AMBULATORIO	HOSPITALARIO
63	Red 3	Clínica Nuevo San Juan S.A.C.	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
64		Clínica Pardo E.I.R.L.	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
65		Clínica San Antonio S.A.C.	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
66		Clínica San Francisco de Asís S.A.	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
67		Clínica San Gabriel S.A.C.	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
68		Clínica San José S.A.C.	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
69		Clínica San Pablo S.A.C. – Sede Asia	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
70		Clínica San Pablo Huaráz	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
71		Clínica San Pedro S.A.C.	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
72		Clínica San Vicente S.A.	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
73		Clínica Santa María de Chimbote S.A.C.	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
74		Clínica Santa Martha del Sur S.A.C.	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
75		Clínica Santo Domingo S.C.R.L.TDA.	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
76		Clínica Señor de Luren de Ica S.A.C.	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
77		Clínica Zárate E.I.R.L.	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
78		DPI del Perú S.A.	20%	80%	(*)	(*)

RED DE PROVEEDORES

RED 3

N°	RED	PROVEEDOR – CLÍNICA	COASEGURO		FRANQUICIA	
			AFILIADO	FEBAN	AMBULATORIO	HOSPITALARIO
79	Red 3	EMETAC S.A.C.	20%	80%	(*)	(*)
80		Eco Diagnóstico Rosales E.I.R.L.	20%	80%	(*)	(*)
81		FEBAN Diagnóstico	20%	80%	(*)	(*)
82		Fundación para el Tratamiento de Glaucoma y Catarata (Clínica Vista)	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
83		Instituto Médico Quirúrgico Arequipa S.A.	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
84		Instituto Oftalmosalud S.A.C.	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
85		Instituto Peruano de la Visión S.A.C.	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
86		Institutos Oftalmológicos Especializados – Dr. Carlos Wong Cam	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
87		Inverconsult S.A.	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
88		Inversiones Di Florio S.A.C.	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
89		Laboratorio de Análisis Clínicos Bioanálisis Piura S.A.C.	20%	80%	(*)	(*)
90		Mácula D & T S.R.L.	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
91		Medicina Externa S.A. – Médex	20%	80%	S/ 20.00	(*)
92		Médicos Solidarios SMG (Centro Médico Vinali)	20%	80%	S/ 20.00	(*)
93		Oculaser Centro de Microcirugía y Láser S.A.C.	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
94		Oftalmolaser (RVM 20 E.I.R.L.)	20%	80%	S/ 20.00	(*)

RED DE PROVEEDORES

RED 3

N°	RED	PROVEEDOR – CLÍNICA	COASEGURO		FRANQUICIA	
			AFILIADO	FEBAN	AMBULATORIO	HOSPITALARIO
95	Red 3	Oftalmólogos Asociados Ver S.A.C.	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
96		Oftalmosalud Arequipa S.A.C.	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
97		Oftalmovisión S.A.C.	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
98		Oncología S.A.C.	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
99		Peruvian-American Medical Society para el Perú	20%	80%	S/ 20.00	(*)
100		Pirpalap S.A.C. – Clínica Megasalud	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
101		Policlínico El Pacífico Camaná S.R.L.	20%	80%	S/ 20.00	(*)
102		Promedic S.A.C.	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
103		Promotora de Salud Sakura	20%	80%	S/ 20.00	(*)
104		Resonancia Magnética del Sur S.A.	20%	80%	(*)	(*)
105		Servicios Médicos de Diagnóstico S.A.	20%	80%	(*)	(*)
106		Servicios Médicos Generales San Juan S.R.L. (Clínica San Juan)	20%	80%	S/ 20.00	S/ 80.00
107		Tomografía Médica Sociedad Anónima Cerrada	20%	80%	(*)	(*)
108		Unilabs Laboratory Diagnostics Services S.A.	20%	80%	(*)	(*)

Anexo 01

Cobertura COVID - 19

La CAFEBAN, en su sesión N° 496 del 25 de febrero de 2021, aprobó incorporar la cobertura del COVID 19, al Programa Asistencia Médica (PAM) del Fondo de Empleados del Banco de la Nación, cuya cobertura será al 100% hasta el límite máximo que ofrece la Indemnización Máxima Anual – IMA, desde que la enfermedad es diagnosticada y confirmada por la prueba molecular y/o con la confirmación del diagnóstico por parte del médico tratante.

El afiliado podrá hacer uso de su IMA, según el tipo de plan al que se encuentre adscrito.

La cobertura incluye todo lo necesario para la atención del paciente, tales como: medicinas, oxígeno, cánulas de alto flujo, exámenes de laboratorio, imágenes, etc.

En el caso del oxígeno, la cobertura se extiende a la adquisición de un balón por afiliado.

En el caso de las recargas, estas pueden hacerse de manera ilimitada y hasta agotar el IMA.

Anexo 02

Incremento de la Indemnización Máxima Anual - IMA

La CAFEBAN, en su sesión N° 496 del 25 de febrero de 2021, aprobó el incremento de la Indemnización Máxima Anual (IMA), modificando la estructura de los aportes por rangos etarios al Programa de Asistencia Médica – PAM del Fondo de Empleados del Banco de la Nación, y manteniendo la distribución actual del programa en cuanto a las demás condiciones (coberturas, beneficios, deducibles, copagos, etc.), cuyos planes son los siguientes:

Planes de salud.

Indemnización máxima anual (IMA)	Tipo de plan	Ambulatorio (*)	Hospitalario (*)
	Plan Base (Vigente)	S/ 15,000.00	S/ 40,000.00
	Plan adicional 1	S/ 20,000.00	S/ 70,000.00
	Plan adicional 2	S/ 30,000.00	S/ 100,000.00

(*) Incluye IGV

En el caso de los pensionistas y cesantes, se les ofrecerá migrar al nuevo programa o mantenerse en el programa actual.

Aportes por Grupo Etéreo - PAM.

Grupo Etéreo	Plan Base	Plan Adicional 1	Plan Adicional 2
Hijos (c/u.) de 0 a 25 años	S/20.98	S/28.32	S/36.82
Afiliado de 18 a 35 años	S/45.08	S/60.86	S/79.12
Afiliado de 36 a 45 años	S/56.35	S/76.07	S/98.89
Afiliado de 46 a 55 años	S/67.62	S/91.29	S/118.67
Afiliado de 56 a 65 años	S/75.13	S/101.43	S/131.85
Afiliado de 66 a 75 años	S/82.65	S/111.58	S/145.05
Afiliado de 76 a más años	S/86.40	S/116.64	S/151.63
Padres (c/u.)	S/152.84	S/206.33	S/268.23

Condiciones:

- Los aportes aplican según la edad del afiliado (aporte por persona).
- Los aportes se suman para acceder al plan inmediato superior.
- El titular y su grupo familiar deben afiliarse a un mismo plan. Los padres pueden afiliarse a un plan distinto.

Importante: Los planes adicionales no cubren pre-existencias, estas se limitan al plan base.