

ANEXO II – COBERTURAS SIN HOSPITALIZACION

1) SERVICIOS CON COBERTURA

Las prestaciones sanitarias cuyo coste económico se encuentra cubierto por esta Póliza son las correspondientes a las siguientes especialidades:

1.1. Medicina primaria

Medicina General. Asistencia en consulta y a domicilio.

Pediatría y Puericultura. Para niños menores de catorce años.

Enfermería. Servicio de A.T.S./D.U.E. En consulta y a domicilio. En este último caso siempre y cuando el enfermo guarde cama y previa prescripción de un Médico del Cuadro Médico de la compañía aseguradora.

1.2. Urgencias ambulatorias

Servicio de urgencias ambulatorias extrahospitalarias que se prestarán en el centro o centros asistenciales no hospitalarios que consten en el Cuadro Médico entregado por la compañía aseguradora. La asistencia será domiciliaria siempre que el estado del enfermo lo requiera, prestada por Médico generalista y/o ATS.

1.3. Especialidades

Quedan cubiertas exclusivamente las consultas y las pruebas diagnósticas intraconsulta de las siguientes especialidades:

- Alergología.
- Anestesiología y Reanimación.
- Angiología y Cirugía Vasculat.
- Aparato Digestivo.
- Cardiología.
- Cirugía Cardiovascular.
- Cirugía General y del Aparato Digestivo.
- Cirugía Maxilo-Facial.
- Cirugía Pediátrica.
- Cirugía Plástica Reparadora.
- Cirugía Torácica.
- Dermatología médico quirúrgica.
- Endocrinología y Nutrición.
- Geriatría.
- Hematología y Hemoterapia.

- Inmunología.
- Medicina Interna.
- Medicina Nuclear.
- Nefrología.
- Neumología. Aparato Respiratorio.
- Neurocirugía.
- Neurofisiología Clínica.
- Neurología.
- Obstetricia y Ginecología. Vigilancia del embarazo por Médico tocólogo. Planificación familiar:
- Control del tratamiento con anovulatorios.
- Odonto-Estomatología. Incluye limpiezas de boca. A partir de la segunda limpieza de boca anual será necesaria la prescripción médica.
- Oftalmología.
- Oncología Médica.
- Otorrinolaringología.
- Psiquiatría.
- Rehabilitación y Fisioterapia, previa prescripción de un Médico del Cuadro Médico de la compañía aseguradora.
- Reumatología.
- Traumatología y Cirugía Ortopédica.
- Urología.

1.4. Medicina preventiva.

Quedan incluidos los controles preventivos, adecuados a la edad del Asegurado, prescritos por un Médico del Cuadro Médico de la compañía aseguradora, y realizados con medios y técnicas cubiertas por la garantía de la Póliza.

- Pediatría: incluye controles preventivos y de desarrollo infantil.
- Obstetricia y Ginecología: revisión ginecológica anual para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix.
- Cardiología: incluye la prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años.

1.5. Medios de diagnóstico

- Análisis clínicos: bioquímica, hematología, microbiología, parasitología.
- Anatomía patológica: citopatología.
- Radiodiagnóstico: todo tipo de estudios radiográficos con fines diagnósticos, quedando incluida la utilización de medios de contraste.
- Otros medios de diagnóstico: doppler cardíaco, ecografía, electrocardiografía, electroencefalograma, electromiografía, fibroendoscopia.

- Medios de diagnóstico de alta tecnología: inmunohistoquímica, ergometría, holter, medicina nuclear, amniocentesis y cariotipos, polisomnografía, tomografía por emisión de positrones (PET), resonancia magnética nuclear, TAC (Scanner), PET/TAC. Y las pruebas genéticas, quedan cubiertas aquellas pruebas cuyo fin sea el diagnóstico de enfermedades.

Las pruebas de diagnóstico, en todos los casos, han de ser prescritas por Médicos del Cuadro Médico de La compañía aseguradora que tengan a su cargo la asistencia del Asegurado, asistencia que ha de estar cubierta por la Póliza.

1.6. TRATAMIENTOS ESPECIALES

- Psicoterapia: Limite de 20 sesiones al año y como máximo 40 sesiones en caso de terapiaderivada de trastornos alimentarios. Previa prescripción de un psiquiatra del Cuadro Médico de la compañía aseguradora.

1.7. OTROS SERVICIOS

- Preparación al Parto.
- Podología, con un máximo de seis sesiones por año.

2. - QUEDAN EXCLUIDOS DE LA COBERTURA DEL SEGURO:

- a) la asistencia sanitaria hospitalaria, tanto en régimen ambulatorio, como en hospital de día o ingreso, excepto en el caso de rectocolonoscopia realizada en régimen de hospital de día con o sin sedación.
- b) actos terapéuticos o quirúrgicos.
- c) todo tipo de urgencias hospitalarias.
- d) las artroscopias, laparoscopias y biopsias quirúrgicas, los cateterismos, la hemodinámica vascular y la radiología intervencionista.
- e) los daños físicos que sean consecuencia de guerras, motines, revoluciones y terrorismo; los causados por epidemias declaradas oficialmente; los que guarden relación directa o indirecta con radiación o reacción nuclear y los que provengan de cataclismos (terremotos, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos).
- f) la asistencia sanitaria que esté cubierta por el seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales según su legislación específica.
- g) los fármacos y medicamentos de cualquier clase.
- h) la asistencia sanitaria derivada del alcoholismo crónico o la adicción a drogas de cualquier tipo.
- i) la asistencia sanitaria de las lesiones producidas a causa de embriaguez, riñas (salvo en caso de legítima defensa), autolesiones o intentos de suicidio.
- j) la asistencia sanitaria que se precise como consecuencia de las lesiones producidas durante la práctica de las siguientes actividades: actividades aéreas, boxeo, artes marciales, escalada, rugby, espeleología, submarinismo, carreras de vehículos a motor, hípica, toreo y encierro de reses bravas; así como la asistencia sanitaria derivada de la práctica profesional de cualquier deporte o de la participación como aficionado en competiciones deportivas en general.

- k) la asistencia sanitaria de toda clase de enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones congénitas o preexistentes a la fecha de efecto del alta de cada asegurado en la póliza, que siendo conocidas por el asegurado, no hubiesen sido declaradas por este en el cuestionario de salud:

Declarar a la compañía aseguradora, de acuerdo con el cuestionario que ésta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de esta obligación si el Asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que, pudiendo influir en la valoración del riesgo, no estén comprendidas en él.

El Asegurador podrá rescindir el Contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un mes, a contar desde la fecha en que ésta tuviera conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del Seguro o Asegurado. Corresponderán al Asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las Primas relativas al periodo en curso en el momento en que haga esta declaración. Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la Prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del Seguro, el Asegurador quedará liberado del pago de la prestación.

- l) Los tratamientos por esterilidad o infertilidad.
- m) El diagnóstico, tratamiento e intervenciones quirúrgicas realizadas con fines puramente estéticos o cosméticos.
- n) El psicoanálisis, hipnosis, sofrología, narcolepsia ambulatoria y los tests psicológicos.
- o) La asistencia sanitaria del s.i.d.a. y de las enfermedades causadas por el virus de inmunodeficiencia humana (v.i.h.).
- p) La asistencia en odontología salvo lo expresamente incluido en la cláusula 1.2.
- q) Corrección quirúrgica de los defectos de refracción de los ojos tales como miopía, hipermetropía o astigmatismo y cualquier otra patología refractiva ocular.
- r) Los gastos de transporte del asegurado al centro sanitario y viceversa.
- s) Los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando se haya conseguido la recuperación funcional o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento ocupacional.
- t) Quedan excluidas de la cobertura de la póliza las pruebas genéticas cuya finalidad sea determinar la predisposición del asegurado o su descendencia presente o futura a padecer enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas, con la exclusiva excepción de aquellas que figuran expresamente incluidas en la cobertura, tales como la amniocentesis y los cariotipos. No quedan cubiertas aquellas pruebas genéticas que se encuentren en fase de investigación o cuya utilidad diagnóstica, relevancia clínica o evidencia científica no esté demostrada.
- u) Técnicas diagnósticas cuyo uso no sea habitual y aceptado en el sistema nacional de salud.
- v) Asistencia al parto y cesárea.

3.- FORMA DE OBTENER LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS

La asistencia sanitaria cubierta por el Seguro será la que se preste en todas las ciudades españolas por facultativos, clínicas y otros establecimientos incluidos en el Cuadro Médico de La compañía aseguradora incluso Entidades de Seguro, siempre de acuerdo con las disposiciones aplicables.

La cobertura de la prestación tendrá lugar en la forma siguiente:

3.1. El Asegurado puede elegir libremente para su asistencia a cualquiera de los Médicos que realizan, dentro del Cuadro Médico de La compañía aseguradora, las prestaciones sanitarias incluidas en la Póliza, que en cada momento se encuentren vigentes. El Asegurador abonará directamente al profesional o centro los honorarios y gastos que se hayan devengado con ocasión de la asistencia siempre que concurren todos los requisitos y circunstancias establecidos en la Póliza.

3.2. La visita domiciliaria de Medicina General y ATS/DUE, se solicitará, para los enfermos que no puedan desplazarse a la consulta, antes de las 10 horas, para ser realizada en el día.

La compañía aseguradora se obliga a dar cobertura económica a la prestación de la asistencia únicamente en el domicilio del Asegurado que figura en la Póliza, siempre y cuando esté concertado dicho servicio en esa zona; cualquier cambio de domicilio deberá notificarse al asegurador por cualquier medio fehaciente con una antelación mínima de ocho días al requerimiento de una prestación en él.

3.3. La compañía aseguradora no se hace responsable de los honorarios de facultativos ajenos a su cuadro médico, ni de los gastos de realización de pruebas diagnósticas que los mismos pudieran prescribir.

3.4. Por cada uno de los servicios recibidos en una misma cita, el Asegurado deberá exhibir la tarjeta sanitaria personal de la compañía aseguradora y que dicha Aseguradora le entregará al efecto, debiendo firmar los recibos justificativos de los servicios recibidos, una de cuyas copias le será entregada al Asegurado como comprobante.

En su caso, el Asegurado también deberá exhibir el documento de autorización previsto en la Cláusula 3.5 siguiente. Los recibos debidamente firmados servirán de comprobante a la Aseguradora para el abono del coste de la prestación.

El Asegurado abonará por cada servicio recibido, el importe que, en concepto de franquicia o participación en el coste de los mismos, se establece en los pliegos del presente concurso.

A estos efectos, La compañía aseguradora, periódicamente remitirá al Tomador del Seguro un extracto comprensivo de los servicios que hubieren utilizado los Asegurados incluidos en la Póliza, junto con el importe de las franquicias correspondientes a los mismos.

El cobro de la cantidad total que resultare se efectuará mediante recibo domiciliado en la cuenta bancaria que el Tomador haya designado para el pago de la Prima.

3.5. La prestación de aquellos servicios para los que el cuadro médico así los determina, será ordenada por escrito por un médico del asegurador y el asegurado deberá obtener la previa conformidad documentada del asegurador en sus oficinas. Por su parte el asegurado deberá obtener autorización documentada de la compañía aseguradora en sus oficinas previamente a la realización de los servicios que así lo requieran.

MARSH S.A.

Pº de la Castellana, 215
28046 - Madrid

Tel.: 91.453.94.00
Fax: 91.344.97.93

Una vez otorgada la conformidad escrita, el Asegurador quedará vinculado económicamente.

3.6. A los efectos de este Seguro, se entiende comunicado el siniestro al solicitar el Asegurado la prestación de la asistencia, salvo que sea precisa la conformidad previa de la compañía aseguradora conforme a la Cláusula 3.4 anterior, en cuyo caso la comunicación deberá hacerse a la compañía aseguradora en la forma allí establecida.

4.- PERIODOS DE CARENCIA

Todas las prestaciones que en virtud de la Póliza asume La compañía aseguradora serán facilitadas desde la fecha de entrada en vigor del Contrato para cada uno de los Asegurados. Se exceptúan del anterior principio general las prestaciones siguientes:

- Medios de diagnóstico de alta tecnología: tendrán un periodo de carencia de tres meses.

RESUMEN COBERTURAS

- Medicina general y pediatría.
- Especialidades: Ginecología, oftalmología, dermatología, traumatología. Rehabilitación y fisioterapia, cardiología, oncología, etc.
- Medios de diagnóstico, incluidos los de alta tecnología: Análisis clínicos, todo tipo de estudios radiográficos, PET-TAC, mamografía, pruebas genéticas cuyo fin sea el diagnóstico de una enfermedad, etc.
- Pruebas prenatales y Preparación al parto.
- Tratamientos especiales. Psicoterapia, incluso para trastornos alimentarios.
- Podología.
- Asistencia sanitaria en el extranjero, hasta un límite de 12.000 € año.
- Urgencias ambulatorias.

MARSH S.A.
Pº de la Castellana, 215
28046 - Madrid
Tel.: 91.453.94.00
Fax: 91.344.97.93