

ANEXO I – COBERTURAS CON 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, Neonatología 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 Seguro de la compañía aseguradora

1.2. Urgencias

Servicio Permanente de Urgencia, que se prestará en el centro o centros que constan 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

Asistencia sanitaria en régimen ambulatorio o de internamiento hospitalario (según proceda a criterio del Cuadro Médico de la compañía aseguradora), en las especialidades que a continuación se citan:

- Alergología.
- Anestesiología y Reanimación, Tratamiento del dolor.
- Angiología y Cirugía Vascular.
- Aparato Digestivo.
- Cardiología.
- Cirugía Artroscópica.
- 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, y asistencia por éste a los partos. Planificación familiar: Control del tratamiento con anovulatorios.
- Odonto-Estomatología. Se encuentran cubiertas las curas estomatológicas, extracciones y limpieza de boca. A partir de la segunda limpieza de boca anual, será necesaria la prescripción médica.
- Oftalmología.
- Oncología Médica.
- Oncología Radioterápica.
- Otorrinolaringología.
- Proctología. Cirugía Ano-Rectal.
- 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, estudios electrofisiológicos y terapéuticos, 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.
- Medios de diagnóstico intervencionistas: radiología intervencionista vascular y visceral y hemodinámica vascular.
- 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. Hospitalización

Se realizará en centros concertados en el Cuadro Médico de la compañía aseguradora, en función de su disponibilidad de camas, bajo las siguientes condiciones:

- Hospitalización obstétrica (Partos). En habitación individual con cama para un acompañante.
- Los gastos de estancia y manutención de la parturienta, quirófano o sala de partos, anestesia (incluida la anestesia epidural), curas y su material, medicación e incubadora, serán a cargo de La compañía aseguradora.
- Hospitalización quirúrgica. En habitación individual con cama para un acompañante. Los gastos de estancia y manutención del enfermo, quirófano, anestesia, medicación, curas y otros tratamientos necesarios serán a cargo de La compañía aseguradora.

Queda incluida la reconstrucción de la mama tras mastectomía radical, la ligadura de trompas y vasectomía así como la hospitalización de día.

La prescripción y colocación de todas las prótesis, tanto internas como externas (a excepción de las dentarias) correrá a cargo de La compañía aseguradora.

En cuanto al coste de las prótesis en sí, será de cuenta de la Aseguradora en el supuesto de válvulas cardíacas, marcapasos, prótesis de bypass vascular, endoprótesis vasculares (stent), prótesis mamarias (en casos de mastectomía radical), prótesis internas traumatológicas, lentes intraoculares incluidas las multifocales y bifocales en el tratamiento de cataratas, mallas sintéticas para la reconstrucción de la pared abdominal o torácica y los reservorios para el tratamiento del dolor. El coste de cualquier otro tipo de prótesis, piezas anatómicas, ortopédicas y el dispositivo DIU, será de cuenta del asegurado.

- Hospitalización médica (sin intervención quirúrgica). Se realizará igualmente en habitación individual con cama para un acompañante. Los gastos de estancia y manutención del enfermo, medicación y tratamientos necesarios, serán a cargo de la Aseguradora.
- La duración del internamiento será determinada por el Médico del Cuadro Médico de la compañía aseguradora encargado de la asistencia, y alcanzará hasta que éste estime conveniente el traslado del enfermo a su domicilio.
- Queda incluida la hospitalización de día.

- Hospitalización en U.V.I. Los gastos de estancia y manutención del enfermo, medicación y tratamiento serán a cargo de la compañía aseguradora (por su naturaleza no se incluye cama para acompañante). La duración del internamiento estará en función de sí el proceso patológico que sufre el enfermo es o no reversible. En el caso de que el enfermo no sea recuperable en opinión del Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos, éste señalará el tiempo de permanencia del enfermo.
- Hospitalización Psiquiátrica. Exclusivamente para los enfermos previamente diagnosticados por un especialista del Cuadro Médico de La compañía aseguradora de procesos agudos o crónicos en periodo de agitación, en régimen de internamiento o en hospitalización de día, con un límite de cincuenta días por año natural. los gastos de estancia y manutención del enfermo, medicación y tratamiento serán a cargo de la compañía aseguradora. (por su naturaleza no se incluye cama para acompañante).

1.7. Tratamientos especiales

- Aerosolterapia-ventiloterapia.
- Oxigenoterapia ambulatoria y a domicilio.
- Transfusiones de sangre y/o plasma.
- Foniatría. EXCLUSIVAMENTE COMO REHABILITACIÓN TRAS LARINGECTOMÍA (Extirpación de laringe).
- Ortóptica.
- Psicoterapia: Limite de 20 sesiones al año y como máximo 40 sesiones en caso de terapia derivada de trastornos alimentarios. Previa prescripción de un psiquiatra del Cuadro Médico de la compañía aseguradora.
- Electrorradioterapia: radioterapia superficial y profunda, onda corta, rayos infrarrojos, rayos ultravioletas y corrientes eléctricas.
- Laserterapia. Queda incluida únicamente en tratamientos de fotocoagulación en oftalmología, en la rehabilitación músculo esquelética, el láser quirúrgico en cirugía vascular periférica, coloproctología, intervenciones quirúrgicas ginecológicas, otorrinolaringológicas y dermatológicas.
- Nucleotomía percutánea.
- Diálisis y riñón artificial.
- Litotricia Renal.
- Quimioterapia y Oncología radioterápica. En régimen de internamiento o en hospitalización de día. La compañía aseguradora sólo asumirá los gastos de medicamentos citostáticos que se expendan en el mercado nacional y estén autorizados por el Ministerio de Sanidad.

Los tratamientos anteriores, en todos los casos, han de ser prescritos 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.

1.8. Otros servicios

- Ambulancias. Para el traslado urbano e interurbano en la provincia de residencia de los enfermos cuyo estado físico lo requiera. El Seguro cubre exclusivamente el desplazamiento del Asegurado desde su domicilio al Sanatorio o viceversa y solo para ingreso hospitalario o asistencia de urgencia. Será necesaria la prescripción de un Médico del Cuadro Médico de la compañía aseguradora, salvo en caso de urgencia.

- Matronas, en la asistencia hospitalaria al parto.
- Preparación al Parto.
- Podología, con un máximo de seis sesiones por año.

2. QUEDAN EXCLUIDOS DE LA COBERTURA DEL SEGURO:

- a) 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).
- b) La asistencia sanitaria que esté cubierta por el seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, según su legislación específica.
- c) Los fármacos y medicamentos de cualquier clase, salvo los que se administren al paciente mientras esté hospitalizado.
- d) La asistencia sanitaria derivada del alcoholismo crónico o la adicción a drogas de cualquier tipo.
- e) La asistencia sanitaria de las lesiones producidas a causa de embriaguez, riñas (salvo en caso de legítima defensa), autolesiones o intentos de suicidio.
- f) La asistencia sanitaria que se precise como consecuencia de las lesiones producidas
- g) 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.

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 éste en el cuestionario de salud. Esta exclusión no afectará a los asegurados incorporados a la póliza desde su nacimiento conforme a la siguiente cláusula: si la asistencia de la madre en el parto se realiza con cargo al seguro de la compañía aseguradora adjudicataria del presente contrato de la que aquella fuese asegurada, los hijos recién nacidos tendrán derecho a ser incluidos en la póliza de la madre desde el momento de su nacimiento. para ello, el tomador deberá comunicar a la compañía aseguradora tal circunstancia dentro de los 15 días naturales siguientes a la fecha de alta hospitalaria del recién nacido y como plazo máximo 30 días naturales transcurridos desde la fecha del nacimiento, mediante la cumplimentación de una solicitud de seguro. las altas comunicadas en plazo retrotraerán sus efectos a la fecha del nacimiento, no aplicándose periodo de carencia superior al que faltase por consumir a la madre.

Si el alta del recién nacido se comunica con posterioridad al plazo indicado, será necesario cumplimentar el cuestionario de salud y la aseguradora podrá denegar la admisión. De aceptarse el nuevo asegurado, serán aplicables a éste los periodos de carencia establecidos en el presente anexo (apartado periodos de carencia) en todo caso, la aseguradora cubrirá la asistencia sanitaria al recién nacido durante los primeros treinta días naturales de vida, finalizando la cobertura transcurrido dicho plazo, si no se hubiere solicitado su alta conforme a lo establecido en el párrafo primero de esta cláusula.

- h) Los tratamientos por esterilidad o infertilidad.

MARSH, S.A.

Pº de la Castellana, 216
28046 - Madrid

Tel.: 91.453.84.00
Fax: 91.344.07.00

- i) El diagnóstico, tratamiento e intervenciones quirúrgicas realizadas con fines puramente estéticos o cosméticos.
- j) El psicoanálisis, hipnosis, sofrología, narcolepsia ambulatoria y los test psicológicos.
- k) Los trasplantes de órganos. el seguro incluye no obstante las actuaciones médicas y quirúrgicas sobre el propio asegurado que resulten necesarias para realizarle un trasplante autólogo de médula ósea o un trasplante de córnea, con las gestiones administrativas que ello conlleve.
- l) La asistencia sanitaria del s.i.d.a. y de las enfermedades causadas por el virus de inmunodeficiencia humana (v.i.h.).
- m) la asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social.
- n) la asistencia en odontología salvo lo expresamente incluido en la cláusula
- o) Corrección quirúrgica de los defectos de refracción de los ojos tales como miopía, hipermetropía o astigmatismo y cualquier otra patología refractiva ocular.
- p) Todas las técnicas quirúrgicas y/o terapéuticas que empleen el láser, salvo lo expresamente incluido en la cláusula 1.7. del presente anexo.
- q) Los gastos de transporte del asegurado al centro y viceversa en casos de rehabilitación y fisioterapia y en casos de diálisis.
- r) 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.
- s) Quedan excluidas de la cobertura de la póliza las pruebas genéticas cuya finalidad sea determinar la predisposición del asegurado o de 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.
- t) Técnicas diagnósticas y/o terapéuticas cuyo uso no sea habitual y aceptado en el sistema nacional de salud.
- u) Todo tipo de prótesis, así como el material biológico y/o sintético y los dispositivos implantables, salvo los expresamente incluidos en la cláusula 2.6. (cláusulas descriptivas de cobertura).

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

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.

MARSH, S.A.
Pº de la Castellana, 215
28046 - Madrid

Tel.: 91.458.94.00
Fax: 91.344.07.90

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 internamiento sanatorial o servicios 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 que la 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 establezca en el presente pliego.

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 hospitalización o la prestación de aquellos servicios para los que el cuadro médico impreso así lo determina, será ordenada por escrito por un médico de dicho cuadro y el asegurado deberá obtener la previa conformidad documentada de la compañía aseguradora en sus oficinas.

Será asimismo requisito imprescindible para obtener la conformidad escrita de la aseguradora que el acto médico a efectuar en régimen de hospitalización, vaya a ser realizado por un facultativo del cuadro médico de la compañía aseguradora y esté cubierto por la póliza.

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

En los casos de urgencia, será suficiente a estos efectos la orden del médico, pero el asegurado Deberá obtener la conformidad escrita de la compañía aseguradora, dentro de las setenta y dos horas siguientes al ingreso hospitalario. una vez obtenida aquella, la compañía aseguradora quedará vinculada económicamente hasta el momento en que manifieste sus reparos a la orden del Médico, en caso de entender que la Póliza no cubre el acto o la hospitalización.

3.6. Para recibir un servicio de urgencia, deberá solicitarse por teléfono o acudir directamente, según proceda, a un centro permanente de urgencia de los que están establecidos en el Cuadro Médico, donde figuran dirección y teléfono.

3.7. 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:

a) Medios de diagnóstico:

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

b) Hospitalización

- Las intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio (intervenciones del grupo 0 al ii según clasificación de la organización médica colegial) tendrán un periodo de carencia de tres meses.
- Hospitalización e intervención quirúrgica: por cualquier motivo o naturaleza en régimen de internamiento o en hospital de día (intervenciones del grupo iii al viii según clasificación de la organización médica colegial) tendrán un periodo de carencia de diez meses, excepto la ligadura de trompas y vasectomía (cláusula 1.6. servicios con cobertura) que tendrán un periodo de carencia de seis meses.

Asimismo, para que la compañía aseguradora sufrague el coste de las prótesis (no su implantación) el periodo de carencia será de diez meses.

En caso de intervenciones quirúrgicas y partos distócicos que tengan lugar en situación de urgencia vital, no se aplicará el periodo de carencia previsto, y tampoco en los partos prematuros, entendiéndose por tales los que se produzcan con anterioridad al cumplimiento de la 28ª semana de gestación.

c) Tratamientos especiales

Tendrán un periodo de carencia de TRES MESES los siguientes tratamientos especiales:

- Electrorradioterapia.
- Laserterapia: en tratamientos de fotocoagulación en oftalmología y en la rehabilitación músculo esquelética.
- Nucleotomía percutánea.
- Tendrán un periodo de carencia de DIEZ MESES los siguientes tratamientos especiales:
- Diálisis y riñón artificial.
- Laserterapia: láser quirúrgico en cirugía vascular periférica, coloproctología, intervenciones quirúrgicas ginecológicas, otorrinolaringológicas y dermatológicas.
- Litotricia renal.
- Quimioterapia y Oncología radioterápica.

RESUMEN DE 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.
- Hospitalización:
 - Con y sin intervención quirúrgica.
- Habitación individual con cama de acompañante.
- Ambulancia.
- Prótesis: Prótesis mamaria tras mastectomía, válvulas cardíacas, marcapasos, prótesis internas traumatológicas, lentes intraoculares multifocales, etc.
 - Hospitalización en UVI.
 - Hospitalización psiquiátrica.
- Parto y todo lo relacionado con él:
 - Pruebas prenatales: Analíticas, ecografías, curva de tolerancia oral a la glucosa, amniocentesis, etc.
 - Preparación al parto.
 - Habitación individual con cama de acompañante.
 - Anestesia epidural.
 - Incubadora.
- Trasplantes: Córnea y médula ósea.
- Tratamientos especiales. Psicoterapia, incluso para trastornos alimentarios, quimioterapia, diálisis, oxigenoterapia ambulatoria y a domicilio, etc.
- Urgencias ambulatorias y hospitalarias.
- Asistencia sanitaria en el extranjero, hasta un límite de 12.000 € año.

MARSH S.A.
Pº de la Castellana, 21e Tel.: 91.483.94.00
28046 - Madrid Fax: 91.344.87.90