

PLEC DE PRESCRIPCIONS TÈCNIQUES QUE HAN DE REGIR LA CONTRACTACIÓ DE LA PÒLISSA DE L'ASSEGURANÇA COL·LECTIVA D'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA DELS EMPLEATS DE LA DIPUTACIÓ DE GIRONA I DETERMINADES ENTITATS DEL SEU GRUP INSTITUCIONAL, I ELS SEUS FAMILIARS

Objecte general:

L'assegurança col·lectiva d'assistència sanitària, mèdica i quirúrgica d'àmbit nacional per tota mena de malalties o lesions, d'acord amb les especialitats que s'indiquen en els plecs, per als empleats funcionaris i laborals de la Diputació de Girona, i del seu grup institucional, d'acord amb les previsions dels seus instruments de negociació col·lectiva. També s'inclou l'assistència sanitària a l'estranger per a aquest col·lectiu, en els termes que s'indiquen en les clàusules posteriors.

Naturalesa jurídica de la pòlissa:

El contracte d'assegurança que es subscriurà tindrà caràcter privat, d'acord amb l'article 20 del Reial Decret Legislatiu 3/2011, de 14 de novembre, pel qual s'aprova el Text Refós de la Llei de Contractes del Sector Públic. Per tant, en quant als seus efectes i extinció, el contracte que es subscrigui es regirà per les normes de dret privat que siguin d'aplicació, conforme a la seva naturalesa.

La pòlissa d'assegurança que es subscrigui incorporarà en el contracte, com a part de la mateixa, el Plec de Condicions Particulars i el Plec de Prescripcions Tècniques firmats per totes les parts contractants. El contingut dels Plecs de Condicions Particulars i de Prescripcions Tècniques prevaldrà sobre les condicions generals o particulars de l'assegurança, en cas de dubte. Per tant, els licitadors no podran incloure en les seves ofertes, ni formarà part del contracte d'assegurança, cap condició general, especial o addicional que vagi en contra dels Plecs de Condicions Particulars i de les Prescripcions Tècniques. (revisar)

Subjectes de la contractació:

1. Oferents:

Les entitats asseguradores, que hauran d'estar inscrites en el Registre de la Direcció General d'Assegurances i Fons de Pensions, amb l'autorització precisa en el ram oportú.

2. Prenedor de l'assegurança i pagador de la prima:

Diputació de Girona o qualsevol dels organismes del grup institucional. Orientativament:

ORGANISMES	EMPLEATS EN PLANTILLA	ASSEGURATS ACTUALS	NÚM. ANNEX DELS PLECS ON ES DETALLA EL GÈNERE I DATA NAIXEMENT DELS ASSEGURATS
Diputació de Girona	397	746	1
Organisme Autònom de Salut Pública DIPSALUT	53	92	2
Organisme Autònom Xarxa Local de Municipis XALOC	181	203	3
Conservatori de Música Isaac Albéniz	82	30	4
Consorci d'Aigües Costa Brava Girona	29	33	5
Consorci de les Vies Verdes	17	15	6
Patronat de Turisme Costa Brava Girona	31	47	7
Total	790	1166	

3. Assegurats:

Tota referència feta a les "persones assegurades" s'entendrà que inclou qualsevol persona adherida a l'assegurança en virtut d'aquest contracte, ja sigui personal del grup institucional o persona beneficiària. Els instruments de negociació col·lectiva de la Diputació de Girona



defineixen els conceptes de “fills”, i de “cònjuge”, als efectes de ser beneficiaris d'aquesta pòlissa, ja que té en compte les famílies d'estructura diversa.

Es classifiquen les persones assegurades en dos col·lectius (*d'ara endavant, qualsevol referència al personal de la Diputació de Girona s'entendrà fet en general al personal del grup institucional de la Diputació de Girona que s'afegeixi a la contractació derivada d'aquest acord marc, en els termes que la seva negociació col·lectiva particular hagi pactat*):

3.a. Col·lectiu originari: Empleats públics en actiu de la Diputació o ens del grup institucional, els seus cònjuges i fills, que estiguin d'alta a la pòlissa de Medifiatc a la data d'inici d'aquest contracte d'assegurança i que seran automàticament transferits des de l'anterior pòlissa de Medifiatc.

3.b. Col·lectiu posterior: Empleats públics en actiu a la Diputació de Girona i grup institucional, els seus cònjuges i fills, que no estiguin d'alta a la pòlissa núm. 54851 de Medifiatc a la data d'inici del contracte d'assegurança. El preu assignat a aquest col·lectiu serà el mateix que per al col·lectiu originari, sense limitacions per raó de l'edat o sexe.

3.c. Col·lectiu desvinculat:

Els treballadors “desvinculats” es defineixen com antics empleats del grup institucional, incloent els seus cònjuges, compresos entre els 63 i els 75 anys, que han estat d'alta a l'assegurança mèdica col·lectiva un mínim de 12 mesos complets, i que durant la vigència de l'assegurança mèdica es desvinculen de la Diputació de Girona o de l'organisme per jubilació.

Transferència d'assegurats a l'inici del contracte derivat, carències i preexistències:

El col·lectiu originari, al estar ja d'alta a la pòlissa núm. 54851 de Medifiatc a la data d'inici d'aquest contracte d'assegurança, serà automàticament transferits des de l'anterior pòlissa de Medifiatc. Aquests col·lectius no hauran de complimentar cap butlletí individual d'adhesió ni qüestionari de salut. Aquest col·lectiu estarà cobert per tots els riscos que s'indiquen més endavant sense que procedeixi cap limitació per raó de l'edat, o com a conseqüència de malalties preexistents o congènites, ni per accidents o malalties prèvies a l'entrada en vigor de la pòlissa. Igualment, no es podrà aplicar cap tipus de carència.

La Companyia adjudicatària assumirà la continuïtat d'aquells tractaments que en el moment de l'adjudicació estiguin en fase de tractament i fins a la seva finalització.

Prioritàriament, i per tal d'evitar el mínim trasbals als usuaris, aquest tractament es farà amb els mateixos quadres mèdics que es venien fent amb l'anterior pòlissa de Medifiatc, i només en casos en què no fos realment possible, es proposaran altres quadres mèdics.

Per a incorporacions posteriors (col·lectiu “posterior”), la companyia no podrà exigir preexistències. Igualment per a incorporacions posteriors la companyia no podrà exigir carències.

En qualsevol cas, en supòsits d'assistència medicoquirúrgica d'urgència vital, i de parts en els que perilli la vida del fetus o de la mare, serà obligatori prestar l'assistència a partir de la data d'alta de l'assegurada a la pòlissa, sense cap limitació.

El nou-nat queda automàticament assegurat a la pòlissa de la mare sense carències ni preexistències des de la data de naixement. La mare disposarà d'un mes per realitzar el tràmit d'alta.

Es garantirà en tot cas el compliment de la normativa sobre oblit oncològic, en particular, la Disposició Addicional única del Text refós de la Llei General per a la Defensa dels Consumidors i Usuaris.

“2. Serán nulas aquellas cláusulas, estipulaciones, condiciones o pactos que excluyan a una de las partes por haber padecido cáncer antes de la fecha de suscripción del contrato o negocio jurídico, una vez que hayan transcurrido cinco años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior. Al efecto, de forma previa a la suscripción de un contrato de consumo, independientemente del sector, no se podrá solicitar a la persona consumidora información oncológica una vez que hayan transcurrido cinco años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior. Asimismo, será nula la renuncia a lo estipulado en esta disposición por la parte que haya padecido cáncer en los casos anteriores.”

Inexistència de compromís de permanència dels assegurats:

Els assegurats (siguin col·lectiu originari o posterior) no tindran compromís de permanència, de forma que podran voluntàriament renunciar a la condició d'assegurats en qualsevol moment del contracte.

Gestió d'altres i baixes d'assegurats:

Per a la consideració de que una persona és integrant d'algun dels col·lectius anteriors, serà prova suficient una notificació expedida per la Diputació de Girona a l'asseguradora. Tant la Diputació de Girona com l'asseguradora designaran els empleats que seran responsables de remetre la informació relacionada amb la gestió d'aquesta assegurança, per a una millor coordinació entre ambdues entitats. La indicació del nom i cognoms dels empleats i dels seus familiars que sol·liciten l'alta o la baixa a l'asseguradora correspon a la Diputació de Girona, que comprovarà prèviament que es compleixen els requisits per sol·licitar l'alta que s'hagin previst en els instruments de negociació col·lectiva vigents en cada moment. La Diputació de Girona podrà sol·licitar en qualsevol moment a l'asseguradora una relació actualitzada dels assegurats que formen part de la pòlissa, on consti la data d'alta i baixa a la pòlissa, els noms i cognoms, data de naixement i parentiu amb l'empleat/da de la Diputació, a fi de comprovar els requeriments dels instruments de negociació col·lectiva.

La pèrdua de la condició d'empleat de la Diputació de Girona implicarà la baixa de la pòlissa mèdica de la Diputació, tant per a l'empleat com pels seus familiars, la qual cosa serà comunicada per la Diputació de Girona a l'asseguradora, amb la màxima antelació possible. No obstant això, el col·lectiu desvinculat, als efectes d'obtenir un preu màxim garantit en els termes que preveuen aquests plecs, seran els responsables de comunicar personalment a l'asseguradora la seva voluntat d'integrar-se al col·lectiu “desvinculat” de l'asseguradora, en el termini màxim d'un mes des de la data d'efectes de la finalització de la relació laboral amb la Diputació per raó de jubilació.

En cas que l'alta d'un assegurat per raó de naixement, es considerarà que els naixements produïts entre els dies 1 a 20 del mes en curs s'abonaran per una quota mensual íntegra del nou beneficiari. Si el naixement del nadó es produeix a partir del dia 21 del mes en curs, el mes del naixement serà gratuït i s'abonarà l'alta a partir de mes natural següent.

En la resta de casos, les altres d'assegurats tindran lloc el dia 1 de cada mes, i s'abonaran per mesos complets.

Les baixes d'assegurats es realitzaran en tot cas per mesos complets.

Mediació

La Diputació té nomenat mediador d'assegurances exclusiu vers les entitats asseguradores amb les quals contracti qualsevol pòlissa d'assegurança a FERRER & OJEDA ASOCIADOS, CORREDURIA DE SEGUROS, SL. La presentació de les ofertes per part de les entitats asseguradores comporta el reconeixement de l'esmentat mediador en el contracte d'assegurança resultant. En relació a la restat d'entitats del grup



institucional de la Diputació de Girona que també tinguin concertat un mediador d'assegurances exclusiu, també caldrà entendre implícit el reconeixement d'aquests mediadors en el contracte d'assegurança derivat de l'Acord Marc.

El mediador d'assegurances informará a la Diputació de Girona del compliment efectiu per part de l'asseguradora de les condicions de la cobertura mèdica exigides en aquest plec, quan sigui requerit.

Operativa de l'assegurança:

Un cop adjudicat i signat el contracte d'assegurança, l'asseguradora haurà de designar immediatament una persona o unitat mitjançant la qual es canalitzaran tots les comunicacions i relacions amb el Departament de Recursos Humans de la Diputació de Girona.

Abans de la data d'inici del contracte, la Diputació de Girona comunicarà a l'adjudicatària mitjançant un fitxer informàtic les següents dades del col·lectiu originari que s'integrarà automàticament a l'assegurança:

- Nom i cognoms dels assegurats
- Número de NIF o passaport
- Data de naixement
- Sexe
- Si és un empleat/da de la Diputació de Girona, o el parentiu que tingui amb l'empleat/da

A partir de la data d'inici del contracte, les altes noves que es comuniquin a l'asseguradora ho seran dins de la categoria de "col·lectiu posterior". Les altes de nous assegurats i les baixes tindran efecte a partir del dia 1 del mes següent a la data de comunicació de la Diputació de Girona. En cas d'alta dels fills recent nascuts, així com en els supòsits d'adopció o acolliment, el dret a l'assistència sanitària neix des de la data del naixement, adopció o acolliment, sempre que el pare o mare ho hagi manifestat expressament al servei de Recursos Humans de la Diputació de Girona.

Les altes i baixes d'assegurats (excepte en el cas del col·lectiu "desvinculat") seran comunicades pel Departament de Recursos Humans de la Diputació de Girona a l'asseguradora mitjançant correu electrònic, a l'adreça de correu electrònic que hagi indicat l'asseguradora. En cas que l'asseguradora no accepti l'alta o que presenti exclusions (per al col·lectiu posterior únicament), aquesta circumstància haurà de comunicar-se de forma motivada per correu electrònic a la mateixa adreça de correu electrònic que ha remès la petició d'alta, dins d'un termini màxim de 15 dies naturals, a comptar des de la data de la comunicació de l'alta per part de la Diputació de Girona.

L'asseguradora facilitarà a cadascun dels assegurats informació que expliqui les cobertures detallades de l'assegurança, i que doni les instruccions necessàries a seguir en cas de necessitat d'assistència mèdica a Espanya o l'estranger. Aquesta informació, així com la targeta identificativa de la condició d'assegurat, haurà de ser entregada a l'assegurat de la forma més ràpida i eficient possible, per tal que aquest pugui fer efectiva l'assistència sanitària a partir de la data d'inici de vigència de la seva inclusió en la pòlissa.

L'asseguradora ha de posar a disposició dels assegurats una línia de telèfon d'atenció directa i personalitzada per als assegurats per tal que aquests puguin informar-se de tots els aspectes relacionats amb la cobertura de l'assegurança i la tramitació dels sinistres.

Àmbit de la cobertura:

Els serveis coberts per aquest contracte tindran efecte a tot el territori espanyol, i a l'estranger pel que fa a l'assistència en viatge que es detalla més endavant. Respecte a l'àmbit temporal, la cobertura ha de prestar-se durant les 24 hores del dia, tots els dies de l'any.

Exclusions, limitacions i copagaments de cada especialitat:

Les proposicions que presentin els licitadors contindran menció, si escau, dels supòsits exclosos, les limitacions de les prestacions tant per número de sessions, limitacions de capitals, etc, copagaments o franquícies en cada especialitat, sempre que no incompleixin la cobertura mínima sanitària exigida per participar en aquesta adjudicació. En aquest cas, la redacció de les exclusions, limitacions i copagaments ha de ser específica, clara i explícita als efectes de poder-se valorar als criteris de valoració d'aquest plec. Si les exclusions, limitacions o copagaments no han estat relacionades expressament pel licitador, s'entendrà que no existeix cap exclusió o limitació addicional a les garanties sanitàries que preveu aquest contracte.

Altres condicions que regiran el contracte:

Durant el període de durada del contracte, es mantindran les garanties concertades, sense que l'asseguradora pugui rescindir la pòlissa, sigui quin sigui el nombre de sinistres que es produeixin. La companyia asseguradora a qui s'adjudiqui el contracte haurà d'assumir la totalitat de les despeses que s'originin a partir de la data d'inici del contracte, inclosos els casos dels assegurats que es trobin en fase de tractament per part de la companyia asseguradora mèdica anterior a l'inici d'aquest contracte. Totes aquelles proves diagnòstiques o terapèutiques, així com futurs nous mitjans mèdics que no figurin en la relació de cobertures d'aquest plec, o aquelles altres que per els avenços tecnològics resultin de nova aplicació, així com cobertures o serveis que la companyia adjudicatària incorpori al seu producte de salut generalment comercialitzat en el mercat, seran incorporades pels licitadors també a aquesta pòlissa adjudicada i per a tots els col·lectius, així que es produeixin.

Descripció de la cobertura mínima exigida per participar:

Els riscos que cobreix aquesta assegurança, en territori espanyol (vegeu més endavant l'apartat de l'assistència a l'estranger) són l'assistència mèdica i quirúrgica per a tota classe de malalties o lesions, d'acord amb el que es detalla a continuació (dins del concepte d'assistència mèdica s'inclouen les prestacions mèdiques en règim ambulatori, domiciliari i hospitalari).

Els serveis coberts podran ser de lliure accés o precisar autorització prèvia de l'entitat asseguradora, la qual cosa haurà d'estar detallada a l'oferta del licitador. No obstant això, amb caràcter general hauran de ser de lliure accés les consultes d'assistència primària, les consultes a les especialitats mèdiques i quirúrgiques i les consultes d'urgència.

Medicina primària:

- Medicina primària i medicina general, amb assistència en consulta i també a domicili, incloent pediatria i puericultura.
- Servei d'infermeria ATS/DUI, en consulta i a domicili

Centres sanitaris mínims per participar:

És obligatori per participar que es compti amb un nombre mínim de 4 hospitals i clíniques a un radi inferior a 25 km de la ciutat de Girona, dels quals almenys 2 centres hauran de trobar-se a la ciutat de Girona.

Urgències:

Assistència d'urgències, tant domiciliària com en clíniques, hospitals i consultoris, ja sigui en territori nacional com a l'estranger, pel que fa a l'assistència en viatge a l'estranger (segons es detalla més



endavant). És obligatori per participar que es compti amb un mínim de **3** centres hospitalaris o clíniques a la província de Girona amb servei d'urgències, dels quals almenys 2 serveis d'urgències hauran de trobar-se a la ciutat de Girona.

Especialitats que s'han de contemplar necessàriament per participar:

L'empresa adjudicatària haurà de disposar dins del seu "quadre mèdic" un mínim d'1 metge/essa especialista amb seu a la ciutat de Girona per a cadascuna de les 42 especialitats mèdiques que s'especifiquen en aquest apartat.

1. Al·lergologia
2. Anàlisis clíniques
3. Anatomia patològica
4. Anestesiologia i reanimació, incloent anestèsia epidural per a parts, en tot cas
5. Angiologia i cirurgia vascular
6. Aparell circulatori i cardiologia
7. Aparell digestiu
8. Aparell respiratori i pneumologia
9. Bioquímica clínica
10. Cirurgia general
11. Cirurgia maxil·lofacial
12. Cirurgia pediàtrica
13. Cirurgia plàstica i reparadora
14. Cirurgia toràcica
15. Cirurgia cardiovascular
16. Dermatologia, medicoquirúrgica i venèria
17. Endocrinologia i nutrició
18. Geriatria
19. Ginecologia i tocologia, incloent en tot cas vigilància de l'embaràs i assistència als parts amb llevador i anestèsia epidural.
20. Hematologia i hemoteràpia.
21. Immunologia
22. Medicina de l'educació física i l'esport
23. Medicina intensiva
24. Medicina interna
25. Medicina nuclear
26. Microbiologia i parasitologia
27. Nefrologia
28. Neurocirurgia
29. Neurofisiologia clínica
30. Neurologia
31. Odontoestomatologia, incloent en tot cas visita, cura estomatològica, extraccions i una tartrectomia anual.
32. Oftalmologia
33. Oncologia mèdica
34. Oncologia radioteràpica
35. Otorinolaringologia
36. Podologia, amb un mínim de 6 sessions/any per assegurat
37. Psiquiatria



38. Radiodiagnòstic
39. Fisioteràpia i rehabilitació, incloent processos traumatològics no quirúrgics i la postcirurgia traumatològica i ortopèdica
40. Reumatologia
41. Traumatologia i cirurgia ortopèdica
42. Urologia, incloent en tot cas la revisió urològica sistemàtica a partir dels 45 anys, incloent visita, informe, ecografia renovesicoprostàtica, PSA (antigen prostàtic específic) i ecografia transrectal i la intervenció de vasectomia i l'espermiograma posterior de control.

Medicina preventiva (obligatori):

1. Programa de prevenció del càncer colorectal: En població amb antecedents de risc, ha d'incloure en tot cas, per any natural, visita mèdica, tests i colonoscòpia amb sedació.
2. Reconeixement mèdic anual:
 - 2a. Visita al metge de Medicina general i analítica bàsica.
 - 2b. Visita cardiològica. Inclou electrocardiograma.
3. Revisió ginecològica anual per assegurada. Inclou exploració clínica, citologia vaginal, eco ginecològica i mamografia, segons protocol.
4. Revisió urològica anual, a partir dels 45 anys, prèvia autorització de l'entitat. Inclou visita, informe, ecografia renovesicoprostàtica, PSA (antigen prostàtic específic) i ecografia transrectal si cal.
5. Revisió pediàtrica i programa de vacunació infantil (no exigeix vacunes)
6. Programa de control del nadó.
7. Neteja dental anual.

Planificació familiar (obligatori):

1. La intervenció de la lligadura de trompes
2. Col·locació i control del DIU
3. La intervenció de vasectomia i espermiograma posterior de control
4. Estudi de l'esterilitat i infertilitat de la parella. Inclou les proves necessàries per determinar les causes de l'esterilitat o infertilitat de la parella.

Mitjans de diagnòstic, que s'han de tenir necessàriament per a participar:

- Mitjans de diagnòstic bàsics: anàlisis clíniques, bioquímiques, hematològiques, microbiològiques, parasitològiques, anatomopatològiques, citològiques, triple screening i EBA screening i radiologia.
- Radiodiagnòstic: angiografies, arteriografia digital, densitometria òssia, mamografia i radiologia no intervencionista
- Servei de Laboratori Anàlisis hormonals
- Ecografies; TAC; RMN; isòtops radioactius i gammagrafies; tomografia de coherència òptica
- Endoscòpies i fibrobroncoscòpies: inclou tant les diagnòstiques com les terapèutiques; inclosa la tècnica de la càpsula endoscòpica (el cost del dispositiu anirà a càrrec de l'assegurat)
- Tomografia per emissió de positrons (PET) , PET-TAC, PET-Colina i radiologia intervencionista vascular i visceral
- Diagnòstic cardiològic
- Neurofisiologia clínica



- Polisomnografia
- Mitjans de contrast i radiofàrmacs per a la realització de proves
- Tècniques especials de diagnòstic: doppler cardíac, ecografies, electrocardiograma, electroencefalograma, electromiografia, espirometria, fibroendoscòpies, amniocentesi, desiometria òssia.
- Altres medi complementaris de diagnòstics d'alta tecnologia, en les condicions incloses en els protocols del Servei Nacional de Salut: Arteriografia digital, ergometria, hemodinàmica vascular, holter, gammagrafia, Spect cardíac, ressonància magnètica nuclear, TAC-Escàner, PET, coronografia per DMD, tipatge del VHP (papiloma virus humà), estudi tomogràfic en oftalmologia, estudi de les alteracions genètiques per la diagnòstic d'Hemocromatosis i en els trastorns de coagulació durant l'embaràs. Ha d'incloure en tot cas els medis de contrast en cas d'hospitalització de l'assegurat, llevat del cas dels isòtops radioactius, que es garanteixen tant en règim hospitalari com extrahospitalaris.

Hospitalització, que ha d'incloure obligatòriament per participar:

- Hospitalització quirúrgica: L'asseguradora assumirà totes les despeses d'hospitalització, estada i manutenció del malalt, la sala d'operacions, anestèsia, medicació, cures i tractament necessaris sense limitació anual de dies d'estada, en una habitació individual, amb llit per a acompanyant.
- Hospitalització sense intervenció quirúrgica: L'asseguradora assumirà les despeses d'hospitalització, estada i manutenció del malalt, medicació i tractaments necessaris sense limitació anual de dies d'estada, en una habitació individual, amb llit per a acompanyant. Queda inclosa l'hospitalització de dia.
- Hospitalització per maternitat: Inclou les despeses d'hospitalització, medicació, anestèsies i incubadora a càrrec de l'asseguradora, en una habitació individual, i sense limitació de dies d'estada segons prescripció mèdica, amb llit per a acompanyant.
- Hospitalització en unitats de cures intensives, incloent la medicació i el tractament, **SENSE LÍMIT DE DIES**.
- Hospitalització psiquiàtrica, en processos aguts i en període d'agitació, incloent la medicació durant el procés, amb un mínim de 30 dies/any per assegurat.
- Hospitalització pediàtrica per a menors de 16 anys, ja sigui hospitalització convencional o unitats de vigilància intensiva neonatològics i pediàtrics, incloent el cost de la incubadora, i l'assistència del metge pediatre. Inclou la hospitalització de dia. **SENSE LÍMIT DE DIES**.
- Hospitalització de dia, tant en processos quirúrgics com mèdics, inclosos els tractaments oncològics ambulatoris. Inclou la medicació, productes i mitjans de diagnòstic utilitzats durant la permanència en el centre hospitalari. En quimioteràpia s'assumiran les despeses de medicaments corresponents als productes farmacèutics específicament citostàtics que s'expenguin al mercat nacional i estiguin autoritzats pel Ministeri de Sanitat.
- Urgències hospitalàries.
- Hospitalització en unitats especials, incloent la unitat coronària, les unitats de lesionats raquimedul·lars, les unitats d'aïllament i la unitat de grans cremats, amb un mínim de 60 dies/any per assegurat.

Tractaments especials que s'han de contemplar obligatòriament:

- 1- Aerosols-ventiloteràpia
- 2- Oxigenoteràpia ambulatoria i a domicili
- 3- Laserteràpia



- 4- Transfusions de sang i plasma: inclou l'acte mèdic de transfusió i la sang o plasma. Autotransfusió sanguínia prèvia a la cirurgia.
- 5- Logopèdia i foniatria, incloent els casos de rehabilitació d'intervencions majors de laringe i recuperació neurològica postaccident vascular cerebral.
- 6- Reconstrucció mamària postcirurgia oncològica
- 7- Nucleotomia percutània
- 8- Quimioteràpia oncològica, cobaltoteràpia radioteràpia i accelerador lineal oncològic, en règim d'hospitalització de dia o ambulatori, i en cas necessari, amb internament hospitalari, amb un mínim de 60 dies/any d'internament per assegurat.
- 9- Tractament del dolor
- 10- Tractament de la pleòptica i l'ortòptica
- 11- Electroteràpia: radioteràpia superficial i profunda, ona curta, rajos infrarojos, rajos ultraviolats i corrents elèctrics
- 12- Diàlisi i ronyó artificial per a casos reversibles, amb un mínim de 15 sessions anuals per assegurat.
- 13- Litotrícia renal, sense limitació en el nombre de tractaments
- 14- Recuperació cardíaca postinfart
- 15- Fisioteràpia i rehabilitació. SENSE LÍMIT DE SESSIONS EN AQUESTS CASOS: Processos traumatològics aguts no quirúrgics, postcirurgia traumatològica i ortopèdica amb rehabilitació funcional per a casos potsquirúrgics i recuperació neurològica post accident vascular cerebral. En la resta de casos, amb un mínim de 40 sessions/anuals per assegurat.
- 16- Rehabilitació del sòl pèlvic postpart, amb un mínim de tres sessions per part.
- 17- Rehabilitació del sòl pèlvic per incontinència urinària, amb un mínim de 10 sessions per part.
- 18- Bisturí harmònic en cirurgia de tiroides
- 19- Injecció intravítrea en el tractament de la degeneració macular. No s'exigeix fàrmac.
- 20- Correcció quirúrgica de la miopia mitjançant Lasik.
- 21- Estudi ambulatori dels trastorns de la son
- 22- Psicologia en consultori

Seguiment de l'embaràs i part (obligatori):

- Vigilància de l'embaràs a través de les visites i ecografies necessàries per al seguiment de l'embaràs
- Ecografia morfològica
- Anàlisi de control necessària
- Anestèsia epidural per a parts
- Amniocentesi i biòpsia corial
- Triple Screening, EBA Screening
- Hospitalització per maternitat (queden incloses les despeses d'assistència neonatal)
- Rehabilitació del sòl pelvià postpart amb un mínim de 3 sessions per procés
- Cursets de preparació al part (aquest servei es prestarà als centres específicament concertats per l'asseguradora)
- Llevadora; assistència al part
- Tractament del nounat. El nounat queda automàticament assegurat a la pòlissa de la mare sense carències ni preexistències des de la data de naixement. La mare disposarà d'un mes per realitzar el tràmit d'alta.

Altres serveis obligatoris:

- Servei d'ambulància entre el centre hospitalari i el domicili de l'assegurat



- Assistència sanitària que exigeixi el tractament d'accidents laborals, professionals, esportius i els emparats per l'Assegurança Obligatoria d'Automòbils.
- Malalties o defectes congènits en nadons.
- Síndrome d'immunodeficiència adquirida (SIDA)
- Acompanyant en clínica (es garanteix l'lit)
- Pròtesis: Es garanteixen les pròtesis i la intervenció necessària en aquests casos
 - Pròtesis traumatològiques: Inclou en tot cas les pròtesis articulars, cargols i plaques de fixació interna, el material necessari per a la fixació de la columna, el disc intervertebral, el material d'interposició intervertebral, el material necessari per a la vertebroplàstia-cifoplastia.
 - Material d'osteosíntesi
 - Pròtesis cardiovasculars: vàlvules cardíques, marcapassos i pròtesis de bypass vascular
 - Pròtesis mamàries després de mastectomia radical per neoplàsia
 - Malles abdominals, sistemes de suspensió urològica, sistemes de derivació de líquid cefaloraquídi (hidrocefàlia)
 - Quimioteràpia o tractament del dolor: reservoris

En tot cas, han d'incloure les pròtesis següents:

Traumatologia i cirurgia ortopèdica	Pròtesis de maluc Pròtesis de genoll Material de fixació de columna Pròtesis d'altres articulacions Material d'osteosíntesi Kit vertebroplàstia-cifoplastia Kit nucleotomia endoscòpica Discos intervertebrals i material d'interposició intervertebral o interespinosa
Cardiovascular	By-pass vascular Stent vascular Vàlvules cardíques Marcapassos Stent cardíac Coils
Cirurgia	Malles abdominals i inguinals Incontinència urinària, sistemes tipus TOT, TVT Pròtesis de mama (incloent expanders) en reconstrucció post cirurgia oncològica
Neurologia	Vàlvules endocranials, en adults i pediatria
Oncologia	Pròtesis intraluminars en cirurgia oncològica Reservori port-a-cath

En l'apartat de pròtesis es valorarà el nombre de pròtesis admeses i els límits econòmics per a cadascuna.

- Es garanteix l'obtenció d'un informe mèdic de segon diagnòstic, nacional o internacional, de les malalties següents, com a mínim: càncer, malalties cardiovasculars, malalties neurològiques i neuroquirúrgiques (inclosos els accidents cerebrovasculars), insuficiència renal crònica, malaltia d'Alzheimer, esclerosi múltiple.

Assistència en viatge a l'estranger:



Es considera assistència en viatge a l'estranger la que fa referència als assegurats amb residència a Espanya, mitjançant la qual obtindran determinades cobertures a la resta del món en cas de malaltia o accident, sempre que el seu temps de permanència fóra de les fronteres espanyoles sigui inferior a 60 dies per cada viatge o desplaçament. Les cobertures mínimes per assistència en viatge a l'estranger són:

- 1- Assistència mèdica i sanitària per part d'equips mèdics d'emergència i per especialistes.
- 2- Exàmens mèdics complementaris
- 3- Hospitalització, tractaments i intervencions quirúrgiques
- 4- Subministrament de medicaments en internament
- 5- Reintegament del cost dels medicaments en lesions o malalties que no requereixin hospitalització
- 6- Atenció de problemes odontològics aguts, per infecció, dolor o trauma que requereixin un tractament d'urgència, amb un mínim de 60 euros, o equivalent en moneda local.
- 7- Trasllat en ambulància, de recorregut local, per prescripció facultativa
- 8- Repatriació o transport sanitari de ferits i dels altres assegurats, especialment quan siguin menors d'edat que viatgen amb l'única companyia de l'assegurat que emmalalteix o té l'accident
- 9- Desplaçament de familiars en cas d'hospitalització de l'assegurat per al seu acompanyament a l'estranger, amb un mínim de 10 dies i almenys 30 euros al dia.
- 10- Despeses d'hotel motivades per la pròrroga d'estada del malalt o ferit a l'estranger per prescripció mèdica que impedeix tornar al seu domicili, amb un mínim de 10 dies, i de 30 euros per dia.
- 11- Repatriació o transport de l'assegurat mort a Espanya i dels altres assegurats que l'acompanyin en el moment de la defunció
- 12- Retorn anticipat del viatge a causa de defunció d'un familiar de primer grau, cònjuge o germà
- 13- Transmetre missatges urgents que encarreguin els assegurats, derivats dels esdeveniments coberts per l'assistència en viatge a l'estranger
- 14- Enviament de medicaments necessaris per a la curació de l'assegurat prescrits per un facultatiu, i que no es puguin aconseguir en el país estranger on es troba l'assegurat
- 15- Servei d'informació en viatges

Aquest risc haurà d'estar assegurat amb una quantitat mínima de 12.000 euros anuals per assegurat i any, o amb el seu equivalent en la moneda local del país on es faci efectiu el tractament.

Elecció dels facultatius, clíniques i altres establiments sanitaris:

L'assegurat pot escollir el quadre mèdic de la població del territori nacional que consideri més idoni.

Pagament al facultatiu, clínica o altre establiment sanitari:

L'asseguradora ha d'abonar directament al professional o centre sanitari els honoraris i despeses en què hagi incorregut l'assistència coberta per l'asseguradora.

Signat:

El cap del servei,

