

**SEGURO DE SALUD
CASER SALUD INTEGRAL CLIENTES
PROTOCOLO DE PRODUCTO
FEDERACION DE EMPRESARIOS DE LA RIOJA
AÑO 2.010**

PROTOCOLO DE PRODUCTO CASER SALUD INTEGRAL Protocolo de Producto nº 66601043

De una parte, Dña. JOSEFINA FERREIROS SÁNCHEZ-GUISANDE, mayor de edad con NIF nº 24.404.350-Q que interviene en este acto en calidad de MEDIADOR en nombre y representación de , JOSEFINA FERREIROS SÁNCHEZ-GUISANDE Correduría de Seguros con domicilio social en Logroño, calle Marqués de Vallejo, 12- 3º puerta 5.

De otra parte, D.IGNACIO MARTÍN SÁNCHEZ-BENDITO mayor de edad con NIF nº 50287353-S que interviene en este acto en calidad de ASEGURADOR en nombre y representación de CASER, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. con domicilio social en Madrid, Avenida de Burgos 109.

Y de otra parte, D. JULIAN DOMÉNECH REVERTE mayor de edad con NIF nº 36.617.867-E que interviene en este acto en calidad de TOMADOR en nombre y representación de la FEDERACION DE EMPRESARIOS DE LA RIOJA con domicilio social en Logroño, calle Hermanos Moroy, 8 -4º.

1- OBJETO DEL SEGURO

El producto **Caser Salud Integral** tiene por objeto principal proporcionar al Asegurado la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que proceda en toda clase de enfermedad o lesión comprendida en la descripción de la cobertura de la póliza, siempre que se utilicen los cuadros médicos concertados por la Compañía.

2- COBERTURAS

1. MEDICINA PRIMARIA

Medicina General/Médico de Familia: Asistencia en consulta o a domicilio. En este último caso siempre y cuando el enfermo no pueda desplazarse por motivos médicos.

Pediatría: Para niños hasta cumplir los 16 años de edad. Incluye controles preventivos y de desarrollo infantil.

Servicio de A.T.S./D.U.E.: En consulta y a domicilio. En este último caso siempre y cuando el enfermo no pueda desplazarse por motivos médicos y previa prescripción de un médico del Asegurador.

2. URGENCIAS

La Asistencia Sanitaria en casos de urgencia se prestará en los centros de urgencia permanente (24 horas) que se indique en la lista de facultativos y centros sanitarios concertados por el Asegurador. La asistencia será domiciliaria siempre y cuando el estado del enfermo lo requiera, prestada por médico generalista y/o A.T.S. del Asegurador.

3. ESPECIALIDADES

Asistencia Sanitaria en régimen ambulatorio o de internamiento hospitalario (según proceda a criterio del médico del Asegurador), en las especialidades que a continuación se citan:

3.1. Alergología. Las vacunas serán por cuenta del Asegurado.

3.2. Anestesiología y Reanimación. Quedan incluidos los tratamientos de dolor, siempre y cuando sean prescritos por un facultativo dentro de la lista de facultativos, relacionado con la patología.

3.3. Anatomía Patológica.

3.4. Angiología y Cirugía Vasular.

3.5. Aparato Digestivo.

3.6. Cardiología. Incluye la prevención del riesgo cardiovascular en personas mayores de 45 años.

3.7. Cirugía Ano-Rectal. Proctología.

3.8. Cirugía Artroscópica.

3.9. Cirugía Laparoscópica.

3.10. Cirugía Cardiovascular.

3.11. Cirugía General y del Aparato Digestivo. Incluye la técnica laparoscópica.

3.12. Cirugía Maxilo-Facial.

3.13. Cirugía Pediátrica.

3.14. Cirugía Plástica y Reparadora. Queda incluida la reconstrucción de la mama tras mastectomía radical sufrida por la Asegurada durante el período de vigencia de la póliza. Incluida la prótesis mamaria.

3.15. Cirugía Torácica.

3.16. Dermatología médico quirúrgica y venereología. Excluidos los tratamientos con finalidad puramente estética.

3.17. Endocrinología y Nutrición.

3.18. Geriatria.

3.19. Hematología y Hemoterapia.

3.20. Inmunología.

3.21. Enfermedades infecciosas y tropicales.

3.22. Medicina Interna.

3.23. Medicina Nuclear.

3.24. Nefrología.

3.25. Neonatología.

3.26. Neumología.

3.27. Neurocirugía.

3.28. Neurofisiología Clínica.

3.29. Neurología.

3.30. Obstetricia y Ginecología.

a) Asistencia/Control Embarazo y Parto: Vigilancia del embarazo por médico tocólogo, y asistencia por éste a los partos/cesáreas.

b) Planificación Familiar: Control de tratamiento con anovulatorios, implantación del D.I.U. y su vigilancia, **siendo por cuenta de la Asegurada el coste del dispositivo.** Ligadura de trompas.

c) Medicina Preventiva: Revisión ginecológica anual. Encaminada al diagnóstico precoz de neoplasias de mama y de cuello uterino. También incluye el estudio y diagnóstico de la infertilidad y esterilidad, así como las intervenciones ginecológicas con la técnica laparoscópica.

d) Control y tratamiento de la Menopausia.

e) Reproducción asistida: Para el tratamiento de la esterilidad de la pareja. La cobertura incluye el estudio, diagnóstico (con las pruebas complementarias habituales y protocolizadas) y el tratamiento de la infertilidad de la pareja, hasta el límite de **2 intentos de inseminación artificial y 1 intento de fertilización in vitro**, estando incluida la ICSI (microinyección espermática), caso de ser necesaria. **La edad límite para la aplicación de las diferentes técnicas se fija en 40 años. Queda excluido el tratamiento, si la esterilidad se ha producido voluntariamente o si es consecuencia del proceso fisiológico natural. Será condición indispensable para recibir esta cobertura, que ambos miembros de la pareja estén asegurados. Se establece un periodo de carencia de 24 meses.**

El tratamiento se llevará a cabo en los centros médicos y hospitalarios y por los facultativos designados al efecto por el Asegurador, que no necesariamente estarán ubicados en la provincia del domicilio del Asegurado.

La aplicación de técnicas de reproducción asistida se ajustará a la legislación vigente.

- 3.31. Odonto-Estomatología.** Incluye únicamente extracciones, curas estomatológicas derivadas de éstas, radiografías y limpieza de boca una vez al año, prescrita por un odonto-estomatólogo de la lista de facultativos del Asegurador.
- 3.32. Oftalmología.**
- 3.33. Oncología Médica.**
- 3.34. Oncología Radioterápica.**
- 3.35. Otorrinolaringología.**
- 3.36. Psicología Infantil.** Incluye 10 sesiones al año con especialista que figure en la lista de facultativos del Asegurador, para Asegurados menores de 16 años.
- 3.37. Psiquiatría.**
- 3.38. Rehabilitación y Fisioterapia.** Previa prescripción de un médico del Asegurador, relacionado con la especialidad a tratar y dentro de los centros que figuran en la lista de facultativos.
- 3.39. Reumatología.**
- 3.40. Traumatología y Cirugía Ortopédica.** Queda incluido el tratamiento con ozonoterapia para hernias discales.
- 3.41. Urología.** Incluye la vasectomía, el diagnóstico de la impotencia (no su tratamiento) así como el estudio y diagnóstico de la infertilidad y esterilidad.

4. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

Las pruebas de diagnóstico se realizarán, en todos los casos, previa prescripción escrita de un médico del Asegurador. Comprende los medios de diagnóstico habituales reconocidos por la práctica médica en el momento de suscripción de la póliza, **excluyendo cualquier diagnóstico relacionado con el estudio y la investigación (con carácter científico)**.

- Análisis clínicos: bioquímica, hematología, microbiología, parasitología, anatomía patológica quirúrgica, 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, radiología intervencionista vascular y visceral, ergometría, hemodinámica vascular, holter, estudios electrofisiológicos y terapéuticos, medicina nuclear, amniocentesis y cariotipos, polisomnografía, resonancia magnética nuclear, TAC (Scanner).

5. HOSPITALIZACIÓN

La hospitalización se realizará en centros propios o concertados por el Asegurador por indicación de un facultativo del mismo, ocupando el enfermo habitación individual dotada de aseo y cama de acompañante (salvo imposibilidad manifiesta) con excepción de los casos expresamente excluidos.

Serán por cuenta del Asegurador los gastos de quirófano, productos anestésicos y medicamentos utilizados tanto en el acto quirúrgico como en la hospitalización, así como las curas y su material y la manutención del paciente, mientras que éste se encuentre ingresado.

- 5.1. Hospitalización médica (sin intervención quirúrgica):** La duración del internamiento será determinada por el médico del Asegurador encargado de la asistencia, y alcanzará hasta que éste estime conveniente el traslado del enfermo a su domicilio. Queda incluida la hospitalización de día.

- 5.2. Hospitalización pediátrica:** Incluye tanto la hospitalización convencional como la incubadora (en este último caso no se incluye cama de acompañante). Hospitalización del niño prematuro o recién nacido patológico en centro especializado (Neonatología).
- 5.3. Hospitalización por maternidad:** Asistido por Tocólogo y Matrona. Incluye la anestesia (incluida la anestesia epidural), así como el nido e incubadora para el recién nacido.
- 5.4. Hospitalización quirúrgica:** Queda incluida la hospitalización de día (cirugía mayor ambulatoria).
- 5.5. Hospitalización en Unidad de Vigilancia Intensiva (U.V.I.):** Se realizará en los centros designados por el Asegurador, previa prescripción de un médico del mismo, en instalaciones adecuadas. El Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos señalará el tiempo de permanencia del enfermo. **Por su naturaleza, no se incluye cama de acompañante.**
- 5.6. Hospitalización psiquiátrica:** Exclusivamente para los enfermos previamente diagnosticados por un especialista del Asegurador para el tratamiento de los brotes agudos que tengan carácter reversible, en régimen de internamiento o en hospitalización de día, **con un límite de sesenta días por año natural. Por su naturaleza, no se incluye cama de acompañante.**
- 5.7. Atención Especial en domicilio:** Cuando el facultativo del Asegurador considere que el Asegurado precisa de cuidados de índole hospitalaria cubiertos en la póliza, que no requieran el ingreso en un centro hospitalario, se podrá prestar atención facultativa y servicios técnico-sanitarios en el domicilio del Asegurado que figure en la póliza.

Quedan excluidos los gastos generados por asistencia de tipo social, hostelería, lencería, alimentación, medicación, material sanitario y cuidados no específicos del médico general, A.T.S. o D.U.E., ni la permanencia continuada de los profesionales sanitarios en el domicilio del Asegurado.

6. PRÓTESIS

Quedan cubiertas cualquier tipo de prótesis internas fijas de carácter temporal o definitivo: válvulas cardíacas, by-pass vascular, marcapasos, stent, prótesis de cadera, material de osteosíntesis, resto de prótesis internas fijas, lentes intraoculares y prótesis mamarias post mastectomía de origen neoplástico, siempre y cuando se haya producido la mastectomía durante el periodo de vigencia de la póliza.

Queda excluido cualquier tipo de material ortopédico, las ortesis, los fijadores externos, prótesis e implantes osteointegrados dentales y cocleares, prótesis de pene, escroto, expansores de piel y/o prótesis auditivas.

7. TRATAMIENTOS ESPECIALES

Se realizarán, en todos los casos, previa prescripción escrita por un médico especialista incluido en la lista de facultativos del Asegurador, en los centros designados por el mismo y relacionados con la patología.

- Aerosolterapia-ventiloterapia. **La medicación será, en todos los casos, por cuenta del Asegurado.**
- Oxigenoterapia. Tanto en supuestos de ingreso en institución hospitalaria como ambulante. Se incluye la oxigenoterapia ambulante para aquellos pacientes que requieran tratamiento con oxígeno durante al menos 16 horas al día.
- Diálisis (Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal). Exclusivamente para el tratamiento, durante los días precisos, de las insuficiencias renales agudas, **quedando excluidas expresamente las afecciones crónicas.**
- Logofoniatría. **Exclusivamente como rehabilitación en intervenciones mayores de laringe**, hasta un máximo de 60 sesiones.
- Laserterapia. Queda incluida únicamente en tratamientos de oftalmología y rehabilitación músculo esquelética.
- Quimioterapia y Oncología radioterápica. En régimen de internamiento o en hospitalización de día. El Asegurador sólo asumirá los gastos de medicamentos citostáticos que se expendan en el mercado nacional y estén autorizados por el Ministerio de Sanidad.
- Electrorradioterapia: radioterapia superficial y profunda, onda corta, rayos infrarrojos, rayos ultravioletas y corrientes eléctricas.
- Litotricia Renal.

8. OTROS SERVICIOS

- **Ambulancias:** El seguro cubre exclusivamente el desplazamiento del Asegurado desde su domicilio al Sanatorio o viceversa y sólo para ingreso hospitalario o asistencia de urgencia. Será necesaria la prescripción de un médico del Asegurador, salvo en caso de urgencia.

El transporte, en todo caso, será terrestre y se realizará siempre que el médico lo ordene por escrito y concurren especiales circunstancias de imposibilidad física que impidan al

Asegurado la utilización de los servicios ordinarios de transporte (servicios públicos, taxi o vehículo propio).

Están excluidos en este servicio los traslados requeridos para tratamientos de rehabilitación y fisioterapia, diálisis y para la realización de pruebas diagnósticas en régimen ambulatorio.

- **Podología:** Limitado a cinco sesiones anuales.
- **Preparación al Parto.**

9. ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTRANJERO

Por esta cobertura, prestada a través de Mondial Assistance cubrimos determinadas prestaciones relacionadas con la Asistencia cuando el asegurado se desplace fuera del territorio nacional, siempre que el tiempo de desplazamiento no exceda los 70 días.

Las prestaciones garantizadas son las siguientes:

- 1) Repatriación del Asegurado fallecido y de acompañantes
- 2) Repatriación sanitaria de heridos o enfermos desde el extranjero:
- 3) Gastos médicos y quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización en el extranjero, a consecuencia de un accidente o de una enfermedad de carácter imprevisible, hasta un límite de **12.020 euros**.
- 4) Desplazamiento de un acompañante familiar junto al Asegurado hospitalizado, en el extranjero.
- 5) Prolongación de estancia en hotel en el extranjero:
- 6) Envío de medicamentos al extranjero:
- 7) Transmisión de mensajes urgentes, derivados de las garantías:
- 8) Repatriación o transporte de los miembros de la familia menores de quince años:
- 9) Intérprete en caso de accidente o enfermedad:
- 10) Anticipo de fianzas y gastos procesales:
- 11) Servicio de trámites administrativos para hospitalización:
- 12) Fianzas por Hospitalización:
- 12) Anticipo de efectivo en caso de accidente, robo o enfermedad grave en el extranjero:
- 13) Acompañamiento de restos mortales:

- 15) Gastos de estancia del acompañante de restos mortales:
- 16) Regreso anticipado a causa del fallecimiento de un familiar:
- 17) Ayuda a la localización y envío de equipajes:
- 18) Envío y/o reenvío de objetos olvidados y/o robados en el transcurso del viaje.

10. COMPLEMENTO BUCODENTAL

Los productos Caser Salud Integral y Caser Salud Prestigio incluyen un suplemento bucodental gratis dentro de las coberturas de la póliza. La prestación de este servicio se hace a través de la red de profesionales la cual pone a disposición de nuestros asegurados un Cuadro de Estomatólogos a nivel nacional **de libre elección**, donde los beneficiarios de la póliza podrán disfrutar de un servicio de asistencia BUCODENTAL. Este servicio, le ofrece prestaciones odontológicas completas, en donde una serie de actos son sin coste para el asegurado y otros funcionan mediante un sistema de franquicias que deberá abonar en consulta en unas condiciones económicas sensiblemente ventajosas en comparación con los precios del mercado.

11. PLAN DENTAL INFANTIL

CASER ofrece una nueva cobertura especial para niños de edades comprendidas entre 0 y 14 años, nuestro PLAN DENTAL INFANTIL.

Se trata de un servicio adicional a nuestro seguro de Salud, en el que los asegurados menores de 14 años que realicen una revisión anual con cualquiera de los especialistas del Cuadro Médico de Dentyred, disfrutarán de las siguientes coberturas de forma gratuita:

- ESTOMATOLOGÍA PREVENTIVA: Tartrectomía (limpieza de boca), aplicación tópica de flúor y sellado de puntos y fisuras.
- ODONTOPEDIATRÍA: Obturación (empaste), reconstrucción, obturación temporal en diente de leche, corona prefabricada acero inoxidable, recubrimiento pulpar indirecto, pulpotomía, apicoformación (por visita), apertura y drenaje pulpar (cura), extracción diente temporal, extracción dental simple, extracción complicada, extracción coronal para tracción ortodóncica.

- MANTENEDORES DE ESPACIO: fijo unilateral, fijo bilateral, removible acrílico, recementado mantenedor.

12. SEGUNDA OPINION MEDICA

Es un servicio de consulta médicas internacionales que permite a nuestros asegurados, ante cualquier diagnóstico de una enfermedad grave, obtener un informe de evaluación del caso por parte de expertos de máximo prestigio nacional e internacional sin necesidad de desplazamiento y en un breve espacio de tiempo, a fin de ratificar el diagnóstico e identificar el tratamiento mas eficaz.

Descripción de los servicios:

1. Recibir, identificar, presentar y discutir la SEGUNDA OPINION MÉDICA solicitada con los médicos especialistas que considere mas apropiados para contestar las preguntas específicas planteadas por la consulta.
2. Coordinar la información obtenida y la eventual consulta con otros profesionales, si ello fuera necesario.
3. Identificar métodos diagnósticos alternativos aplicables al material enviado.
4. Coordinar el análisis de materiales adicionales tales como patologías, laboratorios y/ o radiología, en los casos en que estos sean necesarios para resolver mejor la SEGUNDA OPINION MÉDICA
5. Enviar los materiales a los especialista seleccionados.
6. Interpretar, escribir y enviar al "Usuario" las conclusiones y recomendaciones finales.
7. Enfermedades Objeto de Segunda Opinión Médica:

El Servicio de Segunda Opinión Médica se prestará en aquellos casos en los que el Asegurado cuente con un primer diagnóstico de las siguientes enfermedades graves:

- Cáncer
- Enfermedades cardiovasculares
- Enfermedades Neurológicas y neuroquirúrgicas, incluyendo accidentes cerebrovasculares
- Insuficiencia renal crónica
- Enfermedad Idiopática de Parkinson (paralysis agitans)
- Esclerosis múltiple
- Diabetes infantil
- Enfermedades Tropicales

13. LINEA MEDICA 24 HORAS

El servicio de Línea Médica 24 horas pretende apoyar al usuario ante cualquier duda o problema de salud que le afecte, con el objetivo de tranquilizarle, informarle y orientarle en caso de necesidad hacia el médico o centro hospitalario más indicado.

- Consejo médico continuado (servicio 24 horas).
- Información médica referente a enfermedades, síntomas, tratamientos, pruebas médicas y prevención de la salud en general.
- Información acerca de interacciones y utilización de medicamentos.
- Asesoramiento en la comprensión de informes de laboratorio, terminología médica, interpretación de informes.
- Asesoramiento respecto al centro y especialista más indicado para la resolución de su problema de salud

Derivación a servicios de urgencias médicas si el caso así lo aconseja

3- PARTICIPACION DEL ASEGURADO EN EL COSTE

Excepcionalmente para este colectivo, queda derogada la participación del Asegurado en el coste del servicio.

4 - COSTE DEL SEGURO

Las primas mensuales para el **2010** han sido ajustadas para hacerla lo más atractivas posibles al Colectivo. Se establecen las siguientes primas:

AÑO 2.010

Tramo Edad	1º RECIBO	RECIBOS SUCESIVOS
0 - 44	37,85	37,18
45 - 59	53,00	52,06
60 - 64	85,80	84,28
> 64	94,62	92,94

Incluido Complemento dental

No se aplicará ningún derecho de suscripción.

5 - DURACION DEL SEGURO

La duración de la póliza es anual por periodos naturales de tiempo, por lo que el primer año en vigor de la póliza, su duración será desde el día en que se formalizo hasta el 31 de diciembre del mismo año, y se renueva automáticamente a 31 de cada diciembre consecutivo.

6 - SOPORTE OPERATIVO

El soporte operativo previsto en este seguro es del tipo "**Operativa Manual**", cuyas especificaciones se encontrarán reflejadas en el protocolo operativo correspondiente.

7 - NORMAS GENERALES DE CONTRATACIÓN

7.1. CONTRATACIÓN EN OFICINA O POR AGENTES

La solicitud y el cuestionario de salud deberán ser cumplimentados con los datos requeridos en el modelo que se adjunta a este Manual y deberán venir firmados obligatoriamente por el Tomador del Seguro o solicitante y el Agente (solo la solicitud).

La Solicitud de Seguro es un modelo que tiene que rellenarse una por póliza. Sin embargo, el Cuestionario de Salud es un modelo que se rellena uno por Asegurado de la póliza.

Todas las Solicitudes de Seguro tienen que venir con domiciliación bancaria ya que no se contempla la forma de pago por cobrador.

La Solicitud de Seguro sirve también como modelo para recoger e informar a la Compañía de cualquier cambio en los datos de una póliza ya en vigor, especificando claramente cual es el tipo de cambio que se desea realizar.

8 – NORMAS DE SELECCIÓN DE RIESGOS

8.1 RIESGOS EXCLUIDOS DE CONTRATACIÓN

La contratación del seguro de salud quedará fuera de contratación en todas aquellas personas que, según el cuestionario de salud, se deduzca que **tienen o han tenido** las siguientes patologías:

- **PROCESOS ONCOLÓGICOS MALIGNOS**
 - Tumores (en cualquier localización, con o sin afectación sistémica, a pesar de que estén en fase de remisión)

- Leucemias
- Linfomas
- Melanomas...

- **INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE COMPLEJIDAD ELEVADA**

Por las secuelas postoperatorias que pueden conllevar y coste de seguimiento y control del paciente, aunque no presente recaídas siempre suponen un riesgo muy elevado. Por ejemplo:

- Vasculopatías y Cardiopatías: By-pass coronario, lesiones cardíacas infantiles, Aneurismas...
- Patología cerebral: Tumoral, Accidentes cerebro vasculares (isquemias, infartos o hemorragias cerebrales, aneurismas cerebrales...)
- Patología traumática de grandes articulaciones: Anquilosis de cadera, Escoliosis incapacitante, Patología de hombro...

- **ENFERMEDADES CRÓNICAS DE AFECTACIÓN SISTÈMICA**

No por su menor o mayor gravedad, sino por ser susceptibles de provocar un alto consumo continuado de consultas y/o pruebas complementarias, como:

- Enfermedades autoinmunes y conectivopatías: Lupus eritematoso sistémico, psoriasis diseminada, Enfermedad de Crohn,...
- Enfermedades degenerativas: Neurológicas (Esclerosis múltiple, fibromialgias...)
- Metabólicas (Amiloidosis, Enfermedad celiaca...)
- Endocrinas: Diabetes Mellitus (insulinodependientes o tipo II de adulto), Afectaciones hipofisiarias (tumoraes o de hiperproducción), Síndrome de Cushing

- **ENFERMEDADES INFECCIOSAS CRÓNICAS**

Susceptibles de provocar un alto consumo continuado de consultas y/o pruebas complementarias, así como tratamientos muy costosos, como:

- S.I.D.A. (o seopositividad VIH)
- Brucelosis
- Hepatitis B, C y Hepatitis D
- Encefalitis

- **OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS**

Aquellas enfermedades que por su propia evolución implican posibles ingresos hospitalarios, recaídas y agravamientos importantes:

- Cardiopatía isquémica
- Hipertensión arterial evolucionada (aislada o concomitante a otros factores de riesgo)
- Valvulopatías
- Hepatitis crónica o Cirrosis
- Enfermedades inflamatorias de colon
- Síndromes de Malabsorción
- Anorexia y Bulimia

- **EMBARAZO**

Cualquier solicitud de una mujer embarazada en el momento de realizar la contratación

- **TRATAMIENTOS EN CURSO**

Todos aquellos pacientes que estén realizando un tratamiento activo por una patología relevante, que impliquen un consumo continuado desde el inicio de la contratación:

- Patología alérgica en tratamientos de vacunación por inmunización
- Trastornos psiquiátricos en tratamiento activo (Síndromes depresivos, ansiedad, deshabituación alcohólica o drogodependencias)
- Trastornos endocrinos (hipo/hipertiroidismo, hipoparatiroidismo)
- Rehabilitaciones postcirugía de grandes articulaciones

- **MAYORES DE 65 AÑOS**

Todas las solicitudes de personas de edad igual o superior a 65 años, quedarán fuera de los criterios de contratación.

8.2. EXCLUSIONES SISTEMÁTICAS

Se realizarán exclusiones de patologías concretas, cuando se trate de enfermedades o afecciones que, aunque no tengan una gravedad relevante, que no impiden actividad normal ni suponen una alteración grave de salud, implican, por la evolución de la propia enfermedad, la presencia de recaídas, empeoramiento y gastos continuos derivados de controles médicos habituales.

Por lo tanto, en determinadas circunstancias expresadas en el cuestionario de salud, se realizarán exclusiones sistemáticas en los siguientes casos (ejemplos más frecuentes):

- Hemorroides: Pacientes con hemorroides no intervenidas
- Varices: en una o ambas extremidades que no hayan sido intervenidas

- Patología discal: hernias discales (de cualquier localización) no intervenidas o incluso intervenidas, dependiendo de su localización, fecha de intervención y posibles repercusiones sobre columna sana.
- Problemas de alergia con presencia de asma bronquial secundaria
- Litiasis biliar activa
- Miopía no intervenida
- Patología ulcerosa activa (péptica, no infecciosa)
- Hernia de hiatus
- Afectaciones hematológicas crónicas (anemias, hemaglobinemias leves)
- Patología de ligamentos articulares

8.3. EXCLUSIONES CONDICIONADAS

Cualquier patología puede quedar excluida de la cobertura de la póliza en función de una serie de criterios que son variables en cada solicitud:

- Edad del asegurado (una misma patología declarada a los 30 o a los 60 años no tiene la misma relevancia)
- Concomitancia de varias afectaciones banales a la vez, que implican gasto de consultas de manera sistemática.

9 - FORMA DE PAGO

Las primas de este seguro son anuales. No obstante, se suele hablar en este sector en términos de primas persona / mes. Para facilitar la captación de operaciones de este tipo de seguro, se ha previsto el fraccionamiento de las primas anuales en mensuales, trimestrales o semestrales, sin ningún recargo adicional al asegurado.

Se establece como único medio de pago la domiciliación bancaria.

10 - RESCISIÓN DE LA PÓLIZA

Caser Salud podrá rescindir el contrato, en la forma y plazos que se detallan en las Condiciones Generales de la póliza:

- * Al vencimiento anual, previa comunicación al asegurado, con un plazo de antelación de dos meses como mínimo.
- * En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario de salud, si medió dolo o culpa grave.
- * Si el siniestro, cuya cobertura de riesgo se garantiza, ocurre antes de que se haya pagado la prima.

* Por impago de primas.

El Tomador del seguro podrá rescindir el contrato, en la forma y plazos que se detallan en las Condiciones Generales de la póliza:

* Al vencimiento anual, previa comunicación a Caser Salud, con un plazo de antelación de dos meses como mínimo.

* Cuando se varíe el cuadro médico, siempre que afecte al médico de familia, o al tocólogo o al puericultor de zona, o al 50 por 100 del cuadro de especialidades.

11 - FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS

La asistencia se prestará, en conformidad con las disposiciones reglamentarias aplicables, en todas las poblaciones donde la Entidad con cuadros médicos concertados. Cuando en cualquiera de estas poblaciones no se disponga de algunos de los servicios comprendidos en el contrato, éstos serán prestados en otra población donde los mismos puedan facilitarse, a elección del Asegurado.

11.1. PREVISALUD INTEGRAL

11.1.1. ORIENTACIÓN ASISTENCIAL

La Entidad dispone de un Servicio de Orientación Asistencial cuya finalidad es facilitar a los Asegurados el acceso a los servicios asistenciales en los casos de Urgencia, informando de los procedimientos a seguir y facilitando dichos procedimientos en la mayor medida posible. Los Asegurados podrán acceder a este Servicio por vía telefónica o mediante visita personal.

11.1.2. LIBERTAD DE ELECCIÓN DE MÉDICOS

Los Asegurados podrán acudir libre y directamente a los facultativos de medicina primaria y especialistas que formen parte del cuadro médico de la Entidad. La Entidad recomienda que cada Asegurado tenga un médico o pediatra de cabecera, responsable de la atención familiar. Cada Asegurado podrá elegir su médico o pediatra de cabecera y A.T.S. entre los facultativos que figuran en el Cuadro Médico de la Entidad, bastando con comunicar a la Entidad su elección o la modificación de la misma. La Entidad asignará inicialmente el médico de cabecera y A.T.S. a cada nuevo Asegurado.

La asignación o elección de médico o pediatra de cabecera y A.T.S. no impedirá la total libertad del Asegurado de dirigirse en cada momento a cualquier facultativo que forme parte del Cuadro Médico de la Entidad. No obstante, la atención domiciliaria del médico de cabecera o A.T.S. se prestará únicamente en el domicilio familiar declarado en la póliza.

El acceso a los médicos consultores será autorizado por la Entidad a petición razonada de un médico de la misma.

11.1.3. VISITA DOMICILIARIA

Cuando el Asegurado no pueda desplazarse a la Consulta del médico o A.T.S., deberá solicitar visita domiciliaria a los Servicios de Urgencia a Domicilio, o bien llamar al Teléfono **901 33 22 33** de Orientación Asistencial. Este servicio se realizará únicamente en el domicilio que figura en la póliza. Los Asegurados que requieran los servicios del A.T.S. o practicante deberán, previamente, haber obtenido el Cheque prescripción expedido por un médico de la entidad

En los casos de urgencia, el Asegurado deberá acudir a los servicios permanentes de urgencia establecidos por la Entidad, o contactar con el servicio telefónico que con este fin se pone a disposición de los Asegurados.

11.1.4. AUTORIZACIÓN DE PRESTACIONES

El Asegurado puede utilizar servicios de **acceso directo**, **acceso prescrito** y **servicio de urgencias**.

11.1.4.1. SERVICIOS DE ACCESO DIRECTO

Son servicios de acceso directo aquellos a los cuales el Asegurado accede por iniciativa propia, sin necesidad de prescripción facultativa ni autorización de la Compañía.

RELACIÓN DE ESPECIALIDADES DE ACCESO DIRECTO

*	Medicina Familiar
*	Pediatría
*	Especialistas (excluidos médicos consultores)

11.1.4.2. SERVICIOS DE ACCESO PRESCRITO

Los servicios de acceso prescrito son aquellos a los cuales el Asegurado accede por **petición o prescripción** de un facultativo del Cuadro Médico.

RELACIÓN DE SERVICIOS DE ACCESO PRESCRITO

- * Médicos consultores:

Entendemos por médicos consultores aquellos profesionales que figuran como tales en las guías y cuadros médicos de la Compañía

- * A.T.S.
- * Laboratorios
- * Centros de diagnóstico
- * Centros Hospitalarios

Los servicios de acceso prescrito pueden requerir o no previa autorización de la Compañía para ser realizados.

1.- Servicios de acceso prescrito que no requieren autorización de la Compañía: Son aquellas pruebas o actos que el facultativo realizará sin necesidad de comunicación o autorización expresa de la Compañía: ver cuadro adjunto.

2.- Servicios de acceso prescrito preautorizados: Son aquellas pruebas o actos que el facultativo realizará con autorización expresa de la Compañía. La autorización podrá ser obtenida por el Asegurado o por el propio médico prescriptor o realizador del servicio, llamando al **nº de teléfono 901 33 22 33** en el siguiente horario: **de 8 de la mañana a 8 de la tarde.**

En los cuadros adjuntos se relacionan los servicios que requieren o no autorización previa de la Compañía:

Pruebas o Tratamientos que no requieren autorización.

Consultas de medicina primaria y médicos especialistas		
Medicina Primaria	Colposcopia	Mamografías
Médicos Especialistas	Campimetría ocular	Monitorización Basal
Aerosolterapia	Ecografías y Ecocardiogramas	Pruebas alérgicas
Amnioscopia	Electrocardiograma	Radiología digestiva
Análisis clínicos y citologías	Estudios Anatomopatológicos	Radiología general
Audiometrías	Extracción pieza dentaria	Radiología urológica
Bronco-Espirometría	Infiltraciones	Toma de biopsia en consulta
Citología	Inmovilización (vendajes, escayolas)	

Pruebas o Tratamientos que requieren autorización de la Compañía.

Ambulancias	Hipertermia prostática	Oxígeno terapia
-------------	------------------------	-----------------

Angiofluorescengrafía	Hospitalización domiciliaria	
Cirugía Ambulatoria	Hospitalización médica o quirúrgica	Podología
Densitometría ósea	Laserterapia oftálmica	Radiología vascular e intervencionista
Diagnóstico cardiológico: -Marcapasos, Holter, Ergometría y Doppler.	Limpieza dental - Tartrectomía	Radioterapia, Quimioterapia y Medicina nuclear
Diálisis	Litotricia	Rehabilitación
Electroencefalograma y Electromiograma	Logofoniatría	Resonancia magnética
Endoscopias	Médicos consultores	Scanner (TAC)
Estudio del sueño	Nucleotomía percutanea	Tratamiento ambulante hospitalario
Hemodinámica	Ortopantomografía	Tratamiento del dolor
Hemoterapia		Urodinámica

*** Todos aquellos actos, pruebas o tratamientos que no estén entre los anteriores requerirán autorización de la Compañía.**

El teléfono para solicitar la autorización en aquellos servicios en que sea necesaria es el siguiente:

<p><u>SERVICIO DE GESTIÓN TELEFÓNICA</u></p> <p>901 - 33 22 33</p> <p>HORARIO: DE 8 DE LA MAÑANA A 8 DE LA TARDE</p>

11.1.5. URGENCIAS

En caso de urgencia, el Asegurado se dirigirá a los Centros concertados para ello disponiendo de 72 horas para comunicarlo a la Compañía. El Asegurado también podrá llamar al teléfono de Orientación Asistencial donde le informarán de todos los centros de urgencia de la Compañía

11.1.6. DESPLAZAMIENTOS TEMPORALES

El Asegurador se compromete a prestar asistencia sanitaria al Asegurado desplazado temporalmente de su lugar de residencia habitual, en cualquier lugar del territorio nacional o en el extranjero. En el territorio nacional, se deberán utilizar los servicios concertados para desplazados que figuran en su cuadro médico, también podrá recabar esta información en el teléfono de Orientación Asistencial 900 34 22 34. En el extranjero, este servicio a desplazados será prestado por la Entidad, a través de la compañía Mondial Assistance cuyo teléfono se indica en la documentación entregada a los Asegurados.

**URGENCIAS EN EL EXTRANJERO
PRESTADA POR MONDIAL ASSISTANCE
34 91 325 55 55
LAS 24 HORAS DEL DÍA**

11.1.7. ACREDITACIÓN DE LOS ASEGURADOS

Al solicitar los servicios asistenciales, el Asegurado deberá identificarse mostrando su tarjeta de asistencia o carnet de asegurado, así como el recibo pagado del periodo en curso. Cuando el médico o el centro que preste el servicio lo estimen conveniente, podrán requerir también el DNI a las personas obligadas a poseerlo.

ANEXO RESUMEN DE LIMITACIONES, EXCLUSIONES Y CARENCIAS

1 – RIESGOS EXCLUIDOS

- 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) Los fármacos y medicamentos de cualquier clase, fuera del régimen de hospitalización, salvo la quimioterapia administrada en los centros concertados, así como vacunas de todo tipo y productos de parafarmacia.
- c) La Asistencia Sanitaria derivada del alcoholismo crónico o la adicción a drogas de cualquier tipo.

d) La Asistencia Sanitaria de las lesiones producidas a causa de embriaguez, riñas (salvo en caso de legítima defensa), autolesiones o intentos de suicidio.

e) 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.

f) 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, aún cuando no se hubiera establecido un diagnóstico concreto, salvo que dichas enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones hayan sido declaradas por el Tomador o Asegurado en el cuestionario de salud y expresamente aceptada su cobertura por el Asegurador en Condiciones Particulares. Esta exclusión no afectará a los Asegurados incorporados a la póliza desde su nacimiento conforme el punto 1. e) del Artículo 10º.

g) Las medicinas alternativas, naturopatía, homeopatía, acupuntura, mesoterapia, hidroterapia, magnetoterapia, presoterapia, ozonoterapia. Los tratamientos en asilos, residencias, balnearios y similares.

h) Los chequeos o exámenes médicos generales de carácter preventivo, salvo lo expresamente incluido en el punto 3. del Artículo 3º.

i) Los tratamientos por esterilidad o infertilidad (salvo lo expresamente incluido en el punto 3.30. del Artículo 3º), la interrupción voluntaria del embarazo (incluidos los supuestos legalmente establecidos), así como las pruebas diagnósticas relacionadas con dicha interrupción y el tratamiento (inclusive la cirugía) de la impotencia.

j) El diagnóstico, tratamiento e intervenciones quirúrgicas realizadas con fines puramente estéticos o cosméticos, no pudiendo alegarse las razones puramente psicológicas del Asegurado, si no existiera defecto funcional de la parte del cuerpo afectada.

k) Todo lo relativo a la psicología, psicoanálisis, hipnosis, psicoterapia individual o de grupo, test psicológicos, narcolepsia y curas de reposo y sueño, salvo lo expresamente incluido en el punto 3.36. del Artículo 3º.

l) Los trasplantes de órganos, excepto el trasplante autólogo de médula ósea.

m) La Asistencia Sanitaria del S.I.D.A. y de las enfermedades causadas por el virus de inmunodeficiencia humana (V.I.H.).

n) La asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social o familiar, así como la que sea sustituible por una asistencia domiciliaria o ambulatoria.

o) En la especialidad de odontoestomatología, quedan excluidas las obturaciones, endodoncias, colocación de prótesis dentales, ortodoncias, periodoncias e implantes, así como otros tratamientos odontológicos distintos a los incluidos en el punto 3.31. del Artículo 3º.

p) La corrección quirúrgica de la miopía, hipermetropía o astigmatismo y presbicia y cualquier otra patología refractiva ocular.

q) Todas las técnicas quirúrgicas y/o terapéuticas que empleen el láser, salvo lo expresamente incluido en el punto 7. del Artículo 3º.

r) Los gastos por viaje y desplazamientos, salvo la ambulancia en los términos contemplados en el punto 8. del Artículo 3º.

s) Los tratamientos crónicos de diálisis.

t) 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 o así lo indique el especialista, incluido dentro de la lista de facultativos, a cargo del tratamiento. Se excluye la terapia educativa.

u) Quedan expresamente excluidos de la cobertura del seguro, cualquier medio de diagnóstico y/o tratamiento mediante terapia génica, estudios para la determinación del mapa genético y cualquier otra técnica genética, con la exclusiva excepción de aquellas que figuran expresamente incluidas en la cobertura, tales como la amniocentesis y los cariotipos y las necesarias en la especialidad de hematología.

v) Las técnicas diagnósticas y/o terapéuticas cuyo uso no sea habitual y aceptado en el sistema nacional de salud.

2- LIMITACIONES

- * Hospitalización psiquiátrica: máximo de 60 días por año.
- * Podología: 5 sesiones por año.
- * Limpieza de boca: 1 por año

3- PLAZOS DE CARENCIA

Todas las prestaciones que en virtud de la póliza asuma el Asegurador, serán facilitadas desde el momento de entrada en vigor del contrato. Se exceptúan del anterior principio general las siguientes prestaciones, las cuales precisarán haber cumplido los periodos de carencia previa que se especifican a continuación:

Período de carencia de 24 meses:

- **Reproducción Asistida.**

Período de carencia de diez meses:

- **Asistencia a Partos: No se aplicará este periodo de carencia en los partos prematuros o distócicos.**