

# Seguro de Salud Póliza de Asistencia Sanitaria

## Condiciones Generales

# IMQ SALUD PLUS



## Cartera de servicios con cobertura

Las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios cubiertos por esta Póliza son los que se indican a continuación junto con sus exclusiones específicas, en el caso de que existan, siendo asimismo de aplicación las exclusiones comunes indicadas en el apartado "Cláusulas Descriptivas de la Cobertura de Asistencia Sanitaria".

### **Medicina primaria**

- ❖ Medicina general: asistencia en consulta
- ❖ Pediatría y puericultura: en consulta, para niños menores de 14 años
- ❖ Enfermería: servicio en consulta.

### **Urgencias**

La Asistencia Sanitaria en casos de urgencia se prestará en los centros de urgencia que se indiquen en el Cuadro Médico de la Aseguradora.

### **Especialidades**

Asistencia sanitaria de carácter ambulatorio (consultas, inmobilizaciones, curas y pequeñas intervenciones quirúrgicas que no superen el Grupo II de intervención de la clasificación de Actos y Técnicas Médicas establecidas en el año 2001 por la Organización Médica Colegial), en las especialidades que a continuación se citan:

- ❖ Alergología. Las vacunas serán a cuenta del asegurado
- ❖ Anestesia y reanimación.
- ❖ Angiología y cirugía vascular
- ❖ Aparato digestivo. Queda excluida la cápsula endoscópica y la disección endoscópica
- ❖ Cardiología.
- ❖ Cirugía cardiovascular.
- ❖ Cirugía general y del aparato digestivo
- ❖ Cirugía máxilo-facial.
- ❖ Cirugía Pediátrica.
- ❖ Cirugía plástica reparadora. Queda excluida la cirugía con fines estéticos o cosméticos
- ❖ Cirugía torácica.
- ❖ Dermatología
- ❖ Endocrinología y nutrición.
- ❖ Hematología.
- ❖ Medicina interna.
- ❖ Nefrología.
- ❖ Neumología.
- ❖ Neurocirugía.
- ❖ Neurología.
- ❖ Obstetricia y ginecología. Vigilancia del embarazo por médico tocólogo. Detección precoz del cáncer ginecológico. Control del tratamiento con Anovulatorios y colocación de DIU (Excluido dispositivo)
- ❖ Odonto-estomatología. Curas estomatológicas, extracciones y limpieza de boca.
- ❖ Oftalmología
- ❖ Otorrinolaringología.

- ❖ Pediatría.
- ❖ Psiquiatría. Se excluyen todo tipo de test, Psicoterapia individual o de grupo y tratamientos de drogadicción o alcoholismo.
- ❖ Reumatología.
- ❖ Traumatología
- ❖ Urología.

## **Medios de diagnóstico**

1. Análisis Clínicos: bioquímicos, hematológicos, microbiológicos, parasitológicos y anatomopatológicos; citología.
2. Anatomía Patológica: anatomopatológicos y citopatológicos
3. Radiología: Estudios radiográficos con fines diagnósticos
4. Otros medios de diagnóstico: Ecografía, Electrocardiografía, Ecografía Doppler, Electroencefalografía, Espirometría, Colonoscopia y Gastroscopia.
5. Medios de Diagnóstico de Alta Tecnología: Arteriografía digital, Ergometría, Holter, Ecocardiograma Doppler, Medicina Nuclear, Resonancia Magnética Nuclear, Angioresonancia, TAC (Scanner), Angiotac, Angiofluoresceingrafía, Densitometría Ósea, Electromiografía, Endoscopia, Histerosalpingografía, Test de Aliento (Breath Test), Test intolerancia a la lactosa, Tomografía de coherencia óptica (OCT).

Las pruebas de diagnóstico, en todos los casos, han de ser prescritas por médicos de IMQ. Los medios de contraste serán por cuenta de la aseguradora. Quedan excluidos los radiofármacos y la medicación ambulatoria.

## **Tratamientos especiales**

- ❖ Podología: Sin necesidad de prescripción médica, previa autorización de la entidad, con un máximo de 6 sesiones por año natural y una franquicia de 10 € por sesión. (No se aplicará periodo de carencia a este servicio)
- ❖ Rehabilitación y Fisioterapia: Previa prescripción de un médico especialista de IMQ y autorización de la entidad. Laserterapia, Onda corta, Rayos infrarrojos, Magnetoterapia y Rayos ultravioleta. Con un máximo de 20 sesiones por año natural. Quedan excluidos 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, así como la rehabilitación neuropsicológica o estimulación cognitiva.
- ❖ Psicología: Sin necesidad de prescripción médica, previa autorización de la entidad, con un máximo de 20 sesiones por año natural y con una franquicia de 10 € por sesión. Se excluye todo tipo de test, la psicoterapia de grupo o familiar y tratamientos de drogadicción o alcoholismo. Se excluye el psicoanálisis, hipnosis, test neuropsicológicos y psicométricos, sofrología, narcolepsia ambulatoria, cualquier método de asistencia psicológica no-conductual, la psicoterapia de grupo y la rehabilitación psicosocial.

## Exclusiones comunes de la cobertura de asistencia sanitaria

Además de las exclusiones específicas establecidas anteriormente para alguna de las especialidades, prestaciones y servicios cubiertos, serán de aplicación a toda la cobertura de Asistencia Sanitaria, las siguientes exclusiones:

- A. Queda excluida la asistencia sanitaria o cualquier gasto médico que precise el asegurado y que sea consecuencia, guarde relación o se derive de una situación que haya sido declarada por organismos nacionales o internacionales como epidemia y/o pandemia, o con una declaración de emergencia de salud pública de interés internacional. Igualmente se encuentran excluidas las asistencias sanitarias o cualquier gasto médico que precise el asegurado que sea consecuencia, guarde relación o se derive de guerras catástrofes naturales o nucleares (con o sin declaración de las mismas), actos de terrorismo, insurrecciones, tumultos populares, o cualquier fenómeno catastrófico extraordinario
- B. La asistencia sanitaria de las lesiones producidas a causa de embriaguez, riñas (salvo en caso de legítima defensa), autolesiones o intentos de suicidio. Se entiende por embriaguez la establecida en la legislación sobre tráfico, circulación de vehículos de motor y seguridad vial, con independencia de que el siniestro suceda o no con ocasión de la conducción de vehículo a motor por el Asegurado.
- C. Los fármacos y medicamentos de cualquier clase, productos sanitarios y medios de cura. Quedan excluidos los medicamentos de terapia avanzada
- D. La asistencia sanitaria derivada de alcoholismo crónico o adicción a drogas o psicofármacos de cualquier tipo.
- E. La asistencia sanitaria que se precise como consecuencia de lesiones producidas durante la práctica profesional de cualquier deporte y/o actividad, así como la práctica no profesional de actividades manifiestamente peligrosas o de alto riesgo como el toreo o encierro de reses bravas, artes marciales, espeleología, submarinismo, escalada, puenting, parapente, paracaidismo, barranquismo, rafting, vuelo sin motor o cualquier otra de análoga naturaleza.
- F. La asistencia sanitaria que esté cubierta por el Seguro de accidentes de tráfico, trabajo y enfermedades profesionales, según su legislación específica
- G. La asistencia sanitaria de toda clase de enfermedades, estados de salud, 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 la cláusula 4.1.D. (Cláusulas Jurídicas).
- H. El diagnóstico, tratamiento e intervenciones quirúrgicas realizadas con fines puramente estéticos o cosméticos, así como la necesidad de pruebas diagnósticas o tratamientos por complicaciones que pudieran estar directa y/o principalmente causadas por haberse sometido a una intervención, infiltración o tratamiento de carácter puramente estético o cosmético.
- I. La asistencia sanitaria del SIDA y de las enfermedades causadas por el virus de inmunodeficiencia humana (V.I.H.).
- J. La cirugía robótica asistida en todas las especialidades, las cirugías profilácticas y las cirugías del cambio de sexo.
- K. Cualquier tratamiento o prueba diagnóstica cuya utilidad o eficacia no esté contrastada científicamente o sean considerados de carácter experimental o no hayan sido ratificadas por las agencias españolas de evaluación de tecnologías sanitarias.
- L. La asistencia sanitaria que precise ingreso en un centro hospitalario, incluida la derivada de urgencias.
- M. Toda asistencia que no esté expresamente incluida en el apartado de "Cartera de servicios con cobertura"

No obstante lo anterior, en los supuestos contemplados en las anteriores exclusiones B), D), E) y F), La Aseguradora asume la asistencia sanitaria que deba prestarse al Asegurado en situación de urgencia y mientras ésta dure.

## Forma de obtener la cobertura de los servicios

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

1. El Asegurado, para recibir la asistencia sanitaria incluida en la cobertura de la Póliza, podrá elegir libremente entre los profesionales sanitarios, centros médicos, hospitales y sanatorios (proveedores asistenciales) que la Aseguradora, en cada momento, tenga concertados en toda España. La Aseguradora editará cada año natural esta relación de proveedores asistenciales agrupados por provincias a través de sus Cuadros Médicos los cuales, para determinadas especialidades, podrán contener un único prestador del servicio. Será obligación del Asegurado utilizar los servicios de los proveedores asistenciales que se encuentren de alta en la fecha de solicitud de la asistencia. A estos efectos, podrán solicitar en las oficinas de la Aseguradora la entrega del Cuadro Médico actualizado o bien, consultar los diferentes Cuadros Médicos provinciales actualizados a través de su web: [www.imqasturias.es](http://www.imqasturias.es). La Aseguradora 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. Con independencia de lo que antecede, la Aseguradora propone al Asegurado que elija, dentro del Cuadro Médico de Asturias, al médico de Medicina General que desee, a fin de adscribirle a él como responsable de la atención familiar. El Asegurado podrá modificar esta adscripción cuando lo desee con una simple comunicación a la Aseguradora.
2. La aseguradora no se hace responsable de los honorarios de facultativos ajenos a su cuadro médico, ni de los gastos de hospitalización o servicios que los mismos pudieran prescribir.
3. 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 4 siguiente. Los recibos debidamente firmados servirán de comprobante a la Aseguradora para el abono del coste de la prestación. El Asegurado abonará por cada servicio recibido, el importe que, en concepto de franquicia o participación en el coste de los mismos, se establece en las Condiciones Particulares. A estos efectos, La 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 facilitada a tal efecto. El importe de las franquicias podrá ser actualizado por La Aseguradora, de conformidad con lo establecido en la Condición General 13ª (Cláusulas Jurídicas).
4. 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 aseguradora en sus oficinas, o a través de los canales digitales y/o telefónicos que en cada momento pudiera tener habilitados para ello. Será asimismo requisito imprescindible para obtener la conformidad escrita de la aseguradora que la asistencia sanitaria a efectuar en régimen de hospitalización, vaya a ser realizada por un facultativo del cuadro médico de la aseguradora y esté cubierta por la póliza. Una vez otorgada la conformidad escrita, la Aseguradora quedará vinculada 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 aseguradora, dentro de las setenta y dos horas siguientes al ingreso hospitalario. Una vez obtenida aquella, la 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.
5. Para recibir un servicio de urgencia, deberá acudir directamente a un centro de urgencia de los que están establecidos en el Cuadro Médico, donde figuran dirección y teléfono.
6. A los efectos de este Seguro, se entiende comunicado el siniestro al solicitar el Asegurado la prestación de la asistencia, salvo que sea precisa la conformidad previa de la Aseguradora conforme a la Cláusula 4 anterior, en cuyo caso la comunicación deberá hacerse a la Aseguradora en la forma allí establecida.

## Periodo de carencia

Todas las prestaciones que en virtud de la Póliza asume la 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:

Pequeñas intervenciones quirúrgicas cubiertas por esta modalidad	SEIS MESES
Colonoscopia y Gastroscopia	SEIS MESES
Medios de diagnóstico de Alta Tecnología	SEIS MESES
Tratamientos de Rehabilitación y fisioterapia, Psicología	SEIS MESES