



**Condiciones generales
IMQ Salud
Plena Extra 150.000**



www.imqasturias.es

Seguro de Salud - Póliza de Asistencia Sanitaria

Modalidad I: Reembolso de gastos sanitarios

1. Cuando el Asegurado requiera asistencia sanitaria comprendida en las especialidades y servicios que incluye la cobertura según lo establecido en las Cláusulas Descriptivas de la Cobertura de Asistencia Sanitaria y decida recibirla en un hospital o clínica y/o de facultativos ajenos a los Cuadros Médicos de la compañía.
2. Para obtener el reembolso de gastos sanitarios que cita el apartado anterior, el Asegurado se obliga a presentar en las oficinas de la Aseguradora la documentación siguiente:
 - a) Impreso de solicitud de reembolso de gastos, según modelo de la Aseguradora, debidamente cumplimentado y firmado por el Asegurado.
 - b) Fotocopia de las facturas relativas a los gastos sanitarios causados y de los recibos o documentos que acrediten haber satisfecho su importe a los establecimientos y profesionales sanitarios que correspondan. Las facturas incluirán:
 - Nombre y apellidos o denominación social de la persona física o jurídica que las emita, su domicilio, teléfono, número de colegiado y especialidad en su caso y N.I.F. o C.I.F.
 - Desglose adecuado de los diversos conceptos asistenciales y su naturaleza (clase de acto/s médico/s y su/s fecha/s)
 - c) Fotocopia de las prescripciones médicas en caso de medios de diagnóstico, tratamientos especiales, hospitalización y otros servicios.
 - d) En caso de hospitalización, fotocopia del informe clínico en el que se hagan constar antecedentes, fecha de inicio, causa, origen y evolución de la enfermedad o lesión, así como la asistencia sanitaria prestada al Asegurado.

Será imprescindible para el reembolso de los gastos sanitarios producidos que los documentos identifiquen por su nombre y apellidos al paciente receptor de la asistencia.

No obstante lo anterior, el Asegurado, cuando así sea requerido por la Aseguradora, deberá aportar los originales de la anterior documentación.

En todo caso, la Aseguradora se obliga a observar la confidencialidad en los datos referentes a la salud y actuar de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

Con independencia de todo ello, el Asegurado se obliga a prestar a la Aseguradora toda la colaboración que ésta le solicite para completar su información sobre el siniestro y sus consecuencias, permitiendo la visita médica de los profesionales Médicos y especialistas designados por la Aseguradora, los cuales no sólo velarán por el exacto cumplimiento del Contrato de Seguro, sino que apoyarán con sus conocimientos al equipo Médico que atienda al paciente.

Dentro de esta colaboración, el Asegurado se obliga a facilitar a la Aseguradora traducción oficial de los documentos redactados en idiomas distintos a los que tienen carácter de oficiales en el Estado español. Si los documentos aportados se encontraren redactados en los idiomas inglés y/o francés, el Asegurado podrá quedar eximido de aportar su correspondiente traducción al castellano si solicita de la Aseguradora que sea ésta quien proceda a su traducción.

En tal supuesto, el Asegurado acepta la traducción así realizada por la Aseguradora.

3. La Aseguradora hará efectivo al Asegurado el importe que corresponda dentro de los 15 días laborables siguientes a la recepción de la documentación completa especificada en el apartado anterior. El pago se realizará siempre en moneda española, aunque las facturas se hayan extendido en otra moneda diferente. En este último caso, se efectuará el pago al cambio aplicable en la fecha de recepción de las facturas por La Aseguradora. Aunque la Aseguradora abonará en principio al Asegurado las indemnizaciones previstas en la Póliza, se reserva expresamente la facultad de realizar ese pago directamente a los profesionales y centros sanitarios emisores de la correspondiente factura, siempre que ésta no hubiera quedado previamente satisfecha, y en la cuantía correspondiente a la Aseguradora de acuerdo con los límites establecidos en Condiciones Especiales.

Modalidad II: Prestación de la Asistencia Sanitaria por medio del Cuadro Médico de la Aseguradora

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 en 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. 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. 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.
2. 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. En su caso, el Asegurado también deberá exhibir el documento de autorización previsto en la Cláusula 4 siguiente. El Asegurado abonará por cada servicio recibido, el importe que, en concepto de franquicia/copago 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 afectados por franquicia/copago que hubieren utilizado los Asegurados incluidos en la Póliza, junto con el importe de las franquicias/copagos 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/copagos podrá ser actualizado por la Aseguradora, de conformidad con lo establecido en el apartado 13) de las 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 así mismo 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.

Cartera de servicios con cobertura

Las especialidades, prestaciones sanitarias y coberturas accesorias cubiertos por esta Póliza son los que se indican a continuación junto con sus exclusiones específicas, en el caso de que existan, siendo así mismo de aplicación las exclusiones comunes indicadas en el apartado *"Exclusiones Comunes 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 en consultas médicas o en régimen de hospitalización (según proceda a criterio de un facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora), en las especialidades que a continuación se citan:

- ❖ Alergología. Las vacunas serán a cuenta del Asegurado. Se excluyen los paneles moleculares diagnósticos y la determinación y empleo de alérgenos recombinantes.
- ❖ Anestesiología y reanimación.
- ❖ Angiología y cirugía vascular. Incluye el tratamiento endoluminal de varices por láser siempre y cuando no sea por motivos estéticos.
- ❖ Aparato digestivo.
- ❖ Cardiología.
- ❖ Cirugía cardiovascular.
- ❖ Cirugía general y del aparato digestivo. Se excluye la cirugía bariátrica y similares.
- ❖ Cirugía máxilo-facial. Quedan excluidos los tratamientos estéticos. Así mismo, queda excluida la cirugía ortognática, la cirugía preimplantacional y la cirugía preprotésica aunque las mismas tengan finalidad funcional.
- ❖ Cirugía Pediátrica.
- ❖ Cirugía plástica reparadora. Queda excluida la cirugía con fines estéticos o cosméticos, salvo la reconstrucción de la mama afectada tras mastectomía y la remodelación de la mama sana contralateral, ésta última con un límite máximo de un año después de la cirugía oncológica, si es considerada como opción terapéutica mediante informe médico. Incluirá la prótesis mamaria y los expansores de piel. Queda excluida la reconstrucción y/o simetrización mamaria tras cirugía de resección mamaria por patología benigna, así como las técnicas de lipoinfiltración grasa para cualquier tipo de patología. Se excluye la micropigmentación del complejo areola pezón. Se excluye el tratamiento quirúrgico del lipedema.
- ❖ Cirugía torácica.
- ❖ Dermatología. Incluye la terapia fotodinámica, la dermatoscopia digital y la fototerapia PUVA y PUVB. Quedan excluidas en aplicaciones cosméticas o estéticas y como pruebas de cribado.
- ❖ Endocrinología y nutrición.
- ❖ Ginecología y obstetricia. Vigilancia del embarazo y asistencia a los partos. Incluye en cobertura del Test de preeclampsia (cociente sFlt-1PIGF), exclusivamente en personas Aseguradas con sospecha clínica de preeclampsia documentada. Se excluye cobertura como prueba de cribado.
- ❖ Hematología y hemoterapia.
- ❖ Medicina interna.

- ❖ Medicina nuclear.
- ❖ Nefrología.
- ❖ Neumología.
- ❖ Neurocirugía
- ❖ Neurofisiología clínica.
- ❖ Neurología.
- ❖ Odonto-estomatología. Se encuentran cubiertas las curas estomatológicas, extracciones y una limpieza de boca por cada anualidad del Seguro. A partir de la segunda limpieza dentro de la anualidad, será necesaria la prescripción médica.
- ❖ Oftalmología. Incluye la retinografía, la tomografía de coherencia óptica, ortóptica y pleóptica, el cross linking corneal (excluido en caso de ectasia consecuencia de cualquier cirugía refractiva), el tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad por terapia fotodinámica o inyección intravítreo de fármacos (en este caso, el coste de los fármacos utilizados correrá a cargo del Asegurado). Queda excluida la corrección quirúrgica de la miopía, hipermetropía o astigmatismo y presbicia y cualquier otra patología refractiva ocular. Excluidos fármacos. Se excluyen los tratamientos con luz pulsada intensa (IPL)
- ❖ Oncología médica y radioterápica.
- ❖ Otorrinolaringología. Incluye la radiofrecuencia de cornetes y la cirugía mediante Láser CO2.
- ❖ Psicología: Con un máximo de veinte sesiones por cada anualidad de Seguro o cuarenta sesiones en caso de trastornos alimentarios. Será necesaria la autorización previa de la Aseguradora. 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.
- ❖ Psiquiatría.
- ❖ Rehabilitación y fisioterapia, previa prescripción de un facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora. Comprende la valoración del médico rehabilitador y la fisioterapia, siendo su cobertura en régimen ambulatorio (excluida la fisioterapia domiciliaria) la rehabilitación del aparato locomotor, rehabilitación vestibular, rehabilitación del suelo pélvico (Exclusivamente para disfunciones producidas como consecuencia del embarazo y parto, cubiertos previamente por el Seguro) y la rehabilitación cardiaca (Exclusivamente para recuperación inmediata en pacientes que hayan sufrido un infarto agudo de miocardio y/o cirugía cardiaca con circulación extracorpórea, cubiertos previamente por el Seguro). En régimen de hospitalización quedará cubierta la rehabilitación del aparato locomotor respiratoria y cardiaca durante el episodio de ingreso que haya justificado la necesidad de dicha rehabilitación. Queda incluido el drenaje linfático tras cirugía oncológica con resección de cadenas ganglionares tanto en régimen ambulatorio como en hospitalización. 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, así como la rehabilitación respiratoria ambulatoria, neuropsicológica o estimulación cognitiva y la terapia ocupacional.
- ❖ Reumatología.
- ❖ Traumatología y cirugía ortopédica. Cirugía artroscópica. Queda expresamente excluida la infiltración de plasma rico en plaquetas o factores de crecimiento.
- ❖ Urología. Incluye el uso del láser para el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata. Queda excluido el tratamiento quirúrgico prostático con crioterapias, radiofrecuencia, HIFU (ultrasonido focalizado de alta intensidad) y termoterapias.



Medicina preventiva

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

- ❖ Pediatría: incluye controles preventivos y de desarrollo infantil. Comprende la consulta periódica con especialista, así como los exámenes de salud del recién nacido (detección de metabolopatías y detección precoz de la hipoacusia mediante otoemisiones acústicas o potenciales evocados en caso necesario).

- ❖ Ginecología y obstetricia: revisión ginecológica en cada anualidad de Seguro, para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix. Incluye la consulta y exploración con el especialista, así como las pruebas diagnósticas según el criterio del médico: ecografía ginecológica, mamografía, citología y detección del virus papiloma humano.
- ❖ Cardiología: incluye la prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años mediante la consulta por el médico especialista y las pruebas diagnósticas según el criterio del médico: ECG, radiografía de tórax, prueba de esfuerzo, analítica básica de sangre y orina.
- ❖ Urología: revisión urológica en cada anualidad de Seguro para la prevención del cáncer de próstata. Comprende la consulta y exploración física por el médico especialista y las pruebas diagnósticas según el criterio del médico: analítica básica de orina y sangre incluyendo PSA (determinación antígeno prostático específico) y ecografía prostática.
- ❖ Planificación familiar: Control del tratamiento con anovulatorios, implantación de DIU y su vigilancia, siendo por cuenta de la Asegurada el coste del dispositivo. Incluye ligadura de trompas y vasectomía, así como el estudio diagnóstico de las causas de esterilidad o infertilidad (estudios serológicos y hormonales, cariotipo, así como histerosalpingografía en la mujer y espermograma en el varón). Queda expresamente excluida la interrupción voluntaria del embarazo y las reducciones embrionarias, así como los tratamientos de esterilidad o infertilidad y las medicaciones y las cirugías para revertir la ligadura de trompas y la vasectomía.
- ❖ Prevención del cáncer colorrectal. Incluye consulta y exploración física con el especialista, así como, según el criterio del médico, el test de detección de sangre oculta en heces y en caso necesario colonoscopia.
- ❖ Prevención diabetes: consulta y exploración por Médico especialista así como determinación de glucemia basal y en caso necesario hemoglobina glicosilada.



Medios de diagnóstico

1. Análisis Clínicos, anatomía patológica y citopatología. Quedan excluidas las Biopsias Líquidas.
2. Radiología general: Incluye las técnicas habituales de diagnóstico por la imagen, quedando incluida la utilización de medios de contraste. Excluidos radiofármacos y medicación ambulatoria.
3. Otros medios de diagnóstico: doppler cardíaco, electrocardiografía, electroencefalografía, electromiografía, fibroendoscopia y ecografías.
4. Medios de diagnóstico de alta tecnología:
 - a) Inmunohistoquímica
 - b) Ergometría, holter (quedan excluidos los holter implantables), estudios electrofisiológicos y terapéuticos.
 - c) Polisomnografía
 - d) Endoscopias digestivas, diagnósticas y/o terapéuticas.
 - Cápsula endoscópica para el estudio diagnóstico de la hemorragia digestiva de origen no identificado después de colonoscopia y endoscopia alta.
 - Ecoendoscopia.
 - Resección endoscópica mucosa o mucosectomía.
 - Disección endoscópica submucosa para la extirpación, en toda la vía digestiva, de lesiones premalignas o malignas mayores de 2 cm en las que se ha descartado polipectomía convencional y precisan tratamiento quirúrgico.
 - Ablación por radiofrecuencia en casos de esófago de Barret
 - Quedan excluidas las técnicas bariátricas por endoscopia.
 - e) Fibroendoscopia nasal y fibrobroncoscopias: diagnósticas y/o terapéuticas. Ecobroncoscopia.

- f) Elastografía de transición hepática (fibroscan) para el diagnóstico de la fibrosis hepática de distintas etiologías, especialmente para confirmar la presencia de cirrosis, con exclusión de la enfermedad hepática alcohólica.
- g) Neuronavegador y Monitorización neurofisiológica intraoperatoria: incluida la neuronavegación quirúrgica no robótica en intervenciones intracraneales y en fijaciones vertebrales de dos o más niveles o cirugía oncológica de columna vertebral o médula espinal. No se incluyen otras indicaciones de navegación quirúrgica. Incluida la monitorización neurofisiológica intraoperatoria en las mismas intervenciones y además en cirugías de tiroides y paratiroides y riesgo del nervio facial periférico.
- h) Tomosíntesis de mama
- i) Resonancia magnética y Tomografía Axial Computarizada (TAC/escáner). Se excluye la tomografía computerizada de haz cónico.
- j) Colonografía realizada mediante TAC (exclusivamente como prueba complementaria a la fibrocolonoscopia por intolerancia o estenosis y en pacientes con problemas médicos que contraindiquen la práctica de fibrocolonoscopia convencional).
- k) Coronariografía por TAC (exclusivamente para pacientes con enfermedad coronaria sintomática con prueba de esfuerzo no concluyente en pacientes asintomáticos pero con prueba de detección isquémica positiva o dudosa, en cirugías de recambio valvular y en valoración de estenosis por sospecha clínica tras colocación de stents coronario o de cirugía de by-pass coronario y en malformaciones del árbol coronario. No está incluido la cobertura bajo ninguna circunstancia en la utilización para cuantificación del PET/TAC (Quedan incluidos en arterias coronarias y su utilización como prueba diagnóstica de screening).
- l) Resonancia Magnética Multiparamétrica.
- m) Biopsia prostática por fusión de imágenes ecodirigida, en casos de alta sospecha clínica de cáncer de próstata (acreditada por valores del PSA*) y con al menos una biopsia prostática previa negativa realizada en los últimos 18 meses previos a la solicitud de la biopsia por fusión. *Elevación PSA total > 10 ng/ml y/o elevación persistente (más de seis meses) del PSA total entre 4 y 10 ng/ml y/o coeficiente PSA libre/total < 0,2)
- n) Medicina Nuclear. PET/TAC (Quedan incluidos exclusivamente los realizados con el radiofármaco 18F-FDG y en las indicaciones clínicas establecidas en la ficha técnica del mismo y autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios) y PET/RM (exclusivamente los realizados con el radiofármaco 18F-FDG en indicaciones clínicas oncológicas).
- o) Amniocentesis y Cariotipos
- p) Pruebas genéticas: Quedan cubiertas exclusivamente aquellas pruebas cuyo fin sea el diagnóstico de enfermedades en pacientes afectos y sintomáticos.
 - Incluye las dianas terapéuticas cuya determinación sea exigida en la ficha técnica emitida por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para la administración de algunos fármacos.
 - Incluye las plataformas genómicas de cáncer de mama Oncotype y Mammaprint prescrita por especialista en oncología médica, únicamente en mujeres con cáncer de mama en estadios iniciales (I-II), receptores de estrógenos (RE/ER) positivos, HER 2 negativos y: a) ganglios linfáticos negativos (N0) o b) metástasis de ganglio axilar menor o igual a 2 mm (N1mi) o N1 con afectación de 1 a 3 ganglios máximo.
 - Incluye también los test de DNA fetal en sangre materna, para diagnóstico prenatal de las trisomías 21, 18 y 13 prenatal cuando el índice de riesgo en el cribado combinado del primer trimestre (CCPT) esté comprendido entre 1/50 y 1/250 o en gestantes con embarazo previo con n aneuploidías en los cromosomas 21, 18, o 13, independientemente del CPCT.

Quedan expresamente excluidos de la cobertura del Seguro, cualquier medio de diagnóstico y/o tratamiento mediante terapia génica, los estudios de farmacogenética, la determinación del mapa genético con fines predictivos o preventivos, las biopsias líquidas, los test genéticos de disbiosis y cualquier otra técnica genética o de biología molecular.

5. Medios de diagnóstico intervencionista: radiología intervencionista vascular y visceral y hemodinámica vascular.

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



Hospitalización

Cualquier tipo de hospitalización se realizará en clínica u hospital concertado designado por la Entidad Aseguradora. Para ello será necesaria la previa prescripción de un especialista concertado y autorización escrita de ésta.

La hospitalización se hará siempre en habitación individual que dispondrá de cama para el acompañante excepto en las hospitalizaciones psiquiátricas, en U.V.I. y neonatológicas, y serán por cuenta de la Aseguradora los gastos derivados de la realización de los métodos diagnósticos y terapéuticos, tratamientos quirúrgicos (incluidos gastos de quirófano y medicamentos) y estancias con la manutención del enfermo, comprendidos en la cobertura de la Póliza.

Queda excluida la asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social.

- ❖ Hospitalización obstétrica (partos). Incluye el tratamiento del ginecólogo obstetra y/o la matrona en ingreso hospitalario durante el proceso de embarazo y/o parto; y el nido y/o la incubadora para el recién nacido durante su internamiento hospitalario, conforme a lo establecido en el apartado 4.1 d) de las Cláusulas Jurídicas.
- ❖ Hospitalización quirúrgica. Incluye las especialidades quirúrgicas para el tratamiento de las patologías que así lo requieran, el estudio preoperatorio o preanestésico (consulta, analítica y electrocardiograma), las visitas y curas del postoperatorio inmediato, la cirugía mayor ambulatoria, y en su caso los implantes quirúrgicos y prótesis especificados en la Cláusula descriptiva de la cobertura 2.7 de estas Condiciones Generales.
- ❖ Hospitalización médica sin intervención quirúrgica. Incluye las distintas especialidades médicas para el diagnóstico y/o tratamiento de las patologías médicas susceptibles de ingreso.
- ❖ Hospitalización pediátrica. Para menores de 14 años. Incluye la asistencia por motivo de intervención quirúrgica o enfermedad médica tanto en hospitalización convencional como en unidades de neonatología (cuidados intensivos y/o cuidados intermedios).
- ❖ Hospitalización en Unidad de Vigilancia Intensiva (U.V.I.).
- ❖ Hospitalización psiquiátrica. Exclusivamente para los enfermos de procesos agudos o crónicos en periodo de agitación, previamente diagnosticados por un especialista del Cuadro Médico de la Aseguradora, en régimen de internamiento o en hospitalización de día, con un límite de cincuenta días por cada anualidad de Seguro.
- ❖ Hospitalización de día: Tanto para procesos quirúrgicos como médicos, incluidos los tratamientos quimioterápicos en oncología. Comprende los gastos de estancia y los medios de diagnóstico utilizados durante la permanencia en el centro hospitalario. Excluida medicación.



Implantes y prótesis quirúrgicas

Serán suministrados siempre por las empresas designadas por la Aseguradora. La garantía comprende, previa prescripción escrita de un médico especialista del Cuadro Médico, las prótesis internas y materiales implantables expresamente indicados a continuación:

- ❖ Cardiovasculares: marcapasos (monocamerales, bicamerales y los marcapasos con terapia de resincronización cardiaca), válvulas cardíacas mecánicas, biológicas xenólogas y anillos para valvuloplastia, conducto valvulado, stent coronario (medicalizado o no medicalizado), prótesis de bypass vascular y las endoprótesis (stent) vasculares. Sustitutos del pericardio (sintéticos y biológicos xenólogos) y filtro vena cava. Quedan excluidos los marcapasos con tecnología sin cable, los desfibriladores automáticos implantables (DAI) y las válvulas cardíacas transcateter. Se incluyen los coils (materiales de embolización, tipo líquido o dispositivo). No se incluyen las partículas liberadoras de fármacos ni los dispositivos tipo amplatzer y similares, ni periféricos ni cardíacos (estos dispositivos se catalogan como dispositivos oclusores/ tapón cardíaco y vasculares). **No se incluyen las válvulas aórticas transcateter (TAVI)**
- ❖ Digestivos: endoprótesis (stents) biliopancreático, esofágico, duodenal, colorrectal exclusivamente en casos de estenosis por patología neoplásica maligna y en casos tras perforación por proceso endoscópico que haya sido a cargo de la Aseguradora. Se excluyen todos los dispositivos y prótesis empleados como terapia de vacío endoluminal.
- ❖ Osteoarticulares: Prótesis internas traumatológicas, el material de osteosíntesis y el material osteo ligamentoso biológico obtenido de bancos de tejidos autorizados en la Unión Europea. Se excluyen los fijadores externos y los dispositivos de elongación de hueso intramedulares guiados por dispositivos electrónico.
- ❖ Oftalmológicos: Lentes intraoculares (monofocales y bifocales) para la corrección de la afaquia tras cirugía de cataratas. Quedan excluidas las lentes tóricas, monofocales de rango extendido, lentes EDOF (de profundidad de foco extendida), trifocales y otras lentes con corrección visual añadida.
- ❖ Quimioterapia o Tratamiento del Dolor: Reservorios implantables (ports).
- ❖ Implantes reparadores.
 - Prótesis mamaria y expansores cutáneos para la reconstrucción de la mama afectada tras mastectomía y la remodelación de la mama sana contralateral, esta última con un límite máximo de un año después de la cirugía oncológica, si es considerada como opción terapéutica mediante informe médico.
 - Mallas sintéticas para reconstrucción de pared abdominal o torácica.
- ❖ Urológicos: prótesis testiculares tras orquiectomía exclusivamente tras proceso tumoral o torsión testicular. Banda de fijación para incontinencia de esfuerzo cuando haya fracasado el tratamiento conservador o el farmacológico.
- ❖ Implantes neurológicos: sistemas de derivación de líquido cefalorraquídeo, incluyendo sus reservorios.
- ❖ Implantes otorrinolaringológicos: tubos de drenaje transtimpánico

El coste de cualquier otro tipo de implante quirúrgico, material biológico, prótesis externas, fijador externo, órtesis y ortoprótesis no incluidos en el detalle anterior correrán a cargo del Asegurado.



Tratamientos especiales

- ❖ Terapias respiratorias a domicilio. Incluye oxigenoterapia (líquida, con concentrador o gaseosa), aerosolterapia (en este caso la medicación correrá a cargo del Asegurado), ventilación con presión positiva continua en vía aérea (CPAP) y ventilación con dispositivos binivel (BIPAP).
- ❖ Trasfusiones de sangre y/o plasma.

- ❖ Logopedia y foniatria. Incluye el tratamiento de patologías del lenguaje, del habla y de la voz de causa orgánica y trastornos funcionales, quedando excluidos los tratamientos cuando se haya conseguido la recuperación funcional, o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento. Se dará también cobertura logopédica por deglución atípica para menores de 14 años hasta un máximo de 20 sesiones por asegurado y anualidad . Queda excluido el tratamiento de los trastornos del aprendizaje (dislexia, disgrafía y discalculia).
- ❖ Laserterapia. Incluye fotocoagulación en oftalmología, la cirugía en coloproctología, las intervenciones quirúrgicas en ginecología, otorrinolaringología y dermatología, así como el láser en rehabilitación músculo-esquelética, en las intervenciones para la hiperplasia benigna de próstata, en la litotricia de la vía urinaria y en el tratamiento endoluminal de las varices y lesiones traqueobronquiales. Quedan expresamente excluidas todas aquellas técnicas quirúrgicas o terapéuticas que empleen láser y no se encuentren en el detalle anterior.
- ❖ Nucleotomía percutánea.
- ❖ Hemodiálisis para insuficiencias renales agudas o crónicas.
- ❖ Logopedia y foniatria. Incluye el tratamiento de patologías del lenguaje, del habla y de la voz de causa orgánica y trastornos funcionales, quedando excluidos los tratamientos cuando se haya conseguido la recuperación funcional, o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento. Se dará también cobertura logopédica por deglución atípica para menores de 14 años hasta un máximo de 20 sesiones por asegurado y anualidad . Queda excluido el tratamiento de los trastornos del aprendizaje (dislexia, disgrafía y discalculia).
- ❖ Quimioterapia. En régimen de internamiento o en hospitalización de día. La Aseguradora sólo asumirá los gastos de medicamentos clasificados como antineoplásicos del Grupo L01 de la Clasificación ATC en vigor de la OMS, comercializados en España y que estén autorizados por el Ministerio de Sanidad. Incluye los reservorios implantables (port-a-cath). Quedan expresamente excluidos los tratamientos quimioterápicos intraoperatorios como la quimioterapia intraperitoneal.
- ❖ Oncología radioterápica. Incluye cobaltoterapia, braquiterapia, los isótopos radioactivos y acelerador lineal: irradiación corporal (baño de electrones); radiocirugía y radioterapia esterotáctica en los tumores intracraneales; radioterapia externa conformacional; radioterapia extero-táctica corporal; radioterapia con intensidad modulada con control de imagen y movimiento. Se excluye la radioterapia para procesos benignos no oncológicos salvo en emergencias por compresión medular y la terapia con haz de protones o neutrones.
- ❖ Tratamiento del dolor. Incluye los reservorios implantables (port-a-cath), quedando excluidas las bombas implantables para perfusión de medicamentos y los electrodos de estimulación medular.
- ❖ Litotricia renal.
- ❖ Ondas de choque para calcificaciones musculotendinosas.

Los tratamientos anteriores, en todos los casos, han de ser prescritos por facultativos del Cuadro Médico de la Aseguradora que tengan a su cargo la asistencia del Asegurado, asistencia que ha de estar cubierta por la Póliza.



Coberturas accesorias

- **Ambulancias.** Para el traslado dentro de la provincia de residencia de los enfermos cuyo estado físico lo requiera. El Seguro cubre exclusivamente el desplazamiento del Asegurado desde su domicilio al hospital o viceversa y sólo para ingreso hospitalario o asistencia de urgencia. Será necesaria la prescripción de un facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora, salvo en caso de urgencia. Quedan excluidos los gastos de transporte del Asegurado al centro y viceversa en casos de rehabilitación y fisioterapia, y en casos de diálisis.
- **Preparación al parto.** Asistencia impartida en cursos de preparación que incluye los ejercicios físicos de relajación y de simulación de los períodos de dilatación y expulsión al parto.
- **Podología.** Exclusivamente tratamientos de quiropodia en consulta. Con un máximo de doce sesiones por cada anualidad de Seguro.
- **Cirugía Robótica:** Queda incluida la cirugía robótica exclusivamente para las indicaciones que se detallan a continuación y en los centros concertados para ello.
 - **Cirugía Robótica en ginecología:** queda incluida la cirugía robótica para Cáncer del cuerpo uterino, Cáncer de endometrio, Cáncer de cervix y endometriosis exclusivamente de Grado IV o severas (lesiones extensas con múltiples adherencias y afectación de otros órganos), en los centros concertados para. Para acceder a esta asistencia sanitaria será necesaria:
 - La prescripción por parte de un Médico o Facultativo especialista en ginecología del Cuadro Médico de la Aseguradora.
 - El pago previo por el Asegurado a la Aseguradora de una **franquicia por importe de 8.000 euros.**
 - La autorización previa emitida por la Aseguradora.
 - **Cirugía Robótica en cirugía torácica:** queda incluida la cirugía robótica **exclusivamente para lobectomía pulmonar, segmentectomía pulmonar**, en los centros concertados para ello. Para acceder a esta asistencia sanitaria será necesaria:
 - La prescripción por parte de un Médico o Facultativo especialista en Cirugía Torácica del Cuadro Médico de la Aseguradora.
 - El pago previo por el Asegurado a la Aseguradora de una **franquicia por importe de 10.000 euros.**
 - La autorización previa emitida por la Aseguradora
 - **Cirugía Robótica en urología:** queda incluida la cirugía robótica **exclusivamente para** las indicaciones que se detallan a continuación y en los centros concertados para. Para acceder a esta asistencia sanitaria será necesaria:
 - La prescripción por parte de un Médico o Facultativo especialista en urología del Cuadro Médico.
 - El pago previo por el Asegurado y a la Aseguradora de una **franquicia por importe de 8.000 euros.**
 - La autorización previa emitida por la Aseguradora

El empleo de sistemas robóticos en cirugía se incluye exclusivamente para las siguientes indicaciones:

- En el tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata mediante prostatectomía radical en aquellos casos que cumplan todos los siguientes criterios:
 1. Diagnóstico de tumor maligno prostático localizado, o localmente avanzado y de riesgo bajo-intermedio;
 2. PSA menor o igual a 20 ng/ml en el momento de la indicación quirúrgica;
 3. Ausencia de afectación extracapsular y/o de vesículas seminales en la ecografía transrectal o medios de imagen (tumor estadificado como T1 o T2); Grado ISUP 1-2-3/Gleason menor o igual 7.
 4. Ausencia de evidencia de metástasis y/o invasión linfática (tumor estadificado como N0 y M0);
 5. Riesgo anestésico del paciente ASA menor a III.
- En el tratamiento quirúrgico, mediante nefrectomía parcial, del carcinoma renal **exclusivamente en tumores menores de 4 cm en su diámetro mayor.**

Exclusiones Comunes de la Cobertura de Asistencia Sanitaria

Además de las limitaciones y 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 o declaración equivalente. 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 salvo los que se administren al paciente mientras esté hospitalizado, ya sea en régimen de ingreso, hospital de día o cirugía ambulante. Quedan excluidos los medicamentos de terapia avanzada que comprenden los medicamentos de uso humano basados en genes (terapia génica), células (terapia celular de cualquier tipo) y tejidos (ingeniería tisular). Además, quedan excluidos todo tipo de tratamientos experimentales incluyendo los que están en ensayo clínico en todas sus fases o grados.
- 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, como federado, de cualquier deporte y/o actividad; así como la práctica, como federado o como aficionado, 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 deanáloga 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 sometidos a una intervención, infiltración o tratamiento de carácter puramente estético o cosmético. Quedan excluidas las técnicas de lipoinfiltración grasa. Queda excluida la micropigmentación del complejo areola pezón.

- I. La cirugía robótica directa o asistida (maniobras quirúrgicas que realiza un robot siguiendo las instrucciones de un cirujano y guiado por un sistema laparoscópico telerobotizado, y/o la que realiza el robot asistida por un sistema informatizado de realidad virtual o navegador con imágenes en 3D obtenidas por ordenador) en todas las especialidades; las cirugías profilácticas y las cirugías del cambio de sexo.
- J. 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. Quedan excluidas las medicinas alternativas, naturopatía, homeopatía, acupuntura, mesoterapia, hidroterapia, presoterapia, ozonoterapia, medicina regenerativa (Incluye técnicas de regeneración tisular, celular o molecular, los implantes o trasplantes de células madre y la ingeniería de tejidos). Además, se excluye el tratamiento con cámara hiperbárica.
- K. Quedan excluidos los trasplantes o autotrasplantes de órganos, tejidos y células. Así mismo quedan excluidas en todos los trasplantes de órganos, las actuaciones médicas y quirúrgicas a realizar sobre la persona del donante, sea o no Asegurado, para la extracción del órgano a trasplantar a otra persona, y las actuaciones correspondientes a la conservación y traslado del órgano.
- L. Cualquier intervención quirúrgica sobre el no nacido.
- M. Quedan excluidas todo tipo de prótesis e implantes quirúrgicos y material sanitario implantable sintético o biológico, fijadores externos e internos no detallados en el apartado de cobertura de implantes y prótesis quirúrgicas.
- N. Queda excluida la terapia ocupacional.

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 Vital y mientras ésta dure.

Si la asistencia Urgente incluye la hospitalización del paciente, la cobertura finalizará a las 24 horas del ingreso del Asegurado en el centro hospitalario

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 en 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. 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. En su caso, el Asegurado también deberá exhibir el documento de autorización previsto en la Cláusula 4 siguiente. El pagador de copago abonará por cada servicio recibido, el importe que, en concepto de franquicia/copago 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 afectados por franquicia/copago que hubieren utilizado los Asegurados incluidos en la Póliza, junto con el importe de las franquicias/copagos 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/copagos podrá ser actualizado por la Aseguradora, de conformidad con lo establecido en el apartado 13 de las 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 así mismo 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 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 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:

Medios de diagnóstico	
Medios de diagnóstico de alta tecnología.	3 meses
Medios de diagnóstico intervencionista.	6 meses
Hospitalización	
Intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio (Intervenciones del grupo 0 al II según clasificación de la Organización Médica Colegial).	3 meses
Ligadura de trompas y vasectomía.	6 meses
Hospitalización por cualquier motivo o naturaleza en régimen de internamiento o en hospital de día, así como las intervenciones quirúrgicas realizadas en estos regímenes.	8 meses
Coste de Implantes quirúrgicos y prótesis.	8 meses
Intervenciones quirúrgicas y partos distócos que tengan lugar en situación de urgencia vital, no se aplicará el periodo de carencia previsto, y tampoco en los partos prematuros, entendiéndose como tales los que se produzcan con anterioridad al cumplimiento de la 28 ^a semana de gestación.	
Tratamientos especiales	
Laserterapia: en tratamientos de fotocoagulación en oftalmología así como el láser en rehabilitación músculo-esquelética.	3 meses
Nucleotomía percutánea.	3 meses
Laserterapia. Cirugía en coloproctología, las intervenciones quirúrgicas en ginecología, otorrinolaringología y dermatología, en las intervenciones para la hiperplasia benigna de próstata, en la litotricia de la vía urinaria y en el tratamiento endoluminal de las varices y lesiones traqueobronquiales..	8 meses
Tratamiento del dolor	8 meses
Diálisis.	8 meses
Ondas de choque para calcificaciones musculotendinosas.	8 meses
Litotricia renal.	8 meses
Quimioterapia y Oncología Radioterápica.	8 meses
Coberturas accesorias	
Cirugía Robótica exclusivamente para las especialidades, indicaciones y con los requisitos descritos en el apartado coberturas accesorias de las Condiciones Generales	10 meses

Franquicias y Copago

Coberturas accesorias	
Cirugía Robótica exclusivamente para las especialidades, indicaciones y con los requisitos descritos en el apartado coberturas accesorias de las Condiciones Generales	
Cirugía robótica en ginecología	8.000,00 €
Cirugía robótica en cirugía torácica	10.000,00 €
Cirugía robótica en urología	8.000,00 €

Límites generales

La Aseguradora asume las obligaciones que recogen las Cláusulas Descriptivas de la Cobertura de Asistencia Sanitaria dentro de los límites que se establecen a continuación:

1. Ámbito geográfico Modalidad I

Los centros y profesionales sanitarios de los que el Asegurado puede recibir asistencia, solicitando el reembolso de gastos previstos en las Cláusulas Descriptivas de la Cobertura de Asistencia Sanitaria, pueden estar radicados en cualquier país del mundo, incluida España. Están excluidos de esta modalidad de Seguro todos los profesionales y centros concertados que figuran en los Cuadros Médicos de la Aseguradora, siendo responsabilidad del Asegurado conocer esta circunstancia antes de recibir la asistencia, para lo cual la Aseguradora otorgará las máximas facilidades de asistencia telefónica, documental y a través de su web.

2. Ámbito geográfico Modalidad II

La prestación de asistencia sanitaria por medio de los Cuadros Médicos de la Aseguradora, se realizará exclusivamente dentro de España. En esta Modalidad II se excluye expresamente el pago mediante el Reembolso de Gastos previsto en la Modalidad I, siendo de aplicación lo establecido en la Modalidad II: Prestación de la Asistencia Sanitaria por medio del Cuadro Médico de la Aseguradora de las Cláusulas Descriptivas de la Cobertura de Asistencia Sanitaria.

3. Comunicación de siniestros

Para la aplicación de las garantías incluidas en la Modalidad I, el Asegurado o cualquier persona en su nombre deberá comunicar el siniestro en oficinas de la Aseguradora a la mayor brevedad posible y en todo caso dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, conforme dispone el artículo 16 de la Ley.

En el caso de intervención quirúrgica o de hospitalización deberá comunicarlo dentro de los siete días inmediatamente anteriores al ingreso hospitalario, salvo en los casos de urgencia, sin perjuicio de lo establecido en la Ley.

A efectos de las garantías que comprende la Modalidad II, 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 anterior, en cuyo caso la comunicación deberá hacerse a la Aseguradora en la forma allí establecida.

4. Límites cuantitativos

Si el Asegurado utiliza para su asistencia sanitaria la Modalidad II, es decir mediante los Cuadros Médicos de la Aseguradora, ésta hará frente a los gastos que ello represente sin límite cuantitativo alguno. De utilizar el Asegurado alguna de las garantías que comprende la Modalidad I de Reembolso de Gastos, se aplicarán los siguientes límites cuantitativos:

- A. SUMA ASEGURADA ANUAL. La suma asegurada vendrá establecida en las Condiciones Especiales. Computará a los efectos de suma asegurada el total de las cantidades reembolsadas por gastos sanitarios producidos durante el periodo comprendido entre la fecha de efecto y de vencimiento indicado en Condiciones Particulares. Alcanzado el límite de la suma asegurada se entenderán finalizadas las obligaciones de la Aseguradora en la Modalidad I (Reembolso), hasta una nueva anualidad de seguro en el caso de su renovación. En caso de que se produzcan altas de asegurados con posterioridad al inicio de la anualidad del seguro en curso, la suma asegurada será proporcional a la fracción de año contratada. También se aplicará la proporcionalidad si se produce la baja de algún asegurado antes del vencimiento del período del seguro en curso.

- B. LÍMITES PARCIALES. Son los límites establecidos en Condiciones Especiales para los distintos tipos de acto médico. Son las cantidades máximas que la Aseguradora reembolsará para cada tipo de acto médico para los que se especifican. Sólo computarán y se aplicarán a la Modalidad I de reembolso de gastos. Así mismo, en el caso de varias intervenciones por la misma vía de abordaje, se indemnizará sólo la de mayor importe. Si transcurridas 24 horas de la intervención, se requiriese una nueva, aunque tenga el mismo origen, se considerará como nueva intervención a los efectos de la indemnización.

5. Medios sanitarios ajenos a la Aseguradora

En relación con la asistencia sanitaria que el Asegurado reciba de profesionales, centros y establecimientos sanitarios ajenos a los Cuadros Médicos de la Aseguradora, ésta no asume otras obligaciones que las citadas en la cláusula 2ª (Cláusulas Descriptivas de Cobertura), según las Condiciones Especiales.

6. Utilización combinada de ambas modalidades

El uso combinado de garantías comprendidas en una y otra Modalidad para un mismo proceso médico, sólo será posible si lo permiten los acuerdos de la Aseguradora con los profesionales, centros y establecimientos de sus Cuadros Médicos que intervengan en el proceso.

En otro caso, los gastos devengados en la asistencia del Asegurado, en su totalidad, serán asumidos por la Aseguradora con arreglo a las previsiones de la Modalidad I de Reembolso de Gastos, de acuerdo con los límites cuantitativos establecidos en Condiciones Especiales.

Suma asegurada

La Aseguradora, en concepto de reembolso de gastos por la asistencia sanitaria que, cubierta por la Póliza, hubiera recibido el Asegurado, abonará una cantidad equivalente al 80% de dichos gastos, y siempre con un máximo de **150.000 €** por Asegurado y anualidad de Seguro.

La cantidad indicada constituye, por ello, la suma asegurada prevista en las Cláusulas Descriptivas de Cobertura.

En caso de que se produzcan altas de asegurados durante el periodo de vigencia con posterioridad a la fecha de efecto indicada en las Condiciones Particulares, la suma asegurada establecida en estas Condiciones para el primer año, será proporcional a la fracción de año contratada. También se aplicará la proporcionalidad el año en que se extinga la Póliza, si la extinción es anterior a la fecha de vencimiento indicada en las Condiciones Particulares.

Límites parciales de reembolso

No obstante, lo dispuesto en el anterior apartado, el reembolso a efectuar por la Aseguradora no excederá de los límites que, para cada tipo o clase de asistencia sanitaria, a continuación se establecen:

1. Asistencia ambulatoria

- ❖ Honorarios médicos en medicina primaria/familiar y médicos especialistas:
 - Consulta: 40.000 € anuales

En la cantidad citada quedan comprendidas todas las pruebas diagnósticas y actos terapéuticos realizados en la consulta al Asegurado por el propio especialista encargado de establecer el diagnóstico y tratamiento.

2. Asistencia hospitalaria

- ❖ Honorarios médicos en caso de intervención quirúrgica: La intervención quirúrgica realizada al Asegurado se catalogará dentro del grupo que corresponda, según la Clasificación Terminológica de Actos y Técnicas Médicas editada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, no abonándose para el conjunto de los honorarios satisfechos a cirujanos, ayudantes, anestesistas y cualesquiera otros profesionales, cantidad superior a 40.000 € anuales.
- ❖ Honorarios médicos cuando no exista intervención quirúrgica: Gastos razonables y acostumbrados.
- ❖ Prótesis: La cantidad máxima a reembolsar será de 3.500 € por Asegurado y anualidad de seguro.
- ❖ Otros gastos hospitalarios: Gastos de estancia y otros gastos hospitalarios: la cantidad máxima a reembolsar por ambos conceptos será de 1.000 € por día de hospitalización del Asegurado. Si estuviera ingresado en UCI, el límite será de 1.300 € por día.

En el supuesto de tratamientos en régimen de hospital de día, la cantidad máxima a reembolsar será de 500 € por cada tratamiento.

Las cantidades indicadas comprenden el reembolso abonable por cualesquiera conceptos sanitarios derivados o correspondientes a la hospitalización, a excepción de los honorarios Médicos.

3. Asistencia por maternidad

El reembolso a realizar por La Aseguradora de los gastos correspondientes a la asistencia médica y/o quirúrgica del parto y puerperio (sea parto normal o cesárea) no superará en su conjunto la cantidad de 5.000 € anuales.

En estos importes quedan incluidos todos los gastos causados durante el ingreso, internamiento y visitas hospitalarias, pruebas diagnósticas, honorarios del tocólogo, matrona y ayudantes, anestesia y cualesquiera gastos hospitalarios.

En caso de que la Asegurada sea hospitalizada en un centro incluido en el Cuadro Médico de La Aseguradora, siendo el tocólogo ajeno al Cuadro, ésta asumirá la totalidad del gasto hospitalario conforme la Modalidad II y reembolsará en concepto de honorarios hasta un máximo de 5.000 € anuales.

4. Enfermedades congénitas de recién nacido

Se cubrirá la asistencia y los gastos causados por este motivo, únicamente durante el primer año de vida del recién nacido y por un límite máximo, para dicho periodo de tiempo y por todos los conceptos de asistencia sanitaria, de 8.000 €.

5. Tratamientos especiales

Gastos razonables y acostumbrados.

6. Otras prestaciones

Las prestaciones que a continuación se citan tendrán los límites anuales de reembolso que, para cada una de ellas, se señalan:

- Odontoestomatología (sólo prestaciones cubiertas según cláusulas Descriptivas de Cobertura): 365 € anuales
- Rehabilitación y fisioterapia: 1.500 € anuales
- Psicoterapia: 1.500 € anuales; para el límite de 20 sesiones y 3.000 € anuales para el límite de 40 sesiones en los casos de terapia derivada de trastornos alimentarios.
- Ambulancia: 1.200 € anuales
- Podología: 200 € anuales
- Preparación al parto: 100 € anuales

Este Contrato de Seguro comprende de forma inseparable las Condiciones Generales que anteceden, que quedan formadas por las Cláusulas Jurídicas y Cláusulas Descriptivas de Cobertura, las Condiciones Particulares, las Especiales si las hubiere y los Apéndices que recojan las modificaciones de todo ello acordadas por las partes.