



PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS PARA CONTRATAR PÓLIZA DE ASISTENCIA SANITARIA-MÉDICO QUIRÚRGICA DE LOS FUNCIONARIOS INTEGRADOS DEL EXCMO. AYUNTAMIENTO DE L'ELIANA

CAPITULO I: OBJETO DEL CONTRATO Y ASEGURADOS

- 1.1. Objeto del contrato.
- 1.2. Precio del contrato.
- 1.3. Asegurados
- 1.4. Nacimiento y extinción de los derechos de los asegurados.

CAPITULO II: MEDIOS DE LA EMPRESA ADJUDICATARIA

- 2.1. Normas generales.
- 2.2. Prestaciones sanitarias.
- 2.3. Prestaciones complementarias.
 - 2.3.1. Terapias respiratorias.
 - 2.3.2. Podología.
 - 2.3.3. Prestación ortoprotésica.
 - 2.3.4. Transporte para la Asistencia Sanitaria.
- 2.4. Catalogo de Servicios de la Empresa Adjudicataria/Cuadro Médico

CAPITULO III: UTILIZACIÓN DE LOS MEDIOS DE LA EMPRESA ADJUDICATARIA

- 3.1. Alcance de cobertura
- 3.2. Ámbito territorial.
- 3.3. Requisitos.
 - 3.3.1. Tarjetas sanitarias.
 - 3.3.2 requisitos adicionales.
- 3.4. Libertad de elección de facultativo y centro.
- 3.5. Atención sanitaria
 - 3.5.1. Asistencia en consulta externa.
 - 3.5.2. Asistencia domiciliaria.
 - 3.5.3. Asistencia urgente.
 - 3.5.4. Asistencia en régimen de hospitalización. A) requisitos. B) duración de la hospitalización. C) tipo de habitación D) gastos cubiertos. E) centros ajenos F) hospitalización de día. G) hospitalización por maternidad. H) hospitalización por asistencia pediátrica. I) hospitalización domiciliaria. J) Hospitalización en centros o unidades de media y larga estancia. K) Hospitalización psiquiátrica.
- 3.6. Farmacia.
- 3.7. Productos sanitarios.
- 3.8. Especificaciones complementarias.
 - 3.8.1. Diagnóstico y tratamiento de la esterilidad.
 - 3.8.2. Estomatología y odontología.
 - 3.8.3. Rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.
 - 3.8.4. Psiquiatría.
 - 3.8.5. Cirugía plástica, estética y reparadora.
 - 3.8.6. Trasplantes.
 - 3.8.7. Programas preventivos.
- 3.9. Utilización directa del servicio de ambulancias.



AJUNTAMENT DE L'ELIANA (València)

Pl. País Valencià, 3 –46183 (L'Eliana). Tel.96-275.80.30 Fax 96-274.37.13- N^o R.E.L.01461167 P4611800F

CAPITULO IV: UTILIZACIÓN DE MEDIOS NO CONTRATADOS.

- 4.1. Norma general.
- 4.2. Denegación injustificada de asistencia.
- 4.3. Asistencia urgente de carácter vital.
 - 4.3.1. Concepto.
 - 4.3.2. Requisitos.
 - 4.3.3. Alcance.
 - 4.3.4. Comunicación a la empresa adjudicataria.
 - 4.3.5. Obligaciones de la empresa adjudicataria.
- 4.4. Transporte en medios ajenos para la asistencia sanitaria en los supuestos de denegación injustificada de asistencia y de urgencia vital.

CAPITULO V: ADMINISTRACIÓN DE LA PÓLIZA

CAPITULO VI: ASISTENCIA MÉDICA EN EL EXTRANJERO

CAPITULO VII: CONFIDENCIALIDAD

ANEXOS.

ANEXO I: RELACIÓN DE SERVICIOS DE LA ASEGURADORA QUE PRECISAN AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA MISMA.

ANEXO II: PROGRAMAS PREVENTIVOS.

ANEXO III: CRITERIOS DE COBERTURA EN REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA.



AJUNTAMENT DE L'ELIANA (València)

Pl. País Valencià, 3 -46183 (L'Eliana). Tel.96-275.80.30 Fax 96-274.37.13- N° R.E.L.01461167 P4611800F

CAPITULO I: OBJETO DEL CONTRATO, ASEGURADOS Y PRECIO

1.1. OBJETO DEL CONTRATO.

El objeto del contrato es facilitar las prestaciones de asistencia sanitaria y médico quirúrgica a los funcionarios de carrera en activo en el Ayuntamiento de l'Eliana, integrado en el Régimen General de la Seguridad social a partir del 1 de abril de 1993, es decir que estuvieran en el servicio activo en el Ayuntamiento de l'Eliana en fecha 31 de Marzo de 1.993 o se hubiese incorporado con posterioridad al Ayuntamiento de l'Eliana (denominados titulares), así como las personas dependientes de aquellos con derecho a la asistencia sanitaria (denominados beneficiarios), conforme a lo dispuesto en la Disposición Transitoria Quinta del Real Decreto 480/1993 de 2 de abril, apartado 3 por la que se establece que dicha prestación se hiciera a través de aseguradoras privadas. Estas prestaciones lo serán conforme lo establecido en la Ley 14/1986 General de Sanidad, de 25 de abril y la Ley 16/2003, de 28 mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y de acuerdo con las condiciones y características que figuran en el pliego de cláusulas administrativas particulares y en el presente pliego de prescripciones técnicas.

La cobertura se extenderá a aquellos funcionarios que hubieran estado en activo a 31 de marzo de 1993, que con posterioridad hayan pasado a declaración de pasivo por jubilación forzosa u otra causa, así como a sus familiares que convivan bajo el mismo techo, quienes de forma voluntaria decidan adherirse a la póliza colectiva, satisfaciendo la prima a su costa y cargo.

Los funcionarios, personal laboral, miembros de la corporación (112 personas) y posibles beneficiarios de los mismos, no integrados en el grupo objeto del contrato, podrán adherirse voluntariamente a la póliza de seguro a los mismos precios, ofertados por el licitador, asumiendo individualmente a su costa el precio de la misma.

La prestación médico-quirúrgica se otorgará, mediante póliza de seguro para cobertura sanitaria, a lo largo de todo el tiempo de vigencia del contrato con igual o superior intensidad y extensión que la prevista en el Régimen General de la Seguridad Social en cada momento, y, bajo la tutela de la Administración Sanitaria competente, y calidad del Sistema Nacional de Salud, y lo establecido en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, y demás normativa aplicable.

La cobertura de prestaciones será idéntica en cantidad, calidad y extensión que la prevista en el Régimen General de la Seguridad Social y MUFACE (Funcionarios Civiles del Estado), y sin perjuicio de las prestaciones adicionales indicadas en el Pliego de Condiciones Técnicas que suponen incrementos de coberturas. Las condiciones del presente pliego tendrán carácter de mínimas.

1.2. PRECIO DEL CONTRATO.

La prima total mensual (incluidos impuestos) de licitación por asegurado sobre el que versarán las ofertas serán en función de su edad, siendo las reflejadas en el siguiente cuadro:

Tipo de licitación	
Grupos Etarios	Prima €/persona y mes
0-4	67,00
5-14	57,00
15-44	64,00
45-54	67,00
55-64	74,00
65-74	88,00
>74	94,00

Dicha cantidad podrá ser mejorada a la baja por los licitadores.

Las ofertas cuyo precio por asegurado supere dicho límite en cualquiera de los grupos etarios serán



AJUNTAMENT DE L'ELIANA (València)

Pl. País Valencià, 3 –46183 (L'Eliana). Tel.96-275.80.30 Fax 96-274.37.13- N^o R.E.L.01461167 P4611800F

rechazadas.

La cuantificación estimada del contrato del servicio en función del número de asegurados (60 personas, de los cuales 31 son titulares y 29 beneficiarios), repartidos por grupos etarios, es de 48.072,00 €/año impuestos incluidos. El valor estimado del contrato de 192.288,00 € impuestos incluidos.

1.3. ASEGURADOS

1.3.1. Sin perjuicio de lo que se establece en la Cláusula 1.1 del presente pliego, son asegurados a los efectos del presente contrato todos funcionarios de carrera en activo en el Ayuntamiento de l'Eliana que estuvieran en el servicio activo en el Ayuntamiento de en fecha 31 de Marzo de 1.993 (de aquí en adelante titulares del seguro) así como las personas dependientes de aquellos con derecho a la asistencia sanitaria (beneficiarios).

1.3.2 Tendrán la condición de beneficiarios todos aquellos familiares que figuren como tales en el Documento de Afiliación de un titular asegurado en la póliza. Los beneficiarios podrán estar asegurados siempre que lo esté el titular.

1.3.3. Igualmente serán asegurados en los términos establecidos en el presente contrato, aquel personal que estuviera en activo en este Ayuntamiento a fecha 31 de marzo de 1993 formando parte del colectivo asegurado y que haya pasado a la declaración de pasivo por jubilación u otra causa a partir del 1 de enero de 2016 o pase en lo sucesivo, así como sus familiares que convivan con éstos y que decidan adherirse a la presente póliza colectiva. En todo caso este personal deberá abonar directamente la prima o cuota a la contratista. La prima o cuota a abonar por este personal será la que corresponda a su edad con la baja presentada por el contratista. A tal efecto se señala que el personal pasivo que actualmente cumple estos requisitos son 3 personas y se prevé que en 2016 alcancen dicha situación 3 más.

1.3.5. Beneficiarias de la asistencia por maternidad:

a.- las titulares afiliadas y en alta.

b.- las beneficiarias incluidas en el certificado de seguro de los titulares en alta.

c.- las cónyuges de los funcionarios, aun cuando no reúnan la condición de beneficiarias incluidas en el correspondiente certificado de seguro e incluso, si siendo titulares, están adscritas a Aseguradora distinta de la del marido.

d.- Además, son también beneficiarias por maternidad, a los efectos del presente Contrato, las cónyuges de los asegurados o aquéllas que convivan con las/los beneficiarios en relación de pareja con carácter estable, aun cuando no reúnan la condición de beneficiarias incluidas en el correspondiente documento de afiliación. En este caso, la asistencia cubre la preparación al parto y todas las incidencias, así como la patología obstétrica del embarazo, parto y puerperio.

1.3.6 El número total entre titulares y beneficiarios asciende a 60 personas, de los cuales son titulares 31 y 29 beneficiarios a su cargo, sin perjuicio de las posibles variaciones que en más o en menos pueda experimentar dicho número, por las altas y las bajas que puedan producirse hasta la entrada en vigor del contrato y a lo largo de su tiempo de duración.

1.4.- NACIMIENTO Y EXTINCIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS ASEGURADOS.

1.4.1. Sin perjuicio de lo establecido en el párrafo siguiente los derechos de los asegurados comienzan en la fecha en que hayan quedado adscritos a la aseguradora, tal y como se indica en el CAPITULO V del presente pliego, sin que existan plazos de carencia para ningún tipo de asistencia. Así mismo, el adjudicatario del presente contrato deberá hacerse cargo de las prestaciones médico-quirúrgicas dictaminadas pero no iniciadas, y asimismo de la continuación de aquellas iniciadas pero no concluidas.

1.4.2. El recién nacido estará asegurado en la póliza siempre que lo esté la madre desde el mismo momento del parto hasta transcurrido un mes. A partir de entonces, el citado derecho queda condicionado a la comunicación del alta del recién nacido con los consiguientes efectos económicos.

1.4.3. Los derechos de los asegurados se extinguen, en cualquier caso, en la fecha en que los Servicios del Ayuntamiento de l'Eliana acuerden su baja en la aseguradora por dejar de concurrir los requisitos o supuestos de hecho que permitían en cada caso estar protegido por este contrato.



CAPITULO II: MEDIOS DE LA EMPRESA ADJUDICATARIA

2.1 NORMAS GENERALES.

2.1.1. Se considera que los medios de la aseguradora son los servicios, propios o concertados, asignados por la aseguradora para la asistencia sanitaria de los asegurados del Ayuntamiento de L'Eliana y sus beneficiarios. A los fines asistenciales de este contrato los medios de la aseguradora serán al menos los siguientes:

a.- Personal sanitario dependiente de la aseguradora mediante una relación de carácter laboral o vinculados a la misma mediante una relación de carácter civil

b.- Centros y Servicios propios de la aseguradora o concertados con la misma, bajo cualquier régimen jurídico.

c.- Un centro de coordinación de urgencias, a través de un teléfono gratuito y único para todo el territorio nacional, disponible las 24 horas de todos los días del año, que canalizará la demanda de urgencias y emergencias sanitarias, garantizando la accesibilidad y coordinación en situaciones de urgencia de los recursos disponibles para este tipo de atención. La aseguradora coordinará sus dispositivos de emergencias sanitarias con los servicios de emergencias del 112, de forma que las peticiones de asistencia sanitaria que lleguen a estos servicios puedan ser derivadas a los servicios propios o concertados de la aseguradora.

d.- Los servicios de atención primaria y de urgencias de la Red Sanitaria Pública concertados por cuenta de la aseguradora, que quedan asimilados a los medios de la aseguradora. Será obligatorio el concierto con los servicios de atención primaria y urgencia del Centro de Salud de L'Eliana.

2.1.2. La asistencia sanitaria se prestará conforme a la Cartera de Servicios establecida en este pliego, que incluirá cuando menos la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

2.1.3. La aseguradora dispondrá de todos los medios propios o concertados precisos y que haga constar en su Catálogo de Servicios, debiendo figurar en éste todos los facultativos y centros que presten servicios a los asegurados por cuenta de la aseguradora. Sin perjuicio de lo anterior, se faculta a la aseguradora para que determinados facultativos puedan aparecer diferenciados en el Catálogo de Servicios como consultores para áreas específicas y complejas de su especialidad, siempre que dicha especialidad disponga al menos de dos especialistas no consultores. El acceso a estos especialistas consultores se realizará previa derivación por otro especialista y con la autorización previa de la aseguradora. Cuando un asegurado sea atendido por un profesional que trabaje en el equipo de un profesional contratado se entenderá, a todos los efectos, que el mismo forma parte de los medios de la aseguradora

2.1.2. Los medios de la Empresa adjudicataria deberán cumplir los requisitos establecidos con carácter general por la normativa sanitaria vigente, bajo la supervisión que, con igual carácter, pueda proceder por parte de la administración sanitaria competente. Los profesionales sanitarios deberán ser titulados de acuerdo con la regulación establecida en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias y estar colegiados de acuerdo a las normas que a tal efecto establezca la organización colegial correspondiente. Los centros, establecimientos y servicios concertados, estarán debidamente autorizados conforme a lo dispuesto en la normativa autonómica vigente y en su caso en la normativa específica que regule su actividad.

En todo caso, si la aseguradora no dispusiera de los medios propios o concertados precisos asumirá el gasto ocasionado por la utilización de medios ajenos. A tales efectos, si la aseguradora no dispusiera de los medios precisos, y sin perjuicio de la suscripción del oportuno convenio de colaboración entre la Aseguradora y los servicios públicos de salud, los beneficiarios podrán acudir a los servicios de asistencia primaria y de urgencias de la red sanitaria, para recibir asistencia sanitaria urgente o que no pueda llevarse a cabo por otros medios. En todo caso, para que el beneficiario tenga derecho al pago de



AJUNTAMENT DE L'ELIANA (València)

Pl. País Valencià, 3 –46183 (L'Eliaana). Tel.96-275.80.30 Fax 96-274.37.13- N° R.E.L.01461167 P4611800F

los gastos por la aseguradora se requerirán:

a) Que el Centro ajeno al que se dirija o sea trasladado el paciente sea razonablemente elegido, teniendo en cuenta las circunstancias de lugar y tiempo en que la patología se haya producido, así como la capacidad de decisión del enfermo, y en su caso, de las personas que prestaron los primeros auxilios.

b) Que el beneficiario, u otra persona en su nombre comunique a la Aseguradora por cualquier medio que permita dejar constancia de la comunicación, la asistencia recibida en Urgencias, o en su caso, el ingreso hospitalario. Asimismo, deberá aportar el correspondiente informe médico.

2.2. PRESTACIONES SANITARIAS.

2.2.1. La asistencia sanitaria comprende las siguiente modalidades:

- a) Atención Primaria.
- b) Atención Especializada.
- c) Atención de urgencias.
- d) Cuidados paliativos.
- e) Rehabilitación.
- f) Salud bucodental.
- c) Prestaciones Farmacéuticas.
- d) Prestaciones Complementarias.
- e) Servicios de Información y Documentación Sanitaria.

2.2.2. La aseguradora debe disponer de los medios que en cada nivel asistencial exige MUFACE y la Ley General de Sanidad, salvo que dichos medios no existan a nivel privado ni público. Si existen medios sanitarios privados, el adjudicatario se obliga a contratarlos o a abonar el importe de las asistencias que se deriven por la utilización de los mismos. En el supuesto de que no existan dichos medios privados, la aseguradora adjudicataria deberá hacerse cargo de la asistencia en medios públicos y, si tampoco existieran, los facilitará en la localidad más próxima del mismo nivel o en el nivel inmediato superior en que existan. En todo caso, se garantizará la asistencia sanitaria de urgencia que corresponda en cada nivel.

2.2.3. La aseguradora impulsará actuaciones orientadas a potenciar la coordinación entre los niveles de atención primaria, especializada y servicios de urgencia, con objeto de garantizar la continuidad asistencial y la atención integral de los pacientes.

a) Cartera de Servicios de Atención primaria

La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención sanitaria y se facilitará por especialistas en medicina familia y comunitaria o médicos generalistas especialistas en pediatría y profesionales de enfermería, sin menoscabo de la colaboración con otros profesionales.

Comprenderá:

Los programas preventivos con el contenido y especificaciones de MUFACE.

La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente, tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.

La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos

Atención paliativa a enfermos terminales.

b) Cartera de Servicios de Atención especializada

La atención especializada incluye las actividades asistenciales, diagnósticas terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de prevención cuya naturaleza hace necesaria la intervención de médicos especialistas.

Comprenderá:

Atención especializada en consulta.



AJUNTAMENT DE L'ELIANA (València)

Pl. País Valencià, 3 -46183 (L'Eliana). Tel.96-275.80.30 Fax 96-274.37.13- N° R.E.L.01461167 P4611800F

Atención especializada en hospital de día médico o quirúrgico.
Hospitalización en régimen de internamiento.
Hospitalización domiciliaria.
Procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

c) Cartera de Servicios de Atención Urgente

Es aquella que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata. Se dispensa tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente y la atención in situ, durante las 24 horas del día todos los días del año, mediante la atención médica y con la colaboración de otros profesionales.

Comprenderá también la atención telefónica a través del centro coordinador de urgencias de la aseguradora que incluye la información y asignación de recursos propios o en coordinación con los servicios de emergencia del 112 con objeto de ofrecer la respuesta más adecuada a la demanda asistencial.
Procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

d) Cartera de Cuidados Paliativos

Comprende la atención integral, individualizada y continuada, de personas con enfermedad en situación avanzada no susceptible de recibir tratamientos con finalidad curativa y con una esperanza de vida limitada, así como de las personas a ellas vinculadas. Su objetivo terapéutico es la mejora de la calidad de vida, con respeto a su sistema de creencias, preferencias y valores.

En la prestación de los cuidados paliativos participarán los profesionales de Atención Primaria y atención especializada responsables del proceso patológico del paciente con el soporte y apoyo de dispositivos a los que en caso necesario, los pacientes pueden ser derivados en función de su grado de complejidad.

Esta atención se prestará en el domicilio del paciente o en el centro sanitario, si fuera preciso, estableciendo los mecanismos necesarios para garantizar la continuidad asistencial y la coordinación con otros recursos y de acuerdo con los protocolos establecidos en el Plan de Cuidados paliativos de la aseguradora.

e) Rehabilitación

Comprende los procedimientos de diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de pacientes con déficit funcional recuperable, realizados a través de médico rehabilitador, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y logopeda.

Incluye la rehabilitación de las afecciones del sistema musculoesquelético, del sistema nervioso, del sistema cardiovascular, y del sistema respiratorio, a través de fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia y adaptación de métodos técnicos (ortoprótesis)

f) Salud bucodental.

Comprende las actividades asistenciales, diagnósticas y terapéuticas, así como aquellas de promoción de la salud, educación, sanitaria y preventivas dirigidas a la atención a la salud bucodental.

g) Prestaciones Farmacéuticas.

La prestación farmacéutica comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis previstas según sus requerimientos individuales, durante el periodo de tiempo adecuado y al menor coste posible.

Esta prestación se regirá por lo dispuesto en la Ley 29/2006 de 26 de julio de garantías y uso racional del medicamento y productos sanitarios y demás disposiciones aplicables.



La prestación con productos dietéticos comprende la dispensación de los tratamientos dietoterápicos a las personas que padezcan determinados trastornos metabólicos congénitos y la nutrición enteral domiciliar para pacientes a lo que no es posible cubrir sus necesidades nutricionales, a causa de su situación clínica, con alimentos de consumo ordinario.

En el caso de pacientes no hospitalizados, la Cartera de Servicios a facilitar por la aseguradora comprende la indicación y prescripción de los medicamentos y productos incluidos en las prestaciones farmacéutica y dietoterápica del SNS. Dichas actividades deberán efectuarse por los profesionales de la aseguradora en las recetas oficiales y órdenes de dispensación del Ayuntamiento, identificando el principio activo constitutivo del medicamento o la denominación genérica del producto sanitario, de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente.

En el caso de pacientes hospitalizados, la Cartera de Servicios a facilitar por la aseguradora comprende la indicación y prescripción en los documentos establecidos, así como la dispensación de todos aquellos productos farmacéuticos, sanitarios y dietéticos que precisen los pacientes que están siendo atendidos en este ámbito asistencial (internamiento, hospital de día, hospitalización domiciliar, urgencias, unidad de diálisis y otras unidades dependientes del hospital), los cuales serán financiados por la aseguradora.

2.3. PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS.

2.3.1. Terapias respiratorias (oxigenoterapia, ventiloterapia y aerosolterapia). Comprende la cobertura de cualquiera de las técnicas de terapia respiratoria a domicilio atendida en el SNS, cuando las circunstancias del paciente así lo requieran, incluyendo el uso de las mochilas de oxígeno líquido, pulsioximetría y aerosolterapia. Las prestaciones de referencia requieren prescripción escrita de especialista de la aseguradora adjudicataria y autorización previa de la misma. Se incluyen tanto las mochilas de oxígeno líquido como la pulsioximetría, con prescripción médica expresa de esta modalidad.

2.3.2. Podología: Se incluye la atención podológica para todos los asegurados incluidos los diabéticos insulino-dependientes así como para pacientes diagnosticados de pie neuropático de etiología distinta a la diabetes. Estas prestaciones requieren prescripción médica y autorización previa de la aseguradora. El número máximo de sesiones por paciente será de seis.

2.3.3. Prestación ortoprotésica: Están incluidos en la cobertura de este contrato los implantes quirúrgicos, terapéuticos o diagnósticos, entendiéndose por tales aquellos productos sanitarios diseñados para ser implantados total o parcialmente en el cuerpo humano mediante un determinado acto médico o intervención quirúrgica, que esté comprendidos en la oferta de productos ortoprotésicos de los centros y servicios del SNS. Asimismo se incluye la renovación de cualquiera de sus accesorios, incluidos los externos. Se incluyen, asimismo, los materiales utilizados para realizar técnicas de osteosíntesis y los materiales utilizados para realizar técnicas de osteosíntesis. Quedan excluidos los implantes osteointegrados para prótesis dentarias, excepto cuando los mismos se deriven de accidente de servicio o enfermedad profesional.

2.3.4. -Transporte para la Asistencia Sanitaria. El transporte incluido en la cobertura puede ser ordinario o extraordinario.

A) Transporte ordinario.

- a) Se considera medio de transporte ordinario, a los fines asistenciales, el que se realiza en automóvil, autobús, ferrocarril o, si procediese por tratarse de provincias insulares o las ciudades de Ceuta o Melilla, en barco o avión.
- b) Los asegurados del Ayuntamiento de l'Eliaana tendrán derecho a este tipo de transporte a cargo de la empresa adjudicataria siempre que se realice desde la localidad en que resida, con carácter temporal o permanente, a la localidad más próxima en que la misma disponga de ellos, en los siguientes supuestos:
 - i. Para recibir tratamientos periódicos, siempre que la distancia entre ambas localidades sea superior a 25 Km.
 - ii. En el mismo o entre distintos Niveles de Asistencia Sanitaria, en el supuesto de no disponer de los medios exigidos en cada uno de ellos, siempre que la



AJUNTAMENT DE L'ELIANA (València)

Pl. País Valencià, 3 -46183 (L'Eliana). Tel.96-275.80.30 Fax 96-274.37.13- N° R.E.L.01461167 P4611800F

- distancia entre ambas localidades sea superior a 25 km.
- c) Estos traslados se valorarán siempre por su coste, en clase normal o turista, en líneas regulares de transporte en autobús o ferrocarril o, si procediese por tratarse de provincias insulares o las ciudades de Ceuta y Melilla, en barco o avión.
 - d) Tendrán derecho a los gastos de transporte de acompañante los desplazamientos efectuados por pacientes:
 - i. Menores de quince años.
 - ii. Aquellos que acrediten un grado de discapacidad superior al 65%.
 - iii. Residentes en las ciudades de Ceuta y Melilla y las provincias insulares cuando así lo prescriba su médico responsable, en cuyo caso deberán aportar prescripción escrita del facultativo.
- B) Transporte extraordinario. Consiste en el desplazamiento de enfermos por causas clínicas cuya situación les impida desplazarse en los medios ordinarios de transporte.
- a) Se considera medio de transporte extraordinario, a los fines asistenciales, el que se realiza en ambulancia, ambulancia medicalizada, UVI móvil, avión, helicóptero medicalizado y taxi. Todos ellos, necesariamente deben ser accesibles a las personas con discapacidad.
 - b) Este transporte se utilizará en caso de que la patología del paciente le impida desplazarse en medios ordinarios, acreditado este extremo mediante la prescripción escrita del facultativo en la que conste la necesidad del traslado en dichos medios, excepto en la situación de urgencia vital.
 - c) Los asegurados del Ayuntamiento de L'Eliana tendrán derecho a este tipo de transporte a cargo de la aseguradora adjudicataria siempre que se realice en la localidad en que residan, con carácter temporal o permanente, o en la localidad más próxima que disponga de medios, en los siguientes supuestos:
 - i. Para acudir a consultas y curas ambulatorias y hospitalarias.
 - ii. Para recibir tratamientos periódicos.
 - iii. En el mismo o entre distintos Niveles de Asistencia Sanitaria, en el supuesto de que la empresa adjudicataria no disponga de los medios exigidos en cada uno de ellos.
 - d) Asimismo, el asegurado tendrá derecho a este medio de transporte a cargo de la aseguradora, en las siguientes situaciones:
 - i. Por razones de urgencia, desde el lugar en que ésta se produzca hasta el centro donde se le preste la asistencia.
 - ii. Cuando se produzca el alta hospitalaria, desde el hospital hasta su domicilio dentro de la misma provincia.
 - iii. Cuando un paciente desplazado transitoriamente en un municipio distinto al de residencia hubiera recibido asistencia urgente que requiera continuidad asistencial, la empresa adjudicataria se hará cargo del transporte sanitario que precise, para su traslado a su municipio de residencia, bien a su domicilio o a otro centro sanitario.
 - e) Tendrán derecho a los gastos de transporte de acompañante los desplazamientos efectuados por pacientes:
 - i. Menores de quince años.
 - ii. Aquellos que acrediten un grado de discapacidad superior al 65%.

2.4. CATÁLOGO DE SERVICIOS DE LA EMPRESA ADJUDICATARIA/ CUADRO MÉDICO

2.4.1. El Catálogo de Servicios de aseguradora deberá contener la relación detallada de los medios de la aseguradora, y su finalidad es posibilitar la utilización de dichos medios por los asegurados.

2.4.2. Los Catálogos de Servicios serán de ámbito provincial, excepto los servicios de atención primaria y de urgencias que, además, deberán prestarse en el ámbito del municipio de L'Eliana o en el municipio en el que resida el asegurado.

Los catálogos de servicios incluirán:

- A) Cartera de Servicios de :
 - Atención Primaria,



AJUNTAMENT DE L'ELIANA (València)

Pl. País Valencià, 3 –46183 (L'Eliaana). Tel.96-275.80.30 Fax 96-274.37.13- N° R.E.L.01461167 P4611800F

- Atención Especializada,
- Atención de urgencias ambulatorias y hospitalarias,
- Cuidados paliativos,
- Rehabilitación,
- Salud bucodental,
- Prestaciones Complementarias.

B) Relación, con dirección, teléfono y horarios de funcionamiento de los siguientes servicios propios y/o concertados:

- Centro de coordinación de urgencias.
- Servicios de urgencia.
- Centros hospitalarios.
- Médicos con nombre y apellidos, agrupados por especialidades.
- Fisioterapeutas con nombre y apellidos.
- Logopedas con nombre y apellidos.
- Personal de enfermería con nombre y apellidos.
- Servicios de ambulancias.
- Servicio de información de la empresa adjudicataria.
- Otros servicios: Unidades de Reproducción Asistida, centros de rehabilitación, psicoterapia, radiodiagnóstico, laboratorios, podología, etc. Deberá constar, junto al nombre del centro, los nombres y apellidos de los profesionales responsables de la asistencia.

C) En información y normas de uso deberá existir un apartado en el que conste: "Garantía de accesibilidad a los medios: En aquellas especialidades en que la aseguradora no disponga de servicios o facultativos contratados, el asegurado podrá acudir a los facultativos privados que, en su caso, existan en el correspondiente Nivel, o dirigirse al Servicio Público de Salud. En estos casos, la aseguradora se hará cargo del importe de las asistencias producidas por la utilización de medios no contratados.

D) Relación exhaustiva de los medios de la aseguradora que precisan la autorización previa de la misma. Entre los servicios que requieren autorización previa de la Aseguradora no podrá figurar ningún otro distinto a los relacionados en el Anexo I.

E) Instrucciones precisas para la utilización de los Servicios de Atención Primaria del Sistema Público, en régimen ambulatorio, domiciliario y de urgencia.

2.4.3. Principio de continuidad asistencial.

A) Si se produce la baja de algún profesional de los Catálogos de Servicios, la aseguradora se obliga a garantizar a los pacientes en tratamiento de procesos patológicos graves la continuidad asistencial para el proceso patológico del que viene siendo tratado, con el mismo facultativo, durante los 12 meses siguientes a la fecha en que la baja se hubiera producido, siempre que el facultativo pueda continuar en el ejercicio de su profesión y hubiese conformidad por su parte.

B) Si la baja se refiere a un centro sanitario o servicio hospitalario, la empresa adjudicataria se obliga a garantizar a los pacientes que están siendo atendidos de un determinado proceso patológico la continuidad del tratamiento de dicho proceso en ese centro o servicio, durante todo el tiempo que persista la necesidad del mismo o hasta que se haya obtenido el alta definitiva del proceso por curación. Por ello, la aseguradora deberá informar por escrito a cada uno de los asegurados, en un plazo no superior a 5 días hábiles, sobre su derecho a mantener el tratamiento y la continuidad asistencial en dicho centro o servicio, con cargo a aseguradora. En el caso de que se produjeran reingresos o revisiones en dichos centros o servicios, por el mismo proceso, la aseguradora adjudicataria seguirá haciéndose cargo de los mismos, y el asegurado deberá cumplir los requisitos en cuanto a prescripción y autorización previa de la aseguradora adjudicataria.



2.4.4. Cada año de vigencia del contrato la entidad editará un nuevo catálogo a su cargo. Al inicio del contrato o antes del 15 de diciembre de cada año en los siguientes años de duración del contrato, la aseguradora deberá entregar al Ayuntamiento los catálogos de servicios en formato papel, en cantidad una unidad por cada asegurado. El catálogo deberá estar disponible en formato digital y actualizado, en la página web de la aseguradora. La aseguradora dispondrá de una página web que informe a los asegurados de los servicios prestados.

CAPITULO III: UTILIZACIÓN DE LOS MEDIOS DE LA EMPRESA ADJUDICATARIA

3.1. ALCANCE DE LA COBERTURA

Los asegurados podrán utilizar los medios de la compañía adjudicataria en los casos de enfermedad común o profesional, en los de lesiones derivadas de accidente, cualquiera que sea la causa, incluso si se trata de un acto de terrorismo, y por embarazo, parto y puerperio, así como en las actuaciones preventivas recogidas en el presente pliego.

3.2. ÁMBITO TERRITORIAL.

El derecho a la utilización de los medios de compañía adjudicataria podrá ejercerse en todo el territorio nacional, con independencia de que los mismos sean propios, contratados o subcontratados. Se da como excepción la asistencia en el extranjero según la cláusula VI del presente pliego

3.3. REQUISITOS.

3.3.1. Tarjetas sanitarias.

Una vez formalizado el contrato la aseguradora entregará a los asegurados una tarjeta sanitaria provisional o cualquier otro documento que haga posible la utilización de los medios concertados desde el momento del alta.

Posteriormente, la aseguradora procederá a entregar la tarjeta sanitaria definitiva que será enviada al domicilio del funcionario o beneficiario en el plazo máximo de quince días contados desde la formalización del contrato.

Una vez que el Ayuntamiento de l'Eliana le haya comunicado el alta de un asegurado por el procedimiento establecido en el CAPITULO V, emitirá la correspondiente tarjeta sanitaria, que será enviada al Ayuntamiento de l'Eliana, en el plazo máximo de siete días hábiles desde la efectiva comunicación. En cualquier caso, la no presentación de dichas tarjetas en el momento de la asistencia, en aquellos casos en que la empresa adjudicataria aún no la ha emitido, o en situaciones de urgencia, no impide ni condiciona el derecho del asegurado a hacer uso de los medios de la empresa adjudicataria. En la tarjeta sanitaria deberá figurar de forma destacada el teléfono gratuito y único para todo el territorio nacional disponible las 24 horas del día los 365 días del año, para urgencia o emergencia sanitaria, previsto en el apartado 2.1.1.

3.3.2. Requisitos adicionales.

Para los casos expresamente previstos en el presente pliego según Anexo I, la empresa adjudicataria podrá exigir los requisitos adicionales que procedan, tales como prescripción médica o autorización previa de la aseguradora. La compañía adjudicataria, a través de los facultativos que prescriban o realicen las pruebas diagnósticas o tratamientos que precisen autorización, deberá informar debidamente de este requisito al asegurado. En ningún caso podrán efectuarse con cargo al asegurado las pruebas no autorizadas si no se le ha informado antes de la necesidad de tal autorización previa o por falta de tiempo, en el caso de actos médicos o quirúrgicos realizados en el momento de la consulta. El Anexo I contiene una relación exhaustiva de los supuestos de utilización de los medios de la compañía adjudicataria que exigen autorización previa de la misma



3.4. LIBERTAD DE ELECCIÓN DE FACULTATIVO Y CENTRO.

Los asegurados podrán elegir libremente facultativo y centro de entre los que figuran en los Catálogos de Servicios de la aseguradora adjudicataria en todo el territorio nacional.

3.5. ATENCION SANITARIA.

3.5.1. Asistencia en consulta externa.

El asegurado se dirigirá directamente al facultativo elegido de Atención Primaria y/o Especializada para recibir la asistencia que precise, sin más requisitos que acreditar su condición y presentar la correspondiente tarjeta sanitaria.

3.5.2. Asistencia Domiciliaria.

En Atención Primaria, la asistencia domiciliaria se prestará por los profesionales sanitarios de Atención Primaria en el domicilio del paciente cuando éste no pueda desplazarse por razón de su enfermedad, cuando se trate de pacientes inmovilizados crónicos que precisen de ayuda de otra persona para las actividades básicas de la vida diaria, cuando se trate de enfermos terminales.

La asistencia domiciliaria a estos pacientes incluirá las extracciones y/o recogidas de muestras a domicilio que sean precisas, así como todos aquellos procedimientos propios de la Atención primaria, entre ellos tratamientos parenterales, curas y sondajes.

Se facilitará atención paliativa a enfermos terminales, que comprenderá una atención integral y continuada de personas con enfermedad en situación avanzada, no susceptibles de recibir tratamientos con finalidad curativa y con una esperanza de vida limitada, con asesoramiento a las personas a ellas vinculadas.

En Atención Especializada, la asistencia domiciliaria por parte de facultativo especialista precisa la previa prescripción escrita del médico de Atención Primaria. En todo caso, el especialista informará al médico que solicitó la interconsulta sobre la orientación diagnóstica y terapéutica del caso.

3.5.3. Asistencia Urgente.

Cuando el funcionario o beneficiario, precise de atención urgente o emergencia sanitaria deberá solicitarla marcando el teléfono gratuito de atención de urgencia de la aseguradora que figura en su tarjeta sanitaria, catálogo de proveedores y web de la misma y que le da acceso al centro coordinador de urgencias de la aseguradora destinado a garantizar la accesibilidad y coordinación de todos los medios disponibles para este tipo de atención las 24 horas del día todos los días del año, en todo el territorio nacional.

La asistencia urgente podrá recabarse también directamente de los facultativos de medicina general, pediatría, enfermería, fisioterapeuta y odontólogo de la compañía adjudicataria y, fuera de los horarios de consulta y en cualquier caso, de los Servicios de Urgencia de Atención Primaria y Especializada de la empresa adjudicataria.

En el teléfono gratuito de atención de urgencia o el de información de la aseguradora, el funcionario o beneficiario podrá recabar información sobre los medios de atención de urgencia hospitalarios, ambulatorios y de atención primaria de que dispone la aseguradora en que pueden ser atendidos.

La asistencia urgente podrá recabarse también directamente de los facultativos de medicina general, pediatría, enfermería, fisioterapeuta y odontólogo de la compañía adjudicataria y, fuera de los horarios de consulta y en cualquier caso, de los Servicios de Urgencia de Atención Primaria y Especializada de la empresa adjudicataria



AJUNTAMENT DE L'ELIANA (València)

Pl. País Valencià, 3 –46183 (L'Eliana). Tel.96-275.80.30 Fax 96-274.37.13- N^o R.E.L.01461167 P4611800F

La asistencia urgente se prestará a las personas de cualquier edad, de forma continuada, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería en régimen ambulatorio o en el domicilio del paciente.

3.5.4. Asistencia en régimen de hospitalización.

Se prestará en los centros de la empresa adjudicataria, propios, concertados o contratados.

A) Requisitos.

El ingreso o asistencia programada en un hospital precisará:

- La prescripción del mismo por médico de la empresa adjudicataria, con indicación del Centro.
- La autorización de la prescripción por la empresa adjudicataria.
- La presentación de la prescripción autorizada por la empresa adjudicataria en el Centro.
- Dichos requisitos deberán cumplimentarse en el plazo más breve posible en los supuestos de ingresos efectuados a través de los servicios de urgencia.

B) Duración de la hospitalización.

La hospitalización persistirá mientras que, a juicio del facultativo responsable de la asistencia al enfermo, subsista la necesidad, sin que puedan ser motivos de ésta razones de tipo social.

C) Tipo de habitación.

La hospitalización se efectuará en habitación individual con baño o ducha y cama de acompañante, debiendo proporcionarse por la compañía aseguradora de superior nivel cuando no hubiera disponible del tipo señalado. En ningún caso podrán excluirse habitaciones que formen parte de la capacidad de alojamiento del centro. Con carácter excepcional, el Ayuntamiento de L'Eliana podrá autorizar que la compañía adjudicataria disponga en su Cartera de servicios de centros hospitalarios que no cumplan el requisito del párrafo anterior. En los supuestos de hospitalización psiquiátrica no se exige cama de acompañante.

D) Gastos cubiertos.

La compañía adjudicataria cubrirá todos los gastos médico-quirúrgicos producidos durante la hospitalización del paciente, incluida la realización de los tratamientos y procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que precisen los pacientes, el tratamiento farmacológico y la alimentación del paciente, según dieta prescrita, así como los servicios hoteleros básicos inherentes a la hospitalización, desde su ingreso hasta el alta hospitalaria.

E) En el caso del que asegurado se encuentre ingresado por una situación de urgencia en un centro hospitalario ajeno a la aseguradora, puede solicitar la continuidad de la asistencia en un centro hospitalario de la misma, sin que sea necesario la prescripción de un médico de la aseguradora, aportando con su solicitud el informe médico del proceso por el que está siendo atendido.

Tipos de hospitalización

F) Hospitalización de día.

Comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación destinadas a pacientes que requieren cuidados especializados continuados, incluida la cirugía mayor ambulatoria, pero que no precisan que el paciente pernocte en el hospital.

Quedan cubiertos todos los gastos de hospitalización que se puedan producir en el centro sanitario durante la estancia en el mismo para la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos.



AJUNTAMENT DE L'ELIANA (València)

Pl. País Valencià, 3 -46183 (L'Eliana). Tel.96-275.80.30 Fax 96-274.37.13- N° R.E.L.01461167 P4611800F

G) Hospitalización por maternidad.

En el momento del ingreso, o en todo caso antes del alta hospitalaria se deberá presentar en el centro la autorización de la compañía aseguradora adjudicataria. A efectos de la asistencia al recién nacido se tendrá en cuenta lo dispuesto en la Cláusula 1.4.2. Si la práctica de la ligadura de trompas se decidiera en el mismo momento del parto sin haberse indicado en la prescripción del ingreso, los gastos causados por este concepto serán también a cargo de la compañía adjudicataria.

H) Hospitalización por asistencia pediátrica.

Se prestará a los menores de 15 años. La persona que acompañe al niño tendrá derecho a cama y pensión alimenticia de acompañante sin perjuicio de lo que se dispone en el párrafo siguiente. Cuando el acompañante resida en un municipio distinto al del centro sanitario y además las características del centro no permitan su alojamiento, o el niño se encuentre en la UCI, la compañía adjudicataria abonará al asegurado una cantidad total compensatoria de 46,60 euros por día. No se abonará cantidad alguna cuando el acompañante resida en el mismo municipio. Se incrementará la cuantía de las cantidades compensatorias diarias por hospitalización por asistencia pediátrica en el mismo porcentaje en que se incremente la cuantía del contrato.

I) Hospitalización domiciliaria.

La hospitalización domiciliaria podrá llevarse a cabo en aquellos casos en que el estado del enfermo lo permita, pueda beneficiarle y sea aconsejable. Dicha hospitalización se realizará en su domicilio, especialmente si es por cuidados paliativos y siempre que las condiciones familiares, domésticas y de proximidad al hospital lo permitan.

Durante esta hospitalización, la responsabilidad del seguimiento del paciente corresponde a la Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) y será prestada por los especialistas (médicos de familia o internistas) y el personal de enfermería que conforma dicha UHD, la cual deberá estar coordinada con la unidad de hospitalización médica o quirúrgica correspondiente a la patología del paciente y con el área de urgencias del hospital, con la finalidad de garantizar la continuidad asistencial. El ingreso en la UHD podrá realizarse desde un servicio hospitalario mediante el correspondiente informe de derivación y desde atención primaria o especializada ambulatoria. En estos dos últimos casos, corresponderá a la UHD valorar si el paciente cumple los criterios de ingreso en dicha unidad. El ingreso en la UHD estará sujeto a los mismos requisitos previstos en este pliego para el ingreso en un hospital.

Las atenciones clínicas que reciba el paciente serán las mismas que hubiera recibido en el hospital, y de ellas se harán las mismas anotaciones de seguimiento y evolución de médicos y enfermería en la historia clínica. La UHD informará al paciente y su familia, por escrito, de cómo contactar con la citada unidad, las 24 horas, para dar respuesta a las eventuales incidencias. Cuando se produzca el alta, el médico de la UHD emitirá el correspondiente parte médico de alta en los términos previstos por la ley.

Mientras el paciente permanezca ingresado en la UHD, están amparados por este contrato, son a cuenta de la compañía adjudicataria y no podrán ser imputadas por ningún medio ni al asegurado ni al Ayuntamiento de l'Eliana, todas las atenciones, productos y materiales que precise, como en toda hospitalización, además de toda la medicación, material de curas, nutriciones no comunes, pruebas complementarias, interconsultas, absorbentes sondas, hemodiálisis domiciliaria y oxigenoterapia. Quedan excluidas, en todo caso, las dotaciones domésticas ordinarias, la nutrición común y los servicios de auxiliares de clínica.

La empresa adjudicataria deberá comunicar al Ayuntamiento de l'Eliana la relación de asegurados que se encuentran en la modalidad de Hospitalización Domiciliaria haciendo constar la fecha del inicio y, en su caso, de finalización de dicho servicio.

J) Hospitalización en centros o unidades de media y larga estancia.

Esta hospitalización está destinada a pacientes con deterioro funcional o afectos de procesos crónicos y/o patologías asociadas al envejecimiento que, una vez superada la fase aguda de la enfermedad, precisan cuidados sanitarios continuos médico quirúrgicos, de rehabilitación y de enfermería, hasta su



estabilización.

K) Hospitalización psiquiátrica.

Comprende la asistencia psiquiátrica de todos los procesos tanto agudos como crónicos que precisen ingreso hospitalario u hospitalización de día. Igualmente, se incluye el ingreso de aquellos pacientes psiquiátricos en centros o unidades de media y larga estancia cuando una vez superada la fase aguda del proceso y la evolución sea satisfactoria, precisen de un mayor grado de estabilización y recuperación para su integración en su medio familiar y/o social.

3.6. FARMACIA.

3.6.1. Los facultativos de la aseguradora adjudicataria prescribirán los medicamentos y demás productos farmacéuticos en los términos establecidos en el Real Decreto 83/1993, de 22 de enero, que regula la selección de los medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud, y desarrollos posteriores.

Las prescripciones deberán realizarse en las recetas. La empresa adjudicataria exigirá de sus facultativos la cumplimentación de las recetas con los datos de consignación obligatoria y garantizará que los datos de identificación de sus facultativos -nombre y dos apellidos, número de colegiado y provincia- en las recetas sean legibles, promoviendo que se hagan constar mediante sello.

3.6.2. La adquisición se realizará por los beneficiarios en las oficinas de farmacia. La empresa adjudicataria se compromete a reintegrar a los asegurados, en un plazo no superior a quince días a contar desde la petición de reintegro, la cantidad que éstos hubieran abonado en la oficina de farmacia, con el único requisito de la presentación de copia de la prescripción y ticket o factura de la farmacia

3.6.3. Los Medicamentos calificados como de Uso Hospitalario, cuya dispensación se realiza a través de los servicios de farmacia hospitalaria, conforme a lo establecido en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, serán a cargo de la empresa adjudicataria. Asimismo, serán a cargo de la empresa adjudicataria aquellos medicamentos y productos farmacéuticos financiados en el Sistema Nacional de Salud que no se encuentran incluidos en la Cláusula 3.6.1 del presente pliego, al no estar dotados de cupón precinto, y que requieren para su administración la intervención expresa de facultativos especialistas.

3.6.4. Los medios, elementos o productos farmacéuticos precisos para la realización de técnicas diagnósticas y/o terapéuticas, tales como medios de contraste, laxantes drásticos, u otros, serán facilitados por empresa adjudicataria a su cargo.

3.7. PRODUCTOS SANITARIOS.

Sin perjuicio de las obligaciones señaladas en otras Cláusulas del presente Pliego, serán a cargo de la empresa adjudicataria y suministrados por sus medios a los asegurados los productos sanitarios que se relacionan a continuación:

- Los dispositivos intrauterinos (DIU).
- Los productos implantables destinados a ejercer un efecto biológico o a ser absorbidos, en todo o en parte, elaborados a base de sal sódica del ácido hialurónico.
- Las jeringuillas de insulina -incluidas las agujas correspondientes- u otros sistemas no precargados de administración de la misma, así como el material fungible de las bombas de insulina y las agujas para el suministro de los sistemas precargados de insulina que carezcan de ellos.
- Las tiras reactivas para medición de glucemia, glucosuria y combinadas glucosa/cuerpos cetónicos, así como el glucómetro y las lancetas necesarias para la medición, en los pacientes diabéticos. En todo caso, compañía adjudicataria deberá garantizar a dichos pacientes cualquiera de los productos existentes en el mercado cuando, a juicio del facultativo prescriptor, se adapten mejor a sus necesidades individuales y a sus habilidades personales.

Todos estos productos se suministrarán atendiendo a criterio de diligencia, proporcionalidad, y máxima



atención a la situación del paciente. En aquellos supuestos en que por causas imputables a la empresa adjudicataria, el suministro no se ajustara a estos criterios, el asegurado podrá adquirir directamente el producto y solicitar el reintegro a la compañía adjudicataria

3.8. ESPECIFICACIONES COMPLEMENTARIAS.

3.8.1. Diagnóstico y tratamiento de la esterilidad.

La empresa adjudicataria viene obligada a asumir los gastos necesarios para obtener el diagnóstico de la esterilidad, el cual se extenderá, cuando proceda, a la pareja.

Las técnicas de Reproducción Asistida serán a cargo de la empresa adjudicataria cuando la mujer sobre la que se vaya a realizar la técnica sea asegurada.

La empresa adjudicataria estará obligada a financiar todas las pruebas y actuaciones necesarias en las parejas de los asegurados sometidas a técnicas de Reproducción Asistida. Estarán comprendidas todas las técnicas de fertilización implantadas en el territorio nacional con arreglo a la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida que además cumplan con los criterios de cobertura de la prestación establecidos en la citada guía e incluidos en el Anexo III del presente Pliego.

Asimismo, será por cuenta de la empresa adjudicataria la criopreservación del semen, ovocitos tejido ovárico y preembiones congelados sobrantes, procedentes de un ciclo de fertilización in vitro, en las condiciones que marca la Ley sobre técnicas de reproducción asistida, y durante el período de tiempo de criopreservación establecido en la Guía de Recomendaciones en Reproducción Humana Asistida y recogido en el Anexo III.

En los casos de congelación de ovocitos y tejido ovárico con fines reproductivos en beneficiarias, deberá cumplirse con la normativa vigente reguladora de los requisitos para la realización de experiencias controladas, con fines reproductivos, de fecundación de ovocitos o tejido ovárico previamente congelados, relacionadas con las técnicas de reproducción humana asistida.

3.8.2. Estomatología y odontología.

A) Comprenderá el tratamiento de las afecciones estomatológicas en general, incluyendo toda clase de extracciones, limpieza de boca una vez por año o previo informe justificativo del facultativo especialista, y la periodoncia.

Asimismo incluirá el programa de salud buco-dental dirigido a los niños menores de 15 años, consistente en revisiones periódicas, aplicación de flúor tópico, selladores oclusales y obturaciones o empastes. Además, a este programa se incorporaran las actuaciones que se incluyan en EL PLAN DE SALUD BUCO-DENTAL para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, con el mismo contenido, alcance y ritmo de implantación.

A las aseguradas embarazadas se les realizará un seguimiento preventivo de la cavidad oral con aplicación de flúor tópico de acuerdo con las necesidades individuales.

B) Quedan excluidos, tanto en lo referente a su coste como a su colocación, los empastes, (excepto las obturaciones del programa de salud buco-dental), la endodoncia, las prótesis dentarias, los implantes osteointegrados y la ortodoncia.

C) No obstante, cuando mediara enfermedad profesional o accidente en acto de servicio serán a cargo de la aseguradora adjudicataria todos los tratamientos y actuaciones, incluidas las prótesis dentarias necesarias, así como su colocación.

D) Para la periodoncia y la limpieza de boca, así como, en caso de accidente de servicio o enfermedad profesional para las prótesis dentarias, será necesaria prescripción de facultativo especialista de la empresa adjudicataria, junto con presupuesto, si se trata de prótesis, para su autorización por la compañía aseguradora.

E) También serán a cargo de la compañía aseguradora los gastos de hospitalización, de quirófano y anestesista necesarios para la realización de los tratamientos y prestaciones odontológicas.

3.8.3. Rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.



AJUNTAMENT DE L'ELIANA (València)

Pl. País Valencià, 3 -46183 (L'Eliaana). Tel.96-275.80.30 Fax 96-274.37.13- N° R.E.L.01461167 P4611800F

A) Los tratamientos de rehabilitación y fisioterapia podrán ser requeridos a la compañía adjudicataria por los médicos rehabilitadores o por los médicos especialistas responsables de las patologías susceptibles de dichos tratamientos. La evolución del paciente y la determinación del alta serán responsabilidad del médico rehabilitador o, en su caso, del facultativo especialista que solicitó dicho tratamiento. Su aplicación podrá ser realizada por médico rehabilitador, fisioterapeuta, logopeda y terapeuta ocupacional, según corresponda.

B) La obligación de la compañía adjudicataria terminará cuando se haya conseguido la recuperación funcional totalmente o el máximo posible de ésta por haber entrado el proceso en un estado de estabilización insuperable, al tratarse de una atención dirigida a pacientes con déficit funcional recuperable, excepción hecha de reagudización del proceso. El número de sesiones esta supeditado al criterio facultativo y a la situación del paciente, siendo orientativas las tablas de duración de las sesiones aprobadas por la Sociedad Española de Rehabilitación u otras sociedades científicas.

3.8.4. Psiquiatría.

A) La hospitalización, incluida la de día, se prolongará durante el tiempo que el psiquiatra responsable de la asistencia al paciente lo considere necesario y por tanto hasta el alta hospitalaria, y abarcará todos los procesos tanto agudos como crónicos. Si el ingreso se produce en un centro no contratado no se precisa autorización previa de la compañía adjudicataria y en este caso la misma abonará al asegurado los gastos de hospitalización, con el límite de 79,20 euros por día. El reintegro deberá efectuarse dentro de los 10 días hábiles siguientes a la fecha en que el asegurado presente los justificantes de dichos gastos ante la compañía adjudicataria.

B) Se incluye la psicoterapia, individual, de grupo o familiar, siempre que haya sido prescrita por psiquiatra de la compañía adjudicataria, realizada en medios contratados con la misma y que su finalidad sea el tratamiento de patologías psiquiátricas. La compañía adjudicataria está obligada a facilitar un número máximo de 20 sesiones por año natural (psicoterapia breve o terapia focal), salvo para los casos de trastornos de la alimentación, en que se facilitarán todas las sesiones que el psiquiatra responsable de la asistencia considere necesarias para la correcta evolución del caso.

3.8.5. Cirugía plástica, estética y reparadora.

Queda excluida la cirugía plástica, estética y reparadora que no guarde relación con accidente, enfermedad o malformación congénita. En los supuestos de enfermedad profesional o accidente en acto de servicio se practicará en toda su amplitud, incluyendo, si fuera necesario, la cirugía plástica, estética y reparadora en los casos en que, aun habiendo sido curadas las lesiones, quedaran deformaciones o mutilaciones que produzcan alteraciones del aspecto físico o dificulten la total recuperación del paciente.

3.8.6. Transplantes.

Quedan incluidos en la cobertura los transplantes de todo tipo, órganos, tejidos, células de origen humano, así como los injertos óseos. La obtención y transplante de órganos se realizará conforme a lo establecido en la legislación sanitaria vigente, correspondiendo a la empresa adjudicataria asumir todos los gastos de obtención y transplante del órgano o tejido.

3.8.7. Programas preventivos.

La empresa adjudicataria realizará las actuaciones que correspondan y dispondrá de los medios necesarios para llevar a efecto los programas preventivos incluidos en el Anexo II, garantizando la información adecuada a los asegurados, así como el calendario, direcciones y horarios de los centros donde se llevarán a cabo las vacunaciones y los programas de prevención. Asimismo la empresa adjudicataria remitirá relación detallada de los centros de vacunación de la respectiva provincia con direcciones, teléfonos, horarios y programas preventivos que se incluyen en los mismos.

En los casos en que la empresa adjudicataria no hubiera desarrollado alguno de los programas específicos reseñados en el citado Anexo, deberá atender la cobertura de las actuaciones realizadas a los asegurados en el marco de un programa de prevención desarrollado por las correspondientes administraciones sanitarias.



3.9. UTILIZACIÓN DIRECTA DEL SERVICIO DE AMBULANCIAS.

En los casos de urgencia en que no haya sido posible comunicar con los servicios de urgencias y/o de ambulancias de la empresa adjudicataria y no resulte adecuada otra alternativa, el asegurado podrá solicitar directamente del servicio de ambulancias existente en la localidad el traslado del enfermo al servicio de urgencias de la empresa adjudicataria a la que se encuentre adscrito, y la empresa adjudicataria deberá asumir o reintegrar los gastos del traslado.

CAPITULO IV: UTILIZACIÓN DE MEDIOS NO CONTRATADOS

4.1.-NORMA GENERAL.

Cuando un asegurado, por decisión propia o de sus familiares, utilice medios no contratados con la empresa adjudicataria, deberá abonar, sin derecho a reintegro, los gastos que puedan ocasionarse, excepto en los casos de denegación injustificada de asistencia y en los de asistencia urgente de carácter vital.

4.2. DENEGACIÓN INJUSTIFICADA DE ASISTENCIA.

4.2.1. Se produce denegación injustificada de asistencia:

A) Cuando el asegurado solicite por escrito a la empresa adjudicataria la prestación de una determinada asistencia sanitaria y ésta no le ofrezca, antes de que concluya el quinto día hábil siguiente a la comunicación. En este caso, el asegurado tendrá derecho a que la empresa adjudicataria le reintegre los gastos ocasionados. El reintegro deberá efectuarse dentro del plazo de los diez días hábiles siguientes a contar desde la fecha de presentación ante la empresa aseguradora adjudicataria la reclamación y los justificantes de dichos gastos.

B) Cuando no se cumplan los requisitos de disponibilidad de medios previstos en según Niveles Asistenciales de MUFACE.

En este caso, el asegurado podrá acudir a los facultativos o centros que existan en el nivel correspondiente y, sin necesidad de comunicar a la empresa adjudicataria el comienzo de la asistencia recibida. El asegurado tendrá derecho a que la empresa adjudicataria asuma los gastos ocasionados.

Si el asegurado comunica a la empresa adjudicataria su ingreso en los dos días hábiles siguientes al mismo tendrá derecho a que ésta abone directamente al centro el importe de la asistencia recibida, salvo en la situación de urgencia que, en todo caso, será abono directo.

En el supuesto de que dicha falta de medios por parte de la empresa adjudicataria origine una asistencia continuada en el tiempo en medios ajenos el asegurado tendrá derecho a que la empresa adjudicataria realice siempre directamente el abono de los gastos producidos a los prestadores de la asistencia.

El abono directo de los gastos deberá efectuarse por la empresa adjudicataria en el momento en que le sea presentada la factura por el proveedor sanitario.

En los supuestos en los que el asegurado no hubiera procedido a la comunicación de la asistencia en medios ajenos antes de los dos días hábiles siguientes al ingreso, excepto en los casos de urgencia, la empresa adjudicataria procederá al reintegro de los gastos en el plazo de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que el asegurado presente ante la empresa adjudicataria la oportuna reclamación por escrito, acompañando los justificantes de dichos gastos.

C) Cuando un facultativo de la empresa adjudicataria prescriba por escrito, con exposición de las causas médicas justificativas, la necesidad de acudir a un facultativo o centro no contratado, el asegurado debe presentar la citada prescripción en la empresa adjudicataria, a fin de que ésta, antes de que concluya el décimo día hábil siguiente a la presentación, autorice la remisión al facultativo o centro no contratados, o bien ofrezca una alternativa asistencial con sus medios.

En este supuesto de denegación, el asegurado que utilice los medios ajenos especificados en la prescripción presentada a la empresa adjudicataria tendrá derecho a que la misma le reintegre los gastos ocasionados, igualmente sin necesidad de comunicarle el comienzo de la asistencia sanitaria. El reintegro deberá efectuarse dentro del plazo de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que el asegurado presente ante la empresa adjudicataria la oportuna reclamación por escrito, acompañando los justificantes de dichos gastos.



Si la empresa adjudicataria autoriza la remisión a un facultativo o centro no contratados, debe asumir los gastos ocasionados durante todo el proceso asistencial, sin exclusiones. Si ofrece medios propios o contratados, la oferta debe especificar expresamente el facultativo, servicio o centro que vaya a asumir la asistencia y que pueda llevar a cabo la técnica diagnóstica o terapéutica prescrita.

Cuando en un centro de la empresa adjudicataria, en el que esté ingresado un asegurado o al que haya acudido para recibir asistencia, no existan o no estén disponibles los medios adecuados, según criterio del facultativo de la empresa adjudicataria o del centro que tenga a su cargo la asistencia, y ello se manifieste implícitamente en la remisión del asegurado a centro no contratado.

En este supuesto de denegación, el asegurado tendrá derecho a que la empresa adjudicataria abone directamente los gastos ocasionados, incluidos los del traslado. No es preciso que el asegurado comunique a la empresa adjudicataria su ingreso en centro no contratado, ya que la denegación ha tenido su origen en un centro de la propia Aseguradora.

4.3. ASISTENCIA URGENTE DE CARÁCTER VITAL

4.3.1. Concepto.

Se considera situación de urgencia de carácter vital aquella en que se haya producido una patología cuya naturaleza y síntomas hagan previsible un riesgo vital inminente o muy próximo, o un daño irreparable para la integridad física de la persona de no obtenerse una actuación terapéutica de inmediato.

La asistencia que precisen los titulares del Ayuntamiento de l'Eliana pertenecientes a la Policía Local, con motivo de lesiones o daños corporales sufridos en el ejercicio de las funciones propias del Cuerpo o con ocasión de actos cometidos por personas integradas en bandas o grupos organizados y armados, se considera siempre que reúne la consideración de urgencia vital y que la asistencia recibida de haberse utilizado medios ajenos posee también el requisito previsto en la Cláusula 4.3.2.A). El asegurado, u otra persona en su nombre, deberá cumplir el requisito señalado en la Cláusula 4.3.2.B), siendo además de aplicación todo el resto de lo previsto en la Cláusula 4.3.

4.3.2. Requisitos.

Para que el asegurado tenga derecho al reintegro de los gastos producidos por utilización de medios ajenos en situación de urgencia vital, deben concurrir los siguientes requisitos:

A) Que el Centro ajeno al que se dirija o sea trasladado el paciente sea razonablemente elegido, teniendo en cuenta las circunstancias de lugar y tiempo en que la patología se haya producido, así como la capacidad de decisión del enfermo y, en su caso, de las personas que prestaron los primeros auxilios.

B) Que el asegurado, u otra persona en su nombre, comunique a la empresa adjudicataria, por cualquier medio que permita dejar constancia de la comunicación, la asistencia recibida en Urgencias, o, en su caso, el ingreso hospitalario. Asimismo, deberá aportar el correspondiente informe médico.

4.3.3. Alcance.

La situación de urgencia de carácter vital se extiende desde el ingreso hasta el alta hospitalaria del paciente, salvo en los dos supuestos siguientes:

A) Cuando la empresa adjudicataria, con la conformidad del facultativo que estuviese prestando la asistencia, decida el traslado del paciente a un centro propio o contratado adecuado y el enfermo o sus familiares responsables se nieguen a ello.

B) Cuando el paciente sea trasladado a un segundo centro ajeno y no existan causas que impidan su traslado a un centro de la empresa adjudicataria.

4.3.4. Comunicación a la empresa adjudicataria.

El asegurado comunicará a la empresa adjudicataria la asistencia recibida con medios ajenos dentro del plazo de los quince días hábiles siguientes al inicio de la asistencia.



AJUNTAMENT DE L'ELIANA (València)

Pl. País Valencià, 3 –46183 (L'Eliana). Tel.96-275.80.30 Fax 96-274.37.13- N° R.E.L.01461167 P4611800F

4.3.5. Obligaciones de la empresa adjudicataria.

Cuando la empresa adjudicataria reciba la comunicación del asegurado, deberá contestar por escrito y en el plazo de los quince días siguientes a la recepción de la comunicación si acepta la situación de urgencia vital y, por tanto, el reintegro de los gastos producidos, o por el contrario si no se considera obligada al pago por entender que no ha existido una situación de urgencia vital.

La empresa adjudicataria deberá efectuar el reintegro dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que el asegurado presente los justificantes de dichos gastos.

4.4. TRANSPORTE EN MEDIOS AJENOS PARA LA ASISTENCIA SANITARIA EN LOS SUPUESTOS DE DENEGACION INJUSTIFICADA DE ASISTENCIA Y DE URGENCIA VITAL.

Cuando en estos supuestos fuera necesaria la utilización de medios ajenos de transporte, tanto ordinario como extraordinario, las condiciones y requisitos serán las establecidas en la Cláusula 2.3.3 de este pliego. Asimismo, el asegurado tendrá derecho a que la empresa adjudicataria le reintegre los gastos ocasionados por dicho traslado. El reintegro deberá efectuarse dentro del plazo de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que el asegurado presente ante la empresa adjudicataria la oportuna reclamación por escrito, acompañando los justificantes de dichos gastos.

CAPITULO V: ADMINISTRACIÓN DE LA PÓLIZA

5.1 MODIFICACIONES DE ASEGURADOS

5.1.1. A fecha del presente pliego el número de asegurados es de 61 (31 titulares y 30 beneficiarios), pero a fecha de la entrada en vigor del contrato el número de asegurados puede variar según los asegurados que haya en dicha fecha.

5.2.2. Todos los avisos y modificaciones que se deriven de este contrato, deberán ser cursados por el Asegurado al Ayuntamiento de l'Eliana. Para la comunicación de altas de asegurados serán necesario los siguientes datos del asegurado a dar de alta: nombre completo, fecha de nacimiento, DNI, domicilio completo, sexo y parentesco en el caso de ser un familiar. No se facilitará ningún otro tipo de documentación/información.

5.2.3 Las altas/bajas de asegurados tendrán efecto el día 1 de cada mes.

5.2 INFORMACIÓN SOBRE LA PÓLIZA/ASEGURADOS

5.2.1. La aseguradora adjudicataria deberá proporcionar la información necesaria, que permita la integración de los datos referidos a la prestación de servicios a los asegurados del Ayuntamiento de l'Eliana, con la finalidad de conocer la siniestralidad del colectivo.

CAPITULO VI: ASISTENCIA MÉDICA EN EL EXTRANJERO

Los asegurados tendrán cubierta por la póliza el derecho de su titular y beneficiarios a recibir las prestaciones sanitarias que sean necesarias desde un punto de vista médico, durante una estancia temporal de máximo 90 días de duración, en cualquiera de los países integrantes de la Unión Europea (Alemania, Austria, Bélgica, República Checa, Chipre, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, Suecia), del Espacio Económico Europeo (Islandia, Liechtenstein, Noruega), Suiza y Andorra, teniendo en cuenta la naturaleza de las prestaciones y la duración prevista de la estancia.

La cobertura será como mínimo idéntica en cantidad, calidad y extensión que la prevista en el Régimen General de la Seguridad Social.



AJUNTAMENT DE L'ELIANA (València)

Pl. País Valencià, 3 -46183 (L'Eliana). Tel.96-275.80.30 Fax 96-274.37.13- N° R.E.L.01461167 P4611800F

Esta asistencia no será válida si el motivo del viaje a otro estado miembro es recibir un tratamiento médico específico.

La empresa adjudicataria deberá indicar tener a disposición de los asegurados un teléfono 24 horas para la atención en el extranjero y coordinación de los recursos para la asistencia médica exterior.

CAPITULO VII: CONFIDENCIALIDAD

La empresa adjudicataria de la presente licitación se obliga a mantener la confidencialidad de los datos que le sean suministrados en la ejecución del contrato de seguro o de las condiciones previstas en el Pliego de Prescripciones Técnicas o en el Pliego de Cláusulas Administrativas que rigen en la contratación de la póliza, no pudiendo utilizar los mismos más que para las finalidades específicas y especialmente delimitadas que se deriven de la cobertura de los riesgos.

Asimismo se obliga a mantener controlado el acceso a los datos a los que se hace referencia en el párrafo anterior en el caso de que hayan o hubieran sido informatizados, en los términos previstos en cada momento en la legislación vigente en materia de Regulación del Tratamiento Automatizado de Datos de Carácter Personal.

L'Eliana, 20 de Octubre de 2015
El Técnico Municipal

Fdo.: Sergio Esparza Rico



AJUNTAMENT DE L'ELIANA (València)

Pl. País Valencià, 3 -46183 (L'Eliaana). Tel.96-275.80.30 Fax 96-274.37.13- N° R.E.L.01461167 P4611800F

ANEXO I: RELACIÓN DE SERVICIOS DE LA EMPRESA ADJUDICATARIA QUE PRECISAN AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA MISMA.

1. Hospitalizaciones:
 - a) Hospitalización.
 - b) Hospitalización de día.
 - c) Hospitalización domiciliaria

2. Técnicas diagnósticas, tratamientos y técnicas quirúrgicas:
 - a) Cirugía ambulatoria.
 - b) Odontoestomatología: Tartrectomía -limpieza de boca-y Periodoncia.
 - c) Rehabilitación y Fisioterapia.
 - d) Oxigenoterapia, ventiloterapia y aerosolterapia a domicilio.
 - e) Tratamiento de diálisis peritoneal y hemodiálisis.
 - f) Oncología: Inmunoterapia y Quimioterapia, Cobaltoterapia, Radiumterapia e Isótopos Radiactivos, Braquiterapia y Acelerador Lineal.
 - g) Diagnóstico por imagen: Tomografía Axial Computerizada, Resonancia Magnética, Ortopantomografía.
 - h) Tratamiento en Unidad del Dolor.
 - i) Tratamiento en Unidad del Sueño.
 - j) Litotricia renal.
 - k) Psicoterapia.
 - l) Asistencia a médicos consultores.
 - m) Podología

ANEXO II: PROGRAMAS PREVENTIVOS

1. Programa de Inmunizaciones:
 - Calendario vacunal del niño.
 - Vacunación de la rubéola en mujeres.
 - Vacunación del tétanos en adultos.
 - Vacunación de la gripe en grupos de riesgo.
 - Vacunación de la Hepatitis "B" a grupos de riesgo. (Todas las vacunaciones incluyen registro de personas vacunadas. Las vacunas serán facilitadas por la empresa adjudicataria sin cargo para el asegurado).
 - Cualquier otro programa de vacunación o campaña de vacunación que pueda desarrollarse por las administraciones públicas sanitarias sobre población general o grupos de riesgo, por situaciones que epidemiológicamente lo aconsejen.
2. Programa de Prevención del cáncer de cervix, endometrio y mama.

ANEXO III: CRITERIOS DE COBERTURA EN REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA.

La guía de recomendaciones en Reproducción Humana Asistida a la que se alude en la cláusula 3.8.1. del este pliego recoge los principios de actuación consensuados por un grupo de expertos en esta materia para garantizar un uso racional de las técnicas de reproducción humana asistida y reducir los riesgos potenciales asociados a su aplicación, estableciendo unos criterios para determinar las situaciones en las que se ha de atender la cobertura de estas técnicas, todo ello, con sujeción a lo dispuesto en la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de Reproducción Humana Asistida y normas concordantes. Atendiendo a estos criterios, se atenderá la cobertura de técnicas de Reproducción Humana Asistida en las siguientes situaciones:

- a) El tratamiento en parejas en las que exista un diagnóstico de esterilidad, primaria o secundaria, por factor femenino o masculino, que impida conseguir una gestación o cuando exista indicación clínica de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 1 y 12 de la Ley 14/2006 de 26 de mayo, sobre técnicas de Reproducción Humana Asistida.
- b) En mujeres en las que exista un diagnóstico de esterilidad por patología ginecológica que impida conseguir una gestación, con independencia de la existencia o no de pareja. La existencia de hijos previos no será motivo de exclusión para la cobertura de estas técnicas, siempre y cuando se cumplan los requisitos establecidos en este Anexo.



AJUNTAMENT DE L'ELIANA (València)

Pl. País Valencià, 3 –46183 (L'Eliana). Tel.96-275.80.30 Fax 96-274.37.13- N° R.E.L.01461167 P4611800F

En cualquier caso los tratamientos de reproducción humana asistida, valorados los criterios técnicos establecidos por el grupo de expertos, estarán sujetos a límites en cuanto al número de ciclos y edad de la paciente, atendiendo a principios de eficiencia y seguridad para asegurar la mayor efectividad con el menor riesgo posible.

1. Límites relativos al número de ciclos de tratamiento y a la edad.: Los límites establecidos en este Anexo han de entenderse por cada expectativa de consecución de un hijo, es decir, que si como resultado de un tratamiento de reproducción asistida con técnicas de FIV se ha conseguido el nacimiento de un hijo, el planteamiento de tener un nuevo hijo y la correspondiente prescripción facultativa, inicia el cómputo de nuevos ciclos.

	Inducción ovulación	Inseminación artificial	F.I.V.*	F.I.V. Con donación ovocitos/preembriones
N.º ciclos	Máximo 6		Máximo 4	
Edad	Menores de 42 años			Menores de 46 años

* Incluidas las técnicas complementarias.

En los casos de la utilización de ovocitos y tejido ovárico criopreservados así como la transferencia de preembriones sobrantes de ciclos FIV autorizados, el límite de edad será el establecido para la técnica FIV con donación de ovocitos/preembriones.

Para la correcta interpretación y aplicación de los límites se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

- Para considerar que una paciente ha realizado un ciclo FIV, deberá haber llegado al menos a la fase de recuperación de ovocitos.
- Cuando existan preembriones congelados sobrantes, procedentes de ciclos FIV autorizados, la transferencia de los mismos forma parte del mismo ciclo FIV en el que se obtuvieron los preembriones, siendo financiada la transferencia de los preembriones hasta el día anterior en que la mujer cumpla 46 años.
- No se autorizará un nuevo ciclo FIV cuando existan preembriones sobrantes crioconservados procedentes de ciclos anteriores.
- Si tras la realización de alguna técnica de reproducción humana asistida y conseguido un embarazo la paciente aborta, se podrá repetir un nuevo ciclo con la técnica por la que se produjo la gestación, una vez haya concluido el número máximo de ciclos establecidos.
- Para el cómputo del número máximo de ciclos establecido, se tendrá en cuenta el número total de ciclos realizados con independencia del financiador. Por ello, en caso de que una pareja se acoja a la cobertura de este Contrato, tras haberse sometido previamente a tratamiento de reproducción humana asistida, se tendrá en cuenta el número de ciclos que se hubiera realizado hasta el momento y se dará cobertura a los que corresponda, hasta completar el número máximo de ciclos establecidos.

2. Otros límites y condiciones.

- En el caso de las técnicas de reproducción humana asistida con donación de gametos y preembriones, los gastos derivados de las actuaciones y en su caso, los medicamentos que requieran las donantes, serán a cargo de la empresa adjudicataria al formar parte del coste de la técnica utilizada. En ningún caso podrán repercutirse sobre la paciente receptora de la donación.
- No se consideran incluidas, entre las prestaciones financiadas, las técnicas de reproducción asistida que se realicen cuando la esterilidad de algún miembro de la pareja se haya producido voluntariamente o sobrevenga como consecuencia del proceso fisiológico natural propio de la finalización del ciclo reproductivo de la persona.
- Se atenderá la cobertura de la crioconservación y mantenimiento del semen de los varones que vayan a someterse a tratamientos de cirugía, radioterapia, quimioterapia y determinados fármacos, que puedan afectar de forma importante a su fertilidad durante el periodo de tiempo que determine la normativa vigente en cada momento.
- Asimismo habrá de atenderse la cobertura de la crioconservación y mantenimiento de ovocitos y tejido ovárico de mujeres, que vayan a someterse a tratamientos de cirugía, radioterapia, quimioterapia y determinados fármacos y/o a técnicas de reproducción asistida, y la de los preembriones sobrantes de ciclos FIV autorizados, hasta el día anterior en el que la mujer cumpla los 46 años de edad.