

## **INFORMACIÓN GENERAL Y NORMAS DE USO.**

Las normas de utilización recogidas en el presente catálogo de servicios tienen carácter meramente informativo, y no sustituyen en ningún caso a las contenidas en el Concierto vigente con la mutualidad, regulador de la prestación asistencial a sus miembros.

## **OBJETO DEL CONCIERTO Y ACCIÓN PROTECTORA.**

El objeto del Concierto es asegurar el acceso a la prestación de asistencia sanitaria en el territorio nacional a los mutualistas y demás beneficiarios (en adelante, beneficiarios) que opten por recibirla a través de DKV Seguros.

Las contingencias cubiertas son las derivadas de enfermedad común o profesional, 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 las medidas preventivas establecidas.

La asistencia sanitaria se prestará conforme a la cartera de servicios establecida en el Concierto que incluirá, cuando menos, la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS).

## **IDENTIFICACIÓN / TARJETA SANITARIA.**

La tarjeta sanitaria DKV Medi-Card® permite acreditarse como beneficiario ante los profesionales y centros sanitarios del catálogo de servicios de DKV Seguros para acceder a cualquier prestación.

Cada beneficiario, con independencia de su edad, dispondrá de una tarjeta personal e intransferible, por lo que debe ser firmada en el reverso. DKV Seguros no asume la responsabilidad por su uso incorrecto o fraudulento.

## **LIBERTAD DE ELECCIÓN.**

El beneficiario puede elegir libremente entre los profesionales y centros sanitarios del catálogo de servicios de DKV Seguros en todo el territorio nacional.

La red de profesionales puede sufrir variaciones durante el año, por lo que le recomendamos que antes de acceder a ellos consulte en [www.dkvseguros.com/mutualidades](http://www.dkvseguros.com/mutualidades) o llame al centro de atención telefónica 902 499 499.

## **PROCEDIMIENTO DE ACCESO Y PRESTACIÓN DE LA ASISTENCIA.**

DKV Seguros garantiza el acceso a los medios que en cada nivel asistencial exige el Concierto, salvo que no existan medios privados ni públicos, en cuyo caso lo facilitará en el municipio más próximo donde estén disponibles.

Si coyunturalmente no estuvieran disponibles, DKV Seguros facilitará el acceso a otros servicios privados que existan en el mismo municipio o, de no existir éstos, a los correspondientes servicios públicos.

En todo caso, se garantizará la asistencia sanitaria de urgencia que corresponda en cada municipio en función de su nivel asistencial.

### **Asistencia en consulta.**

El beneficiario se dirigirá directamente al profesional sanitario elegido de atención primaria o especializada para recibir la asistencia que precise, acreditando su condición mediante la presentación de la tarjeta sanitaria DKV Medi-Card®.

Además para las consultas de las especialidades que deben estar disponibles desde el nivel IV y para el acceso a médicos consultores se necesitará la prescripción de otro facultativo y la autorización de DKV Seguros.

### **Instrucciones para la utilización de los servicios de atención primaria del sistema público en medio rural.**

En determinados municipios del medio rural (expresamente previstos en los convenios suscritos con las comunidades autónomas descritos en el Concierto), la asistencia sanitaria a nivel ambulatorio, domiciliario o de urgencia a cargo del médico general o de familia, pediatra o diplomado en enfermería se podrá prestar por los servicios de atención primaria y de urgencia de la red sanitaria pública.

La relación de poblaciones sujetas al convenio rural, cuando existe, se detalla en el capítulo específico de este catálogo de servicios, incluyendo los centros de atención primaria a los que pueden acudir los beneficiarios residentes en dichos municipios.

Si tras una asistencia en régimen ambulatorio por parte de los servicios de atención primaria y de urgencia de la red sanitaria pública se precisa una atención hospitalaria, los beneficiarios acudirán a las clínicas y hospitales concertados.

En todo caso, los beneficiarios residentes en los municipios incluidos en dichos convenios pueden optar por los medios concertados en los municipios próximos.

### **Asistencia domiciliaria.**

La asistencia sanitaria se prestará por los profesionales de atención primaria en el domicilio del paciente, siempre que la situación clínica así lo requiera, cuando se trate de:

- Pacientes que por razón de su enfermedad no puedan desplazarse.
- Pacientes inmovilizados crónicos que precisen ayuda de otra persona para las actividades básicas de la vida diaria.
- Enfermos terminales. Los cuidados paliativos comprenderán la 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, así como de las personas a ellas vinculadas. Su objetivo terapéutico es la mejora de la calidad de vida.

La asistencia domiciliaria incluye 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.

### **Asistencia de urgencia y emergencia.**

Cuando el beneficiario precise atención de urgencia o de emergencia sanitaria deberá solicitarla marcando el teléfono de atención de urgencia

gratuito 900 30 07 99 que consta en su tarjeta sanitaria, en este catálogo de proveedores y en [www.dkvseguros.com](http://www.dkvseguros.com), y que le da acceso al Centro Coordinador de Urgencias destinado a garantizar la accesibilidad y coordinación de todos los medios disponibles para este tipo de atención las 24 horas del día de todos los días del año, en todo el territorio nacional.

La asistencia urgente también podrá requerirse en los servicios de urgencia de atención primaria y especializada, o bien directamente a los facultativos de medicina general, pediatría y enfermería en sus horarios de consulta.

### **Asistencia en régimen de hospitalización.**

Comprende la asistencia médico-quirúrgica incluida la realización de los tratamientos y procedimientos diagnósticos que precisen los pacientes que requieren cuidados continuados en régimen de hospitalización, así como los servicios hoteleros básicos inherentes a la misma.

- a. El ingreso precisará de la prescripción por un médico del catálogo de servicios, con indicación del centro hospitalario, y la autorización previa de DKV Seguros. En los ingresos efectuados a través de los servicios de urgencia esta tramitación deberá efectuarse en el plazo más breve posible.
- b. El paciente persistirá hospitalizado mientras, a juicio del facultativo responsable de la asistencia al enfermo, subsista la necesidad médica, sin que puedan ser motivo para prolongar la estancia las razones de tipo social.
- c. La hospitalización se efectuará en habitación individual con baño o ducha y cama de acompañante (salvo en hospitalización psiquiátrica). En ningún caso podrán excluirse habitaciones que formen parte de la capacidad de alojamiento del centro concertado.
- d. Están incluidos todos los gastos médico-quirúrgicos producidos durante la hospitalización del paciente, desde su ingreso hasta el alta hospitalaria, incluyendo el tratamiento farmacológico y la alimentación del paciente, según dieta prescrita.

- e. Un beneficiario que se encuentre ingresado en un centro hospitalario no concertado por una situación de urgencia, puede solicitar su ingreso en un centro concertado para la continuidad de la asistencia aportando el informe médico del proceso por el que está siendo atendido, sin que sea necesaria la prescripción de un médico concertado.

Además de la hospitalización convencional, están contempladas la hospitalización de día y la domiciliaria.

### **Transporte sanitario.**

El transporte para la asistencia sanitaria incluye las siguientes modalidades:

- a. Transporte sanitario urgente para el traslado al centro sanitario que pueda atender de forma óptima la situación de urgencia.
- b. Transporte sanitario no urgente: desplazamiento de enfermos o accidentados que no se encuentran en situación de urgencia o emergencia, y que por causas exclusivamente clínicas están incapacitados para desplazarse en los medios ordinarios de transporte a un centro sanitario para recibir asistencia sanitaria o a su domicilio tras recibir la atención sanitaria correspondiente, y que pueden precisar o no atención sanitaria durante el trayecto.

Incluye el transporte sanitario asistido y no asistido (dependiendo de si el paciente requiere asistencia técnico-sanitaria en ruta) y debe ser accesible a las personas con discapacidad.

La necesidad de transporte sanitario se justificará mediante la prescripción escrita del correspondiente facultativo que valorará tanto el estado de salud como el grado de autonomía del paciente para poder desplazarse en medios de transporte ordinarios. Cuando la incapacidad física u otras causas médicas desaparezcan como criterios de indicación y los pacientes puedan utilizar los medios de transporte ordinario, se suspenderá, independientemente de la duración o tipo de asistencia que se esté llevando a cabo.

El Concierto prevé la aportación del usuario en esta prestación de acuerdo a la ordenación legal que se establezca.

c. Transporte en medios ordinarios: se realiza en automóvil, autobús, ferrocarril, o si procediese por tratarse de provincias insulares o en las ciudades de Ceuta o Melilla, en barco o en avión. Se facilitará en los siguientes supuestos:

- Cuando no existan los medios exigidos de forma que el beneficiario se vea obligado a desplazarse desde la localidad en que resida, con carácter temporal o permanente, a la localidad más próxima donde existan.
- A servicios de nivel IV y a servicios de referencia ubicados en una provincia distinta a la de residencia.
- En los supuestos de traslados necesarios a otra localidad distinta de la de residencia, para recibir asistencia derivada de accidente en acto de servicio y enfermedad profesional.

Tendrán derecho a los gastos de transporte de acompañante los desplazamientos efectuados por pacientes:

- menores de 15 años y en el caso de las ciudades de Ceuta y Melilla y provincias insulares, menores de 18 años;
- que acrediten un grado de discapacidad igual o superior al 65%;
- 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.

### **Otra información sobre prestaciones sanitarias.**

#### ***Terapias respiratorias.***

Comprende la cobertura de cualquiera de las técnicas de terapia respiratoria a domicilio atendidas en el SNS, cuando las circunstancias del paciente así lo requieran, incluyendo el uso de las mochilas de oxígeno líquido, la pulsioximetría y la aerosolterapia.

#### ***Ortoprótisis.***

Incluye los implantes quirúrgicos terapéuticos o diagnósticos, entendiéndose por tales los productos sanitarios diseñados para ser implantados total o

parcialmente en el cuerpo humano, que estén comprendidos en la oferta de productos ortoprotésicos del SNS, así como la renovación de sus accesorios, incluidos los externos. Se incluyen los materiales utilizados para realizar técnicas de osteosíntesis.

Quedan excluidos los implantes osteointegrados para prótesis dentarias, excepto cuando deriven de accidente en acto de servicio o enfermedad profesional.

### ***Salud bucodental.***

Comprende el tratamiento de afecciones estomatológicas en general, incluyendo extracciones y la limpieza de boca una vez por año.

También incluye el programa de salud bucodental dirigido a menores de 15 años, consistente en revisiones periódicas, aplicación de flúor tópico, y en las piezas permanentes: selladores oclusales, obturaciones, empastes o reconstrucciones, tratamientos pulpares (endodoncias), tartrectomías y tratamientos de incisivos y caninos en caso de enfermedad, malformaciones o traumatismos.

Quedan excluidos, con las salvedades previstas en el párrafo anterior, los empastes, la endodoncia, la periodoncia, las prótesis dentarias, los implantes osteointegrados, la ortodoncia, tanto en lo referente a su coste como a su colocación, así como los tratamientos con finalidad exclusivamente estética y la realización de pruebas complementarias para la valoración y seguimiento de tratamientos excluidos.

### ***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, adaptación de métodos técnicos (ortoprótesis), terapia ocupacional, y logopedia que tenga relación directa con procesos patológicos de los que ya vengán siendo tratados por estar incluidos en la

cartera de servicios. No se incluyen incluidos los denominados trastornos del aprendizaje cuya atención es competencia del sistema educativo.

Los tratamientos podrán ser requeridos por los médicos rehabilitadores o por los especialistas responsables de las patologías susceptibles de dichos tratamientos. El seguimiento del paciente y la determinación del alta serán responsabilidad del médico rehabilitador, salvo en los tratamientos de rehabilitación cardíaca y vestibular que serán responsabilidad del especialista que solicitó dicho tratamiento.

Se cesará en la prestación al conseguir la total recuperación funcional o el máximo posible de ésta por haber entrado el proceso en un estado de estabilización insuperable o se convierta en una terapia de mantenimiento.

### ***Podología.***

Incluida para pacientes diabéticos insulino dependientes y para pacientes diagnosticados de pie neuropático de origen no diabético.

La prestación requiere prescripción médica y autorización previa. El número máximo de sesiones por paciente será de seis al año.

### ***Diagnóstico y tratamiento de la esterilidad.***

Incluye los gastos necesarios para obtener el diagnóstico de la esterilidad, el cual se extenderá, cuando proceda a la pareja. Las técnicas de reproducción asistida se asumen únicamente cuando la mujer sobre la que se vaya a realizar la técnica sea beneficiaria de la mutualidad.

Estarán comprendidas todas las técnicas de fertilización implantadas en el territorio nacional con arreglo a la Ley sobre técnicas de reproducción humana asistida, siempre que además se cumpla con los criterios técnicos de la guía de reproducción humana asistida de la mutualidad, en vigor hasta la publicación de los nuevos contenidos que se incluyan en la cartera común básica de servicios asistenciales del SNS.

Se incluye la criopreservación del semen, ovocitos, tejido ovárico y preembriones congelados sobrantes, procedentes de un ciclo de fertilización in vitro, en las condiciones y durante el período de tiempo establecidos.

Se atenderá la cobertura de técnicas de reproducción humana asistida en las siguientes situaciones:

- Deseo reproductivo no logrado tras más de un año de relaciones sexuales no protegidas salvo sospecha o diagnóstico clínico previo de esterilidad.
- 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 la Ley).
- 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.

En cualquier caso los tratamientos 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.

### **ASISTENCIA SANITARIA EN CASO DE ACCIDENTE CUANDO EXISTE UN TERCERO OBLIGADO AL PAGO.**

DKV Seguros, sin perjuicio de cubrir en todo caso la asistencia, podrá subrogarse en los derechos y acciones de los beneficiarios relativos al importe de los gastos derivados, realizando las acciones necesarias. Para ello, los beneficiarios estarán obligados a facilitar todos los datos necesarios.

### **UTILIZACIÓN DE MEDIOS NO CONCERTADOS.**

Cuando un mutualista o beneficiario, por decisión propia o de sus familiares, utilice medios no concertados deberá abonar sin derecho a reintegro, los gastos que puedan ocasionarse, excepto en los casos de denegación injustificada de asistencia y asistencia urgente de carácter vital.

## **Denegación injustificada de asistencia.**

Se produce en los siguientes casos:

- Cuando la entidad no autorice o no ofrezca una solución asistencial válida antes de que concluya el quinto día hábil siguiente a la fecha de solicitud del beneficiario de alguna de las prestaciones o servicios que precisan autorización previa de la entidad, en el nivel que corresponda, y que haya sido prescrita por un médico concertado, o deniegue una prestación incluida en la cartera de servicios cubierta por este Concierto. La respuesta de la entidad deberá realizarse por escrito o por cualquier otro medio que permita dejar constancia de la misma.
- Cuando no se cumplan con las exigencias de disponibilidad de medios previstos en el Concierto. En este supuesto, el beneficiario podrá acudir a los facultativos o centros privados que existan en el nivel correspondiente o, de no existir éstos, a los correspondientes servicios públicos.
- Cuando un beneficiario solicite autorización a la entidad para acudir a un facultativo o centro no concertado (previa prescripción por escrito de un facultativo de la entidad con exposición de las causas médicas justificativas de la necesidad de remisión al medio no concertado) y la entidad ni lo autorice ni ofrezca una alternativa asistencial válida con sus medios antes de que concluya el décimo día hábil siguiente a la presentación de la solicitud de autorización.
- Cuando un beneficiario haya acudido o esté ingresado en un centro de la entidad para recibir asistencia y según criterio del facultativo que le atiende no existan o no estén disponibles los recursos asistenciales necesarios. En este supuesto se presume que se produce una situación de denegación injustificada de asistencia cuando desde el medio de la entidad se haya remitido al paciente a centro no concertado.
- Cuando el beneficiario esté ingresado en un centro no concertado a causa de una situación médica que requiera una atención inmediata de urgencia, y éste (o los familiares o terceros responsables) lo comunique a la entidad dentro de las 48 horas posteriores al ingreso y no le ofrezca una solución asistencial válida antes de que concluyan las 48 horas siguientes a la comunicación, bien comprometiéndose a asumir

los gastos que se ocasionen, bien gestionando su traslado a un centro de la Entidad, propio o concertado, siempre que el traslado sea médicamente posible.

La solicitud a la entidad se realizará por un medio que permita dejar constancia de la misma (preferiblemente a través de su centro coordinador de urgencias) y en la misma se hará constar una breve descripción de los hechos y circunstancias en que se ha producido el ingreso.

### **Asistencia urgente de carácter vital.**

Se considera situación urgente 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.

Para que el beneficiario tenga derecho a la cobertura de gastos el medio ajeno deberá ser razonablemente elegido, teniendo en cuenta circunstancias de lugar y tiempo, la capacidad de decisión del enfermo y en su caso, de las personas que prestaron los primeros auxilios.

La situación de urgencia vital se extiende desde el ingreso hasta el alta salvo que:

- DKV Seguros, en conformidad con el equipo médico, ofrezca una alternativa y el paciente o sus familiares se nieguen.
- El paciente es remitido a un segundo centro ajeno y no existen causas que impidan la continuidad en el centro de la entidad.

El beneficiario u otra persona en su nombre deberá, en el plazo de las 48 horas siguientes a la asistencia, comunicar a DKV Seguros, por cualquier medio que permita dejar constancia de la comunicación, la asistencia recibida en medios ajenos, aportando el correspondiente informe médico de urgencias; salvo que concurran circunstancias excepcionales, debidamente justificadas, que hayan impedido comunicar la asistencia.

DKV Seguros deberá responder en el plazo de 48 horas, por un medio que permita dejar constancia de la respuesta si acepta hacerse cargo de la asistencia o no.

## **SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN.**

### **Servicios que requieren autorización previa.**

#### **1. Hospitalizaciones.**

- A. Hospitalización.
- B. Hospitalización de día.
- C. Hospitalización domiciliaria.
- D. Cuidados paliativos a domicilio por equipos de soporte.

#### **2. Técnicas diagnósticas, tratamientos y técnicas quirúrgicas.**

- A. Cirugía ambulatoria.
- B. Odontología: tartrectomía (limpieza de boca). Prótesis dentarias e implantes osteointegrados en enfermedad profesional o accidente en acto de servicio.
- C. Rehabilitación, fisioterapia y logopedia.
- D. Terapias respiratorias: oxigenoterapia, ventiloterapia y aerosolterapia a domicilio.
- E. Tratamiento de diálisis peritoneal y hemodiálisis.
- F. Oncología: inmunoterapia y quimioterapia, cobaltoterapia, radioterapia e isótopos radiactivos, braquiterapia, y acelerador lineal.
- G. Diagnóstico por imagen: tomografía axial computerizada, resonancia magnética, ortopantomografía, mamografía, PET-TAC, gammagrafía, doppler y densitometría ósea.
- H. Estudios neurofisiológicos.

- I. Test y estudios neuropsicológicos para el diagnóstico de patologías con deterioro cognitivo.
  - J. Estudio y tratamiento endoscópico.
  - K. Cardiología: estudios y tratamientos hemodinámicos.
  - L. Obstetricia: amniocentesis.
  - M. Oftalmología: retinografía y tratamiento láser, tomografía óptica de coherencia, tomografía óptica con láser confocal (HTR-Heidelberg retina tomograph), polarimetría láser GDX, tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) por terapia fotodinámica o Inyección intravítrea de antiangiogénicos.
  - N. Tratamiento en unidad de dolor.
  - O. Estudio y tratamiento en unidad del sueño.
  - P. Litotricia renal extracorpórea.
3. **Psicoterapia.**
  4. **Asistencia a médicos consultores.**
  5. **Podología.**
  6. **Servicios correspondientes al nivel IV y los servicios de referencia.**
  7. **En los municipios o agrupaciones del nivel II en que no se disponga de centro hospitalario concertado y exista un centro hospitalario privado, los servicios correspondientes a dicho centro** (asistencia en consultas externas y de hospitalización a los beneficiarios residentes en el municipio o agrupación y las urgencias hospitalarias a cualquier beneficiario).

### **Procedimiento.**

Los beneficiarios pueden solicitar la autorización:

- Presencialmente, en cualquiera de sus sucursales.
- Por teléfono: 902 499 600.
- A través de la web: [www.dkvseguros.com](http://www.dkvseguros.com).

— Por fax.

Para facilitar la correcta tramitación de la solicitud de autorización esta deberá incluir:

— Datos personales del solicitante:

— Nombre y apellidos.

— Nº de tarjeta sanitaria DKV Medi-Card®.

— Teléfono de contacto, dirección de correo electrónico o fax.

— Datos del servicio para el que se solicita autorización previa:

— Provincia en la que se realizará la prestación.

— Identificación del servicio solicitado.

— Fecha de la prescripción.

— Identificación del facultativo que realiza la prescripción, con firma y sello del mismo.

— Fecha prevista para la realización de la prestación.

— Centro sanitario en el que se realizará la prestación.

DKV Seguros, una vez recibida la solicitud de autorización previa, podrá confirmar el profesional o centro sanitario elegido por el solicitante o bien, si así lo estima conveniente, asignar otro diferente siempre que constituya una alternativa asistencial válida para la realización de la prestación solicitada.

La autorización emitida detallará el profesional o centro sanitario donde haya de realizarse la prueba o el tratamiento de que se trate. Su envío se realizará a la mayor brevedad posible, a fin de evitar eventuales demoras, y preferentemente a través del mismo canal por el que se ha recibido.

Con el fin de facilitar el acceso a las prestaciones, DKV Seguros prestará asesoramiento a los beneficiarios que así lo soliciten.

## **PROGRAMAS PREVENTIVOS.**

Con la finalidad de conseguir un enfoque integral de la asistencia sanitaria, DKV Seguros, siguiendo las directrices del Concierto, tiene establecidos los siguientes programas preventivos para sus beneficiarios:

### **1. Inmunizaciones.**

Vacunaciones de todos los grupos de edad y, en su caso, grupos de riesgo, según el calendario del Sistema Nacional de Salud y las administraciones sanitarias competentes.

### **2. Programa de salud bucodental del niño (hasta 15 años).**

Incluye: revisión periódica, aplicación de flúor tópico, selladores oclusales y obturaciones o empastes.

### **3. Cribado neonatal.**

### **4. Programa de prevención del cáncer.**

- Cáncer de mama: cribado poblacional con mamografía cada dos años en las mujeres de 50 a 69 años.
- Cáncer de cuello de útero (cérvix): citología en mujeres de 25-65 años. Al principio, dos citologías con una periodicidad anual y después cada 3-5 años.
- Cáncer colorrectal: cribado poblacional con determinación de sangre oculta en heces cada dos años en hombres y mujeres de 50 a 69 años.

### **5. Programas preventivos específicos ¡Vive la Salud!**