



Real Casa de la Moneda
Fábrica Nacional
de Moneda y Timbre

Dirección de RRHH

**PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TECNICAS QUE HA DE REGIR LA
CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE
ASISTENCIA SANITARIA - AÑO 2017.**

(Procedimiento Negociado con Publicidad)

Madrid, Junio de 2016



<u>INDICE</u>	<u>Nº PAG.</u>
1.- OBJETO DE CONTRATACIÓN	3
2.- DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO.	3
2.1.- Naturaleza jurídica	3
2.2.- Sujetos de la contratación	3
2.3.- Condiciones de contratación	5
3.- EJECUCIÓN DE LA CONTRATACIÓN.	7
4.- OPERATIVA DEL SEGURO	7
5.- ALCANCE DEL SERVICIO.	9
5.1.- Medicina de Atención primaria	9
5.2.- Urgencias	9
5.3.- Especialidades	9
5.4.- Medicina preventiva	10
5.5.- Medios de diagnóstico	11
5.6.- Hospitalización	11
5.7.- Tratamientos y Técnicas especiales	12
5.8.- Otros servicios	13
5.9.- Cobertura dental franquiciada	14
5.10.-Otras garantías cubiertas	14
5.11.-Asistencia en Viaje	15
6.- PRECIO MÁXIMO DEL SEGURO	17
7.- OTRAS CONSIDERACIONES.	17
7.1.- Solvencia económica	17
7.2.- Medidas de igualdad	18
7.3.- Información al Tomador sobre el contrato	18
7.4.- Gastos derivados de tratamientos ya iniciados	18
7.5.- Historial médico del asegurado	18
8.- ACLARACIONES SOBRE EL PLIEGO.	19



1.- OBJETO DE CONTRATACIÓN

Contratar para el ejercicio 2017 un seguro colectivo de asistencia sanitaria (salud y dental) en España para los empleados de la FMMT-RCM y sus familiares reconocidos como asegurados, así como la asistencia en viaje fuera de España según las condiciones establecidas en el presente pliego y en el pliego de condiciones particulares.

2.- DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

En España se proporcionará, como mínimo, a los asegurados la asistencia médica y quirúrgica debida a toda clase de enfermedades o lesiones por los servicios que figuran relacionados en el punto 5 de este pliego de prescripciones técnicas.

En concepto de asistencia sanitaria se incluyen las prestaciones médicas en régimen ambulatorio, domiciliario y hospitalario que, en su caso, procedan de conformidad a lo previsto en el punto 5 de este documento.

2.1.- Naturaleza jurídica.- Obedecerá a los siguientes planteamientos:

a) El contrato que se suscriba tendrá carácter privado, a tenor de lo señalado en el artículo 20 del Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público.

b) La póliza de seguro que se suscriba incorporará en el contrato como parte de la misma, además de las condiciones generales, particulares y franquicias dentales, el Pliego de Condiciones Particulares y el presente Pliego de Prescripciones Técnicas firmados por todas las partes implicadas en la contratación. Todo ello configurará el contrato de seguro. El contenido de dichos Pliegos de Condiciones Particulares y Prescripciones Técnicas prevalecerá sobre el condicionado general en caso de duda.

Si aun así existieran discrepancias, se considerará cubierto por el seguro colectivo de asistencia sanitaria con cargo a la compañía aseguradora toda prueba o servicio que estén cubiertos por el Servicio Público de Salud.

En consecuencia, los licitadores no podrán incluir en sus ofertas ni, por consiguiente, formará parte del contrato de seguro Condición General, Especial o Adicional alguna que vaya en contra de los mismos.

c) Por consiguiente, en cuanto a sus efectos y extinción, el contrato que se suscriba se regirá por las normas de derecho privado que, conforme a su naturaleza, le sean de aplicación.

2.2.- Sujetos de la contratación

Oferentes: las entidades aseguradoras, que deberán estar inscritas en el Registro de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con la autorización precisa en el ramo oportuno.



Tomador del seguro y pagador de la prima.-

- Para el colectivo básico actuará como Tomador del Seguro y pagador de la prima íntegra la FABRICA NACIONAL DE MONEDA Y TIMBRE – REAL CASA DE LA MONEDA (FNMT – RCM).
- Para el colectivo abierto actuará como Tomador del Seguro y pagador de la prima íntegra, o de cualquier otro gasto que pudiera generarse, cada asegurado. Para cada uno de estos asegurados se emitirá una póliza particular, con referencia a la del colectivo básico, respetando las mismas condiciones excepto la prima.
- Las franquicias derivadas de los servicios de asistencia sanitaria dental son por cuenta del asegurado, independientemente del colectivo al que pertenezca.

Asegurados: A efectos de este contrato se considerarán asegurados:

- Colectivo básico: La totalidad de la prima será a cargo de la Fábrica Nacional de Moneda y Timbre – Real Casa de la Moneda.
 - Empleados en activo, teniendo también esta consideración los trabajadores jubilados parciales.
 - Cónyuges y parejas de hecho debidamente registradas.
 - Hijos hasta la edad máxima de 24 años, causando baja automática el último día del mes en que se cumplan.
 - Personal en suspensión del contrato de trabajo con reserva de puesto por excedencia derivada del cuidado de familiares hasta segundo grado.
 - Personal en suspensión del contrato de trabajo por agotamiento del plazo máximo de duración de la IT, hasta que se produzca resolución del INSS con reconocimiento de incapacidad permanente.
- Colectivo abierto: La totalidad de la prima, o cualquier otro gasto que pudiera generarse, será a cargo de cada asegurado.
 - Hijos de empleados en activo mayores de 24 años.
 - Jubilados que hasta el momento de pasar a esa situación de jubilación estén asegurados en el colectivo básico como trabajadores en activo, así como los familiares que tuvieran en la póliza.
El término “jubilado” en este colectivo abierto debe entenderse referido tanto a los trabajadores que pasen a la situación de pensionistas por razón de la edad (ordinaria o anticipada) como por reconocimiento de incapacidad permanente mediante resolución del INSS.

El colectivo asegurado estará cubierto de todos los riesgos que más adelante se indican sin que proceda limitación alguna por razón de la edad o como consecuencia de enfermedades preexistentes o congénitas ni por accidentes previos a la entrada en vigor de la cobertura.

Para la consideración de una persona como integrante del grupo asegurado de la póliza será prueba suficiente una notificación expedida por el Tomador a la compañía aseguradora.

A modo informativo, los grandes colectivos a los que irá destinada la póliza son los siguientes:

1 – Situación actual de empleados y familiares del Colectivo Básico:

Centro de Trabajo	Colectivo Básico	Empleados	Familiares	TOTAL
Madrid	• Hasta 13 años	-	373	373
	• De 14 a 24 años	-	339	339
	• Más de 24 años	1.156	679	1.835
	Total Colectivo Básico Madrid	1.156	1.391	2.547
Burgos	• Hasta 13 años	-	69	69
	• De 14 a 24 años	-	80	80
	• Más de 24 años	175	106	281
	Total Colectivo Básico Burgos	175	255	430
TOTAL Colectivo Básico FNMT-RCM		1.331	1.646	2.977

2 – Situación actual de ex/empleados y familiares del Colectivo Abierto:

Centro de Trabajo	Colectivo Abierto	Ex/empleados	Familiares	TOTAL
Madrid	Total Colectivo Abierto Madrid	228	720	948
Burgos	Total Colectivo Abierto Burgos	24	50	74
TOTAL Colectivo Abierto FNMT-RCM		252	770	1.022

2.3.- Condiciones de contratación

Cobertura y exclusiones.- Las garantías del presente contrato surtirán efecto dentro del territorio nacional, y en el extranjero en cuanto a la asistencia en viaje se refiere, que tiene su propio tratamiento en este pliego de prescripciones. En cuanto al ámbito temporal, la cobertura debe prestarse durante las 24 horas del día, todos los días del año.

Quedan cubiertos todos los riesgos, excepto los profesionales inherentes a la actividad propia de la FNMT/RCM, incluso durante los viajes; no obstante, teniendo en cuenta el ámbito de la póliza, aunque el viaje esté motivado por temas de trabajo, si se realiza en territorio nacional se asume por la póliza la asistencia sanitaria a través de su cuadro médico siempre que la necesidad obedezca a enfermedad común o accidente no laboral. Si el viaje de trabajo es al extranjero se estará a lo dispuesto en el condicionado específico de seguro de asistencia en viaje.



No procede limitación ni exclusión alguna por razón de edad o como consecuencia de enfermedades preexistentes o congénitas ni por accidentes ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor de la cobertura.

Las proposiciones ofertadas por los licitadores contendrán mención, en términos que no puedan ser origen de dudas, de los supuestos que quedan excluidos de cobertura.

En consecuencia, los licitadores deberán especificar todas y cada una de las exclusiones aplicables a cada una de las garantías. Dichas exclusiones podrán ser aceptadas por la FNMT-RCM en tanto en cuanto por parte de la misma se considere que no contradicen las premisas fundamentales objeto de la cobertura de este contrato. En caso contrario la FNMT-RCM podrá desestimar la oferta.

Se entenderá que no existe ninguna exclusión o limitación adicional a las garantías de este contrato si no han sido relacionadas expresamente por el licitador.

Periodos de carencia.- Para el colectivo básico, así como a sus familiares, no será de aplicación ningún periodo de carencia de cuantos contengan las Condiciones Generales de la Póliza, existiendo pues plenitud de derechos desde el mismo día de la incorporación de un asegurado a la Póliza.

Para el colectivo abierto será también de aplicación lo expuesto en el párrafo anterior siempre que contraten por su cuenta la póliza en el plazo máximo de tres meses a contar desde la fecha que exista posibilidad de hacerlo, o lo que es igual, desde que se genere el derecho.

Boletín de adhesión y cuestionario de salud.- Al colectivo básico, así como a sus familiares, no será de aplicación la cumplimentación de boletín de adhesión ni de cuestionario de salud. En consecuencia, la Compañía adjudicataria renuncia expresamente a su derecho de rechazo de las solicitudes de incorporación que presente el Tomador de esta Póliza.

Al colectivo abierto tampoco se le exigirá la cumplimentación del boletín de adhesión ni del cuestionario de salud siempre que contraten por su cuenta la póliza en el plazo máximo de tres meses a contar desde la fecha que exista posibilidad de hacerlo, o lo que es igual, desde que se genere el derecho.

Copago por los servicios médicos recibidos.- No será de aplicación ninguna franquicia en concepto de copago por los actos médicos recibidos por los Asegurados, siendo por tanto el copago de cero euros tanto para el colectivo básico como para el abierto.

Otras condiciones que regirán en el contrato que se suscriba.- Dentro del periodo estipulado como duración del contrato se mantendrán todas las garantías concertadas no pudiendo la compañía aseguradora rescindir la póliza sea cual sea el número de siniestros que se produzcan y las cuantías de las correspondientes indemnizaciones, respetando los límites en cada caso señalados para cada siniestro.

La compañía aseguradora a la que se le adjudique el seguro de asistencia sanitaria (salud y dental) desde el día uno de enero de 2017 deberá asumir en su totalidad los gastos que se originen desde dicha fecha por los servicios prestados por el cuadro médico de la compañía

contratada anteriormente a los asegurados que se encuentren en ese momento en fase de tratamiento.

La compañía entrante deberá reintegrar dicho coste a la compañía saliente, no existiendo más limitación en el tiempo que la duración de los tratamientos prescrita por los centros o profesionales que prestan dicha asistencia.

Tal y como se podrá observar en los criterios de adjudicación, la no asunción de esta cláusula supone por sí misma condición excluyente de la oferta.

La compañía aseguradora se compromete en las consultas programadas a citar a las personas que demanden asistencia sanitaria (salud y dental) en el tiempo máximo de una semana.

3.- EJECUCIÓN DE LA CONTRATACIÓN

El plazo para la ejecución del contrato será de un año a contar desde el uno de enero de 2017, extendiéndose por lo tanto hasta las veinticuatro horas del día 31 de diciembre del mismo año. No obstante podrá acordarse expresamente una prórroga anual del contrato sin que la duración total del mismo, incluida la prórroga, pueda exceder de dos años.

La manifestación de la intención de la Fábrica Nacional de Moneda y Timbre o de la adjudicataria de no prorrogar el presente contrato deberá comunicarse por escrito con, al menos, cuatro meses de antelación a la fecha de vencimiento del periodo del contrato en curso.

Si durante la vigencia de la póliza sanitaria la FNMT-RCM viera reducida o eliminada la dotación presupuestaria inicialmente prevista para este fin, por causa grave derivada de una alteración sustancial de las circunstancias económicas, dicha póliza quedará extinguida anticipadamente en cualquier momento del ejercicio sin necesidad de completar la anualidad siempre que la FNMT-RCM lo comunique a la compañía aseguradora con un mes de antelación, y sin que esta actuación suponga penalización alguna.

Si la nueva dotación económica lo permite, durante ese periodo de preaviso se podrá negociar con la misma compañía una nueva póliza adaptada a las circunstancias que en ese momento concurren, que podrá suponer tanto la limitación de prestaciones como de asegurados.

En su defecto, se mantendrá la póliza sanitaria con las mismas prestaciones e idénticas condiciones, prima/asegurado/mes y duración (31/12/2017 o, en su caso, la prórroga), pudiendo asumir los asegurados del colectivo básico a su cargo el importe total o parcial de dicha prima sin solución de continuidad. Esta situación tendrá carácter voluntario para los asegurados y, quien así lo manifestara, autorizará a la FNMT-RCM su descuento en nómina para su ingreso a la compañía aseguradora.

4.- OPERATIVA DEL SEGURO

Una vez adjudicado el servicio y firmado el contrato correspondiente, la empresa adjudicataria deberá designar en el plazo de 24 horas una persona o unidad de la misma a través de la cual se canalizarán las relaciones con la FNMT – RCM.



La FNMT – RCM comunicará a la empresa adjudicataria mediante fichero informático y con la debida antelación al inicio de la necesidad de cobertura aseguradora, los siguientes datos de todas las personas a asegurar:

- NIF/pasaporte
- Apellidos y nombre
- Fecha de nacimiento
- Sexo
- Dirección completa de envío de documentación

A partir de ese momento, y durante la vigencia del contrato, el Tomador se obliga a comunicar mensualmente a la Compañía contratada las altas y bajas de asegurados, los cambios de domicilio y, en general, cuantas variaciones de datos del colectivo, así como cualquier circunstancia que tenga influencia en el seguro.

Las altas de asegurados tendrán efecto desde la fecha de comunicación por el Tomador del Seguro y las bajas desde el día uno del mes siguiente.

En los supuestos de hijos recién nacidos, así como en las situaciones de adopción y acogimiento, el derecho a la asistencia sanitaria nace desde la misma fecha de nacimiento, adopción y acogimiento.

La Compañía adjudicataria facilitará a cada uno de los asegurados un documento explicativo de las coberturas del seguro incluyendo, igualmente, la operativa a seguir en caso de necesitar asistencia médica y la tarjeta acreditativa de su condición de asegurado. Todo ello, será remitido por la entidad aseguradora en los siete días naturales siguientes a recibir la comunicación de la FNMT – RCM.

En el caso de que algún asegurado necesitase asistencia y no dispusiera del documento explicativo de las coberturas del seguro habrá de facilitársele de inmediato la documentación precisa para hacer efectiva dicha asistencia. En todo caso, la aseguradora se hará cargo de las facturas generadas motivadas por urgencias debidamente justificadas o ante la falta de medios en el entorno donde se encuentre el asegurado.

Abundando en el contenido de los dos párrafos anteriores, la compañía aseguradora pondrá a disposición de los asegurados una línea directa de atención personalizada y una Dirección de correo tanto para el conocimiento de todos los aspectos relacionados con la cobertura del seguro como para la gestión administrativa derivada de la tramitación de siniestros.

El pago de la prima se efectuará mediante transferencia bancaria a la cuenta corriente de la Compañía y con la emisión de esta de un único recibo mensual que incluya la suma total de primas correspondiente a los asegurados incluidos en el colectivo básico que se encuentren en alta en el mes a que se refiere, que se hará efectivo a los 30 días de su presentación.

La emisión de la prima del mes en curso se realizará contabilizándose los asegurados en vigor, aplicándose a dicho mes la regularización de las altas comunicadas en dicho periodo con la imputación proporcional de prima de acuerdo al número de días en alta y las bajas del mes anterior.



La pérdida de la condición de Empleado implicará, con los condicionantes establecidos en el presente Pliego, la extinción de la cobertura para él y también para sus familiares, salvo que dicha baja esté motivada por jubilación o incapacidad permanente y el trabajador haga uso del derecho que le asiste para mantener la póliza integrándose en el colectivo abierto. No será de aplicación este párrafo cuando la pérdida de la condición de empleado tenga carácter temporal con reserva de puesto de trabajo y esté motivada por excedencia por cuidado de familiares hasta segundo grado o agotamiento del plazo máximo de duración de la incapacidad temporal hasta que se produzca resolución del INSS en materia de incapacidad permanente.

5.- ALCANCE DEL SERVICIO

Las prestaciones sanitarias cubiertas por esta póliza son las correspondientes al siguiente detalle:

5.1. MEDICINA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Medicina General. Asistencia en consulta y a domicilio.

Pediatría, Neonatología y Puericultura de zona. Para niños menores de catorce años. Incluye controles preventivos y de desarrollo infantil.

Enfermería. Servicio de ATS./D.U.E. En consulta y a domicilio. En este último caso siempre y cuando el enfermo guarde cama y previa prescripción de un médico de la Compañía.

5.2. URGENCIAS

Servicio Permanente de Urgencia, que se prestará en el centro o centros que consten en el catálogo de servicios entregado por la Compañía aseguradora. La asistencia será domiciliaria siempre que el estado del enfermo lo requiera, prestada por médico generalista y/o ATS.

5.3. ESPECIALIDADES

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

- Alergología.
- Anestesiología y Reanimación, incluida anestesia epidural.
- Angiología y Cirugía Vasculard.
- Aparato Digestivo.
- Cardiología. Incluye la prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años.
- Cirugía Artroscópica.
- Cirugía Cardiovascular.
- Cirugía General y del Aparato Digestivo.
- Cirugía Maxilo-Facial.
- Cirugía Pediátrica.



- Cirugía Plástica Reparadora. Queda incluida la reconstrucción de la mama tras mastectomía radical, incluida la prótesis mamaria.
- Cirugía Torácica.
- Dermatología médico quirúrgica.
- Endocrinología y Nutrición.
- Geriátrica.
- Hematología y Hemoterapia.
- Inmunología
- Medicina Interna.
- Medicina Nuclear
- Nefrología.
- Neonatología.
- Neumología. Aparato Respiratorio.
- Neurocirugía.
- Neurofisiología Clínica
- Neurología.
- Obstetricia y Ginecología. Vigilancia del embarazo por médico tocólogo, y asistencia por éste a los partos. Planificación familiar: Control del tratamiento con anovulatorios, colocación de DIU y su vigilancia, siendo por cuenta de la asegurada el coste del dispositivo. Ligadura de trompas y vasectomía. Incluye revisión ginecológica anual para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix.
- Odonto-Estomatología. Únicamente se encuentran cubiertas las consultas, curas estomatológicas, extracciones, radiología y limpieza de boca. El resto de servicios Odonto-Estomatológicos formarán parte de la cobertura dental franquiciada.
- Oftalmología. Incluye campañas para la detección precoz de riesgo ocular.
- Oncología Médica. Se cubre la medicación hospitalaria aunque su administración se realice en el domicilio del paciente.
- Oncología Radioterápica. Se cubre la medicación hospitalaria aunque su administración se realice en el domicilio del paciente
- Otorrinolaringología.
- Proctología. Cirugía ano-rectal.
- Psiquiatría.
- Rehabilitación y Fisioterapia, previa prescripción de un médico de la Compañía.
- Reumatología.
- Tratamiento del Dolor.
- Traumatología y Cirugía Ortopédica.
- Urología. Incluye revisiones anuales para la detección precoz de patología prostática.

5.4. MEDICINA PREVENTIVA.

- **Pediatría:** incluye controles preventivos y de desarrollo infantil.
- **Obstetricia y Ginecología:** revisión ginecológica anual, para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix.
- **Cardiología:** incluye la prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años.
- **Urología:** Incluye consultas y pruebas diagnósticas para la detección precoz de patología prostática, afectando al colectivo masculino de 50 o más años, o desde los 40 cuando existan antecedentes familiares de tipo maligno.
- **Oftalmología.-** Detección precoz patología ocular.



5.5. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

- **Análisis clínicos:** bioquímica, hematología, microbiología, parasitología, anatomía patológica quirúrgica y citopatología.
- **Radiodiagnóstico:** todo tipo de estudios radiográficos con fines diagnósticos, quedando incluida la utilización de medios de contraste.
- **Otros medios de diagnóstico:** doppler cardíaco, ecografía, electrocardiografía, electroencefalograma, electromiografía, fibroendoscopia.
- **Medios de diagnóstico de alta tecnología:** inmunohistoquímica, ergometría, hemodinámica vascular, holter, estudios electrofisiológicos y terapéuticos, medicina nuclear, amniocentesis y cariotipos, polisomnografía, tomografía por emisión de positrones (PET), resonancia magnética nuclear, TAC (Scanner), PET/TAC. También tienen esta consideración las manometrías y Phmetrías, que se realizarán con sedación o anestesia bajo criterio del médico que las prescriba.
- **Pruebas Genéticas:** quedan cubiertas aquellas pruebas cuyo fin sea el diagnóstico de enfermedades.
- **Medios de diagnóstico intervencionista:** radiología intervencionista vascular y visceral y hemodinámica vascular.

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

5.6. HOSPITALIZACIÓN

Se realizará en centros concertados por la Compañía bajo las siguientes condiciones:

- **Hospitalización obstétrica (Partos).** En habitación individual con cama para un acompañante. Los gastos de estancia y manutención de la parturienta, quirófano o sala de partos, anestesia (incluida la anestesia epidural), curas y su material, medicación e incubadora, serán a cargo de la Compañía aseguradora.

-**Hospitalización quirúrgica.** En habitación individual con cama para un acompañante. Los gastos de estancia y manutención del enfermo, quirófano, anestesia, medicación, curas y otros tratamientos necesarios serán a cargo de la Compañía aseguradora.

Queda incluida la reconstrucción de mama tras mastectomía radical, la ligadura de trompas y la vasectomía así como la hospitalización de día.

- **Prótesis:** la prescripción y colocación de todas las prótesis, tanto internas como externas (A EXCEPCIÓN DE LAS DENTARIAS) correrá a cargo de la Compañía. En cuanto al coste de las prótesis en sí, será por cuenta de la Aseguradora en el supuesto de válvulas cardíacas, marcapasos, prótesis de bypass vascular, endoprótesis vasculares (stent), prótesis mamarias (en caso de mastectomía radical), prótesis internas



traumatológicas, lentes intraoculares incluidas las multifocales y bifocales en el tratamiento de las cataratas, mallas sintéticas para la reconstrucción de la pared abdominal o torácica y los reservorios para el tratamiento del dolor, así como cualquier otra prótesis quirúrgica interna (excepto las dentarias), injertos óseos (excepto los relacionados con prestaciones dentarias) y los materiales utilizados para técnicas de osteosíntesis. En todos los casos debe prescribir la necesidad un profesional del cuadro médico de la compañía aseguradora.

EL COSTE DE CUALQUIER OTRO TIPO DE PRÓTESIS, PIEZAS ANATÓMICAS Y ORTOPÉDICAS, SERÁ DE CUENTA DEL ASEGURADO.

-Hospitalización médica (sin intervención quirúrgica). Se realizará igualmente en habitación individual con cama para un acompañante. Los gastos de estancia y manutención del enfermo, medicación y tratamientos necesarios, serán a cargo de la Aseguradora.

La duración del internamiento será determinada por el médico de la Compañía encargado de la asistencia, y alcanzará hasta que éste estime conveniente el traslado del enfermo a su domicilio.

Queda incluida la hospitalización de día.

-Hospitalización en UVI. Los gastos de estancia y manutención del enfermo, medicación y tratamiento serán a cargo de la Compañía aseguradora (POR SU NATURALEZA NO SE INCLUYE CAMA PARA ACOMPAÑANTE). La duración del internamiento estará en función de si el proceso patológico que sufre el enfermo es o no reversible. En el caso de que el enfermo no sea recuperable en opinión del Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos, éste señalará el tiempo de permanencia del enfermo.

-Hospitalización Psiquiátrica. Exclusivamente para los enfermos previamente diagnosticados por un especialista de la Compañía aseguradora de procesos agudos o crónicos en periodo de agitación, en régimen de internamiento o en hospitalización de día sin límite de tiempo. También se incluye la hospitalización psiquiátrica en las mismas condiciones como consecuencia de trastornos de la alimentación, alcoholismo crónico, drogadicción, intento de suicidio y autolesiones. Los gastos de estancia y manutención del enfermo, medicación y tratamiento serán a cargo de la Compañía aseguradora. Por su naturaleza no se incluye cama de acompañante.

5.7. TRATAMIENTOS Y TÉCNICAS ESPECIALES

- Aerosolterapia-ventiloterapia.
- Oxigenoterapia ambulatoria y a domicilio.
- Transfusiones de sangre y/o plasma.
- Foniatría. Exclusivamente como rehabilitación tras laringuectomía (Extirpación de laringe) o proceso neoplásico que lo requiera.
- Logopedia
- Tratamientos de Estimulación Precoz.- Se realizarán en centros propios o concertados, previa prescripción médica y con autorización previa de la compañía.
- Ortóptica.
- Psicoterapia: Con cargo íntegro a la compañía aseguradora se establece un límite de 20 sesiones al año y como máximo 40 sesiones en caso de terapia derivada de trastornos alimentarios. En el supuesto de necesitar un número mayor de sesiones a criterio médico



se establecerá una franquicia máxima de veinticuatro (24) euros / sesión a cargo del paciente. Siempre previa prescripción de un psiquiatra del cuadro médico de la Compañía aseguradora.

- **Psiquiatría.**- Quedan incluidos los tratamientos derivados de trastornos de la alimentación, alcoholismo crónico, drogadicción, intento de suicidio y autolesiones, previa prescripción de un psiquiatra del cuadro médico de la Compañía aseguradora.
- **Laserterapia.** Queda incluida en tratamientos de fotocoagulación en oftalmología, en la rehabilitación músculo esquelética y el láser quirúrgico en cirugía vascular periférica, coloproctología e intervenciones quirúrgicas ginecológicas, urológicas, otorrinolaringológicas y dermatológicas.
- **Microcirugía:** Como técnica quirúrgica, cuando a criterio médico sea la mejor opción.
- **Laparoscopia.** Como técnica quirúrgica, cuando a criterio médico sea la mejor opción.
- **Nucleotomía percutánea.**
- **Electrorradioterapia:** radioterapia superficial y profunda, onda corta, rayos infrarrojos, rayos ultravioletas y corrientes eléctricas.
- **Diálisis y riñón artificial.**
- **Litotricia Renal y Vesical.**
- **Quimioterapia y oncología radioterápica.** En régimen de internamiento o en hospitalización de día. La Compañía aseguradora asumirá los gastos de medicamentos citostáticos que se expendrán en el mercado nacional y estén autorizados por el Ministerio de Sanidad, así como la medicación hospitalaria aunque su administración se realice en el domicilio del paciente
- **Obesidad Mórbida.**- Siempre que el paciente reúna médicamente los criterios para ser considerado como tal, se realice en centros concertados por la compañía y de acuerdo con las técnicas quirúrgicas aceptadas por la Sociedad Española de la Cirugía de la Obesidad.
- **Drenaje Linfático.**- Para situaciones derivadas de tratamiento oncológico y trasplante de órganos.

Los tratamientos anteriores, en todos los casos, han de ser prescritos por médicos de la Compañía aseguradora que tengan a su cargo la asistencia del Asegurado, asistencia que ha de estar cubierta por la Póliza.

Merece resaltar que la aplicación de las técnicas láser, laparoscopia y microcirugía se plantean como mejora en la calidad asistencial y recuperación del paciente puesto que, desde el punto de vista económico, si bien supone cierto incremento en los honorarios del profesional que practica, el ahorro final es evidente por la reducción del tiempo de hospitalización y duración del postoperatorio.

5.8. OTROS SERVICIOS

- **Ambulancias.** Para el traslado urbano e interurbano en la provincia de residencia de los enfermos cuyo estado físico lo requiera. El seguro cubre exclusivamente el desplazamiento del asegurado desde su domicilio al centro sanitario o viceversa y sólo para ingreso hospitalario o asistencia de urgencia. Será necesaria la prescripción de un médico de la Compañía, salvo en caso de urgencia.
- **Matronas,** en la asistencia hospitalaria al parto.
- **Preparación al Parto.**
- **Podología,** limitado a seis sesiones por año.



5.9. COBERTURA DENTAL FRANQUICIADA

La Compañía aseguradora garantizará a través de los Centros y Profesionales concertados por ésta la cobertura dental necesaria, siendo por parte del asegurado el pago de la franquicia debida de acuerdo con los precios que resulten de aplicación para cada uno de los servicios que se mencionan en el Anexo I "Criterios para la valoración de las ofertas".

Todos los tratamientos y actuaciones cubiertos por el seguro se realizarán de forma ambulatoria, salvo en aquellos casos que sea imposible efectuar el tratamiento en consulta, que se realizará en ámbito hospitalario a determinar por la aseguradora y con anestesia general si resultara necesario.

No se considerará excluyente, y por lo tanto queda incluida en la póliza dental, la asistencia sanitaria que se precise por las lesiones producidas a causa de embriaguez, riñas y autolesiones.

5.10. OTRAS GARANTIAS CUBIERTAS

-Tratamiento de la esterilidad o infertilidad. La Compañía garantizará el diagnóstico y tratamiento de la esterilidad e infertilidad de acuerdo a los principios de la legislación vigente sobre la materia, siempre que se deba a la existencia de un proceso patológico. Esta cobertura únicamente se prescribirá y prestará en los Centros y Profesionales concertados con la Compañía. Será por cuenta de la Compañía la criopreservación del semen durante el plazo que marque la ley, tanto para aquellos asegurados que vayan a someterse a tratamientos quirúrgicos, de radioterapia o quimioterapia, así como la criopreservación de embriones congelados sobrantes de un ciclo de FIV (fertilización in Vitro).

Los límites máximos que se establecerán por asegurada son:

Tratamientos				
	Inducción/ Ovulación	Inseminación Artificial	Fecundación In Vitro (FIV)	FIV Donación de Ovocitos
Edad	42 años	42 años	42 años	45 años
Ciclos	4	6	4	3

Asimismo y sobre esta garantía, se tendrá en cuenta:

- Cuando existan embriones congelados sobrantes de un ciclo FIV autorizado, se entenderá que la transferencia de embriones forma parte del mismo ciclo FIV en que se obtuvieron los embriones.
- Si la asegurada abortara y hubiera finalizado el número máximo de ciclos establecidos, se convendrá la repetición por una sola vez de un nuevo ciclo.
- Será parte del coste del tratamiento empleado, aquellos gastos relativos a los donantes.



- Son por cuenta del asegurado los medicamentos que se adquieran en las oficinas de farmacia, aunque estén prescritos por profesionales del cuadro médico de la compañía aseguradora.

- **Segunda opinión médica.** Por esta garantía un asegurado, ante un diagnóstico de una enfermedad grave, podrá recabar un informe de evaluación del caso emitido por un médico de reconocido prestigio a nivel mundial, todo ello sin necesidad de desplazarse y sin que ello suponga coste adicional alguno para el asegurado.

5.11. ASISTENCIA EN VIAJE.

Como complemento a las coberturas asistenciales descritas anteriormente, esta la asistencia en viaje, cuya protección se desarrolla fuera del territorio nacional e incluye las siguientes prestaciones:

- **Repatriación sanitaria de heridos y enfermos.** En caso de sufrir el asegurado una enfermedad o un accidente, la Compañía se hará cargo:

- a) De los gastos de transporte en ambulancia hasta la clínica u hospital más próximo.
- b) Del control por parte de su equipo médico, en contacto con el médico que atienda al asegurado herido o enfermo, para determinar las medidas más convenientes, el mejor tratamiento a seguir y el medio más idóneo para su eventual traslado hasta otro centro hospitalario más adecuado o hasta su domicilio.
- c) De los gastos de traslado por el medio de transporte más adecuado, del herido o enfermo, hasta el centro hospitalario prescrito o a su domicilio habitual. Si el asegurado fuera ingresado en un centro hospitalario no cercano a su domicilio, la Compañía se hará cargo en su momento, del subsiguiente traslado hasta el mismo.

El medio de transporte utilizado en Europa y Países ribereños del Mediterráneo, cuando la urgencia y la gravedad del caso lo requieran, será un avión sanitario especial.

En todo caso, o en el resto del mundo, se efectuará por avión de línea regular o por los medios más rápidos y adecuados, según las circunstancias.

-**Repatriación de los asegurados.** Cuando a uno de los asegurados se le haya repatriado por enfermedad o accidente en aplicación a la garantía anterior y esta circunstancia impida al resto de los familiares asegurados que le acompañen en el regreso hasta su domicilio por los medios inicialmente previstos, la Compañía se hará cargo de los gastos correspondientes a:

- a) El transporte de los restantes asegurados hasta el lugar de su residencia habitual o hasta donde esté hospitalizado el asegurado repatriado.
- b) La puesta a disposición de una persona para que viaje y acompañe a los restantes asegurados de los que se trata en el punto a) anterior, cuando estos fueran hijos menores de 15 años del asegurado repatriado y no contaran con un familiar o persona de confianza para acompañarles en el viaje de regreso.

-**Regreso anticipado del asegurado a causa de fallecimiento de un familiar.** Si en el transcurso del viaje falleciera en España el cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado,



hermano o hermana del asegurado y en el caso de que el medio utilizado para su viaje o el billete contratado de regreso no le permitiera anticipar el mismo, la Compañía se hará cargo de los gastos de su transporte, hasta el lugar en España de inhumación del familiar y en su caso, de los billetes de regreso al lugar donde se encontraba al producirse el evento, si por motivos profesionales o personales precisara proseguir su viaje.

-Billete de ida y vuelta para un familiar y gastos de hotel. Cuando el asegurado se encuentre hospitalizado y la duración de su internamiento se prevea superior a los 5 días, la Compañía pondrá a disposición de un familiar del mismo un billete de ida y vuelta a fin de acudir a su lado. Además el asegurador se hará cargo de los gastos de estancia del familiar en un hotel, contra los justificantes oportunos, hasta 60€ por día y con un máximo de 600€.

-Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización. Si a consecuencia de una enfermedad o de un accidente el asegurado necesita asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria la Compañía se hará cargo de:

- a) Los gastos y honorarios médicos y quirúrgicos.
- b) Los gastos farmacéuticos prescritos por un médico.
- c) Los gastos de hospitalización.

La cantidad máxima cubierta por la Compañía por el conjunto de los citados gastos que se produzcan en el extranjero, será de 12.000€

-Gastos odontológicos de urgencia. Si a consecuencia de la aparición de problemas odontológicos agudos como infecciones, dolores o traumas, el asegurado requiere un tratamiento de urgencia, la Compañía se hará cargo de los gastos inherentes al citado tratamiento hasta 240€.

-Envío de medicamentos. La Compañía se encargará del envío de los medicamentos, prescritos por un facultativo, necesarios para la curación del asegurado, siempre que no puedan encontrarse en el lugar donde éste se halle.

-Gastos de prolongación de estancia en un hotel. Cuando sea de aplicación la garantía anterior de pago de gastos médicos, la Compañía se hará cargo de los gastos de prolongación de estancia del asegurado en un hotel, después de la hospitalización y bajo prescripción médica, hasta un importe de 60€ por día y con un máximo de 600€.

-Repatriación de fallecidos y de los asegurados acompañantes. La Compañía se hará cargo de todas las formalidades a efectuar en el lugar del fallecimiento del asegurado, así como de la repatriación hasta el lugar de inhumación en España. En el caso de que los familiares de los asegurados que le acompañaran en el momento de la defunción no pudieran regresar por los medios inicialmente previstos o por no permitírsele su billete de regreso contratado, la Compañía se hará cargo del transporte de los mismos hasta el lugar de la inhumación o de su domicilio en España.

Si los familiares fueran los hijos menores de 15 años del asegurado fallecido y no contaran con un familiar o persona de confianza, para acompañarles en el viaje, la Compañía pondrá a su disposición una persona para que viaje con ellos hasta el lugar de la inhumación o de su domicilio en España.

-Transmisión de mensajes. La Compañía se encargará de transmitir los mensajes urgentes que le encarguen los asegurados, derivados de los eventos cubiertos por las presentes garantías.



- **Delimitaciones.**- No podrán considerarse como causas excluyentes las enfermedades o lesiones que existan como consecuencia de padecimientos crónicos o previos al inicio del viaje, así como sus complicaciones o recaídas.

6.- PRECIO MAXIMO DEL SEGURO.-

Para el colectivo básico la prima total bruta no podrá superar el importe de TREINTA EUROS Y VEINTICINCO CÉNTIMOS DE EUROS (30,25 €) / asegurado / mes.

La prima de aplicación al colectivo abierto, que asumirán a su cargo los usuarios, no podrá superar las siguientes cuantías:

- De 0 hasta el día en que se cumplan 65 años: treinta y seis euros y cincuenta céntimos de euro (36,50) asegurado / mes.
- Desde el día siguiente al que se cumplan los 65 años: sesenta y seis euros y setenta céntimos de euro (66,70) asegurado / mes.

Teniendo en cuenta el número actual de asegurados del colectivo básico que se indica en este informe, así como la expectativa de bajas y altas, el importe máximo de gasto para este fin con cargo a la FNMT-RCM se limita a un millón cien mil (1.100.000.-) euros para el ejercicio 2017.

Las franquicias derivadas de los servicios de asistencia sanitaria dental son por cuenta del asegurado, independientemente de la edad y del colectivo al que pertenezca.

En caso de prórroga para el ejercicio 2018, la compañía adjudicataria del seguro deberá respetar las mismas condiciones económicas que resulten de aplicación en el año 2017.

7.- OTRAS CONSIDERACIONES

Se trata de diferentes aspectos que la FNMT/RCM no incluye en los criterios baremados para la adjudicación por considerar imprescindible su presentación y cumplimiento; por ello, la compañía aseguradora que no aporte esta información, no pueda comprometerse a facilitar información sobre la siniestralidad o no asuma el reintegro de costes por la continuación de tratamientos iniciados en 2016, o antes, quedará directamente excluida del proceso de licitación.

7.1.- Solvencia económica.- Se debe acreditar por los medios siguientes:

- Presentando estado de la cuenta de resultados de los tres últimos años o, en su defecto, declaración responsable en la que se acredite el volumen de facturación del mismo periodo.
- Relación de los contratos más relevantes formalizados en los tres últimos años cuyo objeto sea el mismo que nos ocupa, identificando al cliente a fin de que la FNMT/RCM pueda solicitar referencias si así lo estima conveniente. Esta relación



- de trabajos no sería necesaria si la compañía aseguradora dispone de encuestas de satisfacción de sus clientes y no tiene inconveniente en remitirlas.
- Justificante de la existencia de un seguro de responsabilidad civil que cubra las indemnizaciones por riesgos profesionales.

7.2.- Medidas de Igualdad.- Deberá presentarse el Plan de Igualdad que la compañía aseguradora tenga elaborado.

Si por diferentes motivos no se dispone de dicho plan, deberá acompañarse declaración responsable en la que se haga constar la adopción de medidas destinadas a fomentar la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres y a facilitar la conciliación de la vida personal, familiar y laboral.

Si como consecuencia de la ejecución del contrato resulta necesario proceder a la contratación de nuevo personal fijo, la empresa aseguradora tendrá en cuenta la igualdad de género, contratando al menos al 50% de mujeres siempre que haya disponibilidad efectiva de trabajadoras para la actividad objeto de la empresa.

7.3.- Información al Tomador sobre el contrato.- Como parte de la oferta, la compañía aseguradora deberá presentar documento escrito en el que se contemple el compromiso de aportar a la FNMT/RCM en su calidad de Tomador información sobre el desarrollo del contrato que, con carácter semestral, incluirá: casos atendidos, su distribución por especialidades y conceptos y valoración económica de los mismos. También contendrá las quejas presentadas, motivo y resolución de las mismas.

Para ello, la aseguradora que resulte adjudicataria elaborará conjuntamente con la FNMT/RCM el correspondiente procedimiento de información.

7.4.- Gastos derivados de tratamientos ya iniciados.- La compañía aseguradora a la que se le adjudique el seguro de asistencia sanitaria (salud y dental) desde el día uno de enero de 2017 deberá asumir en su totalidad los gastos que se originen desde dicha fecha por los servicios prestados por el cuadro médico de la compañía contratada en 2016, o antes, a los asegurados que se encuentren en ese momento en fase de tratamiento hasta su finalización.

La compañía entrante deberá reintegrar dicho coste a la compañía saliente, no existiendo más limitación en el tiempo que la duración de los tratamientos prescrita por los centros o profesionales que prestan dicha asistencia.

7.5.- Historial médico del asegurado.- La compañía aseguradora entrante deberá recabar, si el asegurado así lo requiere porque tenga que cambiar de médico o de odontólogo, los historiales correspondientes de los profesionales médicos y centros hospitalarios que prestaron la asistencia por pertenecer al cuadro médico de la aseguradora saliente



8.- ACLARACIONES SOBRE EL PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS

Cualquier consulta relacionada con el pliego de prescripciones técnicas se puede dirigir a:

Departamento de Recursos Humanos
Persona de contacto: José Antonio Guarido Esteban
Teléfono: 91.5666613
Email: guarido@fnmt.es

Madrid, 21 de junio de 2016.

El Director de Recursos Humanos



Fdo.: Feo. Javier Gómez Díaz-Ufano

