

# Información general y normas de uso

## INTRODUCCIÓN

Estas normas de utilización tienen carácter **informativo** y no sustituyen en ningún caso al contenido del Concierto vigente con la Mutuality, regulador de la prestación asistencial a sus miembros.

El objeto del Concierto es asegurar el acceso a la prestación de asistencia sanitaria en el territorio nacional a los beneficiarios que han optado por recibirla a través de DKV Seguros y Reaseguros SAE (en adelante DKV).

La asistencia sanitaria se presta de acuerdo a la **cartera de servicios** establecida en el Concierto, que es el conjunto de servicios, técnicas o procedimientos mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias, y que incluye al menos la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud (en adelante SNS).

Para ello DKV pone a disposición de los beneficiarios un amplio catálogo de medios concertados formado por profesionales y centros sanitarios privados.

Las prestaciones sanitarias cubiertas son: las derivadas de enfermedad (común o profesional); las lesiones derivadas de un accidente; el embarazo, parto y puerperio; y las actuaciones establecidas de prevención y promoción de la salud. Además se incluye la asistencia sanitaria transfronteriza de acuerdo a las condiciones establecidas en el Concierto.

## TARJETA SANITARIA

La tarjeta **DKV Medicaid®** permite identificarse como beneficiario ante los profesionales y centros sanitarios concertados para acceder a cualquier prestación.

En ella aparece de forma destacada el **teléfono 900 300 799** con el que contactar si precisa una **atención sanitaria urgente**. Es gratuito y su disponibilidad es permanente. No olvide que el **uso de los teléfonos públicos de urgencia (061/112) puede suponer el abono de las prestaciones recibidas**.

Cada beneficiario, incluso los menores de edad, dispone de una tarjeta personal e intransferible. Su uso indebido es responsabilidad de su titular.

En caso de robo, extravío o deterioro de la tarjeta DKV Medicaid® contactar con el servicio de atención 24 horas, llamando al 976 768 999 / 902 499 600, o la oficina DKV para obtener una nueva.

## CATÁLOGO DE PROVEEDORES Y LIBERTAD DE ELECCIÓN

El beneficiario puede elegir libremente entre todos los profesionales y centros sanitarios publicados en el catálogo de proveedores de DKV para la Mutuality.

La manera más fácil de disponer del catálogo actualizado es la **aplicación móvil 'DKV Seguros Médicos'** o consultar en la **web** [www.dkvseguros.com/medicos-y-centros/concertados](http://www.dkvseguros.com/medicos-y-centros/concertados). También se puede consultar en el servicio de atención 24 horas, llamando al 976 768 999 / 902 499 600, donde además cabe solicitar el envío del catálogo en formato electrónico o en edición en papel (para recoger posteriormente en la oficina DKV).

## PROCEDIMIENTO DE ACCESO Y PRESTACIÓN DE LA ASISTENCIA

En todos los municipios se oferta la **atención primaria**. Dependiendo de la población y de los medios asistenciales disponibles, puede incluir la asistencia sanitaria a nivel ambulatorio, domiciliario y de urgencia correspondiente a medicina de familia o general, pediatría, enfermería u otros profesionales sanitarios.

En los municipios de menos de 20.000 habitantes en los que no se disponga de medios concertados ni existan otros medios privados, el beneficiario puede utilizar, además de los medios disponibles en las localidades próximos, los **servicios públicos de atención primaria**, tanto para la asistencia ordinaria como de urgencia, asumiendo DKV directamente los gastos que puedan facturarse. Si tras dicha asistencia es precisa una atención hospitalaria el beneficiario dispone de los centros concertados. En las comunidades autónomas en las que su Mutuality ha convenido dicha prestación con el servicio público de salud se incluye la relación de poblaciones y centros sanitarios de la red pública a los que los beneficiarios pueden acudir.

Con carácter general la **atención especializada** se dispensa en municipios o agrupaciones con población a partir de 20.000 habitantes. Las prestaciones de la cartera de servicios se estructuran territorialmente por niveles asistenciales; cada municipio tiene asignado un nivel asistencial (de I a IV).

DKV garantiza el acceso a los medios que se establecen en cada municipio/agrupación. Si no existen, DKV los facilita donde estén disponibles, priorizando criterios de cercanía al domicilio y asumiendo los gastos de transporte (ver 'Transporte para la asistencia sanitaria'). DKV puede ofrecer medios asistenciales fuera del municipio/agrupación; si dicha oferta no es aceptada por el beneficiario, DKV facilita el medio que considere en el municipio/agrupación. Si DKV no ofrece un recurso válido para la prestación asistencial, el beneficiario puede acudir al medio de su elección en el nivel asistencial.

#### ASISTENCIA EN CONSULTA

El beneficiario se dirige directamente al profesional sanitario elegido de atención primaria o especializada para recibir la asistencia que precise, identificándose con su tarjeta sanitaria DKV Medicard®.

Para las consultas de las especialidades que deben estar disponibles desde el nivel IV y para el acceso a médicos consultores es necesaria la prescripción de otro facultativo y la autorización de DKV.

#### ASISTENCIA DOMICILIARIA

La asistencia sanitaria se presta por los profesionales de atención primaria en el domicilio del paciente cuando la situación clínica lo justifica: pacientes imposibilitados para desplazarse por su enfermedad, inmovilizados crónicos que precisen ayuda de otra persona para las actividades básicas de la vida diaria o enfermos terminales.

Incluye los procedimientos propios de la atención primaria, como las extracciones o recogidas de muestras y los tratamientos parenterales, curas y sondajes.

#### ASISTENCIA DE URGENCIA Y EMERGENCIA

La atención de urgencia o de emergencia sanitaria se solicita llamando al **teléfono gratuito 900 300 799** que permite contactar con el **centro coordinador de urgencias de DKV**. Dicho teléfono aparece además en su tarjeta DKV Medicard® y en la web [www.dkvseguros.com/mutualistas](http://www.dkvseguros.com/mutualistas).

**Es muy recomendable anotar este número de teléfono en aquellos sitios que faciliten su empleo en caso necesario: lugares visibles y conocidos, memoria del teléfono, etc. Es necesario darlo a conocer a todas las personas que puedan tener que utilizarlo del entorno del beneficiario, como familiares y cuidadores.**

El centro coordinador de urgencias garantiza la accesibilidad y coordinación de todos los medios disponibles para este tipo de atención a cualquier hora, todos los días del año y en todo el territorio nacional. También facilita información sobre los medios donde puede requerirse asistencia urgente: 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.

Es importante evitar el uso de los servicios públicos de urgencias y emergencias sanitarias (como los teléfonos 061/112) salvo estar seguro de darse alguna de las situaciones concretas contempladas en el concierto. La norma general establece que el beneficiario tiene que abonar los gastos ocasionados por la utilización de medios no concertados.

#### ASISTENCIA EN RÉGIMEN DE HOSPITALIZACIÓN

Comprende la asistencia médico-quirúrgica que precisan los pacientes que requieren cuidados continuados en régimen de ingreso hospitalario, incluyendo los tratamientos y procedimientos diagnósticos y los servicios hoteleros básicos.

El ingreso precisa de la **prescripción** por un médico del catálogo de servicios, con indicación del centro hospitalario, y la **autorización previa** de DKV. En los ingresos efectuados a través de los servicios de urgencia hay que solicitarla en el plazo más breve posible.

Si el ingreso se ha producido en un **hospital no concertado** por una situación de urgencia hay que comunicarlo a DKV en las 48 horas posteriores al ingreso, aportando el informe médico del proceso. DKV tiene que ofrecer una solución asistencial válida en las 48 horas siguientes, asumiendo los gastos o gestionando el traslado a un centro concertado.

La hospitalización se mantiene mientras persista la necesidad médica a juicio del facultativo responsable, no pudiendo prolongarse por razones de tipo social.

Están incluidos todos los gastos médico-quirúrgicos producidos, incluyendo el tratamiento farmacológico y la alimentación según dieta prescrita, así como la habitación individual con baño o ducha y cama de acompañante (salvo en hospitalización psiquiátrica).

La **hospitalización de día** comprende las actividades asistenciales para pacientes que requieren cuidados especializados continuados, incluida la cirugía mayor ambulatoria, pero que no suponen pernoctar en el hospital.

La **hospitalización domiciliaria** es la que, siendo comparable a la convencional en complejidad, intensidad o duración, se produce en el domicilio del paciente.

## AUTORIZACIÓN PREVIA

Relación de **prestaciones** que requieren autorización previa:

- Hospitalización: convencional, de día, domiciliaria o cuidados paliativos a domicilio.
- Técnicas diagnósticas, tratamientos y técnicas quirúrgicas:
  - Cirugía ambulatoria.
  - Odontoestomatología: tartrectomía o limpieza de boca, prótesis dentarias e implantes osteointegrados en los supuestos previstos en la cartera de servicios.
  - Rehabilitación, fisioterapia y logopedia.
  - Terapias respiratorias.
  - Hemodiálisis y diálisis peritoneal.
  - Oncología: quimioterapia, radioterapia e inmunoterapia.

- Diagnóstico por imagen: resonancia magnética, ortopantomografía, mamografía, tomografía computarizada, PET-TC, gammagrafía, doppler y densitometría ósea.
- Estudios neurofisiológicos.
- Test y estudios neuropsicológicos para el diagnóstico de patologías con deterioro cognitivo.
- Estudio y tratamiento endoscópico.
- Cardiología: estudios y tratamientos hemodinámicos.
- Obstetricia: amniocentesis.
- Oftalmología: retinografía y tratamiento láser, tomografía de coherencia óptica (OCT), tomografía óptica con láser confocal (HRT), polarimetría láser GDx, tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) por terapia fotodinámica o inyección intravítrea de antiangiogénicos.
- Tratamiento en unidad de dolor.
- Estudio y tratamiento en unidad del sueño.
- Litotricia renal extracorpórea.
- Psicoterapia.

- Podología.
- Servicios correspondientes al nivel IV y servicios de referencia.
- Asistencia a médicos consultores.
- 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).

La autorización se puede solicitar:

- a través de la **web**: areadelcliente.dkvseguros.com,
- por **teléfono**: 976 768 999 / 902 499 600,
- **presencialmente**, en la oficina DKV.

Los datos que tiene que incluir la solicitud son:

- **Datos personales** del solicitante: nombre y apellidos, número de tarjeta sanitaria DKV Medicard®, teléfono de contacto y dirección de correo electrónico.
- **Datos del servicio** solicitado: identificación del servicio y provincia de realización, prescripción (con identificación del facultativo, fecha, firma y sello), profesional o centro previsto para su realización y fecha.

DKV, una vez recibida la solicitud, puede confirmar el profesional o centro sanitario elegido por el solicitante o bien asignar otro diferente, siempre que constituya una alternativa asistencial válida para la realización de la prestación solicitada.

#### UTILIZACIÓN DE MEDIOS NO CONCERTADOS

Cuando un mutualista o beneficiario, por decisión propia o de sus familiares, utiliza medios no concertados **debe 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.

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 debe 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 ofrezca una alternativa asistencial en conformidad con el equipo médico y el paciente o sus familiares se nieguen,
- el paciente sea remitido a un segundo centro ajeno y no existan causas que impidan la continuidad en uno concertado.

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

DKV tiene que contestar en el plazo de 48 horas, por un medio que permita dejar constancia de la respuesta, si acepta o no la existencia de la situación de urgencia vital y, por tanto, si asume o no la obligación del pago de los gastos producidos.

#### TRANSPORTE PARA LA ASISTENCIA SANITARIA

Incluye tres tipos de transporte: sanitario urgente, sanitario no urgente y en medios ordinarios.

El **transporte sanitario urgente** es el preciso para el traslado del paciente al centro sanitario que pueda atender adecuadamente la situación de urgencia.

El **transporte sanitario no urgente** es el desplazamiento de pacientes que por causas exclusivamente clínicas están incapacitados para desplazarse en los medios ordinarios de transporte a un centro sanitario para una prestación sanitaria o a su domicilio tras recibirla. Incluye el transporte sanitario asistido y no asistido, dependiendo de la necesidad de asistencia técnico-sanitaria en ruta.

Su prescripción médica se considera justificada si hay limitación para el desplazamiento autónomo, que requiere el apoyo de terceras personas, o una situación clínica que impide el uso de medios ordinarios. Se suspende cuando a criterio del facultativo desaparece la incapacidad física u otras causas médicas, pudiendo utilizar el paciente los medios de transporte ordinario.

El **transporte en medios ordinarios** (automóvil, autobús, ferrocarril, etc.) se facilita:

- por no existir los medios exigidos y tener que desplazarse a otra localidad,
- a servicios de nivel IV y de referencia ubicados en provincia distinta a la de residencia,
- en traslados a localidad distinta de la de residencia para recibir asistencia derivada de accidente en acto de servicio o enfermedad profesional.

Los traslados se valoran por su coste en líneas regulares de transporte en clase normal o turista.

Tienen derecho a los gastos de transporte de acompañante los desplazamientos efectuados por pacientes: menores de 15 años (o de 18 años en Ceuta, Melilla y provincias insulares), con un grado de discapacidad igual o superior al 65% y cuando así lo prescriba su médico responsable en residentes en Ceuta, Melilla y provincias insulares.

## SALUD BUCODENTAL

Comprende el tratamiento de afecciones estomatológicas en general, incluyendo las extracciones y la limpieza de boca una vez por año (salvo informe justificativo del especialista).

En general quedan excluidos: empastes, endodoncia, periodoncia, prótesis dentarias, implantes osteointegrados, ortodoncia, tratamientos con finalidad exclusivamente estética y pruebas complementarias para tratamientos no incluidos.

Incluye el programa de salud bucodental dirigido a los **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 (endodancias), tartrectomías y tratamientos de incisivos y caninos en caso de enfermedad, malformaciones o traumatismos. Además, entre 6 y 15 años, incluye los gastos de ortodoncia por maloclusiones severas tras intervención quirúrgica de fisura palatina, labio leporino u otra malformación esquelética facial.

Se incluyen específicamente:

- todos los tratamientos y actuaciones en caso de accidente en acto de servicio o enfermedad profesional,
- las prótesis maxilares para pacientes con malformaciones congénitas que cursan con anodoncia y para pacientes con procesos oncológicos que afectan a la cavidad oral que impliquen la pérdida de dientes.

## REHABILITACIÓN

Comprende el diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de pacientes con **déficit funcional recuperable**, supeditando el número de sesiones al criterio médico y a la situación del paciente. Por tanto, salvo reagudización del proceso, se excluye su cobertura cuando se alcanza la total recuperación funcional o su máximo posible y, por tanto, cualquier terapia de mantenimiento.

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 relacionada directamente con procesos patológicos incluidos en la cartera de servicios. No se incluyen los trastornos del aprendizaje por ser competencia del sistema educativo.

## DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ESTERILIDAD

Los tratamientos de reproducción asistida tienen la finalidad de ayudar a lograr la gestación en aquellas personas con imposibilidad de conseguirlo de forma natural, no susceptibles de tratamientos exclusivamente farmacológicos, o tras el fracaso de los mismos. **Un tratamiento de reproducción asistida puede estar indicado desde el punto de vista médico pero no incluido en los límites de la cartera de servicios del SNS.**

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

- Trastorno documentado de la capacidad reproductiva, constatado tras el correspondiente protocolo diagnóstico y no susceptible de tratamiento médico o tras la evidente ineficacia del mismo.
- Ausencia de consecución de embarazo tras un mínimo doce meses de relaciones sexuales con coito vaginal sin empleo de métodos anticonceptivos.

Para su cobertura se precisa que la mujer sea beneficiaria, no tenga ningún hijo previo y sano y sea mayor de 18 años y menor de 40 años. En las parejas sin ningún hijo común, previo y sano y el hombre mayor de 18 años y menor de 55 años.

Incluye los gastos necesarios para obtener el diagnóstico de la esterilidad, que se extiende cuando procede a la pareja, y todas las técnicas incluidas en la cartera de servicios del SNS, con los límites establecidos en cuanto al número de ciclos y edad de la paciente.

También se emplean estos tratamientos para evitar enfermedades o trastornos genéticos graves en la descendencia y cuando se precisa de un embrión con características inmunológicas idénticas a las de un hermano afecto de un proceso patológico grave, que no sea susceptible de otro recurso terapéutico, de acuerdo a la normativa vigente.

## PROGRAMAS PREVENTIVOS

Con la finalidad de conseguir un enfoque integral de la asistencia sanitaria, DKV realiza las siguientes actuaciones de prevención y promoción de la salud:

- **Vacunaciones** de todos los grupos de edad y, en su caso, grupos de riesgo, según el calendario común del SNS.
- Indicación y administración, en su caso, de **quimioprofilaxis antibiótica** en los contactos con pacientes infecciosos para los problemas infectocontagiosos que así lo requieran.
- Actividades para prevenir la aparición de enfermedades actuando sobre los factores de riesgo (prevención primaria) o para detectarlas en fase presintomática mediante cribado o diagnóstico precoz (prevención secundaria), realizando las actividades siguientes:
  - **Cribado neonatal** de las siguientes enfermedades: hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, fibrosis quística, deficiencia de acil coenzima A deshidrogenada de cadena media (MCADD), deficiencia de 3-hidroxi acil-CoA deshidrogenasa de cadena larga (LCHADD), acidemia glutárica tipo I (GA-I) y anemia falciforme.
  - **Cribado de cáncer colorrectal:** determinación de sangre oculta en heces en hombres y mujeres de 50 a 69 años cada dos años.
  - **Cribado de cáncer de cuello de útero (cervix):** citología en mujeres de 25 a 34 años cada tres años y determinación de VPH de alto riesgo en mujeres de 35 a 65 años cada cinco años.
  - **Cribado de cáncer de mama:** mamografía en las mujeres de 50 a 69 años cada dos años.

En todos los casos se garantiza la valoración del riesgo individual, incluyendo en el caso del cáncer de mama y del cáncer colorrectal, si procede, la realización de estudio y consejo genético de las personas que cumplen criterios de riesgo de cáncer familiar o hereditario y, si se confirma, su seguimiento específico.

## ASISTENCIA SANITARIA CUANDO EXISTE UN TERCERO OBLIGADO AL PAGO

Cuando la asistencia sanitaria está cubierta por cualquier otra modalidad de seguro o es responsabilidad de otros organismos públicos o privados (accidentes de tráfico, deportistas federados, etc.), el beneficiario tiene que comunicar al proveedor sanitario y a DKV dicha circunstancia.

DKV puede realizar las gestiones necesarias para su reintegro, sin perjuicio de cubrir en todo caso la asistencia. Para ello puede subrogarse en los derechos y acciones de los beneficiarios, que están obligados a comunicar dicha asistencia y facilitar los datos necesarios.