

Expte<<<<<< 360/2021

Asistencia sanitaria privada para el personal funcionario integrado, de nuevo ingreso y jubilados de la MAS.

PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS QUE HAN DE REGIR EN LA CONTRATACION DEL SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA PARA EL PERSONAL FUNCIONARIO INTEGRADO, DE NUEVO INGRESO Y JUBILADOS DE LA MANCOMUNIDAD DE AGUAS DEL SORBE.

1.- Objeto del contrato

El presente contrato tiene por objeto la suscripción de una póliza de seguro de asistencia sanitaria y médico quirúrgica para los funcionarios de carrera que estuvieran en servicio activo en la Mancomunidad de Aguas del Sorbe a fecha 31/03/1993.

Se incluirán también en la citada póliza aquellos funcionarios de carrera que se hubiesen incorporado a la MAS procedentes de otras administraciones, y que a la citada fecha no estuvieran integrados en el régimen general de la Seguridad Social. La cobertura de la póliza se extenderá, en todo caso, a las personas dependientes de los funcionarios que cumplan los anteriores requisitos con derecho a asistencia sanitaria (colectivo asegurable de afiliación obligatoria).

Además, de acuerdo con lo establecido en el artículo 42 del acuerdo económico y social suscrito entre la Mancomunidad de Aguas del Sorbe y sus empleados, se incluirán también en la póliza a las personas integrantes en el denominado colectivo asegurable de afiliación voluntaria que soliciten su inclusión y conformado por las siguientes personas:

- a) Los familiares directos (hasta el 2.º grado de consanguinidad y afinidad) del colectivo asegurable de afiliación obligatoria.
- b) Empleados de la MAS con cobertura sanitaria de la Seguridad Social y a sus familiares directos (hasta el 2.º grado de consanguinidad y afinidad)
- c) Los funcionarios/as que causen baja en la M.A.S. por razones de jubilación, su cónyuge, o persona con análogos lazos de afectividad y a sus familiares directos (hasta el 2º grado de consanguinidad y afinidad)

2.- Ámbito asistencial del servicio asegurado

El ámbito asistencial del servicio de asistencia sanitaria y médico quirúrgica lo constituye el colectivo asegurable de afiliación obligatoria y el colectivo de afiliación voluntaria.

Actualmente, el número de asegurados ascienden a un total de 21 personas (4 funcionarios integrados y 17 personas pertenecientes a funcionarios de nuevo ingreso, jubilados y familiares de todos ellos).

La adhesión a la póliza de los asegurados relacionados en el anexo I, será automática en el momento de toma de efecto del contrato, sin necesidad ni exigencia de cumplimentar boletines de adhesión y/o declaración de salud.

Para las sucesivas altas, bastará con la comunicación por la Mancomunidad a la Compañía de Seguros, produciendo efectos en la póliza, una vez notificado a la compañía adjudicataria, al mes siguiente en que se solicite

Se eliminan las exclusiones relativas a preexistencias y periodos de carencia, existiendo plenitud de derechos desde el mismo día de incorporación del asegurado a la póliza.

En consecuencia, no procederá limitación alguna por razón de edad o como





consecuencia de enfermedades preexistentes o congénitas, ni por accidentes previos a la entrada en vigor de la cobertura.

3.-Sistema de administración del contrato

La entidad aseguradora adjudicataria aceptará, a la firma del contrato, la totalidad de los asegurados incluidos en los diferentes colectivos con el único requisito de la certificación expedida por la MAS, como documento de confirmación de su inclusión de los asegurados en la referida póliza, debiendo la aseguradora, con esa misma fecha entregar carta de garantía, que será a los efectos como de si la póliza se tratara.

La entidad adjudicataria deberá emitir la siguiente documentación para cada asegurado:

- Información relativa a las condiciones generales y particulares de la póliza.
- Catalogo de servicios (cuadro médico) con la relación de profesionales y centros y clínicas médicas y asistenciales concertadas y propias en la provincia de Guadalajara y Comunidad de Madrid, con su dirección, teléfono y horario de consulta.
- Tarjeta sanitaria personal.

Para las nuevas altas que se produzcan con posterioridad a la fecha de efectos de la póliza se emitirá la documentación anteriormente indicada en el plazo de 7 días hábiles desde que produzca efectos el alta (primero del mes siguiente en que se comunique el alta).

4.-Prestaciones sanitarias y servicios cubiertos.

La asistencia sanitaria objeto de contrato tendrá las condiciones mínimas previstas en el concierto sanitario entre MUFACE y diversas Entidades de Seguros de Asistencia Sanitaria (BOE 25 de diciembre de 2019) y las posteriores que se establezcan durante la vigencia del presente contrato, estableciéndose en todo caso en los mismos términos , intensidad y condiciones que los previstos en el Régimen General de la Seguridad Social , 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 y disposiciones que los sustituyan y/o desarrollen, en cuanto a atención primaria, atención especializada, atención de urgencia y emergencia, programas preventivos, curas paliativas, rehabilitación, ortoprotésica que se indique, de productos dietéticos y transporte sanitario, incluidos los servicios médicos y quirúrgicos y farmacéuticos conducentes a conservar y restablecer la salud de los asegurados y beneficiarios, así como su aptitud para el trabajo.

En la asistencia sanitaria que se contrata, rige el principio general de libertad de elección de facultativos y centros a todos los niveles entre los que figuran en el catalogo de servicios de la entidad aseguradora.

Los medios de los que disponga la aseguradora deberá ajustarse y cumplir con 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.





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 o en procesos patológicos que fuera de esta categoría sea recomendado su continuidad por prescripción facultativa, 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 hubiese conformidad con el facultativo.

Si la baja se refiere a un centro sanitario o servicio hospitalario, la empresa adjudicataria se obliga a garantizar a los pacientes que estén 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 haya obtenido el alta definitiva del proceso de curación.

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 su caso, en cuanto a prescripción y autorización previa de la aseguradora adjudicataria.

El mismo procedimiento se seguirá para tratamientos en curso seguidos por médicos del cuadro médico del actual prestatario del servicio y que no estén en el cuadro médico de la compañía adjudicataria.

En todos los casos el efecto de la cobertura será inmediato y para la totalidad del personal que configura los grupos asegurados, fuera cual fuese su situación laboral en ese momento

Dentro de cada anualidad de seguro, incluidos en el periodo estipulado como duración del contrato, se mantendrán todas las garantías concertadas no pudiendo la compañía aseguradora rescindir la póliza o minorar su contenido.

Asimismo, la aseguradora se obliga a la cobertura sanitaria transfronteriza del colectivo protegido, de acuerdo con lo dispuesto en el Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza.

5.- Cartera de servicios

La cartera de servicios es el conjunto de servicios, técnicas o procedimientos entendiéndose por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los cuales se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.

La entidad aseguradora de la asistencia sanitaria tiene que disponer de los medios necesarios para la prestación de los servicios médicos objeto del contrato que tienen que constar en el catálogo de servicios a disposición de los asegurados. Los medios de la entidad aseguradora tendrán que cumplir los requisitos establecidos a todos los efectos por la normativa sanitaria vigente, bajo la supervisión que, con igual carácter, pueda proceder por parte de la administración sanitaria competente.

La cartera de servicios objeto del contrato comprende como mínimo todas las prestaciones que conforman la cartera común de servicios del Sistema Nacional de



Salud y la que, en cada momento, se determine, en la que se deberá incluir además sin coste adicional o franquicia los siguientes servicios:

- 1.-Asistencia urgente en el extranjero con ámbito mundial y con las siguientes coberturas:
 - o a) - Gastos sanitarios en el extranjero: hasta 12.000 €
 - o b) Traslado o repatriación sanitaria (por enfermedad grave o fallecimiento).
 - o c) Gastos de acompañante por traslado o repatriación del asegurado.
 - o d) Retorno anticipado por fallecimiento o enfermedad grave de un familiar o por siniestro grave en el domicilio.
- 2.- Servicio de podología: hasta 12 sesiones al año
- 3.- Salud bucodental: una limpieza al año y extracciones.
- 4.- Servicio de ambulancias
- 5.- Planes de embarazo y salud familiar
- 6.- Preparación al parto.
- 7.- Línea de orientación médica
- 8.- Segunda opinión médica
- 9.- Psicoterapia: hasta 20 sesiones anuales. En trastornos alimenticios: 40
- 10.-Orientación médica por teléfono, email, videoconsulta y chat.
- 11.-Planes de nutrición y actividad física para ayudar a nuevos hábitos.
- 12.-Planes de prevención y cuidados como diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares o prevención del cáncer.
- 13.-Receta electrónica privada.

6.-Precio máximo del seguro

El precio máximo por asegurado será de 100 € mes (sin copago). El importe incluye la prima neta, la tasa del consorcio de seguro y el resto de impuestos que sean aplicables, estando exento de IVA de conformidad con lo dispuesto en el artículo 20. Uno.16º de la Ley 37/1992, de 28 de diciembre del Impuesto sobre el Valor Añadido.

El precio del contrato será el resultado de multiplicar la prima ofertada por el adjudicatario, por el número de asegurado/as real en cada momento del contrato.

Anexo I. Relación de asegurados

A fecha de redacción del presente pliego el número total de asegurados es de 21 personas, de los cuales 4 pertenecen al colectivo de funcionarios integrados y el resto (17) al colectivo asegurable de afiliación voluntaria, según el siguiente detalle:

Identificación	Fecha nacimiento	Sexo (H, hombre; M, mujer)
JAP	01-05-1946	H
NSB	08-08-1947	M
JPB	15-04-1956	H
EMC	03-08-1951	M
JMM	01-02-1959	M
JHL	12-02-1960	H (integrado)
JSG	25-12-1958	M



CJH	12-01-1953	M
BRS	02-08-1955	H
JRY	01-05-1953	H
MNM	01-01-1955	M
VVA	19-07-1958	H
TMR	01-07-1955	M
ABG	01-02-1959	H (integrado)
MVA	03-06-1957	M
AGM	01-05-1964	H (integrado)
TJL	15-10-1963	M (integrado)
PAS	01-12-1953	M
JCF	01-01-1953	H
DPC	27-01-1957	H
MRB	01-12-1948	H

Documento firmado electrónicamente
Fecha y firma al margen

