

INFORMACION GENERAL Y NORMAS DE USO**Identificación / Tarjeta Sanitaria**

La Tarjeta Sanitaria de IMQ facilita la identificación del asegurado y la prestación de los Servicios Médicos que necesite simplificando los trámites administrativos.

Cada persona asegurada tiene su propia Tarjeta que es personal e intransferible y ha de ir firmada por el Titular de la misma.

Cuando se produzca el robo, extravío, deterioro o se advierta alguna anomalía en la Tarjeta, comuníquelo a nuestro Servicio de Atención al Cliente 985 346 746 o a cualquiera de nuestras oficinas.

Siempre que se acceda a alguno de los Servicios de nuestros Catálogos de Proveedores será necesario presentar la Tarjeta Sanitaria y firmar el recibo correspondiente al servicio prestado. Como se indica en el dorso de su Tarjeta, los Profesionales Sanitarios podrán solicitarle, además, documento acreditativo de su personalidad como titular de la tarjeta.

Libertad de elección de facultativo y centro

Los mutualistas y beneficiarios podrán elegir libremente facultativo y centro de entre los que figuran en los Catálogos de Proveedores de IMQ.

Servicios que precisan autorización previa y procedimiento para su obtención

Las prestaciones que se relacionan a continuación estarán sujetas a autorización previa de IMQ:

1.1.- Hospitalizaciones.

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

1.2.- Técnicas diagnósticas, tratamientos y técnicas quirúrgicas.

- A) Cirugía ambulatoria.
- B) Odontoestomatología: Tartrectomía -limpieza de boca- Prótesis dentarias e implantes osteointegrados en accidente en acto de servicio o enfermedad profesional.
- C) Rehabilitación, Fisioterapia y Logopedia.
- D) Terapias Respiratorias: Oxigenoterapia, Ventiloterapia y Aerosolterapia a domicilio.

- E) Tratamientos de Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis.
- F) Oncología: Inmunoterapia y Quimioterapia, Cobaltoterapia, Radiumterapia e Isótopos Radiactivos, Braquiterapia y Acelerador Lineal.
- G) Diagnóstico por imagen: Tomografía Axial Computerizada, Resonancia Magnética, Ortopantomografía, Mamografía, Radiología intervencionista, PET-TC^o, Gammagrafía, Doppler y Densitometría ósea
- H) Estudios neurofisiológicos.
- I) Test y estudios neuropsicológicos.
- 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 y 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.

1.3.- Psicoterapia.

1.4.- Asistencia a médicos consultores.

1.5.- Podología.

1.6.- Los servicios correspondientes al Nivel IV y los Servicios de Referencia.

Los mutualistas y beneficiarios que precisen la autorización podrán obtenerla a través de los servicios que IMQ pone a su disposición:

- Presencialmente, en cualquiera de sus oficinas.
- Telefónicamente 985 346 746 – 985 254 900
- Por fax (Nº de fax para autorizaciones 985 351 684 – 985 241 246)
- A través de la página web de la Entidad www.imqasturias.es

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, en los siguientes casos:

- a) Cuando se trate de pacientes que por razón de su enfermedad no pueden desplazarse.
- b) Cuando se trate de pacientes inmovilizados crónicos que precisen ayuda de otra persona para las actividades básicas de la vida diaria.
- c) Cuando se trate de enfermos terminales.

La asistencia domiciliaria de estos pacientes 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 en régimen de hospitalización

La 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.

Los beneficiarios que precisen asistencia en régimen de hospitalización deberán solicitar autorización previa de IMQ aportando la preceptiva prescripción del médico de la Entidad con indicación del centro hospitalario. En los ingresos efectuados a través de los servicios de urgencia esta tramitación deberá efectuarse en el plazo más breve posible.

En el caso que un beneficiario se encuentre ingresado en un centro hospitalario ajeno a la Entidad por una situación de urgencia, puede solicitar su ingreso en un centro concertado de la Entidad para la continuidad de la asistencia sin que sea necesaria la prescripción de un médico de la Entidad, para ello además de la solicitud deberá aportar el informe médico del proceso por el que está siendo atendido.

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

Otros regímenes de hospitalización:

A) Hospitalización de día

- a) Comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación, destinadas a pacientes que requieren cuidados especializados continuados, incluida la cirugía mayor ambulatoria, pero que no precisan que el paciente pernocte en el hospital.
- b) Serán por cuenta de IMQ todos los gastos de hospitalización que se puedan producir en el centro sanitario durante la estancia en el mismo para la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos.

B) Hospitalización domiciliaria

- a) Comprende el conjunto de tratamientos y cuidados sanitarios proporcionados en el domicilio del paciente, de una complejidad, intensidad y duración comparables a las que recibiría ese mismo paciente en el hospital convencional, y que por esos motivos no pueden ser asumidos por el nivel de Atención Primaria.

- b) La hospitalización domiciliaria podrá llevarse a cabo en aquellos casos en que el estado del enfermo lo permita.
- c) Durante esta hospitalización, la responsabilidad del seguimiento del paciente corresponde a la Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) y será prestada por los especialistas (médicos de familia o internistas) y el personal de enfermería que conforma dicha UHD, la cual deberá estar coordinada con la unidad de hospitalización médica o quirúrgica correspondiente a la patología del paciente y con el área de urgencias del hospital, con la finalidad de garantizar la continuidad asistencial.
- d) El ingreso en la UHD podrá realizarse desde un servicio hospitalario mediante el correspondiente informe de derivación y desde Atención Primaria o Especializada ambulatoria. En estos dos últimos casos, corresponderá a la UHD valorar si el paciente cumple los criterios de ingreso en dicha unidad.
- e) El ingreso en la UHD estará sujeto a los mismos requisitos que el ingreso en un hospital, recibiendo las mismas atenciones que hubiera recibido de estar ingresado en un hospital.
- f) La UHD informará por escrito al paciente y su familia acerca de cómo contactar con la unidad a cualquier hora del día, con el objeto de dar respuesta a las eventuales incidencias. Cuando se produzca el alta, el médico de la UHD emitirá el correspondiente parte médico de alta en los términos previstos por la ley.
- g) Mientras el paciente permanezca ingresado en la UHD, correrán por cuenta de IMQ todas las atenciones y productos que precise el paciente, además de toda la medicación, material de curas, nutriciones no comunes, pruebas complementarias, interconsultas, absorbentes, sondas, hemodiálisis domiciliaria y oxigenoterapia. Quedan excluidas, en todo caso, las dotaciones domésticas ordinarias, la nutrición común y los servicios de auxiliares de clínica.

Transporte para la asistencia sanitaria

El transporte para la asistencia sanitaria contemplada en este Concierto incluye las siguientes modalidades:

- a) Transporte sanitario urgente
- b) Transporte sanitario no urgente
- c) Transporte en medios ordinarios

Transporte sanitario urgente

La Atención de Urgencia comprende, entre otras prestaciones, el transporte sanitario urgente, terrestre, aéreo o marítimo, asistido o no asistido, según lo requiera la situación clínica del paciente, en los casos en que sea preciso para su adecuado traslado al centro sanitario que pueda atender de forma óptima la situación de urgencia.

Transporte sanitario no urgente

El transporte sanitario no urgente consiste en el 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. El transporte sanitario no urgente debe ser accesible a las personas con discapacidad.

El transporte sanitario no urgente, según el origen y destino del traslado del paciente, así como por el carácter de periodicidad, comprende los siguientes tipos de traslados:

- a) Traslados periódicos del paciente desde su domicilio a centros sanitarios y/o traslado desde centro sanitario a su domicilio.
- b) Traslado puntual del paciente desde su domicilio a centros sanitarios y/o traslado desde centro sanitario a su domicilio.
- c) Traslado del paciente desde un centro sanitario a su domicilio, si fuera necesario, tras el alta hospitalaria o tras atención en un servicio de urgencias.
- d) Traslado del paciente desplazado transitoriamente a un municipio distinto al de su residencia habitual que hubiera recibido asistencia urgente, con o sin ingreso hospitalario, y se decida su traslado al municipio de residencia habitual, bien a su domicilio o a otro centro sanitario, siempre que su situación clínica haga necesaria la utilización de transporte sanitario.

Se entiende por domicilio del paciente el lugar de residencia habitual o temporal.

Los centros sanitarios de origen y/o destino deben ser centros concertados con la Entidad, o haber sido objeto de autorización específica.

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, entre su domicilio y un centro sanitario, o viceversa.

La prescripción del transporte se considerará justificada siempre que el paciente cumpla al menos uno de los dos criterios siguientes:

- a) Limitación para el desplazamiento autónomo y que requiere el apoyo de terceras personas.
- b) Situación clínica del paciente que le impida el uso de medios de transporte ordinario.

Aportación del usuario

Para la determinación del nivel de aportación, así como para la determinación de los beneficiarios exentos de aportación, se estará a lo que establezca el Consejo Interterritorial del SNS, y que será recogido por orden del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de conformidad con el artículo 8 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Transporte en medios ordinarios

Se considera medio de transporte ordinario, a los fines asistenciales previstos en el Concierto, el que se realiza en automóvil, autobús, ferrocarril o, si procediese por tratarse de provincias insulares o las ciudades de Ceuta o Melilla, en barco o avión.

El beneficiario tendrá derecho a este tipo de transporte a cargo de la Entidad, en los siguientes supuestos:

- a) Cuando no existan los medios exigidos, de forma que el beneficiario venga obligado a desplazarse desde la localidad en que resida, con carácter temporal o permanente, a la localidad más próxima donde aquellos estén disponibles.
- b) A Servicios de Nivel IV y a Servicios de Referencia, ubicados en provincia distinta de la de residencia.
- c) En los supuestos de traslados necesarios a otro municipio distinto al de residencia para recibir asistencia sanitaria derivada de accidente en acto de servicio o enfermedad profesional.

Los traslados se valorarán siempre por su coste, en clase normal o turista, en líneas regulares de transporte en autobús o ferrocarril o, si procediese por tratarse de provincias insulares o las ciudades de Ceuta y Melilla, en barco o avión.

Se tendrá derecho a los gastos de transporte de un acompañante para los desplazamientos del paciente en los siguientes supuestos:

- a) Desplazamientos de beneficiarios menores de quince años y en el caso de las ciudades de Ceuta y Melilla y provincias insulares, menores de 18 años.
- b) Desplazamientos de beneficiarios que acrediten un grado de discapacidad superior al 65%.
- c) Desplazamientos de beneficiarios residentes en las ciudades de Ceuta y Melilla y en las provincias insulares, cuando así lo indique su médico responsable, circunstancia que se acreditará mediante la presentación de la prescripción escrita del facultativo.

Garantía de accesibilidad a los medios

La Entidad debe garantizar el acceso a los medios que en cada nivel asistencial exige la Cartera de Servicios en los términos establecidos en el Concierto, salvo que no existan medios privados ni públicos, en cuyo caso lo facilitará en el municipio más próximo donde estén disponibles.

Si los medios exigidos en cada nivel asistencial no estuvieran disponibles, la Entidad se obliga a facilitar el acceso de los beneficiarios a otros servicios privados que existan en el mismo municipio o, a los correspondientes servicios públicos, asumiendo directamente los gastos que pudieran facturarse.

Utilización de medios no concertados

De conformidad con lo establecido en las normas legales y reglamentos correspondientes, cuando un beneficiario, por decisión propia o de sus familiares, utilice medios no concertados con la Entidad, deberá abonar, sin derecho a reintegro, los gastos que puedan ocasionarse,

excepto en los casos de denegación injustificada de asistencia y en los de asistencia urgente de carácter vital.

En aplicación de lo previsto en el Reglamento correspondiente, se produce denegación injustificada de asistencia:

- a) Cuando se deniegue al beneficiario el libre acceso al catálogo de proveedores de IMQ, sin causa justificada.
- b) Cuando el beneficiario solicite por escrito a IMQ la prestación de una determinada asistencia sanitaria prescrita por un médico concertado por IMQ y éste no le ofrezca, también por escrito y antes de que concluya el quinto día hábil siguiente a la comunicación, la solución asistencial válida en el nivel que corresponda.
- c) Cuando IMQ no cumpla con las exigencias de disponibilidad de medios previstos en el presente Concierto. En este supuesto, el beneficiario podrá acudir a los facultativos o centros privados que existan en el nivel correspondiente, o a los correspondientes servicios públicos.
- d) Cuando el beneficiario solicite autorización a IMQ 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.
- e) Cuando un beneficiario haya acudido o esté ingresado en un centro de IMQ 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.

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 Emergencias) e incluirá una breve descripción de los hechos y circunstancias en que se ha producido el ingreso.

Asistencia urgente de carácter vital

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

Para que el beneficiario tenga derecho a la cobertura de los gastos producidos por utilización de medios ajenos en situación de urgencia vital, el medio ajeno al que se dirija o sea trasladado el paciente deberá ser razonablemente elegido, teniendo en cuenta las circunstancias de lugar y tiempo en que la patología se haya producido, así como la capacidad de decisión del enfermo y, en su caso, de las personas que prestaron los primeros auxilios.

Situaciones especiales de urgencia

Se considerará que siempre reúnen la condición de urgencias de carácter vital las siguientes situaciones especiales:

- a) Cuando el beneficiario se encuentre en la vía o lugares públicos y los equipos de emergencias sanitarias públicos (112, 061, etc.) sean activados por persona distinta a aquél o a sus familiares en caso de que se encuentre acompañado.
- b) Cuando la activación de los equipos de emergencias sanitarias públicos sea realizada por los cuerpos de seguridad del Estado u otras estructuras de emergencias no sanitarias (bomberos, etc.).
- c) Cuando el mutualista sufra un accidente en acto de servicio y sea atendido por los equipos de emergencias sanitarias públicos en el lugar donde se ocasione.
- d) Cuando el beneficiario resida en un centro de mayores asistido o en un centro para crónicos y los equipos de emergencias sanitarias públicos sean activados por el personal del centro, o cuando aquél resida en domicilio particular, y estos equipos sean activados por un Servicio de teleasistencia de financiación pública, en ambos casos siempre y cuando aquél o su familia hayan comunicado al centro o servicio su adscripción a la Entidad a efectos de su asistencia sanitaria.

A efectos de la cobertura de los gastos producidos, la situación de urgencia de carácter vital se extiende desde el ingreso hasta el alta hospitalaria del paciente (incluyendo los posibles traslados a otros centros no concertados por causas asistenciales), salvo en los dos supuestos siguientes:

- a) Cuando IMQ, con la conformidad del equipo médico que estuviese prestando la asistencia, ofrezca una alternativa asistencial que posibilite el traslado del paciente a un centro propio o concertado adecuado y el enfermo o sus familiares responsables se nieguen a ello.
- b) Cuando el paciente sea remitido a un segundo centro ajeno y no existan causas que impidan la continuidad del tratamiento en un centro de IMQ.

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

Cuando IMQ reciba la comunicación de la asistencia de un beneficiario en medios no concertados deberá contestar, dentro de las 48 horas siguientes a la recepción de la comunicación y por cualquier medio que permita dejar constancia de la misma, si reconoce la existencia de la situación de urgencia vital y, por tanto, acepta el pago de los gastos producidos o si, por el contrario, no se considera obligada al pago por entender que no ha existido una situación de urgencia de carácter vital.

En el supuesto de que IMQ reconozca la existencia de la situación de urgencia vital deberá comunicar al proveedor sanitario que se hace cargo directamente de los gastos ocasionados, a

fin de que por parte de éste se emita la correspondiente factura a la Entidad. Si el beneficiario hubiera abonado los gastos, la Entidad deberá efectuar el reintegro dentro de los diez días naturales siguientes a la fecha en que solicite el reintegro presentando los justificantes de los gastos.

En el supuesto de que IMQ no se considere obligada al pago por entender que no ha existido la situación de urgencia vital, en un plazo máximo de siete días, emitirá un informe argumentando y fundamentando tal circunstancia y dará traslado del mismo al beneficiario y al Servicio Provincial de la Mutualidad.

Cuando el beneficiario no haya efectuado la comunicación en tiempo y forma, la Entidad le reintegrará el importe de la asistencia dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que el beneficiario presente los justificantes.

Atención Primaria en el medio rural

En las zonas rurales expresamente previstas en los Convenios suscritos con las respectivas Comunidades Autónomas, la asistencia sanitaria a nivel ambulatorio, domiciliario o de urgencia a cargo del médico general o de familia, pediatra, diplomado en enfermería y matrona se podrá prestar por los Servicios de Atención Primaria y de Urgencia de la Red Sanitaria Pública. En todo caso, los beneficiarios residentes en los municipios incluidos en los respectivos convenios rurales, podrán optar por ser atendidos en los medios de que disponga la Entidad en los municipios próximos.

En los municipios de menos de 20.000 habitantes pertenecientes a comunidades autónomas con las que no se hayan formalizado convenios de colaboración previstos en el punto anterior, y en los que la Entidad no disponga de medios propios o concertados, y no existieran medios privados, ésta facilitará el acceso de los mutualistas y beneficiarios a los servicios de Atención Primaria dependientes de la correspondiente Comunidad Autónoma, tanto para la asistencia ordinaria como de urgencia, asumiendo directamente los gastos que puedan facturarse.

Información sobre asistencia sanitaria en caso de accidente cuando existe un tercero obligado al pago (accidentes de tráfico, deportistas federados, etc.)

En el supuesto de asistencia sanitaria por lesiones producidas o enfermedad derivada o agravada por accidentes cubiertos por cualquier modalidad de seguro obligatorio o cuando el coste de la asistencia sanitaria prestada deba ser satisfecho legal o reglamentariamente por organismos públicos distintos de las mutualidades o por Entidades privadas, IMQ, 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 de dicha asistencia sanitaria, realizando a su cargo las gestiones necesarias para reintegrarse del coste de la misma. Los beneficiarios, por su parte, estarán obligados a facilitar a IMQ los datos necesarios para ello.