

AGENCIA ESPAÑOLA DE COOPERACIÓN
INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO

Guía del asegurado

Seguro de asistencia sanitaria a favor de los
cooperantes de la Cooperación Internacional para
el Desarrollo o la Acción Humanitaria en el Exterior

DKV Salud

Cuídate mucho

Índice

1. Tomador del seguro	5
2. Asegurados	5
3. Asegurador	5
4. Ámbito territorial	5
5. Prestaciones de asistencia sanitaria	5
	Principios básicos
	6 Prestaciones de atención primaria
	6 Prestaciones de urgencia
	6 Prestaciones de atención especializada
	8 Especificaciones sobre medios diagnósticos y terapéuticos
	11 Prestaciones odontológicas
	11 Prestaciones farmacéuticas
	11 Prestaciones preventivas
6. Servicios de salud digital y a distancia	12
	Digital Doctor
	12 Quiero cuidarme
	13 Médico DKV 24 horas
	13 Línea médica tropical DKV

7. Prestaciones complementarias	14	Gastos asistenciales y de transporte
	14	Fallecimiento del asegurado
	14	Desplazamiento de acompañante en caso de fallecimiento u hospitalización del asegurado
	14	Repatriación de acompañantes
	14	Prolongación de estancia en hotel del asegurado por prescripción médica
	15	Regreso del asegurado por fallecimiento u hospitalización de un familiar
	15	Prosecución de gastos sanitarios tras repatriación a España
8. Exclusiones	15	
9. Operativa de reembolso de facturas	16	Autoliquidación de facturas a través de internet
	17	Autoliquidación de facturas mediante aplicación móvil
	18	Requisitos de las facturas para ser reembolsadas
	18	Datos de contacto y consulta
10. Límites de gasto por asistencia sanitaria	18	



1. Tomador del seguro

La **Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo** (en adelante AECID), adscrita al Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación a través de la Secretaría de Estado de Cooperación Internacional y para Iberoamérica y el Caribe.

2. Asegurados

Los **cooperantes** de las personas o entidades promotoras de la cooperación internacional para el desarrollo o la acción humanitaria en el exterior que se adhieran al seguro colectivo contratado por AECID.

La cobertura del seguro se producirá para todos los riesgos cubiertos y sin limitación de edad mientras se tenga la condición de cooperante de una entidad adherida, siempre y cuando sea aceptado expresamente por AECID.

3. Asegurador

DKV Seguros SAE (en adelante DKV) asume el compromiso de cubrir los gastos, bien mediante reembolso de gastos o bien de forma directa, producidos por las prestaciones cubiertas y recibidas por los asegurados con arreglo a los procedimientos y requisitos establecidos en el contrato.

4. Ámbito territorial

El país o países en los que esté destinado el asegurado por motivos laborales u otros países en caso de accidente o enfermedad sobrevenida, excepto España y su país de origen en caso de tener otra nacionalidad distinta a la española (salvo repatriación sanitaria y para la revisión médico-sanitaria a su regreso).

5. Prestaciones de asistencia sanitaria

En el concepto de asistencia sanitaria se incluyen las prestaciones médicas en régimen ambulatorio, domiciliario y hospitalario, derivadas de accidentes, enfermedad común y profesional y comprende prestaciones: de atención primaria, de urgencia, de **atención** especializada (consultas externas y hospitalización), odontológicas, farmacéuticas y preventivas.

No se incluirá ninguna prestación que no forme parte al menos de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud de España (en adelante SNS).

En el anexo de límites de gasto por asistencia sanitaria (punto 10) figura el límite económico total por asegurado y año, así como los límites parciales que operan en algunas prestaciones.

5.1 Principios básicos

La cobertura de la asistencia sanitaria se estructura sobre los principios básicos siguientes:

- **Libre elección** de médicos y otros medios sanitarios.
- Asistencia sanitaria en la **red concertada** por DKV fuera de España, en cuyo caso el asegurado no tendrá que efectuar desembolso alguno por los gastos asistenciales cubiertos.
- **Reembolso** de los gastos asistenciales ocasionados a los asegurados por las prestaciones sanitarias recibidas, de acuerdo a las coberturas y límites establecidos, siempre que estén prescritas por médico y su cuantía no exceda de los gastos normales y habituales de dichos servicios y suministros en la localidad donde se reciben.

- El **pago directo** por DKV a los proveedores sanitarios cuando con al menos 72 horas de anticipación (salvo urgencia vital) le sea solicitado por el asegurado el internamiento, prescripción de prueba diagnóstica o inicio del tratamiento en los casos de:
 - hospitalizaciones,
 - resonancia magnética nuclear (RMN) y tomografía por emisión de positrones (PET),
 - tratamientos oncológicos,
 - rehabilitación,
 - evacuación médica,
 - gastos del acompañante del paciente evacuado o repatriado,
 - repatriación de restos mortales.

5.2 Prestaciones de atención primaria

- Medicina de Familia o Comunitaria / Medicina General:** asistencia en consulta y en domicilio, así como la prescripción de las pruebas diagnósticas convencionales.
- Pediatría y puericultura:** asistencia en consulta o en domicilio para niños menores de 14 años, así como la prescripción de las pruebas diagnósticas convencionales.
- Servicio de enfermería:** asistencia en consultorio o a domicilio, previa petición escrita del médico que asista al asegurado.

5.3 Prestaciones de urgencia

Atención de las urgencias hospitalarias y extra-hospitalarias.

5.4 Prestaciones de atención especializada

Incluye actos médicos o quirúrgicos, pruebas diagnósticas o tratamientos prescritos por facultativo especialista incluido en la siguiente relación de especialidades (con los límites de gasto establecidos en el anexo incluido en el punto 10):

- Alergología
- Análisis clínicos
- Anatomía patológica
- Anestesiología y reanimación
- Angiología y cirugía vascular
- Aparato digestivo
- Cardiología
- Cirugía cardiovascular
- Cirugía general y del aparato digestivo
- Cirugía oral y maxilofacial
- Cirugía ortopédica y traumatología
- Cirugía pediátrica
- Cirugía plástica y reparadora
- Cirugía torácica
- Dermatología médico-quirúrgica.
- Endocrinología y nutrición
- Estomatología y odontología.
- Geriatría
- Hematología y hemoterapia
- Medicina física y rehabilitación
- Medicina intensiva
- Medicina interna
- Medicina nuclear
- Medicina tropical

- Microbiología y parasitología
- Nefrología
- Neumología
- Neurocirugía
- Neurofisiología clínica
- Neurología
- Obstetricia y ginecología
- Oftalmología
- Oncología médica
- Oncología radioterápica
- Otorrinolaringología
- Pediatría y sus áreas específicas.
- Psiquiatría.

- Radiodiagnóstico
- Reumatología
- Urología

La **hospitalización** incluye los honorarios de los facultativos, los gastos de estancia en habitación individual con cama de acompañante (salvo en UCI y hospitalización psiquiátrica) y de manutención del enfermo, curas y su material, medicación y los tratamientos necesarios que se presten para:

- la asistencia médica, quirúrgica, obstétrica o pediátrica recibida en centros hospitalarios,
- la asistencia prestada en hospital de día para aquellos pacientes que precisan cuidados médicos o de enfermería y no requieran estancia hospitalaria,
- la asistencia recibida mediante hospitalización domiciliaria (por médico o enfermería).



La **atención domiciliaria tras hospitalización** solo tienen cobertura si lo recomienda un especialista inmediatamente después de un tratamiento en el hospital y durante el tiempo que medicamente se considere necesario. Comprende los servicios de medicina especializada, general, enfermería, así como el material fungible necesario para curas.

Se entiende por hospital o centro hospitalario el establecimiento sanitario legalmente autorizado destinado al tratamiento de pacientes. No se consideran hospitales los hoteles, casas de reposo, casas para convalecientes, residencias de personas mayores o instituciones dedicadas principalmente al internamiento y/o tratamiento de drogadictos o alcohólicos.

En el caso de patologías graves está cubierta la segunda opinión médica (mediante solicitud a DKV).

5.5 Especificaciones sobre medios diagnósticos y terapéuticos

Están incluidos los siguientes **medios diagnósticos** (con los límites de gasto establecidos en el anexo incluido en el punto 10):

- Análisis clínicos, anatomopatológicos y biológicos.
- Cariotipos.
- Densitometría ósea.
- Dermatoscopia mediante microscopía de epiluminiscencia digitalizada.
- Diagnóstico por imagen (incluyendo cuando sean precisos los medios de contraste):
 - Radioscopia, radiografías, tomografías, ortodiagramas y en general, toda clase de exploraciones radiológicas o radiográficas con fines diagnósticos, incluyendo las exploraciones especiales para la práctica de las técnicas quirúrgicas especializadas tales como ventriculografías, angiografías, arteriografías, arteriografías.
 - Tomografía por emisión de positrones (PET), PET-TAC y tomografía de fotón único (espectrografía - SPECT) en diagnóstico oncológico (según protocolos de práctica clínica comúnmente aceptados). PET-TAC para evaluar viabilidad miocárdica en disfunción grave ventricular (cuando las técnicas de imagen no son concluyentes) y en diagnóstico etiológico de la fiebre idiopática.

- TAC (scanner), resonancia magnética nuclear (RNM), resonancia funcional cerebral.
- Radiología intervencionista.
- Encefalograma, electroencefalograma, electromiograma, potenciales evocados.
- Exploraciones cardiovasculares: electrocardiograma, ecocardiograma, prueba de esfuerzo, doppler cardiaco, holter de TA y ECG, cateterismo cardiaco diagnóstico y terapéutico, estudio electrofisiológico cardiaco, doppler vascular, tomografía coronaria multicorte (TC 64) tras infarto agudo de miocardio y en postoperados de patologías cardíacas.
- Exploraciones de obstetricia y ginecología: mamografía, ecografía de mama, histerosalpingografía, amnioscopia, amniocentesis, monitorización fetal, biopsia de carion.
- Exploraciones del aparato digestivo (incluyendo los productos precisos para la realización de las técnicas): test de Helicobacter Pylori, biopsia hepática por punción, endoscopías, colangiopancreatografía retrógrada (CPR), manometrías, pHmetrías, Colangioresonancia, colonografía mediante TAC (cuando no se pueda emplear la colonoscopia convencional), fibroscan, cápsula endoscópica (exclusivamente para hemorragia digestiva de origen indeterminado, cuando no se consigue realizar un diagnóstico tras exploraciones convencionales, y para el estudio del dolor abdominal que se acompaña de diarrea crónica sin constatación o evidencia de lesiones con las exploraciones convencionales).
- Exploraciones endoscópicas y pruebas especiales de riñón e hígado.
- Exploraciones oftalmológicas: potenciales evocados, angiofluoresceingrafía, campimetría, ecografía oftalmológica, gonioscopia, retinografía, estrabología, y tomografía por coherencia óptica (O.C.T).
- Gammagrafía.
- Inmunohistoquímica.
- Otoemisiones acústicas, audiometrías, electrogustometría, potenciales evocados auditivos del tronco cerebral, estudio del vértigo, detección precoz y tratamiento de la sordera en niños.
- Polisomnografía en procesos patológicos.

- Pruebas de alergia y funcionales.
- Pruebas diagnósticas necesarias para obtener el diagnóstico de la esterilidad o infertilidad.
- Pruebas genéticas cuyo fin sea el diagnóstico de enfermedades en pacientes afectos y sintomáticos, debiendo ser prescritas por un facultativo que justifique su necesidad.

Están incluidos los siguientes **tratamientos** (con los límites de gasto establecidos en el anexo incluido en el punto 10):

- Aerosolterapia, oxigenoterapia y ventiloterapia en cualquier proceso donde fuera necesario.
- Cirugía bariátrica (de acuerdo a los criterios de inclusión del SNS).
- Cirugía plástica que guarde relación con accidente, enfermedad o malformación congénita. quedando excluido todo tratamiento de cirugía plástica que sea por motivos puramente estéticos. Queda incluida la reconstrucción de la mama tras mastectomía radical en caso de cáncer de mama, incluidos expansores y prótesis. También estarán cubiertas las intervenciones para sustitución de la prótesis en el caso de deterioro o de complicaciones (confirmados mediante informe médico) y la simetrización de la mama contralateral con el fin de restituir a imagen corporal de la paciente.
- Cirugía robótica para prostatectomía radical órgano confinada (de acuerdo a los criterios de inclusión del SNS).
- CPAP y BPAP para tratamiento de la apnea del sueño.
- Diálisis y hemodiálisis en procesos agudos.
- Dispositivos intrauterinos (DIU), ligadura de trompas y vasectomía.
- Electrorradioterapia: onda corta, infrarrojos, rayos ultravioleta y corrientes eléctricas.
- Implantes quirúrgicos, entendiéndose por tales aquellos productos sanitarios diseñados para ser implantados total o parcialmente en el cuerpo humano mediante un determinado acto médico o intervención quirúrgica, y destinados a permanecer allí después de dicha intervención. Se incluyen los materiales utilizados para realizar técnicas de osteosíntesis y las lentes intraoculares unifocales, bifocales y multifocales.

- Laparoscopia como técnica, tanto de diagnóstico como intervencionista, en obstetricia y ginecología, cirugía general y de aparato digestivo y urología. Se incluyen dentro de la cobertura todos los kits necesarios para la intervención.
- Láser verde para tratamiento de hipertrofia benigna de próstata.
- Laserterapia en tratamientos dermatológicos, oftalmológicos, urológicos, en la rehabilitación músculo-esquelética, láser quirúrgico en cirugía vascular periférica incluyendo el uso de láser endoluminal para tratamiento de las varices, coloproctología, intervenciones quirúrgicas ginecológicas y otorrinolaringológicas, excepto aquellos que sean única y exclusivamente con fines estéticos y para la corrección de defectos de refracción visual.
- Litotricia renal.
- Litofragmentación endoureteral por láser.
- Logofoniatría, previa prescripción médica. Se excluye la terapia educativa de la voz.
- Masaje linfático manual en procesos oncológicos.
- Nucleotomía percutánea.
- Oncología radioterápica: incluyendo la braquiterapia intersticial, endocavitaria y de alta tasa, la radioterapia superficial continua, la radioterapia intraoperatoria, la radioterapia con acelerador lineal, la radioterapia dinámica conformada y la radioterapia de intensidad modulada.
- Órtesis, vehículos para inválidos y otros equipos, aparatos y suministros médicos, siempre que la compra o alquiler esté prescrita por médico.
- Ortóptica.
- Podología: hasta 5 sesiones por año.
- Preparación al parto.

- Programa de atención al paciente diabético, incluyendo:
 - las jeringuillas de insulina u otros sistemas no precargados de administración,
 - el glucómetro, las lancetas y las tiras reactivas,
 - las bombas portátiles de infusión subcutánea de insulina y el material fungible.
- Prótesis internas traumatológicas, válvulas cardíacas, marcapasos y prótesis de bypass vascular.
- Psicología: hasta 40 sesiones al año; el límite de sesiones para trastornos de la alimentación será de 60 sesiones/año. En ambos casos deberán ser prescritas por un médico.

Incluye el apoyo psicoterápico al paciente oncológico y familiares asegurados mediante servicio telefónico de orientación psicológica.
- Psiquiatría: los gastos de diagnóstico y tratamiento, a nivel tanto hospitalario como ambulatorio, de enfermedades psiquiátricas y psicológicas, que abarcan los procesos agudos y crónicos.
- Radioterapia y quimioterapia, siendo a cargo de DKV los tratamientos médicos prescritos por médico especialista, que se expendan en España y estén debidamente autorizados por el Ministerio de Sanidad español. Los tratamientos serán tanto en régimen hospitalario como ambulatorio. (Ver Anexo). Incluye los medicamentos coadyuvantes y para contrarrestar los efectos secundarios del tratamiento.
- Rehabilitación funcional y fisioterapia, prescritos por médicos rehabilitadores o especialistas responsables de las patologías susceptibles de dichos tratamientos, aunque requieran la intervención de distintos profesionales o técnicas rehabilitadoras.

Incluye: la rehabilitación cardíaca, tras infarto agudo de miocardio, la rehabilitación neurológica (en caso de daño medular se cubren los tratamientos de rehabilitación en unidades específicas de lesionados medulares, así como los tratamientos de neurorrehabilitación y otros específicos, con un límite máximo de 60 días en régimen de internamiento hospitalario y una sola vez por asegurado) y la rehabilitación del suelo pélvico por incontinencia urinaria.
- Técnicas de reproducción asistida incluidas en la cartera común de servicios del SNS, con las condiciones y requisitos establecidos en la misma (incluyendo los límites de edad y de número máximo de ciclos).



- Tratamiento por ondas de choque en patología osteomuscular y tendinosa: hasta 5 sesiones por año.
- Transfusiones de sangre o hemoderivados.
- Trasplantes de corazón, córnea, hígado, médula ósea, pulmón y riñón.
- Turbinoplastia por radiofrecuencia.
- El 90% del coste de los medicamentos de aportación reducida, enumerados en el Anexo V del Real Decreto 1030/2006 del Ministerio de Sanidad y Consumo de 15 de septiembre o norma que pudiera sustituirla, y además los recetados para pacientes diagnosticados de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, fibrosis quística, y la calcitonina para la Enfermedad de Paget, con sujeción a un coaseguro máximo de 4,24 €.
- El 70% del coste del resto de medicamentos y demás productos sanitarios no recogidos en los puntos anteriores y cubiertos por el SNS.
- Los gastos de adquisición de artículos para incontinencia si son necesarios desde el punto de vista médico, hasta un máximo de 250 € al año.

5.6 Prestaciones odontológicas

Quedan cubiertas las curas, las extracciones, una limpieza de boca anual y la radiología estomatológica simple, así como el tratamiento dental de urgencia que sea necesarios aplicar a la dentadura natural como consecuencia de los daños sufridos por un accidente y que afecte a dos o más piezas dentales (con los límites de gasto establecidos en el anexo incluido en el punto 10).

Se incluye el programa bucodental para los menores de 14 años que incluye la prevención y tratamiento básico en dentición definitiva, incluidos los selladores de fisuras y las obturaciones

Queda excluidas: la odontología, la endodoncia, la periodoncia, la ortodoncia, las obturaciones o empastes, las prótesis dentales, las apicectomías, la implantología y los medios diagnósticos necesarios para realizar estos tratamientos.

5.7 Prestaciones farmacéuticas

Siempre y cuando exista una prescripción médica por escrito se reintegra el coste de cualquier medicamento, producto, efecto o accesorio farmacéutico cubierto a efectos de financiación y con las mismas indicaciones previstas en el SNS, con las siguientes especificaciones:

- La totalidad del coste de los medicamentos necesarios para cualquier tratamiento hospitalario, incluidos los que según la legislación sanitaria española tengan la consideración de uso hospitalario aunque no requieran de estancia hospitalaria, así como los quimioterápicos.

5.8 Prestaciones preventivas

- Inmunizaciones.** Vacunación de: rubéola en mujeres, tétanos en adultos y gripe y hepatitis B en grupos de riesgo. Otras vacunaciones recomendadas por la OMS, en función de la zona geográfica de residencia o trabajo, o cualquier campaña específica obligatoria en el país de residencia.
- Planes de prevención** (de acuerdo a los criterios establecidos en el SNS) de cáncer de mama y cérvix, cáncer colorrectal, cáncer de próstata y riesgo coronario.
- Incluye la colonoscopia virtual para prevención de cáncer colorrectal en pacientes de elevado riesgo: diagnosticados de poliposis colónica hereditaria familiar o historia familiar de cáncer colorrectal hereditario no polipósico.
- Exámenes de salud del **recién nacido** y pruebas para detección de trastornos metabólicos, genéticos y del desarrollo, incluyendo pruebas de otoemisiones, audiometría y test de agudeza visual.
- Programa del niño sano** hasta los 14 años: controles preventivos y de desarrollo infantil, administración de vacunas; revisión de la visión y de la audición, prevención y valoración del correcto desarrollo bucodental.
- Revisión médico-sanitaria en España al regreso del asegurado** en los medios concertados al efecto por DKV. Incluye: consulta médica (exploración y anamnesis), pruebas de laboratorio (análisis de sangre, orina y heces que procedan para valoración funcional) y pruebas complementarias precisas de acuerdo a sospechas diagnósticas.

6. Servicios de salud digital y a distancia

6.1 Digital Doctor

Aplicación móvil (disponible en App Store y Google Play) de videoconsulta médica o chat con revisador de síntomas que permite obtener una orientación médica, de forma totalmente privada y segura, evitando desplazamientos y esperas.

Proporciona respuestas rápidas y fiables a cualquier problema de salud. Es fácil de usar, segura y confidencial.



- Te ofrece tres servicios principales:
- Chequeador de síntomas:** realiza una anamnesis previa basada en algoritmos clínicos. Te ofrece información sobre posibles causas de tus síntomas y el nivel de urgencia.
 - Consulta online:** asesoramiento y ayuda médica mediante llamada, videollamada o chat. En todos los casos puedes adjuntar o enviar información adicional para que el médico pueda consultarla (fotografías, imágenes, archivos, etc.).
 - Acceso al historial de consultas realizadas.** Puedes revisar y descargar tus consultas previas o programar una nueva cita con el médico digital. Puedes filtrar por fecha o paciente.

6.2 Quiero cuidarme

Herramienta de autocuidado que permite al asegurado gestionar su salud desde el móvil, construyendo su biografía global de salud mediante la monitorización y el registro de valores personales.

Es una aplicación móvil (disponible en App Store y Google Play) que, con la introducción de datos reales, calcula el **índice de vida saludable**, un indicador que permite valorar la adopción de un estilo de vida saludable, a través la puntuación obtenida de nueve parámetros: calidad de sueño, actividad física, alimentación, bienestar emocional, indicador de masa corporal (IMC), colesterol, glucosa, presión arterial y consumo de tabaco.

Permite sincronizar automáticamente los datos con los dispositivos digitales de e-health y registro de actividad.



6.3 Médico DKV 24 horas

Un profesional médico de confianza a disposición del asegurado para asesorarle sobre su salud en cualquier momento del día y desde cualquier lugar.

Ante cualquier síntoma o duda se puede contactar telefónicamente mediante un servicio gratuito de asesoramiento médico, cercano y rápido, que aconseja y resuelve las dudas e inquietudes relacionadas con síntomas, problemas de salud o medicamentos, respondiendo personalmente y orientando sobre el tipo de especialista para cada situación.

Por teléfono: +34 976 991 199 | +34 902 499 799.

6.4 Línea médica tropical DKV

El asegurado puede obtener asesoramiento médico antes del desplazamiento a un país que requiera una prevención particular, obteniendo respuestas a sus dudas sobre: preparación y prevención ante riesgos específicos, vacunas, quimioprofilaxis, etc.

Por teléfono: +34 976 991 199 | +34 902 499 799.

7. Prestaciones complementarias

7.1 Gastos asistenciales y de transporte

Si es asegurado sufre un accidente o enfermedad sobrevenida fuera de su país de destino (excepto España y el país de origen en caso de tener nacionalidad distinta a la española) queda garantizada la asistencia sanitaria.

Si en la localización geográfica o país **no se dispone de los medios adecuados** para prestar la asistencia, DKV asume los gastos de transporte a la ciudad o país donde exista un centro asistencial que disponga de los recursos necesarios. Si el país propuesto está a mayor distancia que España, el asegurado podrá optar por solicitar su traslado a España. También está cubierto el traslado al domicilio en el país del destino o a España tras el alta médica del asegurado y la evacuación sanitaria cuando el asegurado se encuentre en fase terminal.

Estas prestaciones precisan certificación de la necesidad médica de dicho transporte y tratamiento por el médico responsable del paciente y a la autorización por parte de DKV. El medio de transporte se elegirá en función de la urgencia del caso y del estado del paciente.

Si el asegurado se encuentra en un país de **África Subsahariana** puede escoger entre las alternativas geográficas más cercanas o su traslado a España para recibir tratamiento en los servicios concertados por DKV hasta la estabilización del proceso (con los límites de gasto establecidos en el anexo incluido en el punto 10).

7.2 Fallecimiento del asegurado

DKV asume la repatriación del cadáver hasta España o el lugar de inhumación elegido por los familiares, incluyendo los trámites o formalidades administrativas y los gastos de acondicionamiento. No se incluye el pago del ataúd habitual y los gastos de inhumación y ceremonia.

De no haber quien acompañe en su traslado los restos mortales de un asegurado fallecido, DKV facilita un billete de ida y vuelta a la persona que designen los familiares. SI el fallecimiento se produce fuera del lugar de residencia del acompañante designado, se incluyen sus gastos hasta 300 €/día con un máximo de 10 días y un límite global de 3.000 € (debiendo presentar los justificantes de gasto).

7.3 Desplazamiento de acompañante en caso de fallecimiento u hospitalización del asegurado

En caso de fallecimiento u hospitalización (con una duración prevista superior a 5 días) del asegurado fuera de su lugar de destino, DKV facilita a un familiar un billete de ida y vuelta en ferrocarril (primera clase) o avión (clase turista) desde su domicilio. Si el fallecimiento u hospitalización del asegurado se produce en un país distinto al de su país de destino, se asumen los gastos de estancia de un familiar en un hotel hasta 200 €/día y con un máximo de 2.000 € (debiendo presentar los justificantes de gasto).

7.4 Repatriación de acompañantes

Cuando un asegurado hubiera sido repatriado a España o a su lugar de origen por cualquier causa, DKV asume el transporte de sus familiares a España o al lugar de residencia habitual.

7.5 Prolongación de estancia en hotel del asegurado por prescripción médica

Si es asegurado sufre un accidente o enfermedad sobrevenida fuera de su país de destino (excepto España y el país de origen en caso de tener nacionalidad distinta a la española) y no fuese posible su regreso de vuelta al país de destino en la fecha prevista, DKV, tras valoración de acuerdo con el médico responsable, asume sus gastos de estancia en un hotel hasta 200 €/día y con un máximo de 2.000 € (debiendo presentar los justificantes de gasto).

8. Exclusiones

- Diagnóstico, tratamiento e intervenciones quirúrgicas realizadas con fines puramente estéticos o cosméticos.
- Psicoanálisis, hipnosis, sofrología, narcolepsia ambulatoria, test psicológicos.
- Asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social o familiar, así como la sustituible por una asistencia domiciliaria o ambulatoria.
- Estancias, asistencias y tratamientos en centros no hospitalarios tales como hoteles, balnearios, asilos, residencias, centros de reposo, de diagnóstico y similares, aunque sean prescritos por facultativos, así como los ingresos en centros dedicados a actividades relacionadas con el ocio, el descanso y los tratamientos dietéticos.
- Enfermedades o lesiones derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte, de la participación en apuestas y competiciones y de la práctica profesional de actividades de alto riesgo.
- Cirugía de cambio de sexo.
- Tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando se haya conseguido la recuperación funcional o el máximo posible de ésta o cuando se convierta en terapia de mantenimiento ocupacional.
- Pruebas genéticas cuya finalidad sea determinar la predisposición del asegurado o de su descendencia presente o futura a padecer enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas, con la exclusiva excepción de aquellas que figuran expresamente incluidas, tales como la amniocentesis y los cariotipos. No quedan cubiertas aquellas pruebas genéticas que se encuentren en fase de investigación o cuya utilidad diagnóstica, relevancia clínica o evidencia científica no esté demostrada.
- Medicinas alternativas como naturopatía, acupuntura, mesoterapia, hidroterapia, presoterapia, ozonoterapia, etc.
- Asistencia sanitaria derivada de la infección por el virus VIH.

9. Operativa de reembolso de facturas

Las facturas emitidas por facultativos, centros médicos y hospitales durante la estancia en el extranjero del asegurado y abonadas por él deben presentarse en el plazo de tiempo más breve posible, con un máximo de tres meses a partir de la fecha del pago de la asistencia recibida.

La factura tiene que incluir de forma detallada los diferentes conceptos asistenciales realizados. Junto con ella es preciso aportar la acreditación de su abono, así como copia de la prescripción médica o informe clínico en el que figure la asistencia sanitaria prestada con indicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos principales y secundarios realizados.

Los reembolsos se hacen efectivos en un plazo máximo de cinco días laborables tras la recepción de la documentación pertinente.

DKV pone a disposición del asegurado dos alternativas para gestionar la autoliquidación de sus facturas: a través de internet (área privada del cliente) y mediante una aplicación móvil específica. Si fuera necesario se facilita la posibilidad de gestión manual.

9.1 Autoliquidación de facturas a través de internet

El asegurado puede acceder a la herramienta de autoliquidación en internet a través de la página web www.dkvseguros.com. En la web hay un acceso al área de cliente en el que se tiene que identificar con sus datos de usuario y la contraseña facilitados en el paquete de bienvenida.

El acceso al formulario de autoliquidación está en: > Mis reembolsos > Autoliquidación on-line

Los pasos a seguir son:

- **Paso 1:** cumplimentar el formulario de autoliquidación, que tiene tres áreas:
 - Datos personales: identificación del asegurado y de contacto. El sistema muestra los datos de los que dispone por defecto que se pueden revisar y actualizar. Los datos facilitados (teléfono o correo-e) son empleados por DKV para contactar con el asegurado y comunicar el abono de las facturas.

- Datos bancarios: identificación de la cuenta bancaria en la que se reembolsa la factura.

- Datos de la factura. El asegurado puede incorporar una o varias facturas para su reembolso.

- **Paso 2:** adjuntar la factura. El asegurado puede incorporar la imagen de la factura o, como alternativa, remitirla por fax (+34 934 797 544) anotando claramente en ella el número de registro facilitado por el sistema.
- **Paso 3:** envío del original de la factura a DKV en el plazo máximo de un mes desde la fecha de pago. El pago de facturas posteriores puede quedar supeditado a la recepción de originales de anteriores facturas liquidadas. El envío puede hacerse a través de correo ordinario o certificado, o empleando los servicios de correo de su organización. Una vez en España, en caso necesario DKV facilita un servicio de mensajería para su recogida.

En el área de cliente el asegurado puede consultar el estado de sus reembolsos ((en trámite, petición de informe, denegado, pagado, sin enviar/borrador):

> Mis reembolsos > Estado de mis reembolsos

9.2 Autoliquidación de facturas mediante aplicación móvil

El asegurado puede descargar la app gratuita DKV Reembolso y tras acceder con sus claves del área de cliente:

- seleccionar los datos del asegurado y especialidad,
- hacer una foto de su factura o incorporarla desde la galería de su móvil,
- comprobar y verificar los datos de la factura (NIF e importe),
- verificar la cuenta bancaria donde efectuar el reembolso,
- y enviar su solicitud de reembolso.

La aplicación permite comprobar y filtrar el estado de las peticiones realizadas (en trámite, petición de informe, denegado, pagado, sin enviar/borrador) y consultar el resumen gráfico de todas las solicitudes realizadas en el último año (incluyendo los gestionados a través de la web).



9.3 Requisitos de las facturas para ser reembolsadas

La documentación que acompañe al formulario de autoliquidación para proceder al reembolso debe cumplir las siguientes condiciones:

- Las facturas tienen que ser originales (ni proforma ni fotocopias) y estar abonadas.
- Las facturas tienen que incluir:
 - Identificación del emisor (médico, centro u oficina de farmacia), incluyendo su identificación fiscal (si procede).
 - Nombre del paciente.
 - Fecha de realización del acto médico.
 - Desglose detallado de los servicios o productos, especificando el número de consultas, sesiones y/o tratamientos efectuados, región anatómica, etc.
- A la factura se debe adjuntar la prescripción legible del facultativo responsable en los casos de:
 - Radiología convencional, mamografía, ecografía, doppler.
 - Análisis clínicos habituales (sustituible por copia de resultados).
 - Electrocardiografía.
 - Litotricia.
 - Diálisis renal.
 - Productos farmacéuticos y similares.
 - Otras pruebas complementarias no especificadas en siguiente apartado.
 - Otros tratamientos no especificados en siguiente apartado.
- A la factura se debe adjuntar la prescripción legible del facultativo responsable y un informe breve con el diagnóstico de sospecha o establecido en los casos de:
 - Pruebas diagnósticas especiales: Resonancia Nuclear Magnética (RNM), Tomografía Axial Computerizada (TAC), Tomografía por Emisión de Positrones (PET), medicina nuclear, polisomnografía, neurofisiología, pruebas cardiológicas especiales.
 - Pruebas diagnósticas invasivas: endoscopia, broncoscopia, radiología y cardiología intervencionista.
 - Análisis clínicos especiales: estudios hormonales específicos, Estudios de histocompatibilidad y marcadores tumorales.
 - Tratamientos especiales: quimioterapia y radioterapia.
 - Tratamientos de rehabilitación y logopedia.
 - Tratamientos de reproducción asistida.
 - Traslados en ambulancia y otros medios de transporte.
 - Material protésico no quirúrgico.
- A las facturas de ingresos hospitalarios médico-quirúrgicos, de los honorarios médicos de los facultativos o personal auxiliar y de prótesis o implantes quirúrgicos se debe adjuntar una copia del informe de alta, firmado por el facultativo responsable.

9.4 Datos de contacto y consulta

Correo-e: cooperantes.aecid@dkvseguros.es

Teléfono: +34 902 499 160

Dirección para el envío de facturas (envío de originales tras autoliquidación o para procedimiento manual):

DKV Seguros SAE
Unidad de Reembolso
Constitució, 3, 4ª planta
08960 Sant Just Desvern (Barcelona)
España

10. Límites de gasto por asistencia sanitaria

PRESTACIONES	LÍMITE POR ASEGURADO Y AÑO
Límite máximo para el conjunto de prestaciones hospitalarias, extrahospitalarias y preventivas.	1.250.000 €
Límite máximo para el conjunto de prestaciones extrahospitalarias.	30.000 €
Asistencia a domicilio tras estancia hospitalaria.	10.000 €
Rehabilitación y fisioterapia.	10.000 €
Prótesis e implantes.	18.000 €
Tratamiento de la esterilidad.	12.000 €
Tratamiento dental de urgencia como consecuencia de los daños sufridos por un accidente.	3.000 €
Hospitalización psiquiátrica.	90 días
Tratamiento psiquiátrico y psicológico ambulatorio.	40 sesiones (60 en trastornos de la alimentación) 4.000 €
Asistencias preventivas.	1.500 €

+34 902 499 160
cooperantes.aecid@dkvseguros.es
dkvseguros.com

Síguenos en



Descárgate las app



Servicio de atención telefónica
atendido por:

Fundación

INTEGRALIA DKV



Responsables con tu salud,
con la sociedad y con el planeta.



Empresa saludable



Empresa sostenible

DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E. Torre DKV, Avda. María
Zambrano, 31 50018 Zaragoza, inscrita en el Registro Mercantil
de la provincia de Zaragoza, tomo 1.711, folio 214, hoja
n.º Z-15.152. CIF: A-50004209.