

**CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA DE ASISTENCIA SANITARIA
PARA EMPLEADOS DE IFEMA, FERIA DE MADRID.**

EXP. - 26/153 - 2000028741

- . RESPUESTAS A CONSULTAS . -

CONSULTAS REALIZADAS

Les informamos de las consultas realizadas por las empresas interesadas y de las respuestas facilitadas por IFEMA MADRID, relacionadas con el expediente de referencia:

1. Página 3 del PT: "Ambas modalidades deberán ser ofrecidas por la entidad aseguradora adjudicataria dentro de una única póliza colectiva" Confirmar si este requisito debe entenderse cumplido mediante un único contrato colectivo que contemple dos modalidades de aseguramiento (asistencia sanitaria a través de Cuadro Médico y otra de reembolso), con primas diferenciadas y adscripción individual de los asegurados a una u otra modalidad, o si IFEMA exige la emisión material de una única póliza, sin admitir estructuras de pólizas diferenciadas para cada modalidad.

Respuesta:

Como se cita en el pliego (apartado 2 del PPT), ambas modalidades de aseguramiento (cuadro médico y reembolso) deben ser ofrecidas por la entidad aseguradora adjudicataria dentro de una única póliza colectiva, conforme a lo establecido en el Pliego de Prescripciones Técnicas.

No obstante, la forma de articulación interna de dichas modalidades dentro de la póliza colectiva podrá ser la que determine cada aseguradora, siempre que se garantice el cumplimiento íntegro de las condiciones previstas en el pliego, la existencia de una única póliza colectiva y la posibilidad de elección de modalidad por parte de los asegurados en los términos establecidos en la documentación de la licitación.

2. Entiendo que la elección de la modalidad solo puede realizarse al inicio del contrato y por las nuevas altas de empleados/beneficiarios dentro del plazo de 90 días. ¿Es correcta esta interpretación? En caso de permitirse el cambio de modalidad durante la vigencia del contrato, ¿serían de aplicación las carencias y la valoración de preexistencias/cuestionario de salud?

Respuesta:

Es correcta la interpretación. El cambio (de modalidad ordinaria a reembolso, o viceversa), una vez elegida la modalidad inicial, no hay obligación de permitirlo durante la vigencia del seguro. Cuestión diferente es que la aseguradora quiera ofrecer como mejora el cambio entre modalidades durante la vigencia, pero no resultaría obligatorio.

3. IFEMA financia parte de la prima del empleado, o se carga completamente al abono del empleado.

Respuesta:

IFEMA MADRID no financiará la prima del empleado ni familiares, ni en su totalidad ni en parte.

4. Agradecemos aclaración sobre los siguientes puntos:
- a. En el apartado “Descripción del pliego – Coberturas mínimas” se indica que el seguro cubre los trasplantes; sin embargo, en el apartado de exclusiones parece establecerse una limitación al respecto. Rogamos nos confirmen cuál es el criterio aplicable.
 - b. Asimismo, en “Coberturas mínimas” se vuelve a indicar expresamente la cobertura de trasplantes de médula y córnea. Nuestro condicionado general contempla la cobertura de trasplante autólogo de médula ósea. ¿Podrían confirmarnos si, con la redacción actual del pliego, nuestra cobertura se consideraría insuficiente o excluyente frente a lo exigido?
 - c. En el mismo apartado se indica que deben cubrirse “prótesis e implantes bajo prescripción médica”. No obstante, el pliego no detalla qué prótesis e implantes concretos deben incluirse. ¿Debemos entender que se exige la cobertura de cualquier tipo de prótesis o implante, o existe un listado/alcance definido?
 - d. En relación con el punto del pliego relativo a la continuidad asistencial en caso de anulación de la póliza colectiva, necesitamos aclaración, ya que se indica la obligación de traspasar a póliza individual a los asegurados que estén en tratamiento durante un periodo de 6 meses. En concreto, rogamos nos confirmen:
 - ✓ Si el periodo de continuidad es efectivamente de 6 meses.
 - ✓ Si, durante ese periodo, se aplicará la prima del producto individual al que se realice el traspaso.
 - ✓ Quién asumiría el pago de dicha prima (el asegurado o IFEMA).
 - ✓ Cómo se articularía la solicitud de los traspasos (p. ej., si debe gestionarse de forma individual por cada empleado mediante solicitud de seguro u otro procedimiento).

- e. Por último, rogamos nos confirmen si estas son las coberturas complementarias solicitadas:
- ✓ Ampliación de los días de hospitalización psiquiátrica (de 50 a 60 días).
 - ✓ Cobertura de hospitalización domiciliaria.
 - ✓ Aclaración del alcance de cobertura de prótesis e implantes.

Respuesta:

Se responden de manera separada las preguntas a continuación:

- a. El criterio de exclusión se limita solamente a los casos de donaciones voluntarias. En los trasplantes de órganos, las actuaciones médicas y quirúrgicas a realizar sobre la persona donante, sea o no asegurado, para la extracción del órgano a trasplantar a otra persona. Asimismo, quedan excluidas las actuaciones correspondientes a la conservación y traslado de órganos.
- b. En el condicionado de coberturas mínimas, se indican trasplantes y trasplantes de medula ósea y cornea. Dentro de los trasplantes de medula, estaría contemplado el trasplante autólogo de médula ósea, ya que es una categoría dentro de los trasplantes de médula. Si la cobertura presentada, contempla lo indicado en el condicionado, no debería ser excluyente.
- c. Se entiende que la cobertura alcanza, al menos, a las prótesis e implantes de uso habitual en la práctica médico-quirúrgica necesarios para los tratamientos cubiertos por la póliza y prescritos por facultativo, tales como prótesis articulares, válvulas cardíacas, stents, marcapasos, lentes intraoculares e implantes traumatológicos.
- d. En relación con el punto del pliego relativo a la continuidad asistencial en caso de anulación de la póliza colectiva, necesitamos aclaración, ya que se indica la obligación de traspasar a póliza individual a los asegurados que estén en tratamiento durante un periodo de 6 meses. En concreto, rogamos nos confirmen:
- ✓ Si el periodo de continuidad es efectivamente de 6 meses. **Respuesta:** Sí, por un periodo mínimo de 6 meses desde la anulación de la póliza, para garantizar la continuidad del tratamiento y cuidado del paciente.
 - ✓ Si, durante ese periodo, se aplicará la prima del producto individual al que se realice el traspaso. **Respuesta:** Sí, así debería ser.
 - ✓ Quién asumiría el pago de dicha prima (el asegurado o IFEMA). **Respuesta:** La asumiría el empleado sin perjuicio del tratamiento interno entre IFEMA MADRID y sus empleados.
 - ✓ Cómo se articularía la solicitud de los traspasos (p. ej., si debe gestionarse de forma individual por cada empleado mediante solicitud de seguro u otro procedimiento). **Respuesta:** Se deberá habilitar un número de teléfono o una dirección de correo electrónico de contacto para que cada empleado pueda gestionar de forma individual cualquier trámite relacionado con el traspaso del

seguro, en caso de baja, y será el propio empleado quien deberá ponerse en contacto para solicitar y gestionar dicho traspaso. Si se trata de un traspaso de póliza colectiva o general, será el equipo de IFEMA quien facilitará los datos de contacto de las personas responsables de llevar a cabo la gestión del seguro.

e. Por último, rogamos nos confirmen si estas son las coberturas complementarias solicitadas:

✓ Ampliación de los días de hospitalización psiquiátrica (de 50 a 60 días).
Respuesta: Sí, Hospitalización psiquiátrica (se permite limitación a 60 días año).

✓ Cobertura de hospitalización domiciliaria.

Respuesta: Las coberturas suelen incluir:

- Valoración y seguimiento médico en el domicilio.
- Atención de enfermería, como curas, control de constantes, administración de medicación y extracción de muestras.
- Administración de tratamientos intravenosos (antibióticos, hidratación, etc.).
- Control y seguimiento de enfermedades agudas o crónicas que requieran supervisión frecuente.
- Rehabilitación y fisioterapia, cuando esté prescrita.
- Material sanitario básico necesario para la asistencia.
- Coordinación con especialistas y pruebas complementarias, si forman parte del plan asistencial.
- Educación y apoyo a familiares o cuidadores para el manejo del paciente.

Opcionales:

- Oxigenoterapia domiciliaria.
- Cuidados paliativos.
- Nutrición enteral o parenteral.
- Atención psicológica.
- Equipamiento específico (cama articulada, grúas, etc.).

En principio, no se considera hospitalización domiciliaria la ayuda doméstica, el cuidado no sanitario permanente o la asistencia exclusivamente social.

✓ Aclaración del alcance de cobertura de prótesis e implantes.

Respuesta: Con las mismas prestaciones que la seguridad social. Estas prestaciones se clasifican principalmente en implantes quirúrgicos y prótesis externas. En principio se incluyen categorías como:

- Prótesis internas quirúrgicas:
 - Prótesis de cadera.
 - Prótesis de rodilla.
 - Prótesis de hombro.

- Prótesis vasculares.
 - Válvulas cardíacas.
 - Mallas quirúrgicas.
 - Stents coronarios o vasculares.
- Implantes traumatológicos:
 - Placas.
 - Tornillos.
 - Clavos intramedulares.
 - Sistemas de fijación vertebral.
- Implantes oftalmológicos:
 - Lentes intraoculares tras cirugía de cataratas.
- Implantes cardiológicos:
 - Marcapasos.
 - Desfibriladores implantables.
- Prótesis e implantes dentales.
- Prótesis mamaria implantada para reconstrucción tras una mastectomía o cirugía por cáncer de mama.

EL PRESENTE DOCUMENTO PASA A FORMAR PARTE INTEGRANTE DEL PLIEGO DE BASES, QUEDANDO AFECTOS EN LOS TÉRMINOS PREVISTOS EN EL CITADO PLIEGO.

Dirección de Compras y Logística
20 de agosto de 2026