

## REEMBOLSO DE GASTOS DE FARMACIA 2016

**Garantía prestada desde 1 de enero de 2014 exclusivamente para clientes particulares de los productos Caser Salud Prestigio, Caser Salud Integral y Caser Salud Activa.**

### **Objeto y Descripción de la Cobertura:**

Comprende el reembolso del importe de aquellos medicamentos adquiridos en España, prescritos por un profesional del cuadro médico de Caser para el tratamiento de patologías sufridas por el asegurado objeto de cobertura de esta póliza y que se encuentren recogidos en el Nomenclátor Oficial de Especialidades Médicas financiadas por la Seguridad Social.

Igualmente será objeto de reembolso el coste de las vacunas infantiles (hasta los 15 años) de uso habitual, recomendadas por la Asociación Española de Pediatría en el calendario oficial publicado cada año, prescritas por un pediatra y que **no sean financiadas por la Seguridad Social dentro del calendario vacunal de la Comunidad Autónoma correspondiente al domicilio de prestación del Asegurado**. Se pueden consultar en <http://vacunasaep.org>

Por tanto, **no son objeto de cobertura aquellas vacunas que no estén indicadas para contrarrestar los efectos de agentes infecciosos, como pueden ser las llamadas vacunas de desensibilización o alérgicas.**

Se reembolsará el 50% del importe de las facturas de dichos medicamentos/vacunas y hasta un máximo de 100€ por asegurado y año. Para ello será necesario que el Asegurado aporte tanto el justificante de compra como la prescripción del facultativo original junto a la solicitud de reembolso.

El importe mínimo a reembolsar (transacción mínima) de la factura o conjunto de facturas aportadas en una misma solicitud será por valor de 10€, que se realizará en la cuenta que el Tomador haya designado para el pago de la prima.

### **Tramitación a realizar para el reembolso de gastos:**

Para obtener el reembolso de gastos sanitarios, el Tomador del seguro o en su caso, el Asegurado deberá presentar al Asegurador la documentación siguiente:

**a) Impreso de solicitud de reembolso de gastos, según** modelo del Asegurador, debidamente **cumplimentado y firmado** por el **Asegurado**.

**b) Originales de las facturas** que acrediten haber satisfecho su importe a los establecimientos (oficina de farmacia).

**c) Prescripciones médicas originales.**

**Será imprescindible para el reembolso de los gastos sanitarios producidos que los documentos identifiquen por su nombre y apellidos al paciente receptor de la asistencia.**

Con independencia de todo ello, **el Asegurado se obliga a prestar al Asegurador toda la colaboración que éste le solicite para completar su información sobre el siniestro y sus consecuencias.**

### **Liquidación y Pago:**

Una vez recibida toda la documentación requerida y efectuadas las comprobaciones y cálculos oportunos para establecer el importe a indemnizar, el Asegurador dispondrá de un plazo de **15 días laborables** para reembolsar o consignar dicho importe, según las circunstancias conocidas.

<b>Datos de la póliza:</b>					
Titular(nombre y apellidos):					
Póliza:	N.I.F.:	Teléf. contacto:			
Domicilio completo:					
Domiciliación bancaria	Entidad:	Oficina:	D.C.:	Número de cuenta:	
para el cobro:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<b>Asegurado que recibe la asistencia:</b> Nombre y apellidos:	
---	--

[illegible]

El abajo firmante declara que los servicios que se describen en este impreso, así como los correspondientes a la documentación adjunta, han sido efectivamente recibidos y abonados.

Asimismo, autoriza la visita de profesionales designados por Caser, así como cualquier comprobación que ésta considere necesaria, comprometiéndose a aportar todos aquellos informes médicos necesarios para la justificación de la prestación recibida.

A efectos de lo establecido en la vigente normativa sobre Protección de Datos de Carácter Personal, el beneficiario (asegurado) que recibe la asistencia consiente que los datos personales (incluso los de salud) facilitados con la presente solicitud de reembolso sean incluidos por la Entidad Aseguradora en un fichero, así como su tratamiento posterior, al ser preceptiva su cumplimentación para valorar y delimitar el riesgo y, en consecuencia, para el desarrollo de la relación contractual, siendo destinataria y responsable del fichero CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. - CASER-, con domicilio en Avenida de Burgos nº 109, 28050 Madrid, donde el beneficiario (asegurado) podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de los mismos, dirigiéndose al Director del Departamento Jurídico-Técnico. Asimismo, autoriza que sus datos personales puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas necesarias para poder llevar a cabo la prestación. Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con el contrato de seguro cuya ley reguladora obliga al asegurado a informar al asegurador de las causas que motivan la prestación, para que pueda solicitar de los prestadores de servicios sanitarios tal información para el cumplimiento de estos fines en relación con su salud y el tratamiento sanitario que esté recibiendo. En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos expuestos en el párrafo anterior, no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer la entidad aseguradora de los datos necesarios para el cálculo de la indemnización y demás fines establecidos en el contrato de seguro.

En a de de

(Firma del asegurado que recibe la asistencia)

**INDICACIONES:**

Se cumplimentará una solicitud de reembolso por cada Asegurado.

Se aportarán, obligatoriamente, facturas y prescripciones médicas originales y justificante, también original, del pago.

Las facturas incluirán nombre y apellidos o denominación social de la persona física o jurídica que las emita, su domicilio, teléfono y N.I.F., y en su caso, número de colegiado, así como desglose de los diversos conceptos con importe individualizado, fecha de realización y el nombre y apellidos del paciente receptor de la asistencia.

Caser realizará siempre los pagos a favor del titular del certificado de la póliza.

Rogamos envíen las facturas a Caser - Dpto. de Reembolsos de Salud - Avda. Burgos, 109 - 28050 Madrid.

**Para cualquier aclaración o consulta, no dude en ponerse en contacto con nosotros, llamando al teléfono 901 33 22 33.**

1 de enero de 2016

Este calendario de vacunaciones, diseñado para la infancia y la adolescencia, indica las edades en las que se han de administrar las vacunas consideradas por el CAV-AEP con perfil de **sistemáticas financiadas**, las que todos los niños en España reciben de forma universal, que incluye las vacunas oficiales ofertadas gratuitamente por cada una de las CC. AA.; de **sistemáticas no financiadas**, que presentan un perfil de sistemática y que el CAV-AEP considera deseable que todos los niños reciban, pero que, por razones de coste-efectividad, su prioridad se establece en función de las posibilidades económicas de su financiación pública; y **dirigidas a grupos de riesgo**, como aquellas que se consideran indicadas para individuos en situaciones ambientales o personales que incrementen la probabilidad de presentar formas graves de la infección o desestabilización de su enfermedad de base.

CALENDARIO DE VACUNACIONES DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA 2016										
Comité Asesor de Vacunas										
VACUNA	Edad en meses							Edad en años		
	2	3	4	5	6-7	12	13-15	2-4	6	11-12
Hepatitis B <sup>1</sup>	HB		HB			HB				
Difteria, tétanos y tosferina <sup>2</sup>	DTPa		DTPa			DTPa			Tdpa	Tdpa
Poliomielitis <sup>3</sup>	VPI		VPI			VPI			VPI	
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b <sup>4</sup>	Hib		Hib			Hib				
Neumococo <sup>5</sup>	VNC		VNC			VNC				
Meningococo C <sup>6</sup>			MenC			MenC				MenC / MenACWY
Sarampión, rubeola y parotiditis <sup>7</sup>						SRP		SRP		
Varicela <sup>8</sup>							Var	Var		
Virus del papiloma humano <sup>9</sup>										VPH 2 dosis
Meningococo B <sup>10</sup>		MenB		MenB	MenB		MenB			
Rotavirus <sup>11</sup>	RV		RV		RV					
Gripe <sup>12</sup>					Gripe (anual)					
Hepatitis A <sup>13</sup>					HA 2 dosis					
<div><div></div> Sistemáticas financiadas<div></div> Sistemáticas no financiadas<div></div> Vacunas para grupos de riesgo</div>										



En caso de no llevarse a cabo la vacunación en las edades establecidas, deben aplicarse las recomendaciones de vacunación con las pautas aceleradas o de rescate. Se recomienda consultar el calendario de vacunación de la propia comunidad o ciudad autónoma. Las reacciones adversas se deben notificar a las autoridades sanitarias.

**(1) Vacuna antihepatitis B (HB).**- 3 dosis, en forma de vacuna hexavalente, a los 2, 4 y 12 meses de edad. Los hijos de madres HBsAg positivas recibirán, además, al nacimiento, una dosis de vacuna HB monocomponente, junto con 0,5 ml de inmunoglobulina antihepatitis B (IGHB), todo dentro de las primeras 12 horas de vida. Los hijos de madres de serología desconocida deben recibir la dosis neonatal y se determinará inmediatamente la serología materna; si esta fuera positiva, deberán recibir IGHb cuanto antes, dentro de la 1.<sup>a</sup> semana de vida. La administración de 4 dosis de vacuna HB es aceptable en general y recomendable en hijos de madres HBsAg positivas, vacunados al nacimiento y con peso de recién nacido menor de 2000 g, pues la dosis neonatal en estos casos no se ha de contabilizar. A los niños y adolescentes no vacunados se les administrará, a cualquier edad, 3 dosis de vacuna monocomponente o combinada con hepatitis A, según la pauta 0, 1, 6 meses.

**(2) Vacuna frente a la difteria, el tétanos y la tosferina acelular (DTPa/Tdpa).**- 5 dosis: primovacunación con 2 dosis, a los 2 y 4 meses, de vacuna DTPa (hexavalente); refuerzo a los 12 meses (3.<sup>a</sup> dosis) con DTPa (hexavalente); a los 6 años (4.<sup>a</sup> dosis) con el preparado de baja carga antigénica de difteria y tosferina (Tdpa-VPI) y a los 11-12 años (5.<sup>a</sup> dosis) con Tdpa.

**(3) Vacuna conjugada frente al *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib).**- 3 dosis: primovacunación a los 2 y 4 meses y refuerzo a los 12 meses (3.<sup>a</sup> dosis).

**(4) Vacuna antipoliomielítica inactivada (VPI).**- 4 dosis: primovacunación con 2 dosis, a los 2 y 4 meses, y refuerzos a los 12 meses (3.<sup>a</sup> dosis) y a los 6 años (4.<sup>a</sup> dosis).

**(5) Vacuna conjugada frente al meningococo C (MenC).**- 3 dosis de vacuna conjugada monovalente (esquema 1 o 2 + 1 + 1): 1 dosis a los 4 meses de edad, otra a los 12 meses de edad y una dosis final a los 11-12 años. Según el preparado vacunal utilizado puede ser necesaria en la primovacunación una dosis (4 meses) o dos dosis (2 y 4 meses de edad). Actualmente solo 2 CC. AA. utilizan la pauta de 2 dosis en el primer año (Madrid, 2 y 4 meses y Cataluña, 2 y 6 meses). En la dosis de los 12 años se podría plantear la sustitución por 1 dosis de MenACWY.

**(6) Vacuna conjugada frente al neumococo (VNC).**- 3 dosis: las 2 primeras a los 2 y 4 meses con un refuerzo a los 12 meses de edad (3.<sup>a</sup> dosis). Si no estuviera aún financiada en el calendario infantil se mantendría la pauta 3+1: 3 dosis (2, 4 y 6 meses) en el primer año y una 4.<sup>a</sup> dosis a los 12 meses de edad. La vacuna actualmente recomendada en nuestro país es la VNC13.

**(7) Vacuna frente al sarampión, la rubeola y la parotiditis (SRP).**- 2 dosis de vacuna sarampión-rubeola-parotiditis (triple vírica). La 1.<sup>a</sup> a los 12 meses, y la 2.<sup>a</sup> a los 2-4 años de edad, preferentemente a los 2 años. En pacientes susceptibles fuera de las edades anteriores, vacunación con 2 dosis con un intervalo de, al menos, 1 mes.

**(8) Vacuna frente al virus del papiloma humano (VPH).**- Solo para niñas, aunque se debe informar a los varones sobre la VPH-4. Administrar 2 dosis a los 11-12 años. Pautas de vacunación según el preparado vacunal: la vacuna tetravalente con pauta de 2 dosis (0 y 6 meses) para niñas entre 9 y 13 años y pauta de 3 dosis (0, 2, 6 meses) si 14 años o más y la bivalente con pauta de 2 dosis (0 y 6 meses) para niñas entre 9 y 14 años y pauta de 3 dosis (0, 1, 6 meses) si 15 años o más. Es posible su coadministración tanto con las vacunas de MenC, las de hepatitis A y B y con Tdpa.

**(9) Vacuna frente a la varicela (Var).**- 2 dosis: la 1.<sup>a</sup> a los 15 meses (también es aceptable a los 12 meses de edad) y la 2.<sup>a</sup> a los 2-4 años de edad, preferentemente a los 2 años. En pacientes susceptibles fuera de las edades anteriores, vacunación con 2 dosis con un intervalo de, al menos, 1 mes.

**(10) Vacuna frente al meningococo B (MenB).**- 4 dosis: las 3 primeras a los 2,5-3 meses, 4,5-5 y 6-7 meses, con un refuerzo entre los 13-15 meses de edad, para minimizar su posible reactogenicidad y la coadministración con MenC.

**(11) Vacuna frente al rotavirus (RV).**- 3 dosis de vacuna frente al rotavirus: a los 2, 4, 6 meses o a los 2, 3, 4 meses. La pauta ha de iniciarse entre las 6 y las 12 semanas de vida, es muy importante para minimizar riesgos, y debe completarse antes de las 32 semanas de edad. El intervalo mínimo entre dosis es de 4 semanas.

**(12) Vacuna antigripal (Gripe).**- Vacunación anual de pacientes con factores de riesgo y sus convivientes (mayores de 6 meses). 1 dosis en mayores de 9 años; entre 6 meses y 9 años se administrarán 2 dosis la 1.<sup>a</sup> vez, con un intervalo de 1 mes y en los años siguientes, si persiste el factor de riesgo, vacunación anual con 1 dosis.

**(13) Vacuna antihepatitis A (HA).**- 2 dosis, con un intervalo mínimo de 6 meses, a partir de los 12 meses de edad. Vacunación de pacientes con indicación por viajes internacionales a países con endemicidad intermedia o alta o por pertenecer a grupos de riesgo.