

Condiciones Generales

**Asistencia Sanitaria /
Reembolso**



Anexo 1

MAPFRE
Salud

Condiciones Generales. Anexo 1



MAPFRE

MAPFRE ESPAÑA
COMPAÑÍA DE SEGUROS
Y REASEGUROS, S.A.
DOMICILIO SOCIAL
Edificio MAPFRE.
Carretera de Pozuelo, n.º 50.
28222 MAJADAHONDA
(Madrid)

Teléf. 902 20 40 60

MAPFRE

Salud

Asistencia Sanitaria / Reembolso Anexo I

De acuerdo con lo establecido en la Ley 50/80, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro se destacan en letra negrita las exclusiones y las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados contenidas en las Condiciones Generales de la póliza.

RESUMEN DE COBERTURAS

ESPECIALIDADES CUBIERTAS

Asma y alergia

- Vacunas **No**
excepto vacunaciones de acuerdo con el calendario oficial dentro del Programa del Niño Sano
- Tratamiento farmacológico **No**
- Aerosolterapia **(5)**
- Oxigenoterapia **(5)**
- Ventiloterapia **(5)**

Aparato digestivo **Sí**

Cardiología **Sí**

Cirugía Cardiovascular **Sí**

Cirugía General y del Aparato Digestivo **Sí**

Cirugía Maxilofacial **Sí**

(tratamientos odontológicos sólo en Servicios concertados)

Cirugía Pediátrica **Sí**

Cirugía Plástica y Reparadora

- Accidentes (documentado con parte de atención de urgencias del día del accidente) **Sí**
- Tratamientos estéticos **No**

Cirugía Torácica **Sí**

Cirugía Vascular y Angiología **Sí**

Dermatovenereología **Sí**

Endocrinología y nutrición

- Enfermedad **Sí**
- Tratamientos para adelgazar **No**

Genética Humana **Sí**

Incluye exclusivamente los siguientes actos y únicamente cuando en el marco de un cuadro clínico sean necesarios para la confirmación del diagnóstico genético que condicione la instauración de un tratamiento específico o su modificación:

- ESTUDIO SÍNDROME DE DIGEORGE 22(Q11-Q13).
- CARIOTIPO EN VELLOSIDADES CORIALES.
- CARIOTIPO EN LÍQUIDO AMNIÓTICO.
- CARIOTIPO EN MÉDULA ÓSEA.
- CARIOTIPO EN OTROS TEJIDOS (PIEL, GÓNADAS, RESTOS ABORTIVOS, ETC).
- CARIOTIPO EN SANGRE PERIFÉRICA.
- ANEUPLOIDIAS EN LÍQUIDO AMNIÓTICO (FISH O QF-PCR).
- ESTUDIO DE SÍNDROME DE WILLIAMS 7(Q11.23-Q31).
- ESTUDIO GENÉTICO POR TÉCNICA DE FISH EN ONCOHEMATOLOGÍA. POR Sonda (A PARTIR DE LA CUARTA Sonda).
- ESTUDIO GENÉTICO POR TÉCNICA DE PCR EN ONCOHEMATOLOGÍA (POR ESTUDIO).

- ESTUDIO GENÉTICO POR TÉCNICA DE FISH EN ONCOHEMATOLOGÍA. POR SONDA (LAS TRES PRIMERAS SONDAS).
- CÁNCER DE PULMÓN/COLON/ESTÓMAGO (TUMOR PARAFINADO) EGFR (EXONES 19 Y 21).
- CÁNCER DE COLON (TUMOR PARAFINADO) BRAF (MUTACIÓN V600E DEL EXON 15).
- CÁNCER DE COLON (TUMOR PARAFINADO) KRAS (ANÁLISIS DE CODONES 12 Y 13).
- CÁNCER DE MAMA (TUMOR PARAFINADO) HER2.
- CÁNCER DE PULMÓN (TUMOR PARAFINADO) ALK.
- CÁNCER DE MAMA/OVARIO FAMILIAR : BRCA1 Y BRCA2 SECUENCIACIÓN.
- CÁNCER DE MAMA/OVARIO FAMILIAR : BRCA1 Y BRCA2 MLPA.
- FACTOR XII MUTACIÓN C46T.
- ENFERMEDAD DE HUNTINGTON (DETECCIÓN DE LAS EXPANSIONES CAG EN EL GEN FXN).
- CÁNCER DE COLON POLIPÓSICO FAMILIAR: APC SECUENCIACIÓN.
- CÁNCER DE COLON POLIPÓSICO FAMILIAR: APC MLPA.
- CÁNCER DE COLON FAMILIAR NO POLIPÓSICO: MLH1 SECUENCIACIÓN.
- CÁNCER DE COLON FAMILIAR NO POLIPÓSICO: MLH1 MLPA.
- CÁNCER DE COLON FAMILIAR NO POLIPÓSICO: MSH2. SECUENCIACIÓN EXONES 2, 10, 11, 13, 15 Y 16 DEL GEN RET.
- CÁNCER DE COLON FAMILIAR NO POLIPÓSICO: MSH2 MLPA.
- NEOPLASIA ENDOCRINA MULTIPLE TIPO 1: NEM1 SECUENCIACIÓN.
- NEOPLASIA ENDOCRINA MULTIPLE TIPO 1: NEM1 MLPA.
- NEOPLASIA ENDOCRINA MULTIPLE TIPO 2: NEM2 SECUENCIACIÓN.
- NEOPLASIA ENDOCRINA MULTIPLE TIPO 2: NEM2 MLPA.
- MUTACIÓN FAMILIAR CONOCIDA DE CÁNCER HEREDITARIO.
- ATAXIA ESPINOCEREBELOSA SCA GENES MAS FRECUENTES (SCA1, SCA2, SCA3, SCA6 Y SCA7).
- ATAXIA DE FRIEDREICH FRDA EXPANSION GAA.
- DISTROFIA MIOTÓNICA TIPO 1. ENFERMEDAD DE STEINERT (DMPK, DETECCIÓN EXPANSION CTG).
- ENFERMEDAD DE CHARCOT MARIE TOOTH (PMP22 DETECCIÓN DE GRANDES DUPLICIDADES POR MLPA).
- SÍNDROME PRADER WILLI DETECCIÓN DELECCIONES REGIÓN PWS/AS POR MLPA.
- FIBROSIS QUÍSTICA (50 MUTACIONES Y POLI T EN CFTR EN CROMOSOMA 7).
- HEMOCROMATOSIS PCR (HFE-3 MUTACIONES C282Y,H63D,S65C).
- FACTOR V LEYDEN (F5,MUTACIÓN G1691A). TROMBOFILIA.
- FACTOR II PROTOBINA (F2, MUTACIÓN G20210A). TROMBOFILIA.
- HIPERHOMOCISTEINEMIA MTHFR MUTACIÓN C677T Y A1298C SI NECESARIO.
- SÍNDROME X FRAGIL (FMR1, EXPANSIÓN y TP-PCR SI PROCEDE).
- ESTUDIO MOLECULAR CYP212A. DETECCIÓN MUTACIONES MÁS FRECUENTES PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA HIPERPLASIA ADRENAL CONGÉNITA POR DEFICIT DE 21 HIDROXILASA.

Resumen de coberturas

- DIAGNÓSTICO MOLECULAR DE LA TROMBOFILIA (12 MUTACIONES. INCLUYE FACTOR V FACTOR II Y MTHFR SI PROCEDE.
- ESTUDIO GENÉTICO CELIAQUÍA: HLAS DQ2 Y DQ8.

Geriatría	Sí
Hematología	Sí
Medicina Interna	Sí
Nefrología	Sí
Neonatología	Sí
Neurocirugía	Sí
Neurología	Sí
Neumología	Sí
Obstetricia y Ginecología	
■ Anestesia epidural en parto normal	
* En Servicios Recomendados (médico, matrona, anestesia, hospital).....	Sí
* En Reembolso.....	Según límite
■ Embarazo, Parto, Cesárea.....	Según límite (1)
■ Preparación al parto.....	(1)(5)
■ Revisión ginecológica.....	1 al año, según límite
■ Ligadura de Trompas.....	(2)(5)
■ Inseminación artificial.....	(4)(5)
■ Fecundación "in vitro".....	(4)(5)
■ Esterilidad/infertilidad (Estudio y tratamientos).....	(4)(5)
Odontología y/o estomatología	No
(Salvo las prestaciones incluidas en la cobertura dental y sólo en Servicios Recomendados)	
Oftalmología	
■ Enfermedades.....	Sí
■ Accidentes.....	Sí
■ Cirugía Refractiva y Cirugía de la Presbicia.....	No
■ Revisión oftalmológica.....	1 al año, según límite
Oncología	Sí
Osteopatía	No
(Salvo en servicios Recomendados)	
Máximo 8 sesiones asegurado/año (2) (5)	
Otorrinolaringología	Sí
■ 20 sesiones/año de logopedia.....	(5)(*)
Pediatría	Sí
Podología (4 sesiones quiropodia al año)	(5)
Proctología	Sí
Psiquiatría	(5)
Sólo en procesos agudos o crónicos reagudizados, máximo de 60 días por Asegurado y año, en régimen de ingresado u hospital de día.	
■ Tratamientos de Psicoterapia breve o terapia focal.....	(5)
.....	Máximo 20 sesiones asegurado/año
■ Por trastornos de la alimentación.....	Máximo 40 sesiones asegurado/año

Reumatología	Sí
Traumatología	Sí
Urología	
■ Vasectomía.....	(2)(5)
■ Esterilidad/Infertilidad.....	(4)(5)
(Estudio y tratamientos)	
■ Revisión urológica.....	1 al año, según límite

SERVICIOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÉUTICOS (PREVIA PRESCRIPCIÓN MÉDICA)

Análisis Clínicos	
■ Cariotipos/Genotipos.....	Sí (1)
■ Radioinmunoanálisis.....	Sí
■ Métodos Enzimáticos.....	Sí
Anatomía Patológica y Citología	Sí
Biología molecular	Sí
Endoscopia	Sí
Radiología	
■ Radiografía simple.....	Sí
■ Radiografía con contraste.....	Sí
■ Mamografía.....	Sí
■ Tomografía Convencional.....	Sí
■ Ortopantomografía.....	(5)
Servicios Especiales de Diagnóstico	
■ Densitometría Ósea.....	Sí
■ Ecografía.....	Sí
■ P.E.T.	Sí (2)
■ Termografía.....	Sí
■ T.A.C. (Scanner).....	Sí
■ Resonancia Nuclear Magnética.....	Sí (2)
Medicina Nuclear	Sí (2)
Pruebas del Aparato Circulatorio	
■ Arteriografía.....	Sí (2)
■ Ecocardiograma.....	Sí
■ Electrocardiograma.....	Sí
■ Doppler.....	Sí
■ Cateterismo.....	Sí (2)
■ Holter.....	Sí
■ Ergometría.....	Sí
Pruebas de Obstetricia y Ginecología	
■ Amnioscopia.....	Sí (1)
■ Amniocentesis.....	Sí (1)
■ Laparoscopia.....	Sí (2)
■ Ecografía.....	Sí
■ Monitorización fetal.....	Sí (1)

Resumen de coberturas

Pruebas de Neurofisiología

- Electroencefalograma Sí
- Ecoencefalograma Sí
- Electronistagmometría Sí
- Electromiografía Sí
- Medida de velocidad de conducciones nerviosas Sí

Pruebas de Oftalmología

- Tonometría Sí
- Angiofluoresceingrafía Sí
- Campimetría Sí
- Ecografía Sí

Pruebas de Urología

- Uretroscistoscopia Sí
- Citoscopia Sí
- Estudios Urodinámicos Sí

Pruebas Funcionales del Riñón o Hígado Sí

Litotricia Sí (2)

Díalisis y Riñón Artificial Sí (2)(3)

Pruebas de Oncología

- Uso de Isótopos Radioactivos Sí (2)

Cobaltoterapia, Quimioterapia y Radioterapia Sí (2)

Hemodinámica Sí (2)

Polisomnografía Sí (2)

Rayo Láser (2)

- En Reembolso Sí
- En Servicios Recomendados No
(excepto para las especialidades expresamente incluidas)

Rehabilitación

(máximo 30 sesiones, Asegurado/año en Reembolso, excepto para Daño Cerebral Adquirido) Sí (2)

Rehabilitación para el Daño Cerebral Adquirido

y Daño Medular Sólo en Servicios Concertados (2)

- En caso de Daño Cerebral Adquirido (traumático, vascular, etc.), se cubren los tratamientos de rehabilitación funcional motor así como los tratamientos de neurorrehabilitación y otros específicos **con un límite máximo 60 días en régimen de internamiento hospitalario, y un máximo de 90 días naturales en régimen ambulatorio. En ambos casos, la cobertura está limitada a una sola vez por asegurado durante la vigencia de la póliza.**
- En caso de Daño Medular, se cubren los tratamientos de rehabilitación funcional motor y rehabilitador 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 durante la vigencia de la póliza. Excluidos los tratamientos de rehabilitación en régimen ambulatorio.**

- (1) Carencia de 8 meses.
- (2) Carencia de 6 meses.
- (3) Máximo 1 año en Reembolso.
- (4) Carencia 48 meses (Deben estar asegurados ambos miembros de la pareja).
- (5) Sólo en Servicios Recomendados en las Garantías de Reembolso de Gastos.
- (*) Se cubrirán exclusivamente en el Programa de Detección precoz y Tratamiento de la sordera en niños menores de 7 años, siempre que en el momento de su nacimiento la madre o el padre tuviera una antigüedad en póliza superior a 8 meses.

OTROS SERVICIOS CUBIERTOS

Practicante
Comadronas
Ayudantes Cirugía
Anestesiastas

PRÓTESIS Y ORTOPEDIA

Prótesis e Implantes en General	No
Excepto los que se detallan en el apartado del Catálogo de Prótesis e Implantes con los límites fijados	
Escayola	Sí
Otros aparatos Ortopédicos	No
Aparatos de Vista o Auditivos	No (6)
Sistemas de Inmovilización Externa	
o Rodilleras, muñequeras, collarines y similares.....	No

CONCEPTOS ESPECIALES A MENCIONAR

Productos farmacéuticos	Sólo en hospital
Enfermedades anteriores a la contratación	No (1)
Fisioterapia y Rehabilitación	Sí (2)
Cirugía Plástica	Sólo accidentes (3)
Homeopatía	No (4)
Tratamientos farmacológicos	No
SIDA	No
Asistencia urgente en el extranjero	Sí
Accidentes de Tráfico	Sí (5)
Exámenes médicos preventivos	
■ Chequeos en general	No
■ Revisión ginecológica anual (consulta, citología, ecografía, mamografía)	Según límite
■ Revisiones pediátricas	Sí
■ Revisión oftalmológica anual	Según límite
■ Revisión urológica anual (consulta, PSA, ecografía)	Según límite

- (1) Salvo aceptación expresa de la Compañía en las Condiciones Particulares de la póliza.
- (2) Carencia de 6 meses, previa prescripción médica. Máximo de 30 sesiones Asegurado/año en Reembolso.
- (3) Documentados con parte de atención de urgencias del día del accidente.

Catálogo de prótesis e implantes cubiertos

- (4) La Compañía valorará su aceptación siempre que el médico esté legalmente colegiado y así lo documente.
- (5) En Reembolso, una vez abonados los gastos, podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al Asegurado frente a personas responsables del mismo, hasta el límite de indemnización.
- (6) Se cubrirán exclusivamente en el Programa de Detección precoz y Tratamiento de la sordera en niños menores de 7 años, siempre que en el momento de su nacimiento la madre o el padre tuviera una antigüedad en póliza superior a 8 meses.

CATÁLOGO DE PRÓTESIS E IMPLANTES CUBIERTOS

Estos importes se reintegrarán a los Asegurados hasta el límite previamente fijado

	Euros
Anillos valvulares para reconstrucción de válvulas cardiacas	1.600
Audífono (uno por cada oído)	2.000
(Exclusivamente a través del programa de detección precoz y tratamiento de la sordera en niños)	
Bombas de infusión externas	2.400
Bombas de infusión internas	5.400
Desfibrilador autoimplantable	18.000
Electrodos y estimuladores medulares (sólo tratamiento de dolor)	6.000
Electrodos y estimuladores transcutáneos (sólo tratamiento de dolor)	2.400
Endoprótesis vasculares	1.500
Expansores mamarios (por unidad)	1.000
Fijadores óseos externos	1.200
Fijadores de columna internos (por 1 nivel)	2.400
Fijadores de columna internos (por cada nivel adicional)	1.200
Implante coclear (un único implante)	22.000
(Exclusivamente a través del programa de detección precoz y tratamiento de la sordera en niños)	
Injertos óseos (banco de huesos)	1.000
Kit/material para vertebroplastia (por vértebra)	1.200
Kit/material para cifoplastia (en su totalidad/por asegurado)	3.000
Kit nucleoplastia	1.200
Kit rizolisis	800
Lente intraocular (por cada ojo)	180
Mallas para hernias	600
Mallas para incontinencia	600
Mallas reconstrucción abdominal	600
Mallas torácicas	600
Marcapasos	4.800
Material de osteosíntesis en fracturas	2.500

Catálogo de prótesis e implantes cubiertos

	Euros
Material y sustancias embolizantes (coils y onix, embosferas, etc.) (total/año)	3.000
Material utilizado en ligamentoplastia en su totalidad (ligamento , tornillos, anclajes y suturas)	1.800
Prótesis de cadera cementadas	1.200
Prótesis de cadera no cementadas	3.000
Prótesis de hombro	3.300
Prótesis de rodilla	3.300
Prótesis discales en su totalidad	3.000
Prótesis expansoras de mama (por unidad)	1.200
Prótesis mamarias (por unidad)	700
Prótesis para by-pass	1.800
Prótesis testiculares	600
Reservorios (en tratamientos del dolor y quimioterapia)	450
Stent. (Por unidad)	1.600
Sustitutivos Duramadre	600
Sustitutivos óseos	1.500
Tubo protésico valvulado	6.000
Válvulas cardiacas metálicas (por unidad)	4.200
Válvulas cardiacas biológicas (por unidad)	3.600
Válvulas de hidrocefalia	1.500
Válvulas para glaucoma	540

FRANQUICIAS

En Reproducción asistida:

■ Aplicación de técnicas ICSY o micro inyección espermática	360,00
■ Punción testicular, (obtención de espermatozoides).....	300,00

En tratamientos de psicoterapia breve o terapia focal:

■ Cada consulta/sesión	12,00
------------------------------	-------

En tratamientos de osteopatía:

■ Cada consulta/sesión	12,00
------------------------------	-------

En Crío-preservación de Células madre del Cordón umbilical:

a) De la Sangre (SCU)

■ Por proceso de crío-preservación.....	1.1.90,00
---	-----------

b) De la Sangre y del Tejido (SCU y TCU)

■ Por proceso de crío-preservación.....	1.515,00
---	----------

Sistema de Reajuste Individual de Primas

SISTEMA DE REAJUSTE INDIVIDUAL DE PRIMAS (SOLO REEMBOLSO)

Este sistema consiste en la revisión anual de la prima de forma individualizada para cada póliza, en función de los gastos sanitarios generados por la misma desde su fecha de entrada en vigor, mediante la aplicación, en su caso, de recargos o bonificaciones.

El gasto sanitario se mide a través del Nivel de Utilización Sanitaria, porcentaje que recoge el importe de los gastos por servicios sanitarios de la póliza, durante una anualidad completa, respecto de la prima correspondiente al mismo periodo:

- Los periodos analizados son anuales y comprenden desde el 1 de julio al 30 de junio del año siguiente.
- El número de periodos considerados depende de la antigüedad de la póliza, siendo un mínimo de 18 meses y un máximo de 5 años.
- La prima se modificará en la siguiente renovación, siempre que cumpla con los siguientes criterios:
 - Se le aplicará una Bonificación siempre que el Nivel de Utilización sea inferior o igual al 60%, en los dos últimos años consecutivos, como mínimo. El porcentaje de Bonificación dependerá del número de años consecutivos cuyo nivel de utilización sea igual o inferior al 60%.
 - Se le aplicará un Recargo siempre que el Nivel de Utilización en los dos últimos años consecutivos sea superior o igual al 101%. El porcentaje de Recargo a aplicar va a depender del Nivel de Utilización del último año.
- La bonificación y el recargo no son acumulables y sólo se aplicarán sobre la prima de tarifa de la siguiente renovación.
- Las bonificaciones o recargos aplicables cuando se cumplan los anteriores criterios serán los siguientes:

BONIFICACIÓN (% SOBRE PRIMA DE TARIFA)*

Periodo del Nivel de Utilización igual o inferior al 60% sobre la prima	% de bonificación
2 años consecutivos.....	5%
3 años consecutivos.....	10%
4 años consecutivos.....	15%
5 años consecutivos.....	20%

* Siempre que el Nivel de Utilización Sanitario a partir de 2 años consecutivos sea igual o inferior al 60% sobre la prima.

RECARGO (% SOBRE PRIMA DE TARIFA)*

Nivel de utilización Sanitario del último año sobre la prima	% de recargo
Entre 101 % y 125 %	10%
Entre 126 % y 150 %	15%
Entre 151 % y 175 %	20%
Entre 176 % y 200 %	25%
Mayor del 201 %	30%

* Siempre que el Nivel de Utilización Sanitario en los dos últimos años consecutivos sea superior o igual al 101% sobre la prima.



Domicilio Social: Ctra. de Pozuelo, 50 - 28222 Majadahonda, Madrid
Teléfono: 902 20 40 60

mapfre.es