



Informe y Reglamento Asamblea General Ordinaria n°90

2025

INFORME JUSTIFICATIVO DEL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN DE “HERMANDAD NACIONAL DE ARQUITECTOS, ARQUITECTOS TÉCNICOS Y QUÍMICOS, MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL” (hna) EN RELACIÓN CON LAS PROPUESTAS DE MODIFICACIÓN DEL REGLAMENTO DEL SISTEMA PRESTACIONAL DE hna: ANEXO III COBERTURA DE ENFERMEDAD BAJO EL PUNTO SEXTO DEL ORDEN DEL DÍA DE LA ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA

1. OBJETO DEL INFORME

El presente informe se formula por el Consejo de Administración de la HERMANDAD NACIONAL DE ARQUITECTOS, ARQUITECTOS TÉCNICOS Y QUÍMICOS, MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL (en adelante, "hna" o la "Mutualidad") para detallar las propuestas de modificación del Reglamento del Sistema Prestacional de hna: Anexo III Cobertura de Enfermedad, que se someterán, bajo el punto sexto del Orden del Día, a la aprobación de la Asamblea General de la Mutualidad.

Se incluyen al final del documento en Anexo, las propuestas de acuerdo con el texto de las modificaciones propuestas.

2. INTRODUCCIÓN: EXPLICACIÓN DE LAS MODIFICACIONES PROPUESTAS

hna en su actividad de salud optó por regular las relaciones aseguradoras con sus mutualistas de los colectivos sobre los cuales aplica a través de su Reglamento del Sistema Prestacional, lo que aporta sustanciales ventajas a la hora de configurar el marco de protección que la Mutualidad proporciona, en la medida que es la propia Asamblea la que sanciona el referido marco y, a la vez, se configura como una de las fuentes para canalizar propuestas de adaptación e introducción de mejoras. Adicionalmente, contar con un Reglamento, permite una aplicación uniforme al colectivo de mutualistas reforzando los principios de solidaridad y ayuda mutua propios del mutualismo y, que configuran el elemento diferencial dentro de la práctica aseguradora a la que se someten todas las operaciones de la Mutualidad. Esto permite contar con un proceso de revisión periódico con el objeto de garantizar la adecuación de las coberturas a la población protegida, así como su aplicación uniforme de acuerdo con los principios propios del mutualismo.

La última modificación es del año 2022, por lo que habiendo transcurrido ya casi cuatro años, y dentro de este proceso de revisión permanente, la presente propuesta viene a dar respuesta a la evolución de tratamientos y coberturas que demandan los mutualistas o que pueden estar presentes en el entorno sanitario.

3. DETALLE DE LAS PROPUESTAS

Las principales modificaciones se orientan a la adaptación de las coberturas a las existentes en el mercado, a la vez que se mejora la redacción para una mejor identificación del alcance de cada una de las prestaciones, y los términos más específicos de la práctica médica, así:

- Se incluye la cobertura de queratosis actínicas: por su relevancia al considerarlo un tratamiento que previene la evolución a cáncer de piel, no siendo un mero problema estético.
- Se incluye el diagnóstico con biopsia por punción prostática y por fusión de imágenes; por ser una técnica que desde la última revisión se ha consolidado en su uso, permitiendo una mayor tasa de detección con menos complicaciones.

4. Dentro de la medicina preventiva, se amplía la cobertura de test genéticos para diversos usos como:

- procesos oncológicos
 - lesiones premalignas en caso de ginecología
 - diagnóstico de celiaquía en menores.
5. Se incluye el estudio biomecánico de la marcha realizado por un traumatólogo o rehabilitador como ampliación de los medios diagnósticos funcionales específicos para detección de alteraciones motrices en patologías musculoesqueléticas y neurológicas.
 6. Se amplía la cobertura de rehabilitación neurológica para los casos de Esclerosis Múltiple y ELA para preservar la funcionalidad motriz del paciente, intentar retrasar la progresión de la enfermedad y mejorar su calidad de vida.
 7. Se amplía la cobertura de intervenciones quirúrgicas para:
 - el tratamiento de la enfermedad idiopática de Parkinson con la finalidad de actuar en las fases avanzadas de la misma y así mejorar la limitación funcional motora y autonomía del paciente con el intento de preservar la calidad de vida y retrasar su discapacidad.
 - el tratamiento de la hipertrofia benigna de próstata incorporando cualquier técnica quirúrgica actual novedosa o que surja en un futuro, mejorando las posibilidades de tratamiento de la patología prostática.
 8. Se mejora la redacción para una mejor identificación del alcance de las coberturas referidas a la medicación monoclonal para tratamientos oncológicos, al lipedema, al tratamiento del cuero cabelludo, a la compra y alquiler los equipos de aerosolterapia, ventiloterapia y oxigenoterapia a domicilio y a las prótesis auditivas.

ANEXO **PROPUESTAS DE ACUERDO**

Aprobar las modificaciones del Anexo III- Cobertura de Enfermedad del Reglamento del Sistema Prestacional de hna, de acuerdo con el texto puesto a disposición de cada mutualista en su área privada con ocasión de la convocatoria de la presente reunión, que se incorpora a esta acta como anexo, para su entrada en vigor el 1 de enero de 2027.

El citado texto modificado se acompaña al presente informe

Texto aprobado por el Consejo de Administración de hna en su reunión celebrada en Madrid, el 20 de febrero de 2026.

En Madrid, a 20 de febrero de 2026

Leopoldo Luis Escobedo Sela
Presidente del Consejo

Jesús Manuel González Juez
Vicepresidente del Consejo

María Raquel Curbelo Rodríguez
Secretaria del Consejo

María Teresa Barrao Sánchez
Consejera

María Julietta Barro Suárez
Consejera

Jose Luis Gómez Aguirre
Consejero

María Paz Malagón Cáceres
Consejera

Ana Mercedes Prieto Thomas
Consejera

Sebastià Pujol Carbonell
Consejero

Marc Riera Guix
Consejero

José Ramón Roca Rivera
Consejero

**TEXTO DE ANEXO III COBERTURA DE
ENFERMEDAD DE HNA EN CASO DE
APROBACIÓN DE LAS
MODIFICACIONES PROPUESTAS EN EL
PUNTO 6 DEL ORDEN DEL DÍA.**

ANEXO III. Cobertura de Enfermedad

I. DEFINICIONES DE CONCEPTOS MÉDICOS

Acto Médico

Toda asistencia sanitaria realizada por un profesional de la medicina, prueba médica diagnóstica o terapéutica, y/o tratamiento médico encaminado a la recuperación del estado de salud de un Asegurado.

A.T.S./D.U.E.

Profesional legalmente capacitado y autorizado para el ejercicio de la actividad de enfermería.

Carencia

Periodo de tiempo computado desde la fecha de efecto de la cobertura contratada para cada Asegurado, durante el cual no son efectivas determinadas coberturas para ese Asegurado.

Copago

Pago que debe satisfacer el Tomador al Asegurador por cada acto médico que le preste el Cuadro Médico.

Cuadro Médico

Relación de profesionales y establecimientos sanitarios puestos a disposición del Asegurado por el Asegurador. El Tomador y los Asegurados quedan informados y asumen que los profesionales y los centros que integran el Cuadro Médico actúan con plena independencia de criterio, autonomía y exclusiva responsabilidad en el ámbito de la prestación sanitaria que les es propia.

Declaración de Salud

Cuestionario de salud del Asegurado, realizado de forma escrita, telefónica o electrónica, antes de la formalización de la contratación, que sirve al Asegurador para la valoración del riesgo que es objeto del seguro.

Enfermedad congénita

Toda enfermedad con la que nace el Asegurado, por haberse contraído en el seno del útero materno o por tener un origen genético.

Enfermedad preexistente

Toda enfermedad del Asegurado contraída y/o padecida con anterioridad a la contratación de este seguro.

Franquicia

Importe que el Asegurado debe satisfacer al Asegurador para la cobertura por este de un Acto Médico en concreto.

Hospital

Todo establecimiento autorizado legalmente para el tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades o lesiones corporales, atendido permanentemente por un médico. No se consideran hospitales, a efectos de esta cobertura, los hoteles, residencias de tercera edad, asilos, casas de reposo o de convalecencia, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente a la prestación de servicios de bienestar, al internamiento o tratamiento de enfermedades crónicas, drogadictos o alcohólicos, o instituciones similares.

Hospitalización

Se entiende por hospitalización a efectos de este contrato la permanencia del Asegurado como paciente en un hospital por un periodo mínimo de 24 horas.

Hospitalización de carácter sociofamiliar

Asistencia no derivada de patologías médicas objetivas, por lo tanto no susceptibles de ingreso en un hospital a juicio de un médico concertado por el Asegurador.

Intervención quirúrgica

Toda operación mediante incisión u otra vía de abordaje interno efectuada por un médico y que requiere la utilización de una sala de operaciones.

Médico

Profesional legalmente capacitado y autorizado para el ejercicio de la medicina en el lugar en que la práctica.

Médico Especialista o Especialista

Médico que dispone de la titulación necesaria para ejercer su profesión dentro de una de las especialidades médicas legalmente reconocidas.

Proceso

Conjunto de actos médicos y/o quirúrgicos destinados al tratamiento y/o curación de una patología, con independencia de que se hayan llevado a cabo todos y cada uno de dichos actos.

Prótesis

Todo aquel aparato o dispositivo destinado a reparar artificialmente la falta de un órgano o parte de él.

Urgencia domiciliaria

Asistencia en el domicilio del Asegurado en caso de urgencia prestada por médico de medicina familiar.

Urgencia vital

Situación del Asegurado que hace necesaria la asistencia médica con carácter inmediato, entendiéndose por tal aquella situación en la que la demora por más de 6 horas en la realización de la intervención o tratamiento ponga en peligro la vida del Asegurado o pueda ocasionar un daño irreparable en su salud.

II. ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA

1. Modalidades de acceso

Para el acceso a la atención médica el Tomador podrá optar por las siguientes modalidades.

- Asistencia Sanitaria con Cuadro Médico. Los servicios médicos contemplados en el Apartado III, Cobertura del Seguro, se prestarán exclusivamente a través del Cuadro Médico.

Adicionalmente, el Tomador podrá optar por disponer de esta modalidad con aplicación de los Copagos, recogidos en las Especificaciones a la cobertura.

- Reembolso de gastos. Adicionalmente al acceso a los servicios médicos contemplados en el Apartado III, Cobertura del Seguro, a través del Cuadro Médico, el Asegurado podrá recibir de forma

presencial cualquier otro servicio médico objeto de cobertura y solicitar al Asegurador su reembolso. En particular, **están excluidos de cobertura los servicios médicos prestados a distancia, lo que incluye, sin ánimo de exhaustividad, las consultas prestadas a través de videoconsulta, videoconferencia o cualquier otro medio telemático.**

2. Identificación de asegurados

Para acceder a los servicios del cuadro médico el Asegurador podrá proporcionar a cada Asegurado un medio de identificación, personal e intransferible necesario para identificarse en el momento de solicitar la atención sanitaria, así como para la solicitud de las autorizaciones de prestaciones.

El Asegurado será responsable del uso indebido o fraudulento de la acreditación sanitaria.

3. Cuadro Médico

El Asegurador pondrá el Cuadro Médico a disposición de los Asegurados, para prestar los servicios médicos incluidos en el Apartado III, Cobertura de Seguro del presente Anexo.

El Asegurado tendrá libertad de elección y acceso a todos los profesionales que conforman el Cuadro Médico, con independencia de la provincia en la que resida, no existiendo ningún tipo de limitación o restricción en este sentido.

El Asegurador queda exonerado de efectuar reembolso alguno de los gastos que el Asegurado hubiera podido satisfacer por no presentar su tarjeta sanitaria, así como lo que hubiese abonado por mejoras por él solicitadas y no comprendidas en los acuerdos firmados por el Asegurador en la confección del Cuadro Médico.

4. Procedimiento de reembolso

El Asegurado, en función de la modalidad de reembolso contratada, podrá solicitar el reembolso de los gastos médicos, presentando las prescripciones médicas y facturas originales, así como todos los informes médicos pertinentes relativos a tales facturas.

Las facturas deberán reunir los requisitos exigidos en cada momento por la normativa tributaria, llevar su correspondiente numeración, reflejar el lugar y fecha de expedición, así como, en todo caso, incluir los siguientes datos identificativos:

- De la persona física o jurídica que ha prestado el servicio médico: nombre y apellidos o razón social, número de identificación fiscal, domicilio, número de colegiado y especialidad médica.
- Del Asegurado destinatario del servicio: nombre y apellidos.
- Del Acto Médico prestado: descripción, fecha y coste.

En todo caso, el Asegurador podrá solicitar del Asegurado toda la información que estime necesaria para completar la documentación remitida. El Asegurado autoriza al Asegurador para solicitar dicha información directamente de quienes hayan prestado el servicio, liberándolos si fuera menester de su obligación de secreto profesional, así como para que los médicos designados por el propio Asegurador efectúen los exámenes médicos o revisiones que estimen oportunos.

El Tomador o el Asegurado tienen un plazo de 2 meses desde la fecha de expedición de la factura para presentar la solicitud de reembolso.

No serán reembolsables aquellos servicios médicos para los que de forma expresa se prevea su prestación únicamente a través del Cuadro Médico, salvo para los Asegurados que residan en las localidades en las que no existiese Cuadro Médico, previa autorización expresa del Asegurador.

En ningún caso el Asegurador reembolsará los gastos médicos satisfechos por el Asegurado a los profesionales y centros que conforman el Cuadro Médico.

El Asegurado podrá solicitar al Asegurador un anticipo para atender al pago de estos gastos médicos reembolsables, cuya cuantía se prevea superior a 700 euros.

Junto con la solicitud de anticipo será preciso presentar un presupuesto elaborado por el Hospital, Médico o Médico Especialista interviniente. Si al Asegurado se le hubiese exigido un depósito previo sería suficiente con la presentación del documento en el que se justifique éste.

El Asegurador concederá como máximo un anticipo por el 60 por 100 de la cantidad solicitada o del límite de reembolso establecido en su caso, previa firma por el Asegurado o por su representante del documento en el que se reconozca la entrega del mismo.

El Asegurador se reserva el derecho de compensar el anticipo concedido al Asegurado con los primeros reembolsos de gastos médicos que este le solicite.

Si, por cualquier circunstancia, no se llevase a cabo el acto médico para el cual se solicitó el anticipo el Asegurado procederá a su reintegro.

5. Autorización de prestaciones

Los siguientes servicios médicos requieren autorización previa del Asegurador:

a. Las intervenciones quirúrgicas u hospitalizaciones del Asegurado.

b. Los siguientes medios diagnósticos y tratamientos especiales:

- Análisis clínicos: Cariotipo de líquido amniótico y test genéticos.
- Radiodiagnóstico: Scanner (TAC), Resonancia Magnética (RMN).
- Radiología Vascular: todas las técnicas (Angiografía, Arteriografía Digital, etc.).
- PET.
- Radiología intervencionista.
- Cardiología: Hemodinámica y cateterismo.
- Neurofisiología: todas las técnicas (Electroencefalograma, Electromiograma, etc.).
- Medicina Nuclear.
- Diálisis y Riñón Artificial.
- Tratamientos de rehabilitación: todas las técnicas.
- Radioterapia y Quimioterapia.
- La corrección con Láser Excimer o Lasik de la miopía, presbicia, hipermetropía y astigmatismo.

- Endoscopias y Colonoscopia.
- Las intervenciones quirúrgicas realizadas mediante técnica robótica para las modalidades de reembolso.

Todas las solicitudes de autorización del Asegurado deberán ir acompañadas necesariamente por la prescripción médica correspondiente, que incluya:

- La descripción de la prueba a realizar.
- Los antecedentes y detalles acerca del proceso para el que se solicita la realización de la prueba.
- La información médica adicional que precise para su adecuada tramitación.

6. Periodos de Carencia

Durante los primeros meses de cobertura del seguro los servicios o especialidades que se indican a continuación tendrán los siguientes periodos de Carencia:

6.1. Para la hospitalización e intervenciones quirúrgicas: **4 meses.**

6.2. Para los siguientes medios de diagnóstico de alta tecnología: 4 meses.

- Cariotipo de líquido amniótico.
- Scanner (TAC).
- Resonancia Magnética (RMN).
- Angiografía.
- Arteriografía digital.
- PET.
- Radiología intervencionista.
- Polisomnografía.
- Medicina nuclear.

6.3. Para la planificación familiar: **6 meses.**

6.4. Para la psicología: **6 meses.**

6.5. Para los Otros servicios y para los Tratamientos especiales recogidos en los Epígrafes 6.2. y 7., respectivamente, del Apartado III. **COBERTURA DEL SEGURO: 6 meses.**

6.6. Para los gastos derivados del parto: **8 meses.** En ningún caso estarán incluidos los gastos ginecológicos y obstétricos incurridos por una asegurada cuyo parto no quede cubierto por el presente Anexo.

Se exonerará de estos periodos de Carencia a la asistencia médica por Accidente o en caso de urgencia vital.

7. Duración del Seguro

La presente cobertura entrará en vigor para cada Asegurado en el día indicado en las Condiciones Particulares y vence el 31 de diciembre siguiente a su suscripción. La cobertura será renovable tácitamente por periodos anuales salvo oposición expresa del Tomador, Asegurado o Asegurador,

manifestada de forma telemática, telefónica o por escrito, con una antelación de al menos dos meses si se trata del Asegurador y de un mes si se trata del Tomador o Asegurado respecto al vencimiento de cualquier anualidad, que coincidirá en todo caso con el 31 de diciembre de cada año.

La cobertura cesará automáticamente al producirse la resolución del contrato, quedando el Asegurado sin derecho a la prestación de los servicios médicos.

8. Subrogación

El Asegurado deberá facilitar al Asegurador la subrogación en cuantos derechos y acciones pudieran corresponderle, frente a las personas responsables del Accidente que le hubiese causado la Enfermedad o lesión, que hubiera dado lugar a la prestación de servicios médicos objeto de esta cobertura.

El Asegurador no podrá ejercitar en perjuicio del Asegurado las acciones o los derechos en que se haya subrogado. **El Asegurado será responsable de los perjuicios que, en sus actos u omisiones, pueda causar al Asegurador en su derecho a subrogarse.**

El Asegurador no tendrá derecho a la subrogación contra ninguna de las personas cuyos actos u omisiones den origen a la responsabilidad del propio Asegurado ni contra el causante que sea pariente del Asegurado, en línea directa o colateral hasta el tercer grado, que convivan con el Asegurado. **Esta limitación no tendrá efecto si la responsabilidad proviene de dolo o está amparada mediante un contrato de seguro.** En este último supuesto, la subrogación estará limitada en su alcance de acuerdo con los términos de dicho contrato de seguro.

En caso de concurrencia de Asegurador y Asegurado frente a tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés.

9. Compromiso de calidad

El Asegurador asume los siguientes compromisos:

- Comunicar la concesión o denegación de una autorización en el plazo máximo de 2 días hábiles a partir de la recepción de toda la documentación necesaria a tal efecto.
- Abonar, una vez aceptado, el anticipo solicitado para atender los gastos médicos reembolsables, en el plazo máximo de 2 días hábiles a partir de la recepción de toda la documentación necesaria a tal efecto.
- Abonar, una vez aceptado, el reembolso de los gastos médicos en el plazo máximo de 10 días hábiles a partir de la recepción de toda la documentación necesaria a tal efecto.
- Comunicar con una antelación mínima de 3 días hábiles el importe de los Copagos a girar, en su caso, en el recibo de prima.
- Comunicar con anterioridad al 1 de noviembre de cada año las primas y copagos a aplicar en las renovaciones anuales de la cobertura del seguro.
- Resolver telefónicamente las reclamaciones o consultas que le sean formuladas, en el plazo de 2 días hábiles.
- Emitir la tarjeta sanitaria en un plazo de 3 días hábiles, en caso de pérdida o sustracción.

III. COBERTURA DEL SEGURO

El Asegurador se compromete a facilitar al Asegurado la cobertura descrita en el presente Apartado, dentro de los límites y condiciones estipulados en este Anexo, mediante el pago de la Prima y, en su caso, el Copago o Franquicia que corresponda, de acuerdo con la forma de contratación elegida por el Tomador.

1. Atención Primaria

1.1. Enfermería

Incluye la asistencia de A.T.S./D.U.E. en consultorio y a domicilio. **En este último caso sólo queda cubierta previa prescripción de un médico.**

1.2. Medicina Familiar

Incluye la asistencia médica familiar en consulta, prescripción de pruebas y medios diagnósticos básicos.

En los casos de urgencia, el Asegurado podrá solicitar el servicio de urgencia domiciliaria únicamente poniéndose en contacto con el Asegurador de forma telefónica, a través del Servicio Permanente de Salud.

1.3. Pediatría

Incluye la asistencia pediátrica de niños **hasta cumplir los 16 años de edad**, en consulta, la prescripción de pruebas y medios diagnósticos aplicándose las mismas normas ya citadas para la cobertura de medicina familiar. Cuando el niño supere la edad mencionada pasará a ser atendido por médicos de medicina familiar.

2. Urgencias

Comprende la asistencia sanitaria en casos de urgencia, que se prestará en los servicios permanentes de urgencias de los Hospitales.

3. Especialidades médicas

La cobertura de cada especialidad médica incluye, con carácter general, las consultas, pruebas diagnósticas, métodos terapéuticos, intervenciones quirúrgicas e ingresos hospitalarios.

A continuación se relacionan las especialidades médicas objeto de cobertura ordenadas alfabéticamente, **con las especificaciones adicionales o limitaciones que, en su caso, procedan:**

3.1. Alergología e inmunología

No incluye el coste de las vacunas.

3.2. Anestesiología y reanimación

3.3. Angiología y cirugía vascular

Incluye, con fines terapéuticos y no estéticos, el tratamiento esclerosante de varices, la microespuma y el láser vascular. **La finalidad terapéutica de estos tratamientos requerirá la aportación por el Asegurado de pruebas diagnósticas y deberá ser confirmada por un Médico designado por el Asegurador.**

3.4. Aparato digestivo

Incluye la prevención del cáncer colorrectal a través de consulta, exploración física y exploraciones endoscópicas, en este caso será necesaria la prescripción a través del Cuadro Médico y realizada por el mismo.

3.5. Cardiología

Incluye, en personas mayores de 40 años, la prevención de riesgos cardiovasculares a través de una anamnesis, exploración, analítica básica y electrocardiograma. En este caso será necesaria la prescripción a través del Cuadro Médico y realizada por un Centro Médico concertado. **Los que se realicen en un Centro Médico ajeno al Cuadro Médico serán reembolsados con el límite de 100 euros.**

Asimismo, incluye, **exclusivamente en la modalidad de reembolso de gastos**, el implante de un desfibrilador, **hasta un límite de 3.000 euros.**

3.6. Cirugía cardiovascular

3.7. Cirugía general y digestiva

Incluye la cirugía realizada con técnica laparoscópica.

3.8. Cirugía maxilofacial

Incluye la extracción de cordales.

No incluye la asistencia y los tratamientos de las especialidades de estomatología y de odontología.

3.9. Cirugía pediátrica

3.10. Cirugía plástica y reparadora

Incluye las consultas, pruebas diagnósticas y actos terapéuticos realizados en consulta, para restablecer lesiones, **siempre que las mismas sean causadas por enfermedades o accidentes sufridos por el Asegurado durante el periodo de vigencia del seguro.**

A los tratamientos que traigan su causa por enfermedades padecidas por el Asegurado, le serán aplicables los siguientes límites de reembolso:

Consultas: 100 euros/año

Intervenciones quirúrgicas:

Grupo OMC	Límite (euros/proceso)
Terapéutico	100
0	220
1	480
2	610
3	1.200
4	1.800
5	2.200
6	2.800
7	4.500
8	5.100

Incluye la reconstrucción mamaria con prótesis de mama cuando sea consecuencia de un carcinoma de mama, así como los injertos óseos de materiales biológicos.

No incluye la cirugía estética, aun cuando se alegasen razones psicológicas o traumatológicas.

No incluye la cirugía de cambio de sexo.

3.11. Cirugía torácica

3.12. Dermatología

Incluye una prueba de dermatoscopia por año, a través del Cuadro Médico del Asegurador.

No incluye:

- Diagnóstico y tratamiento de la alopecia
- Lesiones actínicas de la piel
- Dermatoscopia a partir de la segunda prueba por año.
- Dermatología cosmética

Incluye en la modalidad de reembolso de gastos, nunca en Asistencia Sanitaria, el tratamiento de queratosis actínicas padecida por el Asegurado, con un límite anual de reembolso de 100 euros por proceso.

3.13. Endocrinología

No incluye las consultas ni los tratamientos dietéticos, excepto los casos de obesidad mórbida, considerándose como tal aquella que suponga un Índice de Masa Corporal (IMC) superior a 40.

3.14. Geriatria

3.15. Hematología y hemoterapia

3.16. Medicina interna

3.17. Nefrología

Incluye el estudio y tratamiento de la diálisis aguda, con un máximo de 12 sesiones anuales.

3.18. Neonatología

En caso de parto que haya sido objeto de cobertura, el recién nacido tendrá la consideración de **Asegurado** durante un plazo de 30 días o hasta la fecha de alta del centro hospitalario en el que haya tenido lugar el parto, si dicha alta se produjese con anterioridad.

Asimismo, cuando el parto haya sido objeto de cobertura, el Tomador podrá incorporar como Asegurado al recién nacido, sin cumplimentar Declaración de Salud, **si así lo solicita dentro de los primeros 30 días desde su nacimiento.**

3.19. Neumología

3.20. Neurocirugía

3.21. Neurología

3.22. Obstetricia y ginecología

Incluye:

- a) Las enfermedades de los órganos genitales femeninos.

- b) Incluye adicionalmente una revisión ginecológica anual.
- c) Las intervenciones ginecológicas por vía laparoscópica.
- d) La planificación familiar incluyendo el control del tratamiento con anovulatorios, la ligadura de trompas, así como el coste y colocación de DIU. **No incluye el coste del DIU medicalizado.**
- e) Estudio y diagnóstico de la infertilidad.
- f) Los servicios necesarios para la vigilancia del embarazo por médico tocólogo y asistencia por este a los partos, **siempre que estos sean objeto de cobertura en el presente Anexo.**
- g) La biopsia de corion, el triple screening y la amniocentesis. **Esta última cuando la Asegurada tenga más de 35 años o exista un factor de riesgo conocido.**
- h) La asistencia al parto normal o por cesárea, incluyendo la anestesia epidural.
- i) La conservación del cordón umbilical, con un máximo de 500 euros por cada recién nacido, siempre que el parto hubiera sido objeto de cobertura en virtud de la aplicación del presente Anexo.
- j) Test prenatal en sangre periférica para la trisomía 21, 18 y 13.

3.23. Oftalmología

Incluye la corrección con Láser Excimer o Lasik de la miopía, presbicia, hipermetropía y astigmatismo, a través del Cuadro Médico del Asegurador, con una franquicia de 450 euros por ojo.

Asimismo, incluye, **exclusivamente en la modalidad de reembolso de gastos y para el tratamiento quirúrgico de la catarata, la lente multifocal, hasta un límite de 300 euros por ojo.**

A esta prestación le será de aplicación el periodo de Carencia previsto para las intervenciones quirúrgicas.

No incluye el tratamiento por terapia fotodinámica o inyección intravítrea de fármacos, ni los gastos asociados.

No incluye las consultas para la adaptación de lentes o lentillas.

3.24. Oncología médica

3.25. Oncología radioterápica

No incluye el tratamiento de protonterapia

3.26. Otorrinolaringología

En las prótesis auditivas, queda cubierto el componente intra craneal, no estando incluido el componente extra craneal.

3.27. Proctología

3.28. Psicología

La cobertura de la presente póliza incluye a través del Cuadro Médico del Asegurador, **15 sesiones de psicoterapia.**

Requiere la prescripción de un especialista en psiquiatría concertado y la autorización previa de la Entidad Aseguradora.

Se excluye el psicoanálisis, hipnosis, test neuropsicológicos y psicométricos, sofrología, narcolepsia ambulatoria, y cualquier método de asistencia psicológica no conductual, la psicoterapia de grupo y la rehabilitación psicosocial.

3.29. Psiquiatría

Con un límite de 12 consultas anuales.

No incluye las consultas y tratamientos de desintoxicación y las curas de sueño, así como las consultas y los tratamientos de psicoterapia y psicoanálisis.

3.30. Reumatología

3.31. Traumatología y cirugía ortopédica

Incluye la cirugía artroscópica, la nucleotomía percutánea y la quimionucleolisis.

Asimismo, incluye, **exclusivamente en la modalidad de reembolso de gastos**, el tratamiento con células madre en cirugía de columna, **hasta un límite de 12.000 euros**.

3.32. Urología

Incluye la vasectomía como planificación familiar, el estudio de la esterilidad y el diagnóstico de la impotencia.

Incluye la cirugía realizada mediante técnica láser, **con un límite de reembolso de 3.500 euros por proceso quirúrgico**.

Incluye, **exclusivamente en la modalidad de reembolso de gastos**, el tratamiento de ablación de próstata mediante crioterapia, **con un límite de reembolso de 3.500 euros por proceso quirúrgico**.

Incluye, **exclusivamente en la modalidad de reembolso de gastos**, el acto diagnóstico de biopsia con punción prostática por fusión de imágenes, **con un límite de reembolso de 1.200 euros por proceso**.

4. Medios de diagnóstico

Son objeto de la cobertura del presente Anexo, previa prescripción facultativa, los siguientes medios de diagnóstico:

4.1. Análisis clínicos, anatomopatológicos y biológicos.

Incluye las siguientes pruebas:

- Bioquímica
- Hematología
- Microbiología
- Parasitología
- Inmunohistoquímica

Incluye en la modalidad de reembolso de gastos, nunca en Asistencia Sanitaria, los test genéticos de carácter diagnóstico para filiar la enfermedad oncológica padecida por el Asegurado, **con un límite de reembolso de 500 euros por proceso**.

Asimismo, incluye en la modalidad de reembolso de gastos, nunca en Asistencia Sanitaria, los test genéticos PIK3CA en caso de asegurados con lesión premaligna relacionados con ginecología, **con un límite de reembolso de 500 euros por proceso**.

No incluye los test de intolerancia alimentaria, excepto para el diagnóstico de la celiaquía en menores de edad en la modalidad de reembolso de gastos, nunca en Asistencia Sanitaria, **con un límite de reembolso de 300 euros por asegurado**.

4.2. Radiodiagnóstico

Incluye los siguientes medios de radiodiagnóstico:

- Radiología general, digestiva, ortopantomografías y telerradiografías laterales realizadas en centros de radiología.
- Ecografía.
- Mamografía, incluida la digital.
- Scanner (TAC).
- Resonancia Magnética (RMN).
- Angiografía.
- Arteriografía digital.
- PET.
- Densitometría ósea.
- Radiología intervencionista o invasiva.

Incluye los medios de contraste que hayan sido suministrados por el Hospital que haya realizado la prueba.

4.3. Cardiología

Incluye los siguientes medios de diagnóstico en la especialidad de cardiología:

- Electrocardiograma.
- Holter TA y Holter ECG.
- Prueba de esfuerzo (Ergometría).
- Ecocardiograma y Eco-doppler.
- Hemodinámica.
- Estudios Electrofisiológicos.

4.4. Endoscopias

Incluye, **exclusivamente en la modalidad de reembolso de gastos**, la endoscopia en píldora en caso de síndrome de malabsorción **con un límite de reembolso de 900 euros**.

4.5. Medicina Nuclear

Incluye los siguientes medios de diagnóstico en la medicina nuclear:

- Gammagrafía
- Tratamiento con isótopos radiactivos.

4.6. Neurofisiología Clínica

Incluye los siguientes medios de diagnóstico en la neurofisiología clínica:

- Electroencefalograma.
- Electromiograma.
- Potenciales evocados.
- Polisomnografía (estudio del sueño)

4.7. Urodinámica

5. Hospitalización e Intervención Quirúrgica

Incluye los siguientes conceptos:

5.1. Los servicios de Médicos, ayudantes, anestesistas, A.T.S./D.U.E., la utilización de quirófano, los medicamentos o cualquier otro servicio médico prestado durante la hospitalización o intervención quirúrgica.

5.2. La estancia hospitalaria en habitación individual con cama para un acompañante.

5.3. El internamiento psiquiátrico, con el límite máximo de 90 días de Hospitalización.

5.4. La estancia hospitalaria en Unidades de Vigilancia Intensiva (U.V.I.) o en Unidades de Cuidados Intensivos (U.C.I.).

5.5. La estancia del recién nacido en incubadora.

No incluye la cama de acompañante en los supuestos de hospitalización en Unidades de Vigilancia Intensiva (U.V.I.) o Unidades de Cuidados Intensivos (U.C.I.), de hospitalización psiquiátrica y de estancia del recién nacido en incubadora.

En ningún caso se cubren los gastos correspondientes a uso de teléfono, televisión, cafetería, manutención del acompañante o cualquier otro no directamente relacionado con el tratamiento de la enfermedad o lesión.

6. Otros servicios

6.1. Ambulancias

Incluye los traslados en ambulancia terrestre o UVI móvil terrestre, siempre que, siendo prescritos por un Médico, se hayan realizado con ocasión de la hospitalización del Asegurado.

6.2. Logopedia y foniatría

Incluye el tratamiento de la logopedia y foniatría cuando tengan por causa una intervención quirúrgica o una enfermedad sobrevenida, **con el límite máximo de 24 sesiones por año.**

6.3. Matronas

Incluye servicio de matrona en la asistencia al parto en Hospital.

6.4. Medicina preventiva

Incluye un chequeo médico bienal, siempre y cuando se realice en un Centro Médico concertado por el Asegurador. **Los que se realicen en un Centro Médico ajeno al Cuadro Médico serán reembolsados con el límite de 100 euros.**

Dicho chequeo médico incluirá una exploración física completa, una analítica elemental de sangre y orina, y un electrocardiograma.

6.5. Podología

Incluye 12 quiropodias anuales.

Incluye el estudio biomecánico de la marcha realizado por un traumatólogo o rehabilitador.

6.6. Preparación al parto

Incluye los gastos por asistencia a programas de preparación al parto.

6.7. Prótesis

Incluye las siguientes prótesis: válvulas cardíacas, marcapasos, bypass vascular, de cadera, internas traumatológicas, auditivas internas, mamarias, consecuencia de un carcinoma de mama, prótesis testicular, injertos óseos, lente intraocular monofocal, stent, mallas quirúrgicas y port-a-cath.

La prótesis testicular se **incluye exclusivamente en la modalidad de reembolso de gastos, con un límite de reembolso de 2.000 euros, en caso de accidente o por cáncer.**

7. Tratamientos especiales

Incluye los gastos derivados de los siguientes tratamientos especiales:

7.1. Aerosolterapia, ventiloterapia y oxigenoterapia

Incluye los servicios de aerosolterapia, ventiloterapia y oxigenoterapia a domicilio. **No incluye la medicación, ni la compra o alquiler de los equipos.**

7.2. Fisioterapia y tratamientos de rehabilitación

Incluye, **a través del Cuadro Médico del Asegurador**, los tratamientos de rehabilitación del aparato locomotor destinados exclusivamente a recuperar por patologías agudas, en un **periodo de tiempo inferior a 6 meses por patología desde el inicio del tratamiento**, una funcionalidad o habilidad disminuida o perdida, a consecuencia de traumatismos o enfermedades cubiertas por este Anexo. **Los que se realicen, en estos supuestos, en un Centro Médico ajeno al Cuadro Médico serán reembolsados con el límite de 300 euros anuales por patología.**

Asimismo, incluye, **a través del Cuadro Médico del Asegurador**, los tratamientos de rehabilitación del aparato locomotor por agravamiento de patologías crónicas o degenerativas, hasta **20 sesiones** anuales de fisioterapia, a fin de mejorar una funcionalidad o habilidad disminuida o perdida, a consecuencia de traumatismos o enfermedades cubiertos por este Anexo. **Los que se realicen, en estos supuestos, en un Centro Médico ajeno al Cuadro Médico serán reembolsados con el límite de 300 euros anuales por patología.**

Y finalmente, **exclusivamente para el tratamiento del daño cerebral adquirido por accidente cerebro vascular agudo, por causa de una cirugía tumoral cerebral por lesión aguda medular traumática o esclerosis múltiple o esclerosis lateral amiotrófica** incluye, exclusivamente en la modalidad de reembolso de gastos, procesos de neurorrehabilitación derivados de tumores craneales, y/o accidentes cerebrovasculares, **con un límite de 7.000 euros en la vida de la póliza.**

No incluye otros tratamientos de mantenimiento y la fisioterapia u otro tipo de terapias que no tengan por objeto restituir habilidades o funciones en ese periodo.

Del mismo modo, no incluye los tratamientos para aprendizaje, adquisición de habilidades o estimulación precoz, la rehabilitación pedagógica (dislexia, etc.) y terapias o tratamientos psicoterapéuticos (anorexia, fracaso escolar, etc.).

7.3. Radioterapia

Incluye los servicios de radioterapia y los tratamientos con acelerador lineal y la radioneurocirugía.

7.4. Quimioterapia

Incluye el coste de los medicamentos citostáticos y la medicación para mitigar los efectos secundarios de los mismos que se expendan en el mercado nacional y estén autorizados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

7.5. Transfusiones de sangre o plasma

Incluye las transfusiones de sangre o plasma derivadas de la hospitalización del Asegurado.

7.6. Tratamiento del dolor

Incluye las técnicas diagnósticas y terapéuticas para el tratamiento sintomático paliativo del dolor.

7.7. Intervenciones quirúrgicas mediante técnica robótica

Las intervenciones quirúrgicas realizadas para las modalidades de reembolso mediante técnica robótica cuando médicamente se justifiquen por no tener otro tratamiento o intervención alternativa, hasta un límite de 10.000 euros/proceso (incluido los honorarios médicos y gastos de hospitalización).

7.8 Intervenciones quirúrgicas para el tratamiento de la hipertrofia benigna de próstata

Intervenciones quirúrgicas para el tratamiento de la hipertrofia benigna de próstata para las modalidades de reembolso y nunca en asistencia sanitaria, hasta un límite de 1.200 euros para el honorario médico (cirujanos y ayudantes) (salvo técnicas con láser y robótica que se aplicarán los límites concretos establecidos).

7.9 Intervenciones quirúrgicas para el tratamiento de la enfermedad idiopática de Parkinson para las modalidades de reembolso.

Intervenciones quirúrgicas para el tratamiento de la enfermedad idiopática de Parkinson para las modalidades de reembolso, hasta un límite de 10.000 euros por proceso.

8. Otras garantías complementarias de salud

Incluye las siguientes garantías complementarias de salud, en los términos descritos en las Especificaciones a la cobertura:

- Asistencia en viaje
- Servicio de Segundo Diagnóstico Internacional
- Servicio Odonto-Estomatológico
- Servicios Adicionales de Bienestar, Estética y Salud
- Servicio Médico Telefónico y Telemático
- Servicio de Consejo Psicológico Telefónico

9. Exclusiones

Quedan expresamente excluidos de la cobertura los siguientes conceptos:

- La Hospitalización de carácter sociofamiliar, así como la Hospitalización por enfermedad de larga duración cuando no exista posibilidad de curación. A esos efectos no se entenderá por curación la hospitalización cuya finalidad sea el mantenimiento y/o la mejoría.
- Los tratamientos de reproducción asistida en cualquiera de sus formas, como por ejemplo, inducción ovular, inseminación artificial, fertilización "in vitro" o técnicas de microcirugía para tratamiento de la esterilidad. Así como la interrupción del embarazo en la modalidad de Asistencia Sanitaria.
- Los test genéticos, salvo los expresamente previstos en este Anexo.

- Todos aquellos procedimientos médicos, quirúrgicos y medios de diagnóstico que sean considerados técnicas novedosas o de nueva implantación en territorio nacional. Así como los que no estén reconocidos por la Comunidad Científica, o sean experimentales o no tengan suficientemente probada su contribución eficaz al tratamiento o curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, eliminación o disminución del dolor y/o el sufrimiento.

Esta exclusión alcanza tanto a las modalidades de Asistencia Sanitaria con Cuadro Médico como a las de Reembolso de gastos.

- Los actos médicos con fines estéticos o básicamente estéticos, así como los actos médicos prestados por centros de medicina estética o dermatología cosmética.
- Los tratamientos o diagnósticos en balnearios, curas de reposo o similares, aun cuando hayan sido prescritas.
- La estancia en residencias de tercera edad o instituciones similares.
- Las enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones preexistentes, salvo que hayan sido declarados en la Declaración de Salud y el Asegurador haya aceptado expresamente su cobertura en Condiciones Particulares.
- Los gastos de farmacia, así como el correspondiente a las vacunas, los tratamientos desensibilizantes, infiltración con factores de crecimiento o ácido hialurónico y los tratamientos dietéticos.
- El desplazamiento para recibir asistencia en la misma o distinta provincia del Estado español o en el extranjero.
- Gastos de transporte sanitario, que suponga el transporte especial de enfermos o accidentados cuando no se encuentren en una situación que implique riesgo vital o daño irreparable para su salud, salvo que así lo ordene o determine el Médico correspondiente con ocasión de ingreso hospitalario.
- El tratamiento y pruebas diagnósticas de alcoholismo, drogadicción y el uso de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, así como enfermedades o accidentes que traigan causa de ellos.
- La asistencia sanitaria que se precise como consecuencia de las lesiones producidas durante la práctica profesional de cualquier deporte.
- Las enfermedades o lesiones derivadas de guerras; actos de terrorismo, rebelión, sedición, motín o tumulto popular; fenómenos de la naturaleza, tales como terremotos, maremotos, inundaciones extraordinarias, erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica y caída de meteoritos; hechos y actuaciones de las fuerzas armadas o de las fuerzas y cuerpos de seguridad en tiempo de paz; así como las epidemias declaradas oficialmente.
- Los exámenes médicos que no tengan fines curativos, tales como la obtención del carné de conducir, pruebas de paternidad y pruebas similares.
- Las lesiones derivadas de la tentativa de suicidio, la mutilación voluntaria, cualquier accidente causado por mala fe o intencionadamente por el Asegurado, así como su participación en riñas o en actividades delictivas.
- Servicios prestados por el cónyuge o parientes del Asegurado, hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad.
- Las intervenciones quirúrgicas realizadas mediante técnica robótica para las modalidades de Asistencia Sanitaria.

- La medicina alternativa, así como cualquier acto médico prestado por médicos o centros entre cuyas actividades se encuentre la práctica de la medicina alternativa. Todo ello sin perjuicio de lo previsto en **EXTENSIÓN DE COBERTURAS** de este Anexo III del presente Reglamento.
- Las intervenciones quirúrgicas de obesidad de asegurados con un Índice de Masa Corporal (IMC) inferior a 40.
- Los gastos derivados de tener VIH/SIDA, siempre que existan causas justificadas, proporcionadas y razonables, que se hallen documentadas previa y objetivamente.
- El tratamiento médico y/o quirúrgico del lipedema.

IV. EXTENSIÓN DE COBERTURAS

1. Genérica

El Tomador que hubiera optado por acceder a la atención médica a través del reembolso podrá optar por incluir el reembolso del 80 por 100 de los gastos por las coberturas descritas a continuación:

1.1. Cobertura en el extranjero

Incluye los gastos satisfechos por el Asegurado fuera del territorio español por coberturas incluidas en el presente Anexo, con el límite de 25.000 euros anuales. Esta cobertura podrá ser ampliada de forma voluntaria a 175.000 euros anuales.

1.2. Trasplantes de córnea, médula ósea y riñón

Incluye el trasplante de estos órganos que se realice en Hospital debidamente autorizado.

El Asegurador no se hará cargo de la obtención y localización de los órganos para trasplante. Dicha obtención y localización debe efectuarlas el equipo médico que realizará la intervención, a través de la Organización Nacional de Trasplantes, quien realizará las gestiones necesarias para su consecución, siendo estas de carácter gratuito.

1.3. Tratamientos de infertilidad

Incluye las consultas para la detección de problemas de infertilidad, así como los tratamientos de infertilidad por fecundación in vitro o por inseminación artificial, limitándose a dos tratamientos y una única transferencia embrionaria por proceso, bajo las siguientes circunstancias:

- La esterilidad del Asegurado debe ser patológica e involuntaria.
- El derecho a la prestación sólo alcanzará al Asegurado.
- Ninguno de los miembros de la pareja debe de haber sido sometido a ningún procedimiento quirúrgico anticonceptivo.
- La prescripción, elección y ejecución del tratamiento deberán realizarse a través de los profesionales y centros del Cuadro Médico específicamente designados por el Asegurador a tal efecto.

Quedan excluidas las técnicas ICSI (microinyección), la congelación de embriones y cualquier otra técnica no indicada anteriormente.

Este servicio precisa autorización previa del Asegurador y le será de aplicación un periodo de carencia de 2 años.

Los tratamientos de infertilidad que se realicen, en estos mismos términos, en un Centro Médico ajeno al Cuadro Médico, serán reembolsados **con el límite de 650 euros en caso de inseminación artificial y de 2.000 euros en caso de fecundación in vitro.**

1.4. Ayuda de convalecencia

Adicionalmente, sin coste alguno, a solicitud por parte del asegurado **en el plazo de quince días desde su alta médica** y previa autorización del Asegurador, el Asegurado podrá recibir el servicio de ayuda de convalecencia después de una intervención quirúrgica **siempre que la misma no haya tenido carácter ambulatorio**, o de un ingreso hospitalario por motivos médicos y por un período de tiempo superior a 72 horas.

Este servicio, que ofrece soluciones al Asegurado cuando su situación sanitaria está controlada y estable, su estancia en un Hospital ya no es necesaria pero el regreso a su domicilio puede provocar complicaciones, incluye:

- Entrevista telefónica de recogida de información y primer asesoramiento.
- Análisis del caso, estudio de posibilidades y recursos, confección del plan de trabajo y propuesta individualizada.
- Información de recursos sociosanitarios públicos y privados.
- Búsqueda y activación de recursos sociales (servicios, residencias, centros de día...)
- Contacto con Administraciones Públicas para facilitar tramitaciones.
- Gestiones administrativas para solicitud de recursos públicos.
- Información a la familia sobre las soluciones a sus necesidades.
- Un total de 10 horas de servicio de ayuda a domicilio para convalecencia postquirúrgica y/o post-hospitalaria, realizado por personal auxiliar formado y con experiencia, siguiendo los protocolos de actuación y planes de trabajo establecidos en cada caso. Este servicio se dirige fundamentalmente al cuidado y atención personal facilitando la autonomía. Dependiendo de las necesidades, se realizarán las siguientes intervenciones:
 - Ayuda para la realización de la higiene y cuidado personal.
 - Realizar movilizaciones: acostar/levantar, transferencias cama-silla.
 - Control de la medicación.
 - Compras, preparación y cocinado de comida.
 - Hacer compañía en el domicilio y acompañamientos fuera del hogar.

2. Adicional

El Tomador que hubiera optado por la Extensión de Coberturas Genérica anterior, podrá optar por incluir adicionalmente el reembolso del 80 por 100 de los gastos por las coberturas descritas a continuación:

2.1. Medicamentos

Incluye los medicamentos prescritos con receta médica, que no sean de libre dispensación y la patología para la cual se aplican esté cubierta por el presente Anexo, hasta un importe de 300 euros anuales.

Quedan asimismo cubiertos los medicamentos prescritos por el Sistema Nacional de Salud en la parte no asumida por el mismo.

Incluye la medicación con anticuerpos monoclonales para la cobertura para tratamientos en enfermedad oncológica.

Al objeto de esta cobertura, será preciso que el Asegurado aporte los documentos siguientes:

- Informe médico actualizado que contenga la prescripción.

- Receta original.
- Cupón precinto o, en su caso, recuadro con el código de barras del medicamento, ambos situados en el embalaje exterior del medicamento.
- Factura o justificante de pago.

2.2. Medicina alternativa

Incluye las consultas y tratamientos de medicina alternativa que se mencionan a continuación y que sean realizados por un médico legalmente autorizado para ejercer la medicina en la Unión Europea, hasta 300 euros anuales:

- Homeopatía.
- Naturopatía.
- Acupuntura.
- Osteopatía.

2.3. Trasplantes de cualquier órgano

Incluye el trasplante de órganos que se realice en Hospital debidamente autorizado.

El Asegurador no se hará cargo de la obtención y localización de los órganos para trasplante. Dicha obtención y localización debe efectuarlas el equipo médico que realizará la intervención, a través de la Organización Nacional de Trasplantes, quien realizará las gestiones necesarias para su consecución, siendo estas de carácter gratuito.

2.4. Reembolso de gastos odontológicos

Incluye los gastos derivados de la asistencia dental prestada por Odontólogos y Estomatólogos colegiados, hasta 300 euros anuales.

A estos efectos, se reembolsará al Asegurado, tanto los gastos satisfechos a los profesionales de la Guía Médica Dental del Asegurador, como aquéllos de libre elección por el Asegurado y que no formen parte de la citada Guía.

DISPOSICIÓN FINAL

El presente Anexo de Cobertura de Enfermedad entrará en vigor el 1 de enero de 2027, derogando el anterior Anexo en vigor hasta dicha fecha.

ESPECIFICACIONES A LA COBERTURA

I. COPAGOS

A todas las modalidades de atención médica les resultarán de aplicación los Copagos que se describen a continuación, por cada acto o servicio médico realizado por la Clínica Universitaria de Navarra, en cualquiera de sus sedes, con un límite de 300 euros por asegurado y año.

1. Consultas médicas: **5 euros.**
2. Resto de actos y servicios médicos: **7 euros.**

Estos Copagos prevalecen sobre los aplicables a modalidades específicas de acceso a la atención médica.

Al Tomador que hubiera optado por acceder a la atención médica objeto del presente Anexo, a través del Cuadro Médico con aplicación de Copagos, le resultarán de aplicación los que se describen a continuación, por cada acto o servicio médico.

1. Medicina general, pediatría, enfermería, fisioterapia y rehabilitación: **3 euros.**
2. Urgencias: **7 euros.**
3. Resto de actos y servicios médicos: **5 euros.**

En cada renovación del contrato de seguro, el Asegurador podrá modificar el importe, los servicios o los profesionales y los centros del Cuadro Médico sujetos a la aplicación de Copagos.

II. REEMBOLSO DE GASTOS COMPLETO

Tendrán acceso a esta forma de contratación los Asegurados menores de 65 años y aquéllos que, habiendo alcanzado dicha edad, hubieran mantenido esta forma de contratación al menos durante los 15 años anteriores o fueran Asegurados en el momento de entrada en vigor del presente Anexo. Los Asegurados que no cumplan estos requisitos quedarán incluidos de forma automática en la modalidad de Asistencia Sanitaria con Copago, a partir del 1 de enero del año siguiente a aquél en el que cumplan 65 años de edad.

El Asegurador efectuará el reembolso de los gastos médicos, de conformidad con los siguientes porcentajes:

1. El 100 por 100 de los gastos satisfechos por el Asegurado con ocasión de su hospitalización e intervención quirúrgica en territorio español, en situación de urgencia vital.
2. El 90 por 100 de los gastos satisfechos por el Asegurado con ocasión de su hospitalización e intervención quirúrgica en territorio español, si no concurre situación de urgencia vital.
3. El 80 por 100 para el resto de los gastos satisfechos por el Asegurado cuya cobertura se incluya en el presente Apartado III.

COBERTURA DEL SEGURO.

Adicionalmente a estos porcentajes, serán de aplicación las siguientes limitaciones:

1. Por hospitalización médica: 60 días anuales. Esta limitación no será aplicable en aquellos casos en los que exista posibilidad de curación, no entendiéndose por tal el mantenimiento o la mejoría.
2. Por hospitalización psiquiátrica: 125 euros al día durante 90 días anuales.
3. Por honorarios médicos en consultas y tratamientos psiquiátricos: 1.500 euros anuales.
4. Por preparación al parto: 200 euros por embarazo.

III. REEMBOLSO DE GASTOS LIMITADO

Igualmente tendrán acceso a esta forma de contratación los Asegurados menores de 65 años y aquéllos que, habiendo alcanzado dicha edad, hubieran mantenido esta forma de contratación al menos durante los 15 años anteriores o fueran Asegurados en el momento de entrada en vigor del presente Anexo. Los Asegurados que no cumplan estos requisitos quedarán incluidos de forma automática en la modalidad de

Asistencia Sanitaria con Copago, a partir del 1 de enero del año siguiente a aquél en el que cumplan 65 años de edad.

El Asegurador efectuará el reembolso de los gastos médicos, de conformidad con los siguientes porcentajes:

1. Porcentaje de reembolso para todos los gastos satisfechos por el Asegurado con ocasión de su hospitalización e intervención quirúrgica en territorio español, en situación de Urgencia Vital: 100 por 100.
2. Porcentaje de reembolso para el resto de los gastos satisfechos por el Asegurado cuya cobertura se incluya en el presente Apartado III. **COBERTURA DEL SEGURO: 80 por 100.**

Adicionalmente a estos porcentajes, serán de aplicación las siguientes limitaciones:

1. Por gastos satisfechos por el Asegurado, en territorio español, correspondientes a las coberturas incluidas en el Apartado III. **COBERTURA DEL SEGURO: 150.000 euros anuales.**

2. Por enfermedades congénitas del recién nacido, siempre y cuando el parto quede cubierto y se haya solicitado la incorporación del recién nacido en la cobertura dentro de los primeros 30 días desde su nacimiento: un periodo máximo de 12 meses.

3. Por honorarios en medicina ambulatoria: 20.000 euros anuales año, con los siguientes límites parciales:

- a. Consulta de medicina general: 60 euros
- b. Consulta pediátrica: 60 euros
- c. Consulta de especialista: 120 euros
- d. Consulta psiquiátrica: 120 euros, con un máximo de 1.440 euros anuales

4. Por procesos médicos:

- a. Parto normal: 2.500 euros
- b. Parto por cesárea: 3.000 euros

5. Por honorarios derivados de hospitalización e intervención quirúrgica en territorio español, 130.000 euros con aplicación de los límites de reembolso por acto médico de cirugía, establecidos de conformidad con la clasificación de actos y técnicas médicas de la Organización Médica Colegial de España (O.M.C.):

Cirugía ambulatoria y menor	Grupos 0,1 y 2	600 euros
Cirugía media	Grupos 3 y 4	2.500 euros
Cirugía mayor	Grupos 5 y 6	4.500 euros
Cirugía mayor	Grupo 7	5.000 euros
Gran cirugía	Grupo 8	9.000 euros

A continuación, se incorporan algunas intervenciones quirúrgicas, a modo de ejemplo, clasificadas por los grupos establecidos de conformidad con la clasificación de actos y técnicas médicas de la O.M.C.:

Grupo 0	Cirugía quiste sebáceo
Grupo 1	Extirpación amígdalas
Grupo 2	Biopsia de mama
Grupo 3	Cirugía hernia inguinal

Grupo 4	Cirugía de menisco
Grupo 5	Extirpación renal
Grupo 6	Cirugía mioma por laparoscopia
Grupo 7	Cirugía tumor cerebral
Grupo 8	Cirugía epilepsia

6. Por gastos de hospitalización, se establecen los límites específicos detallados a continuación:

Estancia médica: 300 euros/día, durante 60 días/año

Estancia en UVI/UCI: 450 euros/día

Estancia pediátrica: 300 euros/día

Estancia psiquiátrica: 90 euros/día, durante 50 días/año

Estancia en hospital de día: 300 euros/día

7. Por honorarios derivados de hospitalización no quirúrgica: 90 euros/día.

8. Por logopedia y foniatría: un máximo de 12 sesiones al año.

9. Por podología: 6 quiropodias anuales, con un máximo de 60 euros cada una.

10. Por preparación al parto: 120 euros por embarazo.

11. Por prótesis: 5.000 euros/año.

12. Por intervenciones quirúrgicas realizadas mediante técnica robótica: 10.000 euros/proceso (incluido los honorarios médicos y gastos de hospitalización).

IV. COMPROMISO DE CALIDAD

El Asegurador abonará al Asegurado una indemnización de 10 euros, en el supuesto de que no cumpla alguno de los compromisos de calidad asumidos.

V. OTRAS GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS DE SALUD

1. Asistencia en viaje

El Asegurador pone a disposición del Asegurado una cobertura de Asistencia en Viaje, por el que dispondrá, en los viajes que realice fuera del Territorio Español, para periodos de estancia máxima continuada de hasta 90 días, de los servicios que a continuación se detallan, siendo el coste máximo cubierto por esta cobertura de Asistencia en Viaje de 15.000 euros por persona y año.

No comprende esta cobertura de Asistencia en Viaje los siguientes supuestos:

- Los servicios que no hayan sido solicitados a través de la Central de Asistencia en Viaje, salvo en caso de fuerza mayor o de imposibilidad material demostrada.
- Las recaídas de enfermedades existentes con riesgo de agravación brusca y conocidas por el Asegurado en el momento de iniciar el viaje.
- Los estados patológicos conocidos por el Asegurado y con antecedentes médicos, susceptibles de empeoramiento en caso de viaje.
- Los seguimientos del embarazo y el parto. No obstante, hasta el sexto mes, quedan cubiertos los casos de complicaciones imprevisibles.

- El rescate de personas en montaña, mar, desierto u otros lugares de difícil accesibilidad.

a. Repatriación o transporte sanitario del Asegurado enfermo o herido.

Según la urgencia o gravedad del caso y a criterio del médico, se organizará el transporte del Asegurado, incluso bajo vigilancia médica si procede, hasta su ingreso en un centro hospitalario en España, cercano a su residencia, o a su propio domicilio habitual, cuando no necesite hospitalización. Si el ingreso no pudiera lograrse en lugar cercano al domicilio, en su momento se organizará el subsiguiente traslado hasta la residencia del Asegurado, si fuera preciso realizarlo en un medio de transporte especial.

Medios de Transporte:

- Avión sanitario especial para los países de Europa o aquéllos que sean limítrofes del mar Mediterráneo.
- Avión de líneas regulares, tren o barco.
- Ambulancia.

En caso de afecciones benignas o heridas leves que no den motivo a repatriación, el transporte se realizará por ambulancia o cualquier otro medio, hasta el lugar en que puedan prestarse los cuidados adecuados.

En ningún caso se sustituirá a los organismos de socorro de urgencia ni el Asegurador se hará cargo del coste de estos servicios.

b. Repatriación o transporte de los miembros de la familia del Asegurado enfermo o herido.

Cuando el retorno del Asegurado se hubiera realizado por cualquiera de las causas descritas en la letra a. anterior, y ello impida al resto de los acompañantes siempre que tuvieran condición de cónyuge, ascendientes (siempre que convivan en el mismo domicilio que el Asegurado), o descendientes (en tanto dependan económicamente de él), continuar su viaje por los medios inicialmente previstos, se organizará el transporte para el regreso de los mismos a su domicilio.

c. Repatriación o transporte de menores de edad.

Cuando el retorno del Asegurado se hubiera realizado por cualquiera de las causas descritas anteriormente, y este viajara en la única compañía de hijos menores de hasta 15 años, se organizará el desplazamiento, ida y vuelta, de una azafata o de una persona designada por el Asegurado, a fin de acompañar a los menores en el regreso al domicilio.

d. Regreso anticipado por fallecimiento de un familiar directo del Asegurado.

Si el Asegurado en viaje, debe interrumpirlo en razón del fallecimiento de su cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado, de hermano o hermana, se organizará la entrega de un billete de tren (primera clase) o avión (clase turista), desde el lugar en que se encuentre en tal momento, al de inhumación o cremación en España del familiar fallecido, y un billete de regreso al lugar donde se encontraba al producirse tal evento.

e. Desplazamiento de un acompañante familiar junto al Asegurado hospitalizado.

Si el estado del Asegurado, enfermo o herido, impide su repatriación o regreso inmediato y si la hospitalización en el lugar donde se encuentre debe exceder de 10 días, se organizará la entrega de:

- Un billete de ida y vuelta de tren (primera clase) o de avión (clase turista), que permita a un miembro de la familia del Asegurado, o persona que este designe, acudir al lado del hospitalizado.
- De producirse la hospitalización en el extranjero, se abonará además, contra los justificantes oportunos, los gastos de estancia de esta persona hasta 60 euros por día, sin que el total pueda exceder de 600 euros.

f. Repatriación o transporte del Asegurado fallecido.

En caso de defunción del Asegurado, se organizará el transporte del cuerpo, desde el lugar del óbito hasta el de su inhumación o cremación en España, así como del regreso hasta su domicilio de las otras personas que lo acompañan, siempre que tengan condición de cónyuge, ascendientes (siempre que convivan en el mismo domicilio del Asegurado), o descendientes (en tanto dependan económicamente del Asegurado).

Quedan igualmente cubiertos los gastos del tratamiento post-mortem y acondicionamiento (tales como embalsamamiento y ataúd obligatorio para el traslado), conforme a requisitos legales, **hasta un límite de 900 euros.**

En cualquier caso, el coste del ataúd habitual y los gastos de inhumación o cremación y de ceremonia, no son a cargo de Asegurador.

g. Inmovilización en un hotel del Asegurado enfermo o herido.

Si el Asegurado enfermo o herido no puede regresar, por así estimarlo el médico que lo trate, se organizará la prórroga de estancia en el hotel hasta una cantidad de 60 euros diarios y con un total máximo de 600 euros.

h. Envío de medicamentos al extranjero para el Asegurado enfermo o herido que se encuentre hospitalizado.

Se gestionará la localización y el envío de posibles medicamentos que sean de vital importancia y que no puedan ser obtenidos en el país donde se encuentre el Asegurado hospitalizado.

El coste de los medicamentos será siempre por cuenta del Asegurado.

i. Información sobre asistencia médica en el extranjero para el Asegurado enfermo o herido.

Si el Asegurado necesitara acudir particularmente a la consulta de un médico en el lugar del país extranjero donde se encuentre, y este no dispusiera de la información suficiente para su localización, se le facilitarán los datos necesarios para que pueda acudir a una consulta médica.

j. Intérprete en caso de Enfermedad o Accidente en el extranjero.

Si, como consecuencia de Enfermedad grave o Accidente ocurrido en el extranjero cubierto por el presente Anexo, fuera necesaria la intervención de un intérprete en el lugar de ocurrencia, se pondrá a disposición del Asegurado un intérprete.

k. Gastos médicos.

En caso de que, como consecuencia de Enfermedad grave o Accidente ocurrido en el extranjero y cubierto por el presente Anexo, el Asegurado precisase asistencia médica, el Asegurador pondrá a su disposición el Médico o el Hospital que le atienda y se hará cargo del coste hasta el límite máximo cubierto por este servicio de Asistencia en Viaje.

2. Servicio de Segundo Diagnóstico Internacional

El Asegurador pone a disposición del Asegurado un servicio de segundo diagnóstico internacional, por el que podrá solicitar a través del Asegurador un informe de segunda opinión médica de la Enfermedad que padezca, así como recomendaciones diagnósticas y/o terapéuticas, a los Especialistas, centros asistenciales o académicos internacionales que a tal efecto el Asegurador le facilite.

Este servicio incluye las siguientes Enfermedades:

- Cáncer.
- Enfermedades Cardiovasculares.

- Trasplantes de órganos.
- Enfermedades neurológicas y neuroquirúrgicas, incluyendo accidentes cerebrovasculares.
- Insuficiencia renal crónica.
- Enfermedad idiopática de Parkinson (parálisis agitados).
- Enfermedad de Alzheimer.
- Esclerosis múltiple.

3. Servicio Odonto-Estomatológico

El Asegurador pone a disposición del Asegurado, en todo el territorio nacional, un Servicio Odonto-Estomatológico por el que podrá acceder a un Cuadro Médico de Odontólogos y Estomatólogos privados, que conforman su Guía Médica Dental.

En esta Guía Médica Dental podrá solicitar dos tipos de servicio:

- Servicios sin coste, para los servicios dentales que se especifican a continuación, y que deberán ser prestados por los profesionales de la Guía Médica Dental.
- Servicios a los precios fijados en la Guía Médica Dental, que incluyen importantes descuentos respecto a los precios medios de mercado.

Los servicios incluidos en la cobertura a los que podrá acceder sin coste, son:

Primeras Visitas

- Primera visita y entrega de presupuesto.
- Visita de revisión.
- Visita de urgencia.
- Urgencias nocturnas, fines de semana y festivos (previa llamada telefónica al servicio de urgencias).

Odontología Preventiva

- Curas (infecciones y/o aftas). Por sesión.*
- Educación bucodental.
- Enseñanza de técnicas de cepillado y otros elementos de higiene.
- Fluorizaciones.
- Selladores oclusales.
- Limpieza de boca. Tartrectomía - (ambas arcadas) sobre periodonto sano.
- Pulido de dientes (pasta fluorada).
- Utilización de arenadora con bicarbonato para manchas rebeldes.
- Planificación de dieta para control de caries.
- Tinción e índice de placa.
- Tratamiento desensibilizante (sesión).*
- Recomendación y prevención de xerostomía.

Radiología

- Radiografías Odontológicas (periapical, aleta, oclusal).
- Radiovisografía digital (RVG).
- Ortopantomografía (Panorámica Dental). **
- Telerradiografía Lateral o frontal de Cráneo. **
- Radiografía de ATM. **
- Serie radiográfica periodontal.

****Cobertura a través del Cuadro Médico de hna. Requieren autorización.**

Registros

- Impresión dentoalveolar y positivado del modelo y obtención de registros intermaxilares.

Obturaciones

- Obturación provisional.
- Poste prefabricado o retención radicular.
- Pins o espigas en dentina.

Endodoncias

- Prueba de vitalidad (por pieza).
- Apertura pulpar cameral. *

Periodoncia

- Diagnóstico y sondaje.
- Tallado selectivo.
- Análisis oclusal.
- Test microbiológicos /estudios bioquímicos (toma de muestras).
- Aplicación local de quimioterápicos.

Ortodoncia

- Primera visita para reconocer al paciente.
- Cajitas de ortodoncia.
- Recementado del mantenedor.
- Visitas periódicas de revisión postratamiento.

Prótesis Fija

- Cementado o recementado de coronas o puentes o incrustación (aplicable en la clínica que ha realizado la prótesis).
- Ajustes oclusales a prótesis ya colocadas.

Prótesis Fija Metálica

- Recementado del mantenedor.

Prótesis Removible

Composturas y ajustes

- Composturas simples de prótesis removibles (por pieza a colocar o gancho no colado). Aplicable en la clínica que ha realizado la prótesis.
- Compostura soldadura (cada una). Aplicable en la clínica que ha realizado la prótesis.
- Soldar gancho o retenedor (aplicable en la clínica que ha realizado la prótesis).
- Rebase de prótesis removible (aplicable en la clínica que ha realizado la prótesis).
- Rebase con resina o similares acondicionadores de forma provisional, en la prótesis removibles (aplicable en la clínica que ha realizado la prótesis).
- Ajustes oclusales sin montaje en articulador para prótesis (aplicable en la clínica que ha realizado la prótesis).
- Ajustes oclusales con montaje en articulador con toma de impresiones estudio oclusal (aplicable en la clínica que ha realizado la prótesis).

Cirugía Oral

- Retirar puntos.
- Extracciones que no precisen cirugía (excluidos cordales o piezas incluidas).
- Extracción complicada y/o sutura.
- Extracción diente temporal.
- Extracción por odontosección.
- Extracción de cordal semi incluido.
- Extracción de cordal (una sola pieza). **
- Quistectomía (quistes maxilares). *
- Frenillo lingual o labial. Frenectomía. *
- Cirugía Menor (tejidos blandos). **
- Toma de biopsia.
- Cirugía preprotésica, **
- Apertura y drenaje abscesos (cada uno).
- Extracción de sangre para PRP.

**** Cobertura a través del Cuadro Médico de hna. Requieren autorización.**

Implantología

- Estudio implantológico.
- Férula quirúrgica.
- Férula radiológica.
- Revisiones implantología.

Fase quirúrgica

- Fenestración para descubrir implante (segunda cirugía).
- Extracción de cuerpo extraño submucoso.
- Sialolitotomía.

Fase protésica

- Falso muñón de titanio.
- Tornillo de cicatrización.
- Tornillo de cementación.

Estética Dental

- Ameloplastia (recontorneado estético).

Patología Articulación Temporomandibular-Atm

- Análisis oclusal y tallado selectivo en paciente con interferencias.

Roncopatía

- Primera visita para explicación de tratamiento y entrega de presupuesto.
- Visita de revisión.

Apnea / hipoapnea obstructiva del sueño (SAHOS)

- Primera visita para explicación de tratamiento y entrega de presupuesto (incluye análisis resultado prueba del sueño).

Los tratamientos marcados con asterisco (*) se pueden realizar mediante láser. En caso de utilizar esta técnica puede aplicarse un suplemento de 58€ por tratamiento.

Existe la posibilidad de que no todos los tratamientos relacionados en la tarifa se realicen en todas las clínicas de la red. Consultar disponibilidad.

El resto de los servicios dentales requeridos por el Asegurado a estos profesionales, los abonará directamente a los mismos, a los precios fijados en la Guía Médica Dental para este servicio odonto-estomatológico.

4. Servicios Adicionales de Bienestar, Estética y Salud

El Asegurador pone a disposición del Asegurado la plataforma online, hnaCARE, una web con un amplio abanico de servicios de bienestar, medicina estética y terapias alternativas, entre otros, avalados por la garantía de calidad de **Avantsalud**, marca perteneciente a **hna Servicios Corporativos**, sociedad participada al 100% por **Grupo hna**.

hnaCARE permite al Asegurado el acceso a servicios baremados de bienestar y salud no cubiertos en su Póliza con precios reducidos respecto a los precios medios de mercado.

El Asegurado tiene a su disposición un cuadro de centros y profesionales a nivel nacional que le prestarán, entre otros, los siguientes servicios:

- Medicina y cirugía estética.
- Reproducción Asistida.
- Dietética.
- Ópticas, ortopedias y prótesis auditivas.
- Naturopatía.
- Psicología.

El coste de estos servicios será por cuenta del Asegurado que abonará directamente al centro o profesional los honorarios por los servicios que le presten, según el baremo de precios acordados por la Entidad Aseguradora con dichos centros o profesionales.

El Asegurado dispone también de un Servicio de Atención al Cliente para resolver todas las dudas sobre el servicio.

5. Servicio Médico Telefónico y Telemático

El Asegurador pone a disposición del Asegurado un servicio médico telefónico permanente, atendido por médicos de familia que le asesorarán sobre cualquier duda o consulta médica.

Asimismo, el Asegurador pone a su disposición este servicio médico por vía telemática.

6. Servicio de Consejo Psicológico Telefónico

El Asegurador pone a disposición del Asegurado, un servicio por el que recibirá el apoyo psicoemocional que precise, a través de una evaluación psicológica telefónica, ya sea de carácter inmediato o programada, de un psicólogo clínico, que le facilitará de forma personalizada y gratuita, consejos y orientaciones que no constituirán en ningún caso un diagnóstico clínico.

