



**CONDICIONES
GENERALES**

PREVISIÓN INTEGRAL - SUBSIDIO
Seguro de Incapacidad Temporal



CONDICIONES GENERALES	PREVISIÓN INTEGRAL Seguro de incapacidad temporal
----------------------------------	---

ÍNDICE

Condiciones generales	Página
Artículo preliminar	
• Definiciones	4
Bases del título	
Art. 1. Objeto de la cobertura	5
Art. 2. Ámbito territorial	6
Art. 3. Personas asegurables y no asegurables	6
Art. 4. Cuestionario de salud	6
Art. 5. Coberturas complementarias. Hospit. quirúrgica. Hospit. médica. Interv. quirúrgica.	
Limitaciones y carencias	7
Art. 6. Perfección, efectos y extinción del título	8
Art. 7. Pago de la cuota	8
Art. 8. Indemnización máxima	9
Art. 9. Bases del título	9
Art. 10. Agravación del riesgo durante la vigencia del título	9
Art. 11. Facultades de la mutualidad ante la agravación del riesgo	10
Art. 12. Consecuencias de no comunicar la agravación del riesgo	10
Art. 13. Disminución del riesgo	10
Siniestros	
Art. 14. Deber de información.	11
Art. 15. Derecho a percibir la prestación	11
Art. 16. Delimitaciones de la cobertura	12
Art. 17. Supuestos especiales con periodo de cobertura limitada	13
Art. 18. Causas por las que no se tendrá derecho a percibir indemnización alguna	14
Art. 19. Prestaciones	17
Art. 20. Extinción de la prestación	17
Art. 21. Servicios médicos	18
Art. 22. Otras obligaciones, deberes y facultades del tomador o el asegurado	18
Art. 23. Arbitraje y jurisdicción	19
Art. 24. Instancias de reclamación y quejas	19
Art. 25. Cláusula de cobertura de Riesgos Extraordinarios en Seguros de Personas	21
Art. 26. Baremo de indemnizaciones por accidente o enfermedad	23

CONDICIONES GENERALES

ENTIDAD ASEGURADORA

PREVISORA AGRO-INDUSTRIAL entidad aseguradora, con domicilio social en España, Vía Layetana, nº 20 de Barcelona, C.I.F. G-08745234, ejerce su actividad bajo la vigilancia y control de las autoridades españolas a través de la Direcció General de Política Financera, Assegurances i Tresor del Departament d'Economia i Coneixement de la Generalitat de Catalunya, figurando inscrita en el Registro de Mutualidades de Previsión Social Voluntaria de Cataluña con el nº 0029, y cuenta con la debida autorización administrativa para operar en aquellos ramos que comercializa.

LEGISLACIÓN APLICABLE

El presente título se rige por lo dispuesto en la Ley de Contrato de Seguro 50/1980, de 8 de octubre (Boletín Oficial del Estado de 17 de octubre de 1980); por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, y en su normativa de desarrollo; Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras; Real Decreto Ley 3/2020, de 4 de febrero, de transposición de la Directiva (UE) 2016/97 UE sobre la distribución de seguros; Ley 10/2003 de las Mutualidades de Previsión Social Voluntaria (B.O.E. del 18 de julio, y por el Reglamento de las Mutualidades de Previsión Social aprobado por el Real Decreto 1430/2002, de 27 de diciembre (B.O.E. del 17 de enero de 2003); Reglamento (UE) 2016/679 de Protección y Tratamiento de Datos Personales; Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales; Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, sobre el Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros (Boletín Oficial del Estado de 17 de mayo de 2006), y a las adaptaciones de la misma que se produzcan.

CONSENTIMIENTO AL ASEGURADOR

Conforme a lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de Protección y Tratamiento de Datos Personales, el tomador del seguro, el asegurado y el beneficiario otorgan su consentimiento expreso al asegurador para que sus datos personales sean incluidos y tratados en un fichero automatizado del que es responsable PREVISORA AGRO – INDUSTRIAL, Vía Layetana, nº 20, ático - 08003 Barcelona, **a la que podrán dirigirse para ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad y oposición.**

Los datos facilitados serán tratados de forma confidencial, conservándose durante el tiempo que el contrato de seguro esté vigente o el tiempo necesario para poder atender las obligaciones legales que sean aplicables y dar cumplimiento a las obligaciones contractuales, siempre de conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 y de la Ley Orgánica 3/2018.

También otorgan su consentimiento expreso al envío por parte de PREVISORA AGRO – INDUSTRIAL de comunicaciones referentes a productos y servicios de su interés, así como que sus datos personales pueden ser cedidos a organizaciones directamente relacionadas con PREVISORA AGRO – INDUSTRIAL con el objetivo de poder cumplir con las obligaciones contractuales, finalidades estadísticas, así como las exigidas o permitidas por la legislación vigente.

ARTÍCULO PRELIMINAR

DEFINICIONES

En este condicionado general, se entiende por:

Asegurador o Mutualidad: Persona jurídica que, mediante el cobro de la cuota y dentro de los límites pactados, asume la cobertura de los riesgos previstos en el título.

Tomador del seguro o asociado: La persona física o jurídica, que en su condición de mutualista suscribe el contrato con el asegurador, y a la que corresponden las obligaciones y los deberes que se derivan de aquél, salvo los que por su naturaleza deben ser cumplidos por el asegurado.

Sujeto protegido o asegurado: Persona física expuesta al riesgo o suceso, relacionados con la propia vida.

Título: Documento que se entrega al tomador y que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Integran el título: a) las *Condiciones Generales*; b) las *Condiciones Particulares* que individualizan el riesgo, además de contener las restantes indicaciones del mismo y recoger las cláusulas acordadas entre las partes; c) el cuestionario de declaración de salud; d) los suplementos o apéndices emitidos para complementar o modificar la cobertura; e) el baremo de indemnizaciones, en caso de haber contratado las prestaciones de intervención quirúrgica y/o baja por intervención quirúrgica.

Periodo de carencia: Es el período de tiempo en el que no surten efecto las coberturas suscritas. Empieza a contar desde la fecha de suscripción del título o de las ampliaciones de grupos o inclusiones de prestaciones.

Cuota: El precio del seguro cuyo pago por el tomador se justifica, salvo pacto en contrario, mediante la posesión del recibo librado por el asegurador. El recibo contendrá, además, los recargos y las tasas que sean de legal aplicación.

Definición de enfermedad: Alteración del estado de salud de causa común y no accidental, confirmadas por un médico legalmente habilitado para el ejercicio de la medicina y siempre que además precise asistencia facultativa.

Enfermedad, lesión, defecto o deformación congénita: Es aquella que existe en el momento del nacimiento, como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación hasta el mismo momento del nacimiento. Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento, o bien ser descubierta más tarde, en cualquier período de la vida del asegurado.

Enfermedad preexistente: Es la padecida por el asegurado con anterioridad a la fecha de su efectiva incorporación (alta) en la póliza.

Definición de accidente: Se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que produzca invalidez temporal o permanente o muerte.

También se considerarán como accidentes a efectos del seguro:

- La asfixia o lesiones internas a consecuencia de gases o vapores, inmersión o sumersión, o por ingestión de materias líquidas o sólidas.
- Las infecciones derivadas de un accidente cubierto por la póliza.
- Las lesiones que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos motivados por un accidente cubierto por la póliza.
- Las lesiones sufridas a consecuencia de legítima defensa.

Salvo pacto expreso en contrario no tendrán la consideración de «accidente», a efectos del seguro, los infartos y otros episodios cardiovasculares o cerebrovasculares análogos o similares.

Incapacidad temporal: Se entiende por incapacidad temporal la situación acreditable, mediante documento médico, que como consecuencia de accidente o enfermedad provoque que el sujeto protegido esté totalmente imposibilitado



para ejercer su profesión y cualquier otra ocupación lucrativa de acuerdo con sus conocimientos y aptitudes, con carácter aparentemente reversible.

Esta prestación se puede contratar con periodo de franquicia. Por franquicia se entiende el periodo de tiempo inicial del siniestro en el que no se merita la invalidez temporal diaria contratada. Este periodo estará reflejado en las condiciones particulares del título; cuando se acaba dicho periodo, comienza la meritación de invalidez temporal diaria contratada, que tiene que durar el resto de periodo máximo garantizado y que constituye el periodo de cobertura.

Siniestro: Hecho cuyas consecuencias están total o parcialmente cubiertas por el título. **El conjunto de los daños derivados de una misma causa, acaecidos en la misma fecha, constituye un solo siniestro.**

BASES DEL TÍTULO

ARTÍCULO 1

OBJETO DE LA COBERTURA

El seguro de incapacidad temporal Previsión Integral se instrumentará bajo dos modalidades diferentes, que irán en función del tipo de régimen por el cual está cotizando el sujeto a proteger, y que podrá, a su vez, seleccionar dos tipos de prestaciones: una en función del tiempo que dure la contingencia y otra en función de un baremo de indemnizaciones establecido por la entidad. El sujeto a proteger deberá seleccionar dicha prestación antes de la suscripción del título correspondiente, y constará en las condiciones particulares del mismo.

Es necesario para darse de alta en este reglamento ejercer una profesión lucrativa por cuenta propia o por cuenta ajena.

La definición y el alcance del siniestro, a efectos del presente título, son ajenos y no siguen los mismos criterios de definición y calificación que el sistema público, y por tanto la calificación de dicho siniestro la define y determina, exclusivamente, el contenido de este título de seguro.

El seguro se puede contratar con periodo de franquicia; por franquicia se entiende el periodo de tiempo inicial del siniestro en el que no se merita el subsidio diario contratado. Este periodo estará reflejado en la primera página del condicionado particular; **cuando se acaba dicho periodo, comienza la meritación del subsidio diario contratado, que tiene que durar el resto del periodo máximo garantizado que constituye el periodo de cobertura.**

Así pues, las modalidades del seguro Previsión Integral se instrumentarán de la manera siguiente:

- **Previsión Integral Autónomo:** El sujeto protegido que, cotizando bajo el régimen de autónomos y habiendo superado un periodo de carencia de seis meses desde su incorporación al título, sufra una enfermedad o accidente posterior, que le impida el desarrollo TOTAL de su actividad profesional declarada con carácter aparentemente reversible, recibirá una prestación económica en función de la duración de la contingencia **hasta un periodo máximo de 365 días**, excepto para el periodo de franquicia contratado, **o una prestación baremada en función del cuadro de indemnizaciones establecido por la entidad.**
- **Previsión Integral Asalariado:** El sujeto protegido que, cotizando bajo el régimen general y habiendo superado un periodo de carencia de seis meses desde su incorporación al título, sufra una enfermedad o accidente posterior, que le impida el desarrollo TOTAL de su actividad profesional declarada con carácter aparentemente reversible, recibirá una prestación económica en función de la duración de la contingencia **hasta un periodo máximo de 365 días**, excepto para el periodo de franquicia contratado, **o una prestación baremada en función del cuadro de indemnizaciones establecido por la entidad.**

ARTÍCULO 2

ÁMBITO TERRITORIAL

Las coberturas del presente título se limitan única y exclusivamente a los siniestros ocurridos dentro de los límites del territorio español.

ARTÍCULO 3

PERSONAS ASEGURABLES

En esta prestación se admitirán solicitantes **desde los 16 hasta los 55 años de edad. Los asociados que cumplan los 65 años causarán baja de la prestación a todos los efectos.** No obstante, y en caso de que el asociado continúe en el ejercicio de su profesión habitual, el periodo se podría alargar hasta los 70 años, previa aprobación de la solicitud presentada por el tomador/asociado.

La cuota se adecuará en cada momento a la edad que vaya alcanzando el asegurado.

Únicamente podrán ser aseguradas las personas que realicen una actividad profesional o labor remunerada, y que estén dados de alta en el Régimen de la Seguridad Social correspondiente o Mutualidad alternativa o Institución análoga que la legislación determine.

La cuota se adecuará en cada momento a la actividad profesional declarada y al grupo de edad de riesgo que corresponda en ese momento.

PERSONAS NO ASEGURABLES

Los afectados de enajenación mental, parálisis, apoplejía, paraplejía, cuadriplejía, sordera, ceguera, epilepsia, diabetes, alcoholismo, toxicomanía, enfermedades de la médula espinal, sífilis, sida, ataques de *delirium tremens*, sonambulismo, síncope, vértigos, enfermedades mentales o coronarias, encefalitis letárgica y, en general, cualquier lesión, enfermedad crónica o minusvalía física o psíquica que, a juicio del asegurador, disminuya su capacidad en comparación con una persona físicamente íntegra y de salud normal.

ARTÍCULO 4

CUESTIONARIO DE SALUD

Los mutualistas serán aceptados en base a la cumplimentación del cuestionario de salud por parte de la entidad que se acompañará a la solicitud o, en su caso, del resultado del reconocimiento médico complementario que sea necesario.

La Junta Directiva es la depositaria de la autoridad para admitir las solicitudes presentadas para el ingreso en la prestación y las posibles ampliaciones con las modificaciones o exclusiones que en su caso se consideren convenientes.

ARTÍCULO 5

COBERTURAS COMPLEMENTARIAS

HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA

Objeto de cobertura

Se garantiza el pago de la indemnización económica resultante de multiplicar la cifra establecida en las condiciones particulares de la póliza por el número de días que permanezca internado el sujeto protegido (asegurado) en un centro sanitario, **única y exclusivamente por causa de intervención quirúrgica o exploración especial cruenta.**

HOSPITALIZACIÓN MÉDICA

Objeto de cobertura

Se garantiza el pago de la indemnización económica resultante de multiplicar la cifra establecida en las condiciones particulares de la póliza por el número de días que **permanezca internado el sujeto protegido (asegurado) en un centro sanitario por enfermedad, únicamente para recibir asistencia de carácter médico.**

Limitaciones comunes para las coberturas de hospitalización quirúrgica y médica:

Como días de permanencia, se computarán desde aquél en que tenga lugar la intervención o la asistencia médica hasta el de salida del centro sanitario, ambos inclusive. **La indemnización ampara un período máximo de noventa días.**

En las intervenciones que se efectúen en varios tiempos o precisen de un nuevo acto quirúrgico, los días indemnizables se computarán acumulando los correspondientes a los distintos períodos de permanencia en el centro sanitario, sin que en ningún caso el total pueda exceder del máximo de noventa días previstos en esta cobertura. Para su cálculo se computarán todos los actos quirúrgicos habidos en el plazo de un año.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Objeto de la cobertura

Se garantiza el pago de la indemnización económica resultante de multiplicar la cifra establecida en las condiciones particulares por el número de puntos que figuran en la tabla primera del baremo de la prestación de intervención quirúrgica del Condicionado General de Salud Activa (Seguro por Hospitalización Médico-Quirúrgica). **No se garantiza ningún hecho o causa no establecidos en el citado baremo.**

La totalidad de los puntos se devengan por tratamientos completos específicos, que dan derecho a percibir la indemnización sólo una vez por la misma afección.

En el supuesto de practicarse diversas intervenciones en una sola sesión operatoria, el importe de la indemnización será el que resulte de añadir a la que tenga el número de puntos más elevado el veinticinco por ciento de cada una de las demás de las que haya sido intervenido.

Carencias comunes a la prestación de hospitalización médica, hospitalización quirúrgica e intervención quirúrgica

La cobertura de hospitalización quirúrgica, hospitalización médica o intervención quirúrgica, tomará efecto una vez superado el periodo de carencia establecido para dichas garantías:

1. En general, 6 meses.



2. Por embarazo o parto, 12 meses.

3. Por varices, 24 meses.

Si el hecho causante es un accidente por causa súbita, externa y ajena a la intencionalidad del sujeto protegido, **NO SE APLICARÁ CARENCIA.**

ARTÍCULO 6

PERFECCIÓN, EFECTOS Y EXTINCIÓN DEL TÍTULO

El título se perfecciona por el consentimiento, manifestado por la suscripción, por las partes contratantes del título. **La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto, salvo pacto en contrario, mientras que el tomador del seguro no hubiera satisfecho el recibo de cuota.** En el caso de demora en el cumplimiento de ambos requisitos, las obligaciones del asegurador comenzarán a las 24 horas del día en que hayan sido cumplimentadas.

Las prestaciones del título entran en vigor a las 00.00 horas y terminan a las 24.00 horas de las fechas indicadas en las condiciones particulares.

A la expiración del periodo indicado en las condiciones particulares de este título, se entenderá prorrogado el título por un nuevo período y así sucesivamente.

Las partes pueden oponerse a la prórroga del título mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso, cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador.

El asegurador deberá comunicar al tomador, al menos con dos meses de antelación a la conclusión del período en curso, cualquier modificación del título de seguro.

ARTÍCULO 7

PAGO DE LA CUOTA

El asociado está obligado al pago de la primera cuota o cuota única en el momento de perfección del título. Las cuotas sucesivas deberán hacerse efectivas en los correspondientes vencimientos.

Si en las condiciones particulares no se determina ningún lugar para el pago de la cuota, se entenderá que debe hacerse en el domicilio del asociado.

Si, por culpa del asociado, la primera cuota o la cuota única no han sido pagadas a su vencimiento, la mutualidad tiene derecho a resolver el título o a exigir el pago de la cuota debida por vía ejecutiva con base en el título. En todo caso, la mutualidad quedará liberada de su obligación.

En caso de falta de pago de una de las cuotas siguientes, la cobertura de la mutualidad queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si la mutualidad no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la cuota, se entenderá que el título queda extinguido. En cualquier caso, la mutualidad, cuando el título esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la cuota en curso.

Si el título no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en el que el asociado pagó su cuota.

ARTÍCULO 8

INDEMNIZACIÓN MÁXIMA

La indemnización máxima que el asociado podrá suscribir tendrá como límite el máximo legal aplicable en cada momento.

ARTÍCULO 9

BASES DEL TÍTULO

Las declaraciones formuladas por el tomador del seguro, de acuerdo con el cuestionario que le ha sometido el asegurador, así como el presente título y los Estatutos de la entidad, constituyen un todo unitario, base del seguro, que sólo abarca, dentro de los límites pactados, los riesgos en la misma especificados. Si el contenido del título difiere de la solicitud de seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar al asegurador, en el plazo de un mes, a contar desde la entrega del título para su formalización, a fin de que se subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en el título.

Lo especificado en este apartado motiva la aceptación del riesgo por el asegurador, la asunción por su parte de las obligaciones para él derivadas del título y la fijación de la cuota.

ARTÍCULO 10

AGRAVACIÓN DEL RIESGO DURANTE LA VIGENCIA DEL TÍTULO

El asociado o sujeto protegido deberá, durante el curso del título, comunicar a la mutualidad, lo más pronto posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubiesen sido conocidas por ésta en el momento de la perfección del título, no lo habría celebrado o lo habría celebrado en condiciones más gravosas.

Entre las circunstancias que pueden resultar agravantes se encuentran las condiciones objetivas del sujeto protegido y sus características profesionales y laborales, como por ejemplo, el cambio del asegurado en lo que se refiere a la actividad profesional o laboral, y la manera en que se desarrolla (por cuenta propia o ajena).

En el caso del que el agravamiento del riesgo no comunicado previamente en el siniestro, consista en haber pasado a trabajar de cuenta propia a cuenta ajena, en relación a la actividad laboral o profesional que realice el asegurado, se aplicará la reducción proporcional de la prestación anterior teniendo en cuenta que:

a) La prestación diaria al asegurado no puede ser superior a los ingresos brutos diarios que el asegurado obtenía en el ejercicio de su actividad laboral o profesional antes que ocurriera el siniestro.

b) Que tomando como base la prestación diaria resultante mencionada, es necesario adaptar la prima convenida a la que se habría aplicado si se hubiera conocido la verdadera entidad del riesgo, y se extornará al tomador del seguro, si procede, la diferencia entre la nueva prima adaptada y la prima satisfecha.

El tomador del seguro o asegurado quedan obligados a comunicar anticipadamente al asegurador la existencia de otros títulos, contratados con distintos aseguradores, cubriendo los efectos que un mismo riesgo puede producir sobre el mismo interés y durante idéntico tiempo.

El asegurador se reserva el derecho de hacer visitas en cualquier momento a los asegurados lesionados. El asegurado está obligado a permitir dicha visita a las personas que al efecto designe el asegurador, y a proporcionarle los datos, indicaciones o informaciones que le interesen.

ARTÍCULO 11

FACULTADES DE LA MUTUALIDAD ANTE LA AGRAVACIÓN DEL RIESGO

La mutualidad puede proponer una modificación de las condiciones del título en el plazo de dos meses, a contar desde el día en que la agravación le haya sido declarada. En tal caso, el asociado dispone de quince días, a contar desde la recepción de esta proposición, para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio por parte del asociado, la mutualidad puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el título previa advertencia al asociado, dándole un nuevo plazo de quince días para que conteste. Transcurridos, y dentro de los ocho días siguientes, comunicará la rescisión definitiva.

El asegurador podrá rescindir el título mediante declaración dirigida al tomador del seguro o asegurado, en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro. Desde el momento mismo en que el asegurador haga esta declaración, quedarán de su propiedad las cuotas correspondientes al periodo en curso, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte.

Si el siniestro sobreviniere antes de que el asegurador hubiere hecho la declaración a que se refiere el número anterior, la prestación de éste se reducirá en la misma proporción existente entre la cuota convenida en el título y la que corresponda de acuerdo con la verdadera entidad del riesgo. Cuando la reserva o inexactitud se hubiere producido mediante dolo o culpa grave del tomador del seguro, el asegurador quedará liberado del pago de la prestación.

ARTÍCULO 12

CONSECUENCIAS DE NO COMUNICAR LA AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Si sobreviniera un siniestro sin haberse realizado declaración de agravación del riesgo, la mutualidad quedaría liberada de su prestación si el asociado o el sujeto protegido hubiesen actuado de mala fe. En otro caso, la prestación se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la cuota convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

En el caso de agravación del riesgo durante el tiempo de cobertura que dé lugar a un aumento de la cuota, cuando por esta causa queda rescindido el título, si la agravación es imputable al sujeto protegido, la mutualidad hará suya en su totalidad la cuota cobrada. Siempre que dicha agravación se haya producido por causas ajenas a la voluntad del sujeto protegido, éste tendrá derecho a ser reembolsado de la parte de cuota satisfecha correspondiente al periodo que falte transcurrir de la anualidad en curso.

ARTÍCULO 13

DISMINUCIÓN DEL RIESGO

El tomador del seguro o el asegurado podrán, durante el curso del contrato, poner en conocimiento del asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza, que si hubieran sido conocidos por éste en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables para el tomador del seguro.

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto, el asegurador deberá reducir el importe de la cuota futura, en la cuantía que corresponda.

Si el asegurador no accediera a dicha reducción de cuota, el tomador del seguro podrá exigir la resolución del título, así como la devolución de la diferencia existente, entre la cuota satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, calculada esta diferencia desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

SINIESTROS

ARTÍCULO 14

DEBER DE INFORMACIÓN

En caso de siniestro que pueda dar origen a una reclamación bajo cualquiera de los amparos de este título, el tomador del seguro o el asegurado o el beneficiario, deberán comunicar al asegurador, el acaecimiento del siniestro, dentro del plazo máximo de 7 días de haberlo conocido, salvo pacto en contrario.

En todos los casos, el tomador del seguro, el asegurado y el beneficiario, están obligados a:

- Facilitar al asegurador, toda clase de información sobre las circunstancias, consecuencias del siniestro y salud del asegurado, incluso referida a las fechas anteriores a la ocurrencia del mismo.
Para la cobertura de subsidio diario, en la modalidad no baremada, el tomador del seguro o el asegurado deberá **enviar al asegurador, en períodos no superiores a 30 días y en tanto no se produzca el alta definitiva, certificados médicos sobre el curso de las lesiones.**
- Autorizar a facultativos y profesionales, **por escrito si fuera necesario**, para que faciliten a la Mutuality cuanta información necesite respecto al siniestro y sus circunstancias.
- Acceder al **reconocimiento del asegurado por los médicos que designe la Mutuality.**

Cuando no se cubra por el asegurador la garantía de asistencia sanitaria, los gastos de los certificados médicos irán a cargo del asegurado.

El incumplimiento de estos deberes, dará lugar a que el asegurador pueda reclamar los daños y perjuicios que se irroguen. Si la causa del incumplimiento es por dolo o culpa grave por parte del tomador del seguro o del asegurado, perderán el derecho a la indemnización.

ARTÍCULO 15

DERECHO A PERCIBIR LA PRESTACIÓN

Para poder percibir la prestación de incapacidad temporal, se requiere:

1. **Estar al corriente en el pago de las cuotas.**
2. **Haber cumplido los siguientes periodos de carencia:**
 - **6 meses por enfermedad e intervención quirúrgica, para personas de hasta 55 años de edad.**
Será de aplicación el plazo de carencia de 6 meses para los suplementos de incrementos de capital, en la cuantía incrementada.
 - **12 meses por intervención quirúrgica y enfermedad, para personas mayores de 55 años y para grupos del riesgo 3. Será de aplicación el plazo de carencia de 12 meses para los suplementos de incrementos de capital, en la cuantía incrementada.**
 - **12 meses para exploraciones o tratamientos derivados de embarazo, parto o adopciones.**



Será de aplicación el plazo de carencia de 12 meses para los suplementos de incrementos de capital, en la cuantía incrementada.

- **No se aplicará periodo de carencia en el caso de accidente.**
- 3. Que el asociado esté ejerciendo en su profesión declarada, sea por cuenta propia o ajena, en el momento de producirse la incapacidad.**
- 4. Notificar la incapacidad a la mutualidad en el momento en que ésta se produzca. El asegurado deberá presentar los siguientes documentos debidamente cumplimentados:**
 - Declaración de siniestro, mediante impreso facilitado por el asegurador o en su defecto, escrito firmado por el asegurado en el que conste el número de póliza y el nombre, apellidos, edad y domicilio del asegurado, y en el que se detalle la forma de ocurrencia del siniestro.
 - Comunicado de baja médica expedida y suscrita por el médico que asista al paciente.
 - Informe de urgencias de la fecha del siniestro, en el que el facultativo que visita al asegurado informe de la enfermedad y/o accidente, las causas, si el paciente realiza reposo absoluto en domicilio o reposo relativo, si ha padecido la enfermedad con anterioridad y en qué fecha, si la enfermedad le impide dedicarse a su actividad laboral o profesional de manera total o parcial, la fecha probable del comienzo del proceso, la fecha en que ha empezado a asistirlo, el pronóstico sobre la duración de la enfermedad que padezca, y finalmente la fecha en que se emite el informe.
 - Pruebas diagnósticas (radiografía, resonancia magnética, TAC...).

Asimismo, la entidad podrá solicitar de la persona asegurada tantos documentos o revisiones médicas como precise para determinar el grado de incapacidad que padezca.

ARTÍCULO 16

DELIMITACIONES DE COBERTURA

a) Las prestaciones aseguradas, dentro de la anualidad del seguro, en su conjunto, tienen un límite máximo de indemnización de 365 días.

b) En todas las enfermedades o accidentes, el asegurado tiene que recibir asistencia médica facultativa y seguir de manera continuada el tratamiento médico necesario para curar el proceso. Por eso, al efecto del presente contrato, será causa expresa de suspensión del importe de subsidio diario la permanencia del asegurado en lista de espera hasta ser sometido al tratamiento médico necesario.

c) La alteración del estado de salud tiene que impedir temporalmente al asegurado (de una forma que se pueda explicar clínicamente) ejercer TOTALMENTE la actividad laboral o profesional.

El derecho de meritación del subsidio cesa en el momento en que el asegurado pueda volver a sus actividades profesionales o laborales habituales, AUNQUE SEA DE MANERA PARCIAL, y aunque no se haya curado totalmente.

d) En caso de contratar la prestación NO BAREMADA:

- La meritación de los subsidios diarios cesa a partir del momento en que se pueda diagnosticar médicamente que la enfermedad o accidente que ha motivado el siniestro sufrido por el asegurado se ha transformado en una invalidez permanente para ejercer la actividad laboral o profesional declarada en las condiciones particulares.

- La suma de los días en que se hayan meritado los subsidios diarios por alteraciones del estado de salud del asegurado que, por cualquier motivo, afecten al mismo proceso y/o sean originados por un mismo proceso, no puede ser superior al periodo máximo establecido en las condiciones generales.

En el supuesto que el asegurado haya agotado el periodo máximo de cobertura, de manera consecutiva o en periodos diferentes con intervalos de salud, y se inicie otro siniestro por el mismo proceso o por causas relacionadas, esto se considerará, con carácter general, una prolongación del anterior. En estos casos, la suma de todos los periodos consumidos no puede superar el periodo máximo de cobertura. Esto no es aplicable si han transcurrido 12 meses entre la fecha del alta del último siniestro y la fecha de baja del consecutivo.

- El subsidio diario que debe satisfacer el asegurador es la cantidad señalada en las condiciones particulares, aunque el asegurado sufra varias enfermedades y/o accidentes al mismo tiempo o sobrevenga otra enfermedad u otro accidente a consecuencia del curso clínico de la enfermedad/es y/o accidente/s declarado/s inicialmente. En este último supuesto, el tomador, el asegurado o el beneficiario tienen la obligación de transmitir al asegurador un informe médico que justifique dicha circunstancia. Si la nueva enfermedad o el nuevo accidente están causados por un proceso diferente del proceso o procesos declarados anteriormente, empieza a contar un nuevo plazo desde la fecha en que se haya producido el inicio de la última enfermedad o el último accidente.

e) Se aplicarán únicamente en el caso de contratación de la prestación BAREMADA las circunstancias siguientes:

- En caso de que concurren dos enfermedades o más de dos declaradas simultáneamente, o dos lesiones o más de dos derivadas de un solo accidente, el cálculo de la prestación se meritara teniendo en cuenta la duración de la enfermedad o lesión más grave según el baremo de indemnizaciones.

- En el caso de que en el transcurso de un proceso se produzca un nuevo siniestro, la cuantificación del cual en días sobrepase el periodo indemnizado, de la nueva indemnización se descontarán los días que haya entre la fecha de ocurrencia del nuevo siniestro y la finalización del/ los proceso/s anterior/es.

- Los procesos que se deriven de lesiones o enfermedades con solución quirúrgica, si la intervención no se realiza por causas que no tengan carácter médico, dan derecho a una única indemnización, durante la vida de la póliza.

- En los casos específicos que figuran en las tablas del baremo sin asignación de puntos con las siglas v.m. (valoración médica), serán los Servicios Médicos de la Mutuality, los que determinen en cada caso los días de prestación correspondientes, de acuerdo a la enfermedad sufrida por el sujeto protegido.

ARTÍCULO 17

SUPUESTOS ESPECIALES CON PERIODO DE COBERTURA LIMITADA SOBRE EL PLAZO MÁXIMO DE 365 DÍAS

En caso de haber contratado la modalidad No Baremada, si la causa o causas principales de la enfermedad o accidente sufrido es:

- El embarazo de la asegurada:



El periodo máximo de cobertura que garantiza el asegurador queda LIMITADO a 45 días para una misma anualidad del contrato y mismo embarazo; es necesario deducir si procede, los días de franquicia contratada. En cualquier supuesto, el derecho de meritación de la prestación cesa el mismo día en que se produce el parto o la cesárea de uno/varios recién nacido/s, aunque la asegurada no haya llegado a la curación total. Dicha prestación tiene un periodo de carencia o ausencia de cobertura de 12 meses a contar desde la fecha en la asegurada haya estado incluida en la póliza, o si es el caso, sobre el incremento de la suma asegurada a contar desde la fecha de efecto de la modificación.

- Lumbalgia, cervicalgia, contractura muscular cervical, esguince cervical:

El periodo máximo de cobertura que garantiza el asegurador queda LIMITADO a 10 días por siniestro y un máximo de 3 siniestros por anualidad de la póliza; es necesario deducir si procede, los días de franquicia contratada.

- Hernia discal (cervical o lumbar), objetivada por RMN:

El periodo máximo de cobertura que garantiza el asegurador queda LIMITADO a 30 días por siniestro y un máximo de 2 siniestros por anualidad de la póliza; es necesario deducir si procede, los días de franquicia contratada.

Se incluye en este apartado tanto la cervicobraquialgia como la lumbociatalgia e irradiación demostrada por EMG.

En caso de haber contratado la modalidad Baremada o No Baremada, si la causa, o causas principales, de la enfermedad o accidente sufrido por el asegurado es:

- El parto o la cesárea de la asegurada de uno/varios recién nacido/s:

Se garantiza la meritación de una indemnización única equivalente a 20 días del subsidio diario contratado. Y, en caso que se manifiesten enfermedades como consecuencia del parto o la cesárea, dicha prestación se incrementará hasta 25 días más, con un periodo máximo de cobertura LIMITADO A 45 días por la suma de los dos conceptos. Dicha prestación tiene un periodo de carencia o ausencia de cobertura de 12 meses a contar desde la fecha en que la asegurada haya estado incluida en la póliza, o si es el caso, sobre el incremento de la suma asegurada a contar desde la fecha de efecto de la modificación.

ARTÍCULO 18

CAUSAS POR LAS CUALES NO SE TENDRÁ DERECHO A PERCIBIR NINGUNA INDEMNIZACIÓN POR CAUSAS CONTRACTUALES

a) Causas expresamente excluidas o bien ya existentes, y no declaradas en el momento de la suscripción, así como las recaídas de enfermedades o lesiones anteriores, las intervenciones para retirar material osteosíntesis de enfermedades anteriores, o aquellas primeras manifestaciones conocidas durante el periodo de carencia pactado, aunque estén en fase de estudio y no exista un diagnóstico definitivo concreto.

b) Las alteraciones del estado de salud, crónicas o no, lesiones o defectos congénitos con origen anterior a la fecha de emisión de la póliza.

POR ENFERMEDADES

c) Los procesos crónicos, las reagudizaciones de procesos crónicos, y secuelas.

d) Cualquier tipo de aborto y cualquier alteración en el estado de salud durante la interrupción temporal de la actividad laboral por razón del descanso de maternidad, las esterilizaciones voluntarias o procesos derivados de la menopausia o la menstruación.

e) SIDA y/o las enfermedades causadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

f) Las enfermedades mentales o nerviosas, síndrome orgánico cerebral y/o trastorno mental orgánico, esquizofrenia, psicosis no esquizofrénica, perturbación mental y cualquier trastorno de personalidad. Están también excluidos los trastornos psicóticos, los trastornos de la conducta alimentaria, y todas las patologías ocasionadas o desarrolladas por el estrés, así como las depresiones o síndromes ansiosos.

g) Todas aquellas que no sean clínicamente comprobables, o bien cuya única manifestación sea el dolor (como por ejemplo, la fibromialgia, el síndrome de cansancio crónico, cefaleas...).

h) Tratamientos o intervenciones con finalidades estéticas y/o cosméticas, a no ser que existiera un defecto funcional de la parte del cuerpo afectada (no son válidas las razones puramente psicológicas). La corrección quirúrgica de la miopía, estigmatismo, hipermetropía y presbicia, así como la ortoqueratología. Quedan así mismo excluidos los tratamientos de varices con fin estético (escleroterapia, láser varices), las curas de adelgazamiento ambulatorias o en régimen de internamiento y tratamientos dermoestéticos en general y los tratamientos capilares.

i) Las consecuencias y/o complicaciones derivadas de tratamientos terapéuticos no imprescindibles o negligentemente aplicados, así como los derivados de la sumisión a tratamientos experimentales o dictados por personas no autorizadas para el ejercicio de la medicina.

POR ACTIVIDAD FÍSICA O ACTIVIDAD DEPORTIVA

j) Todas las enfermedades o lesiones y sus consecuencias, derivadas de cualquier práctica deportiva o profesional, carreras, o competiciones, estén o no federados, excepto las incluidas por cláusula específica al efecto.

k) Todas las enfermedades o lesiones y sus consecuencias, derivadas de la práctica deportiva de las siguientes actividades o deportes considerados peligrosos:

- Aéreos: funambulismo sin red de seguridad o slack line.
- Montaña: alpinismo extremo o a más de 4.000 m de altitud.
- Deportes de equipo o de pista: fútbol americano o australiano; rugby.

l) El rescate de personas en mar, montaña o desierto.

m) Los accidentes ocurridos en regiones inexploradas y/o viajes que tengan carácter de exploración.

POR ACTOS DERIVADOS DE LA CONDUCTA

n) Las enfermedades o accidentes cuya causa, así como sus complicaciones y secuelas, sean originadas por la ingestión de bebidas alcohólicas, por toxicomanía, por intento de suicidio, por autolesiones/mutilaciones, y las prolongadas por el mismo asegurado. Las enfermedades y/o accidentes en los que se detecten en el organismo del asegurado la presencia de drogas o estupefacientes y en aquellos en los que el asegurado supere el grado de alcohol en sangre legalmente establecido para calificar la conducta como delictiva o cuando el asegurado sea condenado o sancionado por esta causa.

o) Actos de imprudencia temeraria, lucha, pelea (salvo en el caso probado de legítima defensa), o por intervenir en actos notoriamente peligrosos no justificados por necesidad profesional.



POR CAUSAS CUBIERTAS POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS U OTROS SEGUROS OBLIGATORIOS

p) Las originadas por inundación, terremoto, erupción volcánica, tempestad ciclónica atípica, caída de cuerpos siderales y aerolitos, terrorismo, motín, tumulto popular, manifestaciones, hechos o actuaciones en tiempos de paz de las fuerzas armadas o de las fuerzas o los cuerpos de seguridad, hechos de guerra civil o internacional, por actuaciones tumultuarias en reuniones, manifestaciones o huelgas y hechos declarados por el gobierno como catástrofe o calamidad nacional (epidemias, etc.). En general, los riesgos de carácter extraordinario, cuya cobertura corresponde al Consorcio de Compensación de Seguros de acuerdo a su Estatuto Legal.

q) En caso de tener contratada la asistencia sanitaria por accidente, la derivada de accidentes de circulación amparados por el seguro obligatorio de vehículos de motor.

POR OTRAS CAUSAS

r) Las alteraciones del estado de salud por una modificación cualquiera de la estructura atómica o nuclear de la materia o sus efectos térmicos radiactivos u otros, o de aceleración artificial de partículas atómicas/nucleares.

s) Además de las exclusiones que anteceden se establecen las siguientes **ESPECÍFICAS PARA LAS COBERTURAS DE HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA Y MÉDICA E INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:**

Hospitalización quirúrgica y/o médica:

- a) Las estancias en centros sanitarios de carácter voluntario o preventivo no derivadas de proceso patológico, así como las estancias originadas a causa de neuropatías y algopatías que no den síntomas objetivos con manifestaciones de comprobación clínica.
- b) La medicina preventiva en general, así como los tratamientos dietéticos y en balnearios, así como las curas de reposo.
- c) Las estancias en centros sanitarios por enfermedades o lesiones originadas o derivadas del embarazo, aborto o parto y las enfermedades inferiores a tres días de duración, siempre que no precisen internamiento en centro asistencial.

Intervención quirúrgica:

- d) No se garantiza ninguna intervención o exploración cruenta no establecidas en el baremo de esta cobertura.
- e) No se garantiza la prestación directa por el asegurador de los servicios médicos y las intervenciones quirúrgicas.
- f) Los estudios básicos de la esterilidad, técnicas de reproducción humana asistida y tratamientos para la esterilización, así como la hemodiálisis y la psicología terapéutica.

PARA LA MODALIDAD CONTRATADA DE TIPO BAREMADA

t) Para la modalidad de cobertura baremada, además de las exclusiones referidas en este artículo, las patologías reflejadas en la cobertura baremada marcadas con la palabra “excl.” (excluida).

ARTÍCULO 19

PRESTACIONES

En el supuesto de siniestro cubierto por este título, el asegurador pagará la indemnización de la siguiente manera:

a) Los subsidios diarios correspondientes se meritan a partir del mismo día (incluido) en que se inicia el siniestro, siempre que éste se comunique al asegurador dentro del plazo máximo de 7 días desde su inicio, tal y como se dispone en el artículo 16 de la Ley. **Si la declaración de siniestro se recibe una vez transcurrido este plazo máximo, el asegurado empezará a meritarse los subsidios diarios a partir de la fecha en que el asegurador haya recibido la documentación mencionada.**

b) En procesos de larga duración, el asegurador, una vez conozca todas las circunstancias del siniestro y las haya valorado, puede hacer liquidaciones a cuenta de la prestación económica final.

Las cantidades que el asegurador deba en virtud de esta póliza, se tienen que hacer efectivas al beneficiario correspondiente dentro de los 15 días siguientes a la fecha en que el asegurador haya tenido conocimiento del alta del asegurado **al efecto de este título**. El asegurado deberá firmar el finiquito pertinente. **El día que el asegurado reciba el alta médica, no merita subsidio diario.**

En caso que la indemnización propuesta o satisfecha por el asegurador no sea aceptada por el tomador y/o asegurado, las partes se deberán someter al sistema pericial contradictorio, de acuerdo a lo previsto en los artículos 104 y 38 de la Ley 50/1980 del contrato del seguro.

El asegurador tiene que pagar los subsidios de acuerdo con lo previsto en las condiciones anteriores.

Si en el plazo de tres meses desde la ocurrencia del siniestro el asegurador no ha indemnizado el importe total por una causa no justificada o que le sea imputable, la indemnización se incrementa en el porcentaje establecido legalmente.

Queda excluida la prestación, por parte del asegurador, de los servicios médicos y quirúrgicos y el pago de los gastos de asistencia médica y farmacéutica, excepto si tiene contratada la garantía de asistencia sanitaria por accidente, en cuyo caso consultará previamente a la mutualidad la aceptación de la cobertura y su cuantificación económica. Cuando no se cubra por la Mutualidad la garantía de asistencia sanitaria por accidente, los gastos de asistencia irán a cargo del sujeto protegido.

ARTÍCULO 20

EXTINCIÓN DE LA PRESTACIÓN

La prestación se extinguirá por:

- **Mejora de la situación causante de la baja.**
- **Defunción del asegurado.**
- **Negativa del asegurado a someterse a los tratamientos médicos o quirúrgicos aconsejados para su mejora.**
- **Impedimentos y/o negativas del asegurado a ser reconocido facultativamente.**
- **Alargamiento voluntario de la baja.**
- **Realización de actividades por cuenta propia o ajena, aunque no sean remunerables.**
- **Cumplir el asegurado los 65 años de edad.**
- **El título se extingue con carácter retroactivo en el mismo momento en que se producen los siguientes casos, aunque no se hayan comunicado previamente al asegurador:**
 1. **Si el asegurado deja de hacer su actividad laboral o profesional habitual o pasa a una situación de paro o jubilación.**



2. Si se puede diagnosticar médicamente que la enfermedad o el accidente que ha motivado el siniestro sufrido por el asegurado, se ha transformado en una invalidez permanente para ejercer la actividad laboral o profesional declarada en las condiciones particulares.

En los dos casos, el asegurador tiene la obligación de extornar al tomador del seguro, la parte de prima satisfecha que corresponda al periodo por el que, como consecuencia de la extinción, no se cubra el riesgo.

ARTÍCULO 21

SERVICIOS MÉDICOS

Serán los servicios médicos de la mutualidad quienes determinarán en cada caso los días de prestación correspondientes, cuando el sujeto a proteger haya elegido la prestación en función del tiempo que dure la contingencia.

En el caso en que el sujeto a proteger haya seleccionado la prestación Baremada, serán también estos servicios médicos quienes determinarán a qué enfermedad o dolencia corresponde en el cuadro de indemnizaciones baremadas o, en su caso, el que más se ajuste a la sufrida por el sujeto protegido. De este modo se obtendrán los días que el asegurado tiene derecho a ser indemnizado.

ARTÍCULO 22

OTRAS OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL TOMADOR O EL ASEGURADO.

El tomador del seguro, y si procede, el asegurado o el beneficiario, tienen la obligación siguiente:

Comunicar al asegurador la formalización de cualquier otro seguro de naturaleza idéntica que se refiere a la misma persona.

El asociado o el sujeto protegido o el beneficiario deberá comunicar a la Mutualidad el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de 7 días de haberlo conocido y antes de que la situación de incapacidad temporal haya finalizado, salvo pacto en contrario.

En todos los casos, el asociado o el sujeto protegido deberán facilitar a la Mutualidad toda clase de información sobre las circunstancias y las consecuencias del siniestro. Para los casos de invalidez, tanto permanente como temporal, el asociado o el sujeto protegido deberán:

- (1) Dar a la Mutualidad toda clase de información sobre las circunstancias y las consecuencias del siniestro.
- (2) Enviar a la Mutualidad, en caso de contratación No Baremada, en periodos no superiores a treinta días y en tanto no se produzca el alta definitiva, certificados médicos sobre el curso de las lesiones.
- (3) Poner en conocimiento de la Mutualidad, dentro del plazo máximo de 7 días, la muerte acaecida durante el período de curación.
- (4) Minorizar las consecuencias del siniestro, empleando todos los medios que tengan a mano para el restablecimiento rápido del asegurado. El incumplimiento por parte del asegurado de esta obligación con la intención manifiesta de



perjudicar al asegurador con la prolongación del siniestro libera al asegurador de cualquier prestación derivada del siniestro.

- (5) Comunicar al asegurador, tan pronto como sea posible, el cambio de domicilio que figura en las condiciones particulares de la póliza.

El incumplimiento de estos deberes dará lugar a que la mutualidad pueda reclamar los daños y perjuicios que se irroguen. Si la causa del incumplimiento es por dolo o culpa grave por parte del asociado o del sujeto protegido, perderán el derecho a la indemnización.

Si el contenido de la póliza difiere de la propuesta del seguro, o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro puede reclamar al asegurador, en el plazo de un mes a contar desde la emisión de la póliza, que se resuelva la divergencia existente. Si una vez transcurrido este plazo no se ha efectuado ninguna reclamación, se estará a lo dispuesto en las condiciones particulares.

ARTÍCULO 23

ARBITRAJE Y JURISDICCIÓN

En caso de que la indemnización propuesta o satisfecha por el asegurador no sea aceptada por el tomador y/o asegurado, las partes se deben someter al sistema pericial contradictorio, de acuerdo con lo previsto en los artículos 104 y 38 de la Ley 50/1980 del Contrato de Seguro.

ARTÍCULO 24

INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN Y QUEJAS

Este apartado se ajusta a lo establecido en los artículos 22 y siguientes de la Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero.

PERSONAS LEGITIMADAS

Pueden presentar quejas o reclamaciones los tomadores, asegurados, beneficiarios o causahabientes de cualquiera de los anteriores.

PRESENTACIÓN DE LAS QUEJAS O RECLAMACIONES

Las quejas y las reclamaciones deberán presentarse en un plazo no superior a los dos años, a contar desde la fecha en que el reclamante tuviera conocimiento de los hechos causantes de la queja/reclamación o, en su caso, mientras no haya prescrito la acción para reclamar judicialmente.

La queja o reclamación podrá realizarse personalmente o por representación debidamente acreditada, mediante presentación de escrito o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, siempre que éstos se ajusten a lo legalmente establecido con respecto a la firma electrónica, dirigiéndose al Servicio de Atención al Cliente de Previsora Agro-Industrial y pudiéndose presentar en las oficinas centrales o sucursales de la aseguradora.

Servicio de Atención al Cliente de Previsora Agro-Industrial

Vía Layetana, 20

08033 BARCELONA

Teléfonos: 900 84 71 23 - 902 53 33 30 - Fax: 93 702 58 99 – 93 295 63 12

E-mail: atencioncliente@previsora.es

REQUISITOS QUE DEBEN REUNIR LAS QUEJAS O RECLAMACIONES

- Identificación del reclamante. En caso de servirse de representante, deberá acreditar esta representación por cualquier medio admitido a derecho.
- Identificación de la póliza respecto a la que formula queja o reclamación.
- Causas que motivan la queja o la reclamación, con la posibilidad de aportar, en su caso, copia de cuantos documentos avalen su posición.
- Identificación de la sucursal, el departamento, el agente o el mediador de seguros, si su queja o reclamación tiene como causa su actuación.
- Solicitud que formula al Servicio de Atención al Cliente.
- Indicación de que el reclamante no tiene conocimiento de que la queja o la reclamación está siendo sustanciada a través de un procedimiento administrativo, arbitral o judicial.
- Lugar, fecha y firma.

SUPUESTOS DE INADMISIÓN DE LAS QUEJAS Y LAS RECLAMACIONES

- Cuando respecto a los mismos hechos se esté sustanciando causa civil o penal ante la jurisdicción ordinaria, ante una instancia administrativa o mediante arbitraje.
- Cuando se pretenda tramitar como queja o reclamación recursos o acciones distintos, cuyo conocimiento sea competencia de los organismos administrativos, arbitrales o judiciales, o la misma se encuentre pendiente de resolución o litigio, o el asunto haya sido resuelto en aquellas instancias.
- Cuando los hechos, las razones y la solicitud en que se concreten las cuestiones objeto de la queja o reclamación no se refieran a operaciones concretas o no se ajusten a requisitos.
- Cuando se formulen quejas o reclamaciones que reiteren otras anteriores o resueltas, presentadas por el mismo cliente en relación con los mismos hechos.

FINALIZACIÓN Y NOTIFICACIÓN

El Servicio de Atención al Cliente dictará resolución en el plazo máximo de dos meses, a contar desde la fecha en que la queja o la reclamación fueran presentadas, a los que se adicionarán los días en los que el expediente haya quedado en suspenso para la subsanación de errores en la presentación.

COMISIONADO PARA LA DEFENSA DEL ASEGURADO

Para la admisión de una reclamación ante la Dirección General de la Política Financiera y Seguros de la Generalitat de Catalunya, deberá acreditarse el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- Haber formulado previamente reclamación por escrito al Servicio de Atención al Cliente de la entidad aseguradora.
- Haber transcurrido dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación al Servicio de Atención al Cliente de la entidad aseguradora sin que haya sido resuelta o que haya sido denegada la admisión de la reclamación o denegada su petición.

JURISDICCIÓN COMPETENTE

El juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas de este contrato será el del domicilio del tomador.

ARTÍCULO 25

CLÁUSULA DE COBERTURA DE RIESGOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España y que afecten a riesgos en ella situados y también, para los seguros de personas, los acaecidos en el extranjero cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

- a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.
- b) Que, aún estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del Seguro de Riesgos Extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y disposiciones complementarias.

I. RESUMEN DE NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h, y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

2. Riesgos excluidos

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas o bienes asegurados por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1. a) anterior, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que éstos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.
- g) Los causados por mala fe del asegurado.
- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como *catástrofe o calamidad nacional*.

3. Extensión de la cobertura

La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y bienes y sumas aseguradas que se hayan establecido en la póliza a efectos de los riesgos ordinarios.

En las pólizas de seguro de vida que, de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

II. COMUNICACIÓN DE DAÑOS AL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quién actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se gestionara el seguro.

2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:

- Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (952 367 042 ó 902 222 665)

- A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.conorseguros.es)

3. Valoración de los daños:

La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por la valoración que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.

4. Abono de la indemnización:

El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

ARTÍCULO 26

BAREMO DE INDEMNIZACIONES POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

En el caso de que el asegurado suscriba la prestación en forma de indemnización Baremada, ésta deberá estar sujeta al nomenclátor que se adjunta, el cual estará sujeto a revisiones periódicas y corregidas y podrá ser modificado en función de los criterios técnicos que dictaminen los servicios médicos.

En todo caso, la entidad informará al sujeto protegido de dichas actualizaciones en cuanto éstas se produzcan. En el nomenclátor siguiente aparecen clasificadas por origen, enfermedades, tratamientos o diagnósticos, con su correspondencia en días indemnizables.

Los casos específicos que figuran anotados en las tablas sin asignación de puntos tienen el significado siguiente:

- excl.: prestación excluida.

- v. m.: valoración médica.

BAREMO INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE	Nº días
1. BAZO	
Absceso esplénico (quirúrgico)	20
Esplenectomía	30
Sutura fisura esplénica	20
2. CARDIOLOGÍA - CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	
Anastomosis porto-cava	40
Aneurisma arterial periférico	20
Aneurisma arteriovenoso periférico sin injerto	15
Aneurisma en tronco	30
Angina de pecho (angor) (precisando ingreso hospitalario) (1.º episodio)	30
Arritmias crónicas con o sin tratamiento clínico	excl.

Arteriectomía	30
Bypass aortofemoral o similares	40
Bypass aortorrenal	40
Cateterismo cardíaco terapéutico (no diagnóstico)	10
Cirugía con circulación extracorpórea (CEC) (prótesis o bypass)	90
Cirugía de aneurisma de aorta abdominal	80
Cirugía de aneurisma y/o disección de aorta torácica	80
Coartación de aorta	40
Comisurotomía	30
Crisis o episodio de arritmia aguda sintomática con tratamiento hospitalario	15
Defectos septales	excl.
Disección de aorta	70
Embolectomía	20
Endocarditis sobre válvula natural	60
Endocarditis sobre válvula protésica	75
Flebectomías de safenas	21
Hipertensión maligna. Crisis hipertensiva con ingreso hospitalario	10
Implantación de marcapasos	8
Implantación de válvulas	40
Infarto agudo de miocardio (IAM)	70
Injerto arterial con circulación extracorpórea e hipotermia	60
Injerto arterial en tronco (sin prótesis)	30
Injerto arterial periférico (sin prótesis)	21
Insuficiencia cardíaca congestiva aguda	30
Ligadura arterial carótida	15
Ligadura vena cava	20
Linfadenectomía preaórtica	21

Linfangioma quístico cervical	20
Miocarditis	40
Pericardio. Tratamiento quirúrgico (cualquier tipo)	40
Pericarditis vírica	21
Persistencia del conducto arteriovenoso	excl.
Simpatectomía lumbar	21
Simpatectomía torácica	30
Tetralogía de Fallot	excl.
Trasplante cardíaco	210
Tromboendarterectomía en tronco	40
Tromboendarterectomía periférica	30
Tromboflebitis con cirugía	21
Tromboflebitis sin cirugía	15
Varices (esclerosis), láser	excl.
Varices (resección)	excl.
3. CIRUGÍA GENERAL	
Absceso glúteo desbridamiento (anestesia general)	10
Absceso isquiorrectal	10
Absceso simple	excl.
Adenitis crónica	excl.
Adenoflemón cuello	7
Amputaciones (véase traumatología)	-
Apendicectomía con peritonitis generalizada	30
Apendicectomía (cualquier técnica)	15
Biopsia de ganglios (punción)	excl.
Biopsia de ganglios (quirúrgica)	excl.
Bursitis (higroma) (quirúrgico)	10

Bursitis (supuradas) (quirúrgico)	12
Cuerpos extraños (extracción quirúrgica)	excl.
Epitelioma de labio (con <i>toilette</i> ganglionar)	10
Epitelioma de labio (extirpación)	7
Epitelioma lengua (extirpación parcial)	10
Eventración, reducción quirúrgica	30
Eventraciones sin apertura peritoneal	21
Evisceraciones totales (trat. quirúrgico)	45
Fimias o tuberculosis abdominal generalizada	30
Fístula de conducto tirogloso	excl.
Hemorragia digestiva alta aguda (confirmación gastroscopia)	21
Hernia de hiato (tratamiento quirúrgico)	30
Hernias diafragmáticas	20
Hernias, inguinales, epigástricas, dobles, cualquier tipo (trat. quirúrgico)	21
Hernias recidivadas (de cualquier etiología)	excl.
Hernia umbilical	15
Varices (esclerosis)	excl.
Varices (resección)	excl.
4. CIRUGÍA PLÁSTICA	
Dermopatías agudas que incapaciten transitoriamente para la profesión habitual	v.m.
Epitelioma de labio (con <i>toilette</i> ganglionar)	10
Epitelioma de labio (extirpación)	7
Epitelioma de lengua (extirpación parcial)	10
Extirpación de cicatrices y pequeña cirugía no ambulatoria	excl.
Macizo frontal y malar (secundario a accidente)	37
Mamas (aumento, reducción o corrección)	excl.
Plastias para el cuero cabelludo	15

Ptosis palpebral, blefaroplastia	excl.
Reconstrucción cavidad orbitaria	40
Reconstrucciones del pulgar:	
* Alargamiento del muñón	30
* Falangización de metacarpianos	30
* Reinervación de muñón	21
Trasplante de dedos	50
5. CIRUGÍA TORÁCICA	
Absceso pulmonar drenaje quirúrgico	40
Biopsia pulmonar quirúrgica	15
Bronquiectasias (resección quirúrgica)	45
Enfisema (resección atípica)	45
Extirpación total del pulmón, con/sin pleurectomía	45
Lobectomía	60
Mediastinitis, absceso mediastino, mediastinostomía	40
Neoplasias: pulmonar, tratamiento oncológico y/o cirugía	210
Neumectomía	90
Neumotórax, hemotórax (evacuación)	21
Neumotórax recurrente, cirugía (extirpación ampollas, pleurectomía)	45
Nodullectomía benigna o cáncer in situ	45
Quistes branquiales. Tratamiento quirúrgico	16
Segmentectomía	60
Timectomía	23
Tiroidectomía total o subtotal (AP)	21
Toracotomía exploradora	15
6. COLOPROCTOLOGÍA	
Absceso perianal	7

Fecaloma (extracción)	excl.
Fístula de ano (ciega externa)	10
Fístula de ano (con comunicación rectal)	15
Fístula génito-entero-urinaria	15
Fisurectomía y esfinterotomía abierta	15
Hemorroides prolapso rectal (con tratamiento médico)	excl.
Hemorroides (trat. quirúrgico), cualquier técnica	15
Imperforación de ano	excl.
Pólipo, poliposis rectal (tratamiento quirúrgico)	7
Prolapso rectal (tratamiento médico)	excl.
Prolapso rectal (tratamiento quirúrgico)	15
Quistes sacrocoxígeos (extirpación) (cualquier técnica)	21
7. DERMATOLOGÍA	
Biopsia tumores dérmicos, subdérmicos	excl.
Epitelioma	7
Lipomas (extirpación)	excl.
Melanoma, neoplasia dérmica con afectación sistémica	60
Melanoma, neoplasia dérmica sin afectación sistémica	10
Neurofibroma	excl.
Neurofibromatosis	excl.
Quistes sebáceos	excl.
Uña extracción	excl.
Uña incarnata	excl.
Verrugas (exéresis/electrocoagulación/láser)	excl.
Xantelasmas (1 sola vez)	5
8. ENDOCRINOLOGÍA	
Bocio nodular (enucleación)	21

Bocio intratorácico (tratamiento quirúrgico)	21
Diabetes mellitus, cetoacidosis, coma cetoacidótico o hiperosmolar	15
Enfermedad de Graves-Basedow	21
Feocromocitoma (tratamiento quirúrgico)	40
Hipertiroidismo	21
Hipotiroidismo	21
Panhipopituitarismo, tumores, granulomas (tratamiento quirúrgico)	45
Paratiroidectomía	15
Prolactinoma quirúrgico	40
Quiste tiroides (extirpación)	15
Suprarrenal: enfermedad de Addison-Cushing-Conn	20
Tiroidectomía total o subtotal (AP)	21
Tiroiditis aguda	16
9. ESÓFAGO	
Atresias de esófago	excl.
Divertículos esofágicos cervicales	21
Enfermedad de Zollinger-Ellison con o sin cirugía	30
Esofagectomía segmentaria	30
Esofagectomía total, cervicotomía, toracot. y lap (cualquier técnica)	45
Estenosis esofágicas no debidas a cáncer (excluidas congénitas)	40
Fístulas traqueoesofágicas (excluidas congénitas)	30
10. ESTÓMAGO	
Gastrectomía total o parcial (cualquier técnica)	30
Gastrorrafia	21
Papilotomía (endoscópica)	7
Piloroplastias	10
Vagotomía-piloroplastia	30

11. GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA	
Absceso pelviano: incisión y drenaje	8
Absceso suburetral: incisión y drenaje	8
Amputación cuello uterino	15
Anexectomía	30
Anexitis	7
Biopsia de cuello o endometrio (Papanicolaou)	excl.
Cauterización del cuello	excl.
Cirugía de la endometriosis grave	35
Colporrafia + colpoperineorrafia, cisto y rectocele	15
Colporrafia anterior por cistocele	8
Colporrafia posterior por rectocele	8
Condilomas acuminados: extirpación quirúrgica	excl.
Conización por cáncer in situ o CIN III	15
Corrección de prolapsos y celes	25
Desgarro perineal completo: reparación	8
Enfermedad inflamatoria pelviana grave, diagnosticada por laparoscopia	21
Enfermedad que requiera baja pre-parto (cualquier etiología), a valorar por el s.m.	15
Fístula rectovaginal	10
Fístula vaginoperineal	10
Fístula vesicovaginal	10
Glándula de Bartolino: drenaje absceso	2
Histerectomía abdominal	30
Histerectomía vaginal (con o sin conservación anejos)	30
Incontinencia de esfuerzo (con o sin uretrocele), cualquier técnica	20
Infiltraciones con alcohol, etc., por prurito vulvar	excl.
Legrado uterino ginecológico	excl.

Miomectomía uterina	21
Muñón cervical poshisterectomía subtotal extirpación	15
Neoplasias: endometrial, tratamiento oncológico y/o cirugía	120
Neoplasias: mamaria, tratamiento oncológico y/o cirugía conservadora	120
Neoplasias: mamaria, tratamiento oncológico y/o cirugía radical	150
Neoplasias: ovárica, tratamiento oncológico y/o cirugía	180
Parto (véase artículo 15)	20
Pólipos y quistes vaginales (extirpación)	7
Quistes de ovario extirpación	15
Resección cuneiforme de ovarios	15
Salpingooforectomía	30
Utero doble: bicorne o subsepto	excl.
Vaciamiento de mola uterina	15
Vagina artificial construcción	excl.
Vulvectomy radical más linfadenectomía	30
Vulvectomy simple	15
12. HEMATOLOGÍA	
Anemia hemoglobina inferior a 10 (HB < 10)	excl.
Leucemias (cualquier tipo)	150
Leucopenia idiopática	excl.
Linfoma Hodgkin, tratamiento oncológico y/o cirugía	150
Linfoma no-Hodgkin, tratamiento oncológico y/o cirugía	210
Mieloma, tratamiento oncológico y/o cirugía	150
Policitemia vera (con ingreso hospitalario)	20
Púrpura trombocitopénica idiopática (PTI). Con ingreso hospitalario	20
Trasplante médula	100
Trombopenia-trombocitosis	excl.

13. HÍGADO	
Absceso hepático, resección/exéresis	30
Cirrosis (excluida la cirrosis alcohólica)	15
Colecistectomía endoscópica/laparoscópica, láser	15
Colecistectomía (vía biliar)	21
Colecistectomía (vía biliar) + esfinterotomía	30
Colecistitis aguda	25
Cólico hepático con colelitiasis confirmada	7
Cólico hepático sin colelitiasis confirmada	excl.
Descompensación cirrosis/insuficiencia hepática. Con ingreso hospitalario (descartada la alcohólica)	15
Fístula biliar externa (tratamiento quirúrgico)	30
Hepatectomía (parcial)	40
Hepatitis aguda A	21
Hepatitis aguda B, C, D	60
Hepatitis aguda tóxica: por fármacos (intento autólisis)	excl.
Hepatitis aguda tóxica: por otros productos (excluida intento de autólisis)	21
Hepatitis crónica: persistente (HCP), latente (HCL), activa (HCA)	excl.
Hepatitis inflamatoria-granulomatosis	21
Hepatitis inflamatorias cronificadas cirrosis	excl.
Neoplasias: hepática, tratamiento oncológico y/o cirugía	180
Quiste hidatídico de cavidad abdominal	30
Quiste hidatídico hepático, resección quirúrgica/exéresis	30
Suturas de hígado por rotura	15
Trasplante hepático	150
Tumores benignos hepáticos, resección quirúrgica/exéresis	30
14. INFECCIOSAS (trat. hospitalario)	
Abscesos, infecciones localizadas, Desbridamiento quirúrgico	7

Brucela (tratamiento hospitalario)	30
Enfermedades tropicales con tratamiento hospitalario	30
Exantemáticas	excl.
Fiebre Q	21
Fiebre tifoidea (con complicaciones vinculadas)	60
Fiebre tifoidea (sin complicaciones vinculadas)	30
Herpes zóster y/o neuralgia postherpética	excl.
Infecciones respiratorias agudas, gripe, amigdalitis, laringitis, faringitis, otitis	excl.
Leptospirosis	30
Micosis orgánicas (no cutáneas)	21
Micosis sistémicas (no cutáneas)	21
Tétanos-botulismo	60
Toxoplasmosis, mononucleosis	15
Tuberculosis extrapulmonar	90
Tuberculosis pulmonar	60
15. INTESTINOS	
Colectomía total	30
Coledocoduodenotomía	20
Colitis ulcerosa (brote)	15
Colitis ulcerosa (complicaciones)	30
Colostomía	30
Colostomía, cierre	15
Enfermedad de Crohn (brote)	15
Enfermedad de Crohn (complicaciones)	30
Estenosis pilórica (con tratamiento quirúrgico)	30
Gastroenteritis aguda	excl.
Gastroenteritis aguda complicada con fracaso renal agudo	30

Gastroenteritis aguda con ingreso hospitalario superior a 7 días	7
Hemicolectomía (AP)	50
Ileitis regional (intervención)	25
Íleo paralítico	20
Infarto mesentérico (tratamiento quirúrgico)	40
Neoplasia de recto por carcinoma (tratamiento oncológico y/o cirugía)	180
Neoplasias: gastrointestinal, tratamiento oncológico y/o cirugía	150
Oclusión intestinal (tratamiento quirúrgico)	45
Panproctocolectomía (AP)	75
Polipectomía endoscópica	1
16. MAMAS	
Biopsias (con anatomía patológica)	excl.
Ginecomastia (tratamiento quirúrgico)	30
Mama supernumeraria (sin infección) extirpación	excl.
Mama supernumeraria (con infección) extirpación	21
Mastectomía	30
Mastitis (desbridamiento)	15
Neoplasias: mamaria, tratamiento oncológico y/o cirugía conservadora	120
Neoplasias: mamaria, tratamiento oncológico y/o cirugía radical	150
Tumorectomía	21
17. MAXILOFACIAL	
Cálculos salivares (extracción cualquier técnica)	excl.
Cordales: extirpación con o sin osteotomía	excl.
Extracciones y reparaciones dentales	excl.
Fractura cigomática o malar con afectación órbita	75
Fractura cigomática o malar sin afectación órbita	60
Fractura de Le Fort (I)	60

Fractura de Le Fort (II)	75
Fractura de Le Fort (III)	90
Fractura del cóndilo mandibular	45
Fractura del maxilar superior: tratamiento cruento	90
Fractura del maxilar superior: tratamiento incruento	60
Fractura de mandíbula	60
Fractura nasal que no precisa reducción quirúrgica	15
Fractura nasal que precisa reducción quirúrgica	20
Fracturas faciales que no precisen reducción quirúrgica	20
Luxación maxilar inferior	15
Quistes dentarios y épulis	excl.
18. MISCELÁNEA	
Dermatopolimiositis (al diagnóstico)	21
Enfermedad de Behçet (hasta tres episodios agudos)	15
Enfermedad de Reiter (hasta tres episodios agudos)	15
Esclerodermia, complicaciones y agudizaciones (hasta tres episodios)	21
Espondilitis anquilopoyética (hasta tres episodios agudos)	15
Fibromialgia	excl.
Intoxicaciones por fármacos, complicaciones. Intento autólisis	excl.
Lupus eritematoso sistémico-LED, panarteritis, amiloidosis, sarcoidosis	30
Miastenia gravis (al diagnóstico)	18
Síndrome cansancio crónico	excl.
19. NEUROLOGÍA. NEUROCIRUGÍA	
Artrodesis vertebral	45
Conmoción cerebral recuperada	excl.
Craneotomía con intervención sobre encéfalo (sangre, tumores benignos)	90
Craneotomía (trepanación) por cualquier causa	40

Degenerativas: demencias de cualquier tipo	excl.
Desmielinizantes: metabólicas, carenciales	15
Enfermedades cerebrovasculares: accidente cerebrovascular (ACV)	40
Enfermedades cerebrovasculares: accidente isquémico transitorio (AIT)	15
Enfermedades cerebrovasculares: hemorragia intracraneal	45
Enfermedades cerebrovasculares: vasculitis cerebral	40
Esquirlectomía craneal interesando meninges	20
Esquirlectomía craneal simple (sin interesar meninges)	15
Estatus epiléptico	10
Hematoma subdural y epidural	21
Hernia de disco (cualquier nivel): artrodesis vertebral	45
Hernia de disco (cualquier nivel): percutánea y quimionucleolisis	45
Hernia de disco (cualquier nivel): tratamiento quirúrgico clásico	45
Hidrocefalia con tratamiento quirúrgico	45
Hidrocefalia: tratamiento médico	15
Infecciones abscesos sistema nervioso central (SNC)	60
Infecciones bacterianas SNC	30
Infecciones víricas SNC	21
Injertos nerviosos	50
Laminectomía exploradora	21
Laminectomía intervención sobre médula o membranas, tumor, cordotomía	60
Lobotomía	50
Médula espinal: ependimoma	47
Médula espinal: meningocele	44
Meningocele	excl.
Neoplasias: SNC o periférico, tratamiento oncológico y/o cirugía	180
Neurogangliectomía bilateral lumbar o paravertebral	30

Neurogangliectomía del estelar (estelectomía)	30
Neurogangliectomía esplácnica (esplacnicectomías)	30
Neurogangliectomía gasseriana	35
Neurogangliectomía (simpatectomía cervical)	30
Neurólisis y neuroanastomosis	21
Neuropatías agudas: nervios craneales y periféricos	21
Neurosis-cuadros depresivos-síndromes ansiosos	excl.
Parálisis facial idiopática o parálisis de Bell	15
Quiste hidatídico cerebral	15
Síndrome de Guillain-Barré	60
TCE, traumatismo craneoencefálico: conmoción cerebral recuperada (con ingreso hospital, mínimo de 24 horas)	7
TCE, traumatismo craneoencefálico, conmoción cerebral recuperada (sin ingreso hospitalario. Glasgow 12-15)	excl.
TCE, traumatismo craneoencefálico: fractura craneal con afectación parenquimatosa cerebral diagnosticada por RMN	100
TCE, traumatismo craneoencefálico: fractura craneal con afectación parenquimatosa cerebral y estado de coma de más de un mes de duración	180
TCE, traumatismo craneoencefálico: fractura craneal sin afectación orgánica cerebral	40
Válvulas de derivación	40
Vértigo periférico o central (no enfermedad de Ménière)	excl.
Vértigo periférico o central postraumático (no enfermedad de Ménière)	excl.
Vértigo por enfermedad de Ménière	15
20. OFTALMOLOGÍA	
20.01 Varios	
Blefaroplastias	excl.
Chalazión, uno o varios	7
Cirugía de desprendimiento de retina con láser	15
Cirugía de desprendimiento de retina (cualquier sistema)	20

Cirugía de las cataratas	15
Cirugía sobre la cámara anterior con prótesis	22
Cirugía sobre la cámara anterior sin prótesis	15
Cirugía sobre la cámara posterior	25
Coloboma palpebral	7
Conjuntivitis/queratitis/úlceras corneal	excl.
Cuerpo extraño. Extracción quirúrgica y taponamiento superior a 7 días	8
Cuerpo extraño. Extracción y taponamiento inferior a 7 días	excl.
Cuerpo extraño intraocular. Herida perforante a cámara anterior	21
Ectropión o entropión, tratamiento quirúrgico completo	15
Enucleación o evisceración	25
Enucleación por estallido traumático	30
Epicanto	8
Estrabismo	excl.
Exenteración orbitaria	25
Glaucoma (crisis aguda)	10
Herpes oftálmico	15
Iritis, uveítis autoinmune	30
Iritis, uveítis traumática	15
Obstrucción arteria o vena central de la retina	30
Orbitotomía	25
Ptosia palpebral	excl.
Quistes dermoides de cejas	excl.
20.02 Aparato lagrimal	
Ausencia del saco lagrimal creación vía excretora	excl.
Cateterismo por imperforación congénita	excl.
Extirpación glándula lagrimal	8

Fístula lagrimal (tratamiento completo)	8
20.03 Conjuntiva	
Cuerpos extraños enclavados	excl.
Pterigión	8
Simbléfaron (con autoplastia o injerto)	8
Tumores malignos (comprobación anatomopat. Extirpación)	25
20.04 Córnea y esclerótica	
Cauterización y legrado de úlcera corneal	8
Cuerpos extraños enclavados	excl.
Extirpación de estafiloma intercorneoescleral	10
Injerto corneal (véase trasplante de córnea)	20
Trasplante de córnea	20
20.05 Tracto uveal	
Ciclodíálisis o ciclodiatерmia	15
Cuerpo extraño cámara posterior con/sin iridectomía	21
Cuerpo extraño en cámara anterior o iris con o sin iridectomía	15
Enclavamiento antiguo de iris iridodíálisis	15
Escleroiridectomía	25
Iridectomía antiglaucomatosa	15
Iridocapsulotomía	10
Iridotomía o iridectomía	10
Tumores o quistes del iris	20
20.06 Cristalino, cuerpo vítreo, retina	
Aspiración del vítreo	8
Cuerpo extraño de vítreo o cisticercos en el mismo	8
Facoemulsión + LIO	15
Inyección del vítreo	8

Luxación anterior del cristalino (excepto congénitas)	21
Luxación posterior del cristalino	21
Tumores de la retina	40
21. OTORRINOLARINGOLOGÍA	
Adenoidectomía	8
Amigdalectomía adultos	8
Cirugía de Ménière	30
Cirugía de oído por neoplasia	60
Cirugía de otosclerosis	21
Cirugía de suelo de la boca	50
Cirugía nasosinusal por neoplasia ampliada	40
Colesteatoma	15
Corpectomía	excl.
Cuerpo extraño en oído medio o interno (vía natural)	excl.
Cuerpo extraño en oído (vía cruenta)	7
Descompresión vestibular	15
Epitelioma de cuerdas vocales	21
Esofagotomía	22
Estapedectomía	50
Extirpación maxilar superior	30
Extirpación cornetes	10
Extirpación de glándula submaxilar	15
Extirpación del pabellón auricular parcial o total	10
Extracciones dentales	excl.
Faringectomía + vaciado ganglionar	20
Fibroma de cavum (vía oral)	20
Fibroma de cavum (vía transmaxilar)	30

Flemón-absceso laríngeo	13
Flemón periamigdalino	13
Glándulas salivares. Tratamiento quirúrgico	15
Hemilaringectomía	40
Imperforación coanas	excl.
Laberintectomía	50
Laringectomía (cualquier causa)	90
Laringotomía	30
Ligadura yugular	8
Mastoidectomía simple o doble	25
Miringoplastia	15
Neoplasias: cavidad bucal, tratamiento oncológico y/o cirugía	120
Neoplasias: cervical invasora, tratamiento oncológico y/o cirugía	210
Neoplasias: laríngea, tratamiento oncológico	150
Neoplasias: laríngea, tratamiento oncológico y/o cirugía	180
Oído externo, tratamiento quirúrgico	excl.
Oído interno, tratamiento quirúrgico	21
Oído medio, tratamiento quirúrgico	13
Palatoplastia (tratamiento del ronquido)	excl.
Parótida, cirugía de tumor benigno	25
Quistes maxilares. Tratamiento quirúrgico	excl.
Reconstrucción de cadena osicular del oído	21
Resección tabique	20
Rinoseptoplastia	excl.
Seno frontal vía interna o externa	15
Septoplastia	excl.
Sinusectomía maxilar	15

Sinusitis complicada doble (pansinusitis)(intervención)	30
Sinusitis, tratamiento quirúrgico	7
Timpanoplastia con injerto de periostio	21
Trepanación del laberinto	40
Vaciamiento etmoidal vía externa	25
Vaciamiento etmoidal vía interna	30
Vértigo periférico o central (no enfermedad de Ménière)	excl.
Vértigo por enfermedad de Ménière	15
22. PÁNCREAS	
Neoplasias: pancreática, tratamiento oncológico y/o cirugía	210
Pancreatectomía	60
Pancreatitis aguda y hemorrágica o complicada (esteatonecrosis)	40
Pancreatitis crónica: reagudizaciones (max. 2 episodios)	15
Pancreatogastroduodenotomía	45
23. PSIQUIATRÍA	
Anorexia nerviosa	excl.
Demencias	excl.
Esquizofrenia (1 sola vez, al diagnóstico)	30
Neurosis-cuadros depresivos-síndromes ansiosos	excl.
Psicosis (1 sola vez, al diagnóstico)	30
24. QUEMADURAS	
Quemaduras I: de 1. ^{er} grado (todas)	excl.
Quemaduras II: de 2. ^o grado con menos del 3% de extensión corporal	excl.
Quemaduras III: de 2. ^o grado con más del 3% y menos del 10%, y de 3. ^{er} grado con menos del 3% de extensión corporal	7
Quemaduras IV: de 2. ^o grado con más del 10% y menos del 21%, y de 3. ^{er} grado con más del 3% y menos del 10% de extensión corporal	30
Quemaduras V: de 2. ^o grado con más del 20% y menos del 40% de extensión corporal	60

Quemaduras VI: de 2.º grado con más del 40%	75
Quemaduras VII: de 3.º grado con más del 20% y menos del 40% de extensión corporal	120
Quemaduras VIII: de 3.º grado con más del 40% de extensión corporal	180
Quemaduras IX: de 2.º o 3.º grado que afectan a más del 30% de la palma de la mano y dedos	21
Quemaduras X: de 2.º o 3.º grado que afectan a más del 50% de la palma de la mano y dedos (incluido dorso)	30
25. RESPIRATORIO	
Bronquioectasias, enfisema	excl.
Bronquitis aguda o sobreinfección respiratoria sobre enfermedad crónica. Ingreso hospitalario superior a 7 días	7
Derrame pleural (ingreso hospitalario con o sin toracocentesis)	20
Enfermedades infiltrativas (sarcoidosis, síndrome de Goodpasture)	30
Enfermedades respiratorias crónicas: ocupacionales-profesionales-coniosis	excl.
Estatus asmático con ingreso hospitalario	15
Neumonía complicada con sepsis o absceso pulmonar	40
Neumonía: vírica, bacteriana, atípica (imprescindible confirmación Rx)	21
Neumonitis por hipersensibilidad	15
Neumotórax con o sin derrame pleural	21
Neumonía: bacteriana típica (confirmada Rx)	7
Obstrucción crónica al flujo aéreo (OCFA) (EPOC, BNCO)	excl.
Tromboembolismo pulmonar con ingreso hospitalario	45
26. TOCOLOGÍA	
Aborto espontáneo	excl.
Amenaza de aborto	excl.
Apendicitis, torsión quiste ovario, ovariectomía durante la gestación	21
Desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada	21
Embarazo ectópico	30
Fecundación in vitro y transferencia embrionaria (FIVTE)	excl.

Hiperemesis gravídica que precise rehidratación parenteral (ing. hospital)	10
Legrado uterino obstétrico	excl.
Parto vaginal/cesárea	20
Transferencia intratubárica de embriones (TET)	excl.
Transferencia intratubárica de gametos (GIFT)	excl.
Transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT)	excl.
27. TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA	
27.01 Afecciones, heridas y lesiones	
Artritis aguda por cristales (gota, máximo 2 crisis)	7
Artritis psoriásica (Hasta tres episodios agudos)	15
Artritis séptica	70
Artritis seronegativas episodios agudos (hasta tres episodios)	15
Artritis traumática de grandes articulaciones con artrocentesis por derrame	21
Artritis traumática de grandes articulaciones sin artrocentesis	10
Artritis traumática de manos y pies. Inmovilización de más de 7 días	10
Artritis tuberculosa	70
Capsulitis, cualquier articulación	excl.
Contusiones y contracturas	excl.
Esguinces cualquier localización, cualquier tratamiento	excl.
Fisura de huesos cortos	15
Fisura de huesos largos	30
Heridas inciso-contusas (suturas, ligaduras, etc.)	excl.
Injertos nerviosos	50
Intervención de revascularización ósea	60
Osteomielitis aguda	90
Roturas fibrilares	excl.
Tendinitis	excl.

Fracturas - Intervenciones varias	
27.02 Cuello	
Cervicalgia, cervicobraquialgia o protusión discal, con afectación radicular objetivada con EMG. Tratamiento médico.	30
Cervicalgia, cervicobraquialgia o protusión discal, con afectación radicular objetivada en EMG. Tratamiento quirúrgico: artrodesis cervical (cualquier técnica)	120
Cervicalgia, cervicobraquialgia o protusión discal, con afectación radicular objetivada en EMG. Tratamiento quirúrgico: laminectomía descompresiva	75
Cervicalgia, cervicobraquialgia o protusión o hernia discal, con afectación radicular objetivada en EMG. Tratamiento quirúrgico: nucleotomía percutánea o quimionucleolisis	45
Cervicalgia, cervicobraquialgia o protusión discal, sin afectación radicular objetivada con EMG. Tratamiento médico	excl.
Fractura luxaciones cervicales no quirúrgicas	90
Fractura luxaciones cervicales sin lesión medular. Tratamiento quirúrgico	120
Hernia discal cervical con afectación radicular. Laminectomía	75
Hernia discal cervical con afectación radicular. Tratamiento médico	21
Hernia discal cervical con afectación radicular. Tratamiento quirúrgico	120
Hernia discal cervical sin afectación radicular. Tratamiento médico	excl.
Latigazo cervical	21
Tenotomía	21
27.03 Columna	
Artrodesis dos o más cuerpos vertebrales con instrumentación	120
Espina bífida	excl.
Fractura apófisis vertebrales (espinosas, transversas)	45
Fractura coxis	30
Fractura cuerpos vertebrales, lesiones medulares graves, paraplejia	210
Fractura de cuerpo vertebral, tratamiento ortopédico o quirúrgico	120
Fractura luxación sin lesión medular tratamiento quirúrgico	160
Hernia discal lumbar o sacra. Con afectación radicular objetivada en EMG. Tratamiento quirúrgico: laminectomía descompresiva	75

Hernia discal lumbar o sacra. Con afectación radicular objetivada en EMG. Tratamiento quirúrgico: nucleotomía percutánea, quimionucleolisis	45
Lumbalgia, lumbago, contractura o esguince lumbar, lumbociatalgia, hernia discal. Sin objetivación de afectación radicular en EMG. Cualquier etiología. Tratamiento médico	excl.
Lumbalgia, lumbociatalgia, hernia discal. Con objetivación de afectación radicular en EMG. Tratamiento médico	21
Lumbociatalgia (cualquier etiología)	excl.
Meningocele lumbosacro	excl.
Paraplejía	210
Tetraplejía	210
27.04 Tórax	
Fisura esternón	21
Fisuras costales	15
Fractura de esternón	40
Fracturas costales con hemotórax o neumotórax	75
Fracturas costales con inestabilidad torácica (<i>volet costal</i>)	90
Fracturas costales desplazadas sin afectación del parénquima pulmonar	40
Fracturas costales no desplazadas, sin hemotórax o neumotórax	21
Luxación esternoclavicular. Tratamiento ortopédico (inmovilización)	40
Luxación esternoclavicular. Tratamiento quirúrgico	50
Subluxación esternoclavicular. Tratamiento médico más de 14 días	21
Traumatismo torácico con rotura bronquial o disección aórtica	90
Tuberculosis costal. Tratamiento quirúrgico	60
27.05 Hombro	
Acromioplastia	15
Fractura clavícula o escápula. Tratamiento ortopédico	40
Fractura clavícula o escápula. Tratamiento quirúrgico	50
Fractura olécranon o apófisis coronoides	90
Luxación acromioclavicular. Tratamiento ortopédico (inmovilización)	40

Luxación acromioclavicular. Tratamiento quirúrgico	50
Luxación de hombro asociada a fractura de troquíter	100
Luxación escapulohumeral recidivante. Tratamiento ortopédico	excl.
Luxación escapulohumeral recidivante. Tratamiento quirúrgico (1 sola vez)	50
Luxación escapulohumeral. Tratamiento ortopédico	30
Luxación escapulohumeral. Tratamiento quirúrgico	50
Rotura manguito de rotadores. Tratamiento médico (una sola vez)	30
Rotura manguito de rotadores. Tratamiento quirúrgico	90
Subluxación acromioclavicular. Tratamiento médico más de 14 días	21
27.06 Brazo, antebrazo	
Amputación antebrazo (total o parcial)	90
Amputación brazo (total o parcial)	90
Epicondilitis. Tratamiento médico	excl.
Epicondilitis. Tratamiento quirúrgico	30
Esguinces articulares de 3. ^{er} , agudo	21
Fractura cúbito o radio, o ambos (cualquier tratamiento)	75
Fractura cuello de húmero con luxación cabeza humeral	100
Fractura cuello de húmero. Tratamiento ortopédico	60
Fractura cuello de húmero. Tratamiento quirúrgico	90
Fractura diáfisis humeral y paleta humeral	120
Fractura epicóndilo, epitroclea	90
Fractura subcapital de húmero	120
Luxación de codo. Tratamiento médico o quirúrgico	40
Rotura completa de bíceps y/o tendón largo. Tratamiento quirúrgico	70
27.07 Mano	
Amputación de la mano (total o parcial)	90
Amputación mano, de todos los dedos, incluido el 1. ^o	90

Amputación parcial de un dedo de mano (amputación falanges completas)	30
Amputación pulpejo del dedo o de partes blandas de un dedo de la mano	7
Amputación total del 1. ^{er} dedo (pulgár) o 2. ^o de la mano (derecha o izquierda)	60
Amputación total del 3. ^{er} , 4. ^o , 5. ^o dedo de la mano, de varios o de todos ellos	45
Artroplastia parcial	40
Artroplastia total	60
Dupuytren bilateral (con tratamiento quirúrgico)	45
Dupuytren unilateral (con tratamiento quirúrgico)	30
Fractura escafoides (diagnóstico tardío confirmado) mano	60
Fractura falanges distales	21
Fractura falanges (excepto falanges distales) mano	30
Fractura huesos del carpo excepto escafoides	60
Fractura luxación carpo. Tratamiento quirúrgico	90
Fractura metacarpianos	60
Luxación IF de los dedos de la mano	21
Luxación MCF de los dedos de la mano	30
Luxación metacarpofalángica del pulgar	45
Luxación muñeca, carpo	40
Sección de tendones extensores	50
Sección de tendones flexores	60
Sinoviectomía	15
Traumatismos complejos de la mano (varias lesiones tendinosas + fracturas de varios metacarpianos o falanges)	100
Túnel carpiano. Tratamiento médico	15
Túnel carpiano. Tratamiento quirúrgico	21
27.08 Cadera	
Artroplastia total o parcial de cadera	120
Coxigodinia. Tratamiento quirúrgico	30

Fractura anillo pelviano con desviación fragmentos	210
Fractura anillo pélvico. Fractura de sacro	90
Fractura cotilo compleja. Fractura luxación central de cadera	210
Fractura de cotilo con o sin luxación de cadera	120
Fractura de ramas ileopubianas, isquiopubianas o espinas ilíacas	60
Fractura pelvis con complicación urinaria	210
Fractura pelvis: cóndilo con luxación intrapelviana	180
Luxación congénita de cadera	excl.
Luxación simple de cadera sin fractura	45
Osteotomías pélvicas	15
27.09 Rodilla	
Artrodesis de rodilla	90
Bursitis: tratamiento quirúrgico	20
Fractura rótula compleja o conminuta	120
Fractura rótula simple	90
<i>Genu valgum</i> (unilateral o bilateral) (adquirido). Tratamiento quirúrgico	90
Luxación de rodilla recidivante	excl.
Luxación rótula. Tratamiento médico	15
Luxación rótula. Tratamiento quirúrgico	21
Meniscectomía artroscópica regularización de lesiones condrales	30
Meniscectomía, regularización lesiones condrales	40
Meniscopatía: tratamiento ortopédico	21
Patelectomía	40
Plastia por artroscopia	51
Prótesis parcial rodilla	60
Prótesis total rodilla	150
Quistes tenosinoviales	excl.

Recambio prótesis total	120
Rodilla: esguince ligamento cruzado (LCA-LCP) inmovilizado con vendaje elástico o yeso durante más de 8 días y menos de 15 días	15
Rodilla: esguince ligamento cruzado (LCA-LCP) inmovilizado con vendaje elástico o yeso durante más de 15 días y menos de 29 días	30
Rodilla: esguince ligamento lateral interno-externo (LLI-LLE) inmovilizado con vendaje elástico o yeso durante más de 15 días y menos de 22 días	21
Rodilla: esguince ligamento lateral interno-externo (LLI-LLE) inmovilizado con vendaje elástico o yeso durante más de 7 días y menos de 15 días	15
Rodilla: esguince ligamento lateral interno-externo (LLI-LLE) inmovilizado con vendaje elástico o yeso durante más de 22 días y menos de 29 días	30
Rodilla: esguince ligamento lateral interno-externo (LLI-LLE) inmovilizado con vendaje elástico o yeso durante más de 29 días	40
Rodilla: esguince ligamento lateral interno-externo (LLI-LLE) inmovilizado con vendaje elástico o yeso durante menos de 8 días	8
Rodilla: esguince o rotura de ligamento cruzado (LCA-LCP) tratado sin inmovilización o con vendaje elástico o yeso durante menos de 8 días	8
Rodilla: lesiones complejas (tríada-péntada). Tratamiento quirúrgico	180
Rodilla: rotura completa LCA y/o LCP. Tratamiento quirúrgico mediante ligamentoplastia	120
Rodilla: rotura de ligamento cruzado (LCA-LCP) inmovilizado con vendaje elástico o yeso durante más de 30 días	40
Rodilla: rotura de ligamento cruzado (LCA-LCP) inmovilizado con vendaje elástico o yeso durante más de 21 días	25
Rotura tendón rotuliano. Trat. ortopédico o quirúrgico	90
27.10 Pierna	
Amputación de la pierna (total o parcial)	120
Amputación, desarticulación de la pierna desde la cadera	150
Cirugía del <i>halux valgus-rigidus</i>	30
Fractura cervicales, pertrocanterías, subtrocanterías	180
Fractura fémur, diáfisis	150
Fractura fémur, epifisiolisis	30
Fractura maleolares	90

Fractura meseta tibial	120
Fractura peroné	45
Fractura pilón tibial	120
Fractura supracondíleas, intercondíleas y supraintercondíleas	150
Fractura tibial, diáfisis	150
Luxación tibio-peroné-tarsiana: astrágalo pie	30
Osteosarcoma de la raíz del miembro inferior con <i>toilette</i> ganglionar	120
Osteotomías femorales	50
Osteotomías tibiales	30
Rotura del tendón de Aquiles. Tratamiento ortopédico o quirúrgico	90
Tratamiento quirúrgico de pseudoartrosis de huesos largos	120
27.11 Pie	
Amputación del pulpejo del dedo o de partes blandas de un dedo del pie	7
Amputación parcial de un dedo del pie (amputación falanges completas)	30
Amputación pie completo o antepié (tarso o metatarso)	90
Amputación total del 1. ^{er} dedo del pie	60
Amputación total de un dedo 2. ^o , 3. ^o , 4. ^o o 5. ^o del pie, de varios o de todos ellos	30
Esguince de dedos del pie	excl.
Espolón calcáneo. Tratamiento quirúrgico	30
Fractura astrágalo	120
Fractura bimalleolares o trimaleolares	150
Fractura de calcáneo. Tratamiento ortopédico	120
Fractura de calcáneo. Tratamiento quirúrgico	180
Fractura dedos pies	15
Fractura escafoides cuboides o cuñas	30
Fractura metatarsianos	60
Fractura tarso. Tratamiento ortopédico	60

Fractura tarso. Tratamiento quirúrgico	90
Luxación IF de los dedos del pie	15
Luxación MTF de los dedos del pie	15
Osteotomías metatarsianas	30
Pie cavo, talo, equino, valgo, varo, equinovaro	excl.
Pies planos. Tratamiento médico o quirúrgico	excl.
28. UROLOGÍA - NEFROLOGÍA	
Absceso córtico renal (tratamiento quirúrgico)	15
Absceso perinefrítico (tratamiento quirúrgico)	15
Adenoma periuretral	10
Amputación de pene (excluido cambio de sexo)	30
Amputación de pene con linfadenectomía	30
Biopsias (próstata, vejiga, riñón y testículo)	excl.
Castración unilateral o bilateral (secundaria a enfermedad o accidente)	40
Cavernostomía	15
Circuncisión	excl.
Cirugía de fibrosis retroperitoneal y adherencias	30
Cistectomía	50
Cistocele	10
Cólico nefrítico con litiasis confirmada con pruebas de diagnóstico por la imagen y tratamiento con litotricia renal	8
Cólico nefrítico sin litiasis confirmada (Rx, urografía)	excl.
Crisis hipertensivas con ingreso hospitalario	10
Electrocoagulación de tumor vesical por vía uretral (trat. completo)	20
Emasculación total con o sin vaciamiento ganglionar	40
Extirpación tumores vesicales por vía hipogástrica	30
Extracción endoscópica de cuerpos extraños	excl.
Fístula ureterovaginal	15

Fístula vesicovaginal	15
Glomerulonefritis (GN)	30
Hidrocele con hernia congénita	excl.
Hidrocele quirúrgico	15
Hipospadias y epispadias	excl.
Incontinencia urinaria (trat. quirúrgico, cualquier técnica)	30
Insuficiencia renal aguda	30
Litotricia	excl.
Nefrectomía más linfadenectomía paraórtica	60
Nefrectomía (parcial o total)	60
Nefrostomía	40
Neoplasias: prostática, tratamiento oncológico y/o cirugía	120
Neoplasias: renal, tratamiento oncológico y/o cirugía	150
Neoplasias: testicular, tratamiento oncológico y/o cirugía	120
Neoplasias: vesical, tratamiento oncológico y/o cirugía	120
Orquidectomía (AP)	30
Orquidopexia	10
Orquitis-Epidimitis-Prostatitis (agudas)	15
Pielonefritis aguda (PNA)	20
Pólipos uretrales (extirpación)	10
Prolapso de uretra femenino	15
Prostatectomía abdominal	40
Prostatovesiculectomía radical	40
Prótesis pene	excl.
Quistectomía renal	30
Quiste de cordón	7
Quiste espermático derecho	7

Resección transuretral de cuello vesical	15
Resección transuretral de próstata (RTU) (trat. completo)	15
Resección transuretral de tumores vesicales	20
Resección transuretral válvula de uretra prostática	15
Sección de frenillo	excl.
Síndrome nefrótico	30
Suprarrenalectomía	40
Trasplante renal	120
Uretronefrectomía	40
Uretroplastia (trat. completo)	10
Uretrotomía externa (uretrostomía)	7
Varicocele quirúrgico	15
29. EXPLORACIONES ESPECIALES	
Angiografía	7
Aortografía	7
Cistoscopia y Dormia	excl.
Fibrobroncoscopia	excl.
Mediastinoscopia	15
Toracotomía exploradora	15
30. TRATAMIENTOS ESPECIALES	
Ablación nódulo AV	4
Angioplastia transluminal percutánea	15
Cateterismo cardíaco terapéutico (no diagnóstico)	7
Cobaltoterapia (totalidad tratamiento)	15
Diálisis peritoneal (totalidad tratamiento)	10
Hemodiálisis (total tratamiento)	15
Toracoplastias	15

Toracosopia con sección de bridas	15
-----------------------------------	----



Oficinas centrales
Via Laietana, 20
Barcelona, 08003
Telf.: 93 295 63 00