

Artículo 1. DEFINICIONES**Mutualidad**

PREVISORA GENERAL, Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija, CIF V-58782145, con domicilio social en Barcelona, en Calle Balmes, 28 y titular del dominio de Internet "www.previsorageneral.com".

La Mutualidad está inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, al Folio 39, Volumen 24.055, Hoja B-63.429, y su actividad está sometida al control administrativo de la autoridad gubernativa competente de conformidad con la legislación vigente.

La Mutualidad es la entidad aseguradora que asume las coberturas del riesgo objeto de este condicionado y garantiza el pago de la indemnización correspondiente.

Accidente

Todo evento acaecido durante la vigencia de esta póliza derivado de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca invalidez temporal o permanente o muerte.

Acto Médico

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

Asegurado

Cada una de las personas físicas sobre las que se estipula la cobertura de los riesgos objeto de esta póliza.

Asociado

Es el tomador de la póliza, persona física o jurídica que suscribe la póliza y forma parte de la Mutualidad.

Carencia

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

Enfermedad

Toda alteración de la salud del Asegurado no causada por accidente, que sea diagnosticada por un médico y haga preciso un tratamiento médico o quirúrgico.

Enfermedad congénita

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

Toda enfermedad del Asegurado padecida con anterioridad a la contratación de este seguro, diagnosticada o no por un médico.

Fecha de efecto

Es la fecha en que entrará en vigor la cobertura pactada para cada uno de los Asegurados. En ningún caso la cobertura entrará en vigor con anterioridad al momento en que el Tomador haya satisfecho la primera prima correspondiente a dicho Asegurado.

Salvo pacto en expreso en contra, la cobertura entrará en vigor a las cero horas de la fecha de efecto y terminará en el momento de producirse el siniestro o a las cero horas de la fecha de vencimiento.

Póliza

Es el contrato de seguro en el que se regulan los derechos y deberes de las partes intervinientes. La misma está compuesta por las presentes Condiciones Generales, que contienen el conjunto de las condiciones reguladoras del seguro, de las Condiciones Particulares, dónde se individualizan las coberturas para cada tomador y asegurado, y por Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

Prima

El precio de la cobertura cuyo importe, junto con los impuestos, tasas o recargos que correspondan, deberá satisfacer el Tomador o el Asegurado según las condiciones establecidas en la presente póliza.

Siniestro

Todo hecho cuyas consecuencias están garantizadas por alguna de las modalidades objeto de la relación de protección.

Tomador

Es la persona física o jurídica que contrata la cobertura del riesgo objeto de esta póliza para el asegurado. El tomador puede contratar por cuenta propia o ajena, si bien en caso de duda, se presumirá que ha contratado por cuenta propia. Si el tomador del seguro y el asegurado son personas distintas, las obligaciones y los deberes que derivan del contrato corresponden al tomador.

Artículo 2. COBERTURAS

Mediante la presente póliza de seguro, la Mutualidad garantiza el pago de:

- 1) Una indemnización diaria por enfermedad o accidente.
- 2) Una indemnización por intervención quirúrgica, exploración o tratamiento especial.
- 3) Una indemnización diaria por hospitalización quirúrgica.

Dichas coberturas podrán contratarse de forma individual, dos de ellas o las tres conjuntamente.

La cobertura de indemnización diaria en caso de baja laboral requiere la confirmación de un médico con ejercicio en España y el correspondiente parte de baja emitido en España.

Las coberturas de intervención quirúrgica y hospitalización están limitadas a las intervenciones, exploraciones o tratamientos especiales efectuadas en territorio nacional.

Artículo 3. DURACIÓN

El contrato entra en vigor en la fecha y hora señaladas en el contrato de seguro una vez firmada la póliza y satisfecho al Asegurador el pago del primer recibo de prima.

La cobertura pactada tendrá una duración de un año, entendiéndose prorrogada por periodos anuales, salvo que alguna de las partes notifique por escrito a la otra parte, la oposición a la prórroga del contrato con un mes de antelación a la conclusión del periodo del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador.

A cada vencimiento de la póliza, la Mutualidad, por los cauces legales previstos, podrá modificar los condicionados a los que está sujeta la póliza.

Las modificaciones serán vinculantes para ambas partes contratantes. En cada prórroga se revisará si las pólizas de seguro y sus condiciones generales y particulares están debidamente firmadas y, si no fuera así, la Mutualidad podrá exigir la firma del contrato. Si el tomador no firma la póliza, la Mutualidad podría anular la póliza y, en su caso, devolver la prima correspondiente.

Artículo 4. PERSONAS ASEGURABLES

No serán admitidas en este condicionado solicitudes de personas de más de sesenta (60) años de edad para la cobertura de enfermedad y de más de sesenta y cuatro (64) años de edad para las coberturas de Intervención y Hospitalización Quirúrgica.

La edad máxima de los asegurados será de sesenta y cinco (65) años para la cobertura de indemnización diaria en caso de baja laboral por enfermedad o accidente, procediéndose a cursar la baja de esta cobertura al alcanzar dicha edad.

Asimismo, no serán admitidas en este condicionado solicitudes de personas que no se hallen incluidas en alguno de los Regímenes de la Seguridad Social, o bien en un sistema alternativo a la Seguridad Social, según lo previsto en la Disposición Adicional 15ª de la Ley 30/95, de ordenación y supervisión de los seguros privados.

En caso de que el asegurado inicie la situación de desempleo o deje de prestar, temporal o definitivamente, la profesión u ocupación declarada en la póliza, deberá comunicarlo a la Mutualidad.

I.- COBERTURA DE ENFERMEDAD

Artículo 5. INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

Mediante la presente póliza de seguro, la Mutualidad garantiza el pago de una indemnización diaria en caso de baja laboral:

- por enfermedad y accidente.
- por enfermedad
- por accidente

Sólo se podrá contratar una de las coberturas indicadas. Se disponen, para esta sección, diversas modalidades de contratación:

- **Sin franquicia** (la indemnización empezará a devengarse a partir del día siguiente al de la presentación de la baja laboral en las oficinas de la Mutualidad)

- **Con franquicia de tres (3) días** (la indemnización empezará a devengarse a partir del cuarto día)
- **Con franquicia de siete (7) días** (la indemnización empezará a devengarse a partir del octavo día)
- **Con franquicia de quince (15) días** (la indemnización empezará a devengarse a partir del decimosexto día)
- **Con franquicia de treinta (30) días** (la indemnización empezará a devengarse a partir del trigesimoprimer día)
- **Con franquicia de noventa (90) días** (la indemnización empezará a devengarse a partir del noventasimoprimer día)

Las indemnizaciones correspondientes se devengarán a partir del día siguiente de iniciarse el siniestro, siempre que éste se comunique a la Mutualidad dentro del plazo máximo de 7 días desde la ocurrencia del siniestro, tal como previene el artículo 16 de la Ley del Contrato de Seguro. **De recibirse la Declaración del Siniestro transcurrido este plazo máximo, el Asegurado comenzará a devengar las indemnizaciones desde la fecha en que la Mutualidad haya recibido la citada documentación.**

En todas las modalidades de contratación con franquicia, se descontará del periodo total de baja laboral, o del límite establecido en el anexo, los días correspondientes al periodo franquiciado.

En las modalidades de contratación con franquicia, en aquellos supuestos en que no se presente la baja laboral durante el correspondiente período de franquicia, la indemnización empezará a devengarse a partir del día siguiente al de la presentación de la baja laboral en las oficinas de la Mutualidad.

Artículo 6. DURACIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN

El límite máximo de indemnización diaria en caso de baja laboral, para cualquiera de las tres coberturas, será el estipulado en la opción contratada en póliza, que son las siguientes:

- trescientos sesenta y cinco (365) días.
- quinientos cuarenta y cinco (545) días.
- setecientos treinta (730) días.

Independientemente de la opción contratada de duración, serán de aplicación los límites establecidos en Anexo I y II al presente condicionado para determinadas enfermedades comunes y accidentes, percibiéndose el total de la prestación de una sola vez, a la finalización del periodo de baja.

Artículo 7. LÍMITES A LA COBERTURA DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE

Se establece un importe máximo de indemnización de 60 días en el caso de Incapacidad Temporal por accidente o enfermedad durante el primer año de vigencia de la póliza.

El asegurado que hubiese dado lugar a la percepción de indemnización de enfermedad o accidente por período inferior al límite máximo contratado y enfermara o se accidentara de nuevo dentro del plazo de ciento ochenta (180) días, contados a partir del día de la fecha del alta, sólo tendrá derecho a complementarlos hasta el referido máximo.

Si se trata de recaída o continuidad de una misma enfermedad o accidente, la computación de días a efectos del máximo se hará con independencia del tiempo transcurrido desde el alta.

Si el asegurado hubiese percibido el pago por una de las patologías detallada en el anexo I, la Mutualidad no se hará cargo de las sucesivas bajas motivadas por la misma enfermedad o accidente, si no han transcurrido más de ciento ochenta (180) días, contados a partir del día de la fecha de la alta médica.

Si durante la percepción de la indemnización, sea cual fuere ésta, el asegurado contrajese una enfermedad o sufriera accidente distinto, continuará devengándose la misma indemnización, haciéndose constar el cambio de diagnóstico.

Cuando la Mutualidad haya abonado el total de la indemnización por enfermedad o accidente por haber finalizado el plazo máximo, no se hará cargo de las sucesivas bajas motivadas por la misma enfermedad o accidente, ni de los cambios de diagnóstico que se produzcan dentro de una misma situación de baja laboral.

Artículo 8. PAGO DE INDEMNIZACIÓN

Para poder percibir indemnización por enfermedad o accidente se requiere:

- 1) Estar al corriente de pago de primas.
- 2) Hallarse afecto de una dolencia o proceso patológico, médico o quirúrgico derivado de enfermedad o accidente, no calificado como invalidez, que impida toda clase de trabajo.
- 3) Notificar la enfermedad o accidente a la Mutualidad mediante parte de baja laboral extendido por la seguridad social. Si el asegurado se encuentra incluido en un sistema alternativo a la seguridad social o en el régimen de trabajadores autónomos sin cobertura de incapacidad temporal, deberá aportar parte de baja expedido por facultativo en el que se hará constar con claridad el nombre y apellidos, la dolencia que le aqueja y el domicilio o lugar donde se encuentra atendido, que deberá ser entregado en las oficinas de la Mutualidad con la mayor urgencia posible.
- 4) **Que hayan transcurrido como mínimo 30 días desde la fecha de alta de la póliza.**

Los mencionados partes de baja y alta deberán ser comunicados en las Oficinas centrales de la Mutualidad; no surtiendo efecto alguno la presentación de los mismos ante cualquier persona colaboradora de la Entidad.

El asociado que venga percibiendo indemnización, por él o por una persona protegida, está obligado a comunicar en debida forma a la Mutualidad las variaciones de diagnóstico y tratamiento que experimente su enfermedad.

Artículo 9. EXCLUSIONES

Las indemnizaciones se denegarán en las siguientes circunstancias:

- 1) Cuando el enfermo siga un tratamiento prescrito por una persona no autorizada para el ejercicio de la medicina, o bien cuando la afección sea de índole imprecisa, sin síntomas objetivos de enfermedad, o tenga como manifestación única el dolor sin confirmación de causas etiológicas mediante pruebas diagnósticas.
- 2) Cuando el enfermo no facilite las inspecciones médicas que considere oportunas la Mutualidad o no aporte los certificados médicos solicitados por la misma, así como los correspondientes partes de confirmación.
- 3) Cuando la enfermedad o accidente se produzcan como consecuencia del uso o estando bajo los efectos de tóxicos, drogas, alcohol, o por actos voluntarios -por acción u omisión- o de imprudencia temeraria, actos de autolesión, así como las consecuencias de actos suicidas.
- 4) Cuando la enfermedad derive del S.I.D.A. y/o enfermedades causadas por el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH).
- 5) Cuando, aun estando en situación de baja, el enfermo o accidentado ejerza una actividad que le proporcione ingresos económicos, o bien cuando la Junta Directiva, previo informe médico, considere que puede ejercerla.
- 6) Cuando el asegurado se halle en situación de desempleo o no ejerciendo la profesión u ocupación declarada en la póliza.
- 7) Cuando la enfermedad o accidente sea consecuencia de la participación del asegurado en actos delictivos, duelos o riñas, guerra u operaciones de carácter similar o derivadas de hechos de carácter político o social, temblor de tierra, erupción volcánica, inundación y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos, reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva, así como las lesiones que el asegurado se autoinflinja o los intentos de suicidio. Los hechos de carácter político o social son aquellos acontecimientos imprevisibles o inevitables a corto y/o medio plazo, tales como, las manifestaciones tumultuarias, los alzamientos colectivos violentos, las epidemias y pandemias y las provocadas por situaciones de elevada polución y/o contaminación atmosférica.

- 8) Cuando la situación de baja sea consecuencia de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de esta prestación o en caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario de salud.
- 9) Cuando la enfermedad o accidente resulte de la práctica profesional o federativa de cualquier deporte o de la práctica como aficionado o profesional de las siguientes actividades de alto riesgo: el toreo y encierro de reses bravas, de la práctica de deportes peligrosos, tales como el buceo, el bobsleigh, el boxeo, el alpinismo, la escalada, el esquí, el motociclismo, el automovilismo, el submarinismo, las carreras de vehículo a motor, rugby, quad, espeleología, parapente, actividades aéreas no autorizadas para el transporte público de viajeros, actividades de navegación en aguas bravas y en cualesquiera otras circunstancias de riesgo, puénting, barranquismo, incluidos los entrenamientos y cualquier otra práctica manifiestamente peligrosa.
- 10) Cuando la situación de baja sea consecuencia de embarazo, parto, aborto, fertilizaciones "in vitro", inseminación artificial, pruebas de diagnóstico de fertilidad, tratamiento de la esterilidad y tratamientos esterilizantes, así como la cirugía estética o plástica que no sean reparadoras
- 11) Cuando los partes de baja y alta sean entregados a la Mutualidad en el mismo momento, es decir, una vez finalizada la situación de baja.
- 12) Cuando, en el momento en que se produce la enfermedad o accidente, el asegurado no se halle totalmente al corriente de primas. El hecho de ponerse al corriente de pago de primas con posterioridad a la denegación de la indemnización por esta causa, no dará derecho al cobro del mismo.
- 13) Cuando la situación de baja sea motivada por apnea del sueño, fibromialgia, estado de fatiga crónica y cuadros similares, enfermedades tropicales, corrección quirúrgica de la refracción ocular y/o enfermedades neurológicas que no estén comprobadas mediante pruebas diagnósticas, así como depresiones u otras enfermedades de naturaleza psiquiátricas y/o psicológicas de cualquier tipo incluido el estrés.
- 14) Cuando el enfermo o accidentado realice actividades físicas o deportivas que puedan interferir en su recuperación o que sean incompatibles, o no recomendables, con el diagnóstico médico que motiva la baja.

Artículo 10. FINALIZACIÓN DEL PERIODO DE PERCEPCIÓN

Las indemnizaciones finalizarán en las siguientes circunstancias:

- 1) Cuando sea dado de alta por el facultativo responsable de su tratamiento o por el Médico Inspector de la Mutualidad.
- 2) Cuando la patología se mantenga porque el asegurado no se someta a intervención quirúrgica o porque no siga el tratamiento prescrito por el médico responsable de su tratamiento.
- 3) En el supuesto de hallarse ausente el asegurado en el momento de personarse en su domicilio el Médico Inspector de la Mutualidad, éste le dejará notificación de su visita, disponiendo el asegurado de un plazo de 24 horas, salvo causa justificada, para informar a la Mutualidad sobre su situación, en orden al seguimiento de su siniestro. En caso de no recibir noticias suyas en el plazo previsto, se presumirá la finalización de su baja laboral, poniéndose fin al devengo la indemnización que venía percibiendo.

Artículo 11. SUSPENSIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN

El abono de la indemnización quedará en suspenso cuando el asegurado se halle en lista de espera para intervención, pruebas, tratamiento, etc. tal como se indica en el Anexo II de este condicionado.

En los casos en que se compruebe la existencia de circunstancias que determinen el incumplimiento o infracción de la presente disposición y de sus concordantes, la Mutualidad señalará la fecha en que debió o deberá finalizar el abono de la indemnización, pudiendo llegar a la anulación total en caso de advertir notoria mala fe.

II.- COBERTURA DE INTERVENCIÓN QUIRURGICA

Artículo 12. INDEMNIZACIÓN POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

En caso de suscribir esta garantía se percibirá la cantidad económica contratada en caso de que el asegurado se someta a intervención quirúrgica, exploración o tratamiento especial previsto en Anexo III al presente condicionado.

En el supuesto de que el asegurado sufra diversas intervenciones practicadas en una sola sesión operatoria, el importe de la indemnización será el que resulte de añadir a la que presente la cantidad económica más elevada, el cincuenta por cien (50%) de cada una de las demás de que haya estado afectado.

Artículo 13. EXCLUSIONES

No causarán derecho a indemnización: la biopsia pre-operatoria; las intervenciones de cirugía estética o plástica que no sean reparadoras y consecuencia de enfermedades o accidente; intervenciones esterilizantes, de cambio de sexo e interrupción voluntaria del embarazo; intervenciones dentales, colocación de prótesis dentales y demás intervenciones odontológicas; las intervenciones o tratamientos a consecuencia de alcoholismo o toxicomanías, riña, desafío o intento de suicidio, imputables al interesado.

Tampoco causará derecho cualquier intervención quirúrgica motivada por un proceso clínico de causas congénitas o ya existentes con anterioridad a la contratación de la póliza, así como los procesos clínicos no contemplados en el Anexo III.

Artículo 14. REQUISITOS

Para causar derecho a la indemnización económica de intervención quirúrgica, se requiere:

- 1) Estar al corriente de pago de cuotas.
- 2) Llevar como mínimo seis meses de inscripción, salvo para las intervenciones, exploraciones o tratamientos obstétricos, que exigirán (8) ocho. Igual plazo de carencia se aplicará en caso de ampliación de la indemnización contratada para esta prestación. En el supuesto de afecciones causadas por accidente no se aplicará plazo de carencia alguno.
- 3) Notificar a la Mutualidad la intervención quirúrgica, exploración o tratamiento quirúrgico, dentro del plazo máximo de siete días desde aquel en que haya tenido lugar, acompañando un certificado extendido por el médico cirujano o actuante en el que conste el nombre y apellidos del paciente, centro hospitalario en donde haya sido intervenido o tratado, clase y fecha de las intervenciones o tratamientos practicados, e informe clínico.
- 4) El derecho a la percepción de la prestación es únicamente para aquellas intervenciones, exploraciones o tratamientos especiales efectuados dentro del territorio nacional.

III.- COBERTURA DE HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA

En caso de suscribir esta garantía se percibirá la cantidad económica contratada por cada día que el asegurado permanezca ingresado en un centro hospitalario, hasta un máximo de noventa (90) días, siendo motivado dicho ingreso por intervención quirúrgica establecida en Anexo III a este condicionado.

Asimismo, causarán derecho a esta prestación los ingresos en la Unidad de Vigilancia Intensiva o Unidad de Cuidados Intensivos de un Centro Hospitalario, sin que sean consecuencia de intervención quirúrgica, en las mismas condiciones que las establecidas en este condicionado para las hospitalizaciones por intervención quirúrgica.

Artículo 15. PLAZOS

Los días de permanencia en centro hospitalario se computarán desde el día en que tenga lugar la intervención hasta el día de salida del centro, ambos incluidos. El día de salida del centro se computará como medio día, si la hora de alta ha sido anterior a las (14) catorce horas.

En las intervenciones que se efectúen en varios tiempos o precisen de un nuevo acto quirúrgico en el plazo de un año, se computarán los días indemnizables acumulando los correspondientes a los distintos períodos de permanencia en el centro hospitalario, hasta el mencionado máximo de (90) noventa días.

Artículo 16. EXCLUSIONES

No causarán derecho a indemnización las estancias en centro hospitalario motivadas por procesos patológicos derivados de causas congénitas o ya existentes con anterioridad a la contratación de la póliza o por las excepciones contempladas en el artículo 13 de este condicionado.

Únicamente se abonarán los días de hospitalización derivados de la intervención quirúrgica realizada, no abonándose aquellos que sean motivados por otros ingresos médicos o sociales no derivados de la misma.

Artículo 17. REQUISITOS

Para causar derecho a la indemnización económica de hospitalización quirúrgica, se requiere:

- 1) Estar al corriente del pago de cuotas.

2) Llevar como mínimo seis meses de inscripción, salvo para los internamientos derivados de embarazo o tratamientos obstétricos, que exigirán (8) ocho. Igual plazo de carencia se aplicará en caso de ampliación de la indemnización contratada para esta prestación. En el supuesto de hospitalización motivada por accidente no se aplicará plazo de carencia alguno.

3) Notificar a la Mutuality el internamiento, remitiendo:

a) Dentro del plazo máximo de siete días desde aquel en que se haya practicado la intervención, un certificado extendido por el médico especialista que atienda al interesado, en el que conste el nombre y apellidos del paciente, centro hospitalario en donde haya sido intervenido, clase y fecha de las intervenciones o tratamientos practicados, e informe clínico.

b) Dentro del plazo máximo de siete días desde aquel en que haya finalizado la estancia en centro hospitalario, una certificación firmada por el médico especialista que haya atendido al intervenido y por la administración del centro hospitalario, acreditando la fecha y hora en que el paciente haya sido dado de alta.

c) En el supuesto de recidivas, las correlativas certificaciones para cada una de ellas.

Una vez completada la documentación presentada y obtenidos los informes técnicos pertinentes, la Mutuality procederá a la liquidación de la indemnización correspondiente, o bien comunicará al interesado la denegación de la solicitud.

4) El derecho a la percepción de la prestación es únicamente para aquellas intervenciones efectuadas dentro del territorio nacional.

IV.- DISPOSICIONES COMUNES

Artículo 18. NORMATIVA APLICABLE

El presente contrato se regirá, en general, por las normas de todo tipo vigentes en cada momento, de ámbito comunitario, estatal o autonómico.

En particular, serán de aplicación la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras, el Real Decreto 1060/2015 de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, el Real Decreto Legislativo 6/2004 que aprueba Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, el Real Decreto 2486/1998 que aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, el Real Decreto

1430/2002 que aprueba el Reglamento Mutualidades de Previsión Social, el Real Decreto 303/2004 que aprueba el Reglamento de los comisionados por la defensa del cliente de servicios financieros y la Orden ECO 734/2004 Departamento y Servicios de Atención y Defensor del Cliente y por la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre de desarrollo de la Ley Orgánica de Protección de Datos.

En cuanto al régimen fiscal resulta de aplicación Real Decreto Legislativo 3/2004 que aprueba la Ley del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y el Real Decreto 1775/2004 que aprueba su Reglamento.

El presente Condicionado, contiene las condiciones aplicables a la relación de protección entre la Mutuality y el Asociado/Tomador, el Asegurado y, en su caso el Beneficiario. Dichas normas han de ser interpretadas y aplicadas de acuerdo con las disposiciones legales y reglamentarias de la actividad de Previsión Social

La Mutuality ha celebrado el contrato y elaborado la póliza de acuerdo con la Solicitud del Tomador del Seguro y en base a sus respuestas al Cuestionario previo correspondiente, así como en base a las declaraciones que sobre su estado de salud formule el Asegurado en el Cuestionario o reconocimiento médico oportuno, únicos datos conocidos por la Mutuality y de ahí la importancia de una exacta y correcta declaración.

Artículo 19. MULTIPLICIDAD DE CONTRATOS DE SEGURO

Cuando en dos o más contratos estipulados por el mismo tomador con distintos aseguradores se cubran los efectos que un mismo riesgo puede producir sobre el mismo interés y durante idéntico período de tiempo el tomador del seguro o el asegurado deberán, salvo pacto en contrario, comunicar a cada asegurador los demás seguros que estipule. Si por dolo se omitiera esta comunicación, y en caso de sobreseguro se produjera el siniestro, los aseguradores no están obligados a pagar la indemnización.

Una vez producido el siniestro, el tomador del seguro o el asegurado deberá comunicarlo en el plazo de siete días conforme a lo previsto en el artículo 16 de la Ley del Contrato de Seguro 50/80, a cada asegurador, con indicación del nombre de los demás.

Los aseguradores contribuirán al abono de la indemnización en proporción a la propia suma asegurada, sin que pueda superarse la cuantía del daño. Dentro de este límite el asegurado puede pedir a cada asegurador la indemnización debida, según el respectivo contrato. El

asegurador que ha pagado una cantidad superior a la que proporcionalmente le corresponda podrá repetir contra el resto de los aseguradores.

Si el importe total de las sumas aseguradas superase notablemente el valor del interés, será de aplicación lo previsto en el artículo 31.

Artículo 20. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Esta cláusula está incluida en el Anexo adjunto según la normativa vigente.

Artículo 21. PROTECCIÓN DEL ASEGURADO

El asegurado, en caso de disconformidad con la Mutualidad, o con algún Agente de ésta, podrá exponer sus quejas o reclamaciones ante el Servicio de Atención al Cliente o ante el Defensor del Cliente, los cuales deberán emitir la resolución correspondiente a la queja o reclamación planteada en el plazo máximo de dos meses desde su presentación.

A tal efecto la Mutualidad tiene en todas sus oficinas abiertas al público, así como en su página web, el reglamento de funcionamiento de dichos servicios, la identidad y domicilio de sus respectivos titulares.

Denegada la admisión de la queja o reclamación, o desestimada, total o parcialmente, su petición o transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de su presentación sin que haya sido resuelta, el interesado podrá presentarla ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe de Planes de Pensiones.

Artículo 22. JURISDICCIÓN

Será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del asegurado.

Artículo 23. DE LA PRIMA DEL SEGURO

Pago de la prima

El Tomador del seguro o el Asegurado, en su caso, está obligado al pago de la primera prima o de la prima única en el momento de la perfección del contrato. Las sucesivas primas se deberán hacer efectivas en sus correspondientes vencimientos.

Si por culpa del tomador o del asegurado, en su caso, la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, el Mutualidad tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la

póliza. En todo caso, y salvo pacto en contrario en condición particular, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Mutualidad quedará liberada de su obligación.

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes a la primera, o el impago de cualquiera de los fraccionamientos de la misma, la cobertura quedará suspendida a partir del transcurso de 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 prima, se entenderá que el contrato queda extinguido *ex lege*.

Si la póliza se anulase por causas ajenas a la Mutualidad, antes de terminar cualquier anualidad de seguro, el tomador del seguro o el Asegurado deberá satisfacer las fracciones de prima que falten para completar el importe de la prima anual.

Podrá convenirse el cobro de los recibos de prima mediante domiciliación bancaria, en cuyo supuesto el tomador del seguro entregará a la Mutualidad una carta dirigida al establecimiento bancario dando la orden oportuna al efecto, obligándose a notificar a la Mutualidad las modificaciones de la domiciliación. El impago derivado del incumplimiento de dicha obligación no perjudicará a la Mutualidad, estándose en cuanto a sus consecuencias a lo establecido para el impago de primas.

El asegurador, de acuerdo con sus bases técnicas, podrá actualizar anualmente la prima, en función de criterios estadísticos y financieros, estableciéndose la equivalencia actuarial para fijar la prima. Esta actualización se fundamentará en el aumento de la frecuencia de las prestaciones, la incorporación de nuevas coberturas o cualquier otro parámetro de consecuencias similares. En cualquier caso se tendrán en cuenta los principios de indivisibilidad, invariabilidad, suficiencia y equidad.

Con independencia de las mencionadas actualizaciones, la prima o cuota anual se establece en cada renovación teniendo en cuenta la edad alcanzada por el asegurado, aplicándose la tarifa de primas o cuotas que la Mutualidad tenga en vigor en la fecha de cada renovación. El mutualista presta conformidad expresa a las variaciones que, por este motivo, se produzcan en el importe de las primas o cuotas.

El pago de los tributos legalmente repercutibles de cualquier naturaleza, creados o por crear, que se devenguen por razón de este seguro o en relación con el mismo, serán satisfechos por el tomador o, en su caso, por el asegurado.

Artículo 24. DECLARACION, DISMINUCIÓN Y AGRAVACIÓN DEL RIESGO**24.1 Valoración del riesgo**

El presente contrato tiene como base las declaraciones formuladas por el Tomador del Seguro en la correspondiente Solicitud o en la Proposición que en su caso formule la Mutualidad, así como en el Cuestionario presentado por éste y cumplimentado por el tomador del Seguro, todo lo cual motiva la aceptación del riesgo por parte de la Mutualidad y determinará los derechos y obligaciones derivadas del presente contrato para ambas partes.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición o de la Solicitud de Seguro, podrá subsanarse dicha divergencia mediante reclamación por parte del Tomador del Seguro, en el plazo de un mes a contar desde la fecha efecto de la póliza. Transcurrido dicho plazo sin haberse efectuado la citada reclamación se estará a lo dispuesto en la póliza

Antes de la suscripción del contrato, deberán declararse por el Tomador del Seguro todas las circunstancias conocidas por el mismo que influyan en la valoración del riesgo por parte de la Mutualidad, contestando muy especialmente y con detalle las preguntas del Cuestionario que éste haya presentado.

El tomador del seguro o asegurado deberá declarar en el cuestionario de salud previo a la contratación de la póliza, si ha tenido o tiene una póliza de seguros que cubra el mismo riesgo que ha contratado con la Mutualidad. En caso afirmativo, la Mutualidad podrá reducir el capital asegurado.

Si contrata una póliza que cubra el mismo riesgo con posterioridad a la emitida con la Mutualidad deberá comunicarlo a esta en el plazo de 1 mes desde su contratación.

Si se produce un siniestro y, de los datos aportados se averigua que el tomador del seguro ha faltado a la verdad, la Mutualidad quedará liberada de su prestación y procederá a la baja inmediata del contrato de seguro.

24.2 Agravación del riesgo. -

Durante la vigencia del Contrato, el Tomador del Seguro o el Asegurado deberá declarar las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que de haberlas conocido la Mutualidad antes de la perfección del contrato, no hubiese aceptado la cobertura del riesgo o, en su caso, lo hubiese hecho en condiciones más gravosas para el tomador del seguro. En este caso la Mutualidad podrá proponer al Tomador del seguro una modificación del contrato en un plazo de dos meses a contar desde la declaración de la agravación por parte de éste. El tomador del seguro tiene un plazo de quince días para aceptar o rechazar dichas propuestas; en caso de rechazo o de silencio por parte del tomador del seguro, la Mutualidad podrá, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato, previa advertencia al tomador, concediendo al tomador del seguro un nuevo plazo de quince días, transcurrido el cual y dentro de los ocho días siguientes deberá la Mutualidad comunicar al Tomador del seguro la rescisión definitiva. La Mutualidad podrá igualmente rescindir el Contrato comunicándolo por escrito al tomador del seguro dentro de un mes a partir del día que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

En el caso que el Tomador del seguro o el Asegurado no haya declarado a la Mutualidad la agravación del riesgo, y sobreviniere un siniestro, la prestación de la Mutualidad se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de conocer la verdadera entidad del riesgo. Si el Tomador del seguro ha obrado de mala fe, la Mutualidad quedará liberada de la prestación correspondiente.

24.3 Disminución del riesgo. -

Asimismo, el Tomador del Seguro o el Asegurado podrán declarar durante la vigencia del Contrato aquellas circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubiesen sido conocidas por la Mutualidad en el momento de la perfección del contrato, lo habría celebrado en condiciones más favorables para aquéllos. En este supuesto, al finalizar el periodo en curso del seguro, la Mutualidad deberá reducir el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador del seguro, en caso contrario, a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiese correspondido pagar, desde el momento que haya puesto en conocimiento de la Mutualidad la disminución del riesgo.

Artículo 25. DERECHOS Y OBLIGACIONES

El Mutualista deberá comunicar cualquier cambio de domicilio, con el fin de que la Mutualidad, de mutuo acuerdo con aquél, pueda adecuar el servicio (con la prima o cuota consiguiente) a la localidad de su nueva residencia, así como para facilitar, si procede, el cambio de domicilio de cobro. En caso contrario, no podrá imputarse a la Mutualidad, el incumplimiento de estas obligaciones, pudiendo el mutualista incurrir, por dicha causa, en el impago de primas o cuotas. No obstante, la falta de comunicación no impedirá que, de conformidad con el artículo 24 de la Ley de Contrato de Seguro, en todo caso sea juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del nuevo domicilio.

El presente título está basado en las declaraciones del Mutualista, en consecuencia:

Toda falsedad relativa al estado de salud de los asegurados da derecho a la Mutualidad para poder rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Mutualista en el plazo de un mes, a contar desde su conocimiento.

Si el contenido del título difiere de la solicitud de seguro o de las cláusulas acordadas, el Mutualista podrá reclamar a la Mutualidad, en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza, para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación se estará a lo dispuesto en el título.

Con el fin de comprobar el adecuado cumplimiento de las condiciones anteriores, la Mutualidad se reserva la facultad de exigir la demostración documental de las edades de los asegurados y de las circunstancias de los óbitos.

Artículo 26. ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES CONTRACTUALES

El tomador declara:

- Haber recibido los Estatutos y la Póliza de Seguro, con las condiciones generales, particulares y los suplementos que le pudieran corresponder, y haber sido adecuadamente informado sobre los mismos, aceptando íntegramente su contenido.
- Haber sido informado y aceptar expresamente las cláusulas limitativas que pudieran existir, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 3 de la ley 50/1980, de 8 de octubre, del contrato de seguro.
- Haber recibido toda la información requerida para la formalización de este contrato relativa a la identidad de la Mutualidad, la garantía ofrecida, la duración del contrato y condiciones para su rescisión, las condiciones relativas a la prima y al capital indemnizatorio o prestación asistencial, y el régimen fiscal aplicable.

ANEXO I**LIMITACIÓN A LAS INDEMNIZACIONES POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE**

En caso de que la enfermedad o accidente fuese producida por una de las patologías previstas en el presente anexo, las indemnizaciones se limitarán a los periodos indicados a continuación.

Patología	Número de días
Abscesos (con o sin desbridamiento)	15
Absceso sacrococcigeo (intervenido)	45
Acromioplastia	60
Adenoidectomía	10
Alergias	7
Algias columna vertebral	30
Alteraciones del ritmo cardiaco	30
Amigdalectomía	15
Amigdalitis	10
Anemia	20
Anexectomía	30
Angioplastias	30
Apendicectomía	30
Artritis y/o artrosis	45
Artroscopias diagnósticas	45
Asma	20
Avulsión ungueal	15
Biopsia por punción órganos internos	2
Biopsias cutáneas	7
Biopsias endoscópicas	5
Biopsias musculares	10
Biopsias por punción (sin ingreso)	1
Blefaroplastia	15
Bronquitis	10
Bursitis, higromas y similares	20
Capsulitis	20
Cataratas (Intervención)	20
Catarro, gripe y similares	7
Cateterismos	1
Cauterizaciones	7
Cefalea o Migraña	5
Celulitis	15
Ciatalgias	30
Colecistectomía	30
Colectomías de cualquier tipo	60
Cólicos de cualquier tipo con ingreso	10
Cólicos de cualquier tipo sin ingreso	4
Colon irritable	20
Colitis ulcerosa	30

Patología	Número de días
Condropatías	30
Conjuntivitis	10
Contracturas	20
Contusiones	10
Cordal (extracción)	10
Cuerpos extraños en piel y músculos (Exeresis)	10
Cuerpos extraños oculares	7
Dermatitis	15
Derrames-hemartrosis articulares	30
Desgarros musculares	30
Diverticulitis	20
Epicondilitis no intervenida	20
Epididimitis	15
Epilepsia	20
Erosiones	5
Erosiones corneales	7
Esfinterotomía endoscópica	20
Esguinces sin intervención quirúrgica	30
Eventraciones (intervenciones)	30
Eventraciones no intervenidas	10
Extirpación de cornetes	20
Extracción cuerpos extraños	7
Extracción dental	7
Extracción material osteosíntesis	30
Faringitis	7
Fistulectomías perianales	45
Fisuras óseas	30
Fractura de metacarpianos	45
Fractura falanges	45
Fractura metatarsianos	45
Fracturas costales (menos de tres)	45
Ganglión (exeresis)	10
Gastritis	10
Gastroenteritis	10
Gonalgias	20
Gota	20
Hallux valgo o varo	45
Hematomas	15
Hemorroidectomía	45
Hemorroides (sin intervención)	20
Herida incisa	10
Heridas con sección tendinosa y/o vascular	60
Hernia discal sin intervención	30
Hernias abdominales no intervenidas	10
Herniorrafia abdominal	30
Herpes	20
Hidrosadenitis (con o sin intervención)	15
Hipertensión	20
Histerectomías (cualquier técnica)	30
Hombro doloroso	30
Implantes dentales	15
Infección de orina	10
Infecciones respiratorias	15
Inflamaciones sin diagnóstico etiológico	15
Insuficiencia venosa	20
Litotricia	30
Mareos	5
Meniscectomía	60
Meniscopatia sin intervención quirúrgica	20
Microcirugía laringea	10

Miomectomía	30
Patología	Número de días
Neumonía sin ingreso	20
Neuritis	20
Odontalgia	10
Onicoexéresis	15
Osteotomías	45
Otitis	10
Pie cavo, varo y valgo (intervención)	45
Policontusionados, Politraumatismos, traumatismos etc. sin fracturas	30
Polipectomías endoscópicas	5
Pólipo coanales (exéresis)	10
Pólipos nasales (exeresis)	10
Prostatectomía	30
Prostatitis	20
Pruebas diagnósticas sin ingreso:	1
Pterigion	15
Quemaduras de 1º y 2º grado que afecten a menos del 9 % de la superficie corporal	15
Queratitis oculares y similares	15
Quiste sacrococcigeo no intervenido	20
Quiste sacrococcigeo (intervención)	45
Quistectomía de ovarios	30
Quistes sinoviales	20
Reacción alérgica sin ingreso	10
RTU de próstata	30
RTU de tumores vesicales	30
Rupturas fibrilares	20
S. Febril sin diagnóstico etiológico	10
S. Ulceroso sin ingreso	20
Septoplastia	30
Síndrome gotoso sin ingreso	20
Sinovitis	30
Sinusitis	10
Tendinitis	20
Tenodesis, tenotomías, tenolisis, tenorafias	30
Tenosinovitis	30
Timpanoplastias	20
Tiroidectomía (cualquier tipo)	30
Tuberculosis	60
Tumoraciones benignas piel (exeresis)	7
Túnel carpiano (intervención)	30
Túnel carpiano (no intervenido)	15
Úlceras oculares	7
Varicela	15
Varices (intervención con cualquier técnica)	30
Varicocele e hidrocele (intervención)	20
Verruga (exeresis)	5
Vértigos con origen etiológico	20
Vértigos sin origen etiológico	7
Vírasis	10
Toda patología que no esté limitada anteriormente y sea de carácter osteoarticular y/o muscular, derivada de enfermedad o accidente	180

ANEXO II

LIMITACION A LAS INDEMNIZACIONES EN CASO DE LISTA DE ESPERA

Las limitaciones en situaciones de lista de espera se aplicarán cuando la patología no esté limitada en el Anexo I.

Si el asegurado se halla en situación de lista de espera para intervención quirúrgica, tratamientos o pruebas diagnósticas, se aplicarán las siguientes limitaciones desde la fecha de inclusión en la mencionada lista de espera:

- Por lista de espera para intervención quirúrgica y/o tratamientos: 30 días.
- Por lista de espera para pruebas diagnósticas: 15 días.

En estos supuestos, el siniestro se cerrará con el abono del período mencionado, devengándose nuevamente el subsidio a partir de la fecha de la intervención quirúrgica, el tratamiento o la prueba diagnóstica realizada; no siendo indemnizable el período comprendido entre la finalización del límite por lista de espera y la fecha de la mencionada intervención, tratamiento o prueba diagnóstica.

ANEXO III**BAREMO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA****1.- CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA**

Patología	Euros
Absceso parotideo (desbridamiento)	600
Absceso glándula parótida (desbridamiento)	600
Absceso gluteo (desbridamiento)	450
Absceso intraperitoneal (laparatomía)	1.800
Absceso intraperitoneal (punción-drenaje)	450
Absceso isquiorectal (desbridamiento)	750
Absceso perineal (desbridamiento)	450
Absceso simple (desbridamiento)	450
Acalasia, Cardioespasmo (Op. de Heller y similares)	3.750
Ano contra natura	1.800
Apendicectomía	1.500
Apendicectomía con drenaje	1.800
Apendicectomía laparoscópica	1.200
Apendicitis: Drenaje sin apendicectomía	1.200
Biopsia ósea	750
Biopsia endoscópica	450
Biopsia ganglionar (exéresis)	450
Biopsia médula ósea	300
Biopsia órganos internos (por punción)	300
Biopsia órganos internos por laparotomía o toracotomía	1.500
Biopsia piel y/o tejido subcutáneo	450
Biopsia por laparoscopia o toracoscopia	900
Biopsia por punción	150
Cálculos salivares (exéresis)	450
Cáncer de recto: Resección con pistola mecánica	3.750
Cáncer de recto: Resección de Miles	4.500
Cecostomía	1.500
Colecistectomía con coledocotomía y anastomosis entérica	3.750
Colecistectomía con coledocotomía y Kerh	3.000
Colecistectomía simple	2.250
Colecistoenteroanastomosis	2.250
Colectomía subtotal con o sin colostomía	3.750
Colectomía total	4.500
Coledocoenteroanastomosis	3.000
Condilomas, papilomas y pólipos anales	150
Cordales (extracción)	450
Cuerpos extraños en piel y músculos	450
Dehiscencia de suturas (piel)	150
Diástasis de recto	1.500
Divertículo de Meckel	2.250
Divertículo esofágico (intervención)	3.750
Divertículos intestinales (resección)	2.250
Duodenopancreatectomía (intervención completa)	5.250
Enteroanastomosis (Resección intestinal)	3.000
Epiplitis (Resección)	1.500
Epitelioma labio (resección con toilette ganglionar)	1.500
Epitelioma labio (resección)	750
Epitelioma lengua (resección parcial)	1.200
Epitelioma lengua (resección total)	3.000
Esfinterotomía endoscópica de Oddi	1.500
Esofaguectomía parcial con anastomosis	3.750
Esofaguectomía total (resección y plastia, todos los tiempos)	5.250
Esplenectomías	2.250
Estenosis esofágicas (intervención)	3.750

Eventración	1.500
Evisceraciones	2.250
Exéresis ungueal	150
Fístula perineal	900
Fístula anal (intervención)	900
Flemones difusos con amplio desbridamiento	1.500
Glándula submaxilar: Extirpación	1.500
Gastrectomía subtotal	3.000
Gastrectomía Total	3.750
Gastroenteroanastomosis	2.250
Glándula parótida: Extirpación formaciones benignas	900
Glándula parótida: Extirpación por Oma	2.250
Hemitiroidectomía	2.250
Hemorroidectomía	1.200
Hepatectomía parcial	4.500
Hernia diafragmática	3.000
Hernia inguinal	1.500
Hernia inguinal estrangulada (con laparotomía)	2.250
Hernias pared abdominal	1.500
Hernia de hiato (Op. de Nissen y similares)	3.000
Hidatosis hepática (intervención completa)	3.750
Hidatosis hepática (marsupialización completa)	2.250
Hidrosadenitis (intervención)	450
Intubación transtumoral	1.500
Inyecciones esclerosantes (tratamiento completo)	600
Laparotomía exploradora	1.500
Linfadenectomía preaórtica	3.750
Linfadenectomía regional	1.500
Oclusión intestinal (laparotomía)	1.500
Ostomías	1.500
Panadizos	150
Pancreatectomías	3.750
Papilotomía (por laparotomía)	3.000
Papilotomía endoscópica	1.500
Paratiroidectomía	3.000
Pólipos tubo digestivo (exéresis endoscópica)	450
Prolapso rectal (intervención)	1.500
Quistes sacrocoxígeos	1.500
Resección endoscópica de tumores de recto o sigma	1.200
Sutura órganos huecos	2.250
Sutura órganos macizos	3.000
Tiroidectomía total	3.000
Transplante hepático	7.500
Tumores benignos piel (exéresis)	300
Tumores malignos de piel	
(exéresis con vaciamiento ganglionar)	1.500
Tumores malignos de piel (exéresis simple)	450
Uña incarnata	450
Úlcus gástrico o duodenal (intervención completa)	3.000
Vaciamiento ganglionar axilar	1.500
Vaciamiento ganglionar cervical	2.250
Vaciamiento ganglionar mediastínico	4.500
Varices (safenectomía)	1.500
Verrugas (exéresis)	150

2.- CIRUGIA MAMARIA

Patología	Euros
Abscesos de mama. Mastitis (desbridamiento)	450
Biopsia de mama	450
Biopsia de mama por punción	150
Exéresis de mama supernumeraria	450
Mastectomía radical	2.250
Mastectomía radical (con vaciamiento axilar)	3.000
Mastectomía simple	1.800

Mastectomía simple (con vaciamiento axilar)	2.250
Quiste de mama (exéresis)	600
Tumorectomía	750
Tumorectomía con vaciamiento axilar	1.500
Tumores benignos de mama (exéresis)	600

3.- TOCOLOGIA

Patología	Euros
Aborto (legrado)	450
Absceso puerperal	600
Cerclaje uterino e incompetencia cervical	900
Cesárea	1.200
Embarazo ectópico	1.500
Evacuación quirúrgica mola	1.500
Legrado puerperal	600
Parto (con o sin episiotomía)	600

4.- GINECOLOGIA**4.1.- Utero y Anexos**

Patología	Euros
Amputación de cérvix	1.200
Anexectomía	1.500
Biopsia cérvix o endometrio	150
Conización del cuello	450
Corrección incontinencia (cistocele, rectocele)	1.200
Exenteración pélvica	4.500
Histerectomía subtotal	1.800
Histerectomía total	2.250
Histerectomía total con ooforectomía	2.700
Histerectomía vaginal	2.250
Histerectomía con o sin biopsia	450
Laparoscopia exploradora	750
Legrado uterino (diagnóstico o terapéutico)	600
Mioma uterino (exéresis)	1.800
Muñón cervical: Exéresis	1.500
Ooforectomía unilateral	1.500
Ooforectomía bilateral	1.800
Orificio cervical incompetente	600
Pólipos cuerpo uterino : Exéresis	750
Prolapso uterino (intervención)	1.500
Quiste de ovario (resección)	1.200
Resección parcial ovarios	1.200
Salpinguectomía bilateral	1.800
Salpinguectomía unilateral	1.500
Salpinguo-ooforectomía bilateral	1.800
Salpinguo-ooforectomía unilateral	1.500
Uretraplastia	1.800
Utero en retroversoflexión	1.500

4.2.- Vagina y vulva

Bartholinitis (desbridamiento)	450
Bartholinitis (marsupialización o exéresis)	600
Carúncula uretral: extirpación	150
Condilomas acuminados (tratamiento completo)	150
Fístulas ginecológicas	1.500
Plastias vulvares o perineales	1.500
Tumores benignos (exéresis)	450
Tumores malignos vagina (tratamiento completo)	1.800
Vagina artificial: construcción	3.000
Vulvectomía con linfadenectomía	2.250
Vulvectomía simple	1.500

5.- NEUROCIRUGIA

Patología	Euros
------------------	--------------

Coagulación plexos coroides	1.800
Cordotomías	2.250
Craneostenosis y otras malformaciones	3.000
Craniectomía descompresiva	2.250
Craniectomía exploradora	1.500
Craniectomía por quiste o tumor benigno	2.250
Craniectomía por tumor maligno	3.750
Esquirlotomía craneal (interesando meninges)	2.250
Esquirlotomía craneal (sin interesar meninges)	3.000
Ganglectomía del Gasser	2.250
Ganglectomía cervical	1.500
Gangliectomía esplácnica	2.250
Gangliectomía estelar	1.800
Gangliectomía lumbar o paravertebral	2.250
Hematoma subdural o epidural	2.250
Hidrocefalias (tratamiento descompresivo)	2.700
Laminectomía con fijación vertebral	2.250
Laminectomía con intervención sobre médula o membranas	3.000
Laminectomía exploradora o descompresiva	1.800
Lobotomías bilaterales	3.750
Lobotomías unilaterales	3.000
Meningocele	2.250
Neurólisis	300
Neurólisis y neuroanastomosis	1.500
Plastias osteocraneales	1.800
Reconstrucción nervio con injerto periférico	2.250
Tumor extramedular, intramedular o intradural	3.750

6.- CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Patología	Euros
Anastomosis portosistémicas o esplenorenales	4.500
Aneurisma aórtico o ilíaco	3.750
Aneurisma arterial periférico	2.250
Angioplastias	1.200
Bypass aortocoronario (Tto. Completo)	4.500
Bypass aortofemoral	3.750
Bypass arterias periféricas	2.250
Cambio generador marcapasos	900
Coartación aórtica	3.750
Comisurotomías o valvuloplastias	3.000
Defectos septales (no congénitos)	3.000
Embolectomías	2.250
Estenosis pulmonar	3.750
Fístulas arteriovenosas para diálisis	900
Heridas cardíacas por traumatismo	3.000
Implantación marcapasos	3.000
Implantación prótesis valvular	4.500
Ligadura carótida	1.800
Ligadura femoral	1.500
Ligadura venosa cava (clip, etc.)	2.250
Peicardiocentesis	450
Persistencia conducto arteriovenoso	3.750
Simpatectomía lumbar	2.250
Simpatectomía periarterial	750
Simpatectomía torácica	2.250
Tetralogía de Fallot	4.500
Transplante de corazón	6.000
Tromboendarterectomía en tronco	2.250
Tromboendarterectomía periférica	1.500

7.- CIRUGIA TORACICA

Patología	Euros
Absceso de pulmón	2.250

Biopsia pleura	450
Biopsia por broncoscopia	600
Bronquiectasias (resección)	2.250
Derivaciones del conducto torácico	3.750
Drenajes torácicos (Hemotórax, neumotórax)	750
Lobectomías	3.000
Mediastinitomía o mediastinoscopia (abscesos, mediastinitis, ganglios, ...)	3.000
Neumectomía	5.250
Pleurotomías o decorticación	3.000
Quieste hidatídico (intervención)	3.000
Segmentectomías	2.250
Toracocentesis	450
Toracoscopia	450
Toracoscopia con sección bridas	750
Toracotomía exploradora	1.800

8.- TRAUMATOLOGIA**8.1.- Esguinces, heridas y lesiones**

Patología	Euros
Conmoción cerebral sin lesión ósea	300
Esguinces y lesiones que requieran inmovilización (yeso, férula o comprensivo) de una articulación por un tiempo superior a 15 días	300
Heridas que afecten únicamente a piel y tejido subcutáneo y requieran más de 5 puntos de sutura	300
Heridas que presentes desgarros extensos y/o atricción de grandes masas musculares	750

8.2.- Quemaduras

Hasta el 9% de la superficie corporal:	
Segundo grado	300
Tercer grado	450
Del 9 al 30% de la superficie corporal:	
Primer grado	450
Segundo grado	900
Tercer grado	1.200
Superiores al 30% o que produzcan graves defectos faciales, pérdida de una articulación importante, etc.:	
Primer grado	2.250
Segundo grado	3.000
Tercer grado	3.750

8.3.- Luxaciones

Acromio clavicular	600
Acromio clavicular (tratamiento quirúrgico)	1.200
Cadera	1.500
Cadera (tratamiento quirúrgico)	2.250
Carpo	450
Codo	600
Codo (tratamiento quirúrgico)	1.200
Columna cervical	1.200
Columna vertebral	900
Escapulo humeral	600
Escapulo humeral (tratamiento quirúrgico)	1.500
Esterno clavicular	900
Esterno clavicular (tratamiento quirúrgico)	1.500
Interfalángicas	450
Recidivante de hombro (tratamiento completo)	1.500
Rodilla	900
Rodilla (tratamiento quirúrgico)	1.800
Rótula	600

Rótula (tratamiento quirúrgico)	1.200
Tarso	450
Temporomaxilar	600
Tibio-peroneo-tarsiana	750
Tibio-peroneo-tarsiana (tratamiento quirúrgico)	1.500

8.4.- Amputaciones

De antebrazo	1.500
De brazo	2.250
De dedos de la mano	600
De dedos del pie	450
De falange distal o medial	300
De hombro o cadera	3.750
De mano	1.800
De pie	1.800
De pierna	2.250
De pulgar	900

8.5.- Fracturas que no requieren tratamiento quirúrgico

De apófisis vertebrales	600
De bóveda craneal	900
De costillas	450
De cuerpos vertebrales	1.200
De escapula	750
De fémur, tibia, peroné, radio o cúbito	600
De huesos de la cara	900
De huesos de la mano o pie	450
De la base del cráneo	1.500

8.6.- Fracturas abiertas o que requieren tratamiento quirúrgico

8.6.1.- De cráneo y columna vertebral

Cuerpos vertebrales con lesiones medulares graves	4.500
De la bóveda craneal	2.250
Huesos de la cara	1.500

8.6.2.- De tórax y pelvis

Anillo pelviano	1.800
Costillas con complicaciones endotorácicas (drenajes incluidos)	1.500
Esternón	1.800
Pelvis: Condilo con luxación intrapelviana	2.250

8.6.3.- De miembros superiores

Clavícula	750
Cúbito y radio	1.200
Cúbito y/o radio con afectación intrarticular	1.500
Escafoides o semilunar	1.200
Escápula	900
Falanges	450

Húmero: Cuello	1.200
Húmero: Diáfisis	900
Húmero: Supracondileas	900
Olecranon o apófisi coronoides	1.200
Metacarpianos	750

8.6.4.- De miembros inferiores

Astrágalo	1.500
Calcáneo	1.500
Falanges	450
Fémur: Diáfisis	1.500
Fémur: Supracondileas	2.250
Fémur: Trocanterreas, Subtrocanterreas, etc.	1.800
Metatarso	600
Peroné	600
Platillos tibiales	1.800

Rótula	900
Sesamoideos	450
Tarso	750
Tibia	1.500

8.7.-Intervenciones**8.7.1.- Artrodesis**

De cadera	2.250
De codo	1.800
De columna	2.250
De interfalángica	600
De hombro	2.250
De metatarso	750
De muñeca	750
De pie (única)	750
De pie (múltiple)	1.050
De rodilla	2.250
De tobillo	1.500

8.7.2.- Deformaciones adquiridas

Dedo en martillo o resorte	450
Genus valgo o varo (unilateral o bilateral)	1.500
Hallux valgo o varo	1.200
Pies planos	1.200
Tibias zambas (unilateral o bilateral)	1.500
Torticolis (tenotomía y escayola)	600

8.7.3.- Neoplasias (resecciones atípicas)

Articulación	2.250
Cuerpo vertebral	3.750
Diáfisis	1.500
Diáfisis-articular	3.000
Osteosarcoma proximal del muslo con toilette ganglionar	3.000

8.7.4.- Columna

Costotransversectomía con vaciamiento cuerpo vertebral	3.000
Escoliosis: Tratamientos correctores y fijación	3.000
Espondilolistesis con injerto óseo	3.000
Fusión vertebral	3.000
Hernia discal	1.200
Hernia discal: lisis disco por punción	1.200
Laminectomía con fijación vertebral	2.250
Laminectomía exploradora o descompresiva	2.250
Resección cuerpo vertebral	3.000

8.7.5.- Cuello

Escalenectomía	900
Extirpación costilla cervical	1.500
Miomectomía	750
Mio o tenotomía	450

8.7.6.- Tórax

Artroplastia esternoclavicular	2.250
Exéresis xifoides	900
Resección costal	1.200
Tuberculosis costal	1.200

8.7.7.- Hombro

Artroplastia	2.250
Artrotomía. Capsulotomía	1.200
Miositis osificante: Resección	750
Osteotomía desrotativa	1.200
Resección articular	2.250
Tenotomías	600
Periartritis (tratamiento completo)	1.200
Sinoviectomía	1.200
Tenoplastias	900
Tenorrafias	900

Transplantes tendinosos	1.200
-------------------------	-------

8.7.8.- Brazo y antebrazo

Artroplastia de codo	3.000
Artrotomía (Capsulotomía)	1.200
Comprensión radial: Liberación	750
Epicondilitis	1.200
Extirpación cabeza radio	750
Osteotomía cúbito y radio	900
Osteotomía de húmero	1.200
Osteotomía de radio	900
Osteotomía de cúbito y radio	1.200
Pseudoartrosis	1.800
Resección osteomas	1.200
Secuestrectomía	900
Sinoviectomía	600
Tenoplastia	900
Tenorrafias	900
Tonotomía, Tenolisis, Tenodesis	600
Transplantación tendinosa	900
Transposición nervio cubital	1.500

8.7.9.- Muñeca

Apertura ligamento anular del carpo	750
Artroplastia total	3.000
Artroplastia parcial	2.250
Artrotomías, Capsulotomías, Artrodesis de pequeñas articulaciones	900
Osteotomía correctora	1.500
Resección de osteomas	750
Resección carpo	1.500
Secuestrectomía	750
Sinoviectomía	600
Tenoplastia	900
Tenorrafias	900
Tenotomía, Tenolisis, Tenodesis	600
Transplantación tendinosa	900
Transposición nervio cubital	1.500

8.7.10.- Mano

Alargamiento muñón pulgar	900
Artroplastia dedos: pulgar	600

Artroplastia dedos: restantes	450
Artrotomía, Capsulotomía	600
Dupuytren (tratamiento unificado)	1.200
Osteotomía correctora	750
Secciones capsuloligamentosas	450
Sinoveictomía	750
Tenoplastia	1.200
Tenorrafias	900
Tenotomía, Tenolisis, Tenodesis	600
Transplantación tendinosa	1.200
Transposición nervio cubital	1.500

8.7.11.- Pelvis

Artrotomía, Capsulotomía	1.500
Coxigodinia (resección)	1.500
Osteotomía	1.500
Sacro-coxalgia: Artrodesis	2.250

8.7.12.- Cadera

Acetabuloplastia	1.500
Artroplastia con interposición de fascia	3.000
Artroplastia sin interposición de fascia	2.250
Artroplastia total de cadera	3.750
Capsulotomía	1.200
Denervación del obturador	2.250
Osteotomía	1.200
Secciones tendinosas	750

8.7.13.- Muslo

Enclavijamiento del cuello del fémur con injerto	2.250
Extracción clavo intramedular	600
Operaciones revascularización cabeza femoral	2.250
Osteotomías	1.200
Pseudoartrosis fémur	2.250
Reimplantación baja de trocanter	1.500
Resección grandes osteomas	3.000
Tunelización cuello fémur	2.250

8.7.14.- Rodilla

Alargamiento del cuádriceps	750
Artroplastia	3.000
Artroplastia rotuliana	750
Capsulotomía	750
Extirpación quiste poplíteo	600
Meniscectomía	1.200
Meniscectomía artroscópica	900
Patelectomía	750
Reconstrucción ligamentos cruzados	2.250
Reconstrucción ligamentos laterales	1.500
Sinovectomía	1.500
Tenotomía, tenodesis, tenolisis	600
Transplantaciones tendinosas	1.500

8.7.15.- Pierna

Alargamiento extremidad inferior	1.500
Esguinces articulares de tercer grado (intervención)	1.500
Extracción material de osteosíntesis	600
Osteotomía correctora	1.500
Pseudoartrosis tibia	2.250
Resección grandes osteomas	3.000
Tenotomía, tenodesis, tenolisis	600
Transplantaciones tendinosas	1.500

8.7.16.- Pie

Artrosis	2.250
Artrotomías, Artrodesis de pequeñas articulaciones	750
Astragalectomía	1.500
Esguinces articulares de tercer grado (intervención)	1.500
Espolón calcáneo: extirpación	600
Extirpación exostosis	600
Extracción tornillos	600
Fractura luxación de Bennet	2.250
Metatarsalgia (Tratamiento cruento)	2.250
Pie cavo, equino, valgo, plano, etc.	600
Resección pequeños osteomas	750
Sinovectomía	750
Tarsectomía	750
Tenodesis, tenotomía, tenolisis	750
Tenotomía: Alargamiento del Aquiles	1.200
Transplantaciones tendinosas	1.500

8.7.17.- Varios

Bursitis, higromas, quistes tenosinoviales	450
Extirpación exostosis	600
Extracción material de osteosíntesis	600
Injertos óseos o tendinosos	1.500
Legrados por osteitis	450
Neurolisis nervios periféricos	750
Tratamiento completo para la osteomielitis	1.500

9.- OFTALMOLOGIA

9.1.- Cejas y párpados

Patología	Euros
Abscesos por osteoperiostitis, etc.	450
Blefarochalasis	450
Blefaroplastias (ambos ojos)	1.500
Blefaroplastias (un ojo)	1.200
Blefarorrafias:	
- Ordinaria	450
- Gran blefarorrafia	750
Cantoplastia	600
Cantorrafia y cantotomía	600
Chalación (en ojos distintos)	750
Chalación (uno o varios en el mismo párpado u ojo)	450
Colomba palpebral	600
Cuerpos extraños	150
Ectropión o entropión (tratamiento por inyección)	450
Ectropión o entropión (tratamiento por sutura)	450
Ectropión o entropión (tratamiento quirúrgico completo)	1.350
Electrólisis o diatermia ciliar	150
Epicantus	450
Epitelioma del párpado, con plastias	1.200
Epitelioma del párpado, sin plastias	900
Papiloma cutáneo	150
Papiloma en el borde ciliar	150
Ptosis palpebral	900
Quistes dermoides de cejas	450
Sutura por desgarró palpebral	150
Tarsorrafia	750
Xantelasma (extirpación)	450

9.2.- Aparato lagrimal

Cateterismo conducto lacrimonasal	150
Cauterización de glándulas lagrimales y puntos lagrimales	150
Dacriocistorrinostomía	1.500

Dacriolitis (escisión)	450
Desbridamiento de puntos o conductillos lagrimales	450
Ectropión o entropión de puntos lagrimales	600
Estricturotomía de canículos y similares	600
Extirpación del saco y curas	750
Extirpación glándula lagrimal	750
Fístula lagrimal (tratamiento completo)	750
Flemón del saco o pericístico (desbridamiento y curas)	450
Intubación del conducto lacrimonasal	150
Obstrucción de ambos conductos lacrimales	450
Obstrucción de conductillos lacrimales con obstrucción de conducto nasal	750
Quiste glándula lagrimal (exéresis)	450
Sutura de conductillos lacrimales	600
9.3.- Conjuntiva	
Cuerpos extraños enclavados	150
Injerto o implantación placentaria	1.500
Granulaciones excrescencias inflamatorias, pólipos o similares (cauterización o legrado o ambos)	300
Peritoma con extirpación de lengüeta conjuntiva (pannus)	600
Pingüelcuela, pequeños angiomas y pequeños quistes	450
Pterigión	750
Recubrimiento conjuntival	600
Simblefarón (con autoplastia o injerto)	1.200
Simblefarón (sección de bridas)	450
Sutura	150
Tumores malignos (comprobación anamopatológica con extirpación)	3.000
9.4.- Córnea y esclerótica	
Cauterización y legrado de úlcera corneal	450
Cuerpos extraños que requieran intervención quirúrgica	150
Escleroqueratografía por heridas	750
Esclerorrafia	600
Esclerotomía posterior	600
Extirpación de ectasias corneales o corneoesclerales	750
Extirpación de estafiloma anterior	750
Extirpación de estafiloma intercorneoescleral	1.500
Injerto corneal	3.000
Injerto placentario	1.500
Intervención por miopía (queratomía radial)	900
Paracentesis de la cámara anterior	300
Quistes o tumores de limbo esclerocorneal	450
Tatuaje corneal	1.500
Transplante de córnea	3.000
9.5.- Tracto uveal	
Ciclodíálisis o ciclodiatermia	1.500
Cuerpo extraño en cámara anterior o iris, con o sin iridectomía	1.500
Enclavamiento antiguo de iris, iriododíálisis	1.800
Esclero-iridectomía (Legrage, Elliot, etc.)	2.250
Goniotomía	1.500
Iridectomía antiglaucomatosa	1.500
Iridotomía o iridectomía	1.500
Irido-capsulotomía	1.800
Sinectomía o transfusión de iris	1.500

Trabeculectomía	2.250
Tumores de coroides (incluidos en la totalidad del globo ocular)	2.250
Tumores o quistes del iris	2.250

9.6.- Cristalino, cuerpo vítreo y retina

Aspiración del vítreo	300
Catarata (sin implantación de lente)	1.200
Catarata (con implantación de lente)	1.500
Corrección quirúrgica de la miopía (tratamiento completo)	1.200
Cuerpo extraño de vítreo o cisticercos en el mismo	750
Desprendimiento de retina (tratamiento completo quirúrgico)	2.250
Desprendimiento de retina (tratamiento por láser)	900
Discisión	750
Inyección del vítreo	450
Luxación anterior del cristalino	1.500
Luxación posterior del cristalino	1.500
Tumores de la retina	3.750
Vitrectomía	1.500

9.7.- Globo ocular, músculos y órbita

Amputación de segmento anterior	2.250
Autohemoterapia orbitaria	150
Cuerpo extraño intraorbitario (extracción)	1.500
Desbridamiento de flemones	150
Enucleación o evisceración	2.250
Enucleación o evisceración con implante	3.000
Enucleación por tumor maligno con radical del cuello	4.500
Estrabismo (tratamiento completo)	1.800
Exenteración orbitaria	2.250
Operación contra el nistagmus	3.000
Orbitotomía (Krolein) (tumores orbitarios)	2.250
Resección óptico-ciliar o extirpación del ganglio ciliar	1.500
Restauración orbitaria. Simblefarón por aplicación de prótesis:	
- Primera intervención	3.000
- Sucesivas	2.250

10.- OTORRINOLARINGOLOGÍA

Patología	Euros
Abscesos conducto auditivo	450
Abscesos de tabique nasal	150
Abscesos retroauriculares	450
Abscesos retrofaríngeos	600
Adenoidectomía	600
Amigdalectomía adultos	1.200
Amigdalectomía niños (hasta 16 años)	900
Angina de Ludwig	1.500
Biopsias	450
Cauterización por hemorragia	300
Cirugía de Meniere	2.250
Cirugía de oído por neoplasia	2.250
Cirugía de otosclerosis	1.500
Cirugía de otorreas y secuelas	2.250
Cirugía naso-sinual por neoplasia Ampliada	2.250
Cirugía naso-sinual por neoplasia, escisión con vaciamiento anglionar	3.750
Cirugía naso-sinual por neoplasia, escisión simple	450

Colesteomato	450
Colocación tubos drenaje	300
Condromas	450
Corrección nasal y fractura nasal (rinoseptoplastia)	1.950
Corrección nasal y fractura nasal (rinoplastia)	1.500
Cresta de tabique	600
Cuerpo extraño en bronquios	450
Cuerpo extraño en esófago	450
Cuerpo extraño en faringe	450
Cuerpo extraño en fosa nasal	300
Cuerpo extraño en laringe	450
Cuerpo extraño en oído (vía cruenta)	750
Cuerpo extraño en oído (vía natural)	150
Descompresión vestibular	2.250
Epistaxis coanal grave	300
Epitelioma de cuerdas vocales	900
Esofagotomía cervical externa	2.250
Estapedectomía	1.500
Exéresis cálculo glándula submaxilar	450
Exéresis cuerda vocal	2.250
Exéresis glándula parótida	2.250
Extirpación de cornetes	600
Extirpación de glándulas submaxilar	1.800
Extirpación del pabellón auricular (parcial)	600
Extirpación del pabellón auricular (total)	900
Extirpación maxilar inferior	2.250
Extirpación maxilar superior	3.000
Extirpación tumor de amígdalas	1.500
Fibroma de cavum (vía oral)	1.500
Fibroma de cavum (vía transmaxilar)	2.250
Fístula bronquial crónica (tratamiento completo)	1.500
Flemón base de lengua	450
Flemón laringe	450
Flemón laterofaríngeo	450
Flemón periamigdalino	450
Fractura huesos propios de la nariz	600
Hemilaringectomía	2.250
Imperforación coanas	600
Intubación	450
Laberintectomía	3.000
Laringotomía	1.500
Laringuectomía total	3.000
Mastoidectomía	750
Mastoidectomía doble	1.500
Microcirugía de la laringe	450
Miringoplastia	1.200
Osteomielitis maxilar	600
Papiloma de faringe	600
Papiloma de laringe (vía interna)	750
Paracentesis de tímpano uni o bilateral	150
Plastia por faringectomía	1.500
Plastia retroauricular	600
Platinectomía	1.500
Pólipo coanal	450
Pólipo coanal de laringe	450
Pólipo coanal de oído	450
Pólipo nasal (doble)	750
Pólipo nasal (único)	450
Poliposis de ambos lados	900
Poliposis de un lado	600
Queiloplastias	1.500

Quiste maxilar	600
Quiste paradentario	450
Ránula sublingual	600
Reconstrucción de cadena oicular del oído derecho	1.500
Resección de submucosa de tabique (ambos lados)	900
Resección de submucosa de tabique (un lado)	600
Rinofima	1.500
Seno frontal (vía externa)	1.500
Seno frontal (vía interna)	1.200
Septoplastia	900
Sinequia nasal	600
Sinusectomía maxilar	900
Sinusitis complicada doble (pansinusitis)	1.500
Timpanoplastia con injerto periostio	2.250
Timpanotomía exploradora	450
Tirotomía con anestesia	1.500
Traqueotomía con urgencia	1.200
Tratamiento quirúrgico del ocaena (con o sin injerto condal)	1.500
Trepanación del laberinto	2.250
Vaciamiento etmoidal doble externa	900
Vaciamiento etmoidal doble interna	1.200
Vaciamiento etmoidal vía externa	900
Vaciamiento etmoidal vía interna	1.200
Vaciamiento ganglionar	3.000
Vegetaciones	450

11.- CIRUGIA PLASTICA REPARADORA

Patología	Euros
Escisión cicatrizal y sutura	750
Falangización metacarpianos	1.800
Injertos o plastias cutáneas grandes	1.800
Injertos o plastias cutáneas medianas	1.500
Injertos o plastias cutáneas pequeñas	1.200
Plastias en Z	1.200
Reconstrucción mama postmastectomía	3.000
Rinofima	1.500

12.- UROLOGIA

12.1.- Riñón, pelvis renal y uréter

Patología	Euros
Absceso córtico-renal	2.700
Absceso perinefrítico	2.250
Adenoma periuretral (prostáticos)	900
Descapsulación con denervación	2.700
Dilatación uretral endoscópica	450
Extracción endoscópica del cálculo de uréter terminal	750
Fístulas uretero-vaginales	4.500
Lumbotomía	1.500
Meatotomía uretral endoscópica	900
Nefrectomía parcial	2.250
Nefrectomía total	3.750
Nefrototomía	2.700
Nefropexia	2.700
Nefrostomía	2.250
Nefroureterectomía	4.500
Pielectomía	3.000

Reconstrucciones del pene por neoplasia a accidente	2.250
Rectocele	750
Suprarrenalectomía	3.000
Transplante renal	5.250
Transplante renal recidivado	5.250
Ureterectomía	2.700
Ureterocelectomía transvesical	3.000
Ureterocistectomía	3.000
Ureterocistoneostomía unilateral	3.000
Ureterolitotomía lumbar	2.250
Ureterolitotomía pelviana	2.250
Ureterolitotomía transvaginal	2.250
Ureteropielostomía	3.000
Ureteroplastia	2.700
Ureterorrafia	1.500
Ureterostomía	1.500
Ureterostomía cutánea	2.250
Ureterostomía intestinal	3.000
Uretero-calicectomía	3.000

12.2.- Vejiga y próstata

Biopsia próstata (por punción)	300
Cálculos y cuerpos extraños extirpados por cistotomía	1.500
Cierre de cuello vesical	1.500
Cistectomía parcial	2.250
Cistectomía parcial con ureterocistoneostomía	3.000
Cistectomía total	3.000
Cistocele	750
Cistorrafía por fístula vésico-cutánea	1.500
Divertículos vesicales (tratamiento completo)	1.500
Electrocoagulación de tumor vesical por vía uretral (tratamiento completo)	900
Enterocistoplastias de agrandamiento	3.000
Extirpación de tumores vesicales por vía hipogástrica	3.000
Extracción endoscópica de cuerpos extraños	450
Extrofia vesical	3.750
Fístula vésico-vaginal	1.500
Litotricia (citoscopia, tratamiento completo)	900
Operaciones para corrección de incontinencia urinaria	2.250
Plastias de cuello vesical por esclerosis	2.700
Prostatectomía	2.250
Resección transuretral de cuello vesical	2.250
Resección transuretral de próstata (tratamiento completo)	1.800
Resección transuretral de tumores vesicales	1.800
Resección transuretral de válvula de uretra prostática	2.250
Talla vesical o cistotomía	1.200

12.3.- Uretra y órganos genitales

Absceso urinario (desbridamiento)	600
Amputación de pene	1.500
Amputación de pene con linfadenectomía	3.000

Anastomosis epididimo-deferencial bilateral	2.250
Anastomosis epididimo-deferencial unilateral	1.500
Castración uni o bilateral	1.500
Circuncisión	450
Colpoplastia anterior y plicatura de uretra	1.500
Dilataciones uretrales (cada serie, un año de plazo tratamiento completo)	150
Divertículos de uretra	2.250
Epididectomía	1.200
Extracción de cálculos o cuerpos extraños de uretra por vía uretral	450
Hidrocele y varicocele	1.500
Hidrocele (punción evacuadora)	450
Hipospadía y equispadías	1.500
Meatotomía uretral	150
Orquidopexia unilateral o bilateral	1.200
Pólipos uretrales (extirpación)	600
Prolapso de uretra femenino	1.200
Quiste espermático derecho	750
Quistes de cordón	750
Sección de frenillo	300
Uretroplastia (tratamiento completo)	2.250
Uretrotomía externa (uretrostomía)	1.200
Uretrotomía interna	750

12.4.- Exploraciones instrumentales

Biopsia prostática percutánea	300
Biopsia renal percutánea	300
Biopsia vesical endoscópica	450

12.5.- Riñón, pelvis y arteria renal

Cavernostomía	2.250
Cirugía reparadora de aneurismas de arteria renal	3.750
Cirugía reparadora de estenosis de arteria renal	3.750
Descapsulación renal	2.250
Denervación renal, esplanicectomía	3.000
Nefrectomía ampliada por tumores con linfadenectomía paraórtica	4.500
Nefrectomía transtorácica por grandes cifo-escoliosis que impiden el acceso abdominal	4.500
Quistectomía	3.000
Transplante renal	6.000

13.- EXPLORACIONES ESPECIALES

Patología	Euros
Angiografía	300
Aortografía	300
Arteriografía	300
Artroscopia exploradora	450
Biopsia de corion	300
Broncoscopia	450
Cateterismos cardíacos	450
Cateterismos uretrales	300
Cateterismos vasculares	300
Citoscopia	450
Colangiografía retrógrada	450

Endoscopias digestivas	450
Flebografías	300
Laparoscopia	600
Laringoscopia	450
Linfografía	450
Mielografía	450
Neumoencefalografía	450
Paracéntesis	300
Punción esternal o de cresta ilíaca	300
Punción lumbar	450
Rectocolonoscopia con biopsia	450
Toracocéntesis	150
Ventriculografía	600

14.- TRATAMIENTOS

Patología	Euros
Cauterizaciones dermatológicas (tratamiento completo)	150
Cobaltoterapia:	
- Hasta 10 sesiones	600
- Hasta 20 sesiones	1.200
- Más de 20 sesiones	1.800
Diálisis peritoneal	750
Fotocoagulación oftálmica (por sesión)	450
Fulguración endoscópica de cuerpo extraño o tumor bronquial	1.200
Hemodiálisis (tratamiento completo)	750
Hexanguino-transfusión	750
Isótopos radioactivos (tratamiento)	600
Litotricias (tratamiento completo)	1.500
Quimioterapia (tratamiento completo)	900
Radioterapia	450
Radioterapia antiinflamatoria	450
Radiumterapia	450
Telecobaltoterapia:	
- Hasta 10 sesiones	750
- Hasta 20 sesiones	1.500
- Más de 20 sesiones	2.250
Transplante de médula ósea	3.750

La indemnización se devengará por tratamientos completos específicos, que causarán derecho al percibo de ésta sólo una vez por la misma afección.