

Seguro de SALUD

Documento de información sobre el producto de seguro

Empresa: MAPFRE ESPAÑA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.

Registrada en: ESPAÑA N.º Autorización: C-0058

 **MAPFRE**

Producto: "REEMBOLSO"

En este documento le facilitamos un resumen de este seguro. La información precontractual y contractual completa relativa al mismo se facilita en otros documentos, que son los que regulan la relación entre las partes.

¿En qué consiste este tipo de seguro?

Este seguro permite elegir libremente a médicos y hospitales que no estén concertados con la aseguradora, con REEMBOLSO al asegurado de los gastos médicos cubiertos en que haya incurrido, o recibir ASISTENCIA SANITARIA de profesionales o centros concertados con la aseguradora, a los que ésta pagará directamente.



¿Qué se asegura?

GARANTÍAS PRINCIPALES, incluidas siempre:

✓ Extrahospitalarias:

- Asistencia primaria: medicina general, pediatría, puericultura, enfermería y urgencias domiciliarias y ambulatorias.
- Asistencia especializada ambulatoria: consulta de médicos especialistas (incluida obstetricia y ginecología), procedimientos de diagnóstico y terapéuticos, contrastes radiológicos y cirugía menor que se realice exclusivamente en consulta.

✓ Hospitalarias:

- Hospitalización quirúrgica: para cirugía (incluida la endoscópica y el láser).
- Hospitalización no quirúrgica: para el diagnóstico y/o tratamientos sin cirugía.
- Hospitalización obstétrica: asistencia al parto o cesárea por especialista y matrona.

GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS, incluidas siempre:

- ✓ Segundo diagnóstico internacional: para dolencias relevantes, gestionado por la Aseguradora, sin reembolso.
- ✓ Asistencia en viaje: gastos médicos y repatriación de fallecidos.
- ✓ Fallecimiento del asegurado por accidente.
- ✓ Reembolso de gastos de farmacia medicamentos.
- ✓ Programas especiales, control y prevención: sólo en centros concertados, sin reembolso.
- ✓ Adopción Nacional e Internacional: reembolso de gastos hasta 12.000 €.

GARANTÍAS OPCIONALES que pueden contratarse:

- ✓ Gran Cobertura: se amplía el límite máximo de reembolso.
- ✓ Garantía bucodental sólo en servicios concertados, con determinados actos que son a cargo del asegurado.



¿Qué no está asegurado?

Se destacan los principales supuestos no asegurados:

- ✗ Enfermedades y accidentes previos a la contratación del seguro.
- ✗ Intervenciones y/o tratamientos por razones estéticas y cosméticas y material ortopédico.
- ✗ Los tratamientos farmacológicos que no precisan aplicación en un centro hospitalario, aunque se dispensen los medicamentos en el propio hospital, así como los medicamentos de terapias génicas y celulares avanzadas aún en el caso de que se apliquen en centros hospitalarios.
- ✗ Cirugía refractiva, de la presbicia, gafas, lentillas y aparatos auditivos.
- ✗ Cirugías y exámenes médicos de carácter preventivo, chequeos y estudios genéticos.
- ✗ Traslados (salvo urgencias autorizadas).
- ✗ La asistencia sanitaria y/o los gastos médicos derivados de tentativa de suicidio o autolesión, así como de la práctica o participación en cualquier deporte o actividad de riesgo.
- ✗ Los servicios hosteleros y sociales, así como la cama del acompañante en los ingresos del paciente en unidades especiales.
- ✗ Los procesos psiquiátricos crónicos, test psicológicos, psicoanálisis, hipnosis, sofrología y narcolepsia, rehabilitación psicosocial o neuropsicológica.
- ✗ La interrupción voluntaria del embarazo.
- ✗ Los tratamientos de rehabilitación para el Daño Cerebral Adquirido y para el Daño Medular en Servicios de Libre Elección.
- ✗ Los relacionados con procesos de gestación por sustitución cualquiera que sea el país en el que se haya seguido.



¿Existen restricciones en lo que respecta a la cobertura?

Sí, los porcentajes y límites máximos de reembolso de gastos en GARANTÍAS PRINCIPALES son:

- ! Reembolso del 80% en GARANTÍAS EXTRAHOSPITALARIAS y del 90% en GARANTÍAS HOSPITALARIAS, salvo en los actos médicos o asistencias que tengan establecido un límite máximo, y siempre hasta el máximo cubierto por dolencia y por asegurado en cada anualidad de seguro.
- ! Se aplicarán otros límites de utilización en determinados actos médicos y distintas coberturas.

Para tener cobertura en relación con determinadas prestaciones o reembolsos será necesario que hayan transcurrido los siguientes períodos de tiempo desde la fecha de contratación del seguro:

- ! 6 meses para intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio o de internamiento, hospitalización de cualquier tipo, TAC coronario, resonancia magnética, PET, radiología vascular e intervencionista, CPAP, BIPAP, polisomnografía, medicina nuclear e isótopos radioactivos, hemodinámica, diálisis, litotricia, oncología médica o radioterápica, acceso a la red hospitalaria de E.E.U.U., rehabilitación y rehabilitación cardíaca, consulta y tratamientos de psicoterapia breve o focal, consulta y tratamientos de osteopatía, Gran Cobertura y genética.
- ! 8 meses para embarazo, cariotipos, genotipos, amniocentesis, preparación al parto y asistencia al parto o cesárea.
- ! 48 meses para estudio de esterilidad y los tratamientos mediante técnicas de reproducción asistida, así como la adopción nacional e internacional.

En garantías complementarias existen límites en:

- ! Gastos de farmacia: reembolso, hasta el límite señalado en el contrato, si el importe de los medicamentos incluidos en la factura es superior a 10€ y se acompaña prescripción médica.
- ! Prótesis e implantes para distintos tipos.
- ! En reproducción asistida, tratamientos de psicoterapia breve o terapia focal, tratamientos de osteopatía y garantía bucodental, existen cantidades a cargo del asegurado.
- ! Asistencia en viaje: asistencia médica máximo 15.000 €.



¿Dónde estoy cubierto?

- ✓ En REEMBOLSO, en cualquier lugar del mundo. El pago se efectúa en España.
- ✓ La ASISTENCIA, sólo en España en centros concertados, excepto en la Gran Cobertura que permite asistencia concertada en EEUU y en Asistencia en viaje.



¿Cuáles son mis obligaciones?

- Pagar el seguro.
- Facilitar a la aseguradora toda la información necesaria para que pueda valorar el riesgo antes de formalizar el contrato.
- Comunicar a la aseguradora cualquier cambio en la información dada en la contratación durante toda la vigencia del contrato.
- Comunicar a la aseguradora los hechos que puedan dar lugar a indemnización u otras prestaciones, en el plazo de siete días desde que se conozcan, aportando la información y documentación necesaria para comprobar y valorar los daños, permitiendo la actuación de los técnicos nombrados por la aseguradora a estos efectos.



¿Cuándo y cómo tengo que efectuar los pagos?

En el momento de la contratación. El pago es anual, salvo que se establezca otra cosa en el contrato, pudiendo pactarse su fraccionamiento. Podrá efectuarse el pago por los medios que se acuerden en cada caso en el contrato de seguro, ya sea domiciliación bancaria, tarjeta de crédito o débito u otros medios de pago aceptados por la aseguradora.



¿Cuándo comienza y finaliza la cobertura?

La cobertura comienza y termina en la fecha que figure en las Condiciones Particulares del contrato, salvo prórroga.



¿Cómo puedo rescindir el contrato?

El contratante podrá oponerse a la prórroga del contrato con, al menos, un mes de antelación a la conclusión del periodo en curso, sin alegar ninguna causa.