

CONDICIONES
ESPECIALES

MEDIFIATC BASE

FIATC 
S E G U R O S

CONDICIONES ESPECIALES

El presente contrato da derecho a los siguientes servicios en las condiciones y términos que en los mismos se señalan y para cada una de las personas aseguradas en la póliza a la que se incorporan las condiciones especiales siguientes.

1. MEDICINA PRIMARIA

101. **Medicina General.** Asistencia médica con indicación y prescripción de pruebas y medios de diagnóstico básicos **exclusivamente en consultorio.**
102. **Pediatría y Puericultura de Zona** para niños menores de 16 años, con indicación y prescripción de pruebas y medios de diagnóstico básicos **exclusivamente en consultorio.** Incluye controles preventivos y de desarrollo infantil.
103. **Servicio de Enfermería, exclusivamente en consultorio** y previa prescripción de un médico de la entidad.

2. SERVICIO DE URGENCIAS

203. **Servicio de Urgencia a Domicilio.** Se facilitará el servicio a domicilio por parte de los servicios permanentes de guardia (Medicina General o servicio de ATS/DUE), **de conformidad con lo establecido en las condiciones generales de la póliza.** En el caso de la enfermería, se requerirá la prescripción previa de un facultativo de la entidad. Este servicio se solicitará al teléfono de atención al asegurado: 902 182 182.

3. ESPECIALIDADES MÉDICAS Y MÉDICO-QUIRÚRGICAS

Incluye exclusivamente la atención al asegurado en consultorio de visitas, pruebas y actos terapéuticos que no impliquen ningún tipo de intervención y que estén comprendidos en las especialidades descritas.

301. **Alergia.** Las vacunas y autovacunas corren por cuenta del asegurado.
302. **Análisis Clínicos.**
303. **Anatomía Patológica.**
305. **Angiología y Cirugía Vascular.**
306. **Aparato Digestivo.**

- 307. **Cardiología.**
- 308. **Cirugía Cardiovascular.**
- 309. **Cirugía General y del Aparato Digestivo.**
- 310. **Cirugía Maxilofacial.**
- 311. **Cirugía Pediátrica.**
- 313. **Cirugía Torácica.**
- 314. **Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Quedan excluidos los tratamientos con fines puramente estéticos.**
- 315. **Endocrinología y Nutrición. Están excluidos los tratamientos de adelgazamiento y dietéticos.**
- 316. **Geriatría.** Asistencia médica con indicación y prescripción de pruebas y medios de diagnóstico básicos.
- 318. **Medicina de la Educación Física y del Deporte. La cobertura se limita a la atención de afecciones o lesiones deportivas. Quedan excluidos los controles de carácter preventivo.**
- 319. **Medicina Interna.**
- 320. **Medicina Nuclear. Incluye exclusivamente las pruebas de diagnóstico descritas en el apartado de Medios de Diagnóstico.**
- 321. **Nefrología.**
- 322. **Neonatología.**
- 323. **Neumología.**
- 324. **Neurocirugía.**
- 325. **Neurofisiología Clínica.**
- 326. **Neurología.**

- 327. **Obstetricia y Ginecología.** Queda incluida la vigilancia del embarazo, pero se excluye la asistencia de un Médico Tocólogo en todo tipo de partos.
- 328. **Odonto-Estomatología.** Ver apartado 14 de estas Condiciones Especiales.
- 329. **Oftalmología.**
- 330. **Oncología.**
- 331. **Otorrinolaringología.**
- 332. **Psiquiatría.** Excluidos cualquier tipo de test, tratamiento de drogadicción y alcoholismo, así como terapias tanto de grupo como individuales.
- 334. **Rehabilitación.**
- 335. **Reumatología.**
- 336. **Traumatología y Cirugía Ortopédica.**
- 337. **Urología.**

4. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

Deberán ser solicitados por médicos de la entidad y se practicarán en los centros sanitarios designados por la misma. Están excluidos los contrastes y radiofármacos utilizados en los centros designados por la entidad. Cualquier otro medio de diagnóstico no incluido en la presente relación estará excluido de la cobertura del seguro. Los medios de diagnóstico que para su realización requieran hospitalización o ingreso quedarán excluidos de la cobertura de la póliza.

4.A. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO BÁSICOS:

- 401. **Radiología Simple.**

402. Servicio de Laboratorio Básico. Exclusivamente para Análisis Clínicos, Anatómo-patológicos, Biológicos y Hormonales, previa prescripción de un médico de la entidad, excepto estudios preventivos.

4.B. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO COMPLEJOS:

403. Radiodiagnóstico. Incluye las Angiografías, Arteriografías Digitales, Densitometrías Óseas y la Radiología no Intervencionista. **Período de carencia de TRES MESES.**

404. Mamografías.

405. Ecografías.

406. Tomografía Axial Computerizada (TAC o ESCÁNER). Período de carencia de TRES MESES.

407. Resonancia Magnética Nuclear (RMN). Período de carencia de TRES MESES.

410. Medicina Nuclear: Isótopos Radioactivos y Gammagrafías, como medio complementario de diagnóstico. **Período de carencia de TRES MESES.**

413. Diagnóstico Cardiológico. Pruebas de Esfuerzo, Ecocardiograma, Holter y Doppler. **Período de carencia de TRES MESES.**

414. Neurofisiología Clínica. Incluye Electroencefalograma, Electromiograma y Potenciales Evocados. **Período de carencia de TRES MESES.**

418. Tomografía de Coherencia Óptica. Período de carencia de TRES MESES.

419. Otoemisiones Acústicas Espontáneas (OAE), exclusivamente en recién nacidos.

5. TRATAMIENTOS

Quedan cubiertos exclusivamente los tratamientos detallados a continuación. Deberán ser solicitados por médicos de la entidad y se practicarán en

los centros sanitarios designados por la misma. En el caso de que, para su realización, fuera necesario el internamiento del asegurado en un centro sanitario, dicho tratamiento quedará excluido de la cobertura de la póliza.

En la relación de delimitaciones temporales se entiende por año el tiempo transcurrido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre, empezando otro año en la siguiente anualidad cuyo inicio vuelve a ser el 1 de enero. Período de carencia de SEIS MESES.

5.C.- REHABILITADORES

504. Fisioterapia y Rehabilitación (incluye Laserterapia y Magnetoterapia).

Se prestarán con carácter ambulatorio, a cargo de fisioterapeutas y en los servicios que la compañía designe, previa prescripción escrita de un especialista de la entidad, para el tratamiento de enfermedades y lesiones post-traumáticas, siempre que las mismas hayan sido contraídas con posterioridad a la firma de la póliza. Asimismo también se prestarán en el centro hospitalario mientras el asegurado deba estar ingresado a causa de una cobertura amparada en la póliza. **Existe una limitación máxima de 40 sesiones por año o proceso exclusivamente para dolencias o afecciones no derivadas de un proceso quirúrgico o fractura ósea. Se excluyen los tratamientos rehabilitadores de carácter neurológico, así como la rehabilitación acuática.**

6. SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO Y PARTO

Quedan cubiertos exclusivamente los servicios siguientes:

- 601. Vigilancia del embarazo a través de las visitas y ecografías necesarias para el seguimiento del embarazo. De acuerdo con la SEGO, se establecen como pauta usual 3 ecografías para casos de embarazos normales y 5 para embarazos de riesgo. Periodo de carencia de SEIS MESES.
- 602. Ecografía Morfológica. Una única Ecografía que se corresponde con la Ecografía de las 20 semanas. Periodo de carencia de SEIS MESES.
- 603. Analítica de Control Necesaria. Periodo de carencia de SEIS MESES.
- 605. Amniocentesis, Estudio del Cariotipo Fetal y Biopsia Corial en Emba-

razo de Riesgo y por prescripción médica. Máximo una por embarazo. Periodo de carencia de SEIS MESES.

606. Triple Screening, EBA Screening. Máximo uno por embarazo. Periodo de carencia de SEIS MESES.

7. MEDICINA PREVENTIVA

7.A.- OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

701. **Chequeo Ginecológico.** Revisión anual que incluye visita, informe, citología, ecografía y mamografía, si procede.

7.F.- ODONTOLOGÍA

711. Limpieza de boca anual.

9. OTROS SERVICIOS

901. Podólogo en Consultorio. Limitado a 6 sesiones al año.

11.- COPAGO

El tomador del seguro pagará en concepto de franquicia o participación en el coste del servicio una cantidad determinada por cada servicio que utilice de las garantías cubiertas por la presente póliza. Los importes del copago son los siguientes:

	COPAGO
Consultas	Copago
Medicina General	Sin copago
Pediatría - Puericultura	Sin copago
Especialidades Médico-Quirúrgicas	Sin copago
Pruebas Diagnósticas y Actos Terapéuticos	Copago
Pruebas Alérgicas	Sin copago
Análisis Clínicos (excepto Pruebas Genéticas)	Sin copago
Anatomía Patológica	Sin copago
Ecografías	Sin copago

Mamografías	Sin copago
Diagnóstico por la Imagen (Radiología Convencional)	Sin copago
Resto de pruebas y actos	Sin copago
Pruebas Diagnósticas y Actos Terapéuticos de Alta Tecnología	Copago
Medicina Nuclear	Sin copago
Arteriografía	Sin copago
Hemodinámica Vascular	No cubierto
Polisomnografía	Sin copago
Resonancia Magnética Nuclear (RMN)	Sin copago
Tomografía Axial Computerizada (TAC/Escáner)	Sin copago
PET	No cubierto
Endoscopias	No cubierto
Amniocentesis; Biopsia Corial y Test Prenatal no invasivo	Sin copago
Diagnóstico Cardiológico	No cubierto
Pruebas de Seguimiento del Embarazo	Sin copago
Ph-Metría	Sin copago
Litotricia	No cubierto
Otros Servicios	Copago
ATS/Enfermería	Sin copago
Podología	Sin copago
Limpieza Bucal y Extracciones	Sin copago
Tratamiento y Pruebas de Oncología (acto o sesión)	No cubierto
Quimioterapia (sesión)	No cubierto
Oxigenoterapia – Ventiloterapia (sesión)	No cubierto
Rehabilitación y Fisioterapia (sesión)	Sin copago
Psicología Clínica	No cubierto
Preparación al Parto	No cubierto
Tratamiento del Dolor (por acto)	No cubierto
Chequeos Medicina Preventiva	Sin copago
Ambulancias	No cubierto
Urgencias	Sin copago
Psicoterapia	No cubierto
Hospitalización	Copago
Por día	No cubierto
Prótesis	No cubierto
Resto de Servicios Garantizados	Copago
Resto de Servicios	Sin copago
Duplicado Guía Médica en el mismo año	5,00 €

14. GARANTÍA DENTAL

1.- Servicios Incluidos en Póliza.-

Quedan cubiertas sin coste adicional para el Asegurado las visitas, las extracciones simples, las curas estomatológicas derivadas de estas y las radiografías realizadas en los centros designados por FIATC a tal efecto que, en determinados casos, no coinciden con el Centro Dental.

La asistencia de los servicios cubiertos se prestará exclusivamente por los facultativos que aparecen en la lista de odontólogos del cuadro facultativo correspondiente a esta póliza. Dicha asistencia se llevará a cabo exclusivamente en la consulta del odontólogo, quedando excluida expresamente la asistencia fuera de la misma.

De forma detallada son objeto de cobertura sin coste adicional los servicios y actos que se indican a continuación:

- Primeras Visitas
- Visita de Revisión
- Educación Bucodental
- Enseñanza de técnicas de cepillado
- Radiografías Odontológicas
- Primera visita Ortodoncia
- Extracciones (excluidos cordales o piezas incluidas) que no precisen cirugía maxilo-facial
- Retirar puntos
- Estudio Implantológico

2.- Servicios con franquicia a cargo del asegurado

Servicios a disposición del asegurado previo abono de una pequeña franquicia correspondiente al coste de la prestación solicitada.

El Asegurado asumirá el coste de los servicios que correspondan de conformidad con el baremo de franquicias vigente en el momento de la prestación.

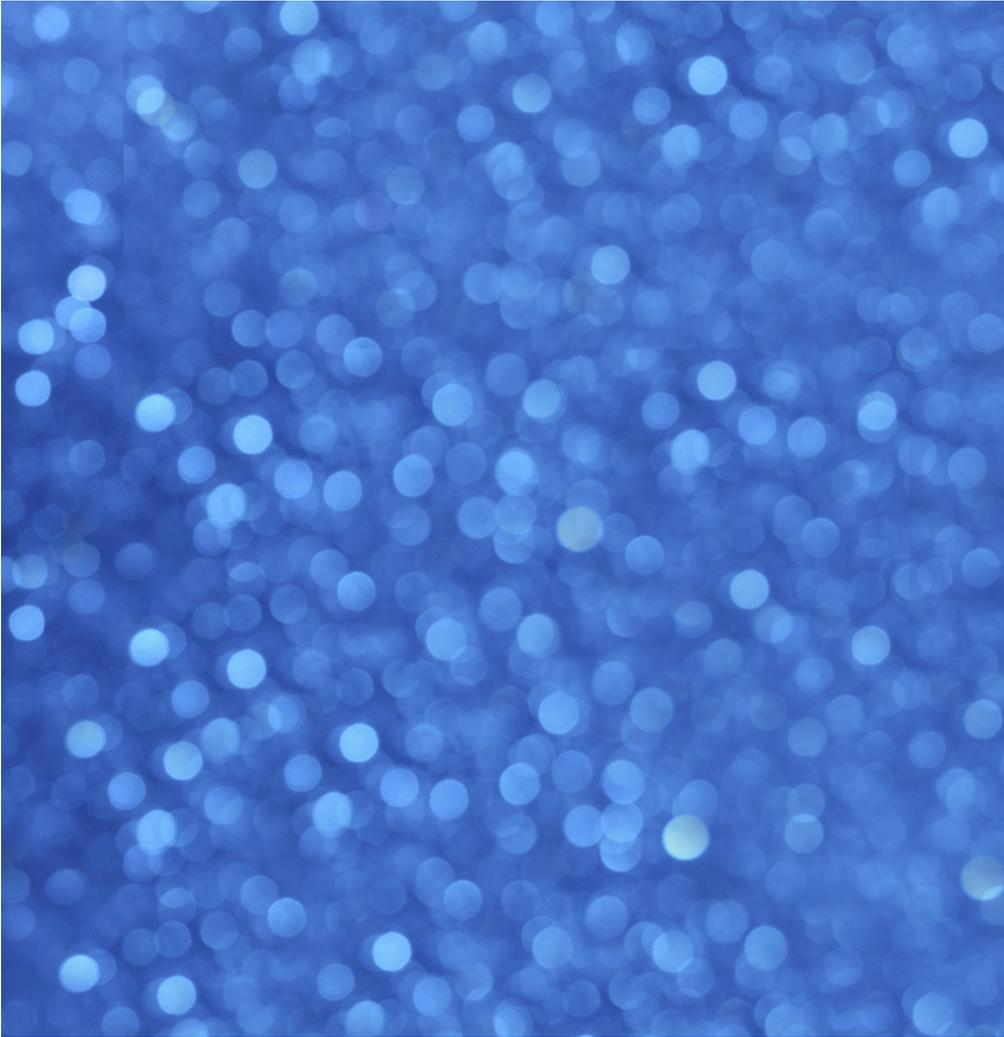
En el caso de que se produjera alguna modificación en el importe de las franquicias a cargo del Asegurado, FIATC, comunicará las nuevas franquicias al mismo con dos meses de antelación a la fecha de su entrada en vigor, suponiendo el pago de la prima la aceptación de dichos cambios.

Los Servicios Incluidos bajo franquicia son los siguientes:

2 - ODONTOLOGÍA PREVENTIVA	
Fluorizaciones	12 €
Selladores oclusales	10 €
Tratamiento con férula blanda	140 €
Tratamiento con protector bucal (para deporte)	157 €
3 - RADIOLOGÍA	
Ortopantomografía (Panorámica Dental)	15 €
Telerradiografía Lateral o frontal de Cráneo	15 €
Radiografía de ATM	31 €
Estudio Tomográfico (TAC) Una Arcada	125 €
Estudio Tomográfico (TAC) Dos Arcadas	165 €
Serie radiografica periodontal	43 €
4 - OBTURACIONES	
Obturación provisional	12 €
Obturación simple o compuesta	38 €
Reconstrucción de Ángulos	42 €
Reconstrucción Coronaria total	55 €
Reconstrucción de muñón	60 €
5 - ENDODONCIAS	
Endodoncias Unirradiculares	75 €
Endodoncias Multirradiculares	125 €
Reendodoncias Unirradiculares	100 €
Reendodoncias Multirradiculares	150 €
Protección pulpar (recubrimiento pulpar)	25 €
Apertura drenaje pulpar	27 €
Endodoncia en diente temporal (pulpotomía)	50 €
6 - PERIODONCIA	
Diagnostico y sondaje	10 €
Tallado selectivo	30 €
Análisis oclusal	60 €
Periodontograma	55 €
Curetaje por cuadrante	25 €
Raspaje y alisado radicular (por cuadrante)	50 €
Cirugía periodontal (curetaje quirúrgico por pieza)	25 €
Widman modificado (por cuadrante)	220 €
Plastia muco-gingival (por cuadrante)	220 €
Ferulización de dientes (por diente)	57 €
Mantenimiento periodontal (sesión)	33 €
Mantenimiento periodontal postquirúrgico (sesión)	35 €
Gingivectomía (por cuadrante)	45 €
Colocación de materiales biológicos (Hueso Liofilizado y otros Biomateriales)	310 €

Regeneración tisular guiada con membrana reabsorbible	310 €
7 - ORTODONCIA	
Estudio cefalometrico (incluye moldes)	60 €
Estudio fotografico	25 €
Visitas periódicas de revisión ortodoncia	35 €
Tratamiento Ortodónico con aparatología fija (cada arcada)	280 €
Tratamiento Ortodónico con aparatología móvil (cada aparato)	240 €
Colocación aparatos auxiliares (quadhelix, bihelix, botón nance, barra palatina, mentoneras, ancl. extra orales, bumper, máscara facial) (cada aparato)	85 €
Reposición de Brackets (unidad)	4 €
Reposición de Brackets estéticos (unidad)	6 €
Recargo por brackets de porcelana (por arcada)	420 €
Recargo por brackets de fibra de vidrio (por arcada)	180 €
8 - PRÓTESIS FIJA	
Mantenedor de espacio fijo	70 €
Corona provisional acrílico	21 €
Puente provisional de resina (unidad en pónico o pilar)	21 €
Corona parcial o incrustación	115 €
Corona metal colada	120 €
Muñón colado multirradicular	80 €
Muñón colado unirradicular	73 €
Corona metal porcelana	210 €
Puente fijo metal porcelana (por pieza)	210 €
Puente Maryland (pieza y dos apoyos)	320 €
Barra Ackerman (corona aparte / cada tramo)	67 €
8.1 - PRÓTESIS REMOVIBLE	
Composturas simples de prótesis removibles (por pieza a colocar o gancho no colado)	37 €
Rebase de prótesis removible	80 €
Rebase con resina o similares acondicionadores de forma provisional, en la prótesis removibles	49 €
Ajustes oclusales sin montaje en articulador para prótesis	6 €
Añadir piezas nuevas en aparatos hechos (unidad)	42 €
Mantenedor de espacio móvil	80 €
Prótesis removible completa (superior o inferior)	315 €
Prótesis removible completa (superior más inferior)	600 €
Prótesis parcial removible acrílico (de 1 a 3 piezas)	260 €
Prótesis parcial removible acrílico (de 4 a 6 piezas)	350 €
350 Prótesis parcial removible acrílico (de 7 o más piezas)	410 €
Esquelético (Estructura base para una o varias piezas)	220 €
Esquelético (Terminación en acrílico por pieza)	35 €
Sujetadores precisión (attaches) (cada unidad)	122 €
9 - CIRUGÍA ORAL	
Extracciones (excluidos cordales o piezas incluidas) que precisen cirugía maxilo-facial	107 €

Extracción de cordal o cualquier pieza incluida (una sola pieza)	120 €
Extracción de cordal semi incluido	55 €
Extracción por odontosección	36 €
Quistectomía (quistes maxilares)	110 €
Cirugía periapical (apicectomía incluida)	115 €
Frenillo lingual o labial. Frenectomía	80 €
Amputación radicular terapéutica (hemisección)	110 €
Reimplantación de piezas (por pieza)	79 €
10 - IMPLANTOLOGÍA	
Falso muñón de titanio	12 €
Tornillo de cicatrización	25 €
Tornillo de cementación	25 €
Férula quirúrgica	70 €
Férula radiológica	70 €
Colocación de un implante	695 €
Implante de carga inmediata (unidad)	890 €
Mantenimiento y reajuste anual de prótesis sobre implante	23 €
Corona cerámica sobre implante	300 €
Corona provisional sobre implante	31 €
Corona provisional sobre implante inmediato	37 €
Aditamento protésico por implante (incluye pilar cementado, calcinable, tornillo retención y transepitelial)	120 €
Aditamento protésico sobre implante inmediato	187 €
Puente cerámica unidad en pónico o sobre implante	300 €
Dentadura Híbrida / Híbrida completa (2 arcadas)	4000 €
Sobredentadura sobre implantes	635 €
Mesoestructura en barra	630 €
Colocación de materiales biológicos (Hueso Liofi lizado y otros biomateriales)	310 €
Regeneración Tisular Guiada con Membrana Reabsorbible	310 €
11 - ESTÉTICA DENTAL	
Incrustación porcelana	145 €
Carillas de porcelana (por pieza)	215 €
Blanqueamiento en consulta (por arcada dental, sesiones incluidas)	150 €
Blanqueamiento dental por pieza cada sesión	55 €
Carillas de composite (por pieza)	77 €
12 - PATOLOGÍA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR - ATM	
Tratamiento con férula de descarga neuromiorrelajante. Tipo Michigan	157 €
13 - VARIOS	
Recargos metal precioso o semiprecioso	Seg. Cot.



FIATC 
S E G U R O S

www.fiatc.es