

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.

MEDICINA PRIMARIA

Medicina General. Asistencia médica con indicación y prescripción de pruebas y medios de diagnóstico básicos **exclusivamente en consultorio.**

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.

Servicio de Enfermería, exclusivamente en consultorio, previa prescripción de un médico de la entidad.

SERVICIO DE URGENCIAS

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 exclusivamente a los teléfonos de atención al asegurado: 917 015 757 y 933 270 945

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 quirúrgica o tratamiento (salvo los expresamente indicados en las presentes condiciones especiales), y que estén comprendidos en las especialidades descritas.

Alergia. Las vacunas y autovacunas corren por cuenta del asegurado

Análisis Clínicos.

Anatomía Patológica.

Angiología y Cirugía Vascular.

Aparato Digestivo.

Cardiología.

Cirugía Cardiovascular.

Cirugía General y del Aparato Digestivo.

Cirugía Maxilofacial.

Cirugía Pediátrica.

Cirugía Torácica.

Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Quedan excluidos los tratamientos con fines puramente estéticos.

Endocrinología y Nutrición. Están excluidos los tratamientos de adelgazamiento y dietéticos.

Geriatría. Asistencia médica con indicación y prescripción de pruebas y medios de diagnóstico básicos.

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.

Medicina Interna.

Medicina Nuclear. Incluye exclusivamente las pruebas de diagnóstico descritas en el apartado de Medios de Diagnóstico.

Nefrología.

Neonatología.

Neumología.

Neurocirugía.

Neurofisiología Clínica.

Neurología.

Obstetricia y Ginecología. Queda incluida la vigilancia del embarazo, pero se excluye la asistencia de un Médico Tocólogo en todo tipo de partos.

Odonto-Estomatología. Ver apartado 14 de estas Condiciones Especiales.

Oftalmología.

Oncología.

Otorrinolaringología.

Psiquiatría. Excluidos cualquier tipo de test, tratamiento de drogadicción y alcoholismo, así como terapias tanto de grupo como individuales.

Rehabilitación.

Reumatología.

Traumatología y Cirugía Ortopédica.

Urología.

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.

MEDIOS DE DIAGNÓSTICO BÁSICOS:

Radiología Simple.

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

MEDIOS DE DIAGNÓSTICO COMPLEJOS:

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

Mamografías.

Ecografías.

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

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

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

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

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

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

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

Fibroscan. Técnica no invasiva basada en la elastografía. **Una por Asegurado y año. Exclusivamente para evaluar la evolución del grado de fibrosis hepática en hepatopatías crónicas, con exclusión de las que tienen alguna relación con el alcoholismo. Periodo de Carencia de TRES MESES.**

Espectografía (spect) de perfusión cerebral y de transportadores presinápticos de dopamina (DaTscan). Cubierto exclusivamente para el diagnóstico diferencial de la enfermedad de Parkinson con otros trastornos del movimiento. **Periodo de Caren-
cia de TRES MESES**

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 la fecha de efecto y el vencimiento del seguro o de cualquiera de sus prórrogas, iniciándose en la siguiente prórroga otro año de seguro a tales efectos . Período de carencia de SEIS MESES.

REHABILITADORES

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.**

Ondas de Choque en Fisioterapia y Rehabilitación. Se prestará 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. **Existiendo una limitación de 5 sesiones por proceso y año.**

OTROS TRATAMIENTOS

Se incluye una dermatoscopia digital (epiluminiscencia) por asegurado y año para el diagnóstico precoz del melanoma, cuando se justifique al menos una de las siguientes indicaciones:

Múltiples nevus atípicos (> 50)

Síndrome de nevus displásico o familiar

Antecedentes personales o familiares (primero y segundo grado) de melanoma diagnosticado

Portadores de mutaciones genéticas asociadas al desarrollo del melanoma.

Se excluye el tratamiento de las lesiones actínicas de la piel y el tratamiento dermatocósmético.

SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO Y PARTO

Quedan cubiertos exclusivamente los servicios siguientes:

Vigilancia del embarazo a través de las visitas y ecografías necesarias para el seguimiento del embarazo. Periodo de carencia de SEIS MESES.

Ecografía Morfológica. Una única Ecografía que se corresponde con la Ecografía de las 20 semanas. Periodo de carencia de SEIS MESES.

Analítica de Control Necesaria. Periodo de carencia de SEIS MESES.

Amniocentesis, Estudio del Cariotipo Fetal y Biopsia Corial en Embarazo de Riesgo y por prescripción médica. Máximo una por embarazo. Periodo de carencia de SEIS MESES.

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

MEDICINA PREVENTIVA

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

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

UROLOGÍA

Chequeo Urológico. Revisión anual que incluye visita, informe, ecografía renal y vésico-prostática, y PSA (antígeno prostático específico), si procede.

CARDIOLOGÍA

Chequeo Cardiológico. Revisión anual para personas mayores de 50 años que incluye visita, informe, exploración cardiovascular, electrocardiograma, analítica y, si procede, prueba de esfuerzo y ecocardiograma. **Periodo de carencia de TRES MESES.**

PEDIATRÍA

Programa de Control al Recién Nacido. Examen de salud al recién nacido que incluye pruebas de metabolopatías, otoemisiones acústicas, test de agudeza visual y ecografía neonatal, si se estima necesaria.

ODONTOLOGÍA

Limpieza de boca anual.

OTROS SERVICIOS

Podólogo en Consultorio. Limitado a 6 sesiones al año.

Psicología Clínica.- Comprende la atención de carácter individual prescrita por Psiquiatras u oncólogos cuya finalidad sea el tratamiento de patologías susceptibles de intervención psicológica (trastornos de conducta, alimenticios, del sueño, de adaptación o de aprendizaje). Comprende hasta un máximo de cuatro consultas al mes con un límite de 15 sesiones por asegurado y año. Queda excluido el Psicoanálisis, la terapia Psicoanalítica, la hipnosis, la Narcolepsia y los servicios de rehabilitación psicosocial o neuropsiquiatría. **Período de carencia de SEIS MESES.**

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:

	BASE	BASE P5
Consultas	Copago	Copago
Medicina General	Sin copago	2,00 €
Pediatría - Puericultura	Sin copago	2,00 €
Especialidades Médico-Quirúrgicas	Sin copago	4,00 €
Pruebas Diagnósticas y Actos Terapéuticos	Copago	Copago
Pruebas Alérgicas	Sin copago	5,00 €
Análisis Clínicos (excepto Pruebas Genéticas)	Sin copago	2,00 €
Anatomía Patológica	Sin copago	4,00 €
Ecografías	Sin copago	4,00 €
Mamografías	Sin copago	4,00 €
Diagnóstico por la Imagen (Radiología Convencional)	Sin copago	4,00 €
Resto de pruebas y actos	Sin copago	5,00 €
Pruebas Diagnósticas y Actos Terapéuticos de Alta Tecnología	Copago	Copago
Medicina Nuclear	Sin copago	5,00 €
Arteriografía	Sin copago	5,00 €
Hemodinámica Vascular	No cubierto	No cubierto
Polisomnografía	Sin copago	5,00 €
Resonancia Magnética Nuclear (RMN)	Sin copago	5,00 €
Tomografía Axial Computerizada (TAC/Escáner)	Sin copago	5,00 €
PET	No cubierto	No cubierto
Endoscopias	No cubierto	No cubierto
Amniocentesis; Biopsia Corial y Test Prenatal no invasivo	Sin copago	5,00 €
Diagnóstico Cardiológico	Sin copago	5,00 €
Pruebas de Seguimiento del Embarazo	Sin copago	5,00 €
Ph-Metría	Sin copago	5,00 €
Litotricia	No cubierto	No cubierto
Otros Servicios	Copago	Copago
ATS/Enfermería	Sin copago	2,00 €
Podología	Sin copago	5,00 €
Limpieza Bucal y Extracciones	Sin copago	5,00 €
Tratamiento y Pruebas de Oncología (acto o sesión)	No cubierto	No cubierto
Quimioterapia (sesión)	No cubierto	No cubierto
Oxigenoterapia – Ventiloterapia (sesión)	No cubierto	No cubierto
Rehabilitación y Fisioterapia (sesión)	Sin copago	2,00 €

Preparación al Parto	No cubierto	No cubierto
Tratamiento del Dolor (por acto)	No cubierto	No cubierto
Otros tratamientos (sesión)	No cubierto	No cubierto
Chequeos Medicina Preventiva	Sin copago	5,00 €
Laser Excimer	No cubierto	No cubierto
Reproducción asistida	No cubierto	No cubierto
Ambulancias	No cubierto	No cubierto
Urgencias	Sin copago	15,00 €
Hospitalización	Copago	Copago
Por día	No cubierto	No cubierto
Prótesis	No cubierto	No cubierto
Resto de Servicios Garantizados	Copago	Copago
Resto de Servicios	Sin copago	5,00 €
Trasplante de córnea	No cubierto	No cubierto

GARANTÍA DENTAL

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
- Una limpieza de boca anual
- Radiografías Odontológicas
- Primera visita Ortodoncia
- Extracciones (excluidos cordales o piezas incluidas) que no precisen cirugía maxilo-facial
- Retirar puntos
- Estudio Implantológico

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:

	1 - PRIMERAS VISITAS	
V0110	Primera visita y entrega de presupuesto	S/C
V0140	Visita de revisión	S/C
V0130	Visita de urgencia	S/C
	2 - ODONTOLOGÍA PREVENTIVA	
P0640	Educación bucodental	S/C
P0641	Enseñanza de técnicas de cepillado	S/C
P0610	Fluorizaciones	S/C
P0620	Selladores oclusales	11 €
P0630	Limpieza de boca anual. Tartrectomía - (ambas arcadas) sobre periodonto sano	S/C
P0570	Tratamiento con férula blanda	105 €
P0572	Tratamiento con protector bucal (para deporte)	158 €
	3 - RADIOLOGÍA	
X0670	Radiografías Odontológicas (periapical, aleta, oclusal)	S/C
X0680	Ortopantomografía (Panorámica Dental)	Llamar a FIATC / 15 €
X0690	Telerradiografía Lateral o frontal de Cráneo	Llamar a FIATC / 15 €
X0673	Radiografía de ATM	34 €
X0675	Estudio Tomográfico (TAC) Una Arcada	105 €
X0676	Estudio Tomográfico (TAC) Dos Arcadas	135 €
X0514	Serie radiográfica periodontal	46 €
	4 - OBTURACIONES	
O0340	Obturación provisional	13 €
O0330	Obturación simple o compuesta	40 €
O0359	Reconstrucción de Ángulos	44 €

O0360	Reconstrucción Coronaria total	55 €
O0392	Reconstrucción de muñón	60 €
5 - ENDODONCIAS		
E0429	Endodoncias mecanizadas con material rotatorio (suplemento)	34 €
E0410	Endodoncias Unirradiculares	77 €
E0420	Endodoncias Multirradiculares	127 €
E0417	Reendodoncias Unirradiculares	94 €
E0450	Reendodoncias Multirradiculares	146 €
E0423	Protección pulpar (recubrimiento pulpar)	23 €
E0426	Apertura drenaje pulpar (sin tratamiento endodoncico)	27 €
E0470	Pulpotomía (pulpa cameral)	51 €
E0464	Pulpectomía (pulpa cameral más radicular)	64 €
6 - PERIODONCIA		
H0674	Diagnostico y sondaje	S/C
H0530	Tallado selectivo	31 €
H0520	Analisis oclusal	61 €
H0515	Periodontograma	56 €
H0540	Curetaje por cuadrante	27 €
H0541	Raspaje y alisado radicular (por cuadrante)	49 €
H0550	Cirugía periodontal (curetaje quirúrgico por pieza)	27 €
H0556	Widman modificado (por cuadrante)	210 €
H5561	Plastia muco-gingival (por cuadrante)	221 €
H0391	Ferulización de dientes (por diente)	36 €
H0516	Mantenimiento periodontal (por sesión)	31 €
H0590	Mantenimiento periodontal postquirúrgico (sesión)	33 €
H5601	Gingivectomía (por cuadrante)	44 €
7 - ORTODONCIA		
B0810	Primera visita para reconocer al paciente	S/C
B0850	Estudio cefalometrico (incluye moldes)	56 €
B0873	Estudio fotografico	25 €
B0840	Visitas periódicas de revisión ortodoncia	36 €
B0820	Tratamiento Ortodóncico con aparatología fija (cada arcada)	282 €
B0830	Tratamiento Ortodóncico con aparatología móvil (cada aparato)	242 €
B0834	Tratamiento Ortodóncico con brackets autoligables (cada arcada)	700 €
B0833	Colocación de aparatos auxiliares (quadhelix, bihelix, botón de nance, barra palatina, mentoneras, anclajes extra orales, bumper, máscara facial...) (cada aparato)	112 €
B0835	Reposición de Brackets (unidad)	4 €
B0836	Reposición de Brackets estéticos (unidad)	6 €
B0860	Colocación Placas de retención, férula o hawley, (unidad)	121 €
H0391	Ferulización de dientes (por diente)	35 €
F0650	Mantenedor de espacio fijo	71 €

R0660	Mantenedor de espacio móvil	76 €
B0870	Recargo por brackets de porcelana (por arcada)	413 €
B0872	Recargo por brackets de fibra de vidrio (por arcada)	176 €
8 - PRÓTESIS FIJA		
F0742	Corona o puente provisional acrílico (por pieza)	22 €
F0743	Corona parcial o incrustación (por pieza)	115 €
F0741	Corona metal colada (por pieza)	111 €
F0760	Muñón colado multirradicular	79 €
F0761	Muñón colado unirradicular	71 €
F0750	Corona o puente metal porcelana (por pieza)	201 €
F0770	Corona o puente porcelana (por pieza)	212 €
F0774	Puente Maryland (pieza y dos apoyos)	312 €
F0780	Barra Ackerman (corona aparte / cada tramo)	66 €
8.1 - PRÓTESIS REMOVIBLE		
Composturas y ajustes		
R0790	Composturas simples de prótesis removibles (por pieza a colocar o gancho no colado)	38 €
R0791	Rebase de prótesis removible	81 €
R0792	Rebase con resina o similares acondicionadores de forma provisional, en la prótesis removibles	50 €
R0793	Ajustes oclusales sin montaje en articulador para prótesis	S/C
R0795	Añadir piezas nuevas en aparatos hechos (unidad)	43 €
Protesis removible acrílica		
R0733	Prótesis removible completa (superior o inferior)	317 €
R0732	Prótesis removible completa (superior más inferior)	600 €
R0804	Prótesis parcial removible acrílico (de 1 a 3 piezas)	245 €
R0805	Prótesis parcial removible acrílico (de 4 a 6 piezas)	335 €
R0734	Prótesis parcial removible acrílico (de 7 o más piezas)	395 €
Protesis Esqueléticos		
R0710	Esquelético (Estructura base para una o varias piezas)	222 €
R0711	Esquelético (Terminación en acrílico por pieza)	39 €
R0729	Sujetadores precisión (attaches) (cada unidad)	112 €
9 - CIRUGÍA ORAL		
C0240	Retirar puntos	S/C
C0210	Extracciones que no precisen cirugía (excluidos cordales o piezas incluidas)	19 €
C0220	Extracciones que precise cirugía (excluidas piezas incluidas)	109 €
C0250	Extracción por odontosección	37 €
C0472	Extracción de cualquier pieza incluida (una sola pieza)	122 €
C0743	Extracción de cordal simple sin cirugía	67 €
C0469	Extracción de cordal semi incluido	77 €
C0470	Extracción de cordal incluido	122 €

C0492	Restos radiculares con cirugía	77 €
C0497	Quistectomía (quistes maxilares)	112 €
C0475	Cirugía periapical (apicectomía incluida)	117 €
C0490	Frenillo lingual o labial. Frenectomía	81 €
C0440	Amputación radicular terapéutica (hemisección)	80 €
C0451	Reimplantación de piezas (por pieza)	80 €
I0477	Colocación de materiales biológicos (Hueso Liofilizado y otros Biomateriales)	297 €
I0481	Regeneración tisular guiada con membrana reabsorbible	297 €
10 - IMPLANTOLOGÍA		
I0911	Estudio implantológico	S/C
I0912	Falso muñon de titanio	S/C
I0913	Tornillo de cicatrización	S/C
I0914	Tornillo de cementación	S/C
I0915	Férula quirúrgica	71 €
I0916	Férula radiológica	71 €
I0910	Colocación de un implante	670 €
I9100	Implante de carga inmediata (unidad)	875 €
I0918	Mantenimiento y reajuste anual de prótesis e implante (por implante)	24 €
I0920	Corona cerámica sobre implante	302 €
I0927	Corona provisional sobre implante	32 €
I0928	Corona provisional sobre implante inmediato	46 €
I9201	Aditamento protésico por implante (incluye pilar cementado/atornillado, calcinable, tornillo retención y transeptelial)	121 €
I9202	Aditamento protésico sobre implante inmediato	188 €
I0921	Puente cerámica unidad en pónico o sobre implante	302 €
I9243	Dentadura Híbrida (superior más inferior)	3.500 €
I0930	Sobredentadura sobre implantes	630 €
I0940	Mesoestructura en barra	625 €
11 - ESTÉTICA DENTAL		
S0635	Incrustación porcelana	146 €
S0634	Carillas de porcelana (por pieza)	217 €
S0631	Blanqueamiento en consulta (por arcada dental, sesiones incluidas)	151 €
S0632	Blanqueamiento dental por pieza cada sesión	52 €
S0633	Carillas de composite (por pieza)	78 €
12 - PATOLOGÍA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR-ATM		
A0571	Tratamiento con férula de descarga neuromiorrelajante. Tipo Michigan	158 €
13 - VARIOS		
Z0773	Recargos metal precioso o semiprecioso	Seg. Cot.



FIATC 
S E G U R O S

www.fiatc.es