

CONDICIONES
ESPECIALES

**SEGURO DE SALUD COMPLETO
CON REEMBOLSO DE GASTOS**

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

Pediatría y Puericultura de Zona para niños menores de 16 años, con indicación y prescripción de pruebas y medios de diagnóstico básicos. Incluye controles preventivos y de desarrollo infantil.

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

SERVICIO DE URGENCIAS

Asistencia Permanente de Urgencia. Se prestará en los centros concertados por el asegurador y que figuran en el cuadro médico.

Servicio de Ambulancia. Se prestará en caso de necesidad urgente y justificada por un médico de la entidad para el traslado del enfermo a las clínicas de urgencias de la entidad para ser ingresado o intervenido quirúrgicamente, dentro y fuera del término municipal con ámbito provincial. Incluye los traslados en incubadora. Bajo prescripción médica y únicamente en caso de que sea inviable el traslado al domicilio por cualquier otro medio después de un ingreso hospitalario, el asegurador autorizará el traslado del asegurado de regreso al domicilio de la póliza. **Este servicio se solicitará exclusivamente al teléfono de atención al asegurado: 932 825 284 y 911 227 468.**

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 al teléfono de atención al asegurado: 932 825 284 y 911 227 468.**

Asistencia Permanente de Urgencia Médica en el Extranjero. Se prestará la asistencia hasta un límite de 12.000 € anuales por asegurado y dentro de los límites establecidos a tal efecto en la garantía complementaria de las condiciones generales de la póliza.

ESPECIALIDADES MÉDICAS Y MÉDICO-QUIRÚRGICAS

Alergia. No quedan incluidas las vacunas ni los test de intolerancia alimentaria.

Análisis Clínicos. No quedan incluidos los test de intolerancia alimentaria.

Anatomía Patológica.

Anestesiología y Reanimación. Toda clase de anestésicos prescritos por médicos de la entidad, incluida la anestesia epidural, en los servicios cubiertos por la póliza.

Angiología y Cirugía Vascolar.

Aparato Digestivo.

Cardiología.

Cirugía Cardiovascular.

Cirugía General y del Aparato Digestivo.

Cirugía Maxilofacial.

Cirugía Pediátrica.

Cirugía Plástica y Reparadora. Únicamente la necesaria para eliminar las secuelas de un accidente o de una intervención quirúrgica que estén cubiertos en esta póliza y que el asegurado haya sufrido durante el periodo de vigencia de la misma. Incluida la reconstrucción mamaria tras la mastectomía, exclusivamente como consecuencia de un proceso oncológico mamario. Excluida la cirugía puramente estética.

Cirugía Torácica.

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

Endocrinología y Nutrición. Excluidos los tratamientos de adelgazamiento y dietéticos.

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

Hematología y Hemoterapia. Incluye la medicación necesaria (**EPO y hierro intravenoso exclusivamente**) para la preparación y estabilización del asegurado hospitalizado previas a una intervención quirúrgica.

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. Incluida la vigilancia del embarazo, así como la asistencia por Médico Tocólogo en todo tipo de partos hospitalarios auxiliados por matrona.

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.

Radiodiagnóstico.

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 incluidos los contrastes y radiofármacos utilizados en los centros designados por la entidad, salvo expresa exclusión en las presentes condiciones especiales. Cualquier otro medio de diagnóstico no incluido en la presente relación estará expresamente excluido de la cobertura del seguro.

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. **Periodo de carencia de TRES MESES.**

Test DAO. Determinación Déficit de DAO (Test Diamino Oxidasa). **Exclusivamente para el diagnóstico de Procesos Migrñañosos.** Se realizará en Centros determinados por la Entidad. **Periodo de Carencia de TRES MESES.**

Test de Antígenos para SARS-COV-2 (Covid-19). Limitación de 3 test por asegurado y año.

Mamografías.

Ecografías.

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

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

Endoscopias. Incluye tanto las digestivas como las diagnósticas o terapéuticas. Incluida la técnica de la cápsula endoscópica en Centros asignados por la Compañía en el momento de la solicitud (**el coste del dispositivo correrá a cargo del asegurado**). Período de carencia de TRES MESES.

Fibrobronoscopias. Tanto diagnósticas como terapéuticas. Período de carencia de TRES MESES.

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

Tomografía por Múltiples Detectores (DMD) Exclusivamente para patologías del sistema coronario. Período de carencia de TRES MESES.

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

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

Poligrafía respiratoria. Exclusivamente para el estudio del Síndrome de la Apnea Obstructiva del Sueño. Máximo un estudio por asegurado y año. Período de carencia de TRES MESES

Radiología Intervencionista Vascular y Visceral. El producto utilizado correrá a cargo del asegurado. Período de carencia de SEIS MESES.

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

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

PET-TAC mediante 18 F-FDG, exclusivamente para el seguimiento de procesos cancerígenos en neoplasias. Período de carencia de SEIS MESES.

PET-Colina. Exclusivamente para neoplasias prostáticas. Período de carencia de SEIS MESES.

Servicio de Laboratorio Genético Oncológico.- Exclusivamente para el diagnóstico o seguimiento de procesos cancerígenos. Se limita la cobertura a las

siguientes determinaciones relacionados con estudios moleculares en pacientes con tumores sólidos:

- **Cáncer de pulmón avanzado no escamoso (estadios IIIB y IV e histología no escamosa):** Mutación EGFR exones 18-21; Translocación ALK; Translocación de ROS.
- **Cáncer de pulmón avanzado (estadios IIIB y IV y cualquier histología):** Expresión PDL1
- **Cáncer de colon y/o recto avanzado (estadio IV):** Mutación KRAS; Mutación NRAS; Mutación BRAF
- **Cáncer gástrico/estómago (cualquier estadio):** Expresión proteica de Her2; FISH Her2
- **Cáncer de mama (cualquier estadio):** Expresión proteica de Her2; FISH Her2

Pruebas genéticas para el diagnóstico de la celiaquía: HLA DQ2 y HLA DQ8. Periodo de **Carencia TRES MESES.**

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 **Carencia de TRES MESES.**

Biopsia Prostática por Fusión. Exclusivamente para neoplasias prostáticas. En Centros designados por la Compañía. Periodo de **carencia SEIS MESES**

TRATAMIENTOS

Deberán ser solicitados por médicos de la entidad y se practicarán en los centros sanitarios designados por la misma. **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.** Periodo de **carencia de SEIS MESES.**

RADIOTERAPIA

Radioterapia: No son de cobertura la radiocirugía esterotáxica, la tomoterapia ni otras formas especiales de radioterapia como la radioterapia mediante protones o neutrones, así como los procedimientos reconocidos en guías después de la firma de esta póliza.

Acelerador Lineal de Partículas. Se prestará con carácter ambulatorio para el tratamiento con radioterapia de alta energía en procesos neoplásicos. **Se excluye la radiocirugía.**

Braquiterapia.- Para el tratamiento de cáncer prostático y cáncer ginecológico, genital y de mama. **Exclusivamente bajo la aprobación de la comisión de control oncológico de FIATC. Periodo de Carencia de SEIS MESES.**

QUIMIOTERAPIA

Definiciones de tratamiento sistémico

- **QUIMIOTERAPIA:** Moléculas sintetizadas mediante reacción química en un equipo artificial (in vitro). Son de pequeño tamaño. Su mecanismo de acción es a nivel del ciclo celular, bloqueando la síntesis y la división celular haciendo así inviable el crecimiento celular. Es de acción rápida.
- **INMUNOTERAPIA:** Moléculas sintetizadas en líneas celulares (in vivo). Su tamaño es grande. Su mecanismo de acción no depende del ciclo celular. Estas moléculas alteran, incentivan, al sistema inmunitario para que actúen sobre las células cancerígenas al detectarlas como extrañas. Actúa de forma lenta al actuar sobre la cascada proteica para generar actividad
- **TERAPIAS DIRIGIDAS** (También llamadas terapias biológicas) Moléculas sintetizadas en líneas celulares (in vivo). Su tamaño es grande. Su mecanismo de acción no depende del ciclo celular. Actúan sobre las células a nivel de receptores de membrana desencadenan una cascada proteica que las hace inviables.

Cobertura: Comprende los tratamientos quimioterápicos que pueda precisar el enfermo, en tantos ciclos como sean necesarios, siempre que los mismos estén prescritos por el médico de la especialidad que se encargue de la asistencia del enfermo. Los tratamientos quimioterápicos correrán por cuenta de la entidad, tanto en régimen ambulatorio como en clínica cuando el internamiento se

hiciera necesario siempre que se empleen de acuerdo a las indicaciones descritas en la ficha técnica del producto y/o los informes de posicionamiento terapéutico en aquellos fármacos en los que estos estén publicados. **En estos tratamientos, por lo que se refiere a los medicamentos, será la entidad quien corra con los gastos correspondientes de los productos farmacéuticos que por su administración vía intravenosa requieran de la estancia del asegurado en un centro hospitalario. Solo quedan garantizados aquellos tratamientos en los que se utilicen productos farmacéuticos quimioterápicos de administración por vía intravenosa, que se expendan en el mercado nacional y que estén debidamente autorizados por el Ministerio de Sanidad. El resto de los medicamentos necesarios correrán a cargo del asegurado. Se limita la estancia en internamiento hospitalario a 60 días por asegurado en un único periodo o en varios periodos en el mismo año o en años distintos.** La entidad asumirá los gastos de productos farmacéuticos que comercializados en el mercado nacional y autorizados por el Ministerio de Sanidad de acuerdo a los condicionados de la póliza. **Quedan excluidas las terapias biológicas (como los anticuerpos monoclonales), la inmunoterapia, la terapia génica y la terapia celular (CAR- y sus evoluciones). No será objeto de cobertura la medicación que se emplee en ensayos clínicos, o como medicamentos experimentales, ni los usos compasivos ni en tratamientos no reconocidos científicamente por las Guías Oncológicas acreditadas por la Agencia de Evaluación Tecnológica e Investigación Médica. No será objeto de cobertura ningún fármaco o procedimiento autorizado tras la firma de esta póliza.**

En aquellos casos en que sea prescrito un tratamiento, entendiéndose como tal la medicación necesaria para el tratamiento de la patología, englobado dentro de los supuestos contemplados como no cubiertos por la póliza, dicho tratamiento podrá correr por cuenta del asegurado si desea recibirlo al amparo de la póliza suscrita, pudiendo en tal caso la compañía hacerse cargo de los gastos inherentes a la administración del tratamiento, siempre que sea realizado en los centros dispuestos a tal efecto por el asegurador.

REHABILITADORES

Fisioterapia y Rehabilitación. 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.

Rehabilitación Cardiológica. Para la prevención de la cardiopatía isquémica tras el alta hospitalaria del asegurado por una afección cardiovascular. Se prestará en régimen ambulatorio o en consulta. **Existe una limitación máxima de 30 sesiones por año o proceso.**

Rehabilitación del Suelo Pélvico. Exclusivamente para casos de incontinencia urinaria. Existe una limitación de 10 sesiones por asegurado y año.

Rehabilitación respiratoria: Exclusivamente para casos de tratamiento rehabilitador tras patología pulmonar aguda. **Existe una limitación 5 sesiones por asegurado y año.**

Drenaje linfático. Siempre prescrito por Angiología y Cirugía vascular. Existe limitación de 10 sesiones por asegurado y año.

Tratamiento del Dolor. Se prestará en régimen ambulatorio para casos de dolor crónico. **Límite 15 sesiones por la misma dolencia y en toda la vigencia de la póliza.** Asimismo, se cubre el internamiento producido por una complicación aguda del tratamiento y por la implantación de aparatos médicos, **durante un periodo máximo de 7 días anuales. Quedan excluidos los gastos de cualquier tipo de medicación, material, aparatos médicos específicos o prótesis a excepción de los reservorios implantables.**

Logopedia y Foniatría. Se prestarán exclusivamente para tratamientos como consecuencia de intervenciones mayores de laringe y en la recuperación neurológica post-accidente vascular cerebral. **Se prestará un máximo de 60 sesiones por asegurado en toda la vigencia de la póliza.**

Logopedia infantil. Se prestará, previa prescripción médica, a los menores de 12 años para cualquier tratamiento de los trastornos del lenguaje. **Se limita a un máximo de 20 sesiones por proceso y asegurado.**

Ventiloterapia y Aerosoles. En patologías pulmonares o respiratorias. **Únicamente en régimen hospitalario.**

Oxigenoterapia a Domicilio y en Centro Asistencial. En patologías pulmonares o respiratorias. **La medicación correrá a cargo del asegurado. Excluida la oxigenoterapia portátil.**

OTROS TRATAMIENTOS

Litotricia y Litiasis Renal. El tratamiento de los cálculos renales por ondas de choque en un centro sanitario designado por la compañía, previa prescripción por escrito de un médico de la misma.

Transfusiones de Sangre o Plasma. A cargo de la entidad el acto médico de la transfusión en todos los casos, así como la sangre o plasma a transfundir dentro del centro hospitalario.

Hemodiálisis y Riñón Artificial. Exclusivamente para el tratamiento de las insuficiencias renales agudas y con función renal normal previa, **durante un período máximo de 15 sesiones por proceso y en toda la vigencia de la póliza. Quedan excluidos de dicho tratamiento los procesos crónicos.**

Tratamiento de la Pleóptica y Ortóptica en asegurados menores de 10 años. **Período máximo de 10 sesiones por proceso.**

Laserterapia Oftálmica. Se realizará previa prescripción de un especialista de la entidad, en tratamientos no quirúrgicos de oftalmología. **Existiendo una limitación máxima de 10 sesiones por año o proceso.**

Administración de Hierro Endovenoso. Exclusivamente para el tratamiento de las Anemias.

Tratamientos Urológicos. Queda incluida la Hipertermia Prostática y el Tratamiento de la Hiperplasia Benigna de Próstata mediante la técnica del Láser Verde y Láser Holmium.

Tratamientos Dermatológicos. Se incluyen los tratamientos de la piel por láser de lesiones cutáneas no estéticas. Esta prestación esta sometida a Franquicia a cargo del asegurado.

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.

Inyección Intravítrea en el tratamiento de la Degeneración Macular. Medicación a cargo del asegurado.

Láser Excimer. Cubierto para miopías superiores a 4 dioptrías y para Hipermetropía/Astigmatismo superiores a 2 dioptrías. Resto de casos están sometidos a Franquicia a cargo del asegurado. **Periodo de carencia de SEIS MESES.**

Neuronavegador. Exclusivamente en casos de cirugía intracraneal, cirugía de tumores intramedulares y escoliosis de más de 20 grados, así como procesos de artrodesis vertebrales posteriores. **Periodo de Carencia de SEIS MESES.**

Cirugía Robótica Da Vinci: Se prestará exclusivamente bajo la aprobación de la comisión de control quirúrgico de FIATC en los centros propios designados por la Compañía. Esta prestación está sometida a Franquicia a cargo del asegurado, la cual puede ser consultada en nuestra WEB www.fiatc.es.

SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO Y PARTO

Vigilancia del embarazo a través de las visitas y ecografías necesarias para el seguimiento del embarazo.

Ecografía Morfológica. Una única Ecografía que se corresponde con la Ecografía de las 20 semanas.

Analítica de Control Necesaria.

Anestesia Epidural para Partos.

Ecografía 3D. Una única ecografía por embarazo.

Triple Screening, EBA Screening. Máximo uno por embarazo.

Hospitalización por Maternidad. En una clínica designada por la entidad, la asegurada ocupará una habitación individual con cama de acompañante y correrán por cuenta de la entidad las estancias, la manutención de la asegurada, las curas y su material, así como los gastos de quirófano o sala de partos, productos anestésicos y medicamentos empleados en ellos. También correrán por cuenta de la entidad los medicamentos que la asegurada consuma durante su estancia en el centro hospitalario. Se incluye, en caso de necesidad, la estancia en incubadora del recién nacido. Incluye la estancia, durante el periodo necesario, en las Unidades de Reanimación y Vigilancia Intensiva. **La entidad limita la cobertura hasta la fecha de alta determinada por el médico de la entidad responsable de la asistencia.** Incluidos los gastos de asistencia neonatal. **Periodo de carencia de OCHO MESES**

Cursillos de preparación al parto.

Comadrona. Todo tipo de actos y asistencia al parto en clínicas del cuadro médico de la entidad.

En embarazos de riesgo se cubrirá exclusivamente una de las siguientes pruebas: Amniocentesis y Estudio del Cariotipo Fetal, Biopsia Corial, Analítica del Test Prenatal No Invasivo Básico.

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.

GENERAL

Programa de Prevención General. Programa de prevención para personas mayores de 45 años que comprende consulta, exploración física, análisis clínicos básicos y colonoscopia en caso necesario. Para menores de 55 años se garantiza, en caso de ser necesaria, una colonoscopia cada 5 años y en mayores de 55 años, una cada 3 años si fuera necesaria. **Periodo de carencia de SEIS MESES.**

TEST Septina 9 (test prevención cáncer colorectal). Para mayores de 48 años. Cobertura de 1 test cada dos años.

ODONTOLOGÍA

Limpieza de boca anual.

MEDICINA DEPORTIVA

Se incluye la realización de una prueba de esfuerzo preventiva simple. Limitación de una prueba por asegurado y año

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Implantación del DIU. El coste del dispositivo corre a cargo del asegurado.

Vasectomía y Ligadura de Trompas. Periodo de carencia de SEIS MESES.

Pruebas Diagnósticas de la Esterilidad. Se cubre exclusivamente la Histerosalpingografía y el Seminograma con contraste a cargo del asegurado. Periodo de carencia de SEIS MESES.

Reproducción asistida: para el tratamiento de la esterilidad. La cobertura incluye el estudio, diagnóstico (con las pruebas complementarias habituales y protocolizadas) una extracción de ovocitos, dos intentos de inseminación artificial o un intento de Fecundación “in Vitro”. La edad para la aplicación de las diferentes técnicas ha de ser entre 33 y 40 años para la mujer. Queda excluido el tratamiento si la esterilidad se ha producido voluntariamente o sobreviene como consecuencia del proceso fisiológico natural propio de la finalización del ciclo reproductivo de la persona, o exista contraindicación médica documentada. Será necesario que se haya confirmado el diagnóstico de esterilidad. Cobertura limitada a la consecución de un parto por póliza. Esta garantía no incluye, el FISH en espermatozoide, la prueba de fragmentación de ADN de espermatozoides, el embryoscope, Screening Sperm HBA, la vitrificación, la congelación/descongelación y mantenimiento de embriones, ovocitos, tejido ovárico y esperma, así como los gastos de donación de ovocitos y el diagnóstico genético preimplantacional (DGP). Quedan expresamente excluidos los tratamientos con inmunoglobulinas. Será condición indispensable para recibir esta cobertura, que haya al menos dos personas aseguradas en la misma póliza. Se establece un periodo de carencia de 24 meses. El tratamiento se llevará a cabo en los centros médicos y hospitalarios y por los facultativos designados al efecto por el Asegurador, que no necesariamente estarán ubicados en la provincia del domicilio del Asegurado. La aplicación de técnicas de reproducción asistida se ajustará a la legislación vigente y a las guías de buenas prácticas clínicas de las sociedades científicas reconocidas a nivel nacional..

REVISIONES

Revisión Médica para la obtención o renovación del carné de conducir y el permiso de caza.

HOSPITALIZACIÓN

Todos los servicios de hospitalización deberán ser solicitados por médicos de la entidad y los ingresos se efectuarán en clínicas designadas por la compañía previa autorización del ingreso por parte de la misma.

Hospitalización Quirúrgica. Las intervenciones quirúrgicas cuya índole lo requieran serán practicadas en una clínica designada por la entidad y el enfermo ocupará una habitación individual con cama de acompañante. Correrán por cuenta de la entidad las estancias, la manutención del enfermo, las curas y su material (incluido el material laparoscópico), así como los gastos de quirófano, productos anestésicos y medicamentos empleados en él. También correrán por cuenta de la entidad los medicamentos que el enfermo consuma durante su estancia en el centro hospitalario. Incluye la estancia, durante el periodo necesario, en las Unidades de Reanimación y Vigilancia Intensiva. **Están excluidos los internamientos fundados en problemas de tipo social. La entidad limita la cobertura hasta la fecha de alta determinada por el médico de la entidad responsable de la asistencia. Período de carencia de SEIS MESES.**

Hospitalización en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). El internamiento en Unidades de Cuidados Intensivos que exija el tratamiento de enfermedades y afecciones, a juicio del facultativo de la entidad responsable de la asistencia en centros designados por la entidad, haciéndose cargo la compañía de la factura de los medicamentos suministrados al enfermo. **Están excluidos los internamientos fundados en problemas de tipo social. La entidad limita la cobertura hasta la fecha de alta determinada por el médico de la entidad responsable de la asistencia. El límite máximo vendrá determinado por los límites específicos de cada tipo de hospitalización.**

Hospitalización Médica. El tratamiento en un centro hospitalario designado por la compañía, previa prescripción por escrito de un facultativo de la misma, de alguna enfermedad o afección. El asegurado tiene derecho a una habitación individual con cama de acompañante y corren por cuenta de la entidad los medicamentos que el enfermo consuma durante su estancia en el centro hospitalario. **Están excluidos los internamientos fundados en problemas de tipo social. La entidad limita la cobertura hasta la fecha de alta determinada por el médico de la entidad responsable de la asistencia. Período de carencia de SEIS MESES.**

Hospitalización Pediátrica. El tratamiento en un centro hospitalario designado por la compañía, previa prescripción por escrito de un facultativo de la misma, de

alguna enfermedad o afección. El asegurado tiene derecho a una habitación individual con cama de acompañante y corren por cuenta de la entidad los medicamentos que el enfermo consuma durante su estancia en el centro hospitalario. **Están excluidos los internamientos fundados en problemas de tipo social. La entidad limita la cobertura hasta la fecha de alta determinada por el médico de la entidad responsable de la asistencia. Período de carencia de SEIS MESES.**

Hospitalización Ambulatoria/Hospital de Día. Las intervenciones quirúrgicas cuya índole lo requieran serán practicadas en una clínica designada por la entidad y serán aquellas en las que el paciente requiera para su recuperación una estancia hospitalaria inferior a 24 horas. Correrán por cuenta de la entidad los gastos de quirófano, materiales, productos anestésicos y medicamentos empleados en él, así como cualquier otro concepto correspondiente a los servicios médicos prestados durante la intervención quirúrgica. **Periodo de carencia de SEIS MESES.**

Hospitalización Psiquiátrica. El tratamiento en un centro psiquiátrico designado por la compañía, previa prescripción por escrito de un facultativo de la misma, **exclusivamente de las crisis esquizofrénicas y trastornos mentales en fase aguda que no puedan tratarse en el domicilio del paciente y que precisen internamiento, sin cama de acompañante. Se incluyen los gastos de medicación durante el periodo de hospitalización. Están excluidos los internamientos fundados en problemas de tipo social. La entidad limita la cobertura hasta la fecha de alta determinada por el médico de la entidad responsable de la asistencia. Periodo máximo de cobertura: 90 días al año. Periodo de carencia de DIEZ MESES.**

Hospitalización de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. El tratamiento en centro especializado designado por la Compañía, previa prescripción por escrito de un facultativo de la misma, exclusivamente para casos de Anorexia y Bulimia que no puedan tratarse en el domicilio del paciente. Están excluidos los internamientos fundados en problemas de tipo social. Periodo máximo de cobertura: 30 días al año. Periodo de carencia de **DIEZ MESES.**

OTROS SERVICIOS

Podólogo en Consultorio. Limitado a 6 sesiones al año.

Asistencia Sanitaria que exija el Tratamiento de Accidentes Laborales, Profesionales, Deportivos y los amparados por el Seguro Obligatorio de Automóviles. Si existiera un tercero civilmente responsable, la entidad quedará subrogada en todos los derechos y acciones del asegurado o del tomador.

Enfermedades o Defectos Congénitos en Recién Nacidos. Los recién nacidos que causen alta como asegurados recibirán asistencia médica derivada de enfermedades o defectos congénitos.

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Cubre los gastos derivados del tratamiento de enfermedades o lesiones que tuvieran lugar como consecuencia directa o indirecta de sufrir el asegurado el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, **con un límite en los gastos por asegurado de 3.000 € y en toda la vigencia de la póliza. Periodo de carencia de DOCE MESES.**

Servicio Telefónico de Orientación Médica. Información telefónica de apoyo, todos los días del año, referente a enfermedades, tratamientos y prevención de la salud, así como acerca de la utilización de medicamentos, comprensión de informes de laboratorio, terminología médica e interpretación de informes. En horario de 09:00 a 21:00 h los 365 días del año. Se prestará adicionalmente un servicio de orientación y asesoramiento de tipo psicológico y nutricional en horario de 09:00 a 19:00 h de lunes a viernes. Teléfonos 932 825 284 y 911 227 468

Prótesis. Se establece un máximo por proceso y/o asegurado de 12.000€. Quedan garantizadas las siguientes prótesis por asegurado e intervención o proceso:

- **Prótesis Traumatológicas.** Las prótesis articulares, tornillos y placas de fijación interna. Material necesario para la fijación de columna. Disco intervertebral. Material de interposición intervertebral. Material necesario para la vertebroplastia-cifoplastia.
- **Material de Osteosíntesis**
- **Prótesis Cardiovasculares:** válvulas cardíacas, marcapasos y prótesis de bypass vascular.
- **Prótesis Mamarias, exclusivamente tras Mastectomía por Neoplasia.**
- **Otros Materiales:** Mallas abdominales, sistemas de suspensión urológica y sistemas de derivación de líquido cefalorraquídeo (hidrocefalia).
- **Quimioterapia o Tratamiento del Dolor:** Reservorios.
- **Lente intraocular Monofocal.** Quedan excluidas las lentes tóricas.
- **Lente intraocular Monofocal.** Quedan excluidas las lentes tóricas.
- **Lente intraocular bifocal o trifocal.** Se prestará exclusivamente en los centros propios designados por la Compañía. Está sometida a franquicia a cargo del asegurado.

Cualquier otro tipo de prótesis, piezas anatómicas y ortopédicas correrán por cuenta del asegurado.

Será condición imprescindible para la cobertura de prótesis que la gestión de las mismas sea tramitada a través de la organización asistencial de FIATC y con los proveedores por la Compañía designados. Período de carencia de SEIS MESES.

Trasplante de Córnea.- Quedan cubiertos los gastos derivados de la implantación del órgano, así como las pruebas de histocompatibilidad. **Se excluye la extracción, transporte y conservación del órgano a trasplantar. Período de Carencia de DOCE MESES.**

Psicología Clínica.- Comprende la atención de carácter individual cuya finalidad sea el tratamiento de patologías susceptibles de intervención psicológica (trastornos de conducta, alimenticios, del sueño, de adaptación o de aprendizaje). Con un límite de 25 sesiones por asegurado y año. Queda excluido el Psicoanálisis, la terapia Psicoanalítica, la hipnosis, la Narcolepsia y los servicios de rehabilitación psicosocial o neuropsiquiatría.

COPAGO

La Modalidad Seguro Completo con Reembolso de Gastos no lleva ninguna cantidad asignada en concepto de Copago

SEGUNDO DIAGNÓSTICO

Se garantiza la obtención de un informe médico de segundo diagnóstico, nacional o internacional, de las enfermedades graves siguientes:

- Cáncer
- Enfermedades Cardiovasculares
- Enfermedades Neurológicas y Neuroquirúrgicas, incluidos los Accidentes Cerebro-Vasculares.
- Insuficiencia Renal Crónica
- Enfermedad de Alzheimer
- Esclerosis Múltiple

– Y las que el Comité Médico Asesor de FIATC Salud estime de nivel similar. Las consultas necesarias para la obtención del citado informe se realizarán a través del facultativo especialista de la Guía Médica Española FIATC que lleve el tratamiento médico o quirúrgico del asegurado.

El facultativo confeccionará el expediente clínico del asegurado que se hará llegar, a través de FIATC Salud, al especialista o centro que la dirección médica del asegurador considere como idóneos a nivel mundial en función de su acreditación y de la patología de que se trate.

La dirección médica de FIATC Salud, con la debida confidencialidad, remitirá al facultativo de la Guía Médica Española FIATC la respuesta solicitada, y este comunicará a su vez al paciente los resultados de la misma y las posibles alternativas.

No quedan cubiertos los gastos de traslado y estancia extrahospitalaria que en algún caso pudiera requerir la obtención del informe médico de segundo diagnóstico garantizado.

GARANTÍA COMPLEMENTARIA OPCIONAL DE REEMBOLSO DE GASTOS

En el caso de acudir a un facultativo o centro asistencial no incluido en la Guía Médica de la entidad, el asegurado/tomador tendrá derecho al reembolso de los gastos sanitarios dentro de los límites garantizados en la póliza y descritos con anterioridad.

En ningún caso se indemnizará económicamente mediante reembolso de gastos cualquier factura emitida por facultativos, profesionales o centros médicos que figuren en la Guía de Servicios de FIATC.

La cobertura de esta garantía se extinguirá en el momento en que el asegurado cumpla los 65 años de edad.

En la modalidad de producto SELEC las especialidades y servicios con derecho a reembolso son únicamente

Medicina General y pediatría

Ginecología y Obstetricia

Osteopatía, Quiropraxia y Acupuntura

Dicho reembolso de gastos presentará una serie de franquicias y límites económicos, que se definen a continuación:

El límite general de reembolso es de:

Límites generales de reembolso	MULTI 125	MULTI 250	SELEC
- Límite de reembolso anual	125.000 €	250.000 €	10.000 €
- Límite de reembolso hospitalario	90.000 €	200.000 €	
- Límite de reembolso extrahospitalario	35.000 €	50.000 €	

No obstante, en función de dónde se haya originado el siniestro, se aplicarán franquicias a cargo del asegurado sobre el total de la factura presentada que no minorarán el límite o sublímite establecido para cada servicio:

Franquicias

Territorio español	MULTI 125	MULTI 250	SELEC
Hospitalario	10%	10%	20%
Extrahospitalario	20%	10%	20%
Fuera del territorio español			
Hospitalario	20%	20%	20%
Extrahospitalario	20%	20%	20%

SUBLÍMITES DE REEMBOLSO HOSPITALARIO

En el concepto de reembolso hospitalario se incluyen los honorarios de los facultativos derivados directamente de una intervención quirúrgica, así como los gastos originados por el asegurado durante su estancia en el centro hospitalario donde haya permanecido ingresado.

Honorarios Médicos. En función del grado de dificultad de la intervención, se establecen unos límites de reembolso máximo en el que se incluyen tanto los honorarios del facultativo como los del anestesista, los de los ayudantes y, en caso de que fuera preciso, los de la matrona. Dichos límites son los siguientes:

Por tipo de intervención	MULTI 125	MULTI 250	SELEC
Grupo I	450,00 €	600,00 €	450,00 €
Grupo II	650,00 €	850,00 €	650,00 €
Grupo III	1.200,00 €	1.500,00 €	1.200,00 €
Grupo IV	1.700,00 €	2.000,00 €	1.700,00 €
Grupo V	2.100,00 €	2.500,00 €	2.100,00 €
Grupo VI	2.500,00 €	3.000,00 €	2.500,00 €
Grupo VII	2.800,00 €	3.300,00 €	2.800,00 €
Grupo VIII o superior	4.000,00 €	5.500,00 €	4.000,00 €
Parto	2.500,00 €	3.500,00 €	2.500,00 €
Cesárea	3.500,00 €	4.000,00 €	3.500,00 €

Las estancias en centros hospitalarios presentarán un límite de reembolso en función del número de días que el asegurado haya permanecido ingresado y del tipo de internamiento:

Hospitalización

Por estancia hospitalaria (límite diario)	MULTI 125	MULTI 250	SELEC
Hospitalización quirúrgica	350,00 €	450,00 €	350,00 €
Hospitalización médica (máx 60 días/año)	300,00 €	400,00 €	300,00 €
Hospitalización pediátrica (máx 60 días/año)	300,00 €	400,00 €	
UCI	500,00 €	700,00 €	500,00 €
Incubadora	120,00 €	150,00 €	120,00 €
Ambulatoria (por proceso)	700,00 €	1.000,00 €	700,00 €

(incluidos los honorarios de los facultativos y el coste del centro sanitario)

SUBLÍMITES DE REEMBOLSO EXTRAHOSPITALARIO

Los servicios garantizados en las garantías de carácter extrahospitalario presentan sublímites para cada uno de los grupos de garantías descritos en las presentes condiciones especiales.

Medicina Primaria. Límite por asegurado

	MULTI 125	MULTI 250	SELEC
Medicina primaria (límite anual)	2.000 €	3.000 €	2.500 €

Los sublímites son los siguientes:

	MULTI 125	MULTI 250	SELEC
Visita Medicina General	35,00 €	50,00 €	35,00 €
Visita Pediatría	50,00 €	75,00 €	50,00 €
Servicio de ATS/DUE	20,00 €	30,00 €	

En la visita se incluyen todas las pruebas que se hagan durante la misma.

Urgencias. Límite por asegurado

	MULTI 125	MULTI 250	SELEC
Urgencias (límite anual)	2.000,00 €	3.000,00 €	
Ambulancia (por traslado)	200,00 €	200,00 €	SELEC
Servicio de Urgencias (sin ingreso)	300,00 €	500,00 €	

Especialidades Médico-Quirúrgicas. Límite por asegurado

	MULTI 125	MULTI 250	SELEC
Especialidades médico-quirúrgicas (l. anual)	4.000,00 €	5.000,00 €	
Visita	150,00 €	250,00 €	100,00 €
Visita compleja (incluye pruebas)	300,00 €	350,00 €	150,00 €

Medios de Diagnóstico. Límite por asegurado

	MULTI 125	MULTI 250	SELEC
Métodos de diagnóstico (límite anual)	8.000,00 €	14.000,00 €	

Los Medios de Diagnóstico solicitados por un facultativo y no realizados por él mismo en la consulta deberán acogerse a las limitaciones de reembolso siguientes si el asegurado no desea ser atendido en un centro de los concertados en la Guía de Servicios.

	MULTI 125	MULTI 250	SELEC
Medios de Diagnóstico Básico (por día)	150,00 €	150,00 €	
Ecografía	75,00 €	100,00 €	
TAC	350,00 €	400,00 €	
RMN	500,00 €	550,00 €	
Endoscopias	700,00 €	800,00 €	
Medicina nuclear	350,00 €	450,00 €	
PET	900,00 €	1.100,00 €	
DMD	500,00 €	600,00 €	
Amniocentesis	300,00 €	500,00 €	
Resto de pruebas (por día)	350,00 €	400,00 €	

Tratamientos. Límite por asegurado

	MULTI 125	MULTI 250	SELEC
Tratamientos (límite anual)	12.000,00 €	17.000,00 €	

Los tratamientos solicitados por un facultativo y no realizados por él mismo en la consulta deberán acogerse a las limitaciones de reembolso siguientes si el asegurado no desea ser atendido en un centro de los concertados en la Guía de Servicios:

	MULTI 125	MULTI 250	SELEC
Radioterapia (anual)	3.000,00 €	5.000,00 €	
Quimioterapia (anual)	6.000,00 €	9.000,00 €	
Tratamientos rehabilitadores (sesión)	50,00 €	60,00 €	
Tratamientos rehabilitadores (anual/proceso)	3.000,00 €	3.000,00 €	
Litotricias (anual)	1.000,00 €	1.500,00 €	
Hemodiálisis y Riñón artificial (año/proceso)	3.000,00 €	4.000,00 €	
Láser excímer (por ojo)	Sin reembolso	900,00 €	
Otros tratamientos (año/proceso)	2.500,00 €	3.500,00 €	

Medicina Preventiva. Límite por asegurado

	MULTI 125	MULTI 250	SELEC
Medicina preventiva (límite anual)	1.000,00 €	2.000,00 €	

El reembolso se garantiza exclusivamente en los actos de Medicina Preventiva siguientes:

	MULTI 125	MULTI 250	SELEC
Chequeo ginecológico (anual)	250,00 €	450,00 €	250,00 €
Chequeo urológico (anual)	200,00 €	400,00 €	
Chequeo pediátrico (por chequeo)	100,00 €	200,00 €	50,00 €
Limpieza de boca (anual)	200,00 €	200,00 €	
Revisión médica carné de conducir (anual)	100,00 €	150,00 €	
Ergometría Preventiva	150,00 €	300,00 €	

Reproducción Asistida. Límite por asegurado

	MULTI 125	MULTI 250	SELEC
Reproducción asistida	5.000,00 €	7.000,00 €	

Otros Servicios. Límite por asegurado

Otros servicios (anual)	MULTI 125 6.000,00 €	MULTI 250 6.000,00 €	SELEC
Prótesis (anual)	MULTI 125 4.500,00 €	MULTI 250 4.500,00 €	SELEC
Preparación al parto (por embarazo)	150,00 €	250,00 €	
Acupuntura (sesión, máximo 12)	40,00 €	60,00 €	40,00 €
Osteopatía y Quiropráctica (sesión, máximo 12)	40,00 €	60,00 €	40,00 €
Trasplante de córnea	3.000,00 €	6.000,00 €	
Resto de servicios	Sin reembolso	Sin reembolso	
Psicología clínica (sesión, máximo 15)	30,00 €	45,00 €	

Acupuntura.- Se cubrirán exclusivamente los tratamientos de Acupuntura que sean prestados por médicos colegiados y con un límite de 12 sesiones anuales por asegurado. Se da acceso a esta cobertura únicamente a través de la opción de reembolso. Período de carencia de SEIS MESES.

Osteopatía y Quiropráctica.- Se cubrirán exclusivamente las consultas o sesiones de Osteopatía y Quiropráctica que sean prestadas por médicos o fisioterapeutas colegiados, previa prescripción de un facultativo de la entidad y hasta un límite de 12 sesiones anuales por asegurado. Se da acceso a esta cobertura únicamente a través de la opción de reembolso. Período de carencia de **SEIS MESES**.

En el caso de que las facturas presentadas no superen los siguientes límites el reembolso de las mismas, en cada caso, será del 100%. En ningún caso se compensarán facturas entre sí y siempre se considerará el importe de cada prestación de forma individual y no acumulativo ni como coste medio. Los servicios no incluidos en la tabla no tendrán en ningún caso derecho al 100 % de reembolso.

	MULTI 125	MULTI 250	SELEC
MEDICINA PRIMARIA	Importe	Importe	Importe
Visita Medicina Gral	20,00 €	20,00 €	
Visita Pediatría	25,00 €	25,00 €	
Servicio ATS	10,00 €	10,00 €	
URGENCIAS			
Ambulancia	150,00 €	150,00 €	
Servicios de urgencias(sin ingreso)	200,00 €	200,00 €	
ESPECIALIDADES MEDICO-QUIRURGICAS			
Visitas	75,00 €	75,00 €	
Visita compleja(incluye pruebas)	100,00 €	100,00 €	
MEDIOS DE DIAGNOSTICO			
Medios de Diagnostico Basicos	60,00 €	60,00 €	
Ecografía	40,00 €	40,00 €	
TAC	125,00 €	125,00 €	
RMN	200,00 €	200,00 €	
Endoscopias	250,00 €	50,00 €	
Medicina nuclear	150,00 €	150,00 €	
PET	600,00 €	600,00 €	
DMD	400,00 €	400,00 €	
Amniocentesis	250,00 €	250,00 €	
Resto de pruebas	160,00 €	160,00 €	
TRATAMIENTOS			
Ttos Rehabilitadores	15,00 €	15,00 €	
Litotricias	1.250,00 €	1.250,00 €	
Hemodialisis y Riñon artificial (total tratamiento)	1.600,00 €	1.600,00 €	

MEDICINA PREVENTIVA			
Chequeo ginecológico	180,00 €	180,00 €	
Chequeo Urológico	150,00 €	150,00 €	
Chequeo Pediátrico	45,00 €	45,00 €	
Limpieza de boca anual	30,00 €	30,00 €	
Ergometría Preventiva	70,00 €	70,00 €	
OTROS SERVICIOS			
Preparacion al parto	100,00 €	100,00 €	
Acupuntura	30,00 €	30,00 €	
Osteopatía y Quiropráctica	30,00 €	30,00 €	
Psicología Clínica	30,00 €	30,00 €	

Forma de prestar los servicios.

En el caso de que el asegurado utilice los servicios asistenciales médicos u hospitalarios en España recomendados por el asegurador, el tomador del seguro o el asegurado no tendrán que hacer efectivo el pago por dichos servicios, ya que la totalidad de los gastos médicos u hospitalarios correrá por cuenta y a cargo del asegurador, quien efectuará directamente el pago de los mismos. Para ello, el asegurado no desembolsará cantidad alguna y solo deberá presentar su tarjeta de salud. Igualmente, deberá mostrar el último recibo de prima satisfecho y su documento nacional de identidad o tarjeta de residencia, si le fuesen requeridos.

En el caso de que el asegurado no utilice los servicios recomendados por el asegurador, el asegurado deberá pagar los gastos por él incurridos y, posteriormente, cumplir las normas siguientes para llevar a cabo el reembolso de los gastos a los que tenga derecho por la presente garantía de reembolso:

El asegurado o cualquier persona en su nombre deberá comunicar el siniestro dentro de los plazos siguientes:

En los casos de asistencia sanitaria de urgencia, dentro de los 5 días laborables siguientes a la fecha en que tenga lugar el internamiento hospitalario.

En el caso de intervención quirúrgica o internamiento hospitalario programados, dentro de los 7 días laborables inmediatamente anteriores a la fecha de dicha intervención quirúrgica o internamiento hospitalario.

Los plazos anteriormente señalados se entenderán sin perjuicio de lo establecido en el artículo 16 de la Ley de Contrato de Seguro.

En los casos de intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, pruebas diagnósticas y métodos terapéuticos, el tomador del seguro o el asegurado enviarán al asegurador, junto con la comunicación de enfermedad o accidente, el informe médico en el que se especifiquen el diagnóstico y la naturaleza de las enfermedades, así como, en su caso, el centro asistencial, la fecha de ingreso, el tipo de tratamiento y la duración probable del mismo. Además, el asegurado necesitará la autorización previa del asegurador para la realización de cualquier servicio. Sin dicha autorización, el asegurador no se hará cargo de ninguna de las facturas presentadas por el tomador o asegurado.

El asegurado deberá, además, seguir fielmente todas las prescripciones del médico encargado de la curación y deberá proporcionar al asegurador toda clase de información sobre las circunstancias o consecuencias del siniestro.

El tomador del seguro o el asegurado o sus familiares deberán permitir que los médicos designados por el asegurador visiten al asegurado tantas veces como el asegurador lo estime oportuno, así como que se realice cualquier averiguación o comprobación que el asegurador considere necesarias sobre su estado de salud.

En caso de hospitalización, una vez finalizada esta, el tomador del seguro o el asegurado comunicarán tal circunstancia al asegurador con indicación del período de duración del internamiento.

El tomador del seguro o, en su caso, el asegurado deberán presentar al asegurador la documentación siguiente:

Impreso de solicitud de reembolso, debidamente cumplimentado.

Las facturas originales de los gastos del asegurado. Según RD 1619/2012 de noviembre 2012, las facturas deben de incluir, imprescindiblemente

Número de factura

Fecha de expedición

Fecha de prestación médica

Razón social, domicilio, CIF o NIF y número de colegiado del profesional sanitario (emisor de la factura)

Datos de asegurado que ha recibido la prestación: nombre y apellidos

Domicilio y NIF del receptor de la factura

Descripción de la prestación sanitaria

Importe detallado

No se aceptarán facturas para su reembolso de más de 6 meses de antigüedad a contar desde la fecha de solicitud de reembolso.

Justificación del pago de las facturas por parte del asegurado.

Prescripciones médicas originales de los servicios médicos u hospitalarios recibidos por el asegurado.

Informe médico original explicativo de los servicios médicos u hospitalarios prestados al asegurado, el proceso de la enfermedad y su evolución.

Informe de alta médica u hospitalaria. El incumplimiento de las normas establecidas será considerado como renuncia expresa al cobro del reembolso, salvo que no haya sido posible cumplirlas por causas ajenas a la voluntad del tomador del seguro, del asegurado o de sus familiares.

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
- 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)	15 €
X0690	Telerradiografía Lateral o frontal de Cráneo	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	57 €
O0392	Reconstrucción de muñón	62 €
5 - ENDODONCIAS		
E0429	Endodoncias mecanizadas con material rotatorio (suplemento)	34 €
E0410	Endodoncias Unirradiculares	79 €
E0420	Endodoncias Multirradiculares	130 €
E0417	Reendodoncias Unirradiculares	97 €
E0450	Reendodoncias Multirradiculares	149 €
E0423	Protección pulpar (recubrimiento pulpar)	23 €
E0426	Apertura drenaje pulpar (sin tratamiento endodoncico)	28 €
E0470	Pulpotomía (pulpa cameral)	52 €
E0464	Pulpectomía (pulpa cameral más radicular)	66 €
6 - PERIODONCIA		
H0674	Diagnostico y sondaje	S/C
H0530	Tallado selectivo	31 €
H0520	Analisis oclusal	61 €
H0515	Periodontograma	56 €
H0540	Curetaje por cuadrante	29 €
H0541	Raspaje y alisado radicular (por cuadrante)	50 €
H0550	Cirugía periodontal (curetaje quirúrgico por pieza)	27 €
H0556	Widman modificado (por cuadrante)	200 €
H5561	Plastia muco-gingival (por cuadrante)	221 €
H0391	Ferulización de dientes (por diente)	36 €
H0516	Mantenimiento periodontal (por sesión)	32 €
H0590	Mantenimiento periodontal postquirúrgico (sesión)	33 €
H5601	Gingivectomía (por cuadrante)	48 €
7 - ORTODONCIA		
B0810	Primera visita para reconocer al paciente	S/C
B0850	Estudio cefalometrico (incluye moldes)	56 €
B0873	Estudio fotografico	26 €
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	74 €
R0660	Mantenedor de espacio móvil	77 €
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)	305 €
F0780	Barra Ackerman (corona aparte / cada tramo)	68 €
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)	598 €
R0804	Prótesis parcial removible acrílico (de 1 a 3 piezas)	241 €
R0805	Prótesis parcial removible acrílico (de 4 a 6 piezas)	331 €
R0734	Prótesis parcial removible acrílico (de 7 o más piezas)	391 €
Protesis Esqueléticos		
R0710	Esquelético (Estructura base para una o varias piezas)	220 €
R0711	Esquelético (Terminación en acrílico por pieza)	40 €
R0729	Sujetadores precisión (attaches) (cada unidad)	110 €
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 transepitelial)	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	160 €
	13 - VARIOS	
Z0773	Recargos metal precioso o semiprecioso	Seg. Cot.

ASISTENCIA EN EL EXTRANJERO

GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE ASISTENCIA DE VIAJE EN EL EXTRANJERO

DISPOSICIONES PREVIAS

Asegurados. Lo serán aquellas personas físicas beneficiarias del seguro de asistencia sanitaria MEDIFIATC relacionadas en las condiciones particulares de la póliza.

Ámbito territorial. El mundo entero excepto España y aquellos países que, durante el viaje o desplazamiento del asegurado, se hallen en estado de guerra o de sitio, insurrección o conflicto bélico de cualquier clase o naturaleza, aun cuando no hayan sido declarados oficialmente.

Validez. Para beneficiarse de la ASISTENCIA EN EL EXTRANJERO, el asegurado debe residir en España y su tiempo de permanencia fuera de su residencia habitual no deberá exceder los 60 días por viaje o desplazamiento.

SANCIONES INTERNACIONALES

El Reasegurador no dará cobertura, no asumirá ningún siniestro, ni tampoco proporcionará prestación o servicio alguno descrito en la póliza que le pueda exponer a cualquier sanción, prohibición o restricción en virtud de las resoluciones emitidas por las Naciones Unidas o de sanciones comerciales o económicas, leyes o regulaciones de la Unión Europea o de los Estados Unidos de América. Para más detalles, visite, por favor, las páginas:

- <https://www.un.org/securitycouncil/sanctions/information>,
- <https://sanctionsmap.eu/#/main>,
- <https://www.treasury.gov/resource-center/sanctions/Pages/default.aspx>

Cláusula sobre viajeros estadounidenses

Si Usted es ciudadano o residente en los Estados Unidos y viaja a Cuba, será preciso justificar que Su viaje a Cuba se produjo según las leyes de los Estados Unidos, a fin de que podamos darle un servicio o realizar un pago.

ÁMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

Las garantías aseguradas por esta póliza serán válidas en todo el mundo, salvo en el ámbito de la franquicia y de lo especificado en la propia prestación.

No se garantizará intervención de asistencia en aquellos países que aún reflejados en el Grupo contratado, durante el desplazamiento se hallen en estado de guerra, insurrección o conflictos bélicos de cualquier clase o naturaleza, aun cuando no hayan sido declarados oficialmente. En estos casos, el Asegurador reembolsará aquellos gastos contractuales y debidamente justificados mediante factura original acreditativa.

Este seguro presta sus coberturas en los países o destinos indicados en la póliza, excepto en los siguientes países y territorios: Irán, Crimea, Corea del Norte, Siria, Venezuela, Bielorrusia, Myanmar, Afganistán, Rusia, Donetsk, Lugansk, Jersón y Zaporíyia.

GARANTÍAS CUBIERTAS

ASISTENCIA MÉDICA Y SANITARIA

El asegurador tomará a su cargo la organización de la asistencia y los gastos correspondientes a la intervención de los profesionales y establecimientos sanitarios requeridos para la atención del asegurado herido o enfermo.

Quedan expresamente incluidos, sin que la enumeración tenga carácter limitativo, los servicios siguientes:

- a) Atención por equipos médicos de emergencia y por especialistas.
- b) Exámenes médicos complementarios.
- c) Hospitalización, tratamientos e intervenciones quirúrgicas.

- d) Suministro de medicamentos en internado o reintegro de su costo en lesiones o enfermedades que no requieran hospitalización.
- e) Atención de problemas odontológicos agudos, entendiéndose por tales los que, por infección, dolor o trauma, requieran un tratamiento de urgencia.
- f) Traslado en ambulancia, por prescripción facultativa, de recorrido exclusivamente local.

El asegurador toma a su cargo los gastos correspondientes a estas prestaciones hasta un límite por asegurado y año de 12.000 euros, o su equivalente en moneda local del país donde se hagan efectivas.

Los gastos odontológicos se limitan, en cualquier caso, a 60 euros o su equivalente en moneda local.

REPATRIACIÓN O TRANSPORTE SANITARIO DE HERIDOS

Si las circunstancias del caso requieren, según criterio médico, el traslado sanitario del asegurado, el asegurador toma a su cargo el transporte del mismo por el medio idóneo (incluso bajo vigilancia médica, si procede) hasta el centro hospitalario que disponga de las instalaciones necesarias.

Si la hospitalización se realizase en un lugar alejado del domicilio del asegurado, el asegurador se hará igualmente cargo del subsiguiente traslado al domicilio, en cuanto este pueda efectuarse. El medio de transporte utilizado en cada caso se decidirá por el equipo médico del asegurador en función de la urgencia y gravedad del caso.

REPATRIACIÓN O TRANSPORTE DE LOS DEMÁS ASEGURADOS

Cuando, en aplicación de la garantía anterior, se haya repatriado o trasladado por enfermedad o accidente a uno de los asegurados y ello impida al resto de los asegurados la continuación del viaje por los medios inicialmente previstos, el asegurador se hará cargo del transporte de los mismos a su domicilio o al lugar de hospitalización.

REPATRIACIÓN O TRANSPORTE DE MENORES

Si el asegurado repatriado o trasladado en aplicación de la garantía n.º 2 viajara en la única compañía de hijos menores de 15 años, el asegurador organizará y tomará a su cargo el desplazamiento (de ida y vuelta) de una azafata o de una persona designada por el asegurado, a fin de acompañar a los niños en el regreso a su domicilio.

DESPLAZAMIENTO DE UN FAMILIAR EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN

Si el estado del asegurado enfermo o herido requiere su hospitalización durante un período superior a 5 días, el asegurador pondrá a disposición de un familiar del asegurado, o de la persona que este designe, un billete de ida y vuelta en avión (clase turista) o tren (1.ª clase) para que pueda acompañarlo.

El asegurador, además, abonará, en concepto de gastos de estancia del acompañante y contra la presentación de las facturas correspondientes, hasta 30 euros por día y por un período máximo de 10 días.

CONVALECENCIA EN HOTEL

Si el asegurado enfermo o herido no puede regresar a su domicilio por prescripción médica, el asegurador tomará a su cargo los gastos de hotel motivados por la prórroga de estancia hasta 30 euros diarios y por un período máximo de 10 días.

REPATRIACIÓN O TRANSPORTE DEL ASEGURADO FALLECIDO

En caso de defunción de un asegurado, el asegurador organizará el traslado del cuerpo hasta el lugar de inhumación en España, haciéndose cargo del mismo.

No estarán comprendidos los gastos de inhumación y ceremonia.

El asegurador organizará y tomará a su cargo el regreso a su domicilio de los demás asegurados que lo acompañen en el momento de la defunción, si estos no pudieran hacerlo por los medios inicialmente previstos.

REGRESO ANTICIPADO

Si cualquiera de los asegurados debe interrumpir su viaje a causa del fallecimiento de su cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado, o hermano, el asegurador pondrá a su disposición un billete de avión (clase turista) o de tren (1.ª clase) desde el lugar en que se encuentre hasta el de inhumación en España y de regreso al lugar donde se encontrara.

Alternativamente y a su elección, el asegurado podrá optar por 2 billetes de avión (clase turista) o de tren (1.ª clase) hasta su domicilio habitual.

TRANSMISIÓN DE MENSAJES

El asegurador se encargará de transmitir los mensajes urgentes que le encarguen los asegurados, derivados de los eventos cubiertos por las presentes garantías.

ENVÍO DE MEDICAMENTOS

El asegurador se encargará del envío de los medicamentos necesarios para la curación del asegurado prescritos por un facultativo y que no puedan encontrarse en el lugar donde este se encuentre.

SERVICIO DE INFORMACIÓN DE VIAJES

El asegurador facilitará al asegurado, mediante un servicio gratuito e ininterrumpido de 24 horas, información referente a:

- a) Vacunación y petición de visados para países extranjeros, así como aquellos requisitos que estén especificados en la publicación más reciente del TIM (Travel Information Manual), una publicación conjunta de 14 miembros de líneas aéreas de IATA. El asegurador no se responsabiliza de la exactitud de la información contenida en el TIM ni de las variaciones que puedan realizarse en la citada publicación.
- b) Direcciones y números de teléfono de las embajadas españolas y consulados en todo el mundo, donde los hubiere, según figura en la Guía de las representaciones de España en el extranjero, editada por el Ministerio de Asuntos Exteriores.

DELIMITACIONES DE LA COBERTURA. EXCLUSIONES

Las garantías concertadas en la presente ampliación de ASISTENCIA EN EL EXTRANJERO no comprenden:

- a) Las dolencias o enfermedades crónicas o preexistentes, así como sus consecuencias, padecidas por el asegurado con anterioridad al inicio del viaje, salvo la asistencia necesaria para resolver una eventual «urgencia vital», en cuyo caso la prestación queda limitada a un 1 día.
- b) La muerte por suicidio, o bien las lesiones o enfermedades producidas intencionalmente por el asegurado a sí mismo, así como las derivadas de una empresa criminal del asegurado.

- c) Las enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión de alcohol, psicotrópicos, alucinógenos o cualquier droga o sustancia de características similares.
- d) Los tratamientos estéticos y el suministro o reposición de audífonos, lentillas, gafas y prótesis en general.
- e) Los embarazos, salvo afecciones por complicación súbita e imprevisible y partos prematuros imprevisibles.
- f) Las lesiones derivadas de la participación del asegurado en competiciones o pruebas deportivas, el rescate de personas en mar, montaña o desierto y la práctica de deportes de los denominados de aventura.
- g) Las lesiones o enfermedades que dimanen en forma directa o indirecta de hechos producidos por energía nuclear, radiaciones radioactivas, catástrofes naturales y acciones bélicas.
- h) Las enfermedades mentales.
- i) Cualquier gasto médico o farmacéutico inferior a 9 euros.

PETICIÓN DE ASISTENCIA DE VIAJE EN EL EXTRANJERO

TELÉFONO DE URGENCIA: se indica en el dorso de la tarjeta sanitaria personal MEDIFIATC y en la Guía Médica vigente.

Ante la producción de un evento que pueda dar lugar a las prestaciones cubiertas, el asegurado deberá comunicarse indispensablemente con el servicio telefónico de urgencia establecido por el asegurador e indicar el nombre del asegurado, el número de póliza MEDIFIATC, el lugar donde se encuentre y el número de teléfono del mismo, y el tipo de asistencia que precise. Esta comunicación podrá hacerse a cobro revertido.

GARANTIA COMPLEMENTARIA OPCIONAL DE SUBSIDIO POR HOSPITALIZACIÓN

En caso de solicitarse la contratación de esta Garantía y que así conste en las Condiciones Particulares de la póliza, dicha Garantía se regirá por las siguientes disposiciones:

- a) Se incluye un seguro de hospitalización y alta cirugía.

- b) El asegurador pagará una indemnización diaria de 18,00 euros por cada día de hospitalización cuando el asegurado sea ingresado en una clínica, hospital, sanatorio u otro centro sanitario para ser intervenido quirúrgicamente.
- c) La indemnización se recibirá a partir del 3er día siguiente al que se produjo el siniestro.
- d) Queda incluido el riesgo de accidentes.
- e) El término máximo de la indemnización queda limitado a 120 días por cada proceso.

Exclusiones de esta garantía:

Cualquier afección, enfermedad o molestia no declarada por el asegurado, el origen de la cual sea anterior a la fecha d'efecto de la póliza, comportará una nueva evaluación de las condiciones con la que se haya contratado el seguro. Esta póliza hasta podrá ser anulada como consecuencia de esta omisión en el cuestionario de salud.



FIATC 
S E G U R O S

www.fiatc.es