

CONDICIONES  
ESPECIALES

# SEGURO DE SALUD COMPLETO

**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 a los teléfonos de atención al Asegurado: 900 252 213, 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 a los teléfonos de atención al Asegurado: 900 252 213, 932 825 284 y 911 227 468.**

**Asistencia Permanente de Urgencia Médica en el Extranjero.** Se prestará la asistencia dentro de los límites establecidos a tal efecto en la garantía complementaria de estas Condiciones Especiales.

## ESPECIALIDADES MÉDICAS Y MÉDICO-QUIRÚRGICAS

En el producto MediFiatc Advance el acceso a las Especialidades Medicoquirúrgicas requerirá visita previa al Médico de Familia asignado en póliza, así como la derivación de este a la especialidad que corresponda, excepto para las especialidades de Odontoestomatología, Psicología, Ginecología/Obstetricia y para el servicio de Podología, en las que no se requerirá derivación.

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

**Análisis Clínico. 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 Médicoquirúrgica y Venereología.** Quedan excluidos los tratamientos con fines puramente estéticos.

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

**Nutricionista.** Se cubren 15 sesiones anuales siempre con petición previa del endocrinólogo.

**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 **Garantía Dental de estas Condiciones Especiales.**

**Oftalmología.**

**Oncología.**

**Otorrinolaringología.**

**Psiquiatría.** Excluido 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 Migrañosos.** Se realizará en Centros determinados por la Entidad. **Periodo de Carencia de TRES MESES.**

**Mamografías.**

**Ecografías.**

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

**TAC Maxilar.** Se excluye en estudios previos a implantología. Periodo de carencia TRES MESES.

**Resonancia Magnética Nuclear (RMN).** Queda cubierta la sedación para la realización de esta prueba en asegurados menores de 7 años. **Periodo de carencia de TRES MESES.**

**Endoscopia digestiva.** Incluye tanto las diagnósticas como las terapéuticas. Incluida la técnica de la capsula endoscópica en Centros designados por la Compañía (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. **Periodo 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 24 horas y Doppler. **Periodo de carencia de TRES MESES.**

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

**Poligrafía respiratoria.** Exclusivamente para el estudio del Síndrome de la Apnea Obstruktiva del Sueño. Máximo un estudio por Asegurado y año con una duración no superior a 24 horas. Período de carencia de TRES MESES.

**Polisomnografía.** Se cubrirá exclusivamente para trastornos epilépticos y respiratorios, quedando excluida en el caso de alteraciones del sueño. Cobertura de una prueba al año. Periodo de carencia TRES MESES.

**Test de la Marcha. Exclusivamente para neumología. Período de carencia de TRES MESES.**

**Radiología Intervencionista Vascul ar 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-FDG y de acuerdo con la ficha técnica del fármaco exclusivamente para procesos oncológicos (neoplasias malignas). Período de carencia de SEIS MESES.**

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

**PET-PSMA para el diagnóstico y seguimiento del cáncer de próstata con un límite de una prueba por anualidad. 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. Período 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. Período 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.**

**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 dermatocósmico. **Periodo de carencia TRES 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

Solo estará cubierta la radioterapia para neoplasias consideradas malignas. En ningún caso se cubrirá los procesos benignos. La radioterapia externa solo estará cubierta aquella que se realice mediante aceleradores de líneas de energía basadas en electrones no quedando cubierto ningún tipo de tomoterapia, arcoterapia, radiocirugía, ni guiada mediante ninguna técnica de imagen. La braquiterapia solo estará cubierta aquella que se realice mediante fuentes solidas generadoras de electrones y para neoplasias consideradas malignas de origen prostático, ginecológico, genital y de mama. Todos los tratamientos de radioterapia deben ser aprobados por la co-

misión de control oncológico de FIATC. Queda excluida expresamente cualquier tipo de radioterapia diferente a la descrita, como la radioterapia mediante protones o neutrones. **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-T 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, entendiendo 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.

## REHABILITACIÓN

**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. Así mismo 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 y la rehabilitación de la articulación temporo-mandibular.**

**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. **Existe 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 de 5 sesiones por Asegurado y año.

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

**Logopedia y Foniatría. Se limita a un máximo de 25 sesiones por proceso y Asegurado.**

En el caso de tratamientos como consecuencia de intervenciones mayores de laringe y en la recuperación neurológica post-accidente vascular cerebral. La cobertura se ampliará a **un máximo de 60 sesiones por Asegurado en toda la vigencia de la póliza.**

**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

**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.**

**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.

**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. **Periodo de carencia de SEIS MESES.**

**Resección endoscópica mucosa (REM)** Se prestará exclusivamente bajo la aprobación de la comisión de control quirúrgico de FIATC en los centros propios designados por la Compañía.

**Diseción endoscópica submucosa (DES)** Se prestará exclusivamente bajo la aprobación de la comisión de control quirúrgico de FIATC en los centros propios designados por la Compañía.

**Cirugía Robótica Da Vinci:** Se prestará exclusivamente, para las intervenciones relacionadas en el siguiente enlace: <https://www.fiatc.es/informacion-corporativa/servicios-para-clientes/franquicias-a-cargo-del-asegurado.html>, bajo aprobación de la comisión de control quirúrgico de FIATC en los centros propios designados por la Compañía. Esta prestación estará sometida a Franquicia a cargo del Asegurado que puede ser consultada en el mismo enlace <https://www.fiatc.es/informacion-corporativa/servicios-para-clientes/franquicias-a-cargo-del-asegurado.html>

## 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.

**Test de la preeclampsia.** Con prescripción médica y según protocolo médico.

**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 para parto y cesárea.**

**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 reconocidos por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, se cubren exclusivamente una de las siguientes pruebas por embarazo:

**Amniocentesis y Estudio del Cariotipo Fetal, Biopsia Corial, Analítica del Test Prenatal No Invasivo Básico.** Todas ellas por prescripción médica. A efectos aclaratorios, el Estudio del Cariotipo Fetal y la Biopsia Corial sólo se cubrirán durante el embarazo en curso y siempre y cuando exista viabilidad fetal.

## MEDICINA PREVENTIVA

### OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

**Chequeo Ginecológico.** Revisión anual que incluye visita, informe, citología, ecografía ginecológica y/o transvaginal y mamografía, si procede.

**VPH.** Seguimiento preventivo en la revisión ginecológica (cada 5 años).

### 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 y retirada del DIU, se cubre exclusivamente cuando se realiza en consultorio. 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, 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 espermatozoides, 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 armas para la caza o tiro deportivo.**

## 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, 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 consume 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 o familiar. La entidad limita la cobertura hasta la fecha de alta determinada por el médico de la entidad responsable de la asistencia. Periodo 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 o familiar. 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 consume durante su estancia en el centro hospitalario. **Están excluidos los internamientos fundados en problemas de tipo social o familiar. 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 consume durante su estancia en el centro hospitalario. **Están excluidos los internamientos fundados en problemas de tipo social o familiar. 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.** Se considera como tal el internamiento del asegurado en un centro designado por la compañía por un período inferior a 24 horas, ya sea para una intervención quirúrgica o un tratamiento. Correrán por cuenta de la entidad los gastos de quirófano, materiales, productos anestésicos y medicamentos empleados en dicha hospitalización, siempre y cuando, en los casos de tratamiento, éste esté cubierto por la entidad. **Período de carencia 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 o familiar. 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 o familiar. **Periodo máximo de cobertura: 30 días al año. Periodo de carencia de DIEZ MESES.**

## **OTROS SERVICIOS**

**Podólogo en Consultorio. Limitado a 10 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.

**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 900 252 213, 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 unicamerales y bicamerales, así como las prótesis de bypass vascular. No se encuentran cubiertos los dispositivos de resincronización cardíaca y para la estimulación auricular, ni en general, cualquier tipo de Holter implantable, desfibrilador automático implantable o DAI.
- **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 bifocal** tras la cirugía de cataratas en miopías superiores a 4 dioptrías y hipermetropías/astigmatismo superiores a 2 dioptrías. Quedan excluidas las lentes tóricas.
- **Lente intraocular trifocal** tras la cirugía de cataratas se prestará exclusivamente en los centros propios designados por la Compañía. Está sometida a franquicia a cargo del Asegurado, que puede ser consultada en <https://www.fiatc.es/informacion-corporativa/servicios-para-clientes/franquicias-a-cargo-del-asegurado.html>

**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.**

**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.**

**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. Periodo 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.**

## **DERIVACIÓN**

De aplicación exclusiva a MediFiatc Advance.

Se entiende por derivación la autorización requerida y realizada por el Médico de Familia determinado en Póliza al Asegurado para acceder a la visita de un especia-

lista, de una especialidad médico-quirúrgica concreta (a excepción de las especialidades de libre acceso de este producto), y a todos los medios de diagnóstico y actos terapéuticos relacionados con la misma, por un período máximo de tres meses. Dicha derivación podrá ser prorrogada de necesitar el Asegurado continuar siendo atendido por parte del Médico especialista, para lo cual deberá acudir nuevamente al Médico de Familia determinado en Póliza para que prorrogue la derivación.

### Un Asegurado podrá tener de forma simultánea como máximo tres derivaciones activas a tres especialidades médico-quirúrgicas distintas.

Realizada la derivación seguirá siendo necesario solicitar autorización específica para los actos e intervenciones que así lo requieran según la normativa vigente en la Entidad, a tal efecto.

## COPAGO

En función del seguro contratado, el tomador del seguro pagará en concepto de participación en el coste del servicio una cantidad determinada por cada servicio que utilice de las garantías cubiertas por la presente póliza. En el caso del producto Medifiatc Diagonal, no se aplicarán copagos si el Asegurado asiste a los centros médicos propios de FIATC y la Clínica Diagonal. Para las prestaciones realizadas a través del resto de la Guía Médica de la Entidad, se aplicarán los copagos designados en la tabla de copagos.

Los importes del copago son los siguientes:

| CENTROS                                       | Medifiatc, Medifiatc Advance y Medifiatc Corp. | Medifiatc P5 | Medifiatc P15 | Medifiatc D P4 | Medifiatc D P15 | Medifiatc Diagonal (centros propios) | Medifiatc Diagonal (resto Guía Méd.) |
|---|--|--------------|---------------|----------------|-----------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Consultas                                     | Copago   | Copago       | Copago        | Copago         | Copago          | Copago                               | Copago                               |
| Medicina General                              | S/cop  | 2,00 €       | 10,00 €       | 4,00 €         | 10,00 €         | S/cop                                | 10,00 €                              |
| Pediatría - Puericultura                      | S/cop  | 2,00 €       | 10,00 €       | 4,00 €         | 10,00 €         | S/cop                                | 10,00 €                              |
| Especialidades Médico-Quirúrgicas             | S/cop  | 4,00 €       | 10,00 €       | 4,00 €         | 10,00 €         | S/cop                                | 10,00 €                              |
| Psicología                                    | S/cop  | S/cop        | S/cop         | S/cop          | S/cop           | S/cop                                | S/cop                                |
| Pruebas Diagnósticas y Actos Terapéuticos     | Copago   | Copago       | Copago        | Copago         | Copago          | Copago                               | Copago                               |
| Pruebas Alérgicas                             | S/cop  | 5,00 €       | 12,00 €       | 4,00 €         | 10,00 €         | S/cop                                | 12,00 €                              |
| Análisis Clínicos (excepto Pruebas Genéticas) | S/cop  | 2,00 €       | 12,00 €       | 4,00 €         | 10,00 €         | S/cop                                | 12,00 €                              |
| Anatomía Patológica                           | S/cop  | 4,00 €       | 12,00 €       | 4,00 €         | 12,00 €         | S/cop                                | 12,00 €                              |

|   |               |               |               |               |               |               |               |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Ecografías  | S/cop         | 4,00 €        | 12,00 €       | 4,00 €        | 12,00 €       | S/cop         | 12,00 €       |
| Mamografías   | S/cop         | 4,00 €        | 12,00 €       | 4,00 €        | 12,00 €       | S/cop         | 12,00 €       |
| Diagnóstico por la Imagen (Radiología Convencional)                 | S/cop         | 4,00 €        | 12,00 €       | 4,00 €        | 12,00 €       | S/cop         | 12,00 €       |
| Test de la marcha   | S/cop         | 5,00 €        | 12,00 €       | 4,00 €        | 12,00 €       | S/cop         | 12,00 €       |
| Resto de pruebas y actos  | S/cop         | 5,00 €        | 12,00 €       | 4,00 €        | 12,00 €       | S/cop         | 12,00 €       |
| <b>Pruebas Diagnósticas y Actos Terapéuticos de Alta Tecnología</b> | <b>Copago</b> |
| Medicina Nuclear  | S/cop         | 5,00 €        | 25,00 €       | 4,00 €        | 25,00 €       | S/cop         | 25,00 €       |
| Arteriografía   | S/cop         | 5,00 €        | 25,00 €       | 4,00 €        | 25,00 €       | S/cop         | 25,00 €       |
| Hemodinámica Vascular   | S/cop         | 5,00 €        | 25,00 €       | 4,00 €        | 25,00 €       | S/cop         | 25,00 €       |
| Poligrafía respiratoria   | S/cop         | 5,00 €        | 25,00 €       | 4,00 €        | 25,00 €       | S/cop         | 25,00 €       |
| Polisomnografía   | S/cop         | 5,00 €        | 25,00 €       | 4,00 €        | 25,00 €       | S/cop         | 25,00 €       |
| Resonancia Magnética Nuclear (RMN)                                  | S/cop         | 5,00 €        | 25,00 €       | 4,00 €        | 25,00 €       | S/cop         | 25,00 €       |
| Dermatoscopia digital (Epiluminiscencia) Una anual                  | S/cop         | 5,00 €        | 25,00 €       | 4,00 €        | 25,00 €       | S/cop         | 25,00 €       |
| Tomografía Axial Computerizada (TAC/ Escáner)                       | S/cop         | 5,00 €        | 25,00 €       | 4,00 €        | 25,00 €       | S/cop         | 25,00 €       |
| PET   | S/cop         | 5,00 €        | 25,00 €       | 4,00 €        | 25,00 €       | S/cop         | 25,00 €       |
| Endoscopias   | S/cop         | 5,00 €        | 25,00 €       | 4,00 €        | 25,00 €       | S/cop         | 25,00 €       |
| Amniocentesis, Biopsia Corial y Test Prenatal no invasivo           | S/cop         | 5,00 €        | 25,00 €       | 4,00 €        | 25,00 €       | S/cop         | 25,00 €       |
| Diagnóstico Cardiológico  | S/cop         | 5,00 €        | 25,00 €       | 4,00 €        | 25,00 €       | S/cop         | 25,00 €       |
| Pruebas de Seguimiento del Embarazo                                 | S/cop         | 5,00 €        | 25,00 €       | 4,00 €        | 25,00 €       | S/cop         | 25,00 €       |
| Ph-Metría   | S/cop         | 5,00 €        | 25,00 €       | 4,00 €        | 25,00 €       | S/cop         | 25,00 €       |
| Litotricia  | S/cop         | 5,00 €        | 25,00 €       | 4,00 €        | 25,00 €       | S/cop         | S/cop         |
| <b>Otros Servicios</b>  | <b>Copago</b> |
| ATS/Enfermería  | S/cop         | 2,00 €        | 2,00 €        | 4,00 €        | 2,00 €        | S/cop         | 2,00 €        |
| Podología   | S/cop         | 5,00 €        | 10,00 €       | 4,00 €        | 10,00 €       | S/cop         | 10,00 €       |
| Tratamiento y Pruebas de Oncología (acto o sesión)                  | S/cop         | 5,00 €        | 45,00 €       | 4,00 €        | 20,00 €       | S/cop         | 45,00 €       |
| Quimioterapia (sesión)  | S/cop         | 5,00 €        | 20,00 €       | 4,00 €        | 20,00 €       | S/cop         | 20,00 €       |
| Oxigenoterapia - Ventiloterapia (sesión)                            | S/cop         | 2,00 €        | 2,00 €        | 4,00 €        | 2,00 €        | S/cop         | 2,00 €        |
| Rehabilitación y Fisioterapia (sesión)                              | S/cop         | 2,00 €        | 2,00 €        | 4,00 €        | 2,00 €        | S/cop         | 2,00 €        |
| Logopedia y Foniatría   | S/cop         | 2,00 €        | 2,00 €        | 4,00 €        | 2,00 €        | S/cop         | 2,00 €        |

|  |               |               |               |               |               |               |               |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Clases de Preparación al Parto         | S/cop         | 4,00 €        | 20,00 €       | 4,00 €        | 20,00 €       | S/cop         | 20,00 €       |
| Asistencia Parto Comadrona             | S/cop         | 2,00 €        | 25,00 €       | 4,00 €        | 25,00 €       | S/cop         | 25,00 €       |
| NST Registro Monitorización Fetal      | S/cop         | 5,00 €        | 12,00 €       | 4,00 €        | 12,00 €       | S/COP         | 12,00 €       |
| Asistencia Parto Ginecología           | S/cop         | 3,00 €        | 20,00 €       | 4,00 €        | 20,00 €       | S/cop         | 25,00 €       |
| Tratamiento del Dolor (por acto)       | S/cop         | 4,00 €        | 45,00 €       | 4,00 €        | 45,00 €       | S/cop         | 45,00 €       |
| Otros Tratamientos (sesión)            | S/cop         | 2,00 €        | 25,00 €       | 4,00 €        | 45,00 €       | S/cop         | 25,00 €       |
| Cheques Medicina Preventiva            | S/cop         | 5,00 €        | 10,00 €       | 4,00 €        | 45,00 €       | S/cop         | 10,00 €       |
| Láser Excimer                          | S/cop         | 5,00 €        | 10,00 €       | 4,00 €        | 10,00 €       | S/cop         | 10,00 €       |
| Reproducción asistida                  | S/cop         | 5,00 €        | 45,00 €       | 4,00 €        | 45,00 €       | S/cop         | 45,00 €       |
| Ambulancias                            | S/cop         | 5,00 €        | 30,00 €       | 4,00 €        | 30,00 €       | S/cop         | 30,00 €       |
| Urgencias                              | S/cop         | 15,00 €       | 30,00 €       | 4,00 €        | 30,00 €       | S/cop         | 30,00 €       |
| <b>Hospitalización</b>                 | <b>Copago</b> |
| Por día                                | S/cop         | 2,00 €        | 20,00 €       | 4,00 €        | 10,00 €       | S/cop         | 20,00 €       |
| Prótesis                               | S/cop         | 5,00 €        | 12,00 €       | 4,00 €        | 10,00 €       | S/cop         | 12,00 €       |
| <b>Resto de Servicios Garantizados</b> | <b>Copago</b> |
| Resto de Servicios                     | S/cop         | 5,00 €        | 15,00 €       | 4,00 €        | 10,00 €       | S/cop         | 15,00 €       |
| Trasplante de córnea                   | S/cop         | 10,00 €       | 20,00 €       | 4,00 €        | 20,00 €       | S/cop         | 20,00 €       |

## 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 cerebrovasculares.
- 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 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

Los Servicios listados a continuación están a disposición del Asegurado previo abono de una franquicia correspondiente al coste de la prestación solicitada.

### 1 - PRIMERAS VISITAS

Primera visita y entrega de presupuesto

Visita de revisión

Visita de urgencia

### 2 - ODONTOLOGÍA PREVENTIVA

Curas (infecciones y/o aftas) Por sesión\*

Educación bucodental

Enseñanza de técnicas de cepillado y otros elementos de higiene

Fluorizaciones

Selladores oclusales

Limpieza de boca. Tartrectomía - (ambas arcadas) sobre periodonto sano

Pulido de dientes (pasta fluorada)

Planificación de dieta para control de caries

Recomendación y prevención de xerostomía

Tratamiento con férula blanda

Tratamiento con protector bucal (para deporte)

### 3 - RADIOLOGÍA

Radiografías Odontológicas (periapical, aleta, oclusal)

Ortopantomografía (Panorámica Dental)

Telerradiografía Lateral o frontal de Cráneo

Radiografía de ATM

Estudio Tomográfico (TAC / Dentascan / CBCT) de una arcada

Estudio Tomográfico (TAC / Dentascan / CBCT) de dos arcadas

Serie radiográfica periodontal

### 4 - REGISTROS (toma de medidas)

Modelos de estudio

Impresión dentoalveolar y positivado del modelo y obtención de registros intermaxilares

Toma de registro con escáner intraoral

Biomodelo (Modelo impreso en 3d)

Planificación 3d, con modelos, sin férulas quirúrgicas (escáner no incluido)

Estudio Articulación, Anamnesis, Exploración, Toma de registros, Montaje y

Análisis en Articulador

### 5 - OBTURACIONES

Obturación provisional

Obturación simple o compuesta\*

Reconstrucción de ángulos\*

---

Reconstrucción coronaria total\*

---

Reconstrucción coronaria total con postes de carbono o fibra de vidrio\*

---

Reconstrucción de muñón

---

Protección pulpar (recubrimiento pulpar indirecto)

---

## **6 - ENDODONCIAS**

---

Cura endodóntica (con medicación intraconducto) (Por pieza y por sesión)

---

Protección pulpar (recubrimiento pulpar directo)

---

Prueba de vitalidad (por pieza)

---

Endodoncias mecanizadas con material rotatorio (suplemento)

---

Endodoncias realizadas con microscopio (suplemento)

---

Sellado u obturación radicular termoplástica (suplemento)

---

Endodoncias Unirradiculares (1 conducto) \*

---

Endodoncias Multirradiculares (2 o más conductos) \*

---

Reendodoncias Unirradiculares (1 conducto) \*

---

Reendodoncias Multirradiculares (2 o más conductos) \*

---

Apertura drenaje pulpar (sin tratamiento endodóntico)

---

Pulpectomía (pulpa cameral) en diente temporal \*

---

Suplemento cemento biocerámico

---

Pulpectomía (pulpa cameral más radicular) en diente temporal \*

---

Apicectomia

---

Sustitutivo dentario bioactivo

---

## **7 - PERIODONCIA**

---

Diagnóstico y sondaje

---

Tallado selectivo

---

Análisis oclusal

---

Periodontograma

---

Test microbiológicos /estudios bioquímicos (toma de muestras)

---

Aplicación local de quimioterápicos

---

Descontaminación bolsas periodontales y/o periimplantitis con glicina

---

Tratamiento con doxiciclina de las bolsas periodontales (sesión)

---

Curetaje por cuadrante\*

---

Cirugía periodontal (curetaje quirúrgico por pieza)

---

Raspaje y alisado radicular (por cuadrante)

---

Widman modificado (por cuadrante)

---

Plastia muco-gingival (por cuadrante)

---

Gingivectomía (por cuadrante)\*

---

Alargamiento Coronario (por pieza)

---

Colgajo reposición apical (por cuadrante)

---

Injerto libre de encía (por pieza)

---

Injerto de tejido conectivo autólogo

---

Cirugía a colgajo (por diente)\*

---

Ferulización de dientes en tratamiento periodontal (por diente)

---

Ferulización de dientes en tratamiento periodontal (por arcada)

---

Mantenimiento periodontal (por sesión)\*

---

Mantenimiento periodontal postquirúrgico (sesión)\*

---

## **8 - ORTODONCIA**

---

Primera visita para reconocer al paciente

---

Estudio cefalométrico (incluye moldes)

---

Estudio y planificación para recreación digital (incluye fotografías y/o videos)

---

Aparatos auxiliares (quadhelix, bihelix, botón de nance, barra palatina, mentoneras, anclajes extra orales, bumper, máscara facial) (cada aparato). Incluye colocación

---

Compostura en aparatología fija o móvil

---

Recementado del mantenedor

---

Microtornillo para tracción (por unidad)

---

Colocación de botones y elásticos clase III (unidad)

---

Visitas periódicas de revisión ortodoncia

---

Desmontaje de aparatología y pulido de dientes (sólo si el tratamiento fue realizado en otra clínica)

---

Corona prefabricada de acero

---

### **Ortodoncia fija**

---

Tratamiento ortodóncico con aparatología fija (cada arcada)

---

Tratamiento ortodóncico con brackets autoligables (cada arcada)

---

Disyuntor

---

Recargo por brackets de porcelana (por arcada)

---

Recargo por brackets de fibra de vidrio (por arcada)

---

Reposición de brackets (unidad)

---

Reposición de brackets estéticos (unidad)

---

Reposición de brackets autoligables (unidad)

---

Mantenedor de espacio fijo

---

Revisión mantenedor de espacio

---

Tratamiento de Brackets metálicos (incluye aparatología, revisiones, ambas arcadas y retenedor, tratamiento completo)

---

Tratamiento de Brackets cerámicos (incluye aparatología, revisiones, ambas arcadas y retenedor, tratamiento completo)

---

Tratamiento de Brackets zafiro (incluye aparatología, revisiones, ambas arcadas y retenedor, tratamiento completo)

---

Tratamiento de Brackets autoligables estéticos (incluye aparatología, revisiones, ambas arcadas y retenedor, tratamiento completo)

---

### **Ortodoncia removible**

---

Tratamiento Ortodóncico con aparatología móvil (cada aparato)

---

Renovación Aparatología móvil, cambio, pérdida o rotura

---

Mantenedor de espacio móvil

---

**Ortodoncia invisible - Invisalign®**

Invisalign Comprehensive 5 años (incluye alineadores iniciales y refinamiento)

**Ortodoncia invisible**

Renovación por pérdida y unidad (férula)

Estudio (sin inicio de tratamiento)

**Ortodoncia lingual**

Tratamiento ortodóncico con brackets linguales (por arcada)

Visitas periódicas de revisión ortodoncia lingual

Reposición de brackets linguales (unidad)

Colocación de retenedores ortodoncia lingual (unidad)

**Fase de retención**

Placas de retención, férula o hawley, (unidad) incluye colocación

Ferulización de dientes (por arcada), Retención fija

Ferulización de dientes (por diente)

**9 - PRÓTESIS FIJA**

Compostura de porcelana (por pieza)

Cortar, perforar y/o retirar puente (por muñón)

Cementado o recementado de coronas o puentes o incrustación (aplicable en la clínica que ha realizado la prótesis)

Barra Ackerman (corona aparte / cada tramo)

Encerado diagnóstico (por pieza)

**Prótesis fija resina**

Corona o puente provisional acrílico (por pieza)

Incrustación composite / compómero / resina modificada

Prótesis fija metálica

Muñón colado multirradicular

Muñón colado unirradicular

Corona parcial o incrustación metálica (por pieza)

**Prótesis fija metal cerámica**

Corona o puente metal porcelana (por pieza)

Puente Maryland (pieza y dos apoyos) aletas metálicas y acabado en cerámica

Apoyo Maryland

**Prótesis fija estética**

Incrustación porcelana

Corona o puente porcelana (por pieza)

Corona o puente de Zirconio (por pieza)

Corona o puente cerámica sin metal tipo in ceram, procera, empress (por pieza)

Corona o puente disilicato de litio

**9.1 - PRÓTESIS REMOVIBLE**

Limpieza de prótesis removible

---

## Composturas y ajustes

---

Composturas simples (realizadas en la clínica) de prótesis removibles (por pieza a colocar o gancho no colado) (aplicable en la clínica que ha realizado la prótesis)

---

Rebase de prótesis removible (aplicable en la clínica que ha realizado la prótesis)

---

Rebase con resina o similares acondicionadores de forma provisional, en la prótesis removibles (aplicable en la clínica que ha realizado la prótesis)

---

Ajustes oclusales sin montaje en articulador para prótesis (aplicable en la clínica que ha realizado la prótesis)

---

Añadir piezas nuevas en aparatos hechos (unidad)

---

Refuerzo metálico

---

## Prótesis removible acrílica

---

Prótesis removible completa (superior o inferior)

---

Prótesis removible completa (superior más inferior)

---

Prótesis parcial removible acrílico ( de 1 a 3 piezas)

---

Prótesis parcial removible acrílico ( de 4 a 6 piezas)

---

Prótesis parcial removible acrílico ( de 7 o más piezas)

---

Recargo resina hipoalérgica (cada arcada)

---

## Prótesis Esqueléticos

---

Esquelético (estructura base para una o varias piezas)

---

Esquelético (terminación en acrílico por pieza)

---

Sujetadores precisión (attaches) (cada unidad)

---

Suplementos de metales nobles

---

Suplemento diente porcelana

---

Suplemento gancho estético

---

Ataches - aditamentos

---

Hombro o cuello metálico

---

## 10 - CIRUGÍA ORAL

---

Retirar puntos

---

Extracciones que no precisen cirugía (excluidos cordales o piezas incluidas)

---

Extracciones que precisen cirugía (excluidas piezas incluidas)

---

Extracción por odontosección

---

Extracción de cualquier pieza incluida (una sola pieza)

---

Extracción de cordal simple sin cirugía

---

Extracción de cordal semi incluido

---

Extracción de cordal incluido

---

Restos radiculares con cirugía

---

Quistectomía (quistes maxilares)\*

---

Cirugía periapical (apicectomía incluida)

---

Diente incluido. Fenestración

---

Amputación radicular terapéutica (hemisección)

---

|   |
|---|
| Frenillo lingual o labial. Frenectomía*   |
| Reimplantación de piezas (por pieza)  |
| Regularización de bordes alveolares   |
| Torus maxilares (cada uno)  |
| Extirpación de épulis y/o mucocele*   |
| Toma de biopsia   |
| Cirugía preprotésica  |
| Colocación de materiales biológicos (hueso liofilizado y otros biomateriales)                             |
| Colocación de materiales biológicos (hueso autólogo). Excluido mentón, tuberosidad, etc                   |
| Regeneración tisular guiada con membrana reabsorbible   |
| Regeneración tisular guiada con membrana de reabsorción lenta   |
| Colocación de membrana no reabsorbible, incluye retirada  |
| Extracción de sangre para PRP   |
| Aplicación de plasma rico en plaquetas  |
| Sistema de sujeción de membrana (chincheta de titanio, cada una)  |
| Drenaje absceso gingival  |
| <b>11 - IMPLANTOLOGÍA</b>   |
| Estudio implantológico  |
| Férula quirúrgica   |
| Férula radiológica  |
| Férula guía para fresa piloto (marcador dirección)  |
| Férula quirúrgica para cirugía guiada (con cilindros titanio)   |
| Revisiones implantología  |
| Mantenimiento y reajuste anual de prótesis e implante (por implante)                                      |
| Mantenimiento quirúrgico del implante (por implante)  |
| Tratamiento mucositis (levantar, limpiar y desbridar prótesis)+ radiografías y reinstrucciones de higiene |
| Tratamiento periimplantitis (levantar, limpiar y desbridar prótesis+colgajo+implantoplastia)              |
| <b>Fase quirúrgica</b>  |
| Elevación de seno (interno). No incluye biomateriales   |
| Elevación de seno maxilar (externa)   |
| Colocación de un implante   |
| Extracción de cuerpo extraño submucoso  |
| Sialolitomía  |
| Exodoncia implante colocado en otra clínica   |
| <b>Fase protésica</b>   |
| Falso muñón de titanio  |
| Tornillo de cicatrización   |
| Tornillo de cementación   |
| Corona provisional sobre implante   |

Aditamento protésico (pilar recto / angulado) por implante (incluye pilar cementado/atornillado, calcinable, tornillo retención y transeptelial).

Corona metal cerámica sobre implante

Corona de Zirconio sobre implante

Puente cerámica unidad en pónico o sobre implante

Dentadura Híbrida (superior más inferior)

Sobredentadura sobre implantes

Mesoestructura en barra

Prótesis mucosoportada sistema barra (incluye barras y caballitos) (por arcada)

Locators (cada uno)

Reposición de sistemas retención. (Caballitos o Teflones o Hembras de Sobredentadura o gomas Locators)

Reposiciones de completas con caballitos sobre barra. (caballitos o teflones)

Sistema de anclaje para sobredentaduras (por unidad)

Arcada fija metal-resina

### **Carga inmediata**

Implante de carga inmediata (unidad)

Aditamento protésico sobre implante inmediato

Corona provisional sobre implante inmediato (por pieza)

Corona metal cerámica sobre implante inmediato (por pieza)

Corona de Zirconio sobre implante inmediato (por pieza)

### **Implantes cigomáticos**

Estudio para tratamiento con implantes cigomáticos (incluye estudio radiológico)

1-2 implantes cigomáticos (fase quirúrgica)

3-4 implantes cigomáticos (fase quirúrgica)

1-2 implantes cigomáticos (fase protésica)

3-4 implantes cigomáticos (fase protésica)

## **12 - ESTÉTICA DENTAL**

Encerado para estudio diagnóstico

Mock-up (prueba estética) (por pieza)

Incrustación porcelana

Microabrasión y remineralización del esmalte

Suplemento porcelanas y efectos especiales

### **Blanqueamientos**

Blanqueamiento dental por pieza cada sesión

Blanqueamiento interno (por pieza) cada sesión\*

Blanqueamiento en consulta (por arcada dental, sesiones incluidas)\*

Blanqueamiento dental en domicilio (férulas, kit y visitas incluidas). Total

Blanqueamiento dental combinado consulta más domicilio. Total\*

Blanqueamiento dental combinado consulta más domicilio PHILIPS ZOOM® (Total)

Jeringa blanqueamiento (reposición) (cada una)

**Reconstrucciones estéticas**

Reconstrucción parcial estética (por pieza)

Reconstrucción parcial estratificada (por pieza)

**Carillas**

Carillas de composite (por pieza)

Carillas de porcelana (por pieza)

Carilla de disilicato de litio (por pieza)

Carilla de porcelana prensada E.max<sup>®</sup> (por pieza)Carilla ultrafina (sin tallado) Lumineers<sup>®</sup> o da Vinci<sup>®</sup> (por pieza)

Cementado de carilla (por pieza) (aplicable en la clínica que no se ha realizado la prótesis)

Carilla feldespática

Carilla provisional

**13 - PATOLOGÍA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR-ATM**

Tallado selectivo. Ajuste oclusal (incluye montaje de modelos en articulador semiajustable) (tratamiento completo)

Infiltración muscular o articular ATM

Fisioterapia ATM. Enseñanza de ejercicios de relajación, mantenimiento y tonificación muscular

Tratamiento con férula de adelantamiento mandibular

**Férula descarga**

Tratamiento con férula de descarga neuromiorrelajante. Tipo Michigan

Revisión periódica (anual)

**Roncopatía**

Primera visita para explicación de tratamiento y entrega de presupuesto

Toma de medidas y registro de avance mandibular mediante galga y horquilla

Dispositivo antirronquido

Visita de revisión

**Apnea / hipoapnea obstructiva del sueño (SAHOS)**

Primera visita para explicación de tratamiento y entrega de presupuesto (incluye análisis resultado prueba del sueño)

Toma de medidas y registro de avance mandibular mediante galga y horquilla

Dispositivo apnea / hipoapnea SAHOS

Visita de revisión y/o ajuste dispositivo apnea / hipoapnea SAHOS (máx. 4 visitas primer año y 1 los sucesivos)

**14 - VARIOS**

Recargos metal precioso o semiprecioso

El importe de las franquicias vigentes puede ser consultado en

<https://www.fiatc.es/informacion-corporativa/servicios-para-clientes/franquicias-a-cargo-del-asegurado.html>

## 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.

**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 90 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 excepto en los siguientes países y territorios: Irán / Siria / Corea del Norte / Federación Rusa / Bielorrusia / Regiones de Crimea, Donetsk, Lugansk, Jersón y Zaporíyia.

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

## **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 de urgencia 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 15.000 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, a través del teléfono de Asistencia en el Extranjero que se encuentra en el dorso de la tarjeta sanitaria personal de Medifiatc, 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, Unión Europea y Cooperación.

## **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.

## GARANTÍA 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 de efecto de la póliza, comportará una nueva evaluación de las condiciones con la que se haya contratado el seguro. Esta póliza podrá ser anulada como consecuencia de esta omisión en el cuestionario de salud.



**FIATC**   
S E G U R O S

[www.fiatc.es](http://www.fiatc.es)