

CONDICIONES  
ESPECIALES

**MEDIFIATC BASE**

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

# CONDICIONES ESPECIALES

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

## 1. MEDICINA PRIMARIA

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

## 2. SERVICIO DE URGENCIAS

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

## 3. ESPECIALIDADES MÉDICAS Y MÉDICO-QUIRÚRGICAS

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

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

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

- 327. **Obstetricia y Ginecología.** Queda incluida la vigilancia del embarazo, pero se excluye la asistencia de un Médico Tocólogo en todo tipo de partos.
- 328. **Odontoestomatología.** Quedan cubiertas exclusivamente las extracciones, las curas estomatológicas derivadas de estas y las radiografías, excluyendo los empastes, implantes, prótesis y ortodoncias.
- 329. **Oftalmología.**
- 330. **Oncología.**
- 331. **Otorrinolaringología.**
- 332. **Psiquiatría.** Excluidos cualquier tipo de test, tratamiento de drogadicción y alcoholismo, así como terapias tanto de grupo como individuales.
- 334. **Rehabilitación.**
- 335. **Reumatología.**
- 336. **Traumatología y Cirugía Ortopédica.**
- 337. **Urología.**

## **4. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO**

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

#### 4.A. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO BÁSICOS:

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

#### 4.B. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO COMPLEJOS:

- 403. **Radiodiagnóstico.** Incluye las Angiografías, Arteriografías Digitales, Densitometrías Óseas y la Radiología no Intervencionista. **Período de carencia de TRES MESES.**
- 404. **Mamografías.**
- 405. **Ecografías.**
- 406. **Tomografía Axial Computerizada (TAC o ESCÁNER).** Período de carencia de TRES MESES.
- 407. **Resonancia Magnética Nuclear (RMN).** Período de carencia de TRES MESES.
- 410. **Medicina Nuclear: Isótopos Radioactivos y Gammagrafías,** como medio complementario de diagnóstico. **Periodo de carencia de TRES MESES.**
- 413. **Diagnóstico Cardiológico.** Pruebas de Esfuerzo, Ecocardiograma, Holter y Doppler. **Periodo de carencia de TRES MESES.**
- 414. **Neurofisiología Clínica.** Incluye Electroencefalograma, Electromiograma y Potenciales Evocados. **Período de carencia de TRES MESES.**
- 418. **Tomografía de Coherencia Óptica.** Período de carencia de TRES MESES.
- 419. **Otoemisiones Acústicas Espontáneas (OAE), exclusivamente en recién nacidos.**

## 5. TRATAMIENTOS

Quedan cubiertos exclusivamente los tratamientos detallados a continuación. Deberán ser solicitados por médicos de la entidad y se practicarán en los centros sanitarios designados por la misma. En el caso de que, para su realización, fuera necesario el internamiento del asegurado en un centro sanitario, dicho tratamiento quedará excluido de la cobertura de la póliza.

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

### 5.C. - REHABILITADORES

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

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

## 6. SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO Y PARTO

Quedan cubiertos exclusivamente los servicios siguientes:

601. Vigilancia del embarazo a través de las visitas y ecografías necesarias para el seguimiento del embarazo. De acuerdo con la SEGO, se establecen como pauta usual 3 ecografías para casos de embarazos normales y 5 para embarazos de riesgo. Período de carencia de SEIS MESES.

- 602. **Ecografía Morfológica.** Una única Ecografía que se corresponde con la Ecografía de las 20 semanas. Periodo de carencia de SEIS MESES.
- 603. **Analítica de Control Necesaria.** Periodo de carencia de SEIS MESES.
- 605. **Amniocentesis, Estudio del Cariotipo Fetal y Biopsia Corial en Embarazo de Riesgo y por prescripción médica.** Máximo una por embarazo. Periodo de carencia de SEIS MESES.
- 606. **Triple Screening, EBA Screening.** Máximo uno por embarazo. Periodo de carencia de SEIS MESES.

## **7. MEDICINA PREVENTIVA**

### **7.A.- OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA**

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

### **7.F.- ODONTOLOGÍA**

- 711. **Limpieza de boca anual.**

## **9. OTROS SERVICIOS**

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

## **11.- COPAGO**

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



	<b>COPAGO</b>
<b>Consultas</b>	<b>Copago</b>
Medicina General	<b>Sin copago</b>
Pediatría - Puericultura	<b>Sin copago</b>
Especialidades Médico-Quirúrgicas	<b>Sin copago</b>
<b>Pruebas Diagnósticas y Actos Terapéuticos</b>	<b>Copago</b>
Pruebas Alérgicas	<b>Sin copago</b>
Análisis Clínicos (excepto Pruebas Genéticas)	<b>Sin copago</b>
Anatomía Patológica	<b>Sin copago</b>
Ecografías	<b>Sin copago</b>
Mamografías	<b>Sin copago</b>
Diagnóstico por la Imagen (Radiología Convencional)	<b>Sin copago</b>
Resto de Pruebas y Actos	<b>Sin copago</b>
<b>Otros servicios</b>	<b>Copago</b>
ATS/Enfermería	<b>Sin copago</b>
Podología	<b>Sin copago</b>
Limpieza Bucal y Extracciones	<b>Sin copago</b>
Rehabilitación y Fisioterapia (sesión)	<b>Sin copago</b>
Chequeos de Medicina Preventiva	<b>Sin copago</b>
<b>Resto de servicios garantizados</b>	<b>Copago</b>
Resto de servicios	<b>Sin copago</b>
Duplicado de la guía médica en el mismo año	<b>5,00 €</b>



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

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