

CONDICIONES
ESPECIALES

MEDIFIATC SELEC

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 Familiar y Comunitaria.** Asistencia médica con indicación y prescripción de pruebas y medios de diagnóstico básicos.
102. **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.
103. **Servicio de Enfermería** en consultorio y previa prescripción de un médico de la entidad.

2. SERVICIO DE URGENCIAS

201. **Asistencia Permanente de Urgencia.** Se prestará en los centros concertados por el asegurador y que figuran en el cuadro médico.
202. **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 al teléfono de atención al asegurado: 902 182 182.**
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.**
204. **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.

3. ESPECIALIDADES MÉDICAS Y MÉDICO-QUIRÚRGICAS

301. **Alergia.** Las vacunas y autovacunas correrán por cuenta del asegurado.
302. **Análisis Clínicos.**
303. **Anatomía Patológica.**
304. **Anestesiología y Reanimación.** Toda clase de anestésicos prescritos por médicos de la entidad, incluida la anestesia epidural, en los servicios cubiertos por la póliza.
305. **Angiología y Cirugía Vascolar.**
306. **Aparato Digestivo.**
307. **Cardiología.**
308. **Cirugía Cardiovascular.**
309. **Cirugía General y del Aparato Digestivo.**
310. **Cirugía Maxilofacial.**
311. **Cirugía Pediátrica.**
312. **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.
313. **Cirugía Torácica.**
314. **Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología.** Quedan excluidos los tratamientos con fines puramente estéticos.
315. **Endocrinología y Nutrición.** Excluidos los tratamientos de adelgazamiento y dietéticos.

316. **Geriatría.** Asistencia médica con indicación y prescripción de pruebas y medios de diagnóstico básicos.
317. **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.
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.** Incluida la vigilancia del embarazo, así como la asistencia por Médico Tocólogo en todo tipo de partos hospitalarios auxiliados por matrona.
328. **Odonto-Estomatología.** Quedan cubiertas exclusivamente las extracciones, las curas estomatológicas derivadas de éstas 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.
- 333. **Radiodiagnóstico.**
- 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 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 excluido de la cobertura del seguro.

4.A. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO BÁSICOS:

- 401. **Radiología Simple.**
- 402. **Servicio de Laboratorio Básico.** Exclusivamente para Análisis Clínicos, Anatomo-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. **Periodo de carencia de TRES MESES.**

- 404. **Mamografías.**
- 405. **Ecografías.**
- 406. **Tomografía Axial Computerizada (TAC o ESCÁNER).** Periodo de carencia de TRES MESES.
- 407. **Resonancia Magnética Nuclear (RMN).** Periodo de carencia de TRES MESES.
- 408. **Endoscopias.** Incluye tanto las digestivas como las diagnósticas o terapéuticas. Incluida la técnica de la cápsula endoscópica (**el coste del dispositivo correrá a cargo del asegurado**). **Período de carencia de TRES MESES.**
- 409. **Fibrobronoscopias.** Tanto diagnósticas como terapéuticas. **Período de carencia de TRES MESES.**
- 420. **Medicina Nuclear: Isótopos Radioactivos y Gammagrafías,** como medio complementario de diagnóstico. **Periodo de carencia de TRES MESES.**
- 411. **Tomografía por Emisión de Positrones (PET).** Exclusivamente como medio de diagnóstico para la detección de neoplasias. **Periodo de carencia de SEIS MESES.**
- 412. **Tomografía por Múltiples Detectores (DMD)** Exclusivamente para patologías del sistema coronario. **Período 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. **Periodo de carencia de TRES MESES.**
- 415. **Polisomnografía.** Exclusivamente para el estudio del Síndrome de la Apnea Obstructiva del Sueño. **Período de carencia de TRES MESES.**
- 416. **Radiología Intervencionista Vascular y Visceral.** El producto utilizado correrá a cargo del asegurado. **Periodo de carencia de SEIS MESES.**
- 418. **Tomografía de Coherencia Óptica.** **Período de carencia de TRES MESES.**
- 419. **Otoemisiones Acústicas Espontáneas (OAE),** exclusivamente en recién nacidos.

420. **PET-TAC**, exclusivamente para el seguimiento de procesos cancerígenos en neoplasias. Periodo de carencia de SEIS MESES.
421. **PET-Colina**. Exclusivamente para neoplasias prostáticas. Periodo de carencia de SEIS MESES.

5. 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.**

5.A.- RADIOTERAPIA

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

5.B.- QUIMIOTERAPIA

503. **Quimioterapia**. 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 y siendo en todos los casos el médico especialista encargado de la asistencia quien dispondrá la forma y los tratamientos quimioterápicos a realizar. **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 específicamente citostáticos (excepto los anticuerpos monoclonales) de administración por vía intravenosa, así como los adyuvantes y coadyuvantes que se expendan en el mercado nacional y que estén debidamente autorizados por el Ministerio de Sanidad. El resto de 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.

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.**
- 507. 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.**
- 508. Rehabilitación del Suelo Pélvico.** Exclusivamente para casos de incontinencia urinaria. **Existe una limitación de 3 sesiones por proceso si la incontinencia deriva directamente de un parto y de 10 sesiones por asegurado y año en el resto de casos.**
- 509. Tratamiento del Dolor.** Se prestará en régimen ambulatorio para casos con dolor crónico derivado de actuaciones quirúrgicas y para casos oncológicos con dolor que no pueda ser controlado por la unidad oncológica. **Límite máximo de 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 y prótesis.

- 510. 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.**
- 511. Ventiloterapia y Aerosoles.** En patologías pulmonares o respiratorias. **Únicamente en régimen hospitalario.**
- 513. Oxigenoterapia a Domicilio y en Centro Asistencial.** En patologías pulmonares o respiratorias. **La medicación correrá a cargo del asegurado. Excluida la oxigenoterapia portátil.**

5.D.- OTROS TRATAMIENTOS

- 514. 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.
- 515. 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.
- 516. 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.**
- 517. Tratamiento de la Pleóptica y Ortóptica en asegurados menores de 10 años.** Período máximo de 10 sesiones por proceso.
- 505. 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.**
- 506. Administración de Hierro Endovenoso.** Exclusivamente para el tratamiento de las Anemias.

- 518. **Tratamientos Urológicos.** Queda incluida la Hipertermia Prostática y el Tratamiento de la Hiperplasia Benigna de Próstata mediante la técnica del Láser Verde y Láser Omnim. Franquicia a cargo del asegurado de 4.500 €.
- 519. **Tratamientos Dermatológicos.** Se incluyen los tratamientos de la piel por láser de lesiones cutáneas no estéticas, así como el diagnóstico por medio de Mole-Max con un máximo de una exploración anual y de acuerdo con los parámetros señalados por la Sociedad Española de Dermatología. Franquicia a cargo del asegurado de 150 € por sesión.
- 520. **Bisturí Armónico.**
- 521. **Inyección Intravítrea en el tratamiento de la Degeneración Macular.** Medicación a cargo del asegurado.
- 522. **Nucleotomía Percutánea.**

6. SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO Y PARTO

- 601. **Vigilancia del embarazo a través de las visitas y ecografías necesarias para el seguimiento del embarazo.** De acuerdo con la SEGO, se establecen como pauta usual 3 ecografías para casos de embarazos normales y 5 para embarazos de riesgo. Periodo de carencia de SEIS MESES.
- 602. **Ecografía Morfológica.** Una única Ecografía que se corresponde con la Ecografía de las 20 semanas. Periodo de carencia de SEIS MESES.
- 603. **Analítica de Control Necesaria.** Periodo de carencia de SEIS MESES.
- 604. **Anestesia Epidural para Partos.** 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.
- 607. **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 consume 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**

- 608. Cursillos de preparación al parto. Periodo de carencia de SEIS MESES.**
- 609. Comadrona. Todo tipo de actos y asistencia al parto en clínicas del cuadro médico de la entidad. 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.B.- UROLOGÍA

- 702. Chequeo Urológico.** Revisión anual que incluye visita, informe, ecografía renal y vésico-prostática, y PSA (antígeno prostático específico), si procede.
- 703. Prevención del cáncer prostático.** Programa de prevención para personas mayores de 45 años que comprende consulta, exploración física, análisis clínicos y ecografía transrectal en caso necesario. **Periodo de carencia de SEIS MESES.**

7.C.- CARDIOLOGÍA

- 705. 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.**
- 706. Prevención del Riesgo Coronario.** Programa de prevención para personas mayores de 45 años que comprende consulta, análisis clínicos, radiografía de tórax y, si procede, una prueba de esfuerzo y ecocardiograma cada 3 años. **Periodo de carencia de SEIS MESES.**

7.D.- PEDIATRÍA

- 707. Chequeo Pediátrico.** Control de salud en las edades clave del desarrollo infantil, durante los 4 primeros años.
- 708. Programa de Vacunación Infantil.** Las vacunas irán a cargo del asegurado.
- 709. Programa de Control al Recién Nacido.** Examen de salud al recién nacido que incluye pruebas de metabopatías, otoemisiones acústicas, test de agudeza visual y ecografía neonatal, si se estima necesaria.

7.E.- GENERAL

- 710. Revisión Médica de Adultos Anual.** Comprende una visita al médico de medicina familiar y analítica básica. **Periodo de carencia de TRES MESES.**
- 704. 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.**

7.F.- ODONTOLOGÍA

711. Limpieza de boca anual.

7.G.- PLANIFICACIÓN FAMILIAR

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

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

714. Pruebas Diagnósticas de la Esterilidad. Se cubre exclusivamente la Histerosalpingografía y el Seminograma. Periodo de carencia de SEIS MESES.

7.H.- REVISIONES

715. Revisión Médica para la obtención o renovación del carné de conducir.

8. 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.

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

- 802. 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.**
- 804. 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.**
- 805. 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.**
- 806. 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: 30 días al año. Periodo de carencia de DIEZ MESES.**

- 807. 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.**

9. OTROS SERVICIOS

- 901. Podólogo en Consultorio. Limitado a 6 sesiones al año.**
- 902. 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.
- 903. Prótesis.** Quedan garantizadas las siguientes prótesis por asegurado e intervención o proceso en función de los límites establecidos:
- **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.

LÍMITES DE PRÓTESIS

Prótesis de Cadera	4.500 €
Prótesis de Rodilla	4.500 €
Material Fijación de Columna	3.000 €
Prótesis de Otras Articulaciones (hombro, codo, pie, mano...)	3.000 €
Material de Osteosíntesis	2.000 €
Kit Vertebroplastia-Cifoplastia	2.000 €
Kit Nucleotomía Endoscópica	1.500 €
Discos Intervertebrales + Material de Interposición Intervertebral o Interespinal	4.000 €
Bypass Vascular	3.000 €
Stent Vascular	2.000 €
Válvulas Cardíacas	3.000 €
Marcapasos (no está incluido ningún tipo de desfibrilador)	3.000 €
Stent Cardíaco	2.000 €
Coils	2.000 €
Mallas Abdominales	600 €
Mallas Inguinales	600 €
Incontinencia Urinaria sistemas tipo TOT; TVT	1.000 €
Prótesis de Mama en la Reconstrucción Post-cirugía Oncológica (por glándula mamaria)	600 €
Prótesis de Mama con utilización de Expansores en la Reconstrucción Post-Cirugía Oncológica (por glándula mamaria)	1.000 €
Válvulas Endocraneales en pediatría	2.000 €
Válvulas Endocraneales en adulto	2.000 €
Reservorios (Port-a-Cath)	450 €
Prótesis Intraluminales en Cirugía Oncológica (esófago, colon y vías biliares)	3.000 €

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. **Período de carencia de SEIS MESES.**

- 904. Enfermedades o Defectos Congénitos en Recién Nacidos.** Los recién nacidos que causen alta como asegurados recibirán asistencia médica derivada de enfermedades o defectos congénitos.
- 905. 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. Período de carencia de DOCE MESES.**
- 908. Segunda Opinión Médica.** Comprende una segunda opinión médica sobre el diagnóstico o tratamiento médico, en el caso de enfermedades graves.
- 909. 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.**

11.- COPAGO

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

	COPAGO
Consultas	Copago
Medicina General	Sin copago
Pediatría - Puericultura	Sin copago
Especialidades Médico-Quirúrgicas	Sin copago
Pruebas Diagnósticas y Actos Terapéuticos	Copago
Pruebas Alérgicas	Sin copago
Análisis Clínicos (excepto Pruebas Genéticas)	Sin copago
Anatomía Patológica	Sin copago
Ecografías	Sin copago
Mamografías	Sin copago
Diagnóstico por la Imagen (Radiología Convencional)	Sin copago
Resto de pruebas y actos	Sin copago
Pruebas Diagnósticas y Actos Terapéuticos de Alta Tecnología	Copago
Medicina Nuclear	Sin copago
Arteriografía	Sin copago
Hemodinámica Vascular	Sin copago
Polisomnografía	Sin copago
Resonancia Magnética Nuclear (RMN)	Sin copago
Tomografía Axial Computerizada (TAC/Escáner)	Sin copago
PET	Sin copago
Endoscopias	Sin copago
Amniocentesis	Sin copago
Diagnóstico Cardiológico	Sin copago
Pruebas de Seguimiento del Embarazo	Sin copago
Ph-Metría	Sin copago
Litotricia	Sin copago
Otros Servicios	Copago
ATS/Enfermería	Sin copago
Podología	Sin copago
Limpieza Bucal y Extracciones	Sin copago
Tratamiento y Pruebas de Oncología (acto o sesión)	Sin copago
Quimioterapia (sesión)	Sin copago
Oxigenoterapia – Ventiloterapia (sesión)	Sin copago
Rehabilitación y Fisioterapia (sesión)	Sin copago
Preparación al Parto	Sin copago
Tratamiento del Dolor (por acto)	Sin copago
Otros Tratamientos (sesión)	Sin copago
Chequeos Medicina Preventiva	Sin copago

Ambulancias	Sin copago
Urgencias	Sin copago
Psicoterapia	Sin copago
Hospitalización	Copago
Por día	Sin copago
Prótesis	Sin copago
Resto de Servicios Garantizados	Copago
Resto de Servicios	Sin copago
Duplicado Guía Médica en el mismo año	5,00 €

12.- 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.

13. GARANTÍA COMPLEMENTARIA OPCIONAL DE REEMBOLSO DE GASTOS FAMILIAR

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.

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

Las especialidades y servicios con derecho a reembolso son únicamente:

- Pediatría
- Ginecología y Obstetricia

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

El límite general de reembolso es de 10.000 € anuales por asegurado.

No obstante, se aplicará una franquicia a cargo del asegurado sobre el total de la factura presentada y que no minorará el límite o sublímite establecido para cada servicio del 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. Únicamente para la especialidad de Ginecología y Obstetricia.

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 ginecólogo 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

- Grupo I	450 €
- Grupo II	650 €
- Grupo III	1.200 €
- Grupo IV	1.700 €
- Grupo V	2.100 €
- Grupo VI	2.500 €
- Grupo VII	2.800 €
- Grupo VIII o superior	4.000 €
- Parto	2.500 €
- Cesárea	3.500 €

Las estancias en centros hospitalarios presentarán un límite de reembolso en función del número de días que el asegurado haya permanecido ingresado y en función del tipo de internamiento, **EXCLUSIVAMENTE DERIVADO DE LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA:**

Hospitalización

- Quirúrgica/día	350 €
- Médica/día	300 €, máximo 60 días al año
- UCI/día	500 €
- Incubadora/día	120 €
- Ambulatoria (proceso)	700 €

(se incluyen los honorarios de los facultativos y el coste del centro)

SUBLÍMITES DE REEMBOLSO EXTRAHOSPITALARIO

Los servicios garantizados en las garantías de carácter extrahospitalario presentan sublímites para las especialidades con derecho a reembolso. El límite por asegurado de 2.500 € anuales.

Los sublímites son los siguientes:

- Visita de Pediatría	50 €
- Visita de Ginecología	100 €
- Visita compleja (incluye pruebas)	150 € por visita
- Chequeo Ginecológico anual	250 € anuales
- Chequeo Pediátrico	50 € por chequeo

El resto de actos garantizados no tienen derecho a reembolso. Tampoco tienen derecho a reembolso los actos no realizados por los facultativos en su propia consulta.

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:

1. El asegurado o cualquier persona en su nombre deberá comunicar el siniestro dentro de los plazos siguientes:
 - 1.1. 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.
 - 1.2. 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.
 - 1.3. Los plazos anteriormente señalados se entenderán sin perjuicio de lo establecido en el artículo 16 de la Ley de Contrato de Seguro.
2. 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.
3. 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.
4. 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.

5. 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.
6. El tomador del seguro o, en su caso, el asegurado deberán presentar al asegurador la documentación siguiente:
 - 6.1. Impreso de solicitud de reembolso, debidamente cumplimentado.
 - 6.2. Justificantes o facturas originales de los gastos en los que realmente haya incurrido el asegurado, debidamente desglosados en cada uno de los conceptos incluidos en las facturas, donde se reflejen:
 - 6.2.1. La persona a la que se ha realizado la asistencia médica u hospitalaria.
 - 6.2.2. La naturaleza del acto o actos médicos realizados (consulta, pruebas diagnósticas, métodos terapéuticos, intervenciones quirúrgicas, etc.), detallando fechas e importes.
 - 6.2.3. Identificación de la persona física o jurídica que ha prestado la asistencia (médico, ATS o DUE, clínica u hospital, etc.), haciéndose constar, en su caso, los apellidos, nombre o razón social, domicilio, número de colegiado y número de identificación fiscal (NIF).
 - 6.3. Justificación del pago de las facturas por parte del asegurado.
 - 6.4. Prescripciones médicas originales de los servicios médicos u hospitalarios recibidos por el asegurado.
 - 6.5. Informe médico original explicativo de los servicios médicos u hospitalarios prestados al asegurado, el proceso de la enfermedad y su evolución.
 - 6.6. 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.



FIATC 
S E G U R O S

www.fiatc.es