

RACC

 **agrupació**



Condiciones Generales
Saludmedic

SERVICIOS PARA EL ASEGURADO

Para comodidad de los Asegurados, ponemos a su disposición los siguientes servicios:

Consultas Generales

Para consultas generales sobre pólizas, contratación, así como declaraciones o consultas sobre siniestros.

930 039 696 / 919 023 131

Prestaciones

Para gestión de autorizaciones de salud

93 482 63 13

Para gestión de reembolsos e indemnizaciones de salud

93 482 67 08

Disponible de lunes a viernes, en horario de 8:00 h. a 20:00 h

Asistencia en viaje

Para solicitar los servicios de protección al viajero en prestaciones relativas a las personas.

Desde España: 930 039 696 / 919 023 131

Desde el extranjero: +34 930 039 696 / 919 023 131

Disponible 24 horas al día, 365 días al año.

Servicio de Atención y Defensa del Cliente:

900 898 120

Disponible de lunes a viernes, en horario de 8:30 h. a 20:00 h.

Contenido

TRANSPARENCIA	5
Artículo 1. Preliminar.....	5
Artículo 2. Definiciones	5
Artículo 3. Bases legales del contrato	7
Artículo 4. Objeto del seguro	8
Artículo 5. Ámbito territorial.....	9
Artículo 6. Garantías	9
Artículo 7. Riesgos no cubiertos para todas las modalidades de producto	9
Artículo 8. Períodos de carencia	10
Artículo 9. Participación del Asegurado en el coste de los servicios.....	11
Artículo 10. Modo de prestar los servicios: asistencia sanitaria reembolso de gastos sanitarios y pago de indemnizaciones	11
Artículo 11. Cambios del nivel de la participación por Asegurado en el coste de los servicios.....	14
Artículo 12. Formalización y entrada en vigor del seguro	15
Artículo 13. Personas aseguradas.....	15
Artículo 14. Duración del seguro	15
Artículo 15. Pago de primas.....	15
Artículo 16. Pago de copagos.....	16
Artículo 17. Actualización anual de primas y copagos.....	16
Artículo 18. Otras obligaciones del Tomador y de los Asegurados.....	17
Artículo 19. Otras obligaciones de la Aseguradora	18
Artículo 20. Pérdida de derechos y rescisión del contrato	18
Artículo 21. Mecanismos de Resolución de conflictos	18
Artículo 22. Contratación a distancia	19
Artículo 23. Comunicaciones	19
Artículo 24. Prescripción.....	20
Artículo 25. Subrogación	20
Artículo 26. Protección de datos personales.....	20
ANEXO	21
Cobertura de asistencia en viaje.....	21
Cobertura de asistencia sanitaria de urgencia en España a desplazados.....	25
CONDICIONES ESPECIALES ACCESMEDIC	27
Artículo 1. Descripción de los servicios cubiertos.....	27
Artículo 2. Riesgos no cubiertos.....	30
CONDICIONES ESPECIALES CLINIMEDIC	32
Artículo 1. Modo de prestar los servicios	32
Artículo 2. Descripción de los servicios cubiertos.....	32
Artículo 3. Riesgos no cubiertos.....	40
CONDICIONES ESPECIALES CLINIMEDIC PLUS	41
Artículo 1. Modo de prestar los servicios	41
Artículo 2. Descripción de los servicios cubiertos.....	42
Artículo 3. Riesgos no cubiertos.....	49
CONDICIONES ESPECIALES COMPLETMEDIC	51
Artículo 1. Modo de prestar los servicios	51
Artículo 2. Descripción de los servicios cubiertos.....	51
Artículo 3. Riesgos no cubiertos.....	59

ANEXO. Cobertura de reproducción asistida	60
CONDICIONES ESPECIALES COMPLETMEDIC PLUS	62
Artículo 1. Modo de prestar los servicios	62
Artículo 2. Descripción de los servicios cubiertos	62
Artículo 3. Riesgos no cubiertos	70
Artículo 4. Límites máximos y sumas aseguradas en el modo reembolso de gastos sanitarios.....	71
ANEXO. Cobertura de reproducción asistida	72
CONDICIONES ESPECIALES UNIVERSALMEDIC	74
Artículo 1. Modo de prestar los servicios	74
Artículo 2. Descripción de los servicios cubiertos	74
Artículo 3. Riesgos no cubiertos	83
Artículo 4. Límites máximos y sumas aseguradas en el modo de reembolso de gastos sanitarios	84
ANEXO. Cobertura de reproducción asistida	85
BAREMO DE INDEMNIZACIONES.....	87

TRANSPARENCIA

Estas Condiciones Generales han sido redactadas procurando que su forma sea clara y precisa, a fin de quienes tengan interés en el contrato puedan conocer su alcance exacto.

Para facilitarle la lectura y comprensión de las garantías que le ofrecemos, hemos diferenciado los textos del Condicionado General de la siguiente manera:

NEGRITAS: Puntos críticos, restrictivos o limitativos

BLOQUES: Exclusiones

Porque estar bien asegurado es, ante todo, estar bien informado

Artículo 1. Preliminar

El producto “SALUDMEDIC” incorpora, en un único contrato, distintas modalidades de contratación, denominadas “modalidades de producto”, que tienen coberturas diferentes. A su vez, algunas de estas modalidades de producto tienen distintas opciones en cuanto a los importes de la participación en el coste de los actos médicos practicados al Asegurado.

Estas modalidades de producto son las siguientes:

- ACCESMEDIC
- CLINIMEDIC
- CLINIMEDIC PLUS
- COMPLETMEDIC
- COMPLETMEDIC PLUS
- UNIVERSALMEDIC

El Tomador, elige, con la suscripción de la solicitud de contratación, una de estas modalidades de producto, cuyo alcance y límites de la cobertura se recogen, para cada modalidad, en las correspondientes condiciones especiales que rigen cada modalidad, las cuales, en su caso, podrán ser completadas por lo especificado en las condiciones particulares de la póliza y/o en el certificado individual de seguro.

En la solicitud de contratación se especifica la modalidad de producto contratada, así como, en su caso, la opción del nivel de la participación en el coste de los actos médicos practicados al Asegurado (copagos) escogida por el Tomador en relación a todos los Asegurados incluidos en la misma, formando parte de la póliza, una vez aceptada por la entidad aseguradora, previa valoración del riesgo asumido.

Artículo 2. Definiciones

2.1. Personas que intervienen en el contrato

Entidad aseguradora: AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A, en adelante la entidad, quien en su condición de asegurador asume la cobertura de las prestaciones previstas en este contrato. La entidad está sometida a la normativa vigente en el Estado español, ejerciendo el control de su actividad el Ministerio de Economía a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, organismo competente en materia de seguros.

Tomador del seguro: la persona que juntamente con la entidad suscribe este contrato y a quien corresponden las obligaciones del mismo, incluso las derivadas del copago, en las pólizas individuales y los derechos, salvo aquéllos que, por su naturaleza, correspondan al Asegurado y/o al beneficiario.

Asegurado: la persona o personas físicas sobre las cuales se establece el seguro, beneficiarios de la prestación de la asistencia sanitaria y que se relacionan en la solicitud de contrato de seguro, que asumirán además las obligaciones derivadas del copago en las pólizas colectivas.

2.2. Otras definiciones

A los efectos de este contrato se entiende por:

- **Accidente:** toda lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa, imprevista y ajena a la intencionalidad del Asegurado.
- **No se considerarán como accidentes las enfermedades de cualquier tipo que no sean consecuencia directa de una lesión orgánica derivada de un accidente y en particular las enfermedades cardiovasculares y las lesiones relacionadas con dichas afecciones.**
- **Acto médico:** tendrá esta consideración cualquier visita médica, prueba de diagnóstico, acto terapéutico, visita de urgencia, traslado en ambulancia, sesión de rehabilitación, intervención quirúrgica, acto anestésico y cualquier otro acto asimilable. Asimismo, en caso de hospitalización, se computará como acto médico cada día de estancia. **Esta definición de acto médico tiene una especial relevancia a efectos de aplicar el copago que en cada caso corresponda.**
- **Condiciones Especiales:** condiciones incluidas en estas condiciones generales que especifican para cada modalidad del producto SALUDMEDIC, las normas relativas a la extensión de las coberturas y los riesgos no cubiertos de cada modalidad.
- **Anualidad de seguro:** la primera anualidad de seguro es el período comprendido entre la fecha de efecto y de vencimiento anual de la misma, computado de fecha a fecha. La póliza se podrá prorrogar por períodos anuales, con la misma fecha de vencimiento.
- **Baremo de Atención Médica:** catálogo donde se recoge la relación de los importes prefijados (copagos) que debe asumir el Tomador y/o Asegurado por la utilización de los servicios médico-quirúrgicos prestados en régimen ambulatorio del cuadro médico de la Entidad cuando se contrate la modalidad de Clinimedic Plus. Dichos importes son diferentes en función de las distintas clases de servicios sanitarios y/o especialidades médicas. Este catálogo puede ser actualizado anualmente pudiendo el Tomador y/o Asegurado, en cualquier momento, consultar a la entidad el importe del copago que le corresponde asumir por acto médico, sin perjuicio que se le distribuya una relación de los actos más frecuentes.
- **Baremo de indemnizaciones:** catálogo del conjunto de las sumas aseguradas (Indemnizaciones) especificadas sistemáticamente según la naturaleza médica del **siniestro cubierto**, que la entidad pagará al Asegurado, en algunas modalidades de producto y **siempre y cuando no haya asumido o reembolsado**, total o parcialmente, **los gastos de la asistencia médica del siniestro.**
- **Carencia:** período de tiempo durante el cual no están en vigor algunas de las garantías de la póliza, contado a partir de la fecha de efecto de alta del Asegurado en la póliza.
- **Copagos:** importes prefijados por cada uno de los actos médicos cubiertos por la póliza que el Tomador y/o Asegurado deben pagar por la utilización de los servicios sanitarios realizados por la red del cuadro médico de la entidad, a través de la domiciliación bancaria designada en la solicitud del contrato. **Los importes de los copagos, que dependen de la modalidad de producto, del nivel de participación en el coste de los actos médicos practicados al Asegurado y del tipo de servicio médico realizado, se establecen en la “Tabla de copagos”, determinada por la entidad con carácter anual.**
- **Cuadro médico:** conjunto de médicos, facultativos, centros de diagnóstico y establecimientos hospitalarios determinados por la entidad a los efectos de la cobertura de esta póliza.
- **Domicilio de los Asegurados:** el lugar declarado como tal en la solicitud de contrato de seguro, en el cual deben tener su residencia habitual y permanecer más de 183 días durante el año natural.
- **Enfermedad o lesión:** toda alteración del estado de salud, cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido, y que haga precisa la asistencia facultativa.
- **Enfermedad congénita:** aquélla que existe desde el nacimiento y es consecuencia de factores hereditarios o adquiridos durante la gestación, haya dado o no sintomatología.
- **Enfermedad preexistente:** aquélla que existía y se manifestó con anterioridad al momento de entrada en vigor de la póliza.
- **Grupo asegurado:** conjunto de personas físicas aseguradas en una misma póliza contratada con la entidad por un mismo Tomador.
- **Grupo asegurable:** deberá estar delimitado por alguna característica común diferente al propósito de asegurarse. El grupo familiar constituye un caso particular del grupo asegurable.
- **Grupo familiar:** el formado por todas aquellas personas que convivan en el domicilio designado como residencia habitual en las condiciones particulares del contrato.
- **Hospital:** todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales, provisto de los medios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Dicho establecimiento debe estar atendido por un médico las 24 horas del día. A los efectos de la póliza no se considerarán hospitales, los hoteles, asilos, casas de reposo,

balnearios, residencias y todo tipo de instalaciones o secciones dedicadas, principalmente, al cuidado y tratamiento de personas que padezcan enfermedades crónicas, terminales o de tipo degenerativo, aunque se hallen integradas en un hospital.

- **Hospital de día:** supone el registro de entrada del paciente y su permanencia en hospital sin pernoctación.
- **Hospitalización:** supone el registro de entrada del paciente y su permanencia en el hospital durante un mínimo de 24 horas.
- **Intervención quirúrgica:** toda operación con fines diagnósticos o terapéuticos, realizada mediante incisión u otra vía de abordaje interno, efectuada por un cirujano o equipo quirúrgico que, normalmente, requiere la utilización de un quirófano en un centro sanitario autorizado.
- **Médico:** doctor o licenciado en medicina legalmente calificado y autorizado en el lugar donde practica para tratar médica o quirúrgicamente las enfermedades o lesiones sufridas por el asegurado.
- **Prima:** es el precio del seguro. En el recibo de prima se añadirán los recargos e impuestos legalmente repercutibles.
- **Primera visita:** aquella en que el profesional sanitario atiende por primera vez a un paciente e incluye, además de los actos propios de una visita, la recogida de los datos de filiación y todos aquellos antecedentes de interés que conforman la base esencial de la historia clínica.
- **Prestación:** asistencia sanitaria proporcionada dentro de los límites de la póliza que se deriva de la ocurrencia de un siniestro. Se entiende por asistencia el acto de atender o cuidar la salud de una persona.
- **Quirófano o sala operatoria:** es una sala independiente en la cual se practican intervenciones quirúrgicas y actuaciones de anestesia-reanimación necesarias para el buen desarrollo de una intervención.
- **Siniestro:** todo hecho cuyas consecuencias están cubiertas por algunas de las garantías de la póliza.
- **Suma asegurada:** en las modalidades con reembolso de gastos sanitarios, es el límite total y global para el reembolso de todos los gastos incurridos en una anualidad de seguro. No obstante, en esta modalidad, **el reembolso a efectuar por la entidad, por cada tipo o clase de asistencia sanitaria, no excederá de los sublímites establecidos a tal efecto en las Condiciones Especiales de la modalidad de producto suscrito por el Tomador en la correspondiente solicitud de contratación de seguro.**
- **Tarjeta sanitaria:** es el documento de identificación propiedad de la entidad que se expide y entrega a cada Asegurado cuya modalidad de producto suscrita, incorpore la prestación de asistencia, incluido en la póliza y cuyo uso, personal e intransferible, es necesario para acceder a los servicios cubiertos por la póliza, siendo cada Asegurado o, en su caso, el Tomador si es menor, el responsable del buen uso de la misma. Bajo petición del Tomador y/o Asegurado, puede disponer de la Tarjeta sanitaria Virtual Agrupación (TVA), que es una aplicación móvil (App), para Iphoney Android, con las mismas funcionalidades que la tarjeta física, pues identifica al asegurado en los Terminales Virtuales Sanitarios (TVS) de parte del Cuadro Médico de profesionales sanitarios, en sustitución de la tarjeta física.
- **Urgencia:** situación que requiere atención médica inmediata y de carácter necesario a fin de evitar un daño irreparable en la integridad física del paciente.

Artículo 3. Bases legales del contrato

Esta póliza de seguro se rige por las normativas siguientes, en los textos vigentes en cada momento:

- Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (BOE de 17 de octubre).
- Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios (BOE de 30 de noviembre).
- Ley 7/1998 (BOE de 14 de abril) sobre Condiciones Generales de Contratación.
- Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (BOE 15 Julio 2015).
- Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (BOE 2 Diciembre 2015),

- Ley 26/2006, de 17 de julio, de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados (BOE de 18 de julio),
- Ley 22/2007, de 11 de julio, de Comercialización a Distancia de servicios financieros destinados a los consumidores (BOE de 12 de Julio)
- Legislación relativa al Consorcio de Compensación de Seguros que se detalla en el apartado específico de estas condiciones generales.
- Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, y la Ley de ámbito nacional de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) que lo complementa y normas de desarrollo.

Constituyen las bases fundamentales de este contrato, las declaraciones del Tomador recogidas en la solicitud de seguro y las respuestas del Asegurado a los cuestionarios previos a su incorporación al seguro a los que, en su caso, la entidad le someta.

La **póliza** es el documento que contiene las condiciones reguladoras del presente contrato de seguro y que está integrado conjuntamente por:

- Las presentes **Condiciones Generales y Condiciones Especiales**, que regulan respectivamente los derechos y deberes, generales de las partes, así como el alcance concreto de las coberturas de cada modalidad de producto de seguro.
- Las **Condiciones Particulares** que, en su caso, recogen las cláusulas específicas, así como los suplementos y apéndices que se produzcan durante la vigencia del seguro, para complementarlo o modificarlo. La emisión de un nuevo suplemento a las condiciones particulares dejará sin efecto a las emitidas anteriormente.
- En los seguros colectivos, el **certificado individual de seguro** es el documento en donde se recogen, en su caso las cláusulas específicas los datos propios e individualizados de cada Asegurado o grupo familiar.
- Las **tablas de copagos** que, en su caso, sean aplicables al seguro, de acuerdo con la modalidad de producto y la opción del nivel de participación en el coste de los actos médicos practicados al Asegurado (copagos) escogida por el Tomador. **El importe de la participación en el coste de los actos médicos practicados al Asegurado (copagos) se podrá revisar anualmente.**
- El **baremo de indemnizaciones** que, en su caso, sea aplicable al seguro, de acuerdo con la modalidad de producto y la forma de prestación del servicio escogida por el Asegurado, el cual podrá revisarse anualmente.
- El **baremo de Atención Médica** que, en su caso, sea aplicable al seguro, de acuerdo con la modalidad de producto y la forma de prestación del servicio escogida por el Asegurado, el cual podrá revisarse anualmente.

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o de las cláusulas acordadas, el Tomador podrá pedir, en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza, que se subsanen las divergencias existentes. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

Artículo 4. Objeto del seguro

La entidad, mediante el pago de la prima que en cada caso corresponda, se compromete, durante el período de validez del seguro y dentro de los límites y condiciones estipuladas en la póliza, de acuerdo con la modalidad de producto contratada por el Tomador y la forma de prestar los servicios, a las coberturas siguientes:

- Modo I – Prestación de asistencia sanitaria por medio del cuadro médico de la entidad:** asumir directamente el coste de la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que el Asegurado precise a consecuencia de enfermedad, lesión o maternidad, la cual se prestará únicamente a través del cuadro médico de profesionales y centros concertados por la entidad a tal efecto.
- Modo II – Reembolso de gastos sanitarios:** asumir el reembolso, total o **parcial**, de los gastos reales, dentro de los límites establecidos para cada modalidad del seguro, abonados previamente por el Asegurado, derivados de la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que le sea prestada a consecuencia de una enfermedad, lesión o maternidad.

- c. **Modo III – Indemnización a tanto alzado por actos médico - quirúrgicos:** satisfacer al Asegurado una indemnización en metálico de acuerdo los importes especificados en el baremo de indemnizaciones por los conceptos allí reflejados.

El Asegurado podrá escoger una u otra forma de prestar los servicios, dependiendo de la modalidad de producto y del tipo de cobertura concreta, elegidos por el Tomador, en la solicitud de contratación y de lo dispuesto en estas Condiciones Generales y Especiales.

Artículo 5. Ámbito territorial

Las garantías del seguro tendrán validez siempre que el domicilio habitual de residencia del Asegurado se encuentre en España. **Si éste trasladara su domicilio fuera de España, las garantías de la póliza se extinguirán automáticamente.**

Artículo 6. Garantías

En la solicitud de contratación del seguro se indica la modalidad de producto contratada por el Tomador, cuyas garantías y alcance de las coberturas se recogen en las Condiciones Especiales de cada modalidad de producto, adjuntas a estas Condiciones Generales.

Artículo 7. Riesgos no cubiertos para todas las modalidades de producto

No son objeto de cobertura de la póliza las asistencias, reembolsos o pago de indemnizaciones de los riesgos indicados a continuación:

- a. Daños físicos que sean consecuencia de guerras, motines, revoluciones y terrorismo; los causados por epidemias declaradas oficialmente; los que guardan relación directa o indirecta con la radiación o reacción nuclear y los que provengan de cataclismos (terremotos, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos).
- b. Asistencia sanitaria derivada del alcoholismo crónico o adicción a drogas de cualquier tipo.
- c. Lesiones producidas a causa de embriaguez, riñas (salvo en caso de legítima defensa), autolesiones o intentos de suicidio.
- d. La práctica profesional de cualquier deporte, de la participación como aficionado en todo tipo de competiciones deportivas oficiales, y de la práctica tanto como profesional como aficionado de las actividades siguientes: actividades aéreas, boxeo, artes marciales, escalada, espeleología, submarinismo, entrenamientos o carreras de vehículos a motor, rugby, hípica, equitación, toreo y encierro de reses bravas, así como cualquier otra actividad asimilable a las enunciadas o cualquier otra que por su especial peligrosidad suponga un riesgo para la integridad física del Asegurado.
- e. Las enfermedades o lesiones y sus secuelas manifestadas con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza.
- f. Las anomalías congénitas, invalideces físicas o mentales e imperfecciones físicas existentes antes de la entrada en vigor de la póliza. Esta exclusión no afectará a los Asegurados incorporados a la póliza desde su nacimiento conforme se establece en el Artículo 13 de estas condiciones generales. En el caso de enfermedades congénitas no conocidas ni sospechadas por el Asegurado por no haber dado síntomas anteriores a la formalización del contrato, quedarán excluidas de cobertura durante los dos primeros años desde la formalización o inclusión del Asegurado en la póliza.

- g. Las técnicas invasivas para el diagnóstico prenatal con estudio de cariotipo (biopsia corial, amniocentesis y funiculocentesis) en mujeres menores de 35 años, salvo que existan criterios médicos reconocidos que lo aconsejen.
- h. Tratamientos, medios de diagnóstico, intervenciones quirúrgicas y/o cualquier otro acto médico con finalidad estética o cosmética.
- i. Los tratamientos experimentales o no reconocidos por organismos científicos competentes como la Agencia de Evaluación Tecnológica e Investigación Médica y los que consisten en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte (incluida la natación), los tratamientos en balnearios y las curas de reposo.
- j. La asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social o para tratamientos principalmente de carácter paliativo.
- k. El psicoanálisis, hipnosis, sofrología, narcolepsia y los test psicológicos.
- l. Cualquier tipo de material ortopédico.
- m. La cirugía de cambio de sexo.

No obstante, en los supuestos que se citan letras c), d) y e) anteriores, queda incluida en la cobertura del seguro la primera asistencia necesaria si es de carácter urgente, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro. **Si dicha asistencia requiere hospitalización, la cobertura del seguro finalizará a las veinticuatro horas del ingreso del paciente en el centro asistencial.**

Además de los riesgos no cubiertos indicados en este artículo con carácter general para el producto SALUDMEDIC, para cada modalidad de producto existen otros riesgos no cubiertos que son específicos de cada modalidad y que se recogen en las correspondientes Condiciones Especiales de cada modalidad de producto.

Artículo 8. Períodos de carencia

Las prestaciones cubiertas por la póliza entran en vigor en la fecha de efecto indicada en las condiciones particulares de la póliza, siempre que el Tomador haya satisfecho las primas correspondientes, **excepto los actos médico - quirúrgicos que, según la modalidad de producto contratada, tendrán los períodos de carencia que se indican a continuación**, salvo pacto en contrario recogido en las condiciones particulares de la póliza. En las modalidades de prestación de asistencia sanitaria por medio del cuadro médico y de reembolso de gastos sanitarios, no regirá plazo de carencia alguno, en las necesarias asistencias de carácter urgente.

a. Modalidad **ACCESMEDIC**:

- **Seis meses para los métodos terapéuticos.**

b. Modalidades **CLINIMEDIC, CLINIMEDIC PLUS, COMPLETMEDIC, COMPLETMEDIC PLUS y UNIVERSALMEDIC**:

- **Seis meses:**
 - **Intervenciones quirúrgicas y hospitalización** por cualquier motivo y naturaleza. En el caso de que la intervención quirúrgica u hospitalización sea a consecuencia de un proceso sujeto a una carencia superior, se aplicará la carencia establecida para este proceso.
 - **Medios de diagnóstico de alta tecnología:** arteriografía digital, densitometría ósea, diagnóstico por la imagen con contraste, ergometría, holter, hemodinámica vascular, medicina nuclear, resonancia magnética nuclear, tomografía computerizada (Scanner) y PET (tomografía por emisión de positrones).
 - **Métodos terapéuticos.**
 - **Ligadura de trompas y vasectomía.**
 - Cobertura del **coste de las prótesis**, no de su colocación.
 - **Tratamiento quimioterápico ambulatorio.**
- **Ocho meses para la asistencia a partos.**
- **Doce meses:**

- En la corrección quirúrgica de los defectos de refracción de los ojos (Miopía, Astigmatismo, Hipermetropía).
- Trasplantes de órganos.
- **Treinta y seis meses** para el **tratamiento de reproducción asistida** (deben estar incluidos ambos miembros de la pareja, computándose el periodo de carencia desde la fecha de inclusión del miembro más reciente).

Artículo 9. Participación del Asegurado en el coste de los servicios

Cuando la prestación de asistencia sanitaria sea prestada por medio del cuadro médico de la entidad, el Asegurado o, en su caso, el Tomador, abonará por cada acto médico prestado el importe que, en concepto de participación en el coste de los mismos, figure en la tabla de copagos vigente en el momento de realización del acto médico.

La opción, escogida por el Tomador, respecto al nivel de la participación en el coste de los actos médicos practicados al Asegurado (copagos) se indica expresamente en la solicitud de contratación del seguro y/o en el certificado individual de seguro.

La entidad, periódicamente remitirá al Tomador o, en su caso al Asegurado, un extracto que refleje los servicios que hayan utilizado los Asegurados cubiertos por la póliza, junto con el importe de los copagos correspondientes a los mismos.

Artículo 10. Modo de prestar los servicios: asistencia sanitaria, reembolso de gastos sanitarios y pago de indemnizaciones

El seguro, en función de la modalidad de producto elegida por el Tomador y del tipo de cobertura concreta, permite que el Asegurado pueda recibir la prestación en alguno de los modos siguientes:

10.1 Modo I: Prestación de asistencia sanitaria por medio del cuadro médico de la entidad

La asistencia se prestará en todas las poblaciones donde la entidad tenga o cuente con cuadros médicos concertados.

Cuando en el cuadro médico concertado de cualquiera de las poblaciones no exista alguno de los servicios comprendidos en el contrato, éstos se prestarán en la población donde los mismos puedan realizarse, dentro de los cuadros médicos concertados por la entidad. Quedarán cubiertos los gastos de desplazamiento cuando el Asegurado se encuentre ingresado en un centro hospitalario y deba ser trasladado a otro centro hospitalario. Para este traslado será necesario una prescripción y una autorización expresa de un médico de la entidad.

Los Asegurados podrán acudir libremente a las consultas de los facultativos especialistas que forman parte del cuadro médico concertado.

Al recibir los servicios que procedan, el Asegurado deberá exhibir la tarjeta sanitaria identificativa. Igualmente el Asegurado estará obligado a exhibir su Documento Nacional de Identidad, si le fuese requerido.

El Tomador, o en su caso el Asegurado, en función de la modalidad de producto y de la opción del nivel de copagos escogida por el Tomador, abonará, por cada acto médico recibido, el importe que, en su caso, se establece en las vigentes tablas de copagos en concepto de participación en el coste de los actos médicos practicados al Asegurado.

Con carácter general, **será necesaria la autorización expresa de la entidad para la realización de intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones y determinados métodos terapéuticos y pruebas diagnósticas.**

No obstante lo establecido en el párrafo anterior, no podrán excluirse las necesarias asistencias sanitarias de carácter urgente de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro. En los

expresados casos, **el Asegurado o persona autorizada por éste deberá notificar de forma inmediata el ingreso a la entidad (en las 24 horas siguientes)**, la cual autorizará, **si está cubierta por la póliza**, la asistencia necesaria hasta que el Asegurado pueda ser trasladado a uno de los centros concertados por la entidad, siempre que su situación clínica lo permita. **La cobertura de la entidad cesará cuando los servicios médicos de la misma determinen dicha situación, aunque el Asegurado permanezca ingresado.**

La entidad se obliga a prestar los servicios a domicilio únicamente en la dirección que figura en la póliza, y cualquier cambio de la misma habrá de ser notificado fehacientemente con una antelación mínima de ocho días al requerimiento de cualquier servicio. **Estos servicios serán prestados siempre que hubiera disponibilidad en la población en que se encuentre el Asegurado.**

En este modo de prestar los servicios, la entidad no se hace responsable de los honorarios de facultativos ajenos a su cuadro médico concertado. Asimismo, la entidad no se hace responsable de los gastos de internamiento ni de los servicios que dichos facultativos ajenos pudieran ordenar originados en centros privados o públicos no concertados con la entidad, cualquiera que sea el facultativo prescriptor o realizador de los mismos.

10.2. Modo II: Reembolso de gastos sanitarios

Esta forma de prestar los servicios sólo podrá ser elegida por el Asegurado cuando la modalidad de producto y/o el tipo de cobertura concreta lo permitan, de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Especiales de la modalidad de producto contratada adjuntas a estas Condiciones Generales.

10.2.1 Documentación requerida

Al objeto de que la entidad reembolse, total o parcialmente, al Asegurado, los gastos cubiertos por la póliza, el Asegurado, o cualquier otra persona en su nombre, deberá solicitar a la entidad el reembolso de los gastos sanitarios, en el plazo máximo de tres meses a contar desde la fecha de la factura original acreditativa de los mismos.

10.2.1.1. Reembolso de gastos sanitarios

La factura mencionada en el párrafo anterior deberá contener:

- diagnóstico,
- motivo de consulta,
- firma del profesional,
- fecha y detalle de los actos médicos practicados.

Es requisito imprescindible para el reembolso de los gastos cubiertos por la presente póliza la entrega a la entidad, por parte del Asegurado, de las facturas originales acreditativas de los mismos.

El Asegurado deberá facilitar a la entidad los informes que ésta le pueda pedir sobre la enfermedad o, en su caso, accidente de cuyos gastos se solicita el reembolso, en un plazo máximo de tres meses desde el requerimiento realizado por la entidad.

El Tomador del seguro o el Asegurado deberán facilitar, a la entidad, traducción oficial de los informes, documentos complementarios y facturas, cuando éstos no estuviesen redactados en cualquier lengua de las oficiales del Estado español, en inglés o en francés.

10.2.1.2. Reembolso de gastos farmacéuticos

Queda cubierto, de conformidad con lo dispuesto en las Condiciones Especiales de cada modalidad, el reembolso parcial del importe de aquellos medicamentos y vacunas adquiridos en una farmacia en España, prescritos al Asegurado, por un profesional del cuadro médico concertado, siempre que no estén cubiertos de forma parcial o total por la Seguridad Social, u organismo equivalente y estén autorizados para la venta al público por la Agencia Española de Medicamentos.

El reembolso será realizado en el porcentaje establecido del 50% hasta el límite del capital Asegurado estipulado en las Condiciones Especiales.

Para obtener este reembolso parcial, el Tomador o el Asegurado deberán presentar la siguiente documentación:

- a. Factura original que acredite haber satisfecho su importe al establecimiento de farmacia y se haga constar el tipo de producto farmacéutico adquirido.
- b. Prescripciones médicas originales.

La cobertura de reembolso únicamente operará, para solicitudes, que comporte un importe mínimo a reembolsar de la factura o conjunto de facturas aportadas en una misma solicitud por valor de 7 euros, que se realizará en la cuenta que el Tomador haya designado para el pago de la prima. Las facturas aportadas no podrán tener una antigüedad superior a seis meses.

10.2.2. Tramitación de siniestros

El Asegurado deberá someterse al reconocimiento de los médicos que la entidad designe y trasladarse, por cuenta de éste, al lugar que corresponda para tal reconocimiento. El incumplimiento de estos deberes se entenderá como renuncia al cobro de toda indemnización.

La entidad facilitará una Carta de Garantía de pago por la parte que le corresponda pagar, cuando el importe del pago exceda de 3.000 euros. Para ello será suficiente la presentación del presupuesto o factura y la justificación médica de los gastos.

10.2.3. Pago de los reembolsos

La entidad, una vez recibidos todos los informes y documentos conforme a lo indicado en el apartado anterior y constatado el derecho del Asegurado al reembolso de los gastos incurridos conforme a lo establecido en la presente póliza, reembolsará tales gastos dentro de los cuarenta días siguientes a la recepción de la referida documentación acreditativa del siniestro.

10.3. Modo III: Indemnizaciones a tanto alzado por actos médico-quirúrgicos

Esta forma de prestar el servicio sólo podrá ser elegida por el Asegurado cuando la modalidad de producto lo permita, de acuerdo con lo establecido en las condiciones especiales adjuntas a estas condiciones generales.

Esta prestación será satisfecha siempre y cuando la cobertura económica de la asistencia sanitaria no haya sido prestada total o parcialmente por la entidad.

10.3.1. Cuantía de la prestación

Una vez reconocido el derecho a la prestación, la entidad abonará el/los importe/s correspondientes reseñados en el baremo de indemnizaciones, con sujeción a las siguientes reglas:

- a. La indemnización por hospitalización será el importe resultante de multiplicar la cantidad determinada en el baremo de indemnizaciones por día de estancia por el número de días del internamiento. A estos efectos por día de hospitalización se considerará el día de ingreso y no el de alta.
- b. Cuando en un mismo día concurren hospitalización normal y de cuidados intensivos, se computará únicamente ésta última.
- c. Cuando en una misma hospitalización concurren varias intervenciones quirúrgicas o actos contemplados en el baremo de indemnizaciones, se abonará el 100% del importe correspondiente al concepto que tenga asignada la valoración más alta y el 50% de los restantes conceptos.
- d. Los conceptos de maternidad y de UCI, comprenden y excluyen los de estancia en clínica.
- e. El concepto de maternidad comprende todos los tipos de parto, incluida la cesárea que a los efectos de esta modalidad no tendrá la consideración de intervención quirúrgica.
- f. En el supuesto de que los actos médicos, las intervenciones y/o tratamientos a que se refiere el baremo de indemnizaciones tuviesen carácter repetitivo, a fin de tener derecho a la prestación por segunda o ulteriores veces, será necesario que haya transcurrido un período mínimo de tres meses entre el final del tratamiento precedente y el inicio del nuevo. No se tendrá en cuenta este período respecto a los ingresos en unidades de cuidados intensivos.
- g. **No serán objeto de indemnización los actos médicos en general, ni en particular las intervenciones y/o tratamientos, así como la hospitalización derivada de ellos (en caso de que la hubiera), cuando esos actos médicos, intervenciones y/o tratamientos no estén incluidos en el baremo de indemnizaciones.**

La entidad podrá revisar anualmente los importes y los actos previstos en el mencionado baremo de indemnizaciones.

10.3.2. Documentación requerida y tramitación de siniestros

Para tener derecho a la prestación será necesario:

- a. Presentar el certificado médico o facultativo correspondiente donde se detalle suficientemente la intervención quirúrgica, lesión, tratamiento o exploración, centro donde se ha practicado y nombre y apellidos del Asegurado.
- b. Que los conceptos por los que se solicita la indemnización sean los definidos en el baremo de indemnizaciones.
- c. Acompañar, si procede, certificación del establecimiento médico donde haya sido internado el Asegurado, que exprese las causas del internamiento así como las fechas de ingreso. Este documento, así como el anterior, deberán presentarse en el plazo máximo de tres meses de producirse la intervención, lesión ósea y/o finalizar el tratamiento o exploración, período cuyo cumplimiento condicionará la concesión de la prestación.
- d. Someterse a los reconocimientos médicos y comprobaciones que fuesen determinados por la entidad.
- e. El Asegurado o el Tomador deberán facilitar traducción oficial de los antedichos documentos y justificantes cuando no estuvieran redactados en alguna de las lenguas oficiales del Estado español, en inglés o en francés.

El Tomador del seguro y, el Asegurado, en el momento de ocurrencia de un siniestro, están obligados a comunicar el acaecimiento del siniestro a la entidad dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido. En caso de incumplimiento, la entidad podrá reclamar los daños y perjuicios causados por falta de declaración del siniestro, salvo si se probase que aquella tuvo conocimiento del siniestro por otro medio.

Recibido el aviso de siniestro que se indica en el párrafo anterior, la entidad podrá disponer que médicos o supervisores administrativos visiten al Asegurado tantas veces como lo estime oportuno. El Tomador, el Asegurado o sus familiares deberán permitir las visitas de inspección indicadas así como las averiguaciones o comprobaciones que la entidad considere necesarias.

El incumplimiento de estos deberes se entenderá como renuncia al cobro de toda indemnización salvo que no haya sido posible llevarlos a cabo por la oposición del médico o personal facultativo que asista al Asegurado.

10.3.3. Pago de las indemnizaciones

Una vez reconocido el derecho a la prestación, la entidad abonará al Asegurado los importes correspondientes reseñados en el baremo de indemnizaciones de esta forma de prestar el servicio.

Si el Asegurado sufre un siniestro indemnizable, la entidad pagará mediante transferencia bancaria, la indemnización que corresponda, una vez recibida las documentaciones requeridas y efectuadas las comprobaciones oportunas, en el plazo máximo de diez días naturales y en cualquier caso dentro de los 40 días siguientes a la recepción de la declaración del siniestro.

Artículo 11. Cambios del nivel de la participación por Asegurado en el coste de los servicios

Durante la vigencia del contrato, el Tomador podrá solicitar la modificación, previa comunicación por escrito a la entidad y para todos los Asegurados de la póliza, del nivel de la participación en el coste de los actos médicos practicados al Asegurado entre los ofrecidos por la entidad. **En el supuesto que la modificación implique una mayor cobertura del seguro, por reducción de los copagos, la entidad solicitará a los Asegurados la cumplimentación de un nuevo cuestionario de salud.**

Si la entidad acepta dicha modificación, ésta procederá a llevar a cabo la misma dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que reciba la comunicación del Tomador solicitando el cambio del nivel de la participación por Asegurado en el coste de los servicios. En el supuesto que la entidad rechace la modificación solicitada por el Tomador, se lo comunicará a éste en este mismo plazo.

El Tomador podrá solicitar estas modificaciones una vez por cada anualidad de seguro.

Artículo 12. Formalización y entrada en vigor del seguro

La póliza entra en vigor en la fecha de efecto indicada en la solicitud de contratación del seguro, siempre que la primera prima conste efectivamente abonada. Los suplementos y apéndices tomarán efecto unavez se hayan cumplido los mismos requisitos.

Artículo 13. Personas aseguradas

Podrán obtener las coberturas de este seguro todas las personas físicas en cuyo favor se establezcan, siempre que concurran las condiciones de asegurabilidad que la entidad tenga establecidas.

Los hijos recién nacidos podrán ser incluidos en la póliza, siempre y cuando, la madre sea asegurada de alguna póliza de salud de la entidad y el hijo haya nacido bajo cobertura de su póliza, pudiendo sólo entonces ser incluido con las mismas garantías que tuviera cubierta aquella, desde el nacimiento y sin la aplicación de ningún período de carencia, ni de las normas de contratación de valoración de riesgos, siempre que el Tomador o el Asegurado lo comuniquen antes de que transcurra un mes desde su nacimiento. Dicha comunicación se llevará a cabo mediante la cumplimentación de una solicitud de seguro y el correspondiente cuestionario de salud. La inclusión, transcurrido el plazo de un mes citado anteriormente, estará sujeta a las normas de contratación de valoración de riesgos y períodos de carencia previstos en este contrato.

A pesar de que con carácter general está excluida la cobertura de enfermedades congénitas, la entidad asumirá la cobertura de toda enfermedad congénita, siempre que el Asegurado no la conociera ni sospechara por no haber dado síntomas, y no la omitiera intencionadamente en el cuestionario de salud, a partir del principio del tercer año de la formalización o inclusión del Asegurado en la póliza.

Cuando un Asegurado deje de formar parte del grupo familiar por no convivencia en el mismo domicilio, cesarán para él las garantías de la póliza. Siempre que comunique este hecho a la entidad con antelación a la fecha del cambio de domicilio, será admitido en otra póliza, sin carencias ni sometimiento a nuevo cuestionario de salud, adecuando esta a la nueva situación.

Artículo 14. Duración del seguro

La presente póliza se contrata por el período indicado en la solicitud de contrato de seguro y, a su vencimiento, se prorrogará automáticamente por sucesivas anualidades, siempre que la póliza se encuentre en vigor mediante el pago de la prima correspondiente, determinada de acuerdo con lo indicado en el Artículo 17 posterior.

Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el Tomador, y de dos meses cuando sea la entidad.

Artículo 15. Pago de primas

El Tomador está obligado al pago del primer recibo de prima en el momento de la formalización del seguro. Los sucesivos recibos de prima se abonarán por anticipado en los correspondientes vencimientos.

El pago de la prima se hará en el domicilio de la entidad, si no se especifica nada en contra en la solicitud de contrato de seguro.

15.1. Fraccionamiento de la prima

La prima se establece por períodos anuales. No obstante, el Tomador podrá solicitar el fraccionamiento semestral, trimestral o mensual, aplicando la entidad el correspondiente recargo, de acuerdo con las tarifas y límites vigentes en cada momento. **El fraccionamiento no libera al Tomador de la obligación de abonar la totalidad de la prima anual**, salvo en caso de fallecimiento del Asegurado, en el que la entidad renuncia a reclamar la fracción o fracciones de prima todavía no satisfechas de la anualidad de seguro en curso durante la que ocurra el fallecimiento.

15.2. Pago domiciliado

Si se pacta la domiciliación bancaria de los recibos de prima, se aplicarán las siguientes normas:

- a. El Tomador entregará a la entidad carta dirigida a la entidad de crédito, dando la orden oportuna al efecto.
- b. La prima se entenderá satisfecha en la fecha de su vencimiento, salvo que, intentando el cobro dentro del plazo de un mes a partir de dicha fecha, el recibo de prima resultase impagado por cualquier motivo.
- c. Durante la vigencia de la póliza, el Tomador podrá cambiar libremente la cuenta bancaria donde desea domiciliar los recibos de prima, siendo necesario que lo comunique a la entidad a la vez que le facilite la orden de domiciliación, dirigida a la entidad de crédito, de los recibos de prima en la nueva cuenta.

15.3. Consecuencias del impago de la prima

Las consecuencias del impago de la prima son:

- a. Si por culpa del Tomador el primer recibo de prima no ha sido pagado a su vencimiento, la entidad tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida vía ejecutiva con base en la póliza. En todo caso, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la entidad quedará liberada de su obligación.
- b. En caso de falta de pago de uno de los recibos de prima siguientes, la cobertura queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si la entidad no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de los recibos de prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, la entidad, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.
- c. Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador del seguro pagó su prima.

Artículo 16. Pago de copagos

Los copagos deberán hacerse efectivos por el Tomador, o en su caso, por el Asegurado, al remitir la entidad el recibo bancario domiciliado comprensivo de los copagos correspondientes a los servicios utilizados.

Cuando los copagos requeridos a través del correspondiente recibo bancario resulten impagados, se informará por escrito al deudor y se le requerirá para que la deuda sea abonada en el plazo de un mes (plazo de gracia), si transcurrido dicho periodo de tiempo, el deudor no abona el importe requerido la entidad se reserva el derecho de resolver la póliza por impago, quedando la misma anulada y sin efecto.

Artículo 17. Actualización anual de primas y copagos

En cada renovación anual, la prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada y la zona geográfica correspondiente al domicilio de los Asegurados, así como por las nuevas condiciones de riesgo eventualmente adquiridas, aplicando las tarifas que la entidad haya establecido. A tales efectos, la entidad tendrá en consideración la siniestralidad causada por cada Asegurado a título individual.

Asimismo, la prima correspondiente a cada Asegurado quedará determinada por la composición del grupo Asegurado según el número de asegurados y sus edades. Cualquier modificación en la composición del grupo Asegurado dará lugar a la consiguiente e inmediata adecuación de la prima a la nueva entidad del riesgo respecto al nuevo grupo Asegurado.

La entidad podrá modificar anualmente las primas, así como los copagos previstos, tomando en consideración los cálculos técnico-actuariales sobre siniestralidad, la modificación de los costes asistenciales y las innovaciones tecnológicas que sea necesario incorporar.

Artículo 18. Otras obligaciones del Tomador y de los Asegurados

Las declaraciones del Tomador y de los Asegurados en la solicitud de seguro, en el cuestionario de salud y en cualquier otra declaración escrita, deberán ser verídicas y exactas, puesto que de ello depende la validez del contrato.

18.1. Declaraciones sobre el riesgo

La entidad otorgará las coberturas de la presente póliza basándose en las declaraciones realizadas por el Tomador del seguro y/o Asegurados, de acuerdo con los cuestionarios que aquella le presente, sobre el estado de salud, profesión habitual, práctica de deportes y en general cualquier otra circunstancia que, acerca del Asegurado, permita a la entidad la evaluación del riesgo.

El Tomador del seguro y/o Asegurado/s tienen el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar a la entidad, de acuerdo con los cuestionarios que ésta les someta, todas las circunstancias por ellos conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedarán exonerados de tal deber si la entidad no les somete a cuestionario o cuando, aun sometiéndolos, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

En el caso de menores de edad, el cuestionario de salud será cumplimentado y firmado por quien tenga la patria potestad o tutela de los mismos.

Asimismo, la entidad tendrá en consideración los reconocimientos médicos que hubiera requerido, todo lo cual constituirá parte integrante de esta póliza.

18.2. Modificaciones en el riesgo

El Tomador del seguro o el Asegurado deberán, durante el curso del contrato, comunicar a la entidad, tan pronto como les sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubiesen sido conocidas por ésta en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

No se considerarán agravaciones del riesgo las variaciones de las circunstancias relativas al estado de salud del Asegurado.

Se considerarán agravaciones del riesgo:

- a. El cambio de actividad, ocupación o trabajo habitual del Asegurado que signifiquen un mayor riesgo respecto al anteriormente declarado.
- b. La práctica de deportes o de actividades lúdico-deportivas de mayor riesgo que los declarados.
- c. Viajes o cambios de residencia temporales o definitivos a países en estado de guerra o situación conflictiva.

Asimismo, **se considerarán modificaciones en el riesgo los cambios de domicilio del Asegurado, debiendo ser notificados a la entidad de forma inmediata.**

La entidad puede, en un plazo de dos meses a contar del día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el Tomador dispone de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio por parte del Tomador, la entidad puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

La entidad igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Tomador dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

En caso de que el Tomador del seguro o el Asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniere un siniestro, la entidad quedará liberada de su prestación si el Tomador o el Asegurado han actuado con mala fe. En otro caso, la prestación de la entidad se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

18.3. Deber de colaboración

El Asegurado o el Tomador, en el momento de la ocurrencia de un siniestro, están obligados a aminorar las consecuencias del mismo, empleando los medios a su alcance para la pronta recuperación del

asegurado. El incumplimiento de este deber dará derecho a la entidad a reducir su prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta la importancia de los daños derivados del mismo y del grado de culpa del asegurado.

Artículo 19. Otras obligaciones de la Aseguradora

19.1. Indisputabilidad de la póliza

Transcurrido un año desde la contratación o a partir de la inclusión de nuevos asegurados, asumimos la cobertura de toda enfermedad preexistente, siempre que el asegurado no la conociera/omitiera intencionadamente en el cuestionario de salud.

Artículo 20. Pérdida de derechos y rescisión del contrato

20.1. Pérdida de derechos del asegurado

El Asegurado pierde el derecho a la cobertura de la prestación garantizada:

- a. En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario de salud. La entidad podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador en el plazo de un mes, a contar desde la fecha en que ésta tuviera conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador o del asegurado. Corresponderán a la entidad, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al periodo en curso en el momento en que haga esta declaración.
Si el siniestro sobreviene antes de que la entidad haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de ésta se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador o del asegurado, la entidad quedará liberada del pago de la prestación.
- b. En caso de agravación del riesgo, si el Tomador o el Asegurado no lo comunican a la entidad y han actuado con mala fe.
- c. Cuando el incumplimiento del deber del Asegurado o del Tomador, de emplear los medios a su alcance para la pronta recuperación del asegurado, se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la entidad, ésta, quedará liberada del pago de toda prestación derivada del siniestro.

20.2. Indicación inexacta de la fecha de nacimiento

En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del asegurado, la entidad sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del Asegurado en el momento de entrada en vigor del contrato excede de los límites de admisión establecidos por la entidad.

En cualquier otro caso, en el supuesto en que, como consecuencia de una declaración inexacta de la fecha de nacimiento, la prima pagada hubiese sido inferior a la que correspondería haber pagado, el Tomador vendrá obligado a abonar a la entidad la diferencia existente entre las cantidades efectivamente satisfechas a ésta en concepto de prima y las que, de conformidad con las tarifas, le hubiere correspondido pagar según su verdadera edad.

Si la prima pagada hubiese sido superior a la que debería haberse abonado, la entidad estará obligada a reintegrar al Tomador el importe correspondiente al exceso percibido.

Artículo 21. Mecanismos de Resolución de conflictos

Las discrepancias que puedan surgir frente a la entidad se resolverán a través de las siguientes instancias de reclamación internas y externas:

- a. Reclamación por escrito ante los órganos de la propia entidad.
- b. En el ámbito asegurador y de conformidad con lo establecido en las Ordenes del Ministerio de Economía ECO/ 734/ 04, de 11 de marzo y ECC/2502/2012, de 16 de noviembre:

Ante el Servicio de Atención y Defensa del Cliente (SADC) de AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., a través de carta, impreso disponible en las oficinas o correo electrónico a la dirección que, a tal efecto, figure en la indicada web (www.tomamosimpulso.com). Éste adoptará propuesta de resolución de forma motivada y por escrito, según el procedimiento previsto en el reglamento de funcionamiento de la entidad, que estará a disposición de los interesados y podrá ser consultado en cualquier momento a través de la web o en las oficinas de AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.

El plazo de tramitación del expediente será el actual de dos meses, o el que en cada momento se establezca legalmente, contado a partir del día de presentación por el interesado de la queja o reclamación ante el Servicio de Atención y Defensa del Cliente.

El SADC no admitirá a trámite las cuestiones sometidas o ya resueltas por una decisión judicial, administrativa o arbitral.

- c. Ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Ministerio de Economía), siempre que haya transcurrido el plazo mínimo de dos meses sin que se haya obtenido respuesta del SADC o que éste haya desestimado su petición.
- d. Finalmente, los conflictos que puedan surgir entre el tomador de seguro, asegurado, beneficiario, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos, con la entidad, se resolverán por los jueces y tribunales competentes.

Ponemos a su disposición un teléfono de información exclusiva sobre quejas y reclamaciones: 900 898 120, disponible de lunes a viernes, en el horario 8:30 a 20:00 horas.

Artículo 22. Contratación a distancia

Una vez obren todos los datos en poder de la entidad aseguradora y, en su caso, documentación necesaria para formalizar la póliza, ésta se emitirá.

Siempre que no se trate de un seguro obligatorio ni haya acaecido el siniestro, el tomador tendrá la facultad de resolver el contrato sin penalización alguna, mediante comunicación escrita a AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A dentro de los 30 días naturales en los seguros de vida y de 14 días naturales en el resto de seguros, contados a partir de que se reciban las condiciones contractuales.

Con efecto a la fecha de la comunicación, cesará la cobertura del riesgo para AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A, quien, a su vez, dispondrá de un nuevo plazo de 30 días para reintegrar al tomador la prima pagada, quedando obligado solamente, en su caso, a pagar el servicio prestado.

Artículo 23. Comunicaciones

Las comunicaciones dirigidas a la entidad por parte del Tomador o del asegurado, deben ser dirigidas por escrito al domicilio social de la entidad, o en su caso, a través del agente de ésta. Las comunicaciones remitidas a los corredores de seguros no se considerarán notificadas hasta que sean recibidas en el domicilio social de la entidad.

Las comunicaciones efectuadas a la entidad por un corredor de seguros en nombre del Tomador, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste, precisándose el consentimiento expreso del Tomador del seguro para suscribir un nuevo contrato, para modificar o rescindir el contrato de seguro en vigor, o para realizar modificaciones respecto a la domiciliación bancaria o el sistema de abono de los recibos de prima.

Las comunicaciones de la entidad al Tomador y al asegurado, se realizarán al último domicilio comunicado a la entidad. A estos efectos, el Tomador y el Asegurado deberán comunicar los cambios de domicilio, tan pronto como les sea posible.

Artículo 24. Prescripción

Las acciones que se deriven del presente contrato prescriben en el término de 5 años, a contar desde el día que pudieron ejercitarse.

Artículo 25. Subrogación

El Asegurado debe facilitar la subrogación a la entidad, quien podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al Asegurado frente a las personas responsables del mismo. La entidad no podrá ejercitar en perjuicio del Asegurado los derechos en que se haya subrogado. El Asegurado será responsable de los perjuicios que, con sus actos u omisiones, pueda causar a la entidad en su derecho a subrogarse.

La entidad no tendrá derecho a la subrogación contra ninguna de las personas cuyos actos u omisiones den origen a responsabilidad del asegurado, de acuerdo con la ley, ni contra el causante del siniestro que sea, respecto del asegurado, pariente en línea directa o colateral dentro del tercer grado civil de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo. Esta norma no tendrá efecto si la responsabilidad proviene de dolo o si la responsabilidad está amparada mediante un contrato de seguro. En este caso, la subrogación estará limitada en su alcance de acuerdo con los términos de dicho contrato.

Si la entidad y el Asegurado concurren frente a tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés.

Artículo 26. Protección de datos personales

Responsable: AGRUPACIÓ AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.

Finalidades: suscripción y ejecución del contrato de seguro; envío de boletines electrónicos y de publicidad propia; realización de acciones de fidelización; y, en caso de haberlo consentido, envío de boletines electrónicos y de publicidad de empresas del Grupo Crédit Mutuel-Alliance Fédérale (consultables en www.tomamosimpulso.com) y de terceras empresas de los sectores informados en la información complementaria de Protección de Datos.

Legitimación: ejecución del contrato de seguro; cumplimiento de obligaciones legales; consentimiento expreso; interés legítimo.

Destinatarios: entidades coaseguradoras y reaseguradoras; prestadores de servicio que actúan como encargados del tratamiento de datos; empresas del Grupo Crédit Mutuel-Alliance Fédérale; entidades aseguradoras u organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador; organismos públicos y autoridades competentes en general.

Plazo de conservación: durante toda la vigencia de la póliza de seguro y, al vencimiento de la misma, durante los plazos de prescripción de las obligaciones legales exigibles a la entidad aseguradora conforme a la normativa vigente en cada momento.

Derechos: acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad y limitación.

Información adicional: puede consultar el resto de información complementaria sobre Protección de Datos en la Política de Protección de Datos Personales del grupo GACME publicada en la página web www.tomamosimpulso.com

Cobertura de asistencia en viaje

La presente garantía será aplicable a los asegurados de esta póliza de salud y como complemento a las garantías específicas reflejadas en la solicitud de contrato de seguro. Esta garantía tendrá validez mientras se halle vigente la póliza antes mencionada.

Las coberturas que garantiza el presente suplemento son las que a continuación se detallan:

1. ÁMBITO DEL SEGURO Y DURACIÓN

- a. **Para los residentes en España:** el seguro tiene validez en el mundo entero, a partir de 30 Km. del domicilio del Asegurado declarado, excepto para las garantías 3.10 y 3.11 que lo serán a partir del límite provincial del referido domicilio y las garantías 3.5 (segundo párrafo) 3.6, 3.7, 3.8, 3.9, 3.13 y 3.14, cuyas coberturas sólo serán válidas en el extranjero.
- b. **Para los residentes en el mundo, excepto España y Andorra:** el seguro tiene validez en cualquier país del mundo excepto el país de residencia habitual del asegurado.
- c. **Para los residentes en Andorra:** el seguro tiene validez en el mundo entero a más de 100 Km. del domicilio del Asegurado declarado en Andorra, excepto las garantías 3.5 (segundo párrafo), 3.6, 3.7, 3.8 y 3.9, cuyas coberturas no son válidas en España, pero sí en los restantes países.

2. VALIDEZ

Para poder beneficiarse de las prestaciones garantizadas, el tiempo de permanencia del Asegurado fuera de su residencia habitual no podrá exceder de los 90 días por viaje o desplazamiento.

3. GARANTÍAS CUBIERTAS

3.1. TRANSPORTE O REPATRIACIÓN SANITARIA DE HERIDOS Y ENFERMOS

En caso de sufrir el Asegurado una enfermedad o un accidente, la entidad se hará cargo:

- a. De los gastos de transporte en ambulancia hasta la clínica u hospital más próximo.
- b. Este traslado, se realizará, de conformidad con el criterio de los Servicios Médicos de la entidad, que determinará también, conjuntamente con el médico que atienda al Asegurado herido o enfermo, el medio más idóneo para su eventual traslado hasta otro centro hospitalario más adecuado o hasta su domicilio.
- c. De los gastos de traslado por el medio de transporte más adecuado, del herido o enfermo, hasta el centro hospitalario prescrito o al domicilio del Asegurado declarado. Si el Asegurado fuera ingresado en un centro hospitalario no cercano a su domicilio, la entidad se hará cargo, en su momento, del subsiguiente traslado hasta el mismo.

El medio de transporte utilizado en Europa y países de la ribera del Mediterráneo, cuando la urgencia y la gravedad del caso lo requieran, será el avión sanitario especial.

En otro caso o en el resto del mundo, se efectuará por avión de línea regular o por los medios más rápidos y adecuados, según las circunstancias.

3.2. TRANSPORTE O REPATRIACIÓN DE LOS ASEGURADOS

Cuando a uno o más de los asegurados se les haya repatriado por enfermedad o accidente en aplicación de la garantía 3.1. anterior y esta circunstancia impida al resto de los familiares también asegurados que le acompañen en el regreso hasta su domicilio por los medios inicialmente previstos, la entidad se hará cargo de los gastos correspondientes al transporte de dichos asegurados hasta el lugar del domicilio del Asegurado declarado o hasta el lugar donde esté hospitalizado el Asegurado trasladado o repatriado.

Si los asegurados de los que se trata en el párrafo anterior fueran hijos menores de 15 años del Asegurado repatriado y no contaran con un familiar o persona de confianza para acompañarles en el viaje, la entidad pondrá a su disposición una persona para que viaje con ellos hasta el lugar de su domicilio o hasta donde se encuentre hospitalizado el asegurado.

3.3. REGRESO ANTICIPADO DEL ASEGURADO A CAUSA DE FALLECIMIENTO DE UN FAMILIAR

Si en el transcurso de un viaje falleciera en España o Andorra el cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado, hermano o hermana del Asegurado y en el caso de que el medio utilizado para su viaje o el billete contratado de regreso no le permitiera anticipar el mismo, la entidad se hará cargo de los gastos de su transporte hasta el lugar de inhumación del familiar en España o Andorra y, eventualmente, de los gastos de regreso al lugar donde se encontraba al producirse el evento, si por motivos profesionales o personales precisara proseguir su viaje.

3.4. REGRESO ANTICIPADO DEL ASEGURADO A CAUSA DE INCENDIO O SINIESTRO EN SU DOMICILIO

Si durante el transcurso de un viaje, estando el Asegurado fuera de su domicilio habitual se produjera en éste un siniestro de tal gravedad que lo convirtiera en inhabitable, la entidad pondrá a disposición del asegurado, un billete de tren o de avión para regresar a su domicilio. También y en el caso de que el Asegurado precisara regresar al punto de partida, la entidad pondrá a su disposición un billete de las mismas características (avión o tren) para tal efecto.

3.5. BILLETE DE IDA Y VUELTA PARA UN FAMILIAR Y GASTOS DE HOTEL

Cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado y su internamiento se prevea de duración superior a los 5 días, la entidad pondrá a disposición de un familiar del mismo o persona designada al efecto, un billete de ida y vuelta a fin de acudir a su lado.

Si dicha hospitalización es en el extranjero, la entidad se hará cargo de los gastos de estancia del familiar en un hotel, contra los justificantes oportunos, hasta 50 euros por día y con un máximo de 500 euros.

3.6. GASTOS MÉDICOS, QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y DE HOSPITALIZACIÓN EN EL EXTRANJERO

Si a consecuencia de una enfermedad o de un accidente, el Asegurado necesita asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria, la entidad se hará cargo de:

- a. Los gastos y honorarios médicos y quirúrgicos.
- b. Los gastos farmacéuticos prescritos por un médico.
- c. Los gastos de hospitalización.

La cantidad máxima cubierta por asegurado, por el conjunto de los citados gastos es de 15.000 euros.

3.7. GASTOS ODONTOLÓGICOS DE URGENCIA EN EL EXTRANJERO

Si el Asegurado necesita asistencia a consecuencia de la aparición de problemas odontológicos agudos como infecciones, dolores o traumas que requieran un tratamiento de urgencia, la entidad se hará cargo de los gastos inherentes al citado tratamiento, hasta un máximo de 150 euros.

3.8. ENVÍO DE MEDICAMENTOS EN EL EXTRANJERO

Si el Asegurado desplazado hubiera hecho uso de la garantía 3.6 (gastos médicos), la entidad 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 éste se encuentre, especificándose que esta cobertura se limita al coste del envío de los medicamentos, manteniéndose que la cantidad máxima cubierta por asegurado, por el conjunto de la garantía 3.6, será de 15.000 euros, por cada siniestro.

3.9. GASTOS DE PROLONGACIÓN DE ESTANCIA EN UN HOTEL EN EL EXTRANJERO

Cuando sea de aplicación la garantía anterior 3.6 de pago de gastos médicos, la entidad se hará cargo de los gastos de prolongación de estancia del Asegurado en un hotel, después de la hospitalización y bajo prescripción médica, hasta un importe de 50 euros por día y con un máximo de 500 euros.

3.10. TRANSPORTE O REPATRIACIÓN DE FALLECIDOS Y DE LOS ASEGURADOS ACOMPAÑANTES

La entidad se hará cargo de todos los gastos y todas las formalidades a efectuar en el lugar del fallecimiento del asegurado, así como de su transporte o repatriación hasta el lugar de su inhumación en España o en Andorra o en cualquier otro país de residencia habitual del asegurado.

En el caso de que los familiares asegurados que le acompañaran en el momento de la defunción no pudieran regresar por los medios inicialmente previstos o por no permitírsele su billete de regreso contratado, la entidad se hará cargo del transporte de los mismos hasta el lugar de la inhumación o de su domicilio en España o en Andorra o su residencia habitual.

Si los familiares fueran los hijos menores de 15 años del Asegurado fallecido y no contaran con un familiar o persona de confianza para acompañarles en el viaje, la entidad pondrá a su disposición una persona para que viaje con ellos hasta el lugar de la inhumación o de su domicilio en España o en Andorra o su residencia habitual.

3.11. ACOMPAÑANTE EN CASO DE TRASLADO POR FALLECIMIENTO

Un familiar del Asegurado fallecido o persona designada al efecto, tendrá derecho a un billete de avión (ida y vuelta) o del medio de transporte idóneo, para que pueda viajar hasta el lugar donde haya ocurrido el fallecimiento y regresar acompañando el cadáver.

3.12. BÚSQUEDA Y TRANSPORTE DE EQUIPAJES Y EFECTOS PERSONALES

En caso de robo de equipajes y efectos personales, la entidad prestará asesoramiento al Asegurado para la denuncia de los hechos. Tanto en este caso como en el de pérdida o extravío de dichas pertenencias, si éstas fueran recuperadas, la entidad se encargará de su expedición hasta el lugar donde se encuentre el Asegurado de viaje o hasta su domicilio.

3.13. DEFENSA JURÍDICA AUTOMOVILÍSTICA EN EL EXTRANJERO

Defensa del Asegurado conductor del vehículo, ante las jurisdicciones civiles o penales, de las acciones que contra él se dirijan a consecuencia de un accidente de circulación y hasta una cantidad máxima de 1.500 euros.

3.14. PRESTACIÓN Y/O ADELANTO DE FIANZAS PENALES EN EL EXTRANJERO

Exigidas al asegurado, conductor del vehículo, en un procedimiento criminal a consecuencia de un accidente de circulación. **La suma máxima para este concepto es la señalada para la anterior garantía, o sea, 1.500 euros.**

Se incluye, en concepto de adelanto por cuenta del asegurado, la fianza penal para garantizar la libertad provisional del asegurado, o su asistencia personal al juicio. En este caso, el Asegurado deberá firmar un escrito de reconocimiento de deuda, comprometiéndose a la devolución de su importe dentro de los dos meses siguientes a su regreso al domicilio o, en todo caso, en los tres meses de efectuada su petición. **La suma máxima adelantada por este concepto es la de 5.000 euros.**

La entidad se reserva el derecho a solicitar del Asegurado algún tipo de aval, garantía o depósito que le asegure el cobro del anticipo.

3.15. INFORMACIÓN DE VIAJE

La entidad, facilitará a petición del asegurado, información referente a:

- a. Vacunación y petición de visados para países extranjeros así como aquellos requisitos que están especificados en la publicación más reciente del T.I.M. (Travel Information Manual), Manual de Información sobre Viajes, publicación conjunta de catorce miembros de líneas aéreas de I.A.T.A. **La entidad no se responsabiliza de la exactitud de la información contenida en el T.I.M. ni de las variaciones que puedan realizarse en la citada publicación.**
- b. Direcciones y números de teléfono de las Embajadas españolas y Consulados de todo el mundo, donde los hubiera.

3.16. TRANSMISIÓN DE MENSAJES

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

4. RIESGOS NO CUBIERTOS

No son objeto de la cobertura de asistencia en viaje:

- Las garantías y prestaciones que no hayan sido solicitadas a la entidad o que no hayan sido efectuadas con o por su acuerdo, salvo en casos de fuerza mayor o de imposibilidad material demostrada.
- Los gastos médicos, quirúrgicos y de hospitalización en España o en Andorra, o en cualquier otro país en que se halle el domicilio declarado del asegurado.
- Aquellas enfermedades o lesiones que se produzcan como consecuencia de padecimientos crónicos o previos al inicio del viaje, así como sus complicaciones y recaídas.
- La muerte por suicidio o las enfermedades y lesiones resultantes del intento o causadas intencionadamente por el Asegurado a sí mismo, así como las derivadas de acciones criminales del Asegurado directa o indirectamente.
- El tratamiento de enfermedades o estados patológicos provocados por intencional ingestión o administración de tóxicos (drogas), narcóticos, alcohol, sustancias estupefacientes ilegales o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.
- Los gastos de prótesis, gafas y lentillas, los partos y embarazos excepto complicaciones imprevisibles durante sus primeros seis meses, y cualquier tipo de enfermedad mental.
- Los eventos ocasionados en la práctica de deportes en competición y el rescate de personas en mar, montaña o desierto.
- Las lesiones sobrevenidas en el ejercicio de una profesión de carácter manual.
- Cualquier tipo de gasto médico o farmacéutico inferior a 9 euros.
- En el traslado o repatriación de fallecidos: los gastos de inhumación y ceremonia.

5.

DISPOSICIONES ADICIONALES

En las comunicaciones telefónicas solicitando la asistencia de las garantías señaladas, deben indicar: nombre del asegurado, número de póliza, el lugar donde se encuentra, número de teléfono y tipo de asistencia que precisa.

No se responde de los retrasos o incumplimientos debidos a causa de fuerza mayor o a las especiales características administrativas o políticas de un país determinado. En todo caso, si no fuera posible una intervención directa, el Asegurado será reembolsado a su regreso a España o, en caso de necesidad, en cuanto se encuentre en un país donde no concurren las anteriores circunstancias, de los gastos en que hubiera incurrido y se hallen garantizados, mediante la presentación de los correspondientes justificantes, dentro de los límites establecidos en estas Condiciones Generales. **Las prestaciones de carácter médico y de transporte sanitario deben efectuarse previo acuerdo del médico del centro hospitalario que atiende al Asegurado con el Equipo Médico de la entidad.**

Si el Asegurado tuviera derecho a reembolso por la parte del billete no consumida, al hacer uso de la garantía de transporte o repatriación, dicho reembolso revertirá a la entidad.

Las indemnizaciones fijadas en las garantías serán en todo caso complemento de los contratos que pudiera tener cubriendo los mismos riesgos, de las prestaciones de la seguridad social o de cualquier otro régimen de previsión colectiva.

La entidad queda subrogada en los derechos y acciones que puedan corresponder al Asegurado por hechos que hayan motivado la intervención de aquél y hasta el total del importe de los servicios prestados o abonados.

Cobertura de asistencia sanitaria de urgencia en España a desplazados

1. PERSONAS ASEGURADAS

La persona física residente en España y beneficiaria de un seguro de Salud del producto "SALUDMEDIC".

2. ÁMBITO DEL SEGURO Y DURACIÓN

Esta cobertura tiene validez exclusivamente en España, fuera de la provincia del domicilio declarado del Asegurado y su duración va ligada a la condición de Asegurado tal como se define en el apartado anterior.

3. VALIDEZ DEL SEGURO

Para poderse beneficiar de las prestaciones garantizadas de esta cobertura, el tiempo de permanencia del Asegurado fuera de su residencia habitual, no podrá exceder de los 30 días consecutivos.

4. PRESTACIONES GARANTIZADAS

La asistencia de urgencia a desplazados, tanto médica como quirúrgica, se prestará a causa de accidente o enfermedad aguda, o crónica agudizada, que requiera tratamiento inmediato. Una vez superada la fase aguda y de precisar una continuidad en el tratamiento, éste deberá efectuarse en la localidad o provincia del domicilio declarado del Asegurado.

En ningún caso servirá para efectuar consultas o tratamiento de procesos patológicos en evolución, vigilancia de gestación y atención al parto (normal, distócico o prematuro) **o sus posibles consecuencias** (la asistencia del embarazo debe efectuarse donde la asegurada tenga contratada la póliza).

La cantidad máxima cubierta por Asegurado, por el conjunto de los citados gastos que se produzcan en España, es de 1.500 euros.

5. PRESTACIÓN DE LAS GARANTÍAS

Para la obtención del servicio, el Asegurado debe telefonar (puede hacerlo a cobro revertido), al teléfono de permanencia médica las 24 horas todos los días del año, que figura en el reverso de su "Tarjeta del Asegurado", indicando:

- Nombre
- Nº de póliza
- Lugar donde se encuentra
- Nº de teléfono
- Tipo de dolencia que le afecta

El servicio será prestado por los facultativos que para cada localidad o conjunto de localidades dentro de cada provincia, y para cada caso concreto señale el antes citado servicio de permanencia médica y en los locales, sanatorios o clínicas y horas designados.

En caso de dolencia grave que haga necesario al Asegurado el guardar cama, el servicio de medicina general podrá solicitarse en el domicilio accidental del Asegurado.

Para la prestación de los anteriores servicios es indispensable que el Asegurado solicite telefónicamente y desde el primer momento la intervención del servicio de permanencia médica. La entidad declina toda responsabilidad por la intervención de servicios ajenos no concertados.

El Asegurado no tendrá derecho a reclamación alguna ni a la obtención de indemnizaciones sustitutivas, por la no utilización de los servicios garantizados por la entidad. Tampoco tendrá derecho a percibir reembolso alguno por los servicios otorgados por profesionales, clínicas, centros sanitarios o asistenciales, ajenos al asegurador y que les hayan sido prestados sin expresa autorización de este.

TELÉFONO ASISTENCIA EN VIAJE

Desde España: 930 039 696

Desde el extranjero: + 34 930 039 696

24 HORAS / 365 DÍAS

CONDICIONES ESPECIALES ACCESMEDIC

Esta modalidad comprende la cobertura de la consulta con el facultativo así como los procedimientos de diagnóstico y/o terapéuticos y procesos quirúrgicos que puedan realizarse en régimen ambulatorio y **que no requieran ingreso hospitalario, tanto en régimen de internamiento como en hospital de día, quirófano, salas de endoscopias y anestesia general, epidural o loco-regional** que en cada una de las siguientes coberturas se detallan, conforme a lo pactado en las presentes Condiciones Generales, Condiciones Particulares y en las Condiciones Especiales y/o en el certificado individual de seguro.

Cuando la asistencia se preste a través del cuadro médico concertado, no se concederán indemnizaciones optativas en metálico, ni reembolso de gastos, en sustitución de la prestación de servicios de asistencia sanitaria.

La prestación de los servicios cubiertos se realizará por profesionales y/o centros expresamente designados y concertados por la entidad, siempre que existan facultativos disponibles y concertados en la localidad geográfica que se trate.

Artículo 1. Descripción de los servicios cubiertos

La cobertura de la presente modalidad se extiende a los siguientes conceptos:

1. MEDICINA PRIMARIA

- 1.1. **Medicina general** en consulta.
- 1.2. **Pediatría y puericultura** en consulta.
- 1.3. **Servicio de enfermería** en consulta.
- 1.4. **Servicio de atención a domicilio.** Se realizará siempre que el estado del enfermo lo requiera y existan facultativos disponibles en la localidad geográfica de que se trate.

2. URGENCIAS AMBULATORIAS

Comprende la asistencia sanitaria en los casos de servicios de urgencia que se prestará en los Centros de Urgencia que indique el cuadro médico concertado. Quedan cubiertas las visitas de urgencias, los medios de diagnóstico indicados en el punto 4 del presente artículo, los actos terapéuticos y procesos quirúrgicos que puedan realizarse en régimen ambulatorio y **que no requieran ingreso hospitalario, tanto en régimen de internamiento como en hospital de día, quirófano, sala de endoscopias y anestesia general, epidural o loco-regional.**

3. ESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

Serán realizadas a criterio de un facultativo y previa autorización por la entidad. Quedan cubiertas las visitas en consulta, los medios de diagnóstico indicados en el punto 4 del presente artículo, los actos terapéuticos y procesos quirúrgicos que puedan realizarse en régimen ambulatorio y **que no requieran ingreso hospitalario, tanto en régimen de internamiento como en hospital de día, quirófano, sala de endoscopias y anestesia general, epidural o loco-regional** de las siguientes especialidades:

- 3.1. **Alergología-Inmunología.**
- 3.2. **Anestesiología.** Queda incluida la anestesia local y sedación en procesos quirúrgicos ambulatorios.
- 3.3. **Angiología y Cirugía Vascular.**
- 3.4. **Aparato digestivo.**
- 3.5. **Aparato respiratorio.**
- 3.6. **Cardiología.**
- 3.7. **Cirugía cardíaca y Hemodinámica.**

- 3.8. **Cirugía general-digestiva y coloproctología.**
- 3.9. **Cirugía maxilofacial. No comprende las cirugías cuya finalidad sea la colocación de implantes.**
- 3.10. **Cirugía pediátrica.**
- 3.11. **Cirugía plástica reparadora.**
- 3.12. **Cirugía torácica.**
- 3.13. **Dermatología.**
- 3.14. **Endocrinología y Nutrición.**
- 3.15. **Geriatría.** Siempre que existan facultativos designados y concertados en la localidad geográfica de que se trate.
- 3.16. **Ginecología y Obstetricia.** Comprende el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la mujer. Incluye:
 - a. **Revisión ginecológica anual:** Consta de visita médica del ginecólogo, colposcopia, ecografía ginecológica abdominal o vaginal, exploración de mamas y mamografía de control en los casos que, a criterio del facultativo, se considere necesario. Incluye control citológico y el estudio del virus del papiloma humano (HPV).
 - b. **Vigilancia del embarazo por médico tocólogo,** las ecografías necesarias de control del embarazo y el triple screening. **No se incluye la cobertura de la asistencia al parto, cesárea y aborto.**
 - c. **Diagnóstico prenatal:** la biopsia corial, la amniocentesis, la funiculocentesis y el estudio del cariotipo fetal quedaran cubiertos a partir de los 35 años y en mujeres menores de 35 años cuando el resultado en el test del triple screening sea superior a 1/250, tengan antecedentes familiares o anteriores embarazos con anomalías.
- 3.17. **Hematología y Hemoterapia.**
- 3.18. **Medicina interna.**
- 3.19. **Nefrología.**
- 3.20. **Neurocirugía.**
- 3.21. **Neurología.**
- 3.22. **Oftalmología.** No queda cubiertos los trasplantes de córnea ni la corrección quirúrgica de los defectos de refracción de los ojos.
- 3.23. **Oncología Médica.** No queda cubierto el tratamiento de quimioterapia oncológica.
- 3.24. **Otorrinolaringología.**
- 3.25. **Psiquiatría.**
- 3.26. **Reumatología.**
- 3.27. **Traumatología y Ortopedia.**
- 3.28. **Urología y Andrología.** Incluye el diagnóstico de la esterilidad masculina limitado a un semino-grama y a un doppler testicular. **Quedan excluida la vasectomía, los estudios genéticos y, en los casos de infertilidad, también quedará excluida la biopsia testicular.**

4. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

Las pruebas de diagnóstico en todos los casos han de ser prescritas por un facultativo autorizado por la entidad. Los medios de contraste serán a cuenta de la entidad.

- 4.1. **Medios de diagnóstico convencionales**
 - 4.1.1. **Análisis clínicos.** Bioquímicos, hematológicos, microbiológicos y parasitológicos, con fines exclusivamente diagnósticos. **Quedarán excluidos los estudios genéticos de todo tipo.**
 - 4.1.2. **Anatomía patológica,** exclusivamente en procesos ambulatorios.
 - 4.1.3. **Radiodiagnóstico.** Los medios de contraste serán a cargo de la entidad. Incluye:

- a) Radiología simple (craneal, torácica, abdominal, urológica, **ósea y extremidades**).
- b) Radiología especial no intervencionista (craneal, abdominal, urológica y ginecológica): ecografías, mamografía, densitometría y mielografía.
- 4.1.4. **Medios de diagnóstico cardiovascular.** Electrocardiograma, ergometría (prueba de esfuerzo), ecocardiograma, holter y ecografía doppler.
- 4.1.5. **Neurofisiología Clínica.** Electromiograma, electroencefalograma y polisomnografía diurna.
- 4.1.6. **Diagnóstico Prenatal.** Se incluye el triple screening y la ecografía morfológica. La biopsia corial, la amniocentesis, la funiculocentesis, el estudio del cariotipo fetal quedarán cubiertos a partir de los 35 años y en mujeres menores de 35 años cuando el resultado en el test del triple screening sea superior a 1/250, tengan antecedentes familiares o anteriores embarazos con anomalías.
- 4.1.7. **Pruebas respiratorias.** Espirometrías, poligrafía respiratoria y pruebas funcionales.
- 4.1.8. **Pruebas urológicas.**
- 4.1.9. **Otros medios.** Test del aliento y epiluminiscencia.

5. MÉTODOS TERAPÉUTICOS

- 5.1. **Aerosolterapia-ventiloterapia.** La medicación correrá íntegramente a cargo del asegurado.
- 5.2. **Factores de crecimiento. Limitado a dos sesiones** por anualidad de seguro siempre que hayan sido prescritos por los profesionales del cuadro médico concertado y solo se realizarán en los centros concertados y expresamente autorizados por la entidad.
- 5.3. **Laserterapia** exclusivamente en oftalmología (láser argón y yag). **Quedarán excluidos de cobertura los tratamientos realizados tras una intervención quirúrgica.**
- 5.4. **Oxigenoterapia ambulatoria y a domicilio.**
- 5.5. **Rehabilitación y Fisioterapia,** con un máximo de **40 sesiones por anualidad de seguro** y asegurado y de 10 sesiones por anualidad de seguro y asegurado en casos de rehabilitación del suelo pélvico en incontinencias. Incluye electroterapia: onda corta, rayos infrarrojos y magnetoterapia. **Quedan excluidos los medios de transporte de ida o vuelta, así como las terapias de mantenimiento.**

6. MEDICINA PREVENTIVA

- 6.1. **Chequeo Médico Anual.** Consta de una visita médica efectuada por un facultativo de medicina general, que incluye exploración física, toma de tensión arterial, otoscopia, electrocardiograma, y analítica en sangre y orina con las determinaciones siguientes: hemograma completo, glucosa en líquidos biológicos, colesterol total, creatinina, GPT(ALT), Gamma GT, triglicéridos, ácido úrico y sedimento citobacteriológico. Asimismo, también comprenderá una segunda visita médica para el comentario de los resultados de la analítica en sangre practicada. Esta cobertura queda limitada exclusivamente a los chequeos médicos realizados por los facultativos y centros médicos expresamente autorizados por la entidad a tal efecto.
- 6.2. **Otoemisiones acústicas.** Incluye una revisión otológica preventiva en recién nacidos.
- 6.3. **Servicios Complementarios,** se incluye:
 - a. **Óptica:** chequeo optométrico anual.
 - b. **Audiología:** dos chequeos auditivos al año.

7. OTROS SERVICIOS

- 7.1. **Ambulancias.** Para el traslado de los enfermos dentro de la localidad desde su domicilio a la clínica y viceversa, mediante prescripción de un médico, que no será necesaria en casos de urgencia.
- 7.2. **Segunda Opinión Médica.** La entidad garantiza la posibilidad de obtener una segunda opinión facilitada por un comité médico internacional, sobre un diagnóstico o tratamiento médico-quirúrgico, en casos que por su complejidad o gravedad la requieran o aconsejen (cáncer, enfermeda-

des cardiovasculares, trasplante de órganos, enfermedades neurológicas, insuficiencia renal crónica y SIDA). Asimismo, la entidad garantiza el acceso a un servicio personalizado de asesoramiento y apoyo si el asegurado decide viajar fuera de su país de residencia para recibir tratamiento médico. **Los costes de desplazamiento y alojamiento correrán a cargo del asegurado.**

- 7.3. **Servicio de Orientación Médica 24 horas.** Es un servicio de atención telefónica 24 horas al día y todos los días del año.
- 7.4. **Servicio de Orientación Social.** Consultas relativas a todo tipo de problemáticas sociales derivadas de enfermedades o situaciones relacionadas con: residencias, centros de días, ayuda a domicilio privada, asociaciones de Parkinson, esclerosis múltiple, o Alzheimer, centros de drogodependencia y desintoxicación, ocio (universidades populares, educación permanente de adultos, aulas de mayores, programas de animación sociocultural, voluntariado, vacaciones 3ª edad, balnearios, deportes y aficiones), pensión de viudedad, descuentos en transportes públicos, circunstancias familiares que requieran información u orientación urgente (soledad, maltrato, alcoholismo, drogadicción...) así como otros temas relacionados con la infancia, adolescencia, adultos, vejez o temas de dependencia.
- 7.5. **Telefarmacia.** Se proporcionarán los medios para hacer llegar al domicilio habitual del asegurado medicamentos o productos de venta en farmacia. **El coste del servicio y de los medicamentos o productos van a cargo del solicitante.**

En cualquier circunstancia en que se presenten diferentes alternativas para un mismo tratamiento, con idénticos resultados, la entidad se reserva el derecho a autorizar el que considere más conveniente.

Artículo 2. Riesgos no cubiertos

De forma adicional a los riesgos no cubiertos generales que se recogen en el Artículo 7 de las Condiciones Generales, en la modalidad ACCESSMEDIC quedan fuera de cobertura del seguro de asistencia sanitaria:

- a. La hospitalización de cualquier tipo.
- b. Las pruebas diagnósticas, los actos terapéuticos y procesos quirúrgicos que requieran ingreso hospitalario, tanto en régimen de internamiento como en hospital de día, quirófano y anestesia general, epidural o loco-regional.
- c. La asistencia al parto, cesárea y aborto.
- d. Los estudios genéticos de todo tipo.
- e. Cualquier acto médico relacionado con las especialidades de Neonatología, Medicina Nuclear y Odontoestomatología.
- f. Los siguientes medios de diagnóstico: tomografía axial computerizada (TAC), resonancia magnética nuclear (RMN), tomografía por emisión de positrones (PET), arteriografía, radiología intervencionista cardiovascular y neuroradiología, endoscopia digestiva y diagnóstica y salas de endoscopia, fibrobroncoscopia diagnóstica, resonancia magnética cardíaca, estudios electrofisiológicos y polisomnografía nocturna.
- g. Los siguientes tratamientos especiales: clínica del dolor, diálisis y riñón artificial, factores de crecimiento en régimen hospitalario, litotricia, nucleotomía percutánea, quimioterapia oncológica, radioterapia oncológica, transfusiones de sangre y/o plasma, tratamientos con hierro endovenoso, tratamientos locales con ácido hialurónico, tratamiento de apnea del sueño, tratamientos de medicina nuclear y la Unidad de Hi-Fu.
- h. Los siguientes servicios: planificación familiar (incluido la colocación del DIU y su vigilancia), ligadura de trompas y vasectomía, preparación al parto, comadronas, prótesis de cualquier tipo y material de osteosíntesis, y ayuda a la convalecencia.

- i. Cualquier prueba o tratamiento para el diagnóstico y/o curación de la esterilidad o la infertilidad a excepción de los descritos en el punto 3.28 del Artículo 1. Descripción de los servicios cubiertos, así como también quedan excluidas las técnicas y tratamientos de reproducción asistida. Tampoco es objeto de cobertura la interrupción no espontánea del embarazo en cualquiera de los supuestos legales y las pruebas diagnósticas relacionadas con dicha interrupción.
- j. Los trasplantes de cualquier tipo.
- k. Productos farmacéuticos en pacientes ambulatorios. En ningún caso queda cubierto el coste de la medicación quimioterápica.
- l. Queda excluida la protonterapia.
- m. Todas las técnicas quirúrgicas y/o terapéuticas que empleen el láser, salvo lo expresamente indicado en el punto 5.3. del Artículo 1. Descripción de los servicios cubiertos.
- n. Los gastos por viaje y desplazamientos salvo la ambulancia en los términos contemplados en el punto 7.1. del Artículo 1. Descripción de los servicios cubiertos.
- o. Cualquier asistencia y/o acto relacionado con Acupuntura, Homeopatía, Medicina Naturista, Osteopatía, Reflexología, Audiología, Dietética, Óptica, Logopedia, Podología, Psicología y cualquier otro no relacionado en el Artículo 1. Descripción de los servicios cubiertos.
- p. Asistencia sanitaria del SIDA y/o enfermedades que comprendan el síndrome producido por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- q. Queda excluida la cirugía robótica.
- r. Queda excluida la regeneración/implantación ósea y/ o de tejidos.
- s. Queda excluida la rehabilitación cardíaca.

CONDICIONES ESPECIALES CLINIMEDIC

Esta modalidad comprende la cobertura de los procedimientos de diagnóstico y aquellos procedimientos terapéuticos y procesos quirúrgicos que requieran ingreso hospitalario, tanto en régimen de internamiento como en hospital de día, quirófano, sala de endoscopias y anestesia general, epidural o locoregional que en cada una de las siguientes coberturas se detallan, conforme a lo pactado en las presentes Condiciones Generales, Condiciones Particulares y en las Condiciones Especiales y/o en el certificado individual de seguro. Esta modalidad de producto **no comprende los servicios de enfermería y las visitas en consulta, o a domicilio, así como aquellos actos terapéuticos y procesos quirúrgicos que sean realizados en régimen ambulatorio.**

En ningún caso podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico, ni reembolso de gastos, en sustitución de la prestación de servicios de asistencia sanitaria a través del cuadro médico concertado.

Artículo 1. Modo de prestar los servicios

Se establecen las siguientes formas de prestar los servicios:

1.1. Modo I. Prestación de asistencia sanitaria a través del cuadro médico concertado por la entidad

En el caso que el asegurado sea atendido por los médicos y/o en los establecimientos hospitalarios previstos en el cuadro médico, en los términos y con los límites que se expresan en las Condiciones Generales y en las presentes Condiciones Especiales, el pago de la asistencia recibida dentro de esta modalidad corre íntegramente a cargo de la entidad, que abonará su importe directamente a los facultativos y centros que la hubieran prestado.

Cuando la asistencia se preste a través del cuadro médico concertado, no se concederán indemnizaciones optativas en metálico, ni reembolso de gastos, en sustitución de la prestación de servicios de asistencia sanitaria.

La prestación de los servicios cubiertos se realizará por profesionales y/o centros expresamente designados y concertados por la entidad, siempre que existan facultativos disponibles y concertados en la localidad geográfica que se trate.

1.2. Modo II. Baremo de indemnización

Esta forma de prestar los servicios tan sólo podrá ser escogida por el asegurado cuando la opción contratada por el tomador respecto a la participación en el coste de los servicios sea "SIN COPAGOS".

En el caso que el asegurado acuda para recibir la asistencia sanitaria de médicos y/o en los establecimientos hospitalarios ajenos al cuadro médico concertado por la entidad, ésta abonará al asegurado el/los importe/s correspondientes reseñados en el baremo de indemnizaciones, de acuerdo con lo estipulado en el Artículo 10.3 de las Condiciones Generales de la póliza.

Esta prestación será satisfecha siempre y cuando la cobertura de la asistencia sanitaria no haya sido prestada total o parcialmente por la entidad.

Artículo 2. Descripción de los servicios cubiertos

La cobertura de la presente modalidad se extiende a los siguientes conceptos:

1. URGENCIAS

Comprende la asistencia sanitaria en casos de urgencia que se prestará en los Centros de Urgencia que indique el cuadro médico concertado.

2. ESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

Serán realizadas a criterio de un facultativo y previa autorización por la entidad. Quedarán cubiertas todas las pruebas diagnósticas y aquellos actos terapéuticos y procesos quirúrgicos que requieran ingreso hospitalario, tanto en régimen de internamiento como en hospital de día, quirófano, salas de endoscopias y anestesia general, epidural o locoregional. **Quedarán excluidas de la cobertura las visitas en consulta o a domicilio así como aquellos actos terapéuticos y procesos quirúrgicos que puedan realizarse en régimen ambulatorio.**

- 2.1. **Alergología-Inmunología.** Queda cubierto el ingreso en hospital de día en los test de provocación de alto riesgo. Las vacunas correrán a cargo del asegurado.
- 2.2. **Anestesiología. No queda incluida la anestesia local y sedación en procesos quirúrgicos ambulatorios.**
- 2.3. **Angiología y Cirugía Vascular.** Incluye el tratamiento de esclerosis de varices y la cirugía de varices por radiofrecuencia, salvo que sea por motivos estéticos.
- 2.4. **Aparato digestivo.**
- 2.5. **Aparato respiratorio.**
- 2.6. **Cardiología.**
- 2.7. **Cirugía cardíaca y Hemodinámica.**
- 2.8. **Cirugía general-digestiva y coloproctología.** Incluye el láser en cirugía hemorroidal.
- 2.9. **Cirugía maxilofacial. No comprende las intervenciones quirúrgicas en los casos de prognatismo, retrognatia, micrognatia y luxación recidivante de la articulación témporo-maxilar. Tampoco comprende las cirugías cuya finalidad sea la colocación de implantes.**
- 2.10. **Cirugía pediátrica.**
- 2.11. **Cirugía plástica reparadora.** Comprende las intervenciones quirúrgicas para restablecer lesiones, esencialmente mediante plastias e injertos. Incluye la reconstrucción de mama tras mastectomía radical y la prótesis mamaria. Queda cubierta la mamoplastia de reducción en mujeres mayores de 18 años con gigantomastia según criterios médicos de la entidad. **Se excluye cualquier tipo de cirugía con fines estéticos.**
- 2.12. **Cirugía torácica.** Incluida la simpatectomía por hiperhidrosis, previa valoración médica de la entidad.
- 2.13. **Dermatología.**
- 2.14. **Endocrinología y Nutrición.**
- 2.15. **Ginecología y Obstetricia.** Comprende el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la mujer. Incluye:
 - a. **Revisión ginecológica anual:** consta de visita médica del ginecólogo, colposcopia, ecografía ginecológica abdominal o vaginal, exploración de mamas y mamografía de control en los casos que, a criterio del facultativo, se considere necesario. Incluye control citológico y el estudio del virus del papiloma humano (HPV).
 - b. **Preparación al parto:** sesiones teórico-prácticas destinadas a una óptima preparación para el momento del parto y **limitada a un solo profesional o centro por embarazo, quedando expresamente excluido de cobertura el cambio de profesional o centro, una vez iniciadas las sesiones.**
 - c. **Vigilancia del embarazo por médico tocólogo y asistencia por éste en los partos y auxiliado por comadrona,** las ecografías necesarias de control del embarazo y el triple screening.
 - d. **Diagnóstico prenatal:** la biopsia corial, la amniocentesis, la funiculocentesis, el estudio del cariotipo fetal y la analítica del test prenatal no invasivo básico quedaran cubiertos a partir de los 35 años y en mujeres menores de 35 años cuando el resultado en el test del triple screening sea superior a 1/250, tengan antecedentes familiares o anteriores embarazos con anomalías.
 - e. **Tratamiento de lesiones vulvovaginales provocadas por el virus del papiloma humano HPV mediante técnica láser:** siempre que no tenga finalidad estética ni por disfunción sexual.

- 2.16. **Hematología y Hemoterapia.**
- 2.17. **Medicina interna.**
- 2.18. **Medicina Nuclear.** Queda cubierto el PET-TAC con contraste de Glucosa y el PET Colina. **Se excluye el PET Amiloide.**
- 2.19. **Nefrología.**
- 2.20. **Neonatología.** Cubierta la revisión otológica en el recién nacido.
- 2.21. **Neurocirugía.** Queda cubierto el uso de neuronavegadores en casos de tumores craneales, medulares, afectación de pares craneales, patología vertebral cervicales, así como en fusiones vertebrales y reintervenciones de patología de columna vertebral, bajo prescripción médica.
- 2.22. **Neurología.**
- 2.23. **Oftalmología.** Se incluyen los trasplantes de córnea, la terapia fotodinámica, la lente intraocular monofocal y el cross-linking. Queda cubierta la corrección quirúrgica de los defectos de refracción de los ojos (miopía, astigmatismo, hipermetropía) mediante la técnica de láser excimer siempre que haya sido diagnosticada después de la entrada en vigor de la póliza y el asegurado tenga 6 ó más dioptrías en cada ojo. Se incluirán las pruebas diagnósticas pre y post intervención quirúrgica.
- 2.24. **Oncología Médica.**
- 2.25. **Otorrinolaringología.** Queda cubierta la técnica de radiofrecuencia y laserterapia exclusivamente en cirugía de amígdalas, adenoides y cornetes. Asimismo, queda cubierta la técnica de laserterapia en el edema de Reinke y en la cirugía de cuerdas vocales. También quedará cubierta la radiofrecuencia en determinados actos como la faringoplastia (reestructuración de los tejidos de la faringe) y la uvuloplastia (para lograr un paladar más rígido). Estas técnicas están indicadas en el tratamiento de la apnea obstructiva del sueño.
- 2.26. **Psiquiatría.** Cubierto en hospital de día **con un límite de 60 días por anualidad de seguro.** En el caso de tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia) en hospital de día se establecerá **un límite de 40 días por anualidad de seguro.**
- 2.27. **Reumatología.**
- 2.28. **Traumatología y Ortopedia.**
- 2.29. **Urología y Andrología.** Incluye la vasectomía, así como el diagnóstico de la esterilidad masculina limitado a un seminograma y a un doppler testicular. Queda incluida la prótesis testicular en casos de cirugía reparadora posterior a una neoplasia. También queda cubierta la técnica de laserterapia exclusivamente en cirugía de próstata, litiasis renal, uretral y vesical. **En los casos de infertilidad quedará excluida la biopsia testicular.**

3. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

Las pruebas de diagnóstico en todos los casos han de ser prescritas por un facultativo autorizado por la entidad. Los medios de contraste serán a cuenta de la entidad.

3.1. Medios de diagnóstico convencionales

- 3.1.1. **Análisis clínicos.** Bioquímicos, hematológicos, microbiológicos y parasitológicos, con fines exclusivamente diagnósticos.
- 3.1.2. **Anatomía patológica.**
- 3.1.3. **Radiodiagnóstico.**
 - a. Radiología simple (craneal, torácica, abdominal, urológica, ósea y extremidades)
 - b. Radiología especial no intervencionista (craneal, abdominal, urológica y ginecológica): ecografías, mamografía, densitometría, mielografía.
- 3.1.4. **Medios de diagnóstico cardiovascular.** Electrocardiograma, ergometría (prueba de esfuerzo), ecocardiograma, ecografía doppler y holter.
- 3.1.5. **Neurofisiología Clínica.** Electromiograma, electroencefalograma y polisomnografía.
- 3.1.6. **Diagnóstico Prenatal.** Se incluye el triple screening y la ecografía morfológica. La biopsia corial, la amniocentesis, la funiculocentesis, el estudio del cariotipo fetal y la analítica del

test prenatal no invasivo básico quedaran cubiertos a partir de los 35 años y en mujeres menores de 35 años cuando el resultado en el test del triple screening sea superior a 1/250, tengan antecedentes familiares o anteriores embarazos con anomalías.

3.1.7. **Pruebas respiratorias.** Espirometría, poligrafía respiratoria y pruebas funcionales.

3.1.8. **Pruebas urológicas.**

3.1.9. **Otras.** Test del aliento y epiluminiscencia.

3.1.10 **CTX.** Es un marcador bioquímico de remodelación ósea que sirve para monitorizar, entre otras enfermedades, la osteoporosis.

3.2. Medios de diagnóstico de alta tecnología y/o complejidad

3.2.1. **Radiodiagnóstico.** Los medios de contraste serán a cargo de la entidad.

- a. Radiología de alta tecnología: tomografía axial computerizada (TAC), resonancia nuclear magnética (RMN) y arteriografía.
- b. Radiología intervencionista cardiovascular y neuroradiología: coronografía, hemodinámica, arteriografía, embolizaciones y angioplastias.
- c. **Biopsia de próstata por fusión RMN-Ecografía.** Es un procedimiento mínimamente invasivo que permite tener un mapa anatómico de la próstata de gran exactitud con las zonas afectadas por el tumor y permite planificar el tratamiento.

3.2.2. **Medicina Nuclear.**

- a. Tomografía por Emisión de Positrones (PET) con el límite máximo de dos exploraciones por anualidad de seguro. Queda cubierto el PET-TAC con contraste de Glucosa y el PET Colina. **Se excluye el PET Amiloide.**
- b. Isótopos radioactivos y gammagrafía.
- c. DATSCAN.

3.2.3. **Endoscopia digestiva y diagnóstica.** Cubierta la técnica de la cápsula endoscópica y el uso en pediatría de la cápsula Watson-Crosby. Así mismo queda incluida la enteroscopia de doble balón y la mucosectomía de colon, esofágica y gástrica. En todos los casos previa valoración médica por la entidad.

3.2.4. **Fibrobroncoscopia diagnóstica.**

3.2.5. **Medios de diagnóstico cardiovascular.** Resonancia magnética cardíaca y estudios electrofisiológicos.

3.2.6. **Pruebas genéticas.** Las pruebas genéticas quedarán cubiertas previa prescripción de un médico, siempre que tengan repercusión en el tratamiento de una enfermedad en curso, o sean necesarias para la obtención de un diagnóstico diferencial que no pueda confirmarse por otros medios, según los criterios establecidos por las agencias de evaluación (AETS). Comprende aquellos estudios genéticos que se indican a continuación:

- a. Hemocromatosis: PCR de las mutaciones "H63D", "C282Y" y "S65C" del gen HFE-3.
- b. Trombofilia: la mutación "G16961A" del gen del factor V (Factor V de Leyden), la mutación "G20210A" del gen de la protrombina (Factor II), y la mutación "C677T" del gen MTHFR.
- c. Enfermedad celiaca: el Genotipado "HLA-DQ" ("DQ2" y "DQ8").
- d. Poliglobulias/Trombocitosis: la mutación "V617F" del gen JACK-2.
- e. Cáncer de colon polipósico familiar: gen APC secuenciación y MLPA.
- f. Cáncer de colon no polipósico: gen APC variantes I1307K y E1317Q.
- g. Síndrome de X frágil: FMR, expansión de tripletes (no cubierto en estudios de infertilidad).
- h. Cáncer de mama, ovario y próstata familiar: gen BRCA1 y BRCA2 secuenciación y MLPA.
- i. Cáncer de mama, ovario y próstata familiar: gen BRCA +16 genes (ATM, BRCA1, BRCA2, BRIP1, CDH1, CHECK2, EPCAM, MLH1, MSH2, MSH6, NBN, PALB2, PMS2, PTEN, RAD51C, RAD51D, STK11, TP53) por secuenciación y MLPA.

- j. Anatomía Patológica: las determinaciones genéticas/dianas terapéuticas precisas para la correcta prescripción de tratamientos farmacológicos en procesos de oncología y de acuerdo a las fichas técnicas de los mismos.

Quedará excluido cualquier tratamiento mediante terapia génica, y las determinaciones de plataformas genéticas con fines predictivos exceptuando el test prenatal no invasivo básico.

3.2.7. EBUS. Toma de biopsia transbronquial mediante ecobroncoscopia. Esta técnica permite un diagnóstico más detallado sin necesidad de cirugía. El EBUS facilita el diagnóstico de enfermedades con afectación del mediastino.

4. HOSPITALIZACIÓN

Prevía prescripción de un facultativo y autorizado por la entidad, su cobertura se realizará bajo las siguientes condiciones:

- 4.1. **Hospitalización quirúrgica y por parto** en habitación individual, incluye los gastos de manutención del enfermo, quirófano, anestesia, medicación de quirófano y clínica, curas y material. La asistencia a partos incluye además, los gastos de permanencia en incubadora sin límite de días y la asistencia médica del neonato, únicamente hasta su alta hospitalaria. **Exclusivamente en la hospitalización por parto, quedará incluida la manutención del acompañante en el centro hospitalario siempre y cuando disponga de servicio de restauración.**
- 4.2. **Hospitalización médica** en habitación individual, incluyendo la estancia y la manutención del enfermo, la medicación y los tratamientos necesarios. También comprende cama para un acompañante sin su manutención.
- 4.3. **Hospitalización en Unidad de Cuidados o Vigilancia Intensiva.** Incluye gastos de hospitalización, medicación y tratamiento en clínica.
- 4.4. **Hospitalización psiquiátrica**, únicamente en casos agudos o crónicos agudizados y diagnosticados por un especialista autorizado por la entidad, **con un límite de 60 días por anualidad de seguro** comprendiendo los gastos de hospitalización, medicación, manutención del enfermo y tratamiento en clínica.
- 4.5. **Hospitalización pediátrica** para menores de 14 años. Incluye la asistencia por hospitalización quirúrgica o médica tanto en hospitalización convencional como en unidades de neonatología (cuidados intensivos y/o cuidados intermedios). En esta cobertura quedará incluida la manutención del acompañante **en el centro hospitalario siempre y cuando disponga de servicio de restauración.**

5. MÉTODOS TERAPÉUTICOS

- 5.1. **Aerosolterapia-ventiloterapia.** La medicación correrá íntegramente a cargo del asegurado.
- 5.2. **Angioplastia coronaria y valvuloplastia mitral, tricúspide, aórtica y pulmonar y embolizaciones en angiología.**
- 5.3. **Clínica del dolor.** Tratamiento integral del dolor, farmacoterapia (la medicación estará cubierta en caso de ser administrada en régimen hospitalario y hospitalización de día), mediante sistemas espinales de infusión continua, bloqueos analgésicos y técnicas de estimulación periférica o medular. Incluye los tratamientos por Rizólisis en los centros autorizados por la entidad. **Quedan excluidos de cobertura los estimuladores medulares.**
- 5.4. **Diálisis y riñón artificial.** Exclusivamente en casos agudos. **No es objeto de cobertura el transporte del asegurado al centro y viceversa.**
- 5.5. **Endoscopia digestiva terapéutica.** Incluye balón intragástrico.
- 5.6. **Factores de crecimiento. Limitado a dos sesiones** por anualidad de seguro siempre que hayan sido prescritos por los profesionales del cuadro médico concertado y solo se realizarán en los centros concertados y expresamente autorizados por la entidad.
- 5.7. **Fibrobroncoscopia terapéutica.**
- 5.8. **Laserterapia.** Quedará cubierta en las siguientes especialidades médicas:
 - a. Oftalmología: láser argón y yag, y excimer exclusivamente en cirugía refractiva.

- b. Otorrinolaringología: en cirugía de amígdalas, adenoides, edema de Reinke y cuerdas vocales.
- c. Urología: en cirugía prostática, litiasis renal, uretral y vesical.
- d. Cirugía General: en hemorroides.
- e. Ginecología: el tratamiento de lesiones vulvovaginales provocadas por el virus del papiloma humano HPV, siempre que no tenga finalidad estética, ni por disfunción sexual.

El uso y la tipología del láser deberán ser validados y autorizados expresamente por la entidad y quedará limitado a los facultativos y centros expresamente autorizados y designados por la entidad.

- 5.9. **Litotricia renal.** En los centros determinados por la entidad, previa prescripción escrita de un especialista autorizado por la entidad.
- 5.10. **Logopedia.** Exclusivamente como rehabilitación de cirugía mayor de laringe, y en el tratamiento de las patologías del habla, del lenguaje y de la voz, como consecuencia de patologías orgánicas de carácter infeccioso, oncológico o traumático de las cuerdas vocales sin necesidad de intervención quirúrgica.
- 5.11. **Nucleotomía percutánea.**
- 5.12. **Ortóptica.**
- 5.13. **Oxigenoterapia ambulatoria y a domicilio.**
- 5.14. **Quimioterapia oncológica.** Incluye la orientación, seguimiento médico y el tratamiento a cargo de médicos especialistas en oncología. En el tratamiento médico se incluyen la medicación quimioterápica, siempre que se empleen de conformidad con las indicaciones que figuran en la ficha técnica del producto y cuya administración sea por vía intravenosa, así como los tratamientos con instilaciones de BCG en neoplasias vesicales, siempre que todos estos tratamientos hayan sido prescritos por los profesionales del cuadro médico concertado y en los centros expresamente autorizados. La entidad asumirá los gastos de productos farmacéuticos que estén comercializados en el mercado nacional. **No será objeto de cobertura la medicación que se emplee en ensayos clínicos ni en tratamientos no reconocidos científicamente por las Guías Oncológicas acreditadas por la Agencia de Evaluación Tecnológica e Investigación Médica. Quedan expresamente excluida la hormonoterapia, las terapias biológicas como anticuerpos monoclonales, inmunoterapia, terapia celular CAR-T y sus evoluciones.**
- 5.15. **Radiofrecuencia.** En cirugía de amígdalas, adenoides, cornetes y varices salvo que sea por motivos estéticos. También quedará cubierta la radiofrecuencia en determinados actos como la faringoplastia (reestructuración de los tejidos de la faringe) y la uvuloplastia (para lograr un paladar más rígido). Estas técnicas están indicadas en el tratamiento de la apnea obstructiva del sueño.
- 5.16. **Radioterapia oncológica.** Limitada exclusivamente en los centros expresamente autorizados por la entidad. Incluye acelerador lineal de partículas, cobaltoterapia, isótopos radioactivos y radioneurocirugía, esterotáxica y braquiterapia.
- 5.17. **Rehabilitación y Fisioterapia,** con un máximo de **60 sesiones** por anualidad de seguro y asegurado y de 10 sesiones por anualidad de seguro y asegurado en casos de rehabilitación del suelo pélvico en incontinencias. Incluye electroterapia: onda corta, rayos infrarrojos y magnetoterapia. Cubiertas 5 sesiones mediante ondas de choque focales en el tratamiento de rehabilitación músculo-esquelético. **Quedan excluidos los medios de transporte de ida o vuelta, así como las terapias de mantenimiento.**
- 5.18. **Terapia de cierre asistido (VAC).**
- 5.19. **Transfusiones de sangre y/o plasma.**
- 5.20. **Tratamiento con hierro endovenoso** en hospital de día en anemias ferropénicas.
- 5.21. **Tratamiento de las apneas del sueño mediante CPAP, BIPAP y auto CPAP.** La aseguradora se hará cargo del coste de este tratamiento durante un período máximo de **12 meses** y solo se cubrirá un proceso por Asegurado y para toda la vida de la póliza.
- 5.22. **Tratamientos locales con ácido hialurónico solo en intervenciones quirúrgicas.**

- 5.23. **Unidad de Hi-Fu.** Para el tratamiento de tumores mediante hipertermia, exclusivamente en los tratamientos prescritos por los profesionales del cuadro médico concertado y en aquellos centros expresamente autorizados por la entidad.

6. MEDICINA PREVENTIVA

Los programas de diagnóstico cubiertos tendrán que ser prescritos por médicos especialistas de la entidad y serán realizados siempre en los centros designados y autorizados por la misma.

- 6.1. **Chequeo Médico Anual.** Consta de una visita médica efectuada por un facultativo de medicina general, que incluye exploración física, toma de tensión arterial, otoscopia, electrocardiograma, y analítica en sangre y orina con las determinaciones siguientes: hemograma completo, glucosa en líquidos biológicos, colesterol total, creatinina, GPT(ALT), Gamma GT, triglicéridos, ácido úrico y sedimento citobacteriológico. Asimismo, también comprenderá una segunda visita médica para el comentario de los resultados de la analítica en sangre practicada.
- 6.2. **Otoemisiones acústicas.** Incluye una revisión otológica preventiva en recién nacidos.
- 6.3. **Planificación familiar.** Exclusivamente el control del tratamiento con anovulatorios, colocación del DIU, incluyendo el coste del dispositivo y su vigilancia, ligadura de trompas y vasectomía.
- 6.4. **Programa de Diagnóstico Precoz de Enfermedades de la Mama.** Exploración de la mama, ecografía mamaria y mamografías de control incluida la tomosíntesis. Sin limitaciones por edad.
- 6.5. **Programa de Diagnóstico Precoz de Enfermedades Ginecológicas.** Visita por especialista, incluyendo colposcopia, ecografía ginecológica abdominal o vaginal, citología y estudio del virus del papiloma humano. Sin limitaciones por edad.
- 6.6. **Programa de Diagnóstico Precoz de Enfermedades Coronarias.** Visita por especialista, toma de tensión arterial, electrocardiograma, y analítica en sangre y orina. Sin limitaciones por edad.
- 6.7. **Programa de Diagnóstico Precoz de Enfermedades de Próstata.** Visita por urólogo, analítica con determinaciones para el control del cáncer de próstata (PSA) y ecografía prostática.
- 6.8. **Programa de Diagnóstico Precoz de la Diabetes.** Visita por especialista, toma de tensión arterial, electrocardiograma, y analítica en sangre y orina. Sin limitaciones por edad.
- 6.9. **Programa de Diagnóstico Precoz del Glaucoma.** Visita preventiva con oftalmólogo, revisión optométrica, control de la presión intraocular y sus pruebas.
- 6.10. **Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Piel.** Queda cubierta la epiluminiscencia.
- 6.11. **Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer Colorrectal.** Visita por especialista en aparato digestivo, colonoscopia, analítica con determinaciones de control del cáncer excluyendo las determinaciones genéticas, salvo las expresamente indicadas en el punto 3.2.6 del Artículo 3. La colonoscopia virtual se autorizará en aquellos casos en los que exista una clara indicación médica.
- 6.12. **Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Pulmón.** Visita por especialista, pruebas respiratorias necesarias y la fibrobroncoscopia para la inspección y obtención de muestras de las vías aéreas.

7. OTROS SERVICIOS

- 7.1. **Ambulancias.** Para el traslado de los enfermos dentro de la localidad desde su domicilio a la clínica y viceversa, mediante prescripción de un médico, que no será necesaria en casos de urgencia.
- 7.2. **Ayuda a la convalecencia.** Limitado a asegurados que por motivo de intervención quirúrgica, hayan permanecido en régimen de ingreso hospitalario un mínimo de 7 días. En estos casos la cobertura comprende indistintamente el servicio de teleasistencia y el de ayuda a domicilio según las especificaciones siguientes:
- a. **Teleasistencia.** Por el período máximo de un mes y consistente en la instalación de un terminal fijo exclusivamente en el domicilio declarado por el asegurado (sin posibilidad de cambio de domicilio), la atención telefónica a la conexión que por este terminal se efectúe, facilitando la entidad los profesionales necesarios para atender los servicios requeridos, siendo por cuenta del asegurado cualquier gasto que se produjera en la intervención de estos profesionales, salvo en servicios derivados de un siniestro cubierto por la póliza.

- b. **Ayuda a domicilio.** Atención a la persona, con un máximo de 10 horas en total, prestadas exclusivamente en días laborables y en horario comprendido entre las 8 y las 22 horas. Consiste en una visita de coordinación del servicio que planificará el plan de trabajo para el asegurado y una vez elaborado el mismo, se iniciará el servicio de 10 horas especificado, consistente en acompañamiento en el domicilio, limpieza de hogar y/o cuidados de la persona.
- 7.3. **Comadronas.** En la asistencia hospitalaria al parto.
- 7.4. **Prótesis.** Incluye el coste y colocación de las prótesis para el caso de válvulas cardíacas **a excepción de las que se implantan mediante cateterismo por vía percutánea**, marcapasos, prótesis internas traumatológicas, by-pass vascular, stents vasculares y coils vasculares. También son objeto de cobertura la lente intraocular bifocal o monofocal por cirugía de cataratas y las prótesis mamarias y testiculares en casos de cirugía reparadora posterior a una neoplasia. La cobertura queda limitada a los centros y por los facultativos autorizados expresamente por la entidad, la cual se reserva la capacidad de gestionar la obtención de las prótesis. **No serán objeto de esta cobertura las prótesis y los stents de tubo digestivo-vía biliar. El límite máximo de esta cobertura en concepto de material protésico e implantológico detallado con anterioridad será de 6.000 euros por asegurado y anualidad de seguro.**
- 7.5. **Segunda Opinión Médica.** La entidad garantiza la posibilidad de obtener una segunda opinión facilitada por un comité médico internacional, sobre un diagnóstico o tratamiento médico-quirúrgico, en casos que por su complejidad o gravedad la requieran o aconsejen (cáncer, enfermedades cardiovasculares, trasplante de órganos, enfermedades neurológicas, insuficiencia renal crónica y SIDA). Asimismo, la entidad garantiza el acceso a un servicio personalizado de asesoramiento y apoyo si el asegurado decide viajar fuera de su país de residencia para recibir tratamiento médico. Los costes de desplazamiento y alojamiento correrán a cargo del asegurado.
- 7.6. **Servicio de Orientación Médica 24 horas.** Es un servicio de atención telefónica 24 horas al día y todos los días del año.
- 7.7. **Servicio de Orientación Social.** Consultas relativas a todo tipo de problemáticas sociales derivadas de enfermedades o situaciones relacionadas con: residencias, centros de días, ayuda a domicilio privada, asociaciones de Parkinson, esclerosis múltiple, o Alzheimer, centros de drogodependencia y desintoxicación, ocio (universidades populares, educación permanente de adultos, aulas de mayores, programas de animación sociocultural, voluntariado, vacaciones 3ª edad, balnearios, deportes y aficiones), pensión de viudedad, descuentos en transportes públicos, circunstancias familiares que requieran información u orientación urgente (soledad, maltrato, alcoholismo, drogadicción...) así como otros temas relacionados con la infancia, adolescencia, adultos, vejez o temas de dependencia.
- 7.8. **Telefarmacia.** Se proporcionarán los medios para hacer llegar al domicilio habitual del asegurado medicamentos o productos de venta en farmacia. **El coste del servicio y de los medicamentos o productos van a cargo del solicitante.**

En cualquier circunstancia en que se presenten diferentes alternativas para un mismo tratamiento, con idénticos resultados, la entidad se reserva el derecho a autorizar el que considere más conveniente.

Artículo 3. Riesgos no cubiertos

De forma adicional a los riesgos no cubiertos generales que se recogen en el Artículo 7 de las Condiciones Generales, en la modalidad CLINIMEDIC quedan fuera de cobertura del seguro de asistencia sanitaria:

- a. Las visitas en consultorio o a domicilio.
- b. Los actos terapéuticos y procesos quirúrgicos que puedan realizarse en régimen ambulatorio y que no requieran ingreso hospitalario, tanto en régimen de internamiento como en hospital de día, quirófano, sala de endoscopias y anestesia general, epidural o locoregional.
- c. Cualquier prueba o tratamiento para el diagnóstico y/o curación de la esterilidad o la infertilidad a excepción de los descritos en el punto 2.29. del Artículo 2. Descripción de los servicios cubiertos, así como también quedan excluidas las técnicas y tratamientos de reproducción asistida. Tampoco es objeto de cobertura la interrupción voluntaria del embarazo y las pruebas diagnósticas relacionadas con dicha interrupción.
- d. Los trasplantes de cualquier tipo, a excepción del de córnea. Además en los trasplantes se excluirán la extracción, transporte y conservación del órgano a trasplantar.
- e. Todas las técnicas quirúrgicas y/o terapéuticas que empleen el láser, salvo lo expresamente indicado en el punto 5.8. del Artículo 2. Descripción de los servicios cubiertos.
- f. Los gastos por viaje y desplazamientos salvo la ambulancia en los términos contemplados en el punto 7.1. del Artículo 2. Descripción de los servicios cubiertos.
- g. Productos farmacéuticos en pacientes ambulatorios a excepción de lo que se indica en los puntos 5.3., 5.14., 5.20. y 5.22. del Artículo 2. Descripción de los servicios cubiertos. En ningún caso queda cubierto el coste de la medicación quimioterápica, ni ninguna otra, fuera del ámbito de hospitalización y/o hospital de día. Se excluyen las formas especiales de quimioterapia, tales como la Quimioterapia Intraoperatoria o la Quimioterapia Intraperitoneal. Se considerarán excluidos, en todo caso, los tratamientos experimentales, los de uso compasivo, y los realizados para indicaciones distintas de las autorizadas en la ficha técnica del medicamento de que se trate. Las vacunas y autovacunas de todo tipo y en caso de procesos alérgicos, los extractos. No será objeto de cobertura la medicación que se emplee en ensayos clínicos ni en tratamientos no reconocidos científicamente por las Guías Oncológicas acreditadas por la Agencia de Evaluación Tecnológica e Investigación Médica. Quedan expresamente excluida la hormonoterapia, las terapias biológicas como anticuerpos monoclonales, inmunoterapia, terapia celular CAR-T y sus evoluciones así como cualquier tratamiento no comercializado en España.
- h. Queda excluida la protonterapia.
- i. Asistencia sanitaria del SIDA y/o enfermedades que comprendan el síndrome producido por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- j. Cualquier asistencia y/o acto relacionado con Acupuntura, Homeopatía, Medicina Naturista, Osteopatía, Reflexología, Audiología, Dietética, Óptica, Logopedia, Podología, Psicología, Odontoestomatología y cualquier otro no relacionado en el Artículo 2. Descripción de los servicios cubiertos.
- k. Queda excluida la cirugía robótica.
- l. Queda excluida la regeneración/implantación ósea y/ o de tejidos.
- m. Queda excluida la rehabilitación cardíaca.

CONDICIONES ESPECIALES CLINIMEDIC PLUS

Esta modalidad comprende la cobertura de la consulta con el facultativo, cirugía, estancia en centro hospitalario, así como los procedimientos de diagnóstico y/o terapéuticos que en cada una de las siguientes coberturas se detallan, conforme a lo pactado en las presentes Condiciones Generales, Condiciones Particulares y en las Condiciones Especiales y/o en el certificado individual de seguro.

La prestación de asistencia sanitaria se prestará **con participación del asegurado en el coste de los servicios en régimen ambulatorio.**

Artículo 1. Modo de prestar los servicios

Se establecen las siguientes formas de prestar los servicios:

1.1. Modo I. Prestación de asistencia sanitaria a través del cuadro médico concertado por la entidad

En el caso que el asegurado sea atendido por los médicos y/o en los establecimientos hospitalarios previstos en el cuadro médico, en los términos y con los límites que se expresan en las Condiciones Generales y en las presentes Condiciones Especiales, el pago de la asistencia recibida dentro de esta modalidad corre íntegramente a cargo de la entidad, que abonará su importe directamente a los facultativos y centros que la hubieran prestado.

Cuando la asistencia se preste a través del cuadro médico concertado, no se concederán indemnizaciones optativas en metálico, ni reembolso de gastos, en sustitución de la prestación de servicios de asistencia sanitaria.

La prestación de los servicios cubiertos se realizará por profesionales y/o centros expresamente designados y concertados por la entidad, siempre que existan facultativos disponibles y concertados en la localidad geográfica que se trate.

En función del tipo de acto médico, la asistencia sanitaria se prestará con o sin participación del asegurado en el coste de los servicios de la siguiente forma:

a. Actos médicos cubiertos con participación del asegurado en el coste de los servicios cubiertos por la póliza.

- **Cuando la asistencia sanitaria se preste en régimen ambulatorio**, en servicios a domicilio o en centros de urgencia en los casos que no requieran de una posterior hospitalización, **el asegurado abonará por cada acto médico recibido el importe que, en concepto de copago o participación en el coste de los mismos, se establece en el “Baremo de Atención Médica” anexo a las Condiciones Particulares de esta póliza.**
- En cada anualidad del seguro, el importe de los copagos estará limitado a la cantidad indicada en las Condiciones Particulares.
- El importe de dicho límite, así como los importes de los distintos copagos podrán ser actualizados por la entidad, de conformidad con lo establecido en el artículo 17 de las Condiciones Generales. Asimismo, se podrá incluir la cobertura de nuevos actos médicos sujetos a copago.

b. Actos médicos cubiertos sin participación del asegurado en el coste de los servicios cubiertos por la póliza.

Para el resto de servicios cubiertos por la póliza, distintos de los enumerados en el apartado anterior a), el coste de los mismos correrá íntegramente a cargo de la entidad.

1.2. Modo II. Baremo de indemnización

En el caso que el asegurado acuda para recibir la asistencia sanitaria de médicos y/o en los establecimientos hospitalarios ajenos al cuadro médico concertado por la entidad, ésta abonará al asegurado el/los importe/s correspondientes reseñados en el baremo de indemnizaciones, de acuerdo con lo estipulado en el Artículo 10.3 de las Condiciones Generales de la póliza.

Esta prestación será satisfecha siempre y cuando la cobertura de la asistencia sanitaria no haya sido prestada total o parcialmente por la entidad.

Artículo 2. Descripción de los servicios cubiertos

La cobertura de la presente modalidad se extiende a los siguientes conceptos:

1. MEDICINA PRIMARIA

- 1.1. **Medicina general en consulta.**
- 1.2. **Pediatría y puericultura en consulta.**
- 1.3. **Servicio de enfermería en consulta.**
- 1.4. **Servicio de atención a domicilio.** Se realizará siempre que el estado del enfermo lo requiera y existan facultativos disponibles y concertados en la localidad geográfica de que se trate.

2. URGENCIAS

Comprende la asistencia sanitaria en casos de urgencia que se prestará en los Centros de Urgencia que indique el cuadro médico concertado.

3. ESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

Serán realizadas a criterio de un facultativo y previa autorización por la entidad.

- 3.1. **Alergología-Inmunología.** Queda cubierto el ingreso en hospital de día en los test de provocación de alto riesgo. Las vacunas correrán a cargo del asegurado.
- 3.2. **Anestesiología.** Incluida la anestesia epidural.
- 3.3. **Angiología y Cirugía Vascular.** Incluye el tratamiento de esclerosis de varices y la cirugía de varices por radiofrecuencia, salvo que sea por motivos estéticos.
- 3.4. **Aparato digestivo.**
- 3.5. **Aparato respiratorio.**
- 3.6. **Cardiología.**
- 3.7. **Cirugía cardíaca y Hemodinámica.**
- 3.8. **Cirugía general-digestiva y coloproctología.** Incluye el láser en cirugía hemorroidal.
- 3.9. **Cirugía maxilofacial.** No comprende las intervenciones quirúrgicas en los casos de prognatismo, retrognatia, micrognatia y luxación recidivante de la articulación témporo-maxilar. Tampoco comprende las cirugías cuya finalidad sea la colocación de implantes.
- 3.10. **Cirugía pediátrica.**
- 3.11. **Cirugía plástica reparadora.** Comprende las intervenciones quirúrgicas para restablecer lesiones, esencialmente mediante plastias e injertos. Incluye la reconstrucción de mama tras mastectomía radical y la prótesis mamaria. Queda cubierta la mamoplastia de reducción en mujeres mayores de 18 años con gigantomastia según criterios médicos de la entidad. **Se excluye cualquier tipo de cirugía con fines estéticos.**
- 3.12. **Cirugía torácica.** Incluida la simpatectomía por hiperhidrosis, previa valoración médica de la entidad.
- 3.13. **Dermatología.**
- 3.14. **Endocrinología y Nutrición.**
- 3.15. **Geriatría.** Siempre que existan facultativos designados y concertados en la localidad geográfica de que se trate.
- 3.16. **Ginecología y Obstetricia.** Comprende el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la mujer. Incluye:
 - a. **Revisión ginecológica anual:** consta de visita médica del ginecólogo, colposcopia, ecografía ginecológica abdominal o vaginal, exploración de mamas y mamografía de control en los casos que, a criterio del facultativo, se considere necesario. Incluye control citológico y el estudio del virus del papiloma humano (HPV).

- b. **Preparación al parto:** sesiones teórico-prácticas destinadas a una óptima preparación para el momento del parto **limitada a un solo profesional o centro por embarazo, quedando expresamente excluido de cobertura el cambio de profesional o centro, una vez iniciadas las sesiones.**
 - c. **Vigilancia del embarazo por médico tocólogo y asistencia por éste en los partos y auxiliado por comadrona,** las ecografías necesarias de control del embarazo y el triple screening.
 - d. **Diagnóstico prenatal:** la biopsia corial, la amniocentesis, la funiculocentesis, el estudio del cariotipo fetal y la analítica del test prenatal no invasivo básico quedaran cubiertos a partir de los 35 años y en mujeres menores de 35 años cuando el resultado en el test del triple screening sea superior a 1/250, tengan antecedentes familiares o anteriores embarazos con anomalías.
 - e. **Tratamiento de lesiones vulvovaginales provocadas por el virus del papiloma humano HPV mediante técnica láser:** siempre que no tenga finalidad estética ni por disfunción sexual.
- 3.17. **Hematología y Hemoterapia.**
- 3.18. **Medicina interna.**
- 3.19. **Medicina Nuclear.** Queda cubierto el PET-TAC con contraste de Glucosa y el PET Colina. **Se excluye el PET Amiloide.**
- 3.20. **Nefrología.**
- 3.21. **Neonatología.** Cubierta la revisión otológica en el recién nacido.
- 3.22. **Neurocirugía.** Queda cubierto el uso de neuronavegadores en casos de tumores craneales, medulares, afectación de pares craneales, patología vertebral y cervical, así como en fusiones vertebrales y reintervenciones de patología de columna vertebral, bajo prescripción médica.
- 3.23. **Neurología.**
- 3.24. **Oftalmología.** Se incluyen los trasplantes de córnea, la terapia fotodinámica, la lente intraocular monofocal y el cross-linking. Queda cubierta la corrección quirúrgica de los defectos de refracción de los ojos (miopía, astigmatismo, hipermetropía) mediante la técnica de láser excimer siempre que haya sido diagnosticada después de la entrada en vigor de la póliza y el asegurado tenga 6 ó más dioptrías en cada ojo. Se incluirán las pruebas diagnósticas pre y post intervención quirúrgica.
- 3.25. **Oncología Médica.**
- 3.26. **Otorrinolaringología.** Queda cubierta la técnica de radiofrecuencia y laserterapia exclusivamente en cirugía de amígdalas, adenoides y cornetes. Asimismo, queda cubierta la técnica de laserterapia en el edema de Reinke y en la cirugía de cuerdas vocales. También quedará cubierta la radiofrecuencia en determinados actos como la faringoplastia (reestructuración de los tejidos de la faringe) y la uvuloplastia (para lograr un paladar más rígido). Estas técnicas están indicadas en el tratamiento de la apnea obstructiva del sueño.
- 3.27. **Psiquiatría.** Cubierto en hospital de día **con un límite de 60 días por anualidad de seguro.** En el caso de tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia) en hospital de día se establecerá **un límite de 40 días por anualidad de seguro.**
- 3.28. **Reumatología.**
- 3.29. **Traumatología y Ortopedia.**
- 3.30. **Urología y Andrología.** Incluye la vasectomía, así como el diagnóstico de la esterilidad masculina limitado a un seminograma y a un doppler testicular. Queda incluida la prótesis testicular en casos de cirugía reparadora posterior a una neoplasia. También queda cubierta la técnica de laserterapia exclusivamente en cirugía de próstata, litiasis renal, uretral y vesical. **En los casos de infertilidad quedará excluida la biopsia testicular.**

4. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

Las pruebas de diagnóstico en todos los casos han de ser prescritas por un facultativo autorizado por la entidad. Los medios de contraste serán a cuenta de la entidad.

4.1. Medios de diagnóstico convencionales

- 4.1.1. **Análisis clínicos.** Bioquímicos, hematológicos, microbiológicos y parasitológicos, con fines exclusivamente diagnósticos.
- 4.1.2. **Anatomía patológica.**
- 4.1.3. **Radiodiagnóstico.**
 - a. Radiología simple (craneal, torácica, abdominal, urológica, ósea y extremidades)
 - b. Radiología especial no intervencionista (craneal, abdominal, urológica y ginecológica): ecografías, mamografía, densitometría y mielografía.
- 4.1.4. **Medios de diagnóstico cardiovascular.** Electrocardiograma, ergometría (prueba de esfuerzo), ecocardiograma, ecografía doppler y holter.
- 4.1.5. **Neurofisiología Clínica.** Electromiograma, electroencefalograma y polisomnografía.
- 4.1.6. **Diagnóstico Prenatal.** Se incluye el triple screening y la ecografía morfológica. La biopsia corial, la amniocentesis, la funiculocentesis, el estudio del cariotipo fetal y la analítica del test prenatal no invasivo básico quedaran cubiertos a partir de los 35 años y en mujeres menores de 35 años cuando el resultado en el test del triple screening sea superior a 1/250, tengan antecedentes familiares o anteriores embarazos con anomalías.
- 4.1.7. **Pruebas respiratorias.** Espirometría, poligrafía respiratoria y pruebas funcionales.
- 4.1.8. **Pruebas urológicas.**
- 4.1.9. **Otras.** Test del aliento y epiluminiscencia.
- 4.1.10 **CTX.** Es un marcador bioquímico de remodelación ósea que sirve para monitorizar, entre otras enfermedades, la osteoporosis.
- 4.2. **Medios de diagnóstico de alta tecnología y/o complejidad**
 - 4.2.1. **Radiodiagnóstico.** Los medios de contraste serán a cargo de la entidad.
 - a. Radiología de alta tecnología: tomografía axial computerizada (TAC), resonancia nuclear magnética (RMN) y arteriografía.
 - b. Radiología intervencionista cardiovascular y neuroradiología: coronografía, hemodinámica, arteriografía, embolizaciones y angioplastias.
 - c. **Biopsia de próstata por fusión RMN-Ecografía.** Es un procedimiento mínimamente invasivo que permite tener un mapa anatómico de la próstata de gran exactitud con las zonas afectadas por el tumor y permite planificar el tratamiento.
 - 4.2.2. **Medicina Nuclear.**
 - a. Tomografía por Emisión de Positrones (PET) con el límite máximo de dos exploraciones por anualidad de seguro. Queda cubierto el PET-TAC con contraste de Glucosa y el PET Colina. **Se excluye el PET Amiloide.**
 - b. Isótopos radioactivos y gammagrafía.
 - c. DATSCAN.
 - 4.2.3. **Endoscopia digestiva y diagnóstica.** Cubierta la técnica de la cápsula endoscópica y el uso en pediatría de la cápsula Watson-Crosby. Asimismo queda incluida la enteroscopia de doble balón y la mucosectomía de colon, esofágica y gástrica. En todos los casos previa valoración médica por la entidad.
 - 4.2.4. **Fibrobroncoscopia diagnóstica.**
 - 4.2.5. **Medios de diagnóstico cardiovascular.** Resonancia magnética cardíaca y estudios electrofisiológicos.
 - 4.2.6. **Pruebas genéticas.** Las pruebas genéticas quedarán cubiertas previa prescripción de un médico, siempre que tengan repercusión en el tratamiento de una enfermedad en curso, o sean necesarias para la obtención de un diagnóstico diferencial que no pueda confirmarse por otros medios, según los criterios establecidos por las agencias de evaluación (AETS). Comprende aquellos estudios genéticos que se indican a continuación:
 - a. Hemocromatosis: PCR de las mutaciones "H63D", "C282Y" y "S65C" del gen HFE-3.

- b. Trombofilia: la mutación “G16961A” del gen del factor V (Factor V de Leyden), la mutación “G20210A” del gen de la protrombina (Factor II), y la mutación “C677T” del gen MTHFR.
- c. Enfermedad celiaca: el Genotipado “HLA-DQ” (“DQ2” y “DQ8”).
- d. Poliglobulias/Trombocitosis: la mutación “V617F” del gen JACK-2.
- e. Cáncer de colon polipósico familiar: gen APC secuenciación y MLPA.
- f. Cáncer de colon no polipósico: gen APC variantes I1307K y E1317Q.
- g. Síndrome de X frágil: FMR, expansión de tripletes (no cubierto en estudios de infertilidad).
- h. Cáncer de mama, ovario y próstata familiar: gen BRCA1 y BRCA2 secuenciación y MLPA.
- i. Cáncer de mama, ovario y próstata familiar: gen BRCA +16 genes (ATM, BRCA1, BRCA2, BRIP1, CDH1, CHECK2, EPCAM, MLH1, MSH2, MSH6, NBN, PALB2, PMS2, PTEN, RAD51C, RAD51D, STK11, TP53) por secuenciación y MLPA.
- j. Anatomía Patológica: las determinaciones genéticas/dianas terapéuticas precisas para la correcta prescripción de tratamientos farmacológicos en procesos de oncología y de acuerdo a las fichas técnicas de los mismos.

Quedará excluido cualquier tratamiento mediante terapia génica, y las determinaciones de plataformas genéticas con fines predictivos exceptuando el test prenatal no invasivo básico.

- 4.2.7. EBUS.** Toma de biopsia transbronquial mediante ecobroncoscopia. Esta técnica permite un diagnóstico más detallado sin necesidad de cirugía. El EBUS facilita el diagnóstico de enfermedades con afectación del mediastino.

5. HOSPITALIZACIÓN

Prevía prescripción de un facultativo y autorizado por la entidad, su cobertura se realizará bajo las siguientes condiciones:

- 5.1. Hospitalización quirúrgica y por parto** en habitación individual, incluye los gastos de manutención del enfermo, quirófano, anestesia, medicación de quirófano y clínica, curas y material. La asistencia a partos incluye además, los gastos de permanencia en incubadora sin límite de días y la asistencia médica del neonato, únicamente hasta su alta hospitalaria. **Exclusivamente en la hospitalización por parto, quedará incluida la manutención del acompañante en el centro hospitalario siempre y cuando disponga de servicio de restauración.**
- 5.2. Hospitalización médica** en habitación individual, incluyendo la estancia y la manutención del enfermo, la medicación y los tratamientos necesarios. También comprende cama para un acompañante sin su manutención.
- 5.3. Hospitalización en Unidad de Cuidados o Vigilancia Intensiva.** Incluye gastos de hospitalización, medicación y tratamiento en clínica.
- 5.4. Hospitalización psiquiátrica,** únicamente en casos agudos o crónicos agudizados y diagnosticados por un especialista autorizado por la entidad, con un límite de 60 días por anualidad de seguro comprendiendo los gastos de hospitalización, medicación, manutención del enfermo y tratamiento en clínica.
- 5.5. Hospitalización pediátrica** para menores de 14 años. Incluye la asistencia por hospitalización quirúrgica o médica tanto en hospitalización convencional como en unidades de neonatología (cuidados intensivos y/o cuidados intermedios). En esta cobertura quedará incluida la manutención del acompañante **en el centro hospitalario siempre y cuando disponga de servicio de restauración.**

6. MÉTODOS TERAPÉUTICOS

- 6.1. Aerosolterapia-ventiloterapia.** La medicación correrá íntegramente a cargo del asegurado.
- 6.2. Angioplastia coronaria y valvuloplastia mitral, tricúspide, aórtica y pulmonar y embolizaciones en angiología.**
- 6.3. Clínica del dolor.** Tratamiento integral del dolor, farmacoterapia (la medicación estará cubierta en caso de ser administrada en régimen hospitalario y hospitalización de día), mediante sistemas

espinales de infusión continua, bloqueos analgésicos y técnicas de estimulación periférica o medular. Incluye los tratamientos por Rizólisis en los centros autorizados por la entidad. **Quedan excluidos de cobertura los estimuladores medulares.**

- 6.4. **Diálisis y riñón artificial.** Exclusivamente en casos agudos. **No es objeto de cobertura el transporte del asegurado al centro y viceversa.**
- 6.5. **Endoscopia digestiva terapéutica.** Incluye balón intragástrico.
- 6.6. **Factores de crecimiento. Limitado a dos sesiones** por anualidad de seguro siempre que hayan sido prescritos por los profesionales del cuadro médico concertado y solo se realizarán en los centros concertados y expresamente autorizados por la entidad.
- 6.7. **Fibrobroncoscopia terapéutica.**
- 6.8. **Laserterapia.** Quedará cubierta en las siguientes especialidades médicas:
 - a. Oftalmología: láser argón y yag, y excimer exclusivamente en cirugía refractiva.
 - b. Otorrinolaringología: en cirugía de amígdalas, adenoides, cornetes, edema de Reinke y cuerdas vocales.
 - c. Urología: en cirugía prostática, litiasis renal, uretral y vesical.
 - d. Cirugía General: en hemorroides.
 - e. Ginecología: el tratamiento de lesiones vulvovaginales provocadas por el virus del papiloma humano HPV, siempre que no tenga finalidad estética, ni por disfunción sexual.

El uso y la tipología del láser deberán ser validados y autorizados expresamente por la entidad y quedará limitado a los facultativos y centros expresamente autorizados y designados por la entidad.
- 6.9. **Litotricia renal.** En los centros determinados por la entidad, previa prescripción escrita de un especialista autorizado por la entidad.
- 6.10. **Logopedia.** Exclusivamente como rehabilitación de cirugía mayor de laringe, y en el tratamiento de las patologías del habla, del lenguaje y de la voz, como consecuencia de patologías orgánicas de carácter infeccioso, oncológico o traumático de las cuerdas vocales sin necesidad de intervención quirúrgica.
- 6.11. **Nucleotomía percutánea.**
- 6.12. **Ortótica.**
- 6.13. **Oxigenoterapia ambulatoria y a domicilio.**
- 6.14. **Quimioterapia oncológica.** Incluye la orientación, seguimiento médico y el tratamiento a cargo de médicos especialistas en oncología. En el tratamiento médico se incluyen la medicación quimioterápica, siempre que se empleen de conformidad con las indicaciones que figuran en la ficha técnica del producto y cuya administración sea por vía intravenosa, así como los tratamientos con instilaciones de BCG en neoplasias vesicales, siempre que todos estos tratamientos hayan sido prescritos por los profesionales del cuadro médico concertado y en los centros expresamente autorizados. La entidad asumirá los gastos de productos farmacéuticos que estén comercializados en el mercado nacional. **No será objeto de cobertura la medicación que se emplee en ensayos clínicos ni en tratamientos no reconocidos científicamente por las Guías Oncológicas acreditadas por la Agencia de Evaluación Tecnológica e Investigación Médica. Quedan expresamente excluida la hormonoterapia, las terapias biológicas como anticuerpos monoclonales, inmunoterapia, terapia celular CAR-T y sus evoluciones.**
- 6.15. **Radiofrecuencia.** En cirugía de amígdalas, adenoides, y varices salvo que sea por motivos estéticos. También quedará cubierta la radiofrecuencia en determinados actos como la faringoplastia (reestructuración de los tejidos de la faringe) y la uvuloplastia (para lograr un paladar más rígido). Estas técnicas están indicadas en el tratamiento de la apnea obstructiva del sueño.
- 6.16. **Radioterapia oncológica.** Limitada exclusivamente en los centros expresamente autorizados por la entidad. Incluye acelerador lineal de partículas, cobaltoterapia, isótopos radioactivos y radioneurocirugía, esterotáxica y braquiterapia.
- 6.17. **Rehabilitación y Fisioterapia,** con un máximo de **60 sesiones** por anualidad de seguro y asegurado y de 10 sesiones por anualidad de seguro y asegurado en casos de rehabilitación del suelo pélvico en incontinencias. Incluye electroterapia: onda corta, rayos infrarrojos y magneto-

terapia. Cubiertas 5 sesiones mediante Ondas de Choque Focales en el tratamiento de rehabilitación músculo-esquelético. **Quedan excluidos los medios de transporte de ida o vuelta, así como las terapias de mantenimiento.**

6.18. **Terapia de cierre asistido (VAC).**

6.19. **Transfusiones de sangre y/o plasma.**

6.20. **Tratamiento con hierro endovenoso** en hospital de día en anemias ferropénicas.

6.21. **Tratamiento de las apneas del sueño mediante CPAP, BIPAP y auto CPAP.** La aseguradora se hará cargo del coste de este tratamiento durante un período máximo de **12 meses** y solo se cubrirá un proceso por Asegurado y para toda la vida de la póliza.

6.22. **Tratamientos locales con ácido hialurónico** solo en intervenciones quirúrgicas.

6.23. **Unidad de Hi-Fu.** Para el tratamiento de tumores mediante hipertermia, exclusivamente en los tratamientos prescritos por los profesionales del cuadro médico concertado y en aquellos centros expresamente autorizados por la entidad.

7. MEDICINA PREVENTIVA

Los programas de diagnóstico cubiertos tendrán que ser prescritos por médicos especialistas de la entidad y serán realizados siempre en los centros designados y autorizados por la misma.

7.1. **Chequeo Médico Anual.** Consta de una visita médica efectuada por un facultativo de medicina general, que incluye exploración física, toma de tensión arterial, otoscopia, electrocardiograma, y analítica en sangre y orina con las determinaciones siguientes: hemograma completo, glucosa en líquidos biológicos, colesterol total, creatinina, GPT(ALT), Gamma GT, Triglicéridos, ácido úrico y sedimento citobacteriológico. Asimismo, también comprenderá una segunda visita médica para el comentario de los resultados de la analítica en sangre practicada.

7.2. **Otoemisiones acústicas.** Incluye una revisión otológica preventiva en recién nacidos.

7.3. **Planificación familiar.** Exclusivamente el control del tratamiento con anovulatorios, colocación del DIU, incluyendo el coste del dispositivo y su vigilancia, ligadura de trompas y vasectomía.

7.4. **Programa de Diagnóstico Precoz de Enfermedades de la Mama.** Exploración de la mama, ecografía mamaria y mamografías de control incluida la tomosíntesis. Sin limitaciones por edad.

7.5. **Programa de Diagnóstico Precoz de Enfermedades Ginecológicas.** Visita por especialista, incluyendo colposcopia, ecografía ginecológica abdominal o vaginal, citología y estudio del virus del papiloma humano. Sin limitaciones por edad.

7.6. **Programa de Diagnóstico Precoz de Enfermedades Coronarias.** Visita por especialista, toma de tensión arterial, electrocardiograma, y analítica en sangre y orina. Sin limitaciones por edad.

7.7. **Programa de Diagnóstico Precoz de Enfermedades de Próstata.** Visita por urólogo, analítica con determinaciones para el control del cáncer de próstata (PSA) y ecografía prostática.

7.8. **Programa de Diagnóstico Precoz de la Diabetes.** Visita por especialista, toma de tensión arterial, electrocardiograma, y analítica en sangre y orina. Sin limitaciones por edad.

7.9. **Programa de Diagnóstico Precoz del Glaucoma.** Visita preventiva con oftalmólogo, revisión optométrica, control de la presión intraocular y sus pruebas.

7.10. **Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Piel.** Queda cubierta la epiluminiscencia.

7.11. **Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer Colorrectal.** Visita por especialista en aparato digestivo, colonoscopia, analítica con determinaciones de control del cáncer excluyendo las determinaciones genéticas, salvo las expresamente indicadas en el punto 4.2.6 del Artículo 4. **La colonoscopia virtual se autorizará en aquellos casos en los que exista una clara indicación médica.**

7.12. **Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Pulmón.** Visita por especialista, pruebas respiratorias necesarias y la fibrobroncoscopia para la inspección y obtención de muestras de las vías aéreas.

7.13. **Servicios Complementarios**, se incluye:

a. Óptica: chequeo optométrico anual.

- b. Audiología: dos chequeos auditivos al año.

8. OTROS SERVICIOS

- 8.1. **Ambulancias.** Para el traslado de los enfermos dentro de la localidad desde su domicilio a la clínica y viceversa, mediante prescripción de un médico, que no será necesaria en casos de urgencia.
- 8.2. **Ayuda a la convalecencia.** Limitado a asegurados que por motivo de intervención quirúrgica, hayan permanecido en régimen de ingreso hospitalario un mínimo de 7 días. En estos casos la cobertura comprende indistintamente el servicio de teleasistencia y el de ayuda a domicilio según las especificaciones siguientes:
- a. **Teleasistencia.** Por el período máximo de un mes y consistente en la instalación de un terminal fijo exclusivamente en el domicilio declarado por el asegurado (sin posibilidad de cambio de domicilio), la atención telefónica a la conexión que por este terminal se efectúe, facilitando la entidad los profesionales necesarios para atender los servicios requeridos, siendo por cuenta del asegurado cualquier gasto que se produjera en la intervención de estos profesionales, salvo en servicios derivados de un siniestro cubierto por la póliza.
 - b. **Ayuda a domicilio.** Atención a la persona, con un máximo de 10 horas en total, prestadas exclusivamente en días laborables y en horario comprendido entre las 8 y las 22 horas. Consiste en una visita de coordinación del servicio que planificará el plan de trabajo para el asegurado y una vez elaborado el mismo, se iniciará el servicio de 10 horas especificado, consistente en acompañamiento en el domicilio, limpieza de hogar y/o cuidados de la persona.
- 8.3. **Comadronas.** En la asistencia hospitalaria al parto.
- 8.4. **Podología.** Se cubren hasta cinco actos anuales, en los que se incluyen la primera visita, diagnóstico y tratamiento, control terapéutico, quiropodia, fotodopograma, reeducación ungueal con resinas, tratamientos cáusticos o de crioterapia de las verrugas/papilomas víricos así como la onicocriptosis, ulceraciones y mal perforantes. Queda cubierta la cirugía ortopodológica digital y ungueal y el estudio dinámico de la marcha.
- 8.5. **Prótesis.** Incluye el coste y colocación de las prótesis para el caso de válvulas cardíacas **a excepción de las que se implantan mediante cateterismo por vía percutánea**, marcapasos, prótesis internas traumatológicas, by-pass vascular, stents vasculares y coils vasculares. También son objeto de cobertura la lente intraocular bifocal o monofocal por cirugía de cataratas y las prótesis mamarias y testiculares en casos de cirugía reparadora posterior a una neoplasia. La cobertura queda limitada a los centros y por los facultativos autorizados expresamente por la entidad, la cual se reserva la capacidad de gestionar la obtención de las prótesis. **No serán objeto de esta cobertura las prótesis y los stents de tubo digestivo-vía biliar.**
- 8.6. **Psicología.** Se cubren hasta 15 sesiones anuales de psicoterapia de carácter individual en régimen ambulatorio, previa prescripción de un médico psiquiatra, pediatra u oncólogo del cuadro médico concertado y realizadas por aquellos facultativos expresamente autorizados por la entidad. **Se excluye el psicoanálisis, hipnosis, test neuropsicológicos y psicométricos, sofrología, narcolepsia ambulatoria, cualquier método de asistencia psicológica no-conductual, la psicoterapia de grupo y la rehabilitación psicosocial.**
- 8.7. **Segunda Opinión Médica.** La entidad garantiza la posibilidad de obtener una segunda opinión facilitada por un comité médico internacional, sobre un diagnóstico o tratamiento médico-quirúrgico, en casos que por su complejidad o gravedad la requieran o aconsejen (cáncer, enfermedades cardiovasculares, trasplante de órganos, enfermedades neurológicas, insuficiencia renal crónica y SIDA). Asimismo, la entidad garantiza el acceso a un servicio personalizado de asesoramiento y apoyo si el asegurado decide viajar fuera de su país de residencia para recibir tratamiento médico. Los costes de desplazamiento y alojamiento correrán a cargo del asegurado.
- 8.8. **Servicio de Orientación Médica 24 horas.** Es un servicio de atención telefónica 24 horas al día y todos los días del año.
- 8.9. **Servicio de Orientación Social.** Consultas relativas a todo tipo de problemáticas sociales derivadas de enfermedades o situaciones relacionadas con: residencias, centros de días, ayuda a domicilio privada, asociaciones de Parkinson, esclerosis múltiple, o alzhéimer, centros de drogodependencia y desintoxicación, ocio (universidades populares, educación permanente de adultos, aulas de mayores, programas de animación sociocultural, voluntariado, vacaciones

3ª edad, balnearios, deportes y aficiones), pensión de viudedad, descuentos en transportes públicos, circunstancias familiares que requieran información u orientación urgente (soledad, maltrato, alcoholismo, drogadicción...) así como otros temas relacionados con la infancia, adolescencia, adultos, vejez o temas de dependencia.

- 8.10. Telefarmacia.** Se proporcionarán los medios para hacer llegar al domicilio habitual del asegurado medicamentos o productos de venta en farmacia. **El coste del servicio y de los medicamentos o productos correrán a cargo del solicitante.**

En cualquier circunstancia en que se presenten diferentes alternativas para un mismo tratamiento, con idénticos resultados, la entidad se reserva el derecho a autorizar el que considere más conveniente.

Artículo 3. Riesgos no cubiertos

De forma adicional a los riesgos no cubiertos generales que se recogen en el Artículo 7 de las Condiciones Generales, en la modalidad CLINIMEDIC PLUS quedan fuera de cobertura del seguro de asistencia sanitaria:

- a. Cualquier prueba o tratamiento para el diagnóstico y/o curación de la esterilidad o la infertilidad a excepción de los descritos en el punto 3.30. del Artículo 2. Descripción de los servicios cubiertos, así como también quedan excluidas las técnicas y tratamientos de reproducción asistida. Tampoco es objeto de cobertura la interrupción voluntaria del embarazo y las pruebas diagnósticas relacionadas con dicha interrupción.
- b. Los trasplantes de cualquier tipo, a excepción del de córnea. Además en los trasplantes se excluirán la extracción, transporte y conservación del órgano a trasplantar.
- c. Todas las técnicas quirúrgicas y/o terapéuticas que empleen el láser, salvo lo expresamente indicado en el punto 6.8. del Artículo 2. Descripción de los servicios cubiertos.
- d. Los estudios genéticos de todo tipo a excepción de lo indicado en el punto 4.2.6. del Artículo 2. Descripción de los servicios cubiertos.
- e. Los gastos por viaje y desplazamientos salvo la ambulancia en los términos contemplados en el punto 8.1. del Artículo 2. Descripción de los servicios cubiertos.
- f. Productos farmacéuticos en pacientes ambulatorios a excepción de lo que se indica en los puntos 6.3., 6.14., 6.20., y 6.22. del Artículo 2. Descripción de los servicios cubiertos. En ningún caso queda cubierto el coste de la medicación quimioterápica, ni ninguna otra, fuera del ámbito de hospitalización y/o hospital de día. Se excluyen las formas especiales de quimioterapia, tales como la Quimioterapia Intraoperatoria o la Quimioterapia Intraperitoneal. Se considerarán excluidos, en todo caso, los tratamientos experimentales, los de uso compasivo, y los realizados para indicaciones distintas de las autorizadas en la ficha técnica del medicamento de que se trate. Las vacunas y autovacunas de todo tipo y en caso de procesos alérgicos, los extractos. No será objeto de cobertura la medicación que se emplee en ensayos clínicos ni en tratamientos no reconocidos científicamente por las Guías Oncológicas acreditadas por la Agencia de Evaluación Tecnológica e Investigación Médica. Quedan expresamente excluida la hormonoterapia, las terapias biológicas como anticuerpos monoclonales, inmunoterapia, terapia celular CAR-T y sus evoluciones así como cualquier tratamiento no comercializado en España.
- g. Queda excluida la protonterapia.
- h. Asistencia sanitaria del SIDA y/o enfermedades que comprendan el síndrome producido por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- i. Cualquier asistencia y/o acto relacionado con Logopedia, Podología, Audiología y Óptica y Psicología salvo lo expresamente indicado en el Artículo 2. Descripción de los servicios cubiertos.

- j. Cualquier asistencia y/o acto relacionado con Odontoestomatología, Acupuntura, Homeopatía, Medicina Naturista, Osteopatía, Reflexología, Dietética y cualquier otro no relacionado en el Artículo. 2. Descripción de los servicios cubiertos.**
- k. Queda excluida la cirugía robótica.**
- l. Queda excluida la regeneración/implantación ósea y/ o de tejidos.**
- m. Queda excluida la rehabilitación cardíaca.**

CONDICIONES ESPECIALES COMPLETMEDIC

Esta modalidad comprende la cobertura de la consulta con el facultativo, cirugía, estancia en centro hospitalario, así como los procedimientos de diagnóstico y/o terapéuticos que en cada una de las siguientes coberturas se detallan, conforme a lo pactado en las presentes Condiciones Generales, Condiciones Particulares y en las Condiciones Especiales y/o en el certificado individual de seguro.

Artículo 1. Modo de prestar los servicios

Se establecen las siguientes formas de prestar los servicios:

1.1. Modo I. Prestación de asistencia sanitaria a través del cuadro médico concertado por la entidad

En el caso que el asegurado sea atendido por los médicos y/o en los establecimientos hospitalarios previstos en el cuadro médico, en los términos y con los límites que se expresan en las Condiciones Generales y en las presentes Condiciones Especiales, el pago de la asistencia recibida dentro de esta modalidad corre íntegramente a cargo de la entidad, que abonará su importe directamente a los facultativos y centros que la hubieran prestado.

Cuando la asistencia se preste a través del cuadro médico concertado, no se concederán indemnizaciones optativas en metálico, ni reembolso de gastos, en sustitución de la prestación de servicios de asistencia sanitaria.

La prestación de los servicios cubiertos se realizará por profesionales y/o centros expresamente designados y concertados por la entidad, siempre que existan facultativos disponibles y concertados en la localidad geográfica de que se trate.

1.2. Modo II. Baremo de indemnización

Esta forma de prestar los servicios tan sólo podrá ser escogida por el asegurado cuando la opción contratada por el tomador respecto a la participación en el coste de los servicios sea "SIN COPAGOS".

En el caso que el asegurado acuda para recibir la asistencia sanitaria de médicos y/o en los establecimientos hospitalarios ajenos al cuadro médico concertado por la entidad, ésta abonará al asegurado el/los importe/s correspondientes reseñados en el baremo de indemnizaciones, de acuerdo con lo estipulado en el Artículo 10.3 de las Condiciones Generales de la póliza.

Esta prestación será satisfecha siempre y cuando la cobertura de la asistencia sanitaria no haya sido prestada total o parcialmente por la entidad.

Artículo 2. Descripción de los servicios cubiertos

La cobertura de la presente modalidad se extiende a los siguientes conceptos:

1. MEDICINA PRIMARIA

- 1.1. **Medicina general** en consulta.
- 1.2. **Pediatría y puericultura** en consulta.
- 1.3. **Servicio de enfermería** en consulta.
- 1.4. **Servicio de atención a domicilio.** Se realizará siempre que el estado del enfermo lo requiera y existan facultativos disponibles y concertados en la localidad geográfica de que se trate.

2. URGENCIAS

Comprende la asistencia sanitaria en casos de urgencia que se prestará en los Centros de Urgencia que indique el cuadro médico concertado.

3. ESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

Serán realizadas a criterio de un facultativo y previa autorización por la entidad.

- 3.1. **Alergología-Inmunología.** Queda cubierto el ingreso en hospital de día en los test de provocación de alto riesgo. Las vacunas correrán a cargo del asegurado.
- 3.2. **Anestesiología.** Incluida la anestesia epidural.
- 3.3. **Angiología y Cirugía Vascular.** Incluye el tratamiento de esclerosis de varices y la cirugía de varices por radiofrecuencia, salvo que sea por motivos estéticos.
- 3.4. **Aparato digestivo.**
- 3.5. **Aparato respiratorio.**
- 3.6. **Cardiología.**
- 3.7. **Cirugía cardíaca y Hemodinámica.**
- 3.8. **Cirugía general-digestiva y coloproctología.** Incluye el láser en cirugía hemorroidal.
- 3.9. **Cirugía maxilofacial.** No comprende las intervenciones quirúrgicas en los casos de prognatismo, retrognatia, micrognatia y luxación recidivante de la articulación témporo-maxilar. Tampoco comprende las cirugías cuya finalidad sea la colocación de implantes.
- 3.10. **Cirugía pediátrica.**
- 3.11. **Cirugía plástica reparadora.** Comprende las intervenciones quirúrgicas para restablecer lesiones, esencialmente mediante plastias e injertos. Incluye la reconstrucción de mama tras mastectomía radical y la prótesis mamaria. Queda cubierta la mamoplastia de reducción en mujeres mayores de 18 años con gigantomastia según criterios médicos de la entidad. **Se excluye cualquier tipo de cirugía con fines estéticos.**
- 3.12. **Cirugía torácica.** Incluida la simpatectomía por hiperhidrosis, previa valoración médica de la entidad.
- 3.13. **Dermatología.**
- 3.14. **Endocrinología y Nutrición.**
- 3.15. **Geriatría.** Siempre que existan facultativos designados y concertados en la localidad geográfica de que se trate.
- 3.16. **Ginecología y Obstetricia.** Comprende el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la mujer. Incluye:
 - a. **Revisión ginecológica anual:** consta de visita médica del ginecólogo, colposcopia, ecografía ginecológica abdominal o vaginal, exploración de mamas y mamografía de control en los casos que, a criterio del facultativo, se considere necesario. Incluye control citológico y el estudio del virus del papiloma humano (HPV).
 - b. **Preparación al parto:** sesiones teórico-prácticas destinadas a una óptima preparación para el momento del parto **limitada a un solo profesional o centro por embarazo, quedando expresamente excluido de cobertura el cambio de profesional o centro, una vez iniciadas las sesiones.**
 - c. **Vigilancia del embarazo por médico tocólogo y asistencia por éste en los partos y auxiliado por comadrona,** las ecografías necesarias de control del embarazo y el triple screening.
 - d. **Diagnóstico prenatal:** la biopsia corial, la amniocentesis, la funiculocentesis, el estudio del cariotipo fetal y la analítica del test prenatal no invasivo básico quedaran cubiertos a partir de los 35 años y en mujeres menores de 35 años cuando el resultado en el test del triple screening sea superior a 1/250, tengan antecedentes familiares o anteriores embarazos con anomalías.
 - e. **Tratamiento de lesiones vulvovaginales provocadas por el virus del papiloma humano HPV mediante técnica láser:** siempre que no tenga finalidad estética ni por disfunción sexual.
- 3.17. **Hematología y Hemoterapia.**
- 3.18. **Medicina Interna.**

- 3.19. **Medicina Nuclear.** Queda cubierto el PET-TAC con contraste de Glucosa y el PET Colina. **Se excluye el PET Amiloide.**
- 3.20. **Nefrología.**
- 3.21. **Neonatología.** Cubierta la revisión otológica en el recién nacido.
- 3.22. **Neurocirugía.** Queda cubierto el uso de neuronavegadores en casos de tumores craneales, medulares, afectación de pares craneales, patología vertebral y cervical, así como en fusiones vertebrales y reintervenciones de patología de columna vertebral, bajo prescripción médica.
- 3.23. **Neurología.**
- 3.24. **Oftalmología.** Se incluyen los trasplantes de córnea, la terapia fotodinámica, la lente intraocular monofocal o bifocal y el cross-linking. Queda cubierta la corrección quirúrgica de los defectos de refracción de los ojos (miopía, astigmatismo, hipermetropía) mediante la técnica de láser excimer siempre que haya sido diagnosticada después de la entrada en vigor de la póliza y el asegurado tenga 6 o más dioptrías en cada ojo. Se incluirán las pruebas diagnósticas pre y post intervención quirúrgica.
- 3.25. **Oncología Médica.**
- 3.26. **Otorrinolaringología.** Queda cubierta la técnica de radiofrecuencia y laserterapia exclusivamente en cirugía de amígdalas, adenoides y cornetes. Asimismo queda cubierta la técnica de laserterapia en el edema de Reinke y en la cirugía de cuerdas vocales. También quedará cubierta la radiofrecuencia en determinados actos como la faringoplastia (reestructuración de los tejidos de la faringe) y la uvuloplastia (para lograr un paladar más rígido). Estas técnicas están indicadas en el tratamiento de la apnea obstructiva del sueño.
- 3.27. **Psiquiatría.** Cubierto en hospital de día **con un límite de 60 días por anualidad de seguro.** En el caso de tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia) en hospital de día se establecerá **un límite de 40 días por anualidad de seguro.**
- 3.28. **Reumatología.**
- 3.29. **Traumatología y Ortopedia.**
- 3.30. **Urología y Andrología.** Incluye la vasectomía, así como el diagnóstico de la esterilidad masculina limitado a un seminograma y a un doppler testicular. Queda incluida la prótesis testicular en casos de cirugía reparadora posterior a una neoplasia. También queda cubierta la técnica de laserterapia exclusivamente en cirugía de próstata, litiasis renal, uretral y vesical. **En los casos de infertilidad quedará excluida la biopsia testicular.**

4. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

Las pruebas de diagnóstico en todos los casos han de ser prescritas por un facultativo autorizado por la entidad. Los medios de contraste serán a cuenta de la entidad.

4.1. Medios de diagnóstico convencionales

- 4.1.1. **Análisis clínicos.** Bioquímicos, hematológicos, microbiológicos y parasitológicos, con fines exclusivamente diagnósticos.
- 4.1.2. **Anatomía patológica.**
- 4.1.3. **Radiodiagnóstico.**
- a. Radiología simple (craneal, torácica, abdominal, urológica, ósea y extremidades)
 - b. Radiología especial no intervencionista (craneal, abdominal, urológica y ginecológica): ecografías, mamografía, densitometría y mielografía.
 - c. Biopsia de próstata por fusión RMN-Ecografía. Es un procedimiento mínimamente invasivo que permite tener un mapa anatómico de la próstata de gran exactitud con las zonas afectadas por el tumor y permite planificar el tratamiento.
- 4.1.4. **Medios de diagnóstico cardiovascular.** Electrocardiograma, ergometría (prueba de esfuerzo), ecocardiograma, ecografía doppler y holters.
- 4.1.5. **Neurofisiología Clínica.** Electromiograma, electroencefalograma y polisomnografía.

- 4.1.6. **Diagnóstico Prenatal.** Se incluye el triple screening y la ecografía morfológica. La biopsia corial, la amniocentesis, la funiculocentesis, el estudio del cariotipo fetal y la analítica del test prenatal no invasivo básico quedarán cubiertos a partir de los 35 años y en mujeres menores de 35 años cuando el resultado en el test del triple screening sea superior a 1/250, tengan antecedentes familiares o anteriores embarazos con anomalías.
- 4.1.7. **Pruebas respiratorias.** Espirometría, poligrafía respiratoria y pruebas funcionales.
- 4.1.8. **Pruebas urológicas.**
- 4.1.9. **Otras.** Test del aliento y epiluminiscencia.
- 4.1.10 **CTX.** Es un marcador bioquímico de remodelación ósea que sirve para monitorizar, entre otras enfermedades, la osteoporosis.
- 4.2. **Medios de diagnóstico de alta tecnología y/o complejidad**
- 4.2.1. **Radiodiagnóstico.** Los medios de contraste serán a cargo de la entidad.
- Radiología de alta tecnología: tomografía axial computerizada (TAC), resonancia nuclear magnética (RMN) y arteriografía.
 - Radiología intervencionista cardiovascular y neuroradiología: coronografía, hemodinámica, arteriografía, embolizaciones y angioplastias.
- 4.2.2. **Medicina Nuclear.**
- Tomografía por Emisión de Positrones (PET) con el límite máximo de dos exploraciones por anualidad de seguro. Queda cubierto el PET-TAC con contraste de Glucosa y el PET Colina. **Se excluye el PET Amiloide.**
 - Isótopos radioactivos y gammagrafía.
 - DATSCAN
- 4.2.3. **Endoscopia digestiva y diagnóstica.** Cubierta la técnica de la cápsula endoscópica y el uso en pediatría de la cápsula Watson-Crosby. Asimismo queda incluida la enteroscopia de doble balón y la mucosectomía de colon, esofágica y gástrica. En todos los casos previa valoración médica por la entidad.
- 4.2.4. **Fibrobroncoscopia diagnóstica.**
- 4.2.5. **Medios de diagnóstico cardiovascular.** Resonancia magnética cardíaca y estudios electrofisiológicos.
- 4.2.6. **Pruebas genéticas.** Las pruebas genéticas quedarán cubiertas, previa prescripción de un médico, siempre que tengan repercusión en el tratamiento de una enfermedad en curso, o sean necesarias para la obtención de un diagnóstico diferencial que no pueda confirmarse por otros medios, según los criterios establecidos por las agencias de evaluación (AETS). Comprende aquellos estudios genéticos que se indican a continuación:
- Hemocromatosis: PCR de las mutaciones "H63D", "C282Y" y "S65C" del gen HFE-3.
 - Trombofilia: la mutación "G16961A" del gen del factor V (Factor V de Leyden), la mutación "G20210A" del gen de la protrombina (Factor II), y la mutación "C677T" del gen MTHFR.
 - Enfermedad celiaca: el Genotipado "HLA-DQ" ("DQ2" y "DQ8").
 - Poliglobulias/Trombocitosis: la mutación "V617F" del gen JACK-2.
 - Cáncer de colon polipósico familiar: gen APC secuenciación y MLPA.
 - Cáncer de colon no polipósico: gen APC variantes I1307K y E1317Q.
 - Síndrome de X frágil: FMR, expansión de tripletes (no cubierto en estudios de infertilidad).
 - Cáncer de mama, ovario y próstata familiar: gen BRCA1 y BRCA2 secuenciación y MLPA.
 - Cáncer de mama, ovario y próstata familiar: gen BRCA +16 genes (ATM, BRCA1, BRCA2, BRIP1, CDH1, CHECK2, EPCAM, MLH1, MSH2, MSH6, NBN, PALB2, PMS2, PTEN, RAD51C, RAD51D, STK11, TP53) por secuenciación y MLPA.

- j. Anatomía Patológica: las determinaciones genéticas/dianas terapéuticas precisas para la correcta prescripción de tratamientos farmacológicos en procesos de oncología y de acuerdo a las fichas técnicas de los mismos.

Quedará excluido cualquier tratamiento mediante terapia génica, y las determinaciones de plataformas genéticas con fines predictivos exceptuando el test prenatal no invasivo básico.

4.2.7. EBUS. Toma de biopsia transbronquial mediante ecobroncoscopia. Esta técnica permite un diagnóstico más detallado sin necesidad de cirugía. El EBUS facilita el diagnóstico de enfermedades con afectación del mediastino.

Quedará excluido cualquier tratamiento mediante terapia génica, y las determinaciones de plataformas genéticas con fines predictivos exceptuando el test prenatal no invasivo básico.

5. HOSPITALIZACIÓN

Prevía prescripción de un facultativo y autorizado por la entidad, su cobertura se realizará bajo las siguientes condiciones:

- 5.1. Hospitalización quirúrgica y por parto** en habitación individual, incluye los gastos de manutención del enfermo, quirófano, anestesia, medicación de quirófano y clínica, curas y material. La asistencia a partos incluye además, los gastos de permanencia en incubadora sin límite de días y la asistencia médica del neonato, únicamente hasta su alta hospitalaria. **Exclusivamente en la hospitalización por parto, quedará incluida la manutención del acompañante en el centro hospitalario siempre y cuando disponga de servicio de restauración.**
- 5.2. Hospitalización médica** en habitación individual, incluyendo la estancia y la manutención del enfermo, la medicación y los tratamientos necesarios. También comprende cama para un acompañante sin su manutención.
- 5.3. Hospitalización en Unidad de Cuidados o Vigilancia Intensiva.** Incluye gastos de hospitalización, medicación y tratamiento en clínica.
- 5.4. Hospitalización psiquiátrica,** únicamente en casos agudos o crónicos agudizados y diagnosticados por un especialista autorizado por la entidad, **con un límite de 60 días por anualidad de seguro** comprendiendo los gastos de hospitalización, medicación, manutención del enfermo y tratamiento en clínica.
- 5.5. Hospitalización pediátrica** para menores de 14 años. Incluye la asistencia por hospitalización quirúrgica o médica tanto en hospitalización convencional como en unidades de neonatología (cuidados intensivos y/o cuidados intermedios). En esta cobertura quedará incluida la manutención del acompañante **en el centro hospitalario siempre y cuando disponga de servicio de restauración.**

6. MÉTODOS TERAPÉUTICOS

- 6.1. Aerosolterapia-ventiloterapia.** La medicación correrá íntegramente a cargo del asegurado.
- 6.2. Angioplastia coronaria y valvuloplastia mitral, tricúspide, aórtica y pulmonar y embolizaciones en angiología.**
- 6.3. Clínica del dolor.** Tratamiento integral del dolor, farmacoterapia (la medicación estará cubierta en caso de ser administrada en régimen hospitalario y hospitalización de día), mediante sistemas espinales de infusión continua, bloqueos analgésicos y técnicas de estimulación periférica o medular. Incluye los tratamientos por Rizólisis en los centros autorizados por la entidad. **Quedan excluidos de cobertura los estimuladores medulares.**
- 6.4. Diálisis y riñón artificial.** Exclusivamente en casos agudos. **No es objeto de cobertura el transporte del asegurado al centro y viceversa.**
- 6.5. Endoscopia digestiva terapéutica.** Incluye balón intragástrico.
- 6.6. Factores de crecimiento. Limitado a dos sesiones** por anualidad de seguro siempre que hayan sido prescritos por los profesionales del cuadro médico concertado y solo se realizarán en los centros concertados y expresamente autorizados por la entidad.
- 6.7. Fibrobroncoscopia terapéutica.**

- 6.8. **Laserterapia.** Quedará cubierta en las siguientes especialidades médicas:
- a. Oftalmología: láser argón y yag, y excimer exclusivamente en cirugía refractiva.
 - b. Otorrinolaringología: en cirugía de amígdalas, adenoides, edema de Reinke y cuerdas vocales.
 - c. Urología: en cirugía prostática, litiasis renal, uretral y vesical.
 - d. Cirugía General: en hemorroides.
 - e. Ginecología: el tratamiento de lesiones vulvovaginales provocadas por el virus del papiloma humano HPV, siempre que no tenga finalidad estética, ni por disfunción sexual.
- El uso y la tipología del láser deberán ser validados y autorizados expresamente por la entidad y quedará limitado a los facultativos y centros expresamente autorizados y designados por la entidad.**
- 6.9. **Litotricia renal.** En los centros determinados por la entidad, previa prescripción escrita de un especialista autorizado por la entidad.
- 6.10. **Logopedia.** Exclusivamente como rehabilitación de cirugía mayor de laringe, y en el tratamiento de las patologías del habla, del lenguaje y de la voz, como consecuencia de patologías orgánicas de carácter infeccioso, oncológico o traumático de las cuerdas vocales sin necesidad de intervención quirúrgica.
- 6.11. **Nucleotomía percutánea.**
- 6.12. **Ortótica.**
- 6.13. **Oxigenoterapia ambulatoria y a domicilio.**
- 6.14. **Quimioterapia oncológica.** Incluye la orientación, seguimiento médico y el tratamiento a cargo de médicos especialistas en oncología. En el tratamiento médico se incluyen la medicación quimioterápica, siempre que se empleen de conformidad con las indicaciones que figuran en la ficha técnica del producto y cuya administración sea por vía intravenosa, así como los tratamientos con instilaciones de BCG en neoplasias vesicales, siempre que todos estos tratamientos hayan sido prescritos por los profesionales del cuadro médico concertado y en los centros expresamente autorizados. La entidad asumirá los gastos de productos farmacéuticos que estén comercializados en el mercado nacional. **No será objeto de cobertura la medicación que se emplee en ensayos clínicos ni en tratamientos no reconocidos científicamente por las Guías Oncológicas acreditadas por la Agencia de Evaluación Tecnológica e Investigación Médica. Quedan expresamente excluida la hormonoterapia, las terapias biológicas como anticuerpos monoclonales, inmunoterapia, terapia celular CAR-T y sus evoluciones.**
- 6.15. **Radiofrecuencia.** En cirugía de amígdalas, adenoides, cornetes y varices salvo que sea por motivos estéticos. También quedará cubierta la radiofrecuencia en determinados actos como la faringoplastia (reestructuración de los tejidos de la faringe) y la uvuloplastia (para lograr un paladar más rígido). Estas técnicas están indicadas en el tratamiento de la apnea obstructiva del sueño.
- 6.16. **Radioterapia oncológica.** Limitada exclusivamente en los centros expresamente autorizados por la entidad. Incluye acelerador lineal de partículas, cobaltoterapia, isótopos radioactivos y radioneurolugía, esterotáxica y braquiterapia.
- 6.17. **Rehabilitación y Fisioterapia.** Las sesiones necesarias hasta la estabilización funcional del asegurado y de 10 sesiones por anualidad de seguro y asegurado en casos de rehabilitación del suelo pélvico en incontinencias. Incluye electroterapia: onda corta, rayos infrarrojos y magnetoterapia. Cubiertas 5 sesiones mediante ondas de choque focales en el tratamiento de rehabilitación músculo-esquelético. **Quedan excluidos los medios de transporte de ida o vuelta, así como las terapias de mantenimiento.**
- 6.18. **Terapia de cierre asistido (VAC).**
- 6.19. **Transfusiones de sangre y/o plasma.**
- 6.20. **Tratamiento con hierro endovenoso** en hospital de día en anemias ferropénicas.
- 6.21. **Tratamiento de las apneas del sueño mediante CPAP, BIPAP y auto CPAP.** La aseguradora se hará cargo del coste de este tratamiento durante un período máximo de **12 meses** y solo se cubrirá un proceso por Asegurado y para toda la vida de la póliza..

- 6.22. **Tratamientos locales con ácido hialurónico** solo en intervenciones quirúrgicas.
- 6.23. **Unidad de Hi-Fu.** Para el tratamiento de tumores mediante hipertermia, exclusivamente en los tratamientos prescritos por los profesionales del cuadro médico concertado y en aquellos centros expresamente autorizados por la entidad.

7. MEDICINA PREVENTIVA

Los programas de diagnóstico cubiertos tendrán que ser prescritos por médicos especialistas de la entidad y serán realizados siempre en los centros designados y autorizados por la misma.

- 7.1. **Chequeo Médico Anual.** Consta de una visita médica efectuada por un facultativo de medicina general, que incluye exploración física, toma de tensión arterial, otoscopia, electrocardiograma, y analítica en sangre y orina con las determinaciones siguientes: hemograma completo, glucosa en líquidos biológicos, colesterol total, creatinina, GPT(ALT), Gamma GT, triglicéridos, ácido úrico y sedimento citobacteriológico. Asimismo, también comprenderá una segunda visita médica para el comentario de los resultados de la analítica en sangre practicada.
- 7.2. **Otoemisiones acústicas.** Incluye una revisión otológica preventiva en recién nacidos.
- 7.3. **Planificación familiar.** Exclusivamente el control del tratamiento con anovulatorios, colocación del DIU, incluyendo el coste del dispositivo y su vigilancia, ligadura de trompas y vasectomía.
- 7.4. **Programa de Diagnóstico Precoz de Enfermedades de la Mama.** Exploración de la mama, ecografía mamaria y mamografías de control incluida la tomosíntesis. Sin limitaciones por edad.
- 7.5. **Programa de Diagnóstico Precoz de Enfermedades Ginecológicas.** Visita por especialista, incluyendo colposcopia, ecografía ginecológica abdominal o vaginal, citología y estudio del virus del papiloma humano. Sin limitaciones por edad.
- 7.6. **Programa de Diagnóstico Precoz de Enfermedades Coronarias.** Visita por especialista, toma de tensión arterial, electrocardiograma, y analítica en sangre y orina. Sin limitaciones por edad.
- 7.7. **Programa de Diagnóstico Precoz de Enfermedades de Próstata.** Visita por urólogo, analítica con determinaciones para el control del cáncer de próstata (PSA) y ecografía prostática.
- 7.8. **Programa de Diagnóstico Precoz de la Diabetes.** Visita por especialista, toma de tensión arterial, electrocardiograma, y analítica en sangre y orina. Sin limitaciones por edad.
- 7.9. **Programa de Diagnóstico Precoz del Glaucoma.** Visita preventiva con oftalmólogo, revisión optométrica, control de la presión intraocular y sus pruebas.
- 7.10. **Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Piel.** Queda cubierta la epiluminiscencia.
- 7.11. **Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer Colorectal.** Visita por especialista en aparato digestivo, colonoscopia, analítica con determinaciones de control del cáncer **excluyendo las determinaciones genéticas**, salvo las expresamente indicadas en el punto 4.2.6 del Artículo 4. La colonoscopia virtual se autorizará en aquellos casos en los que exista una clara indicación médica.
- 7.12. **Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Pulmón.** Visita por especialista, pruebas respiratorias necesarias y la fibrobroncoscopia para la inspección y obtención de muestras de las vías aéreas.
- 7.13. **Servicios Complementarios**, se incluye:
- a. **Óptica:** chequeo optométrico anual.
 - b. **Audiología:** dos chequeos auditivos al año.

8. OTROS SERVICIOS

- 8.1. **Acupuntura, Homeopatía y Medicina Naturista.** En cada una de ellas, se cubre una visita anual efectuada por médico especialista y siempre que existan profesionales disponibles en la localidad geográfica de que se trate.
- 8.2. **Ambulancias.** Para el traslado de los enfermos dentro de la localidad desde su domicilio a la clínica y viceversa, mediante prescripción de un médico, que no será necesaria en casos de urgencia.

- 8.3. **Ayuda a la convalecencia.** Limitado a asegurados que por motivo de intervención quirúrgica, hayan permanecido en régimen de ingreso hospitalario un mínimo de 7 días. En estos casos la cobertura comprende indistintamente el servicio de teleasistencia y el de ayuda a domicilio según las especificaciones siguientes:
- a. **Teleasistencia.** Por el período máximo de un mes y consistente en la instalación de un terminal fijo exclusivamente en el domicilio donde resida el asegurado (sin posibilidad de cambio de domicilio), la atención telefónica a la conexión que por este terminal se efectúe, facilitando la entidad los profesionales necesarios para atender los servicios requeridos, siendo por cuenta del asegurado cualquier gasto que se produjera en la intervención de estos profesionales, salvo en servicios derivados de un siniestro cubierto por la póliza.
 - b. **Ayuda a domicilio.** Atención a la persona, con un máximo de 10 horas en total, prestadas exclusivamente en días laborables y en horario comprendido entre las 8 y las 22 horas. Consiste en una visita de coordinación del servicio que planificará el plan de trabajo para el asegurado y una vez elaborado el mismo, se iniciará el servicio de 10 horas especificado, consistente en acompañamiento en el domicilio, limpieza de hogar y/o cuidados de la persona.
- 8.4. **Comadronas.** En la asistencia hospitalaria al parto.
- 8.5. **Podología.** Se cubren hasta cinco actos anuales, en los que se incluyen la primera visita, diagnóstico y tratamiento, control terapéutico, quiropodia, fotodopograma, reeducación ungueal con resinas, tratamientos cáusticos o de crioterapia de las verrugas/papilomas víricos así como la onicocriptosis, ulceraciones y mal perforantes. Queda cubierta la cirugía ortopodológica digital y ungueal y el estudio dinámico de la marcha.
- 8.6. **Prótesis.** Incluye el coste y colocación de las prótesis para el caso de válvulas cardíacas, **a excepción de las que se implantan mediante cateterismo por vía percutánea**, marcapasos, prótesis internas traumatológicas, bypass vascular, stents vasculares y coils vasculares. También son objeto de cobertura la lente intraocular bifocal o monofocal por cirugía de cataratas y las prótesis mamarias y testiculares en casos de cirugía reparadora posterior a una neoplasia. La cobertura queda limitada a los centros y por los facultativos autorizados expresamente por la entidad la cual se reserva la capacidad de gestionar la obtención de las prótesis. **No serán objeto de esta cobertura las prótesis y los stents de tubo digestivo-vía biliar.**
- 8.7. **Psicología.** Se cubren hasta **15 sesiones anuales de psicoterapia de carácter individual en régimen ambulatorio**, previa prescripción de un médico psiquiatra, pediatra u oncólogo del cuadro médico concertado y realizadas por aquellos facultativos expresamente autorizados por la entidad. **Se excluye el psicoanálisis, hipnosis, test neuropsicológicos y psicométricos, sofrología, narcolepsia ambulatoria, cualquier método de asistencia psicológica no-conductual, la psicoterapia de grupo y la rehabilitación psicosocial.**
- 8.8. **Segunda Opinión Médica.** La entidad garantiza la posibilidad de obtener una segunda opinión facilitada por un comité médico internacional, sobre un diagnóstico o tratamiento médico-quirúrgico, en casos que por su complejidad o gravedad la requieran o aconsejen (cáncer, enfermedades cardiovasculares, trasplante de órganos, enfermedades neurológicas, insuficiencia renal crónica y SIDA). Asimismo, la entidad garantiza el acceso a un servicio personalizado de asesoramiento y apoyo si el asegurado decide viajar fuera de su país de residencia para recibir tratamiento médico. Los costes de desplazamiento y alojamiento correrán a cargo del asegurado.
- 8.9. **Servicio de Orientación Médica 24 horas.** Es un servicio de atención telefónica 24 horas al día y todos los días del año.
- 8.10. **Servicio de Orientación Social.** Consultas relativas a todo tipo de problemáticas sociales derivadas de enfermedades o situaciones relacionadas con: residencias, centros de días, ayuda a domicilio privada, asociaciones de Parkinson, esclerosis múltiple, o alzhéimer, centros de drogodependencia y desintoxicación, ocio (universidades populares, educación permanente de adultos, aulas de mayores, programas de animación sociocultural, voluntariado, vacaciones 3ª edad, balnearios, deportes y aficiones), pensión de viudedad, descuentos en transportes públicos, circunstancias familiares que requieran información u orientación urgente (soledad, maltrato, alcoholismo, drogadicción...) así como otros temas relacionados con la infancia, adolescencia, adultos, vejez o temas de dependencia.
- 8.11. **Telefarmacia.** Se proporcionarán los medios para hacer llegar al domicilio habitual del asegurado medicamentos o productos de venta en farmacia. El coste del servicio y de los medicamentos o productos van a cargo del solicitante.

En cualquier circunstancia en que se presenten diferentes alternativas para un mismo tratamiento, con idénticos resultados, la entidad se reserva el derecho a autorizar el que considere más conveniente.

Artículo 3. Riesgos no cubiertos

De forma adicional a los riesgos no cubiertos generales que se recogen en el Artículo 7 de las Condiciones Generales, en la modalidad COMPLETMEDIC quedan fuera de cobertura del seguro de asistencia sanitaria:

- a. Cualquier prueba o tratamiento para el diagnóstico y/o curación de la esterilidad o la infertilidad a excepción de los descritos en el punto 3.30. del Artículo 2. Descripción de los servicios cubiertos, así como también quedan excluidas las técnicas y tratamientos de reproducción asistida cuando no se reúnen los requisitos que dan acceso a dicha cobertura. Tampoco es objeto de cobertura la interrupción voluntaria del embarazo y las pruebas diagnósticas relacionadas con dicha interrupción.
- b. Los trasplantes de cualquier tipo, a excepción del de córnea. Además en los trasplantes se excluirán la extracción, transporte y conservación del órgano a trasplantar.
- c. Todas las técnicas quirúrgicas y/o terapéuticas que empleen el láser, salvo lo expresamente indicado en el punto 6.8. del Artículo 2. Descripción de los servicios cubiertos.
- d. Los estudios genéticos de todo tipo a excepción de lo indicado en el punto 4.2.6. del Artículo 2. Descripción de los servicios cubiertos.
- e. Los gastos por viaje y desplazamientos salvo la ambulancia en los términos contemplados en el punto 8.2. del Artículo 2. Descripción de los servicios cubiertos.
- f. Productos farmacéuticos en pacientes ambulatorios a excepción de lo que se indica en los puntos 6.3., 6.14., 6.20. y 6.22. del Artículo 2. Descripción de los servicios cubiertos. En ningún caso queda cubierto el coste de la medicación quimioterápica, ni ninguna otra, fuera del ámbito de hospitalización y/o hospital de día. Se excluyen las formas especiales de quimioterapia, tales como la Quimioterapia Intraoperatoria o la Quimioterapia Intraperitoneal. Se considerarán excluidos, en todo caso, los tratamientos experimentales, los de uso compasivo, y los realizados para indicaciones distintas de las autorizadas en la ficha técnica del medicamento de que se trate. Las vacunas y autovacunas de todo tipo y en caso de procesos alérgicos, los extractos. No será objeto de cobertura la medicación que se emplee en ensayos clínicos ni en tratamientos no reconocidos científicamente por las Guías Oncológicas acreditadas por la Agencia de Evaluación Tecnológica e Investigación Médica. Quedan expresamente excluida la hormonoterapia, las terapias biológicas como anticuerpos monoclonales, inmunoterapia, terapia celular CAR-T y sus evoluciones así como cualquier tratamiento no comercializado en España.
- g. Queda excluida la protonterapia.
- h. Asistencia sanitaria del SIDA y/o enfermedades que comprendan el síndrome producido por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- i. Cualquier asistencia y/o acto relacionado con Logopedia, Acupuntura, Homeopatía, Medicina Naturista, Podología, Psicología, Audiología y Óptica salvo lo expresamente indicado en el Artículo 2. Descripción de los servicios cubiertos.
- j. Cualquier asistencia y/o acto relacionado con Odontoestomatología, Osteopatía, Reflexología, Dietética y cualquier otro no relacionado en el Artículo. 2. Descripción de los servicios cubiertos.
- k. Queda excluida la cirugía robótica.
- l. Queda excluida la regeneración/implantación ósea y/ o de tejidos.
- m. Queda excluida la rehabilitación cardíaca.

ANEXO. Cobertura de reproducción asistida

1. OBJETO DE LA COBERTURA

La cobertura incluye el tratamiento de la infertilidad de la pareja, hasta el límite de 2 intentos de inseminación artificial y 1 intento de fecundación in vitro durante la vigencia de la póliza.

En caso de aplicación de las técnicas ICSI (microinyección espermática) y para punciones testiculares existirá una franquicia a cargo de los asegurados.

El tratamiento se llevará a cabo por los facultativos y en los centros médicos y hospitalarios designados por la entidad, que no necesariamente estarán ubicados en la provincia del domicilio de los asegurados.

La aplicación de técnicas de reproducción asistida se ajustará a la legislación vigente.

2. ACCESO A LA COBERTURA

Para tener derecho a la cobertura, y poder acceder a los tratamientos de reproducción asistida incluidos, es necesario que ambos miembros de la pareja sean asegurados de la póliza. Será necesario que se haya confirmado el diagnóstico de esterilidad de uno de los miembros de la pareja. También será necesario, que ninguno de ellos haya sido sometido a cirugía anticonceptiva (vasectomía o ligadura de trompas), que ambos no hayan cumplido la edad de 40 años, que ninguno de ellos haya tenido descendencia y que ambos hayan cumplido el periodo de carencia establecido.

Queda excluido el tratamiento, si la esterilidad se ha producido voluntariamente o si es consecuencia del proceso fisiológico natural.

Esta cobertura quedará limitada a la consecución de un parto por póliza y asegurado.

3. PERIODO DE CARENIA

Será condición indispensable para recibir esta cobertura, que ambos miembros de la pareja estén asegurados y sean beneficiarios ambos de la misma cobertura. Se establece un periodo de carencia de 36 meses a cada miembro de la pareja.

4. EXCLUSIONES

- a. El estudio y diagnóstico de la esterilidad.
- b. Quedan expresamente excluidos los tratamientos con inmunoglobulinas.
- c. Cualquier técnica reproductiva o de fertilización no detallada específicamente.
- d. El tratamiento de la esterilidad o infertilidad, mediante técnicas de reproducción asistida, cuando sea consecuencia de una cirugía anticonceptiva anterior (vasectomía, oclusión tubárica histeroscópica o ligadura de trompas).
- e. Los gastos de donación del espermia y/o de los ovocitos (bancos de semen y ovocitos), y en su caso los embriones.
- f. Los gastos de criopreservación de los propios gametos (espermatozoides u ovocitos) y de los embriones por cualquier causa, así como la transferencia de los mismos descongelados al útero.
- g. La subrogación uterina o gestacional con fines reproductivos.
- h. El diagnóstico genético preimplantacional (DGP), y el empleo de las técnicas reproductivas para la prevención y tratamiento de enfermedades genéticas o hereditarias, o con cualquier otro fin que no sea el tratamiento de la esterilidad de la pareja.
- i. Las técnicas complementarias especiales de obtención de espermatozoides (aspiración de tejido testicular); de selección espermática, inmunomagnética

(MACS) y morfológica (IMSI); de cultivo embrionario (cultivo largo en incubadoras hasta blastocisto) y de implantación uterina (Hatching asistido o eclosión asistida).

- j. Los incubadores con sistemas de monitorización en tiempo real de los cultivos embrionarios (p. ej. Embryoscope o Primo Vison).
- k. Los gastos de la medicación ambulatoria que sea necesario suministrar al asegurado durante el tratamiento de reproducción asistida.
- l. El internamiento hospitalario u hospitalización (> 24 horas) para realizar tratamientos de fecundación con técnicas de reproducción asistida.

5. FRANQUICIAS

Quedan establecidas las siguientes franquicias a cargo del Asegurado:

- Aplicación de Técnicas ICSI o Micro Inyección espermática 360,00 Euros
- Punción testicular (obtención de espermatozoides)..... 300,00 Euros

CONDICIONES ESPECIALES COMPLETMEDIC PLUS

Esta modalidad comprende la cobertura de la consulta con el facultativo, cirugía, estancia en centro hospitalario, así como los procedimientos de diagnóstico y/o terapéuticos que en cada una de las siguientes coberturas se detallan, conforme a lo pactado en las presentes Condiciones Generales, Condiciones Particulares y en las Condiciones Especiales y/o en el certificado individual de seguro.

Artículo 1. Modo de prestar los servicios

Se establecen las siguientes formas de prestar los servicios:

1.1. Modo I. Prestación de asistencia sanitaria a través del cuadro médico concertado por la entidad

En el caso de que el asegurado sea atendido por los médicos y/o en los establecimientos hospitalarios previstos en el cuadro médico, en los términos y con los límites que se expresan en la solicitud de contrato de seguro, en las Condiciones Generales y en las presentes Condiciones Especiales, el pago de la asistencia recibida dentro de esta modalidad corre íntegramente a cargo de la entidad, que abonará su importe directamente a los facultativos y centros que la hubieran prestado.

Cuando la asistencia se preste a través del cuadro médico concertado, no se concederán indemnizaciones optativas en metálico, ni reembolso de gastos, en sustitución de la prestación de servicios de asistencia sanitaria.

La prestación de los servicios cubiertos se realizará por profesionales y/o centros expresamente designados y concertados por la entidad, siempre que existan facultativos disponibles y concertados en la localidad geográfica de que se trate.

1.2. Modo II. Reembolso de Gastos Sanitarios

Cuando el asegurado utilice los servicios de asistencia sanitaria distintos a los del cuadro médico concertado por la entidad, **exclusivamente para los actos y especialidades descritos en este Artículo**, el asegurado abonará el importe del gasto y la entidad, previa presentación de la correspondiente factura, tomará a su cargo el importe de los gastos **reembolsables hasta los límites de importes máximos indicados en el Artículo 4 de las presentes Condiciones Especiales y hasta los siguientes porcentajes:**

- El **90%** en el caso de consultas de Pediatría, Ginecología-Obstetricia y revisión ginecológica, consulta de Acupuntura, Homeopatía, Medicina Naturista, Osteopatía, Reflexología y Podología.
- El **50%** para la cobertura de gastos farmacéuticos.

1.3. Modo III. Indemnización a tanto alzado por actos médico - quirúrgicos

En el caso que el asegurado acuda para recibir la asistencia sanitaria de médicos y/o en los establecimientos hospitalarios ajenos al cuadro médico concertado por la entidad, ésta abonará al asegurado el/los importe/s correspondientes reseñados en el baremo de indemnizaciones, de acuerdo con lo estipulado en el Artículo 10.3 de las Condiciones Generales de la póliza.

Esta prestación será satisfecha siempre y cuando la cobertura de la asistencia sanitaria no haya sido prestada o reembolsada total o parcialmente por la entidad.

Artículo 2. Descripción de los servicios cubiertos

La cobertura de la presente modalidad se extiende a los siguientes conceptos:

1. MEDICINA PRIMARIA

- 1.1. **Medicina general** en consulta.

- 1.2. **Pediatría y puericultura** en consulta.
- 1.3. **Servicio de enfermería** en consulta.
- 1.4. **Servicio de atención a domicilio.** Se realizará siempre que el estado del enfermo lo requiera y existan facultativos disponibles y concertados en la localidad geográfica de que se trate.

2. URGENCIAS

Comprende la asistencia sanitaria en casos de urgencia que se prestará en los Centros de Urgencia que indique el cuadro médico concertado.

3. ESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

Serán realizadas a criterio de un facultativo y previa autorización por la entidad.

- 3.1. **Alergología-Inmunología.** Queda cubierto el ingreso en hospital de día en los test de provocación de alto riesgo. Las vacunas correrán a cargo del asegurado.
- 3.2. **Anestesiología.** Incluida la anestesia epidural.
- 3.3. **Angiología y Cirugía Vascular.** Incluye el tratamiento de esclerosis de varices y la cirugía de varices por radiofrecuencia, salvo que sea por motivos estéticos.
- 3.4. **Aparato digestivo.**
- 3.5. **Aparato respiratorio.**
- 3.6. **Cardiología.**
- 3.7. **Cirugía cardíaca y Hemodinámica.**
- 3.8. **Cirugía general-digestiva y coloproctología.** Incluye el láser en cirugía hemorroidal.
- 3.9. **Cirugía maxilofacial.** No comprende las intervenciones quirúrgicas en los casos de prognatismo, retrognatia, micrognatia y luxación recidivante de la articulación témporo-maxilar. Tampoco comprende las cirugías cuya finalidad sea la colocación de implantes.
- 3.10. **Cirugía pediátrica.**
- 3.11. **Cirugía plástica reparadora.** Comprende las intervenciones quirúrgicas para restablecer lesiones, esencialmente mediante plastias e injertos. Incluye la reconstrucción de mama tras mastectomía radical y la prótesis mamaria. Queda cubierta la mamoplastia de reducción en mujeres mayores de 18 años con gigantomastia según criterios médicos de la entidad. **Se excluye cualquier tipo de cirugía con fines estéticos.**
- 3.12. **Cirugía torácica.** Incluida la simpatectomía por hiperhidrosis, previa valoración médica de la entidad.
- 3.13. **Dermatología.**
- 3.14. **Endocrinología y Nutrición.**
- 3.15. **Geriatría.** Siempre que existan facultativos designados y concertados en la localidad geográfica de que se trate.
- 3.16. **Ginecología y Obstetricia.** Comprende el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la mujer. Incluye:
 - a. **Revisión ginecológica anual:** consta de visita médica del ginecólogo, colposcopia, ecografía ginecológica abdominal o vaginal, exploración de mamas y mamografía de control en los casos que, a criterio del facultativo, se considere necesario. Incluye control citológico y el estudio del virus del papiloma humano (HPV).
 - b. **Preparación al parto:** sesiones teórico-prácticas destinadas a una óptima preparación para el momento del parto limitada a un solo profesional o centro por embarazo, quedando expresamente excluido de cobertura el cambio de profesional o centro, una vez iniciadas las sesiones.
 - c. **Vigilancia del embarazo por médico tocólogo y asistencia por éste en los partos y auxiliado por comadrona,** las ecografías necesarias de control del embarazo y el triple screening.

- d. **Diagnóstico prenatal:** la biopsia corial, la amniocentesis, la funiculocentesis, el estudio del cariotipo fetal y la analítica del test prenatal no invasivo básico quedaran cubiertos a partir de los 35 años y en mujeres menores de 35 años cuando el resultado en el test del triple screening sea superior a 1/250, tengan antecedentes familiares o de anteriores embarazos con anomalías.
 - e. **Tratamiento de lesiones vulvovaginales provocadas por el virus del papiloma humano HPV mediante técnica láser:** siempre que no tenga finalidad estética ni por disfunción sexual.
- 3.17. Hematología y Hemoterapia**
- 3.18. Medicina Interna.**
- 3.19. Medicina Nuclear.** Queda cubierto el PET-TAC con contraste de Glucosa y el PET Colina. **Se excluye el PET Amiloide.**
- 3.20. Nefrología.**
- 3.21. Neonatología.** Cubierta la revisión otológica en el recién nacido.
- 3.22. Neurocirugía.** Queda cubierto el uso de neuronavegadores en casos de tumores craneales, medulares, afectación de pares craneales, patología vertebral y cervical, así como en fusiones vertebrales y reintervenciones de patología de columna vertebral, bajo prescripción médica.
- 3.23. Neurología.**
- 3.24. Oftalmología.** Se incluyen los trasplantes de córnea, la terapia fotodinámica, la lente intraocular monofocal o bifocal y el cross-linking. Queda cubierta la corrección quirúrgica de los defectos de refracción de los ojos (miopía, astigmatismo, hipermetropía) mediante la técnica de láser excimer siempre que haya sido diagnosticada después de la entrada en vigor de la póliza y el asegurado tenga 6 o más dioptrías en cada ojo. Se incluirán las pruebas diagnósticas pre y post intervención quirúrgica.
- 3.25. Oncología Médica.**
- 3.26. Otorrinolaringología.** Queda cubierta la técnica de radiofrecuencia y laserterapia exclusivamente en cirugía de amígdalas, adenoides y cornetes. Asimismo, queda cubierta la técnica de laserterapia en el edema de Reinke y en la cirugía de cuerdas vocales. También quedará cubierta la radiofrecuencia en determinados actos como la faringoplastia (reestructuración de los tejidos de la faringe) y la uvuloplastia (para lograr un paladar más rígido). Estas técnicas están indicadas en el tratamiento de la apnea obstructiva del sueño.
- 3.27. Psiquiatría.** Cubierto en hospital de día **con un límite de 60 días por anualidad de seguro.** En el caso de tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia) en hospital de día se establecerá **un límite de 40 días por anualidad de seguro.**
- 3.28. Reumatología.**
- 3.29. Traumatología y Ortopedia.**
- 3.30. Urología y Andrología.** Incluye la vasectomía, así como el diagnóstico de la esterilidad masculina limitado a un seminograma y a un doppler testicular. Queda incluida la prótesis testicular en casos de cirugía reparadora posterior a una neoplasia. También queda cubierta la técnica de laserterapia exclusivamente en cirugía de próstata, litiasis renal, uretral y vesical. **En los casos de infertilidad quedará excluida la biopsia testicular.**

4. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

Las pruebas de diagnóstico en todos los casos han de ser prescritas por un facultativo autorizado por la entidad. Los medios de contraste serán a cuenta de la entidad.

4.1. Medios de diagnóstico convencionales

- 4.1.1. **Análisis clínicos.** Bioquímicos, hematológicos, microbiológicos y parasitológicos, con fines exclusivamente diagnósticos.
- 4.1.2. **Anatomía patológica.**
- 4.1.3. **Radiodiagnóstico.**

- a. Radiología simple (craneal, torácica, abdominal, urológica, ósea y extremidades)
 - b. Radiología especial no intervencionista (craneal, abdominal, urológica y ginecológica): ecografías, mamografía, densitometría y mielografía.
 - c. **Biopsia de próstata por fusión RMN-Ecografía.** Es un procedimiento mínimamente invasivo que permite tener un mapa anatómico de la próstata de gran exactitud con las zonas afectadas por el tumor y permite planificar el tratamiento.
- 4.1.4. **Medios de diagnóstico cardiovascular.** Electrocardiograma, ergometría (prueba de esfuerzo), ecocardiograma, ecografía doppler y holter.
- 4.1.5. **Neurofisiología Clínica.** Electromiograma, electroencefalograma y poli-somnografía.
- 4.1.6. **Diagnóstico Prenatal.** Se incluye el triple screening y la ecografía morfológica. La biopsia corial, la amniocentesis, la funiculocentesis, el estudio del cariotipo fetal y la analítica del test prenatal no invasivo básico quedaran cubiertos a partir de los 35 años y en mujeres menores de 35 años cuando el resultado en el test del triple screening sea superior a 1/250, tengan antecedentes familiares o de anteriores embarazos con anomalías.
- 4.1.7. **Pruebas respiratorias.** Espirometría, poligrafía respiratoria y pruebas funcionales.
- 4.1.8. **Pruebas urológicas.**
- 4.1.9. **Otras.** Test del aliento y epiluminiscencia.
- 4.1.10. **CTX.** Es un marcador bioquímico de remodelación ósea que sirve para monitorizar, entre otras enfermedades, la osteoporosis.
- 4.2. Medios de diagnóstico de alta tecnología y/o complejidad**
- 4.2.1. **Radiodiagnóstico.** Los medios de contraste serán a cargo de la entidad.
- a. Radiología de alta tecnología: tomografía axial computerizada (TAC), resonancia nuclear magnética (RMN) y arteriografía.
 - b. Radiología intervencionista cardiovascular y neuroradiología: coronografía, hemodinámica, arteriografía, embolizaciones y angioplastias.
- 4.2.2. **Medicina Nuclear.**
- a. Tomografía por Emisión de Positrones (PET) con el límite máximo de dos exploraciones por anualidad de seguro. Queda cubierto el PET-TAC con contraste de Glucosa y el PET Colina. Se excluye el PET Amiloide.
 - b. Isótopos radioactivos y gammagrafía.
 - c. DATSCAN
- 4.2.3. **Endoscopia digestiva y diagnóstica.** Cubierta la técnica de la cápsula endoscópica y el uso en pediatría de la cápsula Watson-Crosby. Asimismo queda incluida la enteroscopia de doble balón y la mucosectomía de colon, esofágica y gástrica. En todos los casos previa valoración médica por la entidad.
- 4.2.4. **Fibrobroncoscopia diagnóstica.**
- 4.2.5. **Medios de diagnóstico cardiovascular.** Resonancia magnética cardíaca y estudios electrofisiológicos.
- 4.2.6. **Pruebas genéticas.** Las pruebas genéticas quedarán cubiertas previa prescripción de un médico, siempre que tengan repercusión en el tratamiento de una enfermedad en curso, o sean necesarias para la obtención de un diagnóstico diferencial que no pueda confirmarse por otros medios, según los criterios establecidos por las agencias de evaluación (AETS). Comprende aquellos estudios genéticos que se indican a continuación:
- a. Hemocromatosis: PCR de las mutaciones "H63D", "C282Y" y "S65C" del gen HFE-3.
 - b. Trombofilia: la mutación "G16961A" del gen del factor V (Factor V de Leyden), la mutación "G20210A" del gen de la protrombina (Factor II), y la mutación "C677T" del gen MTHFR.
 - c. Enfermedad celiaca: el Genotipado "HLA-DQ" ("DQ2" y "DQ8").
 - d. Poliglobulias/Trombocitosis: la mutación "V617F" del gen JACK-2.

- e. Cáncer de colon polipósico familiar: gen APC secuenciación y MLPA.
- f. Cáncer de colon no polipósico: gen APC variantes I1307K y E1317Q.
- g. Síndrome de X frágil: FMR, expansión de tripletes (no cubierto en estudios de infertilidad).
- h. Cáncer de mama, ovario y próstata familiar: gen BRCA1 y BRCA2 secuenciación y MLPA.
- i. Cáncer de mama, ovario y próstata familiar: gen BRCA +16 genes (ATM, BRCA1, BRCA2, BRIP1, CDH1, CHECK2, EPCAM, MLH1, MSH2, MSH6, NBN, PALB2, PMS2, PTEN, RAD51C, RAD51D, STK11, TP53) por secuenciación y MLPA.
- j. Anatomía Patológica: las determinaciones genéticas/dianas terapéuticas precisas para la correcta prescripción de tratamientos farmacológicos en procesos de oncología y de acuerdo a las fichas técnicas de los mismos.

Quedará excluido cualquier tratamiento mediante terapia génica, y las determinaciones de plataformas genéticas con fines predictivos exceptuando el test prenatal no invasivo básico.

- 4.2.7. **EBUS.** Toma de biopsia transbronquial mediante ecobroncoscopia. Esta técnica permite un diagnóstico más detallado sin necesidad de cirugía. El EBUS facilita el diagnóstico de enfermedades con afectación del mediastino.

5. HOSPITALIZACIÓN

- 5.1. **Hospitalización quirúrgica y por parto** en habitación individual, incluye los gastos de manutención del enfermo, quirófano, anestesia, medicación de quirófano y clínica, curas y material. La asistencia a partos incluye además, los gastos de permanencia en incubadora sin límite de días y la asistencia médica del neonato, únicamente hasta su alta hospitalaria. **Exclusivamente en la hospitalización por parto, quedará incluida la manutención del acompañante en el centro hospitalario siempre y cuando disponga de servicio de restauración.**
- 5.2. **Hospitalización médica** en habitación individual, incluyendo la estancia y la manutención del enfermo, la medicación y los tratamientos necesarios. También comprende cama para un acompañante sin su manutención.
- 5.3. **Hospitalización en Unidad de Cuidados o Vigilancia Intensiva.** Incluye gastos de hospitalización, medicación y tratamiento en clínica.
- 5.4. **Hospitalización psiquiátrica**, únicamente en casos agudos o crónicos agudizados y diagnosticados por un especialista autorizado por la entidad, **con un límite de 60 días por anualidad de seguro** comprendiendo los gastos de hospitalización, medicación, manutención del enfermo y tratamiento en clínica.
- 5.5. **Hospitalización pediátrica** para menores de 14 años. Incluye la asistencia por hospitalización quirúrgica o médica tanto en hospitalización convencional como en unidades de neonatología (cuidados intensivos y/o cuidados intermedios). En esta cobertura quedará incluida la manutención del acompañante **en el centro hospitalario siempre y cuando disponga de servicio de restauración.**

6. MÉTODOS TERAPÉUTICOS

- 6.1. **Aerosolterapia-ventiloterapia.** La medicación correrá íntegramente a cargo del asegurado.
- 6.2. **Angioplastia coronaria y valvuloplastia mitral, tricúspide, aórtica y pulmonar y embolizaciones en angiología.**
- 6.3. **Clínica del dolor.** Tratamiento integral del dolor, farmacoterapia (la medicación estará cubierta en caso de ser administrada en régimen hospitalario y hospitalización de día), mediante sistemas espinales de infusión continua, bloqueos analgésicos y técnicas de estimulación periférica o medular. Incluye los tratamientos por Rizólisis en los centros autorizados por la entidad. **Quedan excluidos de cobertura los estimuladores medulares.**
- 6.4. **Diálisis y riñón artificial.** Exclusivamente en casos agudos. **No es objeto de cobertura el transporte del asegurado al centro y viceversa.**

- 6.5. **Endoscopia digestiva terapéutica.** Incluye balón intragástrico.
- 6.6. **Factores de crecimiento. Limitado a dos sesiones** por anualidad de seguro siempre que hayan sido prescritos por los profesionales del cuadro médico concertado y solo se realizarán en los centros concertados y expresamente autorizados por la entidad.
- 6.7. **Fibrobroncoscopia terapéutica.**
- 6.8. **Laserterapia.** Quedará cubierta en las siguientes especialidades médicas:
 - a. Oftalmología: láser argón y yag, y excimer exclusivamente en cirugía refractiva.
 - b. Otorrinolaringología: en cirugía de amígdalas, adenoides, edema de Reinke y cuerdas vocales.
 - c. Urología: en cirugía prostática, litiasis renal, uretral y vesical.
 - d. Cirugía General: en hemorroides.
 - e. Ginecología: el tratamiento de lesiones vulvovaginales provocadas por el virus del papiloma humano HPV, siempre que no tenga finalidad estética, ni por disfunción sexual.

El uso y la tipología del láser deberán ser validados y autorizados expresamente por la entidad y quedará limitado a los facultativos y centros expresamente autorizados y designados por la entidad.
- 6.9. **Litotricia renal.** En los centros determinados por la entidad, previa prescripción escrita de un especialista autorizado por la entidad.
- 6.10. **Logopedia.** Exclusivamente como rehabilitación de cirugía mayor de laringe, y en el tratamiento de las patologías del habla, del lenguaje y de la voz, como consecuencia de patologías orgánicas de carácter infeccioso, oncológico o traumático de las cuerdas vocales, sin necesidad de intervención quirúrgica.
- 6.11. **Nucleotomía percutánea.**
- 6.12. **Ortótica.**
- 6.13. **Oxigenoterapia ambulatoria y a domicilio.**
- 6.14. **Quimioterapia oncológica.** Incluye la orientación, seguimiento médico y el tratamiento a cargo de médicos especialistas en oncología. En el tratamiento médico se incluyen la medicación quimioterápica, siempre que se empleen de conformidad con las indicaciones que figuran en la ficha técnica del producto y cuya administración sea por vía intravenosa, así como los tratamientos con instilaciones de BCG en neoplasias vesicales, siempre que todos estos tratamientos hayan sido prescritos por los profesionales del cuadro médico concertado y en los centros expresamente autorizados. La entidad asumirá los gastos de productos farmacéuticos que estén comercializados en el mercado nacional. **No será objeto de cobertura la medicación que se emplee en ensayos clínicos ni en tratamientos no reconocidos científicamente por las Guías Oncológicas acreditadas por la Agencia de Evaluación Tecnológica e Investigación Médica. Quedan expresamente excluida la hormonoterapia, las terapias biológicas como anticuerpos monoclonales, inmunoterapia, terapia celular CAR-T y sus evoluciones.**
- 6.15. **Radiofrecuencia.** En cirugía de amígdalas, adenoides, cornetes y varices salvo que sea por motivos estéticos. También quedará cubierta la radiofrecuencia en determinados actos como la faringoplastia (reestructuración de los tejidos de la faringe) y la uvuloplastia (para lograr un paladar más rígido). Estas técnicas están indicadas en el tratamiento de la apnea obstructiva del sueño.
- 6.16. **Radioterapia oncológica.** Limitada exclusivamente en los centros expresamente autorizados por la entidad. Incluye acelerador lineal de partículas, cobaltoterapia, isótopos radioactivos y radioneurocirugía, esterotáxica y braquiterapia.
- 6.17. **Rehabilitación y Fisioterapia.** Las sesiones necesarias hasta la estabilización funcional del asegurado y 10 sesiones por anualidad de seguro y asegurado en casos de rehabilitación del suelo pélvico en incontinencias. Incluye electroterapia: onda corta, rayos infrarrojos y magnetoterapia. Cubiertas 5 sesiones mediante ondas de choque focales en el tratamiento de rehabilitación músculo-esquelético. **Quedan excluidos los medios de transporte de ida o vuelta, así como las terapias de mantenimiento.**
- 6.18. **Terapia de cierre asistido (VAC).**

- 6.19. **Transfusiones de sangre y/o plasma.**
- 6.20. **Tratamiento con hierro endovenoso** en hospital de día en anemias ferropénicas.
- 6.21. **Tratamiento de las apneas del sueño mediante CPAP, BIPAP y auto CPAP.** La aseguradora se hará cargo del coste de este tratamiento durante un período máximo de **12 meses** y solo se cubrirá un proceso por Asegurado y para toda la vida de la póliza..
- 6.22. **Tratamientos locales con ácido hialurónico** solo en intervenciones quirúrgicas.
- 6.23. **Unidad de Hi-Fu.** Para el tratamiento de tumores mediante hipertermia, exclusivamente en los tratamientos prescritos por los profesionales del cuadro médico concertado y en aquellos centros expresamente autorizados por la entidad.

7. MEDICINA PREVENTIVA

Los programas de diagnóstico cubiertos tendrán que ser prescritos por médicos especialistas de la entidad y serán realizados siempre en los centros designados y autorizados por la misma.

- 7.1. **Chequeo Médico Anual.** Consta de una visita médica efectuada por un facultativo de medicina general, que incluye exploración física, toma de tensión arterial, otoscopia, electrocardiograma, y analítica en sangre y orina con las determinaciones siguientes: hemograma completo, glucosa en líquidos biológicos, colesterol total, creatinina, GPT(ALT), Gamma GT, Triglicéridos, ácido úrico y sedimento citobacteriológico. Asimismo, también comprenderá una segunda visita médica para el comentario de los resultados de la analítica en sangre practicada.
- 7.2. **Otoemisiones acústicas.** Incluye una revisión otológica preventiva en recién nacidos.
- 7.3. **Planificación familiar.** Exclusivamente el control del tratamiento con anovulatorios, colocación del DIU, incluyendo el coste del dispositivo y su vigilancia, ligadura de trompas y vasectomía.
- 7.4. **Programa de Diagnóstico Precoz de Enfermedades de la Mama.** Exploración de la mama, ecografía mamaria y mamografías de control incluida la tomosíntesis. Sin limitaciones por edad.
- 7.5. **Programa de Diagnóstico Precoz de Enfermedades Ginecológicas.** Visita por especialista, incluyendo colposcopia, ecografía ginecológica abdominal o vaginal, citología y estudio del virus del papiloma humano. Sin limitaciones por edad.
- 7.6. **Programa de Diagnóstico Precoz de Enfermedades Coronarias.** Visita por especialista, toma de tensión arterial, electrocardiograma, y analítica en sangre y orina. Sin limitaciones por edad.
- 7.7. **Programa de Diagnóstico Precoz de Enfermedades de Próstata.** Visita por urólogo, analítica con determinaciones para el control del cáncer de próstata (PSA) y ecografía prostática.
- 7.8. **Programa de Diagnóstico Precoz de la Diabetes.** Visita por especialista, toma de tensión arterial, electrocardiograma, y analítica en sangre y orina. Sin limitaciones por edad.
- 7.9. **Programa de Diagnóstico Precoz del Glaucoma.** Visita preventiva con oftalmólogo, revisión optométrica, control de la presión intraocular y sus pruebas.
- 7.10. **Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Piel.** Queda cubierta la epiluminiscencia.
- 7.11. **Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer Colorectal.** Visita por especialista en aparato digestivo, colonoscopia, analítica con determinaciones de control del cáncer **excluyendo las determinaciones genéticas**, salvo las expresamente indicadas en el punto 4.2.6 del Artículo 4. La colonoscopia virtual se autorizará en aquellos casos en los que exista una clara indicación médica.
- 7.12. **Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Pulmón.** Visita por especialista, pruebas respiratorias necesarias y la fibrobroncoscopia para la inspección y obtención de muestras de las vías aéreas.
- 7.13. **Servicios Complementarios**, se incluye:
 - a. **Óptica:** chequeo optométrico anual.
 - b. **Audiología:** dos chequeos auditivos al año.

8. OTROS SERVICIOS

- 8.1. **Acupuntura, Homeopatía, Medicina Naturista y Osteopatía.** En cada una de ellas, se cubre una visita anual efectuada por médico especialista y siempre que existan profesionales disponibles en la localidad geográfica de que se trate.
- 8.2. **Ambulancias.** Para el traslado de los enfermos dentro de la localidad desde su domicilio a la clínica y viceversa, mediante prescripción de un médico, que no será necesaria en casos de urgencia.
- 8.3. **Ayuda a la convalecencia.** Limitado a asegurados que por motivo de intervención quirúrgica, hayan permanecido en régimen de ingreso hospitalario un mínimo de 7 días. En estos casos la cobertura comprende indistintamente el servicio de teleasistencia y el de ayuda a domicilio según las especificaciones siguientes:
 - a. **Teleasistencia.** Por el período máximo de un mes y consistente en la instalación de un terminal fijo exclusivamente en el domicilio donde resida el asegurado (sin posibilidad de cambio de domicilio), la atención telefónica a la conexión que por este terminal se efectúe, facilitando la entidad los profesionales necesarios para atender los servicios requeridos, siendo por cuenta del asegurado cualquier gasto que se produjera en la intervención de estos profesionales, salvo en servicios derivados de un siniestro cubierto por la póliza.
 - b. **Ayuda a domicilio.** Atención a la persona, con un máximo de 10 horas en total, prestadas exclusivamente en días laborables y en horario comprendido entre las 8 y las 22 h. Consiste en una visita de coordinación del servicio que planificará el plan de trabajo para el asegurado y una vez elaborado el mismo, se iniciará el servicio de 10 horas especificado, consistente en acompañamiento en el domicilio, limpieza de hogar y/o cuidados de la persona.
- 8.4. **Comadronas.** En la asistencia hospitalaria al parto.
- 8.5. **Podología.** Se cubren hasta cinco actos anuales, en los que se incluyen la primera visita, diagnóstico y tratamiento, control terapéutico, quiropodia, fotodopograma, reeducación ungueal con resinas, tratamientos cáusticos o de crioterapia de las verrugas/papilomas víricos así como la onicocriptosis, ulceraciones y mal perforantes. Queda cubierta la cirugía ortopodológica digital y ungueal y el estudio dinámico de la marcha.
- 8.6. **Prótesis.** Incluye el coste y colocación de las prótesis para el caso de válvulas cardíacas, **a excepción de las que se implantan mediante cateterismo por vía percutánea**, marcapasos, prótesis internas traumatológicas, by-pass vascular, stents vasculares y coils vasculares. También son objeto de cobertura la lente intraocular bifocal o monofocal por cirugía de cataratas y las prótesis mamarias y testiculares en casos de cirugía reparadora posterior a una neoplasia. La cobertura queda limitada a los centros y por los facultativos autorizados expresamente por la entidad, la cual se reserva la capacidad de gestionar la obtención de las prótesis. **No serán objeto de esta cobertura las prótesis y los stents de tubo digestivo-vía biliar.**
- 8.7. **Psicología.** Se cubren hasta 15 sesiones anuales de psicoterapia de carácter individual en régimen ambulatorio, previa prescripción de un médico psiquiatra, pediatra u oncólogo del cuadro médico concertado y realizadas por aquellos facultativos expresamente autorizados por la entidad. **Se excluye el psicoanálisis, hipnosis, test neuropsicológicos y psicométricos, sofrología, narcolepsia ambulatoria, cualquier método de asistencia psicológica no-conductual, la psicoterapia de grupo y la rehabilitación psicosocial.**
- 8.8. **Reembolso de Gastos Farmacéuticos.** Queda cubierto, de conformidad con lo dispuesto en las Condiciones Especiales de cada modalidad, el reembolso parcial, del importe de aquellos medicamentos y vacunas adquiridos en una farmacia en España, prescritos al asegurado, por un profesional del cuadro médico concertado, siempre que no estén cubiertos de forma parcial o total por la Seguridad Social, u organismo equivalente y estén autorizados para la venta al público por la Agencia Española de Medicamentos.

El reembolso será realizado en el porcentaje establecido del 50% hasta el límite del capital asegurado estipulado en el Artículo 4 de las presentes Condiciones Especiales.

Para obtener este reembolso parcial, el tomador o el asegurado deberán presentar la siguiente documentación:

 - a. Factura original que acredite haber satisfecho su importe al establecimiento de farmacia y se haga constar el tipo de producto farmacéutico adquirido.
 - b. Prescripciones médicas originales.

La cobertura de reembolso únicamente operará, para solicitudes, que comporte un **importe mínimo a reembolsar de la factura o conjunto de facturas aportadas en una misma solicitud por valor de 7 euros**, que se realizará en la cuenta que el tomador haya designado para el pago de la prima. Las facturas aportadas no podrán tener una antigüedad superior a seis meses

- 8.9. **Segunda Opinión Médica.** La entidad garantiza la posibilidad de obtener una segunda opinión facilitada por un comité médico internacional, sobre un diagnóstico o tratamiento médico-quirúrgico, en casos que por su complejidad o gravedad la requieran o aconsejen (cáncer, enfermedades cardiovasculares, trasplante de órganos, enfermedades neurológicas, insuficiencia renal crónica y SIDA). Asimismo, la entidad garantiza el acceso a un servicio personalizado de asesoramiento y apoyo si el asegurado decide viajar fuera de su país de residencia para recibir tratamiento médico. Los costes de desplazamiento y alojamiento correrán a cargo del asegurado.
- 8.10. **Servicio de Orientación Médica 24 horas.** Es un servicio de atención telefónica 24 horas al día y todos los días del año.
- 8.11. **Servicio de Orientación Social.** Consultas relativas a todo tipo de problemáticas sociales derivadas de enfermedades o situaciones relacionadas con: residencias, centros de días, ayuda a domicilio privada, asociaciones de Parkinson, esclerosis múltiple, o alzhéimer, centros de drogodependencia y desintoxicación, ocio (universidades populares, educación permanente de adultos, aulas de mayores, programas de animación sociocultural, voluntariado, vacaciones 3ª edad, balnearios, deportes y aficiones), pensión de viudedad, descuentos en transportes públicos, circunstancias familiares que requieran información u orientación urgente (soledad, maltrato, alcoholismo, drogadicción...) así como otros temas relacionados con la infancia, adolescencia, adultos, vejez o temas de dependencia.
- 8.12. **Telefarmacia.** Se proporcionarán los medios para hacer llegar al domicilio habitual del asegurado medicamentos o productos de venta en farmacia. El coste del servicio y de los medicamentos o productos van a cargo del solicitante.

En cualquier circunstancia en que se presenten diferentes alternativas para un mismo tratamiento, con idénticos resultados, la entidad se reserva el derecho a autorizar el que considere más conveniente.

Artículo 3. Riesgos no cubiertos

De forma adicional a los riesgos no cubiertos generales que se recogen en el Artículo 7 de las Condiciones Generales, en la modalidad COMPLETMEDIC PLUS quedan fuera de cobertura del seguro de asistencia sanitaria:

- a. Cualquier prueba o tratamiento para el diagnóstico y/o curación de la esterilidad o la infertilidad a excepción de los descritos en el punto 3.30. del Artículo 2. Descripción de los servicios cubiertos, así como también quedan excluidas las técnicas y tratamientos de reproducción asistida cuando no se reúnen los requisitos que dan acceso a dicha cobertura. Tampoco es objeto de cobertura la interrupción voluntaria del embarazo y las pruebas diagnósticas relacionadas con dicha interrupción.
- b. Los trasplantes de cualquier tipo, a excepción del de córnea. Además en los trasplantes se excluirán la extracción, transporte y conservación del órgano a trasplantar.
- c. Todas las técnicas quirúrgicas y/o terapéuticas que empleen el láser, salvo lo expresamente indicado en el punto 6.8. del Artículo 2. Descripción de los servicios cubiertos.
- d. Los estudios genéticos de todo tipo a excepción de lo indicado en el punto 4.2.6. del Artículo 2. Descripción de los servicios cubiertos.
- e. Los gastos por viaje y desplazamientos salvo la ambulancia en los términos contemplados en el punto 8.2. del Artículo 2. Descripción de los servicios cubiertos.

- f. **Productos farmacéuticos en pacientes ambulatorios a excepción de lo que se indica en los puntos 6.3., 6.14. ,6.20 y 6.22. del Artículo 2. Descripción de los servicios cubiertos.** En ningún caso queda cubierto el coste de la medicación quimioterápica, ni ninguna otra, fuera del ámbito de hospitalización y/o hospital de día. Se excluyen las formas especiales de quimioterapia, tales como la Quimioterapia Intraoperatoria o la Quimioterapia Intraperitoneal. Se considerarán excluidos, en todo caso, los tratamientos experimentales, los de uso compasivo, y los realizados para indicaciones distintas de las autorizadas en la ficha técnica del medicamento de que se trate. Las vacunas y autovacunas de todo tipo y en caso de procesos alérgicos, los extractos. No será objeto de cobertura la medicación que se emplee en ensayos clínicos ni en tratamientos no reconocidos científicamente por las Guías Oncológicas acreditadas por la Agencia de Evaluación Tecnológica e Investigación Médica. Quedan expresamente excluida la hormonoterapia, las terapias biológicas como anticuerpos monoclonales, inmunoterapia, terapia celular CAR-T y sus evoluciones así como cualquier tratamiento no comercializado en España.
- g. **Queda excluida la protonterapia.**
- h. **Asistencia sanitaria del SIDA y/o enfermedades que comprendan el síndrome producido por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).**
- i. **Cualquier asistencia y/o acto relacionado con Logopedia, Acupuntura, Homeopatía, Medicina Naturista, Podología, Psicología, Audiología y Osteopatía salvo lo expresamente indicado en el Artículo 2. Descripción de los servicios cubiertos.**
- j. **Cualquier asistencia y/o acto relacionado con Odontología, Dietética, Óptica y cualquier otro no relacionado en el Artículo de riesgos cubiertos.**
- k. **Queda excluida la cirugía robótica.**
- l. **Queda excluida la regeneración/implantación ósea y/ o de tejidos.**
- m. **Queda excluida la rehabilitación cardíaca.**

Artículo 4. Límites máximos y sumas aseguradas en el modo reembolso de gastos sanitarios

Las sumas aseguradas descritas en las presentes Condiciones Especiales son el límite total y global para el reembolso de todos los gastos incurridos en una anualidad de seguro.

El reembolso a efectuar, por la entidad de los conceptos indicados en el Artículo 1.2. de estas Condiciones Especiales, no excederá de los límites que para cada tipo o clase de asistencia sanitaria se establece a continuación:

Consulta Pediatría	300,00	€/anualidad
Consulta Ginecología y Obstetricia y Revisión ginecológica (Límite máximo para la revisión ginecológica)	300,00 (160,00)	€/anualidad (€/anualidad)
Consulta Acupuntura, Homeopatía, Medicina Naturista, Osteopatía y Reflexología.	60,00	€/primera visita para cada especialidad
Podología	150,00	€/anualidad
Gastos Farmacéuticos (importe mínimo por cada solicitud de reembolso 7€)	100,00	€/anualidad

ANEXO. Cobertura de reproducción asistida

1. OBJETO DE LA COBERTURA

La cobertura incluye el tratamiento de la infertilidad de la pareja, hasta el límite de 2 intentos de inseminación artificial y 1 intento de fecundación in vitro durante la vigencia de la póliza.

En caso de aplicación de las técnicas ICSI (microinyección espermática) y para punciones testiculares existirá una franquicia a cargo de los asegurados.

El tratamiento se llevará a cabo por los facultativos y en los centros médicos y hospitalarios designados por la entidad, que no necesariamente estarán ubicados en la provincia del domicilio de los asegurados.

La aplicación de técnicas de reproducción asistida se ajustará a la legislación vigente.

2. ACCESO A LA COBERTURA

Para tener derecho a la cobertura, y poder acceder a los tratamientos de reproducción asistida incluidos, es necesario que ambos miembros de la pareja sean asegurados de la póliza. Será necesario que se haya confirmado el diagnóstico de esterilidad de uno de los miembros de la pareja. También será necesario, que ninguno de ellos haya sido sometido a cirugía anticonceptiva (vasectomía o ligadura de trompas), que ambos no hayan cumplido la edad de 40 años, que ninguno de ellos haya tenido descendencia y que ambos hayan cumplido el periodo de carencia establecido.

Queda excluido el tratamiento, si la esterilidad se ha producido voluntariamente o si es consecuencia del proceso fisiológico natural.

Esta cobertura quedará limitada a la consecución de un parto por póliza y asegurado.

3. PERIODO DE CARENCIA

Será condición indispensable para recibir esta cobertura, que ambos miembros de la pareja estén asegurados y sean beneficiarios ambos de la misma cobertura. Se establece un periodo de carencia de 36 meses a cada miembro de la pareja.

4. EXCLUSIONES

- a. El estudio y diagnóstico de la esterilidad.
- b. Quedan expresamente excluidos los tratamientos con inmunoglobulinas.
- c. Cualquier técnica reproductiva o de fertilización no detallada específicamente.
- d. El tratamiento de la esterilidad o infertilidad, mediante técnicas de reproducción asistida, cuando sea consecuencia de una cirugía anticonceptiva anterior (vasectomía, oclusión tubárica histeroscópica o ligadura de trompas).
- e. Los gastos de donación del espermia y/o de los ovocitos (bancos de semen y ovocitos), y en su caso los embriones.
- f. Los gastos de criopreservación de los propios gametos (espermatozoides u ovocitos) y de los embriones por cualquier causa, así como la transferencia de los mismos descongelados al útero.
- g. La subrogación uterina o gestacional con fines reproductivos.
- h. El diagnóstico genético preimplantacional (DGP), y el empleo de las técnicas reproductivas para la prevención y tratamiento de enfermedades genéticas o hereditarias, o con cualquier otro fin que no sea el tratamiento de la esterilidad de la pareja.
- i. Las técnicas complementarias especiales de obtención de espermatozoides (aspiración de tejido testicular); de selección espermática, inmunomagnética

(MACS) y morfológica (IMSI); de cultivo embrionario (cultivo largo en incubadoras hasta blastocisto) y de implantación uterina (Hatching asistido o eclosión asistida).

- j. Los incubadores con sistemas de monitorización en tiempo real de los cultivos embrionarios (p. ej. Embryoscope o Primo Vison).
- k. Los gastos de la medicación ambulatoria que sea necesario suministrar al asegurado durante el tratamiento de reproducción asistida.
- l. El internamiento hospitalario u hospitalización (> 24 horas) para realizar tratamientos de fecundación con técnicas de reproducción asistida.

5. FRANQUICIAS

Quedan establecidas las siguientes franquicias a cargo del Asegurado:

- Aplicación de Técnicas ICSI o Micro Inyección espermática..... 360,00 Euros
- Punción testicular (obtención de espermatoцитos)..... 300,00 Euros

CONDICIONES ESPECIALES UNIVERSALMEDIC

Esta modalidad comprende la cobertura de la consulta con el facultativo, cirugía, estancia en centro hospitalario, así como los procedimientos de diagnóstico y/o terapéuticos que en cada una de las siguientes coberturas se detallan, conforme a lo pactado en las presentes Condiciones Generales, Condiciones Particulares y en las Condiciones Especiales y/o en el certificado individual de seguro.

Artículo 1. Modo de prestar los servicios

Se establecen las siguientes formas de prestar los servicios:

1.1. Modo I. Prestación de asistencia sanitaria a través del cuadro médico concertado por la entidad.

En el caso de que el asegurado sea atendido por los médicos y/o en los establecimientos hospitalarios previstos en el cuadro médico, en los términos y con los límites que se expresan en la solicitud de contrato de seguro, en las Condiciones Generales y, en las presentes Condiciones Especiales y, en su caso, las Condiciones Particulares, el pago de la asistencia recibida dentro de esta modalidad corre íntegramente a cargo de la entidad, que abonará su importe directamente a los facultativos y centros que la hubieran prestado.

Quando la asistencia se preste a través del cuadro médico concertado, no se concederán indemnizaciones optativas en metálico, ni reembolso de gastos, en sustitución de la prestación de servicios de asistencia sanitaria.

La prestación de los servicios cubiertos se realizará por profesionales y/o centros expresamente designados y concertados por la entidad, siempre que existan facultativos disponibles y concertados en la localidad geográfica de que se trate.

1.2. Modo II. Reembolso de Gastos Sanitarios

Quando el asegurado utilice los servicios de asistencia sanitaria distintos a los del cuadro médico concertado por la entidad, el asegurado abonará el importe del gasto y la entidad, previa presentación de la correspondiente factura, tomará a su cargo el importe de los gastos **reembolsables establecidos en el artículo 4 de las presentes Condiciones Especiales hasta los límites de importes máximos fijados y hasta los siguientes porcentajes:**

- Si el servicio se presta en España: el **90%**.
- Si el servicio se presta en el Extranjero: el **80%**.
- Cobertura de gastos farmacéuticos: el **50%**.

Utilización combinada de ambas opciones

El uso combinado de garantías comprendidas en una y otra forma de prestar los servicios, para un mismo proceso médico, sólo será posible si lo permiten los acuerdos de la entidad con los facultativos y/o establecimientos hospitalarios de su cuadro médico que intervengan en el proceso. En otro caso, los gastos devengados por la asistencia del asegurado, en su totalidad, serán asumidos por el asegurado y la entidad asumirá el reembolso, de acuerdo **con los límites cuantitativos establecidos en el artículo 4 de las presentes Condiciones Especiales.**

Artículo 2. Descripción de los servicios cubiertos

La cobertura de la presente modalidad se extiende a los siguientes conceptos:

1. MEDICINA PRIMARIA

- 1.1. **Medicina general** en consulta.
- 1.2. **Pediatría y puericultura** en consulta.

- 1.3. **Servicio de enfermería** en consulta.
- 1.4. **Servicio de atención a domicilio.** Se realizará siempre que el estado del enfermo lo requiera y existan facultativos disponibles y concertados en la localidad geográfica de que se trate.

2. URGENCIAS

Comprende la asistencia sanitaria en casos de urgencia.

3. ESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

- 3.1. **Alergología-Inmunología.** Queda cubierto el ingreso en hospital de día en los test de provocación de alto riesgo. Las vacunas correrán a cargo del asegurado.
- 3.2. **Anestesiología.** Incluida la anestesia epidural.
- 3.3. **Angiología y Cirugía Vascular.** Incluye el tratamiento de esclerosis de varices y la cirugía de varices por radiofrecuencia, salvo que sea por motivos estéticos.
- 3.4. **Aparato digestivo.**
- 3.5. **Aparato respiratorio.**
- 3.6. **Cardiología.**
- 3.7. **Cirugía cardíaca y Hemodinámica.**
- 3.8. **Cirugía general-digestiva y coloproctología.** Incluye el láser en cirugía hemorroidal.
- 3.9. **Cirugía maxilofacial.** No comprende las intervenciones quirúrgicas en los casos de prognatismo, retrognatia, micrognatia y luxación recidivante de la articulación témporo-maxilar. Tampoco comprende las cirugías cuya finalidad sea la colocación de implantes.
- 3.10. **Cirugía pediátrica.**
- 3.11. **Cirugía plástica reparadora.** Comprende las intervenciones quirúrgicas para restablecer lesiones, esencialmente mediante plastias e injertos. Incluye la reconstrucción de mama tras mastectomía radical y la prótesis mamaria. Queda cubierta la mamoplastia de reducción en mujeres mayores de 18 años con gigantomastia según criterios médicos de la entidad. **Se excluye cualquier tipo de cirugía con fines estéticos.**
- 3.12. **Cirugía torácica.** Incluida la simpatectomía por hiperhidrosis, previa valoración médica de la entidad.
- 3.13. **Dermatología.**
- 3.14. **Endocrinología y Nutrición.**
- 3.15. **Geriatría.** Siempre que existan facultativos designados y concertados en la localidad geográfica de que se trate.
- 3.16. **Ginecología y Obstetricia.** Comprende el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la mujer. Incluye:
 - a. **Revisión ginecológica anual:** consta de visita médica del ginecólogo, colposcopia, ecografía ginecológica abdominal o vaginal, exploración de mamas y mamografía de control en los casos que, a criterio del facultativo, se considere necesario. Incluye control citológico y el estudio del virus del papiloma humano (HPV).
 - b. **Preparación al parto:** sesiones teórico-prácticas destinadas a una óptima preparación para el momento del parto **limitada a un solo profesional o centro por embarazo, quedando expresamente excluido de cobertura el cambio de profesional o centro, una vez iniciadas las sesiones.**
 - c. **Vigilancia del embarazo por médico tocólogo y asistencia por éste en los partos y auxiliado por comadrona,** las ecografías necesarias de control del embarazo y el triple screening.
 - d. **Diagnóstico prenatal:** la biopsia corial, la amniocentesis, la funiculocentesis, el estudio del cariotipo fetal y la analítica del test prenatal no invasivo básico quedaran cubiertos a partir de los 35 años y en mujeres menores de 35 años cuando el resultado en el test del triple screening sea superior a 1/250, tengan antecedentes familiares o anteriores embarazos con anomalías.

- e. **Tratamiento de lesiones vulvovaginales provocadas por el virus del papiloma humano HPV mediante técnica láser:** siempre que no tenga finalidad estética ni por disfunción sexual.
- 3.17. **Hematología y Hemoterapia.**
- 3.18. **Medicina Interna.**
- 3.19. **Medicina Nuclear.** Queda cubierto el PET-TAC con contraste de Glucosa y el PET Colina. **Se excluye el PET Amiloide.**
- 3.20. **Nefrología.**
- 3.21. **Neonatología.** Cubierta la revisión otológica en el recién nacido.
- 3.22. **Neurocirugía.** Queda cubierto el uso de neuronavegadores en casos de tumores craneales, medulares, afectación de pares craneales, patología vertebral y cervical, así como en fusiones vertebrales y reintervenciones de patología de columna vertebral, bajo prescripción médica.
- 3.23. **Neurología.**
- 3.24. **Oftalmología.** Se incluyen los trasplantes de córnea, la terapia fotodinámica, la lente intraocular monofocal o bifocal y el cross-linking. Queda cubierta la corrección quirúrgica de los defectos de refracción de los ojos (miopía, astigmatismo, hipermetropía) mediante la técnica de láser excimer siempre que haya sido diagnosticada después de la entrada en vigor de la póliza y el asegurado tenga 6 ó más dioptrías en cada ojo. Se incluirán las pruebas diagnósticas pre y post intervención quirúrgica.
- 3.25. **Oncología Médica.**
- 3.26. **Otorrinolaringología.** Queda cubierta la técnica de radiofrecuencia y laserterapia exclusivamente en cirugía de amígdalas, adenoides y cornetes. Asimismo queda cubierta la técnica de laserterapia en el edema de Reinke y en la cirugía de cuerdas vocales. También quedará cubierta la radiofrecuencia en determinados actos como la faringoplastia (reestructuración de los tejidos de la faringe) y la uvuloplastia (para lograr un paladar más rígido). Estas técnicas están indicadas en el tratamiento de la apnea obstructiva del sueño.
- 3.27. **Psiquiatría.** Cubierto en hospital de día **con un límite de 60 días por anualidad de seguro.** En el caso de tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia) en hospital de día se establecerá **un límite de 40 días por anualidad de seguro.**
- 3.28. **Reumatología.**
- 3.29. **Traumatología y Ortopedia.**
- 3.30. **Urología y Andrología.** Incluye la vasectomía, así como el diagnóstico de la esterilidad masculina limitado a un seminograma y a un doppler testicular. Queda incluida la prótesis testicular en casos de cirugía reparadora posterior a una neoplasia. También queda cubierta la técnica de laserterapia exclusivamente en cirugía de próstata, litiasis renal, uretral y vesical. **En los casos de infertilidad quedará excluida la biopsia testicular.**

4. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

Los medios de contraste serán a cuenta de la entidad.

4.1. Medios de diagnóstico convencionales

- 4.1.1. **Análisis clínicos.** Bioquímicos, hematológicos, microbiológicos y parasitológicos, con fines exclusivamente diagnósticos.
- 4.1.2. **Anatomía patológica.**
- 4.1.3. **Radiodiagnóstico.**
 - a. Radiología simple (craneal, torácica, abdominal, urológica, ósea y extremidades)
 - b. Radiología especial no intervencionista (craneal, abdominal, urológica y ginecológica): ecografías, mamografía, densitometría y mielografía.
- 4.1.4. **Medios de diagnóstico cardiovascular.** Electrocardiograma, ergometría (prueba de esfuerzo), ecocardiograma, ecografía doppler y holter.
- 4.1.5. **Neurofisiología Clínica.** Electromiograma, electroencefalograma y polisomnografía.

- 4.1.6. **Diagnóstico Prenatal.** Se incluye el triple screening y la ecografía morfológica. La biopsia corial, la amniocentesis, la funiculocentesis, el estudio del cariotipo fetal y la analítica del test prenatal no invasivo básico quedaran cubiertos a partir de los 35 años y en mujeres menores de 35 años cuando el resultado en el test del triple screening sea superior a 1/250, tengan antecedentes familiares o anteriores embarazos con anomalías.
- 4.1.7. **Pruebas respiratorias.** Espirometría, poligrafía respiratoria y pruebas funcionales.
- 4.1.8. **Pruebas urológicas.**
- 4.1.9. **Otras.** Test del aliento y epiluminiscencia.
- 4.1.10 **CTX.** Es un marcador bioquímico de remodelación ósea que sirve para monitorizar, entre otras enfermedades, la osteoporosis.

4.2. Medios de diagnóstico de alta tecnología y/o complejidad

- 4.2.1. **Radiodiagnóstico.** Los medios de contraste serán a cargo de la entidad.
 - a. Radiología de alta tecnología: tomografía axial computerizada (TAC), resonancia nuclear magnética (RMN) y arteriografía.
 - b. Radiología intervencionista cardiovascular y neuroradiología: coronografía, hemodinámica, arteriografía, embolizaciones y angioplastias.
 - c. **Biopsia de próstata por fusión RMN-Ecografía.** Es un procedimiento mínimamente invasivo que permite tener un mapa anatómico de la próstata de gran exactitud con las zonas afectadas por el tumor y permite planificar el tratamiento.
- 4.2.2. **Medicina Nuclear.**
 - a. Tomografía por Emisión de Positrones (PET) con el límite máximo de dos exploraciones por anualidad de seguro. Queda cubierto el PET-TAC con contraste de Glucosa y el PET Colina. **Se excluye el PET Amiloide.**
 - b. Isótopos radioactivos y gammagrafía.
 - c. DATSCAN.
- 4.2.3. **Endoscopia digestiva y diagnóstica.** Cubierta la técnica de la cápsula endoscópica y el uso en pediatría de la cápsula Watson-Crosby. Así mismo queda incluida la Enteroscopia de doble balón y la mucosectomía de colon, esofágica y gástrica. En todos los casos previa valoración médica por la entidad.
- 4.2.4. **Fibrobroncoscopia diagnóstica.**
- 4.2.5. **Medios de diagnóstico cardiovascular.** Resonancia magnética cardíaca y estudios electrofisiológicos.
- 4.2.6. **Pruebas genéticas.** Las pruebas genéticas quedarán cubiertas, previa prescripción de un médico, siempre que tengan repercusión en el tratamiento de una enfermedad en curso, o sean necesarias para la obtención de un diagnóstico diferencial que no pueda confirmarse por otros medios, según los criterios establecidos por las agencias de evaluación (AETS). Comprende aquellos estudios genéticos que se indican a continuación:
 - a. Hemocromatosis: PCR de las mutaciones "H63D", "C282Y" y "S65C" del gen HFE-3.
 - b. Trombofilia: la mutación "G16961A" del gen del factor V (Factor V de Leyden), la mutación "G20210A" del gen de la protrombina (Factor II), y la mutación "C677T" del gen MTHFR.
 - c. Enfermedad celiaca: el Genotipado "HLA-DQ" ("DQ2" y "DQ8").
 - d. Poliglobulias/Trombocitosis: la mutación "V617F" del gen JACK-2.
 - e. Cáncer de colon polipósico familiar: gen APC secuenciación y MLPA.
 - f. Cáncer de colon no polipósico: gen APC variantes I1307K y E1317Q.
 - g. Síndrome de X frágil: FMR, expansión de tripletes (no cubierto en estudios de infertilidad).
 - h. Cáncer de mama, ovario y próstata familiar: gen BRCA1 y BRCA2 secuenciación y MLPA.

- i. Cáncer de mama, ovario y próstata familiar: gen BRCA +16 genes (ATM, BRCA1, BRCA2, BRIP1, CDH1, CHECK2, EPCAM, MLH1, MSH2, MSH6, NBN, PALB2, PMS2, PTEN, RAD51C, RAD51D, STK11, TP53) por secuenciación y MLPA.
- j. Anatomía Patológica: las determinaciones genéticas/dianas terapéuticas precisas para la correcta prescripción de tratamientos farmacológicos en procesos de oncología y de acuerdo a las fichas técnicas de los mismos.

Quedará excluido cualquier tratamiento mediante terapia génica, y las determinaciones de plataformas genéticas con fines predictivos exceptuando el test prenatal no invasivo básico.

4.2.7. EBUS. Toma de biopsia transbronquial mediante ecobroncoscopia. Esta técnica permite un diagnóstico más detallado sin necesidad de cirugía. El EBUS facilita el diagnóstico de enfermedades con afectación del mediastino.

5. HOSPITALIZACIÓN

- 5.1. Hospitalización quirúrgica y por parto** en habitación individual, incluye los gastos de manutención del enfermo, quirófano, anestesia, medicación de quirófano y clínica, curas y material. La asistencia a partos incluye además, los gastos de permanencia en incubadora sin límite de días y la asistencia médica del neonato, únicamente hasta su alta hospitalaria. **Exclusivamente en la hospitalización por parto, quedará incluida la manutención del acompañante en el centro hospitalario siempre y cuando disponga de servicio de restauración.**
- 5.2. Hospitalización médica** en habitación individual, incluyendo la estancia y la manutención del enfermo, la medicación y los tratamientos necesarios. También comprende cama para un acompañante sin su manutención.
- 5.3. Hospitalización en Unidad de Cuidados o Vigilancia Intensiva.** Incluye gastos de hospitalización, medicación y tratamiento en clínica.
- 5.4. Hospitalización psiquiátrica,** únicamente en casos agudos o crónicos agudizados y diagnosticados por un especialista autorizado por la entidad, con un límite de 60 días por anualidad de seguro comprendiendo los gastos de hospitalización, medicación, manutención del enfermo y tratamiento en clínica.
- 5.5. Hospitalización pediátrica** para menores de 14 años. Incluye la asistencia por hospitalización quirúrgica o médica tanto en hospitalización convencional como en unidades de neonatología (cuidados intensivos y/o cuidados intermedios). En esta cobertura quedará incluida la manutención del acompañante **en el centro hospitalario siempre y cuando disponga de servicio de restauración.**

6. TRASPLANTES DE ÓRGANOS

La entidad cubrirá el trasplante de córnea en el modo de prestación de servicios de asistencia sanitaria y de reembolso de gastos sanitarios.

Los trasplantes de: médula ósea, corazón, pulmón, hígado y riñón, únicamente serán cubiertos a través del modo de reembolso de gastos sanitarios.

Se excluyen la extracción, transporte y la conservación del órgano a trasplantar.

En todos los casos, los trasplantes en el modo de reembolso de gastos sanitarios, se cubrirán hasta el máximo por asegurado y proceso estipulado en el Artículo 4 de las presentes Condiciones Especiales y en caso que se realicen, en países situados fuera de la Comunidad Europea, solo se cubrirá si se autoriza los servicios médicos de la entidad. Esta cobertura, en el modo de reembolso de gastos sanitarios, solo se prestará una única vez por asegurado para toda la vida de la póliza.

7. MÉTODOS TERAPÉUTICOS

- 7.1. Aerosolterapia-ventiloterapia.** La medicación correrá íntegramente a cargo del asegurado.
- 7.2. Angioplastia coronaria y valvuloplastia mitral, tricúspide, aórtica y pulmonar y embolizaciones en angiología.**

- 7.3. **Clínica del dolor.** Tratamiento integral del dolor, farmacoterapia (la medicación estará cubierta en caso de ser administrada en régimen hospitalario y hospitalización de día), mediante sistemas espinales de infusión continua, bloqueos analgésicos y técnicas de estimulación periférica o medular. Incluye los tratamientos por Rizólisis en los centros autorizados por la entidad. **Quedan excluidos de cobertura los estimuladores medulares.**
- 7.4. **Díalisis y riñón artificial.** Exclusivamente en casos agudos. **No es objeto de cobertura el transporte del asegurado al centro y viceversa.**
- 7.5. **Endoscopia digestiva terapéutica.** Incluye balón intragástrico.
- 7.6. **Factores de crecimiento.** Limitado a dos sesiones por anualidad de seguro.
- 7.7. **Fibrobroncoscopia terapéutica.**
- 7.8. **Laserterapia.** Quedará cubierta en las siguientes especialidades médicas:
- a. Oftalmología: láser argón y yag, y excimer exclusivamente en cirugía refractiva.
 - b. Otorrinolaringología: en cirugía de amígdalas, adenoides, edema de Reinke y cuerdas vocales.
 - c. Urología: en cirugía prostática, litiasis renal, uretral y vesical.
 - d. Cirugía General: en hemorroides.
 - e. Ginecología: el tratamiento de lesiones vulvovaginales provocadas por el virus del papiloma humano HPV, siempre que no tenga finalidad estética, ni por disfunción sexual.
- El uso y la tipología del láser deberán ser validados y autorizados expresamente por la entidad y quedará limitado a los facultativos y centros expresamente autorizados y designados por la entidad.**
- 7.9. **Litotricia renal.** En los centros determinados por la entidad, previa prescripción escrita de un especialista autorizado por la entidad.
- 7.10. **Logopedia.** Exclusivamente como rehabilitación de cirugía mayor de laringe, y en el tratamiento de las patologías del habla, del lenguaje y de la voz, como consecuencia de patologías orgánicas de carácter infeccioso, oncológico o traumático de las cuerdas vocales sin necesidad de intervención quirúrgica.
- 7.11. **Nucleotomía percutánea.**
- 7.12. **Ortótica.**
- 7.13. **Oxigenoterapia ambulatoria y a domicilio.**
- 7.14. **Quimioterapia oncológica.** Incluye la orientación, seguimiento médico y el tratamiento a cargo de médicos especialistas en oncología. En el tratamiento médico se incluyen la medicación quimioterápica, siempre que se empleen de conformidad con las indicaciones que figuran en la ficha técnica del producto y cuya administración sea por vía intravenosa, así como los tratamientos con instilaciones de BCG en neoplasias vesicales, siempre que todos estos tratamientos hayan sido prescritos por los profesionales del cuadro médico concertado y en los centros expresamente autorizados. La entidad asumirá los gastos de productos farmacéuticos que estén comercializados en el mercado nacional. **No será objeto de cobertura la medicación que se emplee en ensayos clínicos ni en tratamientos no reconocidos científicamente por las Guías Oncológicas acreditadas por la Agencia de Evaluación Tecnológica e Investigación Médica. Quedan expresamente excluida la hormonoterapia, las terapias biológicas como anticuerpos monoclonales, inmunoterapia, terapia celular CAR-T y sus evoluciones.**
- 7.15. **Radiofrecuencia.** En cirugía de amígdalas, adenoides, cornetes y varices salvo que sea por motivos estéticos. También quedará cubierta la radiofrecuencia en determinados actos como la faringoplastia (reestructuración de los tejidos de la faringe) y la uvuloplastia (para lograr un paladar más rígido). Estas técnicas están indicadas en el tratamiento de la apnea obstructiva del sueño.
- 7.16. **Radioterapia oncológica.** Incluye acelerador lineal de partículas, cobaltoterapia, isótopos radioactivos y radioneurocirugía, esterotáxica y braquiterapia.
- 7.17. **Rehabilitación y Fisioterapia.** Las sesiones necesarias hasta la estabilización funcional del asegurado y 10 sesiones por anualidad de seguro y asegurado en casos de rehabilitación del

suelo pélvico en incontinencias. Incluye electroterapia: onda corta, rayos infrarrojos y magneto-terapia. Cubiertas 5 sesiones mediante ondas de choque focales en el tratamiento de rehabilitación músculo-esquelético. **Quedan excluidos los medios de transporte de ida o vuelta, así como las terapias de mantenimiento.**

7.18. **Terapia de cierre asistido (VAC).**

7.19. **Transfusiones de sangre y/o plasma.**

7.20. **Tratamiento con hierro endovenoso** en hospital de día en anemias ferropénicas.

7.21. **Tratamiento de las apneas del sueño mediante CPAP, BIPAP y auto CPAP.** La aseguradora se hará cargo del coste de este tratamiento durante un período máximo de **12 meses** y solo se cubrirá un proceso por Asegurado y para toda la vida de la póliza..

7.22. **Tratamientos locales con ácido hialurónico** solo en intervenciones quirúrgicas.

7.23. **Unidad de Hi-Fu.** Para el tratamiento de tumores mediante hipertermia, exclusivamente en los tratamientos prescritos por los profesionales del cuadro médico concertado y en aquellos centros expresamente autorizados por la entidad.

8. MEDICINA PREVENTIVA

Los programas de diagnóstico cubiertos tendrán que ser prescritos por médicos especialistas de la entidad y serán realizados siempre en los centros designados y autorizados por la misma.

8.1. **Chequeo Médico Anual.** Consta de una visita médica efectuada por un facultativo de medicina general, que incluye exploración física, toma de tensión arterial, otoscopia, electrocardiograma, y analítica en sangre y orina con las determinaciones siguientes: hemograma completo, glucosa en líquidos biológicos, colesterol total, creatinina, GPT(ALT), Gamma GT, Triglicéridos, ácido úrico y sedimento citobacteriológico. Asimismo, también comprenderá una segunda visita médica para el comentario de los resultados de la analítica en sangre practicada.

8.2. **Otoemisiones acústicas.** Incluye una revisión otológica preventiva en recién nacidos.

8.3. **Planificación familiar.** Exclusivamente el control del tratamiento con anovulatorios, colocación del DIU, incluyendo el coste del dispositivo y su vigilancia, ligadura de trompas y vasectomía.

8.4. **Programa de Diagnóstico Precoz de Enfermedades de la Mama.** Exploración de la mama, ecografía mamaria y mamografías de control incluida la tomosíntesis. Sin limitaciones por edad.

8.5. **Programa de Diagnóstico Precoz de Enfermedades Ginecológicas.** Visita por especialista, incluyendo colposcopia, ecografía ginecológica abdominal o vaginal, citología y estudio del virus del papiloma humano. Sin limitaciones por edad.

8.6. **Programa de Diagnóstico Precoz de Enfermedades Coronarias.** Visita por especialista, toma de tensión arterial, electrocardiograma, y analítica en sangre y orina. Sin limitaciones por edad.

8.7. **Programa de Diagnóstico Precoz de Enfermedades de Próstata.** Visita por urólogo, analítica con determinaciones para el control del cáncer de próstata (PSA) y ecografía prostática.

8.8. **Programa de Diagnóstico Precoz de la Diabetes.** Visita por especialista, toma de tensión arterial, electrocardiograma, y analítica en sangre y orina. Sin limitaciones por edad.

8.9. **Programa de Diagnóstico Precoz del Glaucoma.** Visita preventiva con oftalmólogo, revisión optométrica, control de la presión intraocular y sus pruebas.

8.10. **Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Piel.** Queda cubierta la epiluminiscencia.

8.11. **Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer Colorectal.** Visita por especialista en aparato digestivo, colonoscopia, analítica con determinaciones de control del cáncer **excluyendo las determinaciones genéticas**, salvo las expresamente indicadas en el punto 4.2.6 del Artículo 4. La colonoscopia virtual se autorizará en aquellos casos en los que exista una clara indicación médica.

8.12. **Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Pulmón.** Visita por especialista, pruebas respiratorias necesarias y la fibrobroncoscopia para la inspección y obtención de muestras de las vías aéreas.

8.13. **Servicios Complementarios**, se incluye:

- a. **Óptica:** chequeo optométrico anual.
- b. **Audiología:** dos chequeos auditivos al año.

9. OTROS SERVICIOS

- 9.1. **Acupuntura, Homeopatía, Medicina Naturista y Osteopatía.** En cada una de ellas, se cubre una visita anual efectuada por médico especialista y siempre que existan profesionales disponibles en la localidad geográfica de que se trate.
- 9.2. **Ambulancias.** Para el traslado de los enfermos dentro de la localidad desde su domicilio a la clínica y viceversa, mediante prescripción de un médico, que no será necesaria en casos de urgencia.
- 9.3. **Ayuda a la convalecencia.** Limitado a asegurados que por motivo de intervención quirúrgica, hayan permanecido en régimen de ingreso hospitalario un mínimo de 7 días. En estos casos la cobertura comprende indistintamente el servicio de teleasistencia y el de ayuda a domicilio según las especificaciones siguientes:
 - a. **Teleasistencia.** Por el período máximo de un mes y consistente en la instalación de un terminal fijo exclusivamente en el domicilio donde resida el asegurado (sin posibilidad de cambio de domicilio), la atención telefónica a la conexión que por este terminal se efectúe, facilitando la entidad los profesionales necesarios para atender los servicios requeridos, siendo por cuenta del asegurado cualquier gasto que se produjera en la intervención de estos profesionales, salvo en servicios derivados de un siniestro cubierto por la póliza.
 - b. **Ayuda a domicilio.** Atención a la persona, con un máximo de 10 horas en total, prestadas exclusivamente en días laborables y en horario comprendido entre las 8 y las 22 h. Consiste en una visita de coordinación del servicio que planificará el plan de trabajo para el asegurado y una vez elaborado el mismo, se iniciará el servicio de 10 horas especificado, consistente en acompañamiento en el domicilio, limpieza de hogar y/o cuidados de la persona.
- 9.4. **Comadronas.** En la asistencia hospitalaria al parto.
- 9.5. **Enfermedades o defectos congénitos en recién nacidos.** La entidad asumirá los gastos comprendidos de la asistencia médica y/u hospitalaria que precise el recién nacido, después de su alta hospitalaria, siempre y cuando haya sido dado de alta en la entidad según queda establecido en el **Artículo 13 de las Condiciones Generales**. En caso de utilizar el modo de reembolso de gastos sanitarios, si los gastos fueran consecuencia de enfermedades de carácter congénito, el reembolso se otorgará únicamente durante el primer año de vida del recién nacido **y con el límite máximo económico estipulado en el Artículo 4 del presente Anexo de Coberturas**.
- 9.6. **Podología.** Se cubren hasta 5 actos anuales, en los que se incluyen la primera visita, diagnóstico y tratamiento, control terapéutico, quiropodia, fotodopograma, reeducación ungueal con resinas, tratamientos cáusticos o de crioterapia de las verrugas/papilomas víricos así como la onicocriptosis, ulceraciones y mal perforantes. Queda cubierta la cirugía ortopodológica digital y ungueal y el estudio dinámico de la marcha.
- 9.7. **Prótesis.** Incluye el coste y colocación de las prótesis para el caso de válvulas cardíacas **a excepción de las que se implantan mediante cateterismo por vía percutánea**, marcapasos, prótesis internas traumatológicas, by-pass vascular, stents vasculares y coils vasculares. También son objeto de cobertura la lente intraocular bifocal o monofocal por cirugía de cataratas y las prótesis mamarias y testiculares en casos de cirugía reparadora posterior a una neoplasia. **No serán objeto de esta cobertura las prótesis y los stents de tubo digestivo-vía biliar.**
- 9.8. **Psicología.** Se cubren hasta 15 **sesiones anuales de psicoterapia de carácter individual en régimen ambulatorio**, previa prescripción de un médico psiquiatra, pediatra u oncólogo del cuadro médico concertado y realizadas por aquellos facultativos expresamente autorizados por la entidad. **Se excluye el psicoanálisis, hipnosis, test neuropsicológicos y psicométricos, somnología, narcolepsia ambulatoria, cualquier método de asistencia psicológica no-conductual, la psicoterapia de grupo y la rehabilitación psicosocial.**
- 9.9. **Reembolso de Gastos Farmacéuticos.** Queda cubierto, de conformidad con lo dispuesto en las Condiciones Especiales de cada modalidad, el reembolso parcial, del importe de aquellos medicamentos y vacunas adquiridos en una farmacia en España, prescritos al asegurado, por un profesional del cuadro médico concertado, siempre que no estén cubiertos de forma parcial o

total por la Seguridad Social, u organismo equivalente y estén autorizados para la venta al público por la Agencia Española de Medicamentos.

El reembolso será realizado en el porcentaje establecido del 50% hasta el límite del capital asegurado estipulado en el Artículo 4 de las presentes Condiciones Especiales.

Para obtener este reembolso parcial, el tomador o el asegurado deberán presentar la siguiente documentación:

- a. Factura original que acredite haber satisfecho su importe al establecimiento de farmacia y se haga constar el tipo de producto farmacéutico adquirido.
- b. Prescripciones médicas originales.

La cobertura de reembolso únicamente operará, para solicitudes, que comporte un **importe mínimo a reembolsar de la factura o conjunto de facturas aportadas en una misma solicitud por valor de 7 euros**, que se realizará en la cuenta que el tomador haya designado para el pago de la prima. Las facturas aportadas no podrán tener una antigüedad superior a seis meses.

- 9.10. **Segunda Opinión Médica.** La entidad garantiza la posibilidad de obtener una segunda opinión facilitada por un comité médico internacional, sobre un diagnóstico o tratamiento médico-quirúrgico, en casos que por su complejidad o gravedad la requieran o aconsejen (cáncer, enfermedades cardiovasculares, trasplante de órganos, enfermedades neurológicas, insuficiencia renal crónica y SIDA). Asimismo, la entidad garantiza el acceso a un servicio personalizado de asesoramiento y apoyo si el asegurado decide viajar fuera de su país de residencia para recibir tratamiento médico. Los costes de desplazamiento y alojamiento correrán a cargo del asegurado.
- 9.11. **Servicio de Orientación Médica 24 horas.** Es un servicio de atención telefónica 24 horas al día y todos los días del año.
- 9.12. **Servicio de Orientación Social.** Consultas relativas a todo tipo de problemáticas sociales derivadas de enfermedades o situaciones relacionadas con: residencias, centros de días, ayuda a domicilio privada, asociaciones de Parkinson, esclerosis múltiple, o alzhéimer, centros de drogodependencia y desintoxicación, ocio (universidades populares, educación permanente de adultos, aulas de mayores, programas de animación sociocultural, voluntariado, vacaciones 3ª edad, balnearios, deportes y aficiones), pensión de viudedad, descuentos en transportes públicos, circunstancias familiares que requieran información u orientación urgente (soledad, maltrato, alcoholismo, drogadicción...) así como otros temas relacionados con la infancia, adolescencia, adultos, vejez o temas de dependencia.
- 9.13. **Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).** Antígenos y anticuerpos en sangre, complejo relacionado con el SIDA, así como consecuencias sufridas por el SIDA. La entidad cubrirá por este **concepto hasta un máximo por asegurado y anualidad según lo estipulado en el Artículo 4 del presente Anexo de Coberturas, para cuya aplicación sumará de forma conjunta el gasto producido tanto a través del modo asistencia sanitaria y del modo del reembolso de gastos sanitarios.**
- 9.14. **Telefarmacia.** Se proporcionarán los medios para hacer llegar al domicilio habitual del asegurado medicamentos o productos de venta en farmacia. El coste del servicio y de los medicamentos o productos van a cargo del solicitante.

En cualquier circunstancia en que se presenten diferentes alternativas para un mismo tratamiento, con idénticos resultados, la entidad se reserva el derecho a autorizar el que considere más conveniente.

Artículo 3. Riesgos no cubiertos

De forma adicional a los riesgos no cubiertos generales que se recogen en el Artículo 7 de las Condiciones Generales, en la modalidad UNIVERSALMEDIC quedan fuera de cobertura del seguro de asistencia sanitaria:

- a) Cualquier prueba o tratamiento para el diagnóstico y/o curación de la esterilidad o la infertilidad a excepción de los descritos en el punto 3.30. del Artículo 2. Descripción de los servicios cubiertos, así como también quedan excluidas las técnicas y tratamientos de reproducción asistida cuando no se reúnen los requisitos que dan acceso a dicha cobertura. Tampoco es objeto de cobertura la interrupción voluntaria del embarazo y las pruebas diagnósticas relacionadas con dicha interrupción.
- b) Los trasplantes de cualquier tipo, a excepción de los descritos en el punto 6 del Artículo 2. Descripción de los servicios cubiertos. Además en los trasplantes se excluirán la extracción, transporte y conservación del órgano a trasplantar.
- c) Todas las técnicas quirúrgicas y/o terapéuticas que empleen el láser, salvo lo expresamente indicado en el punto 7.8. del Artículo 2. Descripción de los servicios cubiertos.
- d) Los estudios genéticos de todo tipo a excepción de lo indicado en el punto 4.2.6. del Artículo 2. Descripción de los servicios cubiertos.
- e) Los gastos por viaje y desplazamientos salvo la ambulancia en los términos contemplados en el punto 9.2. del Artículo 2. Descripción de los servicios cubiertos.
- f) Productos farmacéuticos en pacientes ambulatorios a excepción de lo que se indica en los puntos 7.3., 7.14., 7.20. y 7.22. del Artículo 2. Descripción de los servicios cubiertos. En ningún caso queda cubierto el coste de la medicación quimioterápica, ni ninguna otra, fuera del ámbito de hospitalización y/o hospital de día. Se excluyen las formas especiales de quimioterapia, tales como la Quimioterapia Intraoperatoria o la Quimioterapia Intraperitoneal. Se considerarán excluidos, en todo caso, los tratamientos experimentales, los de uso compasivo, y los realizados para indicaciones distintas de las autorizadas en la ficha técnica del medicamento de que se trate. Las vacunas y autovacunas de todo tipo y en caso de procesos alérgicos, los extractos. No será objeto de cobertura la medicación que se emplee en ensayos clínicos ni en tratamientos no reconocidos científicamente por las Guías Oncológicas acreditadas por la Agencia de Evaluación Tecnológica e Investigación Médica. Quedan expresamente excluida la hormonoterapia, las terapias biológicas como anticuerpos monoclonales, inmunoterapia, terapia celular CAR-T y sus evoluciones así como cualquier tratamiento no comercializado en España.
- g) Queda excluida la protonterapia.
- h) Cualquier asistencia y/o acto relacionado con Logopedia, Acupuntura, Homeopatía, Medicina Naturista, Podología, Psicología, Audiología y Osteopatía salvo lo expresamente indicado en el Artículo 2. Descripción de los servicios cubiertos.
- i) Cualquier asistencia y/o acto relacionado con Odontología, Dietética, Óptica y cualquier otro no relacionado en el Artículo 2 de descripción de los servicios cubiertos.
- j) Queda excluida la cirugía robótica.
- k) Queda excluida la regeneración/implantación ósea y/ o de tejidos.
- l) Queda excluida la rehabilitación cardíaca.

Artículo 4. Límites máximos y sumas aseguradas en el modo de reembolso de gastos sanitarios

Las sumas aseguradas descritas en las presentes condiciones especiales son el límite total y global para el modo de reembolso de gastos sanitarios causados en una anualidad de seguro, salvo para los límites establecidos por proceso, cuyo límite se refiere a la totalidad del proceso aunque éste se desarrolle en diferentes anualidades de seguro.

ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA	50.000,00	€ / Anualidad
Consulta asistencia primaria (Medicina General y Pediatría)	70,00	€/visita
Servicio de enfermería en consulta	7,00	€/visita
Servicio de enfermería en domicilio	20,00	€/visita
Consulta asistencia especialistas	125,00	€/visita
Consulta Acupuntura, Homeopatía, Medicina Naturista y Osteopatía	70,00	€/primera visita
Psicología	200,00	€/anualidad
Podología	200,00	€/anualidad
Revisión ginecológica anual	240,00	€/anualidad
Chequeo médico anual	250,00	€/anualidad
Chequeo óptico	150,00	€/anualidad
Chequeo auditivo	150,00	€/anualidad
Ambulancias	610,00	€/anualidad
Gastos Farmacéuticos (importe mínimo por cada solicitud de reembolso 7€)	150,00	€/anualidad

ASISTENCIA HOSPITALARIA	150.000,00	€ / Anualidad
Estancia Hospitalaria	300,00	€/día
Hospitalización por Parto (normal o múltiple)	4.000,00	€/proceso
Estancia Hospitalaria en UCI	500,00	€/día
Hospitalización Psiquiátrica	300,00	€/día hasta un máximo de 60 días/anualidad
Cirugía menor y ambulatoria (Grupo 1, 2 y 3)	600,00	€/intervención
Cirugía media (Grupo 4, 5, 6 y 7)	3.000,00	€/intervención
Cirugía mayor (Grupo 8, 9 y 10)	6.000,00	€/intervención
Gran cirugía (Grupo 11)	7.500,00	€/intervención
Prótesis internas	12.000,00	€/anualidad

MÉTODOS TERAPÉUTICOS (incluyen gastos hospitalarios y ambulatorios)		
Rehabilitación y Fisioterapia	1.500,00	€/anualidad
Clínica del dolor	1.500,00	€/anualidad
Factores de crecimiento	700,00	€/anualidad
Tratamiento con hierro endovenoso	1.000,00	€/anualidad

Unidad de Hi-Fu	9.000,00	€/proceso
-----------------	----------	-----------

OTROS SERVICIOS (incluyen gastos hospitalarios y ambulatorios)		
Enfermedades o Defectos Congénitos en Recién Nacidos	7.000,00	€/primera anualidad
Preparación al parto	500,00	€/proceso
Ayuda a la convalecencia:		
Teleasistencia	50,00	€/proceso
Ayuda a Domicilio	200,00	€/proceso

OTROS GASTOS (incluyen gastos hospitalarios y ambulatorios)		
Trasplantes de órganos:		
Pulmón, hígado, corazón y riñón	150.000,00	€/proceso
Médula ósea	100.000,00	€/proceso
Córnea	10.000,00	€/proceso
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)	6.000,00	€/proceso

ANEXO. Cobertura de reproducción asistida

1. OBJETO DE LA COBERTURA

La cobertura incluye el tratamiento de la infertilidad de la pareja, hasta el límite de 2 intentos de inseminación artificial y 1 intento de fecundación in vitro durante la vigencia de la póliza.

En caso de aplicación de las técnicas ICSI (microinyección espermática) y para punciones testiculares existirá una franquicia a cargo de los asegurados.

El tratamiento se llevará a cabo por los facultativos y en los centros médicos y hospitalarios designados por la entidad, que no necesariamente estarán ubicados en la provincia del domicilio de los asegurados.

La aplicación de técnicas de reproducción asistida se ajustará a la legislación vigente.

2. ACCESO A LA COBERTURA

Para tener derecho a la cobertura, y poder acceder a los tratamientos de reproducción asistida incluidos, es necesario que ambos miembros de la pareja sean asegurados de la póliza. Será necesario que se haya confirmado el diagnóstico de esterilidad de uno de los miembros de la pareja. También será necesario, que ninguno de ellos haya sido sometido a cirugía anticonceptiva (vasectomía o ligadura de trompas), que ambos no hayan cumplido la edad de 40 años, que ninguno de ellos haya tenido descendencia y que ambos hayan cumplido el periodo de carencia establecido.

Queda excluido el tratamiento, si la esterilidad se ha producido voluntariamente o si es consecuencia del proceso fisiológico natural.

Esta cobertura quedará limitada a la consecución de un parto por póliza y asegurado.

3. PERIODO DE CARENIA

Será condición indispensable para recibir esta cobertura, que ambos miembros de la pareja estén asegurados y sean beneficiarios ambos de la misma cobertura. Se establece un periodo de carencia de 36 meses a cada miembro de la pareja.

4. EXCLUSIONES

- a. El estudio y diagnóstico de la esterilidad.
- b. Quedan expresamente excluidos los tratamientos con inmunoglobulinas.
- c. Cualquier técnica reproductiva o de fertilización no detallada específicamente.
- d. El tratamiento de la esterilidad o infertilidad, mediante técnicas de reproducción asistida, cuando sea consecuencia de una cirugía anticonceptiva anterior (vasectomía, oclusión tubárica histeroscópica o ligadura de trompas).
- e. Los gastos de donación del esperma y/o de los ovocitos (bancos de semen y ovocitos), y en su caso los embriones.
- f. Los gastos de criopreservación de los propios gametos (espermatozoides u ovocitos) y de los embriones por cualquier causa, así como la transferencia de los mismos descongelados al útero.
- g. La subrogación uterina o gestacional con fines reproductivos.
- h. El diagnóstico genético preimplantacional (DGP), y el empleo de las técnicas reproductivas para la prevención y tratamiento de enfermedades genéticas o hereditarias, o con cualquier otro fin que no sea el tratamiento de la esterilidad de la pareja.
- i. Las técnicas complementarias especiales de obtención de espermatozoides (aspiración de tejido testicular); de selección espermática, inmunomagnética (MACS) y morfológica (IMSI); de cultivo embrionario (cultivo largo en incubadoras hasta blastocisto) y de implantación uterina (Hatching asistido o eclosión asistida).
- j. Los incubadores con sistemas de monitorización en tiempo real de los cultivos embrionarios (p. ej. Embryoscope o Primo Vison).
- k. Los gastos de la medicación ambulatoria que sea necesario suministrar al asegurado durante el tratamiento de reproducción asistida.
- l. El internamiento hospitalario u hospitalización (> 24 horas) para realizar tratamientos de fecundación con técnicas de reproducción asistida.

5. FRANQUICIAS

Quedan establecidas las siguientes franquicias a cargo del Asegurado:

- Aplicación de Técnicas ICSI o Micro Inyección espermática 360,00 Euros
- Punción testicular (obtención de espermatozoides).....300,00 Euros

BAREMO DE INDEMNIZACIONES

INTRODUCCIÓN

En el presente Baremo de indemnizaciones se detallan los actos y servicios médicos por los cuales usted percibirá una indemnización siempre y cuando el seguro que haya contratado lo contemple. También se relacionan los importes a percibir por las intervenciones quirúrgicas, tratamientos, exploraciones, fracturas no quirúrgicas y maternidad reseñada, así como las asignaciones económicas por cada día de hospitalización quirúrgica y de UCI, según lo estipulado en las Condiciones generales y especiales de su seguro.

El trámite para el cobro de las indemnizaciones es muy sencillo. Sólo tiene que hacernos llegar a la mayor brevedad el documento o informe con los datos de su caso que el mismo centro o médico le facilitará. Puede hacerlo por correo, por fax o directamente en cualquier sucursal de nuestra entidad.

Baremo para asegurados de las modalidades siguientes:

- Clinimedic con la opción “sin copagos”
- Clinimedic Plus
- Completmedic con la opción “sin copagos”
- Completmedic Plus

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

ACTO MÉDICO DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR	Importe
Amputación del pie, mano o extremidad a cualquier nivel	216,97 €
Aneurisma/s aorto-abdominal/es o ilíaco/s	930,37 €
Aneurisma/s cirsoideo/s	372,03 €
Aneurisma/s de zona supraaórtica cervical	930,37 €
Aneurisma/s de zona supraaórtica intratorácica	1.240,49 €
Aneurisma/s periférico/s	496,44 €
Aneurisma/s tóraco-abdominal/es	1.240,49 €
Aneurisma/s visceral/es	930,37 €
By-pass aorto-femoral, fémoro-poplíteo o distal	682,15 €
By-pass aorto-ilíaco o ilíaco-femoral	496,44 €
By-pass A-V con vena o prótesis	372,03 €
By-pass axilo-bifemoral o ilíaco-fémoro-poplíteo (vía obturador)	496,44 €
By-pass axilo-femoral o fémoro-femoral	372,03 €
By-pass de aorta abdominal y/o infrarrenal, bilíaco y/o bifemoral	682,15 €
By-pass de aorta con arterias viscerales	682,15 €
By-pass de aorta tóraco-abdominal	1.240,49 €
By-pass de troncos distales	496,44 €
By-pass de troncos supraaórticos extratorácicos proximales	930,37 €
By-pass fémoro-poplíteo con profundoplastia	496,44 €
By-pass fémoro-poplíteo	372,03 €

By-pass o endarterectomía de las carótidas cervicales	682,15 €
By-pass subclavio-humeral, o axilo-humeral o húmero-distal	372,03 €
Corpectomía por vía endoscópica mediante láser	372,03 €
Derivaciones veno-venosas	372,03 €
Desarticulación de la cadera o el hombro	278,87 €
Embolectomía transfemoral o transhumeral	372,03 €
Embolectomía visceral abdomen	496,44 €
Embolización operatoria	216,97 €
Escalenotomía	278,87 €
Exéresis de by-pass, fístula A-V, sin nueva revascularización	216,97 €
Fístula A-V diálisis. Implant. cánula	155,06 €
Fístula A-V o catéter con válvula para citostáticos	278,87 €
Fleboextracción de vena safena interna y externa	278,87 €
Fleboextracción de vena safena interna	216,97 €
Hemangioma complicado	278,87 €
Ligadura de fístula A-V congénita	216,97 €
Ligadura de vena del sistema profundo de extremidad	155,06 €
Linfedema de extremidades	372,03 €
Profundoplastia o endarterectomía simple de extremidades	372,03 €
Reimplantación de miembro	1.240,49 €
Resección de angioma o hemangioma	216,97 €
Resección de costilla cervical o de la 1a costilla	372,03 €
Resección de tumor de glomus carotídeo	682,15 €
Resección fístula A-V trauma	372,03 €
Resección submucosa del tabique	155,06 €
Shunt de Scribner	155,06 €
Shunt de Thomas	278,87 €
Simpatectomía cérvico-torácica	372,03 €
Simpatectomía lumbar	278,87 €
Superficializaciones	216,97 €
Suprarrenalectomía	496,44 €
Trasplante de válvulas venosas	372,03 €
Tratamiento quirúrgico del síndrome de Klippel-Feil	278,87 €
Traumatismo de vasos abdominales y torácicos	930,37 €
Traumatismos arteriales y venosos de extremidad superior o inferior	496,44 €
Traumatismo/s de tronco/s supraaórtico/s y torácico/s	930,37 €

Trombectomía de vena cava superior o de sus ramas	682,15 €
Trombectomía fémoro-ilio-cava con clip	682,15 €
Trombectomía ilio-cava o cava inferior	682,15 €
Trombectomía tipo by-pass	372,03 €
Trombectomía venosa de extremidades	278,87 €
Trombectomía venosa íleo-femoral	372,03 €
Trombosis venosa de cava: by-pass	682,15 €
Trombosis venosa intervenida con ligadura, clip o filtro de vena cava inferior	372,03 €
ACTO MÉDICO DE CIRUGÍA CARDIACA	Importe
Cirugía coronaria con circulación extracorpórea	1.240,49 €
Cirugía de la coartación aórtica	930,37 €
Cirugía de las arritmias cardíacas	1.240,49 €
Cirugía de las estenosis valvulares	682,15 €
Cirugía de las heridas cardíacas con circulación extracorpórea	1.240,49 €
Cirugía de las heridas cardíacas sin circulación extracorpórea	682,15 €
Cirugía de las malformaciones congénitas con circulación extracorpórea	1.240,49 €
Cirugía de los anillos vasculares	930,37 €
Cirugía del aneurismo de aorta torácica con circulación extracorpórea	1.240,49 €
Cirugía del ductus arteriosus	682,15 €
Cirugía del trasplante cardíaco	1.240,49 €
Cirugía del trasplante de pulmón-corazón	1.240,49 €
Cirugía valvular con circulación extracorpórea	1.240,49 €
Colocación de marcapasos bicameral	372,03 €
Colocación de marcapasos unicameral	278,87 €
Cualquier intervención con circulación extracorpórea	1.240,49 €
Diversas reparaciones o cambios en el generador del marcapasos	278,87 €
Pericardiectomía	930,37 €
Reintervenciones inmediatas a un postoperatorio	496,44 €
ACTO MÉDICO DE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA	Importe
Anastomosis bilio-digestiva	682,15 €
Anastomosis entre 2 vísceras o 2 segmentos de vísceras digestivas	496,44 €
Anastomosis intestinal posterior a resección cólico-rectal	682,15 €
Anastomosis porto-cava	930,37 €
Apendicectomía por vía laparoscópica	372,03 €
Apendicectomía quirúrgica	278,87 €
Apertura o derivación a la piel de víscera digestiva	278,87 €

Cierre colostomía	496,44 €
Cirugía compleja de vía biliar	682,15 €
Cirugía de la acalasia esofágica	496,44 €
Cirugía de la fístula anal (resección, puesta a plano)	216,97 €
Cirugía de la fístula anal	216,97 €
Cirugía de la hernia hiatal	682,15 €
Cirugía de la hernia y la eventración con resección intestinal	496,44 €
Cirugía de la hernia y la eventración estrangulada	372,03 €
Cirugía de la perforación esofágica	372,03 €
Cirugía de las fístulas génito-entero-urinarias	372,03 €
Cirugía de las malformaciones congénitas de ano y recto (v. alta)	930,37 €
Cirugía de las malformaciones congénitas de ano y recto(v. baja)	682,15 €
Cirugía de las malformaciones congénitas de la unión gastroesofágica	372,03 €
Cirugía del divertículo de colon	496,44 €
Cirugía del divertículo esofágico	496,44 €
Cirugía del intestino delgado (resección segmentaria)	372,03 €
Cirugía del prolapso rectal (por vía alta o combinada)	930,37 €
Cirugía del quiste hidatídico	682,15 €
Cirugía del quiste sacro	216,97 €
Cirugía del ulcus duodenal por vía laparoscópica (vagotomía, vaciado, antrectomía)	682,15 €
Cirugía del ulcus duodenal (con vagotomía, vaciado, antrectomía)	496,44 €
Cirugía laparoscópica de la hernia y la eventración	372,03 €
Cirugía local por cáncer anal	278,87 €
Cirugía simple de la hernia y la eventración	278,87 €
Cirugía transduodenal de la ampolla de Water	682,15 €
Colecistectomía por vía laparoscópica	682,15 €
Colecistectomía	496,44 €
Colectomía segmentaria	496,44 €
Colectomía total	930,37 €
Colocación de catéter peritoneal permanente	155,06 €
Colocación de prótesis endoesofágicas por laparotomía	278,87 €
Drenaje del absceso hepático	496,44 €
Duodenopancreatectomía	1.240,49 €
Enterotomía o enterorrafia	278,87 €
Esfinteroplastia del esfínter anal	496,44 €
Esofagectomía segmentaria con anastomosis	930,37 €

Esofagectomía segmentaria con interposición intestinal o gástrica	930.37 €
Esofagectomía total (acceso por cervicotomía, toracotomía y laparotomía)	1.240.49 €
Esofagectomía total (acceso por cervicotomía y laparotomía (shipping))	930.37 €
Esofagitis gástrica sin resección esofágica	682.15 €
Esofagitis péptica con resección esofágica	930.37 €
Exéresis de adenopatía cervical yúgulo-carotídea o supraclavicular	278.87 €
Exéresis de costilla cervical	372.03 €
Exéresis de quiste branquial tirogloso congénito	278.87 €
Exéresis de quiste tiroideo	278.87 €
Exéresis de tumor mamario con vaciamiento axilar	496.44 €
Exéresis del tumor colorectal (acceso abdominoperineal)	930.37 €
Exéresis o electrocoagulación de tumor rectal	216.97 €
Exéresis y/o biopsia del tumor de mama	155.06 €
Fisurectomía y esfinterotomía abierta	216.97 €
Gastrectomía subtotal	496.44 €
Gastrectomía total y ampliada	682.15 €
Hemicolectomía	682.15 €
Hemitiroidectomía	372.03 €
Hemorroidectomía	216.97 €
Hepatectomía	930.37 €
Linfadenectomía inguinal bilateral	278.87 €
Lipectomía	372.03 €
Mastectomía radical	682.15 €
Mastectomía simple	372.03 €
Pancreatectomía segmentaria total	930.37 €
Paratiroidectomía	682.15 €
Plastia muscular del esfínter anal	496.44 €
Práctica de laparotomía exploradora/evacuadora	278.87 €
Prolapso recto (por vía baja)	278,87 €
Resección y anastomosis de esófago (por estenosis no cancerígena)	930,37 €
Suprarrenalectomía	496,44 €
Tiroidectomía (subtotal o total)	682,15 €
Tratamiento quirúrgico sobre bazo	496,44 €
Vaciamiento cervical radical o modificado	682,15 €
ACTO MÉDICO CIRUGÍA MAXILOFACIAL Y ORAL	Importe
Anquilosis uni/bilateral, resección bloque	496,44 €

Artroplastia en la cirugía maxilofacial	372,03 €
Bloqueo maxilar	278,87 €
Cierre de fistula alveolar	216,97 €
Cierre de fistula oro-nasal	216,97 €
Cierre de fisura facial	372,03 €
Cierre quirúrgico de coloboma bucal y palpebral	216,97 €
Cirugía compleja de fractura	496,44 €
Cirugía compleja preprotésica	216,97 €
Cirugía de la actinomicosis cervicofacial	372,03 €
Cirugía de la anquilosis maxilofacial extra-articular	930,37 €
Cirugía de la fractura alveolar	155,06 €
Cirugía de la fractura mandibular simple	216,97 €
Cirugía de la fractura múltiple del complejo maxilofacial	930,37 €
Cirugía de la luxación dentaria	155,06 €
Cirugía de la luxación recidivante de mandíbula	496,44 €
Cirugía de la micrognatia mandibular	682,15 €
Cirugía de la osteomielitis	372,03 €
Cirugía de la parálisis facial con injerto	930,37 €
Cirugía de la parálisis facial	496,44 €
Cirugía de la ptosis palpebral	496,44 €
Cirugía de la sinusitis aguda de origen dental	216,97 €
Cirugía de la sinusitis	278,87 €
Cirugía de las heridas faciales complejas	496,44 €
Cirugía de reconstrucción parcial del pabellón auricular	372,03 €
Cirugía de reconstrucción total del pabellón auricular	682,15 €
Cirugía del cáncer oral (lesión primaria)	496,44 €
Cirugía del prognatismo alveolar superior	682,15 €
Cirugía del prognatismo	930,37 €
Cirugía del síndrome névico de células basales	496,44 €
Cirugía mandibular de fractura múltiple con desplazamiento	496,44 €
Cirugía maxilofacial del colgajo y el injerto complejos	930,37 €
Cirugía maxilofacial del colgajo y el injerto medios	278,87 €
Cirugía maxilofacial del colgajo y el injerto simples	155,06 €
Cirugía reparadora de secuelas labionasales del fisurado	930,37 €
Cirugía retardada de la fractura maxilofacial	496,44 €
Cirugía reparadora de secuelas por traumatismo maxilofacial	682,15 €

Condilectomía	372,03 €
Craneoplastia	682,15 €
Disección ganglionar cervical	682,15 €
Eminectomía uni o/y bilateral	372,03 €
Exéresis compleja	496,44 €
Exéresis de epulosis	155,06 €
Exéresis de quiste maxilar	155,06 €
Exéresis maxilar o mandibular	930,37 €
Exéresis medias	278,87 €
Exéresis parcial o segmentaria de maxilar	496,44 €
Gingivectomía	155,06 €
Gingivoplastia	278,87 €
Glosectomía reductora	278,87 €
Hemiresección maxilar o mandibular	682,15 €
Injerto de cresta alveolar residual	496,44 €
Meniscectomía	216,97 €
Mentoplastia	372,03 €
Microcirugía de la sutura nerviosa	496,44 €
Osteoartritis témporo-mandibular	682,15 €
Osteotomías complejas	682,15 €
Osteotomías simples	278,87 €
Parotidectomía	682,15 €
Queiloglosorrafia	496,44 €
Queiloplastia reductora	372,03 €
Queilorrafia (fisura)	682,15 €
Reconstrucción del cóndilo	930,37 €
Remodelado del borde inferior mandibular	496,44 €
Remodelado del cóndilo intracapsular	372,03 €
Revisión herida de labio fisurado	372,03 €
Rinoplastia de fisura en labio palatino	682,15 €
Submaxilectomía	496,44 €
Traqueotomía	278,87 €
Uranoestafilorrafia bilateral compleja	930,37 €
Uranoestafilorrafia unilateral	496,44 €
Vestibuloplastia con injerto	372,03 €
Vestibuloplastia	216,97 €

ACTO MÉDICO CIRUGÍA PEDIÁTRICA	Importe
Amputación de pie/mano de una extremidad	216,97 €
Amputación de recto	682,15 €
Amputación y desarticulación de cadera/hombro	278,87 €
Anastomosis bilio-digestiva	682,15 €
Anastomosis intestinal (posterior a resección cólico-rectal)	682,15 €
Anoplastia	682,15 €
Anorectoplastia sagital posterior	930,37 €
Apendicectomía	278,87 €
Castración	372,03 €
Cierre de colostomía	278,87 €
Cierre del conducto del uraco/onfalocele	682,15 €
Cirugía de la rónula	278,87 €
Cirugía de la adenomatosis pulmonar	930,37 €
Cirugía de la atresia de esófago o de la fístula tráqueo-esofágica	930,37 €
Cirugía de la atresia de vías biliares	1.240,49 €
Cirugía de la cloaca común	1.240,49 €
Cirugía de la duplicidad visceral	496,44 €
Cirugía de la ectopia testicular	278,87 €
Cirugía de la estenosis duodenal, del páncreas anular, de la atresia duodenal	682,15 €
Cirugía de la eventración recidivante	372,03 €
Cirugía de la fimosis (con anestesia general)	155,06 €
Cirugía de la hernia/eventración con resección intestinal	496,44 €
Cirugía de la hernia/eventración estrangulada	372,03 €
Cirugía de la hernia/eventración simple	278,87 €
Cirugía de la incontinencia anal por malformación congénita anorectal	930,37 €
Cirugía de la malformación anorectal (acceso por vía abdominal)	930,37 €
Cirugía de la oclusión intestinal (sin resección)	278,87 €
Cirugía de la perforación esofágica	682,15 €
Cirugía de la peritonitis meconial/íleo meconial	682,15 €
Cirugía de la rotura diafragmática	682,15 €
Cirugía de la sindactilia, macro, campto, diño, polidactilia	216,97 €
Cirugía de la torsión de hidátide	216,97 €
Cirugía de la torsión testicular	278,87 €
Cirugía de las atresias intestinales	682,15 €
Cirugía de las fístulas complejas	496,44 €

Cirugía de las fístulas simples	155,06 €
Cirugía de las válvulas y la estenosis uretral	496,44 €
Cirugía de los abscesos hepato-pancreáticos complejos	496,44 €
Cirugía de los divertículos	496,44 €
Cirugía de los quistes y de los tumores complejos	496,44 €
Cirugía de los quistes y de los tumores simples	155,06 €
Cirugía de los tumores benignos (enterotomía)	278,87 €
Cirugía de los vasos mesentéricos	496,44 €
Cirugía del hipospadias	372,03 €
Cirugía del megacolon	682,15 €
Cirugía del megaesófago/cardioespasmo	682,15 €
Cirugía del mielomeningocele/mielocele	682,15 €
Cirugía del onfalocele (por la técnica de Schuster)	930,37 €
Cirugía del pectus excavatum y carinatum	496,44 €
Cirugía del pólipos rectal	155,06 €
Cirugía del prolapso rectal	372,03 €
Cirugía del shunt derivativo en la hipertensión portal	682,15 €
Cirugía del traumatismo hepático/esplénico	682,15 €
Cirugía del ureterocele	496,44 €
Cirugía del varicocele	278,87 €
Colecistectomía	496,44 €
Colectomía segmentaria	278,87 €
Colectomía total	930,37 €
Coledocotomía	682,15 €
Colostomía/ileostomía	278,87 €
Derivaciones urétero-intestinales	682,15 €
Diástasis de rectos	278,87 €
Dilatación de uretra, esófago o ano (con anestesia general)	155,06 €
Enteroanastómosis (sin resección)	496,44 €
Enterocistoplastia	682,15 €
Enteropexia	496,44 €
Enteroplastia	496,44 €
Epispadias	682,15 €
Esofagocoloplastia (total o gástrica)	1.240,49 €
Esofagostomías	372,03 €
Esplenectomías	372,03 €

Exéresis del melanoma	155,06 €
Exéresis de angiomas complejos	372,03 €
Exéresis de angiomas simples	155,06 €
Exéresis de linfangioma en cuello y cara	496,44 €
Extrofia vesical	682,15 €
Gastrectomía subtotal	496,44 €
Gastrectomía total	682,15 €
Gastroenterostomía	372,03 €
Gastroquisis	930,37 €
Gastrostomía/gastrorrafia	372,03 €
Hepatectomía	930,37 €
Hidrocele	216,97 €
Laparotomía exploradora	278,87 €
Linfadenectomía compleja	682,15 €
Linfadenectomía simple	155,06 €
Mediastinotomía	930,37 €
Nefrectomía parcial	682,15 €
Nefrectomía	372,03 €
Nefropexia	372,03 €
Nefrostomía	372,03 €
Nefroureterectomía	496,44 €
Ovariectomía	372,03 €
Pancreatectomía	930,37 €
Papitoduodenectomía	496,44 €
Piloromiotomía	496,44 €
Piloroplastia/vagotomía	496,44 €
Poliotia	155,06 €
Queilorrafia	682,15 €
Reamputación regulando el muñón previo	155,06 €
Reducción hidrostática de la invaginación intestinal	216,97 €
Remodelaje ureteral	496,44 €
Resección de lóbulo pulmonar	930,37 €
Resección segmentaria de intestino	372,03 €
Resección transuretral de tumores vesículo-ureterales	278,87 €
Supradrenalectomía	682,15 €
Tiroidectomía/esternotomía	682,15 €

Toracotomía exploradora (biópsica)	496,44 €
Trasplante hepático	1.240,49 €
Trasplante renal	1.240,49 €
Traqueotomía	278,87 €
Uranoestafilorrafia bilateral compleja	930,37 €
Uranoestafilorrafia unilateral	496,44 €
Ureterocistoneostomía	496,44 €
Ureterolitotomía	496,44 €
Ureteropieloplastia/pielostomía	682,15 €
Ureterostomía percutánea	372,03 €
Vaciamiento ganglionar complejo	682,15 €
Vaciamiento ganglionar simple	278,87 €
Yeyunostomía	372,03 €
ACTO MEDICO CIRUGIA	Importe
Alargamiento y reconstrucción del primer dedo de la mano	372,03 €
Amputaciones de los dedos de la mano con desplazamiento de otros dedos	372,03 €
Artrodesis	155,06 €
Artroplastias de la mano (cada articulación)	155,06 €
Autotrasplante de dedo del pie a la mano	1.240,49 €
Biopsia de técnica compleja con vaciado ganglionar	496,44 €
Cirugía compleja con colgajo de los tumores malignos maxilares y de los senos maxilares	930,37 €
Cirugía compleja de los párpados	278,87 €
Cirugía compleja de las glándulas salivares	682,15 €
Cirugía de angiomas y nevus	155,06 €
Cirugía de la diástasis de rectos abdominales	216,97 €
Cirugía de la extrofia vesical	682,15 €
Cirugía de la fisura palatina	496,44 €
Cirugía de la fractura cruenta del hueso carpiano	155,06 €
Cirugía de la fractura de maxilar inferior	216,97 €
Cirugía de la fractura de maxilar superior	372,03 €
Cirugía de la fractura de reborde orbitario	155,06 €
Cirugía de la fractura de septum	155,06 €
Cirugía de la fractura de suelo orbitario	278,87 €
Cirugía de la fractura malar	155,06 €
Cirugía de la fractura máxilo-malar	372,03 €

Cirugía de la fractura pálateo-alveolar	155,06 €
Cirugía de la fractura-luxación de la articulación temporomandibular	155,06 €
Cirugía de la liberación de los nervios de la mano	216,97 €
Cirugía de la liberación de los tendones de la mano	155,06 €
Cirugía de la malformación congénita de la mano	155,06 €
Cirugía de la mano reumática o tofosa	155,06 €
Cirugía de la pseudoartrosis de la mano y la muñeca	216,97 €
Cirugía de la ptosis palpebral	278,87 €
Cirugía de la radionecrosis	216,97 €
Cirugía de la reconstrucción de la cavidad orbitaria	372,03 €
Cirugía de la reconstrucción del suelo de la órbita para la corrección de la diplopía	278,87 €
Cirugía de la sindactilia, macro, campto, clino y polidactilia	216,97 €
Cirugía de las luxaciones carpianas simples	155,06 €
Cirugía de las malformaciones congénitas de la mano	278,87 €
Cirugía de las meromelias axiales, centraliza, carpo	930,37 €
Cirugía de las politelias y polimastias	155,06 €
Cirugía de los grandes traumatismos faciales	372,03 €
Cirugía de los traumatismos faciales de mediana importancia	278,87 €
Cirugía de los traumatismos faciales de poca importancia	155,06 €
Cirugía de los tumores benignos óseos de la mano	278,87 €
Cirugía de los tumores de la lengua y del suelo de la boca con vaciado cervical	682,15 €
Cirugía de los tumores de la piel de la cara con injerto o plastia	278,87 €
Cirugía de los tumores de lengua y del suelo de la boca	278,87 €
Cirugía de los tumores dermoides nasales	278,87 €
Cirugía de los tumores malignos con vaciado ganglionar, de axila, cervical o inguinal	496,44 €
Cirugía de los tumores malignos cutáneos de la mano	155,06 €
Cirugía de los tumores malignos de partes blandas de la mano	216,97 €
Cirugía de los tumores malignos maxilares y de senos maxilares con vaciado ganglionar	496,44 €
Cirugía de los tumores malignos óseos de la mano	372,03 €
Cirugía de los tumores y fístulas braquiales	278,87 €
ACTO MÉDICO CIRUGÍA PLÁSTICA	Importe
Cirugía de mediana dificultad de las glándulas salivares	278,87 €
Cirugía de mediana importancia y con colgajo de tumores malignos maxilares y de los senos maxilares	278,87 €
Cirugía del Dupuytren	278,87 €

Cirugía del exonfalos	155,06 €
Cirugía del pectum excavatum	496,44 €
Cirugía del pezón invertido	155,06 €
Cirugía del rinofima	155,06 €
Cirugía del síndrome de Volkmann	278,87 €
Cirugía del síndrome del túnel carpiano	155,06 €
Cirugía y reconstrucción de los tumores de la lengua y del suelo de la boca	496,44 €
Cirugía menor de las glándulas salivares	155,06 €
Cirugía plástica mayor del aparato genital	496,44 €
Cirugía plástica menor del aparato genital	216,97 €
Cirugía reparadora de la parálisis facial por injertos nerviosos cruzados	930,37 €
Cirugía reparadora de la parálisis facial por injertos nerviosos directos	930,37 €
Cirugía reparadora de pequeñas cicatrices deformantes de la mama	155,06 €
Cirugía simple con colgajo de los tumores malignos de maxilares y de senos maxilares	155,06 €
Cirugía simple de los tumores malignos maxilares y de los senos maxilares	216,97 €
Colgajos complejos	930,37 €
Colgajos medianos	278,87 €
Colgajos simples	155,06 €
Endoneurólisis de nervio mediano/cubital	278,87 €
Endoneurólisis	496,44 €
Exéresis de pterigium colli	155,06 €
Exéresis de quistes y fistulas del conducto tirogloso	216,97 €
Exéresis de retracciones cicatriciales complejas del cuello	682,15 €
Exéresis de retracciones cicatriciales medianas	278,87 €
Exéresis de retracciones cicatriciales simples	155,06 €
Exéresis simple de los tumores de la piel	155,06 €
Falangización de los huesos metacarpianos	372,03 €
Faringoplastia	278,87 €
Faringostomas/traqueostomías	155,06 €
Injerto cutáneo complejo de herida	216,97 €
Injerto de nervio comisural de la mano	496,44 €
Injerto de piel y tendón en la mano	496,44 €
Injerto de raíz nerviosa de la mano	496,44 €
Injerto de tronco nervioso de la mano	930,37 €
Injerto en 2 tiempos en la mano (tipo Paneva o similar, cada tiempo)	216,97 €

Injerto grande y precoz de la mano	278,87 €
Injerto mediano y precoz de la mano	216,97 €
Injerto nervioso colateral de la mano	278,87 €
Injerto óseo de la mano	278,87 €
Injerto pequeño y precoz de la mano	155,06 €
Injerto tendinoso en la mano	278,87 €
Legrado óseo y limpieza de úlceras	155,06 €
Mastectomía radical	682,15 €
Mastectomía subcutánea	372,03 €
Microcirugía de la sutura arterial o venosa	496,44 €
Microcirugía de la sutura nerviosa de la mano	496,44 €
Microcirugía directa	496,44 €
Neurólisis del nervio cubital	155,06 €
Neurólisis del nervio mediano	155,06 €
Neurólisis microquirúrgica de la mano	278,87 €
Osteotomía compleja de la cara	682,15 €
Osteotomía simple de la cara	278,87 €
Otoplastia	216,97 €
Plastia para el cuero cabelludo	278,87 €
Plastias cutáneas del meningocele	278,87 €
Procedimiento estático de la parálisis facial	278,87 €
Pulgarización de un dedo de la mano	1.240,49 €
Queiloplastias secundarias	216,97 €
Reconstrucción de cejas	216,97 €
Reconstrucción por técnica compleja de la mama	930,37 €
Reconstrucción técnica de mediana dificultad de la mama	278,87 €
Reconstrucción técnica simple de la mama	155,06 €
Reimplante de miembro	1.240,49 €
Reinervación del muñón del primer dedo	372,03 €
Rinoplastia reconstructiva	278,87 €
Sutura con transposición tendinosa de la mano	216,97 €
Sutura inmediata de gran herida	155,06 €
Sutura inmediata de los tendones de la mano	155,06 €
Sutura nerviosa de la mano con nervio colateral	216,97 €
Sutura tardía de los tendones de la mano	278,87 €
Tenodesis de la mano	155,06 €

Trasplante tendinoso de la mano	278,87 €
Tratamiento dinámico de la parálisis facial	496,44 €
Vaciado ganglionar cervical	682,15 €
Vaciamiento axilar	496,44 €
ACTO MÉDICO CIRUGÍA TORÁCICA	Importe
Cirugía de la fístula traqueo-esofágica	496,44 €
Cirugía de la tráquea (resección, anastomosis)	930,37 €
Cirugía de los tumores de mediastino	930,37 €
Cirugía de los tumores malignos de pared costal	496,44 €
Cirugía del bocio endotorácico y del tiroides	930,37 €
Cirugía del diafragma (acceso por vía torácica o tóraco-abdominal)	682,15 €
Cirugía del pectus excavatum y carinatum	930,37 €
Decorticación pulmonar	682,15 €
Estabilización quirúrgica del traumatismo torácico	682,15 €
Mediastinostomía	278,87 €
Neumectomía ampliada	1.240,49 €
Pleurectomía. Bullectomía. Abrasión pleural	278,87 €
Resección pulmonar (total o parcial)	930,37 €
Toracoplastia	496,44 €
Toracostomía	496,44 €
Toracotomía bilateral transesternal	930,37 €
Toracotomía con resección de formaciones benignas	682,15 €
Toracotomía exploradora	496,44 €
Toracotomía mínima con drenaje/aspiración	155,06 €
Toracotomía mínima con resección costal	278,87 €
Trasplante pulmonar	1.240,49 €
ACTO MÉDICO DERMATOLOGÍA	Importe
Cirugía de los tumores malignos	155,06 €
Cirugía micrográfica de Mohs	496,44 €
Colgajos e injertos complejos	930,37 €
Colgajos e injertos medianos	278,87 €
Colgajos e injertos simples	155,06 €
Desbridamiento de grandes colecciones (con anestesia general)	155,06 €
ACTO MÉDICO NEUROCIRUGÍA	Importe
Cirugía de la colocación de válvulas	372,03 €
Cirugía de la espina bífida simple o complicada	682,15 €

Cirugía de la hernia discal lumbar/discectomía	278,87 €
Cirugía de la lesión cerebral (evacuación por craneotomía/craniectomía)	496,44 €
Cirugía de la lesión de raquis dorsal o lumbar con abordaje anterior	930,37 €
Cirugía de la región vértebro-basilar con abordaje transoral	930,37 €
Cirugía de las anomalías de la articulación atlantooccipital	682,15 €
Cirugía de las malformaciones craneofaciales	1.240,49 €
Cirugía de lesiones/tumores/malformaciones complejas de origen vascular	1.240,49 €
Cirugía de reconstrucción de nervio	372,03 €
Cirugía de reconstrucción del plexo nervioso	930,37 €
Cirugía de reparación de herida cerebral por cirugía previa	372,03 €
Cirugía de reparación de las fístulas craneales de LCR	682,15 €
Cirugía de reparación de las lesiones de bóveda craneal	278,87 €
Cirugía de reparación de lesiones/tumores cerebrales	930,37 €
Corpectomía/discectomía cervical múltiple	682,15 €
Discectomía cervical	496,44 €
Estereotaxia cerebral quirúrgica	496,44 €
Exéresis de focos epileptógenos	1.240,49 €
Exéresis de tumor con injerto nervioso	496,44 €
Exéresis de tumor/lesión extramedular intradural	682,15 €
Exéresis de tumor/lesión intramedular	930,37 €
Injerto óseo vertebral posterior	372,03 €
Laminectomía vertebral simple	372,03 €
Laminectomía (por cualquier causa)	496,44 €
Microdescompresión de nervios craneales	682,15 €
Trepanación y punción de absceso cerebral	372,03 €
ACTO MÉDICO OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	Importe
Cerclaje cervical	155,06 €
Cirugía conservadora sobre útero y anejos	278,87 €
Cirugía del nódulo de mama o cirugía menor	155,06 €
Cirugía menor (vía vaginal/vulvar)	155,06 €
Cirugía radical abdominal de vía alta	682,15 €
Cirugía radical de la mama	682,15 €
Cirugía radical vulvo-vaginal	682,15 €
Conización quirúrgica/láser cervical	155,06 €
Embarazo ectópico	372,03 €
Fístulas ginecológicas	372,03 €

Histerectomía (vía abdominal)	496,44 €
Histerectomía (vía vaginal, con o sin plastias)	496,44 €
Incontinencias	278,87 €
Laparoscopia	216,97 €
Legrado obstétrico no programado por aborto en curso o diferido	216,97 €
Ligadura de trompas	216,97 €
Mastectomía simple	372,03 €
Plastias vaginales (anterior y/o posterior)	278,87 €
Vagina artificial (neovagina)	682,15 €
Vulvectomy simple	496,44 €
ACTO MÉDICO OFTALMOLOGÍA	Importe
Ablación palpebral (con plastia)	216,97 €
Capsulotomía	155,06 €
Cerclaje de retina con implante y vitrectomía	682,15 €
Cerclaje de retina e implante	496,44 €
Cerclaje de retina	278,87 €
Cirugía de la ptosis palpebral	278,87 €
Cirugía de la retina con vitrectomía y panfotocoagulación endocular	930,37 €
Cirugía de la retina con vitrectomía posterior	1.240,49 €
Cirugía de Pannas por triquiasis	155,06 €
Cirugía de reconstrucción del conducto lagrimal	155,06 €
Cirugía de reconstrucción del fondo de saco	278,87 €
Cirugía de reconstrucción del segmento anterior del ojo con posterioridad a traumatismo	496,44 €
Cirugía del estrabismo	278,87 €
Cirugía del glaucoma y la catarata	496,44 €
Cirugía del melanoma de coroides (vía externa)	372,03 €
Cirugía del nistagmo	372,03 €
Cirugía retiniana con vitrectomía, exéresis extracapsular del cristalino y panfotocoagulación endocular	930,37 €
Cristalino: implantación de lio por 2ª intención	216,97 €
Dacriocistectomía	155,06 €
Dacriocistorinostomía	278,87 €
Diatermia de retina o crioterapia simple	216,97 €
Ectropión con plastia	155,06 €
Enucleación	372,03 €

Esderectomía	372,03 €
Escleroiridectomía	278,87 €
Esclerotrabeculectomía	372,03 €
Evisceradón	372,03 €
Exanteración orbitaria	682,15 €
Exéresis de cuerpo extraño en cámara vítrea	278,87 €
Exéresis de grasa orbitaria	372,03 €
Exéresis de tumor orbitario (vía anterior)	372,03 €
Exéresis de tumores de esclerótica	372,03 €
Exéresis de tumores de glándula lagrimal	155,06 €
Exéresis de tumores de iris	372,03 €
Exéresis extracapsular de cristalino (con o sin lio)	496,44 €
Exéresis intracapsular de cristalino (con o sin lio)	372,03 €
Exéresis por cara anterior o posterior de cristalino (con lio)	278,87 €
Extirpación de tumor orbitario (vía temporal)	682,15 €
Fotocoagulación de retina con láser (vía externa)	372,03 €
Goniotomía (externa o interna)	372,03 €
Hernia de iris	155,06 €
Injerto escleral	372,03 €
Iridectomía	155,06 €
Iridesis/iridodesis/iridendisis	155,06 €
Iridotomía	155,06 €
Plastia conjuntival	155,06 €
Plastia palpebral	155,06 €
Queratoplastia lamelar corneal	496,44 €
Queratoplastia penetrante con glaucoma y catarata	930,37 €
Queratoplastia penetrante corneal	682,15 €
Queratoplastia penetrante y catarata	216,97 €
Queratotomía radial de córnea	278,87 €
Retina: extrac, extracap. cristalino post vitrectomía	216,97 €
Sutura de fascia orbital	155,06 €
Sutura de heridas traumáticas de esclerótica	155,06 €
Sutura de iris	216,97 €
ACTO MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGÍA	Importe
Amigdalectomía (niños o adultos)	155,06 €
Aracnoiditis del conducto auditivo interno	496,44 €

Aritenoidectomía y fijación de la cuerda vocal por sutura	278,87 €
Atresia auris major	372,03 €
Atresia auris mínima (estenosis CAE)	278,87 €
Cirugía de la fisura laríngea	278,87 €
Cirugía de la imperforación de coanas (vía maxilar)	216,97 €
Cirugía de la imperforación de coanas	216,97 €
Cirugía de la pansinusitis	278,87 €
Cirugía de la parálisis laríngea	278,87 €
Cirugía de las fístulas orosinusales y oronasales	155,06 €
Cirugía de los quistes y fístulas cervicofaciales congénitos	278,87 €
Cirugía de los tumores del VIII par craneal	496,44 €
Cirugía de los tumores, estenosis y fístulas POI de tráquea	372,03 €
Cirugía de reconstrucción de la pared posterior del CAE	278,87 €
Cirugía de tumores malignos de los senos paranasales	372,03 €
Cirugía del mucocoele frontal/etmoidofrontal	278,87 €
Cirugía del neurinoma del acústico	930,37 €
Cirugía del osteoma de conducto auditivo externo	155,06 €
Cirugía del tumor rinosinusal maligno	682,15 €
Cirugía sobre el glomus timpánico	278,87 €
Cirugía sobre el glomus yugular	496,44 €
Desbridamiento de la otitis externa maligna	216,97 €
Descompresión del ganglio geniculado (vía transtemporal)	372,03 €
Descompresión o by-pass del saco endolinfático	372,03 €
Disección funcional del cuello	496,44 €
Disección radical del cuello	496,44 €
Epiglotidotomía o epiglotidectomía por microlaringoscopia	372,03 €
Esfenectomía intranasal	372,03 €
Esfenoidectomía	372,03 €
Esofagotomía cervical externa	278,87 €
Estapedectomía	278,87 €
Estenosis laríngeas	278,87 €
Etmoidectomía (vía intranasal o externa)	372,03 €
Exéresis de glándula sublingual	216,97 €
Exéresis de cuerpos extraños en senos paranasales	155,06 €
Exéresis de glándula submaxilar	216,97 €
Exéresis de otros tumores de amígdala	155,06 €

Exéresis del peñasco del hueso temporal por neoformación en oído medio	372,03 €
Faringostomía (cierre en uno o varios tiempos)	278,87 €
Faringo-úvulo-palatoplastias	155,06 €
Fibroma de cavum	216,97 €
Fibroma nasofaríngeo	216,97 €
Fístula y quiste tireogloso	216,97 €
Laberintectomía total	372,03 €
Laringectomía	682,15 €
Ligadura de la arteria maxilar interna (vía transmaxilar)	278,87 €
Mastoidectomía	278,87 €
Microcirugía de la cordectomía (vía endoscópica)	278,87 €
Microcirugía del ángulo ponto-cerebeloso	930,37 €
Microcirugía intrapetrosa del nervio facial	682,15 €
Microcirugía laríngea de pólipos, nódulos, quistes	216,97 €
Miringoplastia (vía retroauricular)	278,87 €
Miringoplastia (vía transmeatal)	216,97 €
Neurectomía vestibular	930,37 €
Ocena (Eyre). Trat. quir.	155,06 €
Rinoplastia correctora o funcional	372,03 €
Sección del nervio vidiano	278,87 €
Septoplastia nasal	216,97 €
Timpanoplastia colesteatómica (vía transmeatal, retroauricular)	496,44 €
Timpanoplastia osicular	278,87 €
Timpanoplastia (reconstrucción)	278,87 €
Timpanoplastia (tiempo curativo)	278,87 €
Traqueotomía (abertura)	278,87 €
Trasplantes tímpano-osiculares	372,03 €
Tratamiento convencional o por láser de las estenosis laringotraqueales	372,03 €
Tratamiento de la sinusitis maxilar, máxilo-etmoidal, frontal, esfenoidal	278,87 €
Tratamiento de la sinusitis maxilar, máxilo-etmoidal, unilateral, frontal	216,97 €
Vaciado petromastoideo con complicaciones cerebrales	496,44 €
ACTO MEDICO TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA	Importe
Acetabuloplastia	496,44 €
Alargamiento de miembros	682,15 €
Alargamiento de tendones	216,97 €
Alineación metatarsal	278,87 €

Amputación del pie, la mano o una extremidad	216,97 €
Amputación/desarticulación de cadera/hombro	930,37 €
Artrodesis de articulación mediana	278,87 €
Artrodesis de gran articulación	682,15 €
Artroplastia de articulación mediana	372,03 €
Artroplastia de gran articulación	682,15 €
Artroplastia de pequeña articulación	216,97 €
Artroscopia diagnóstica (todas las articulaciones)	155,06 €
Artroscopia para plastias ligamentosas y capsulorrafias	496,44 €
Artrostomía (curetaje, modelado, tunelización)	216,97 €
Astragalectomía	278,87 €
Biopsia ósea quirúrgica profunda	372,03 €
Cirugía de la fractura supra o intercondílea de fémur	372,03 €
Cirugía con injerto de la fractura de la tuberosidad superior de tibia	496,44 €
Cirugía cruenta de la osteocondritis disecante	216,97 €
Cirugía de darrash y similares	216,97 €
Cirugía de la artrolisis	496,44 €
Cirugía de la cadera en resorte	216,97 €
Cirugía de la escoliosis	682,15 €
Cirugía de la fractura aislada de cóndilo femoral	372,03 €
Cirugía de la fractura conminuta de los huesos largos del antebrazo	372,03 €
Cirugía de la fractura conminuta del tercio inferior de tibia	372,03 €
Cirugía de la fractura bimalleolar o trimaleolar	278,87 €
Cirugía de la fractura-luxación de Monteggia	372,03 €
Cirugía de la fractura de acetábulo	496,44 €
Cirugía de la fractura de calcáneo	278,87 €
Cirugía de la fractura de clavícula	216,97 €
Cirugía de la fractura de cúbito o radio	216,97 €
Cirugía de la fractura de cúbito y radio	278,87 €
Cirugía de la fractura de cuerpos vertebrales	496,44 €
Cirugía de la fractura de epicóndilo o epitroclea	216,97 €
Cirugía de la fractura de escafoides	216,97 €
Cirugía de la fractura de escápula	278,87 €
Cirugía de la fractura de esternón	216,97 €
Cirugía de la fractura de fémur viciosamente consolidada	496,44 €
Cirugía de la fractura del ala ilíaca	496,44 €

Cirugía de la fractura de la espina tibial	155,06 €
Cirugía de la fractura de la tibia, de las tuberosidades o platillos	372,03 €
Cirugía de la fractura de las tuberosidades del húmero	216,97 €
Cirugía de la fractura de los arcos vertebrales	372,03 €
Cirugía de la fractura de los huesos del carpo o del tarso	216,97 €
Cirugía de la fractura de metacarpianos	155,06 €
Cirugía de la fractura de metatarsianos	155,06 €
Cirugía de la fractura de olécranon o apófisis coronoides	216,97 €
Cirugía de la fractura de reborde cotiloideo	372,03 €
Cirugía de la fractura de rótula	216,97 €
Cirugía de la fractura del cuello del fémur	372,03 €
Cirugía de la fractura desplazada del anillo pelviano	496,44 €
Cirugía de la fractura desplazada del astrágalo	278,87 €
Cirugía de la fractura diafisaria con luxación de la cabeza del húmero	372,03 €
Cirugía de la fractura diafisaria de fémur	372,03 €
Cirugía de la fractura diafisaria de tibia o peroné	372,03 €
Cirugía de la fractura diafisaria del húmero (diáfisis)	372,03 €
Cirugía de la fractura diafisaria del húmero (cuello)	216,97 €
Cirugía de la fractura supracondilea de húmero	372,03 €
Cirugía de la fractura trocanteriana, subtrocanteriana o pertrocanteriana de fémur	372,03 €
Cirugía de la fractura-luxación de cuerpos vertebrales	496,44 €
Cirugía de la fractura-luxación de la base del primer metacarpiano	216,97 €
Cirugía de la fractura-luxación de la columna cervical	682,15 €
Cirugía de la fractura-luxación del astrágalo	278,87 €
Cirugía de la fractura-luxación maleolar	278,87 €
Cirugía de la fusión vertebral (vía posterior)	496,44 €
Cirugía de la hernia de disco	496,44 €
Cirugía de la hernia muscular por rotura de fascia	155,06 €
Cirugía de la lesión compleja de rodilla	682,15 €
Cirugía de la luxación acromioclavicular	216,97 €
Cirugía de la luxación cervical sin repercusiones neurológicas	496,44 €
Cirugía de la luxación congénita de cadera	496,44 €
Cirugía de la luxación congénita de la cabeza del radio	372,03 €
Cirugía de la luxación congénita de rodilla	496,44 €
Cirugía de la luxación coxofemoral con fractura	682,15 €
Cirugía de la luxación coxofemoral inveterada	496,44 €

Cirugía de la luxación coxofemoral	372.03 €
Cirugía de la luxación de codo	216.97 €
Cirugía de la luxación de muñeca	216.97 €
Cirugía de la luxación de rodilla	372.03 €
Cirugía de la luxación del astrágalo	216.97 €
Cirugía de la luxación del coxis y coxodinia/coxalgia	278.87 €
Cirugía de la luxación esternoclavicular	216.97 €
Cirugía de la luxación mediotarsiana y tarsometatarsiana	216.97 €
Cirugía de la luxación metacarpo-falángica o interfalángica	155.06 €
Cirugía de la luxación metatarso-falángica o interfalángica	155.06 €
Cirugía de la luxación metatarso-falángica	155.06 €
Cirugía de la luxación peroneal	155.06 €
Cirugía de la luxación recidivante glenohumeral y del codo	496.44 €
Cirugía de la luxación recidivante de rótula	372.03 €
Cirugía de la luxación sacroilíaca	372.03 €
Cirugía de la luxación subastragalina	216.97 €
Cirugía de la luxación tibioperoneotarsiana	216.97 €
Cirugía de la enfermedad de Dupuytren	278.87 €
Cirugía de la mano zamba por afectación del radial y el cubital	216.97 €
Cirugía de la osteomalacia del hueso semilunar	278.87 €
Cirugía de la osteomielitis, la artrotomía evacuadora y la secuestrectomía	372.03 €
Cirugía de la osteomielitis (técnica de Papineau)	372.03 €
Cirugía de la periartrosis gleno-humeral	216.97 €
Cirugía de la pseudoartrosis de cuello de fémur	496.44 €
Cirugía de la pseudoartrosis de diáfisis de húmero	496.44 €
Cirugía de la pseudoartrosis de escafoides	278.87 €
Cirugía de la pseudoartrosis de la clavícula, carpo, el tarso y el metacarpo	278.87 €
Cirugía de la pseudoartrosis de tibia y peroné	496.44 €
Cirugía de sindactilia, macrodactilia, camptodactilia y clinodactilia	216.97 €
Cirugía de la sinostosis radio-cubital	216.97 €
Cirugía de la tortícolis congénita	216.97 €
Cirugía de las heridas recientes con injerto cutáneo	216.97 €
Cirugía de las quemaduras de mediana extensión	155.06 €
Cirugía de las roturas musculares	155.06 €
Cirugía de los ligamentos cruzados de la rodilla	372.03 €
Cirugía de los ligamentos laterales de la rodilla	216.97 €

Cirugía de los nervios periféricos por síndrome compresivo	155.06 €
Cirugía de plexos de cadera y rodilla	216.97 €
Cirugía de quemaduras de gran extensión	496.44 €
Cirugía del dedo en cuello de cisne	216.97 €
Cirugía del dedo en resorte	155.06 €
Cirugía del hallux valgo, varo, rígido	155.06 €
Cirugía del pie equino, del metatarso y el varo aducto	372,03 €
Cirugía del pie plano	278.87 €
Cirugía del quiste poplíteo	216.97 €
Cirugía del síndrome del seno del tarso	216.97 €
Cirugía del tendón supraespinoso y de la rotura del manguito rotador	278.87 €
Colgajos complejos	930.37 €
Colgajos medianos	278.87 €
Colgajos simples y plastias	155.06 €
Exéresis de los tumores de partes blandas profundas	216.97 €
Exéresis de prótesis	494.44 €
Exéresis y reimplante de prótesis	930.37 €
Falangización metacarpiana	372.03 €
Fasciectomías	155.06 €
Hemipelvectomía	682.15 €
Injerto cutáneo	155.06 €
Injerto en isla	372.03 €
Injerto nervioso	496,44 €
Injerto óseo	278.87 €
Injerto tendinoso	278.87 €
Laminectomía	372.03 €
Legrado e injerto del quiste óseo	278.87 €
Liberación de aletas rotulianas	216.97 €
Meniscectomía y/o desbridamiento (por artroscopia)	278.87 €
Meniscectomía (por artrotomía)	216.97 €
Microcirugía de los nervios periféricos por tumores e injertos	496.44 €
Microcirugía de los trasplantes óseos vascularizados	930.37 €
Neurólisis, neurectomía selectiva o extirpación nerviosa	155.06 €
Osteosíntesis de la fractura desplazada de la cabeza del radio	216.97 €
Osteosíntesis en las grandes fracturas	682.15 €
Osteotomías complejas	496.44 €

Osteotomías simples	278.87 €
Ostoepatía de pubis	278.87 €
Patelectomía (parcial o total)	216.97 €
Plastia ligamentosa (cada una)	372.03 €
Pulgarización de un dedo de la mano	1.240.49 €
Realineación del aparato extensor de la rodilla	278.87 €
Reamputación de muñón	155.06 €
Reconstrucción del primer dedo de la mano	372.03 €
Reimplante de un miembro	1.240.49 €
Resección ósea compleja y de tumores	930.37 €
Resección ósea simple por tumor	216.97 €
Resecciones óseas tumorales y reconstrucción de prótesis	1.240.49 €
Resección para la fractura desplazada de la cabeza del radio	155.06 €
Secuestrectomía compleja	372.03 €
Sinovectomía	278.87 €
Sutura del tendón de aquiles, del cuádriceps y rotuliana	216.97 €
Sutura inmediata de grandes heridas	155.06 €
Sutura tendinosa con injerto	278.87 €
Sutura tendinosa inmediata	155.06 €
Trasplantes de tendones	372.03 €
Trasposición nerviosa	155.06 €
Triple artrodesis del pie	372.03 €
ACTO MÉDICO UROLOGÍA	Importe
Absceso o desbridamiento	278,87 €
Amputación de pene	278,87 €
Cálculo ureteral	496,44 €
Castración	372,03 €
Cirugía de la criptorquidia	216,97 €
Cirugía de la estenosis ureteral	372,03 €
Cirugía de la extrofia vesical	682,15 €
Cirugía de la incontinencia	496,44 €
Cirugía de la torsión de cordón	278,87 €
Cirugía de las fístulas vesicoureterovaginales	372,03 €
Cirugía del cálculo coraliforme	682,15 €
Cirugía del epispadias	682,15 €
Cirugía del hidrocele	216,97 €

Cirugía del hipospadias	372,03 €
Cirugía del tumor vesical (vía endoscópica)	372,03 €
Cirugía del varicocele	278,87 €
Cistectomía parcial	496,44 €
Cistectomía radical con derivación ureteral	1.240,49 €
Cistectomía radical	930,37 €
Cistectomía simple	216,97 €
Diverticulectomía vesical	496,44 €
Ectopia testicular	278,87 €
Enterocistoplastia	682,15 €
Epidididectomía	216,97 €
Linfadenectomía	682,15 €
Litotricia	278,87 €
Nefrectomía ampliada	682,15 €
Nefrectomía radical	930,37 €
Nefrectomía	372,03 €
Nefropexia	372,03 €
Nefrotomía	372,03 €
Pielotomía	372,03 €
Plastia piel-ureteral	496,44 €
Prostatectomía radical	930,37 €
Prostatectomía (vía abdomino-perineal)	496,44 €
Prostatectomía (vía transuretral)	372,03 €
Resección transuretral de cuello vesical	372,03 €
Transplante renal	1.240,49 €
Ureterocistorrafia	372,03 €
Ureterorrenoscopia diagnóstica	278,87 €
Ureterorrenoscopia quirúrgica	372,03 €
Ureterostomía	682,15 €
Uretroplastia	496,44 €
Uretrotomía interna	155,06 €

ACTOS TERAPÉUTICOS Y DIAGNÓSTICOS	
ACTO MÉDICO ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR	Importe
Angioplastia por láser	477,20 €
Bloqueo medular o simpático	115,00 €

Colocación de un estimulador medular	191,12 €
Dilataciones arteriales con balón	239,60 €
Embolizaciones	239,60 €
Tratamiento fibrinolítico	191,12 €
ACTO MÉDICO CARDIOLOGÍA	Importe
Angioplastia coronaria	834,81 €
Cambio del generador del marcapasos cardíaco	191,12 €
Cateterismo cardíaco	477,20 €
Colocación de marcapasos cardíaco endovenoso definitivo	357,60 €
Colocación de marcapasos cardíaco secuencial	477,20 €
Valvuloplastia	954,41 €
ACTO MÉDICO CIRUGÍA CARDÍACA	Importe
Contrapulsación	119,00 €
ACTO MÉDICO CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA	Importe
Colocación de prótesis endoesofágica por endoscopia	357,60 €
Escleroterapia de varices esofágicas	119,00 €
ACTO MÉDICO CIRUGÍA MAXILOFACIAL Y ORAL	Importe
Exéresis de cuerpo extraño	119,00 €
ACTO MÉDICO CIRUGÍA PEDIÁTRICA	Importe
Esclerosis de varices esofágicas	119,00 €
Exéresis de cuerpo extraño en esófago	95,56 €
Exéresis de cuerpo extraño por broncoscopia	95,56 €
Ph-metría de 24 horas	239,60 €
ACTO MÉDICO CIRUGÍA TORÁCICA	Importe
Biopsia preescalénica de Daniels	239,60 €
Biopsia pulmonar con toracotomía	357,60 €
CLÍNICA DEL DOLOR	Importe
Bloqueo neurolítico del sistema simpático cérvico-torácico	95,56 €
Bloqueo neurolítico del sistema simpático lumbar	143,04 €
Bloqueo neurolítico epidural	143,04 €
Bloqueo neurolítico esplácnico	143,04 €
Crioanalgesia	95,56 €
Hipofisectomía química percutánea	191,12 €
Implante de bombas	143,04 €
Implante de catéter de larga duración	95,56 €
Implante de catéter para la rehabilitación de miembro inferior	95,56 €

Implante de catéter para neuroestimulación	95,56 €
Implante de reservorios cisternales	191,12 €
Implante de reservorios lumbares	143,04 €
Implante de un sistema definitivo de estimulación en el espacio epidural	143,04 €
Rizotomía química posterior	143,04 €
Terapéutica sobre el ganglio de Gasser	191,12 €
ACTO MÉDICO ENDOSCOPIA DIGESTIVA	Importe
Colangiografía retrógrada (CREP)	143,04 €
Colocación de prótesis biliar	239,60 €
Colocación de prótesis esofágica	357,60 €
Electrocoagulación, esclerosis o colocación de clips en lesiones sangrantes	119,00 €
Esclerosis de varices esofágicas (por sesión)	119,00 €
Exéresis de cálculos en el colédoco	119,00 €
Exéresis de cuerpo extraño	119,00 €
Exploración para divertículo de colon	191,12 €
Fulguración con láser de tumores	191,12 €
Macrobiopsia electroscópica	119,00 €
Papilotomía	239,60 €
Polipectomía	119,00 €
ACTO MÉDICO MEDICINA NUCLEAR	Importe
Ablación de ca. de tiroides completa (sin ingreso)	954,41 €
ACTO MÉDICO NEUMOLOGÍA	Importe
Extracción de cuerpo extraño por broncoscopia	95,56 €
ACTO MÉDICO NEUROCIRUGÍA	Importe
Cirugía percutánea de la hernia discal	143,04 €
Cordotomía percutánea de vías intramedulares	357,60 €
Neurólisis de nervios craneales	143,04 €
Termocoagulación de nervios craneales	477,20 €
ACTO MÉDICO OFTALMOLOGÍA	Importe
Cirugía de la retina con aplicación de gas en cámara vítrea y fotocoagulación externa	357,60 €
Cirugía de la retina con cerclaje, aplicación de gas en cámara vítrea y fotocoagulación	477,20 €
Exéresis de cuerpo extraño en cámara anterior	119,00 €
Tratamiento con láser de Argón	119,00 €
Tratamiento de tumores con láser YAG	239,60 €
ACTO MÉDICO ONCOLOGÍA MÉDICA	Importe

Quimioterapia (por ciclo de 3-4 semanas)	95,56 €
ACTO MÉDICO ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA	Importe
Tratamiento completo de curieterapia endocavitaria	954,41 €
ACTO MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGÍA	Importe
Exéresis de cuerpo extraño en bronquio	191,12 €
Laringoscopia para exéresis de cuerpo extraño	95.96 €
ACTO MÉDICO TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA	Importe
Movilización forzada (con anestesia general)	71.52 €
Reducción ortopédica de fracturas y luxaciones grandes	95.56 €
ACTO MÉDICO UROLOGÍA	Importe
Extracción de cálculo ureteral (vía endoscópica)	239.60 €

OTROS CONCEPTOS	
ACTO MÉDICO HOSPITALIZACIÓN POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	Importe
Indemnización por día de estancia en clínica	150,25 €
ACTO MÉDICO HOSPITALIZACIÓN MÉDICA	Importe
Indemnización por día de estancia en clínica	150,25 €
UCI	Importe
Indemnización por día de estancia en UCI	270.46 €
ACTO MÉDICO MATERNIDAD	Importe
Parto y hospitalización	811.37 €
Cesárea y parto múltiple incluida hospitalización	811.37 €

Resumen de las coberturas de la nueva oferta Saludmedic, 6 modalidades:		Accesmedic	Clinimedic	Clinimedic Plus	Completemedic	Completemedic Plus	Universalmedic
Los copagos							
Opción "sin copago"		-			V	V	V
Opción solo copago de urgencias		-	V	-			
Opción con copago lineal de 4 € o 10 € (los 5 primeros actos sin coste)		-			V	-	
Opción con tabla de copago		V	V	-			
Opción con Baremo de Atención Médica		-		V	-		
En los centros propios de la entidad nunca existe copago		V		-	V	-	
Forma de prestar los servicios							
Asistencia sanitaria	cuadro médico nacional de la entidad aseguradora	Sí en ambulatorio	Sí en hospitalización	Sí en todo el cuadro. Con participación del asegurado en coste de los servicios en régimen ambulatorio	Sí en todo el cuadro		
Baremo de indemnización	Por las intervenciones quirúrgicas fuera del cuadro de la entidad aseguradora	-	Sí con opción sin copago	V	Sí con opción sin copago	V	-
Reembolso libre elección (fuera del cuadro de la entidad aseguradora)	Pediatría, ginecología-obstétrica, medicinas complementarias	-				V	V
	Todos los actos en España con 90% (80% en extranjero) de los gastos estipulados en las condiciones especiales	-					V
Servicios cubiertos en asistencia sanitaria							
Medicina primaria:							
Medicina general, pediatría y puericultura, servicio de enfermería y servicio de atención a domicilio		V	-	V	V	V	V
Urgencias:							
Urgencias en centro que no requieren ingreso hospitalario, quirófano, sala de endoscopia y anestesia general, epidural o locoregional.		V	V	V	V	V	V
Urgencias en centro con ingreso hospitalario, quirófano, sala de endoscopia y anestesia general, epidural o locoregional.		-	V	V	V	V	V
Hospitalización:							
Hospitalización quirúrgica y por parto, medica, en unidad de cuidados o vigilancia intensiva, psiquiátrica		-	V	V	V	V	V
Especialidades médicas y especialidades quirúrgicas:							
Alergología-inmunología, anestesiología, angiología, aparato digestivo, aparato respiratorio, cardiología, dermatología, endocrinología y nutrición, ginecología y obstétrica, hematología y hemoterapia, medicina interna, medicina nuclear, nefrología, neonatología, neurocirugía, neurología, oftalmología, oncología médica, otorrinolaringología, psiquiatría, reumatología, traumatología y ortopedia, urología y andrología. Cirugía vascular, cardíaca y hemodinámica, general-digestiva y coloproctología, pediátrica, maxilofacial, oral, pediátrica, plástica reparadora, torácica.		V ambulatoria (salvo endoscopia digestiva, neonatología, clínica del dolor, intervenciones con quirófano)	V en hospitalización	V	V	V	V

Resumen de las coberturas de la nueva oferta Saludmedic, 6 modalidades:	Accesmedic	Clinimedic	Clinimedic Plus	Completemedic	Completemedic Plus	Universalmedic
Medios de diagnóstico:						
Medios de diagnóstico convencionales:	V	V	V	V	V	V
Análisis clínicos (Bioquímicos, hematológicos, microbiológicos y parasitológicos), anatomía patológica, Radiodiagnóstico básico, medios de diagnóstico cardiovascular, neurofisiología clínica, diagnóstico prenatal, pruebas respiratorias y urológicas.						
Medios de diagnóstico de alta tecnología y/o complejidad :	-	V	V	V	V	V
Radiodiagnóstico de alta tecnología (Tomografía axial computerizada (TAC), resonancia nuclear magnética (RMN) y arteriografía, radiología intervencionista cardiovascular y neuroradiología), medicina nuclear, endoscopia digestiva y diagnóstica, fibrobroncoscopia diagnóstica, medios de diagnóstico cardiovascular y determinados estudios genéticos (excepto para Clinimedic que están excluidos).						
Métodos terapéuticos:						
Aerosolterapia-ventiloterapia, laserterapia, Oxigenoterapia y tratamientos de la apnea del sueño.	V Excepto los tratamientos de sueño	V	V	V	V	V
Rehabilitación y Fisioterapia (algunas modalidades incorporan límite de sesiones)	40 sesiones	40 sesiones	60 sesiones	V	V	V
Angioplastia coronaria y valvuloplastia (mitral, aórtica, tricuspídea y pulmonar), clínica del dolor, diálisis y riñón artificial, endoscopia digestiva terapéutica, factores de crecimiento, Fibrobroncoscopia terapéutica, laserterapia (oftalmología, otorrinolaringología, coloproctología y en ginecología), litotricia renal, logopedia, nucleotomía percutánea, quimioterapia oncológica, radioterapia oncológica, transfusiones de sangre y/o plasma, tratamiento con hierro endovenoso, tratamientos locales con ácido hialurónico, unidad de Hi-Fu	-	V	V	V	V	V
Trasplantes de córnea	-	V	V	V	V	V
Trasplantes de órganos	-	-	-	-	-	V
Reproducción asistida	-	-	-	V	V	V
Medicina preventiva:						
Chequeo médico anual, otoemisiones acústicas, revisión ginecológica anual	V	V	V	V	V	V
Preparación al Parto, planificación familiar	-	V	V	V	V	V
Chequeo optométrico anual, chequeo auditivo anual	-	-	V	V	V	V
Otros servicios médicos:						
Ambulancias	V	V	V	V	V	V
Comadronas para la asistencia hospitalaria al parto, Prótesis (máximo anual prótesis 6.000 € para Clinimedic), ayuda a la convalecencia	-	V	V	V	V	V
Podología (5 sesiones anuales) y psicología (15 sesiones anuales)	-	-	V	V	V	V
Medicinas complementarias (acupuntura, homeopatía, medicina naturista). Osteopatía (sólo para completmedic plus y Universalmedic)	-	-	-	V	V	V
Farmacia	-	-	-	-	-	V
Los servicios Saludmedic:						
Asistencia en Viaje, Segunda Opinión Médica (en enfermedades graves), Servicio de Orientación Médica y Orientación Social (permite de disfrutar de precios especiales para servicios médicos no cubiertos y descuentos en óptica y audiolgía), servicio de Telefarmacia, acceso con descuentos en wellness, protección de pagos (para las modalidades Completemedic Plus y Universalmedic)						



Producto asegurado por Agrupación AMCI de Seguros y Reaseguros, S.A., Crta. de Rubí, número 72-74, Edificio Horizon, 08174 Sant Cugat del Vallès, RM Barcelona F.171, H.B-423520, T. 43402, Inscripción 10ª, NIF A-65782807, Registro DGSFP código C0790