

CONDICIONES  
ESPECIALES

# MEDIFIATC START

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

# CONDICIONES ESPECIALES

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

## MEDICINA PRIMARIA

**Medicina General.** Asistencia médica con indicación y prescripción de pruebas y medios de diagnóstico básicos **exclusivamente en consultorio.**

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

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

## SERVICIO DE URGENCIAS

**Servicio de Urgencia a Domicilio.** Se facilitará el servicio a domicilio por parte de los servicios permanentes de guardia (Medicina General o servicio de ATS/DUE), **de conformidad con lo establecido en las condiciones generales de la póliza.** En el caso de la enfermería, se requerirá la prescripción previa de un facultativo de la entidad. Este servicio se solicitará exclusivamente a los teléfonos de atención al Asegurado: 932 825 284 y 911 227 468.

## ESPECIALIDADES MÉDICAS Y MÉDICO-QUIRÚRGICAS

Incluye exclusivamente la atención al Asegurado en consultorio de visitas, pruebas y actos terapéuticos que no impliquen ningún tipo de intervención quirúrgica o tratamiento (salvo los expresamente indicados en las presentes condiciones especiales), y que estén comprendidos en las especialidades descritas.

**Alergia.** Las vacunas y autovacunas corren por cuenta del Asegurado

**Análisis Clínicos.**

**Anatomía Patológica.**

**Angiología y Cirugía Vascular.**

**Aparato Digestivo.**

**Cardiología.**

**Cirugía Cardiovascular.**

**Cirugía General y del Aparato Digestivo.**

**Cirugía Maxilofacial.**

**Cirugía Pediátrica.**

**Cirugía Torácica.**

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

**Endocrinología y Nutrición.** Están excluidos los tratamientos de adelgazamiento y dietéticos.

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

**Medicina de la Educación Física y del Deporte.** La cobertura se limita a la atención de afecciones o lesiones deportivas. Quedan excluidos los controles de carácter preventivo.

**Medicina Interna.**

**Medicina Nuclear.** Incluye exclusivamente las pruebas de diagnóstico descritas en el apartado de Medios de Diagnóstico.

**Nefrología.**

**Neonatología.**

**Neumología.**

**Neurocirugía.**

**Neurofisiología Clínica.**

**Neurología.**

**Obstetricia y Ginecología.** Queda incluida la vigilancia del embarazo, pero se excluye la asistencia de un Médico Tocólogo en todo tipo de partos.

**Odonto-Estomatología.** Ver apartado Garantía Dental de estas Condiciones Especiales.

**Oftalmología.**

**Oncología.**

**Otorrinolaringología.**

**Psiquiatría.** Excluidos cualquier tipo de test, tratamiento de drogadicción y

alcoholismo, así como terapias tanto de grupo como individuales.

Rehabilitación.

Reumatología.

Traumatología y Cirugía Ortopédica.

Urología.

## MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

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

### MEDIOS DE DIAGNÓSTICO BÁSICOS:

Radiología Simple.

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

### MEDIOS DE DIAGNÓSTICO COMPLEJOS:

**Radiodiagnóstico.** Incluye las Angiografías, Arteriografías Digitales, Densitometrías Óseas y la Radiología no Intervencionista. **Período de carencia de TRES MESES.**

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

Mamografías.

Ecografías.

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

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

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

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

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

**Polisomnografía.** Se autoriza exclusivamente para trastornos respiratorios excluyéndose en caso de alteraciones del sueño. **Cobertura de una sesión al año. Periodo de carencia de TRES MESES.**

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

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

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

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

**Fibroscan.** Técnica no invasiva basada en la elastografía. **Una por Asegurado y año. Exclusivamente para evaluar la evolución del grado de fibrosis hepática en hepatopatías crónicas, con exclusión de las que tienen alguna relación con el alcoholismo. Periodo de Carencia de TRES MESES.**

**Espectografía (spect)** de perfusión cerebral y de transportadores presinápticos de dopamina (DaTscan). **Cubierto exclusivamente para el diagnóstico diferencial de la enfermedad de Parkinson con otros trastornos del movimiento. Periodo de Carencia de TRES MESES**

## TRATAMIENTOS

Quedan cubiertos exclusivamente los tratamientos detallados a continuación. Deberán ser solicitados por médicos de la entidad y se practicarán en los centros sanitarios designados por la misma. En el caso de que, para su

realización, fuera necesario el internamiento del Asegurado en un centro sanitario, dicho tratamiento quedará excluido de la cobertura de la póliza.

En la relación de delimitaciones temporales se entiende por año el tiempo transcurrido entre la fecha de efecto y el vencimiento del seguro o de cualquiera de sus prórrogas, iniciándose en la siguiente prórroga otro año de seguro a tales efectos . Período de carencia de SEIS MESES.

## REHABILITADORES

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

**Ondas de Choque en Fisioterapia y Rehabilitación.** Se prestará con carácter ambulatorio, a cargo de fisioterapeutas y en los servicios que la Compañía designe, previa prescripción escrita de un especialista de la Entidad, para el tratamiento de enfermedades y lesiones post-traumáticas siempre que las mismas hayan sido contraídas con posterioridad a la firma de la póliza. **Existiendo una limitación de 5 sesiones por proceso y año.**

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

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

**Logopedia y Foniatría.** Se prestará, previa prescripción médica, para cualquier tratamiento de los trastornos del lenguaje. **Se limita a un máximo de 25 sesiones por proceso y Asegurado.**

**En el caso tratamientos como consecuencia de intervenciones mayores de laringe y en la recuperación neurológica post-accidente postaccidente vascular**

**cerebral. La cobertura se ampliará a un máximo de 60 sesiones por Asegurado en toda la vigencia de la póliza.**

**Logopedia infantil.** Se prestará, previa prescripción médica, a los menores de 12 años para cualquier tratamiento de los trastornos del lenguaje. **Se limita a un máximo de 25 sesiones por proceso y Asegurado.**

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

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

## OTROS TRATAMIENTOS

Se incluye una dermatoscopia digital (epiluminiscencia) por Asegurado y año para el diagnóstico precoz del melanoma, cuando se justifique al menos una de las siguientes indicaciones:

- Múltiples nevus atípicos (> 50)

- Síndrome de nevus displásico o familiar

- Antecedentes personales o familiares ( primero y segundo grado ) de melanoma diagnosticado

- Portadores de mutaciones genéticas asociadas al desarrollo del melanoma.

Se excluye el tratamiento de las lesiones actínicas de la piel y el tratamiento dermatocósmético.

## SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO Y PARTO

Quedan cubiertos exclusivamente los servicios siguientes:

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



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

**Analítica de Control Necesaria.**

En embarazos de riesgo reconocidos por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, se cubren exclusivamente una de las siguientes pruebas por embarazo: Amniocentesis y Estudio del Cariotipo Fetal, Biopsia Corial, Analítica del Test Prenatal No Invasivo Básico. Todas ellas por prescripción médica. A efectos aclaratorios, el Estudio del Cariotipo Fetal y la Biopsia Corial sólo se cubrirán durante el embarazo en curso.

**Triple Screening, EBA Screening.** Máximo uno por embarazo.

## MEDICINA PREVENTIVA

### OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

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

### UROLOGÍA

**Chequeo Urológico.** Revisión anual que incluye visita, informe, ecografiarenal y véscico-prostática, y PSA (antígeno prostático específico), si procede.

### CARDIOLOGÍA

**Chequeo Cardiológico.** Revisión anual para personas mayores de 50 años que incluye visita, informe, exploración cardiovascular, electrocardiograma, analítica y, si procede, prueba de esfuerzo y ecocardiograma. **Periodo de carencia de TRES MESES.**

### PEDIATRÍA

**Programa de Control al Recién Nacido.** Examen de salud al recién nacido que incluye pruebas de metabolopatías, otoemisiones acústicas, test de agudeza visual y ecografía neonatal, si se estima necesaria.

## GENERAL

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

## ODONTOLOGÍA

**Limpieza de boca anual.**

## MEDICINA DEPORTIVA

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

## OTROS SERVICIOS

**Podólogo en Consultorio. Limitado a 10 sesiones al año.**

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

## COPAGO

El tomador del seguro pagará en concepto de participación en el coste del servicio una cantidad determinada por cada servicio que utilice de las garantías cubiertas por la presente póliza.

No obstante, para las consultas y pruebas del Grupo A de la tabla adjunta, los tres primeros actos realizados por Asegurado y anualidad de seguro no generarán copago. A partir del cuarto acto del Grupo A, y para cualquier acto del Grupo B, serán de aplicación los copagos de la siguiente tabla:

<b>Consultas y pruebas Grupo A</b>	
<b>Consultas</b>	<b>Copago</b>
Medicina General	6,00 €
Pediatría - Puericultura	6,00 €
Especialidades Médico-Quirúrgicas	9,00 €
<b>Pruebas Diagnósticas y Actos Terapéuticos</b>	<b>Copago</b>
Pruebas Alérgicas	9,00 €
Análisis Clínicos (excepto Pruebas Genéticas)	6,00 €
Anatomía Patológica	9,00 €
Ecografías	9,00 €
Mamografía	9,00 €
Diagnóstico por la Imagen (Radiología Convencional)	6,00 €
Resto de pruebas y actos	15,00 €
<b>Consultas y pruebas Grupo B</b>	
<b>Pruebas Diagnósticas y Actos Terapéuticos de Alta Tecnología</b>	<b>Copago</b>
Medicina Nuclear	15,00 €
Arteriografía	15,00 €
Resonancia Magnética Nuclear (RMN)	50,00 €
Tomografía Axial Computerizada (TAC/Escáner)	30,00 €
Pruebas diagnóstico cardiológico	9,00 €
Amniocentesis; Biopsia Corial y Test Prenatal no invasivo	15,00 €
Pruebas de Seguimiento del Embarazo	9,00 €
Ph-Metría	9,00 €
Polisomnografía	15,00 €
Test de la marcha	9,00 €
<b>Otros Servicios</b>	<b>Copago</b>
ATS/Enfermería	6,00 €
Podología	9,00 €
Extracciones dentales	9,00 €
Rehabilitación y Fisioterapia (sesión)	6,00 €
Logopedia y foniatría	6,00 €
Cheques medicina preventiva	15,00 €
Urgencias (domiciliarias)	15,00 €
Resto de Servicios	15,00 €

## **GARANTÍA DENTAL**

### **Servicios Incluidos en Póliza.-**

Quedan cubiertas sin coste adicional para el Asegurado las visitas, las extracciones simples, las curas estomatológicas derivadas de estas y las radiografías realizadas

en los centros designados por FIATC a tal efecto que, en determinados casos, no coinciden con el Centro Dental.

La asistencia de los servicios cubiertos se prestará exclusivamente por los facultativos que aparecen en la lista de odontólogos del cuadro facultativo correspondiente a esta póliza. Dicha asistencia se llevará a cabo exclusivamente en la consulta del odontólogo, quedando excluida expresamente la asistencia fuera de la misma.

De forma detallada son objeto de cobertura sin coste adicional los servicios y actos que se indican a continuación:

- Primeras Visitas
- Visita de Revisión
- Educación Bucodental
- Enseñanza de técnicas de cepillado
- Una limpieza de boca anual
- Radiografías Odontológicas
- Primera visita Ortodoncia
- Retirar puntos
- Estudio Implantológico

### Servicios con franquicia a cargo del Asegurado

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

El importe de las franquicias vigentes puede ser consultado en <https://www.fiatc.es/información-corporativa/servicios-para-clientes/franquicias-a-cargo-del-asegurado.html>

<b>1 - ODONTOLOGÍA PREVENTIVA</b>		
P0620	Selladores oclusales	
P0570	Tratamiento con férula blanda	
P0572	Tratamiento con protector bucal (para deporte)	
<b>2 - RADIOLOGÍA</b>		
X0680	Ortopantomografía (Panorámica Dental)	
X0690	Telerradiografía Lateral o frontal de Cráneo	
X0673	Radiografía de ATM	
X0675	Estudio Tomográfico (TAC) Una Arcada	
X0676	Estudio Tomográfico (TAC) Dos Arcadas	
X0514	Serie radiográfica periodontal	

	<b>3 - OBTURACIONES</b>	
O0340	Obturación provisional	
O0330	Obturación simple o compuesta	
O0359	Reconstrucción de Ángulos	
O0360	Reconstrucción Coronaria total	
O0392	Reconstrucción de muñón	
	<b>5 - ENDODONCIAS</b>	
E0429	Endodoncias mecanizadas con material rotatorio (suplemento)	
E0410	Endodoncias Unirradiculares	
E0420	Endodoncias Multirradiculares	
E0417	Reendodoncias Unirradiculares	
E0450	Reendodoncias Multirradiculares	
E0423	Protección pulpar (recubrimiento pulpar)	
E0426	Apertura drenaje pulpar (sin tratamiento endodónico)	
E0470	Pulpotomía (pulpa cameral)	
E0464	Pulpectomía (pulpa cameral más radicular)	
	<b>5 - PERIODONCIA</b>	
H0530	Tallado selectivo	
H0520	Análisis oclusal	
H0515	Periodontograma	
H0540	Curetaje por cuadrante	
H0541	Raspaje y alisado radicular (por cuadrante)	
H0550	Cirugía periodontal (curetaje quirúrgico por pieza)	
H0556	Widman modificado (por cuadrante)	
H5561	Plastia muco-gingival (por cuadrante)	
H0391	Ferulización de dientes (por diente)	
H0516	Mantenimiento periodontal (por sesión)	
H0590	Mantenimiento periodontal postquirúrgico (sesión)	
H5601	Gingivectomía (por cuadrante)	
	<b>6 - ORTODONCIA</b>	
B0850	Estudio cefalométrico (incluye moldes)	
B0873	Estudio fotográfico	
B0840	Vísitas periódicas de revisión ortodoncia	
B0820	Tratamiento Ortodóncico con aparatología fija (cada arcada)	
B0830	Tratamiento Ortodóncico con aparatología móvil (cada aparato)	
B0834	Tratamiento Ortodóncico con brackets autoligables (cada arcada)	
B0833	Colocación de aparatos auxiliares (quadhelix, bihelix, botón de nance, barra palatina, mentoneras, anclajes extra orales, bumper, máscara facial...) (cada aparato)	
B0835	Reposición de Brackets (unidad)	
B0836	Reposición de Brackets estéticos (unidad)	

B0860	Colocación Placas de retención, férula o hawley, (unidad)	
H0391	Ferulización de dientes (por diente)	
F0650	Mantenedor de espacio fijo	
R0660	Mantenedor de espacio móvil	
B0870	Recargo por brackets de porcelana (por arcada)	
B0872	Recargo por brackets de fibra de vidrio (por arcada)	
<b>7 - PRÓTESIS FIJA</b>		
F0742	Corona o puente provisional acrílico (por pieza)	
F0743	Corona parcial o incrustación (por pieza)	
F0741	Corona metal colada (por pieza)	
F0760	Muñón colado multirradicular	
F0761	Muñón colado unirradicular	
F0750	Corona o puente metal porcelana (por pieza)	
F0770	Corona o puente porcelana (por pieza)	
F0774	Puente Maryland (pieza y dos apoyos)	
F0780	Barra Ackerman (corona aparte / cada tramo)	
<b>7.1 - PRÓTESIS REMOVIBLE</b>		
<b>Composturas y ajustes</b>		
R0790	Composturas simples de prótesis removibles (por pieza a colocar o gancho no colado)	
R0791	Rebase de prótesis removible	
R0792	Rebase con resina o similares acondicionadores de forma provisional, en la prótesis removibles	
R0795	Añadir piezas nuevas en aparatos hechos (unidad)	
<b>Prótesis removible acrílica</b>		
R0733	Prótesis removible completa (superior o inferior)	
R0732	Prótesis removible completa (superior más inferior)	
R0804	Prótesis parcial removible acrílico ( de 1 a 3 piezas)	
R0805	Prótesis parcial removible acrílico ( de 4 a 6 piezas)	
R0734	Prótesis parcial removible acrílico ( de 7 o más piezas)	
<b>Prótesis Esqueléticos</b>		
R0710	Esquelético (Estructura base para una o varias piezas)	
R0711	Esquelético (Terminación en acrílico por pieza)	
R0729	Sujetadores precisión (attaches) (cada unidad)	
<b>8 - CIRUGÍA ORAL</b>		
C0210	Extracciones que no precisen cirugía (excluidos cordales o piezas incluidas)	
C0220	Extracciones que precise cirugía (excluidas piezas incluidas)	
C0250	Extracción por odontosección	
C0472	Extracción de cualquier pieza incluida (una sola pieza)	
C0743	Extracción de cordal simple sin cirugía	

C0469	Extracción de cordal semi incluido	
C0470	Extracción de cordal incluido	
C0492	Restos radiculares con cirugía	
C0497	Quistectomía (quistes maxilares)	
C0475	Cirugía periapical (apicectomía incluida)	
C0490	Frenillo lingual o labial. Frenectomía	
C0440	Amputación radicular terapéutica (hemisección)	
C0451	Reimplantación de piezas (por pieza)	
I0477	Colocación de materiales biológicos (Hueso Liofilizado y otros Biomateriales)	
I0481	Regeneración tisular guiada con membrana reabsorbible	
<b>9 - IMPLANTOLOGÍA</b>		
I0915	Férula quirúrgica	
I0916	Férula radiológica	
I0910	Colocación de un implante	
I9100	Implante de carga inmediata (unidad)	
I0918	Mantenimiento y reajuste anual de prótesis e implante (por implante)	
I0920	Corona cerámica sobre implante	
I0927	Corona provisional sobre implante	
I0928	Corona provisional sobre implante inmediato	
I9201	Aditamento protésico por implante (incluye pilar cementado/atornillado, calcinable, tornillo retención y transeptelial)	
I9202	Aditamento protésico sobre implante inmediato	
I0921	Puente cerámica unidad en pónico o sobre implante	
I9243	Dentadura Híbrida (superior más inferior)	
I0930	Sobredentadura sobre implantes	
I0940	Mesoestructura en barra	
<b>10 - ESTÉTICA DENTAL</b>		
S0635	Incrustación porcelana	
S0634	Carillas de porcelana (por pieza)	
S0631	Blanqueamiento en consulta (por arcada dental, sesiones incluidas)	
S0632	Blanqueamiento dental por pieza cada sesión	
S0633	Carillas de composite (por pieza)	
<b>11 - PATOLOGÍA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR-ATM</b>		
A0571	Tratamiento con férula de descarga neuromiorrelajante. Tipo Michigan	
<b>12 - VARIOS</b>		
Z0773	Recargos metal precioso o semiprecioso	

El importe de las franquicias vigentes puede ser consultado en <https://www.fiatc.es/informacion-corporativa/servicios-para-clientes/franquicias-a-cargo-del-asegurado.html>



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

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