

Asefa Salud Top 75 mil

CONDICIONES ESPECIALES



CONDICIONES ESPECIALES

Asefa Salud Top 75 mil

SUMARIO

1. MEDICINA PRIMARIA	1
2. SERVICIO DE URGENCIAS.....	1
3. ESPECIALIDADES MÉDICAS Y MÉDICO-QUIRÚRGICAS	2
4. MEDICINA PREVENTIVA	3
5. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO	5
6. TRATAMIENTOS	7
7. HOSPITALIZACIÓN	10
8. OTROS SERVICIOS	11
9. CUADRO DE LÍMITES Y CARENCIAS	13
10. GARANTÍA DE REEMBOLSO DE GASTOS.....	16

El presente Contrato da derecho a los siguientes servicios, prestaciones sanitarias y especialidades en las condiciones y términos que en los mismos se señalan en las presentes Condiciones Especiales y para cada una de las personas Aseguradas en la Póliza, siempre que sean practicados en los Centros Médicos Concertados en la Guía de Servicios del producto contratado.

Los límites y carencias de los servicios y prestaciones sanitarias se encuentran detallados en el cuadro final de estas Condiciones Especiales.

1. MEDICINA PRIMARIA

101. **Medicina General.** Asistencia médica con indicación y prescripción de pruebas y medios de diagnóstico básicos.
102. **Pediatría y Puericultura de Zona,** para niños menores de 14 años con indicación y prescripción de pruebas y medios de diagnóstico básicos. Incluye controles preventivos y de desarrollo infantil.
103. **Servicio de Enfermería,** en consultorio y previa prescripción de un médico de la Entidad.
104. **Matrona.** Todo tipo de visitas, actos y asistencia a partos.

2. SERVICIO DE URGENCIAS

Este servicio se solicitará al teléfono 24h de Atención al Asegurado 917 875 203.

201. **Asistencia Permanente de Urgencia, se prestará exclusivamente en los centros concertados por el Asegurador y que figuran en la Guía de Servicios.**
202. **Servicio de Ambulancia.** Se prestará en caso de necesidad Urgente y justificada para el traslado del enfermo a los Centros Médicos de urgencias de la Entidad para ser ingresado y/o intervenido quirúrgicamente, dentro y fuera del término municipal con ámbito provincial. Incluye los traslados en incubadora. Bajo prescripción médica y únicamente en el caso que sea inviable el traslado al domicilio por cualquier otro medio después de un ingreso hospitalario el Asegurador autorizará el traslado del Asegurado de regreso al domicilio de la póliza.
203. **Servicio de Urgencia a Domicilio.** Se facilitará el servicio a domicilio por los servicios permanentes de guardia (Medicina General y/o Servicio de Enfermería), de conformidad con lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza. **En el caso de la enfermería se requerirá una prescripción previa de un facultativo de la Entidad.**
204. **Asistencia Permanente de Urgencia a Desplazados en España.** Servicio de Urgencia que se prestará, dentro del territorio nacional, en las capitales de provincia, a todo Asegurado que se desplace temporalmente fuera de su provincia, en las condiciones establecidas en la Póliza.

205. Asistencia Permanente de Urgencia Médica en el Extranjero. Se prestará la Asistencia hasta un límite de 12.000€ anuales por Asegurado y dentro de los límites establecidos a tal efecto en la Garantía Complementaria de Asistencia en el Extranjero recogida en las Condiciones Generales de la Póliza.

3. ESPECIALIDADES MÉDICAS Y MÉDICO-QUIRÚRGICAS

Asistencia sanitaria en consultas médicas o en régimen de hospitalización, en las especialidades que a continuación se indican.

301. Alergia. Las vacunas son por cuenta del Asegurado.

302. Análisis Clínicos.

303. Anatomía Patológica.

304. Anestesiología y Reanimación. Toda clase de anestésicos prescritos por médicos de la Entidad, incluida la anestesia epidural, en los servicios cubiertos por la Póliza.

305. Angiología y Cirugía Vasular.

306. Aparato Digestivo.

307. Cardiología.

308. Cirugía Cardiovascular.

309. Cirugía General y del Aparato Digestivo.

310. Cirugía Maxilofacial.

311. Cirugía Pediátrica.

312. Cirugía Plástica y Reparadora. Incluida la reconstrucción mamaria tras la mastectomía, **exclusivamente como consecuencia de un proceso oncológico mamario cubierto por la presente Póliza. Excluida la cirugía puramente estética.**

313. Cirugía Torácica.

314. Dermatología Médica-Quirúrgica y Venereología. Quedan excluidos los tratamientos con fines puramente estéticos.

315. Endocrinología y Nutrición.

316. Geriatría.

317. Hematología y Hemoterapia.

318. Medicina Interna.

319. Medicina Nuclear.

320. Nefrología.

321. Neonatología

322. Neumología.

323. Neurocirugía.

324. Neurofisiología Clínica.

325. Neurología.

326. Obstetricia y Ginecología. Incluida la vigilancia del embarazo, así como la asistencia por Médico Tocólogo en todo tipo de partos, auxiliado por matrona.

327. Odonto-Estomatología. Quedan cubiertas exclusivamente las extracciones, las curas estomatológicas derivadas de éstas y las radiografías, excluyendo los empastes, prótesis y ortodoncias.

328. Oftalmología.

329. Oncología.

330. Otorrinolaringología.

331. Psiquiatría. Excluidos cualquier tipo de Test, tratamiento de drogadicción y alcoholismo, y terapias tanto de grupo como individuales.

333. Rehabilitación.

334. Reumatología.

335. Traumatología y Cirugía Ortopédica.

336. Urología.

4. MEDICINA PREVENTIVA

Deberán ser prescritos por Médicos de la Guía de Servicios de la Entidad y se practicarán en los Centros Médicos designados por la misma.

4.A.- OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

- 401. Chequeo Ginecológico.** Revisión anual incluyendo visita, informe, citología, ecografía y mamografía, si procede.
- 402. Prevención del cáncer ginecológico.** Exámenes periódicos dirigidos al diagnóstico precoz de neoplasias de mama y de cuello uterino.

4.B.- UROLOGÍA

- 403. Chequeo Urológico.** Revisión anual incluyendo visita, informe, ecografía renal y vésico-prostática, P.S.A. (antígeno prostático específico), si procede.
- 405. Prevención del cáncer prostático.** Programa de prevención para personas mayores de 45 años que comprende consulta, exploración física, análisis clínicos y ecografía transrectal en caso necesario.

4.C.- CARDIOLOGÍA

- 406. Chequeo Cardiológico.** Revisión anual incluyendo visita, informe, exploración cardiovascular, electrocardiograma, analítica y si procede, prueba de esfuerzo y ecocardiograma.
- 407. Prevención del Riesgo Coronario.** Programa de prevención para personas mayores de 45 años que comprende consulta, análisis clínicos, radiografía de tórax y si procede, prueba de esfuerzo y ecocardiograma.

4.D.- PEDIATRÍA

- 408. Chequeo pediátrico.** Control de salud en las edades claves del desarrollo infantil, durante los cuatro primeros años.
- 409. Programa de vacunación infantil.** Se llevará a cabo en los meses 3, 5, 7, 15, 18 y cuando el Asegurado tenga los siguientes años: 3, 6, 11 y 14. **Las vacunas irán a cargo del Asegurado.**
- 410. Programa de control al recién nacido.** Examen de salud al recién nacido incluyendo pruebas de metabopatías, audiometría, test de agudeza visual y ecografía neonatal.

4.E.- MEDICINA GENERAL

- 411. Revisión Médica de adultos.** Comprende una revisión médica completa cada cinco años para aquellos Asegurados cuya edad esté comprendida entre los 20 y los 39 años, siendo cada tres años para los mayores de 39 años.
- 433. Chequeo preventivo de la diabetes y seguimiento del enfermo diabético.** Incluye consulta con historia clínica y anamnesis, exploración física y las pruebas que el equipo médico de la Unidad de Prevención considere necesarias.

4.F.- OFTALMOLOGÍA

- 412. Revisión Oftalmológica.** Revisión anual que incluye visita y la determinación de la graduación visual realizada por un especialista.
- 434. Chequeo preventivo del glaucoma.** Incluye consulta con historia clínica y anamnesis, exploración física y las pruebas que el equipo médico de la Unidad de Prevención considere necesarias.

4.G.- ODONTOLOGÍA

- 416. Limpieza de boca anual.**

4.H.- PSICOLOGÍA CLÍNICA

- 417. Sesiones de Psicología Clínica.** Se prestará en régimen ambulatorio bajo la prescripción de un psiquiatra y cuya finalidad sea el tratamiento de patologías susceptibles de intervención psicológica (trastornos de conducta, alimenticios, del sueño, de adaptación o de aprendizaje). La atención será individualizada.

4.I.- PLANIFICACIÓN FAMILIAR

- 418. Implantación del DIU. El coste del dispositivo a cargo del Asegurado.**
- 419. Vasectomía y Ligadura de Trompas.**
- 420. Pruebas Diagnósticas de la Esterilidad.**

4.J.- CIRUGÍA GENERAL

- 404. Prevención del cáncer colorectal.** Programa de prevención para personas mayores de 45 años que comprende consulta, exploración física, análisis clínicos y colonoscopia en caso necesario.

5. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

Deberán ser prescritos por Médicos de la Guía de Servicios de la Entidad y se practicarán en los Centros Médicos designados por la misma, estando incluidos los contrastes y radiofármacos utilizados, salvo expresa exclusión en las presentes Condiciones Especiales.

Para aquellos medios de diagnóstico que para su realización requieran hospitalización o ingreso, se aplicara el periodo de carencia establecido para la hospitalización médica.

5.A. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO BÁSICOS

- 501. Radiología Simple.**

- 502. Servicio de Laboratorio Básico.** Todo tipo de Análisis Clínicos, Anatomopatológicos y Biológicos, previa prescripción de un Médico de la Entidad, excepto estudios preventivos.
- 505. Ecografías.** Las ecografías obstétricas se considerarán Medios de Diagnóstico Complejos.

5.B. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO COMPLEJOS

Se considerarán Medios de Diagnóstico Complejos todos aquellos que no se encuentren detallados en el apartado anterior, Medios de Diagnóstico Básicos. Los Medios de Diagnóstico Complejos tienen un periodo de carencia de 3 meses, exceptuando aquellos que vienen especificados en el cuadro final de Límites y Carencias.

- 503. Radiodiagnóstico.** Incluye las técnicas habituales tales como Angiografías, Arteriografía Digital, Densitometría Ósea, Mamografía, y Radiología no Intervencionista.
- 530. Servicio de Laboratorio.** Análisis Hormonales, previa prescripción de un facultativo, excepto estudios preventivos.
- 558. Test de la Fructosa, Lactosa, Sorbitol y Lactulosa.** Se realizará exclusivamente en centros concertados por Asefa, previa autorización. En ningún caso se tendrá acceso a través de la garantía complementaria de reembolso.
- 506. Tomografía Axial Computerizada (TAC ó SCANNER).**
- 507. Resonancia Magnética Nuclear (R.M.N.).**
- 508. Endoscopias.** Incluye tanto las digestivas como las diagnósticas y/o terapéuticas. Incluida la técnica de la cápsula endoscópica (**el coste del dispositivo irá a cargo del Asegurado**).
- 509. Fibrobronoscopias.** Tanto diagnósticas como terapéuticas.
- 520. Isótopos Radioactivos y Gammagrafías,** como medio complementario de diagnóstico, siendo el producto utilizado a cargo de la Entidad.
- 511. Tomografía por Emisión de Positrones (P.E.T.). Exclusivamente como medio de diagnóstico para la detección de neoplasias de pulmón, cabeza y cuello, mama y aparato digestivo.**
- 512. Tomografía por Múltiples Detectores (D.M.D.). Exclusivamente para patologías del sistema coronario.**
- 513. Diagnóstico Cardiológico.** Electrocardiograma, Pruebas de Esfuerzo, Ecocardiograma, Holter, Doppler.

- 514. Neurofisiología Clínica.** Incluye las técnicas habituales tales como: electroencefalograma, electromiograma, potenciales evocados.
- 515. Polisomnografía. Exclusivamente para el estudio del síndrome de la apnea obstructiva del sueño.**
- 516. Radiología Intervencionista Vascular y Visceral.** Siendo el producto utilizado a cargo de la Entidad.
- 517. Medios de diagnósticos necesarios para el control del proceso de embarazo.** Ecografías Obstétricas, Analíticas, Triple Screening (Cribaje Bioquímico), EBA-Screening, Ecografía Morfológica (semana 20) y Amniocentesis y Estudio del Cariotipo Fetal en Embarazo de Riesgo.
- 518. Tomografía de Coherencia Óptica.**
- 537. PET-TAC Colina. Exclusivamente como medio de diagnóstico para la detección de neoplasias de próstata.** Los radiofármacos utilizados serán por cuenta de la Entidad.
- 541. PET-TAC. Exclusivamente como medio de diagnóstico para la detección de neoplasias de pulmón, cabeza y cuello, mama, aparato digestivo, ginecológica y urológica.** Los radiofármacos utilizados serán por cuenta de la Entidad.
- 559. Otoemisiones Acústicas.** Para la detección precoz de sorderas en el recién nacido Asegurado. Esta cobertura se prestará siempre que en el momento del nacimiento del recién nacido, la madre tenga una antigüedad en la póliza superior a 8 meses. **Quedan excluidos cualquier tipo de prótesis, audífonos e implantes cocleares.**
- 560. Neuronavegador. En los casos que este indicado su utilización, exclusivamente en intervenciones de tumores o lesiones intracraneales.**
- 564. Diagnóstico Dermatológico Mole-Max.** Con un máximo de una exploración anual y un mínimo de cien nevus, de acuerdo con los parámetros señalados por la Sociedad Española de Dermatología. **Se prestará en los centros concertados de la Guía de Servicios de Asefa Salud.**

6. TRATAMIENTOS

Deberán ser prescritos por Médicos de la Guía de Servicios de la Entidad y se practicarán en los Centros Médicos designados por la misma.

6.A.- RADIOTERAPIA

- 602. Acelerador Lineal de Partículas.** Se prestará con carácter ambulatorio para el tratamiento con radioterapia de alta energía en procesos neoplásicos. **Se excluye la radiocirugía.**

628. Unidad de Protonterapia. Se prestará en patologías oncológicas relacionadas con tumores oculares, tumores próximos a la base del cráneo, primarios o metastásicos en la médula espinal/columna vertebral, tumores en población pediátrica próximos a órganos de riesgo (médula, corazón, pulmones), pacientes con síndromes genéticos con riesgo elevado de toxicidad.

El tratamiento debe solicitarse a través de la dirección de correo electrónico **autorizaciones@asefa.es**, adjuntando la siguiente documentación:

- Historia Clínica del Prescriptor
- Imágenes de soporte
- Analíticas de soporte
- Informes de tratamientos previos (médicos, quirúrgicos, oncológicos, medico/pediátricos o tratamiento previo con radioterapia)

En el supuesto de reunir los requisitos exigidos se trasladará al Comité de Protonterapia (Órgano colegiado de profesionales que imparten el tratamiento), para su evaluación que emitirá un informe de asesoramiento sobre la aceptación/rechazo del caso.

El servicio se prestará exclusivamente en centros designados por Asefa, independientemente del lugar de residencia del Asegurado. Quedan excluidos los gastos de hospedaje, transporte de cualquier tipo, manutención y demás gastos del paciente y/o acompañantes.

La cobertura se limita a patologías oncológicas diagnosticadas a partir de Enero de 2.020, no estando contemplados los tumores diagnosticados con anterioridad a esa fecha ni recidivas o secuelas de los mismos.

6.B.- QUIMIOTERAPIA

603. Quimioterapia. Comprende los tratamientos quimioterápicos que pueda precisar el enfermo, en tantos ciclos como sean necesarios, siempre que los mismos sean prescritos por el Médico de la especialidad de la Guía de Servicios y que esté encargado de la asistencia del enfermo. Los tratamientos quimioterápicos serán por cuenta de la Entidad, tanto en régimen ambulatorio como en Centro Médico cuando el internamiento se hiciera necesario; siendo en todos los casos el Médico especialista encargado de la asistencia quien dispondrá la forma y tratamientos quimioterápicos a realizar. **En estos tratamientos, por lo que se refiere a los medicamentos, será la Entidad quien correrá con los gastos correspondientes de los productos farmacéuticos siempre que su administración se realice vía intravenosa y requiera de la estancia del Asegurado en un Centro Médico designado, el resto de medicamentos correrán a cargo del Asegurado. Sólo quedan garantizados aquellos tratamientos en los que se utilicen productos farmacéuticos específicamente citostáticos que se expandan en el mercado nacional y estén debidamente autorizados por el Ministerio de Sanidad. Los fármacos de origen biológico y/o inmunoterápico correrán a cargo del Asegurado.**

6.C.- REHABILITADORES

- 604. 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. Asimismo también se prestará en el Centro Médico mientras el Asegurado deba estar ingresado a causa de una cobertura amparada en la Póliza. **Se excluyen los tratamientos rehabilitadores de carácter neurológico así como la rehabilitación acuática.**
- 665. 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.
- 607. 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.
- 608. Rehabilitación del Suelo Pélvico.** Se prestará con carácter ambulatorio exclusivamente como consecuencia directa del parto, o en casos de incontinencia urinaria.
- 609. Tratamiento del Dolor.** Se prestará en régimen ambulatorio para casos oncológicos con dolor que no pueda ser controlado por la unidad oncológica y con dolor crónico derivado de actuaciones quirúrgicas. Asimismo se cubre el internamiento producido por una complicación aguda del tratamiento y por la implantación de aparatos médicos. **Quedan excluidos los gastos de cualquier tipo de medicación, material, aparatos médicos específicos y prótesis.**
- 610. Logopedia y Foniatría.** Se prestará para tratamientos consecuencia de intervenciones quirúrgicas de laringe; y para los menores de 16 años en los trastornos en la adquisición de la lectura, escritura, dislexia y en el desarrollo de lenguaje. **Están excluidos los procesos motivados en niños con retrasos mentales, autistas o con problemas de audición.**
- 611. Ventiloterapia y Aerosoles.** En patologías pulmonares o respiratorias. **Únicamente en régimen hospitalario.**
- 613. Oxigenoterapia a Domicilio y en Centro Asistencial.** En patologías pulmonares o respiratorias. **La medicación será a cargo del Asegurado.**
- 667. Rehabilitación respiratoria a recién nacidos.** Orientado para recién nacidos y niños hasta un año de edad. **Esta se prestará en régimen de internamiento.**

6.D.- OTROS TRATAMIENTOS

Deberán ser prescritos por Médicos de la Guía de Servicios de la Entidad y se practicarán en los Centros Médicos designados por la misma.

614. Litotricia y Litiasis Renal o Biliar. El tratamiento de los cálculos renales o biliares por ondas de choque en un Centro Médico designado por la Compañía, previa prescripción por escrito de un Médico de la misma.

615. Transfusiones de Sangre y/o Plasma. Queda a cargo de la Entidad el Acto Médico de la transfusión en todos los casos, así como la sangre y/o plasma a transfundir dentro del Hospital.

616. Hemodiálisis y Riñón Artificial. Exclusivamente para el tratamiento de las insuficiencias renales agudas y con función renal normal previa. Quedan excluidos de dicho tratamiento los procesos crónicos.

617. Corrección Quirúrgica de la Miopía y Trasplante de Córnea. La córnea a trasplantar será por cuenta del Asegurado.

618. Láser Excímer para la Corrección del Astigmatismo, Hipermetropía Y Miopía. Se prestará con carácter ambulatorio, en los centros designados por la compañía. Franquicia a cargo del Asegurado de 600€ por cada ojo.

668. Láser Urológico. Para el tratamiento de la Hiperplasia benigna de próstata. El servicio se prestará en centros concertados y designados por Asefa, independientemente del lugar de residencia del Asegurado.

7. HOSPITALIZACIÓN

Deberán ser prescritos por Médicos de la Guía de Servicios de la Entidad, practicándose en los Centros Médicos designados por la misma previa autorización del ingreso por parte de esta última. La Entidad limita la cobertura hasta la fecha de alta determinada por el médico de la Entidad responsable de la asistencia. Quedan excluidos los internamientos fundados en problemas de tipo social.

720. Hospitalización por Maternidad. La asegurada ocupará una habitación individual con cama de acompañante y correrán por cuenta de la Entidad las estancias, la manutención de la Asegurada, las curas y su material, así como los gastos de quirófano o sala de partos, productos anestésicos y medicamentos empleados en ellos. También correrán por cuenta de la Entidad los medicamentos que consuma durante su estancia en el Centro Médico. Incluye la estancia, durante el período necesario, en las Unidades de Reanimación y Vigilancia Intensiva.

707. Incubadora en Centro Médico. Se incluye, en caso de necesidad, la estancia en incubadora así como los gastos de asistencia neonatal del recién nacido Asegurado.

- 701. Hospitalización Quirúrgica.** Las intervenciones quirúrgicas cuya índole lo requieran serán practicadas en Centro Médico designado por la Entidad, ocupando el enfermo habitación individual con cama de acompañante y siendo a cuenta de la Entidad las estancias, manutención del enfermo, curas y su material (incluido material laparoscópico), así como los gastos de quirófano, productos anestésicos y medicamentos empleados en él. También serán por cuenta de la Entidad los medicamentos que el enfermo consuma durante su estancia en el Centro Médico. Incluye la estancia, durante el período necesario, en las unidades de Reanimación y Vigilancia Intensiva.
- 702. Hospitalización en Unidades de Cuidados Intensivos (U.C.I.).** El internamiento en Unidades de Cuidados Intensivos que exija el tratamiento de enfermedades y afecciones cardiovasculares y de cualquier otra etiología, a juicio del facultativo de la Entidad responsable de la asistencia en Centros Médicos designados por la Entidad, haciéndose cargo la Compañía de la factura de los medicamentos suministrados al enfermo. **El límite máximo vendrá determinado por los límites específicos de cada tipo de hospitalización.**
- 704. Hospitalización Médica.** El Asegurado tiene derecho a habitación individual con cama de acompañante, para el tratamiento de alguna enfermedad o afección, siendo por cuenta de la Entidad los medicamentos que el enfermo consuma durante su estancia en el Centro Médico.
- 705. Hospitalización Pediátrica.** El Asegurado tiene derecho a habitación individual con cama de acompañante, para el tratamiento de alguna enfermedad o afección, siendo por cuenta de la Entidad los medicamentos que el enfermo consuma durante su estancia en el Centro Médico.
- 706. Hospitalización Psiquiátrica. Exclusivamente para el tratamiento de las crisis esquizofrénicas y trastornos mentales en fase aguda que no puedan tratarse en el domicilio del paciente y precisen internamiento, sin cama de acompañante.** Se incluyen los gastos de medicación durante el período de hospitalización.
- 708. Hospitalización Ambulatoria.** Las intervenciones quirúrgicas cuya índole lo requieran serán practicadas en Centro Médico designado por la Entidad en las que el paciente requiera para su recuperación una estancia hospitalaria inferior a 24 horas siendo por cuenta de la Entidad los gastos de quirófano, materiales, productos anestésicos y medicamentos empleados en él, así como cualquier otro concepto correspondiente a los servicios médicos prestados durante la intervención quirúrgica.

8. OTROS SERVICIOS

Deberán ser prescritos por Médicos de la Guía de Servicios de la Entidad y se practicarán en los Centros Médicos designados por la misma.

801. Podólogo.

802. Asistencia Sanitaria que exija el Tratamiento de Accidentes Laborales, Profesionales, Deportivos y los Amparados por el Seguro Obligatorio de Automóviles dentro de los límites de la garantía contratada. Si existiera un tercero civilmente responsable, la Entidad quedará subrogada en todos los derechos y acciones del Asegurado o del Tomador.

803. Prótesis y otros materiales implantables. Las prótesis y materiales implantables deberán solicitarse previamente a la Compañía, quien suministrará las mismas a través de proveedores concertados. Las prótesis garantizadas por la Entidad serán las siguientes:

- **Prótesis Oftalmológicas sintéticas.** La lente intraocular monofocal en intervenciones de cataratas practicadas por médicos de la Entidad. Así mismo, se incluye la lente multifocal con las condiciones indicadas en el cuadro de Límites y Carencias.
- **Prótesis Cardíacas y Cardiovasculares sintéticas.** Las válvulas cardíacas, marcapasos, stents y las prótesis de bypass vascular, exceptuando el corazón artificial y el desfibrilador automático.
- **Prótesis internas Traumatológicas sintéticas.** Incluye el material de osteosíntesis necesario para su implantación.
- **Prótesis Mamarias sintéticas e injertos óseos de materiales biológicos necesarios para su implantación. Exclusivamente tras mastectomía radical como consecuencia de un proceso oncológico cubierto por la presente póliza.**
- **Prótesis Testiculares sintéticas. Exclusivamente como consecuencia de un proceso oncológico cubierto por la presente póliza.**
- **Mallas quirúrgicas sintéticas.** En reparaciones de la pared abdominal o torácica.

El coste de cualquier otro tipo de prótesis, material de osteosíntesis, piezas anatómicas y ortopédicas, será por cuenta del Asegurado.

804. Preparación al Parto. Sesiones de preparación antes del parto en un centro designado por la Entidad.

805. Enfermedades o Defectos Congénitos en Recién Nacidos. Los recién nacidos que causen alta como Asegurados, dentro de los 30 primeros días desde la fecha de nacimiento y que hayan tenido cobertura para parto dentro de la póliza, recibirán asistencia médica derivada de enfermedades o defectos congénitos.

807. Trasplante de Órganos: Corazón, Pulmón, Riñón, Hígado, Médula Ósea y Córnea. Quedan cubiertos todos los gastos derivados de la implantación del órgano así como las pruebas de histocompatibilidad. **Se excluye el propio órgano, la extracción, transporte y conservación del órgano a trasplantar.**

- 808. Segunda Opinión.** Comprende una segunda opinión médica sobre el diagnóstico o tratamiento médico, en el caso de enfermedades graves. **Este servicio se puede solicitar llamando al 917 886 744.**
- 809. Servicio Telefónico de Orientación Médica.** Información telefónica de apoyo, todos los días del año, referente a enfermedades, tratamientos y prevención de su salud, así como en la utilización de medicamentos, comprensión de informes de laboratorio, terminología médica e interpretación de informes. **En horario de 9 a 21h los 365 días de año a través del 917 875 203. En este mismo teléfono se prestará adicionalmente un servicio de orientación y asesoramiento de tipo psicológico y nutricional en horario de 9 a 19h. de lunes a viernes.**
- 835. Homeopatía y Acupuntura.** Se cubrirán exclusivamente las consultas de homeopatía y los tratamientos de acupuntura que sean prestados por Médicos colegiados. **Se da acceso a esta cobertura únicamente a través de la Garantía de Reembolso de Gastos.**
- 836. Osteopatía y Quiropraxia.** Se cubrirán exclusivamente las consultas o sesiones de osteopatía y quiropraxia que sean prestados por Médicos o Fisioterapeutas colegiados, previa prescripción de un facultativo de la Entidad. **Se da acceso a esta cobertura únicamente a través de la Garantía de Reembolso de Gastos.**

9. CUADRO DE LÍMITES Y CARENCIAS

2. SERVICIO DE URGENCIAS	CARENCIAS	LÍMITES
205. Asistencia de Urgencia Médica en el extranjero		12.000€ anuales por Asegurado
4. MEDICINA PREVENTIVA	CARENCIAS	LÍMITES
4.A. OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA		
401. Chequeo Ginecológico		Anual
402. Prevención del cáncer ginecológico	3 MESES	
4.B. UROLOGÍA		
403. Chequeo urológico		Anual
405. Prevención del cáncer prostático	3 MESES	Mayores de 45 años
4.C. CARDIOLOGÍA		
406. Chequeo cardiológico		Anual
407. Prevención del Riesgo Coronario	3 MESES	Mayores de 45 años
4.D. PEDIATRÍA		
408. Chequeo pediátrico		Hasta los 4 años
4.E. MEDICINA GENERAL		
411. Revisión Médica en adultos	3 MESES	Cada 5 años, de 20 a 39 años Cada 3 años, a partir de 39 años

4.F. OFTALMOLOGÍA		
412. Revisión Oftálmica		Anual
4.G. ODONTOLOGÍA		
416. Limpieza de boca		Anual
4.H. PSICOLOGÍA CLÍNICA		
417. Sesiones de Psicología Clínica	3 MESES	1 sesión semanal con un límite de 20 sesiones anuales
4.I. PLANIFICACIÓN FAMILIAR		
419. Vasectomía y Ligadura de Trompas	6 MESES	
420. Pruebas Diagnósticas de la Esterilidad	6 MESES	
4.J. CIRUGÍA GENERAL		
404. Prevención del cáncer colorectal	3 MESES	Mayores de 45 años
5. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO	CARENCIAS	LÍMITES
5.B.MEDIOS DE DIAGNÓSTICO COMPLEJOS	3 MESES	
511. Tomografía por Emisión de Positrones	6 MESES	
516. Rad. Intervencionista Vascular y Visceral	6 MESES	
517. Medios de Diagnóstico en el embarazo	6 MESES	
530. Servicio de Laboratorio	6 MESES	
537. P.E.T.-T.A.C. Colina	6 MESES	
541. P.E.T.-T.A.C.	6 MESES	
558. Fructosa, Lactosa, Sorbitol y Lactulosa	6 MESES	
564. Diagnóstico Dermatológico Mole-Max	6 MESES	Anual
6. TRATAMIENTOS	CARENCIAS	LÍMITES
6.A. RADIOTERAPIA		
602. Acelerador Lineal de Partículas	6 MESES	
628. Unidad de Protonterapia	12 MESES	
6.B. QUIMIOTERAPIA		
603. Quimioterapia	6 MESES	
6.C. REHABILITADORES		
604. Fisioterapia y Rehabilitación	6 MESES	40 sesiones anuales para dolencias no derivadas de fractura o IQ
607. Rehabilitación Cardiológica	6 MESES	30 sesiones anuales
608. Rehabilitación del Suelo Pélvico	6 MESES	15 sesiones anuales en casos de incontinencia 30 sesiones anuales como consecuencia directa del parto

609. Tratamiento del Dolor	6 MESES	7 días por complicación aguda del tratamiento o implantación de aparatos médicos 15 días para casos oncológicos o de IQ
610. Logopedia y Foniatría	6 MESES	60 sesiones por Asegurado
611. Ventiloterapia y Aerosoles	6 MESES	
613. Oxigenoterapia a Domicilio y en Centro Médico	6 MESES	30 sesiones anuales en domicilio
665. Ondas de choque en Fisioterapia y Rehabilitación	6 MESES	Límite de 5 sesiones anuales
667. Rehabilitación Respiratoria a recién nacidos		Hasta la edad de 1 año 5 sesiones por asegurado
6.D. OTROS TRATAMIENTOS		
614. Litotricia y Litiasis Renal o Biliar	6 MESES	
615. Transfusiones de sangre y/o plasma	6 MESES	
616. Hemodiálisis y Riñón artificial	6 MESES	10 sesiones por proceso
617. Corrección Quirúrgica de la Miopía	6 MESES	
618. Láser Excímer. Cirugía correctiva	SIN CARENCIA	Franquicia 600€ por ojo
668. Láser Urológico	6 MESES	
7. HOSPITALIZACIÓN	CARENCIAS	LÍMITES
701. Hospitalización Quirúrgica	6 MESES	
702. Hospitalización en U.C.I.	6 MESES	
704. Hospitalización Médica	6 MESES	
705. Hospitalización Pediátrica	6 MESES	
706. Hospitalización Psiquiátrica	10 MESES	60 días anuales
708. Hospitalización Ambulatoria	6 MESES	
720. Hospitalización por Maternidad	8 MESES	
8. OTROS SERVICIOS	CARENCIAS	LÍMITES
801. Podólogo		10 sesiones anuales
803. Prótesis	6 MESES	12.000 € anuales 350 € lente multifocal
804. Preparación al Parto	6 MESES	
805. Enfermedades o Defectos Congénitos recién nacidos		Asegurados en los 30 primeros días desde el nacimiento con cobertura del parto en póliza
807. Trasplante de Órganos	12 MESES	4.500€ por Asegurado
835. Homeopatía y Acupuntura	6 MESES	Ver límite de Reembolso
836. Osteopatía y Quiropraxia	6 MESES	Ver límite de Reembolso

10. GARANTÍA DE REEMBOLSO DE GASTOS

La presente garantía permite al Asegurado acudir a un Facultativo o Centro Médico Privado no incluido en la Guía de Servicios de la Entidad. En estos supuestos el Asegurado tendrá derecho al reembolso de los gastos sanitarios por las prestaciones y tratamientos médicos cubiertos en la Póliza dentro de los siguientes límites.

En ningún caso se indemnizará económicamente mediante reembolso de gastos cualquier factura emitida por Facultativos, Profesionales o Centros Médicos que figuren en la Guía de Servicios de Asefa. Siempre que el Asegurado acuda a la Guía de Servicios de la Entidad debe identificarse presentando la tarjeta sanitaria.

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

LÍMITES GENERALES DE REEMBOLSO	
Límite reembolso anual	75.000,00 €
Límite reembolso Hospitalario	55.000,00 €
Límite reembolso Extrahospitalario	20.000,00 €

No obstante en función de donde se haya originado el siniestro se aplicarán unas franquicias a cargo del Asegurado sobre el total de la factura presentada y que no minorarán el límite o sublímite establecido para cada servicio.

Servicios prestados en territorio español.	
Servicios Hospitalarios	Franquicia del 10 %
Servicios Extrahospitalarios	Franquicia del 20 %
Servicios NO prestados en territorio español.	
Servicios Hospitalarios	Franquicia del 20 %
Servicios Extrahospitalarios	Franquicia del 20 %

SUBLÍMITES DE REEMBOLSO HOSPITALARIO

En el concepto de reembolso hospitalario se incluyen los honorarios de los Facultativos, derivados directamente de una intervención quirúrgica, así como los gastos originados por el Asegurado durante su estancia en el Centro Médico donde haya permanecido ingresado.

Honorarios médicos. En función del grado de dificultad de la intervención se establecen unos límites de reembolso máximos en el que se incluyen tanto los honorarios del facultativo, como del anestesista, ayudantes y, en caso que fuera preciso, matrona. Estos grupos de intervenciones quirúrgicas se corresponden con la clasificación de la Organización Médica Colegial.

SUBLÍMITES POR TIPO DE INTERVENCIÓN	
Grupo I	350,00 €
Grupo II	550,00 €
Grupo III	1.100,00 €
Grupo IV	1.500,00 €
Grupo V	1.900,00 €
Grupo VI	2.200,00 €
Grupo VII	2.500,00 €
Grupo VIII	3.500,00 €
Parto	2.000,00 €
Cesárea	3.000,00 €

Hospitalización: Las estancias en Centros Médicos presentarán un límite de reembolso en función del número de días que el Asegurado haya permanecido ingresado y en función del tipo de internamiento.

SUBLÍMITES POR TIPO DE HOSPITALIZACIÓN	
QUIRÚRGICO / DÍA	350,00 €
MEDICO / DÍA	250,00 €
PEDIÁTRICO / DÍA	250,00 €
PSIQUIÁTRICO / DÍA	250,00 € Máximo 60 días anuales
U.C.I. / DÍA	500,00 €
INCUBADORA / DÍA	100,00 €
AMBULATORIA / PROCESO Incluyendo honorarios de los facultativos y el coste del Centro Médico	700,00 €

SUBLÍMITES DE REEMBOLSO EXTRAHOSPITALARIO

En el concepto de reembolso extrahospitalario se incluyen los honorarios de los Facultativos derivados directamente de consultas médicas de carácter general o especialidades. **Los servicios garantizados para el reembolso extrahospitalario presentan unos sublímites para cada uno de los grupos descritos en las Condiciones Especiales.**

SUBLÍMITES SERVICIOS EXTRAHOSPITALARIOS	
1. MEDICINA PRIMARIA. Límite por Asegurado 1.000,00€ anuales. En la visita se incluyen todas las pruebas necesarias que se hagan durante la misma.	
VISITA MEDICINA GENERAL	35,00 €
VISITA DE PEDIATRÍA	50,00 €
SERVICIO DE ENFERMERÍA	20,00 €

2. URGENCIAS. Límite por Asegurado 1.000,00€ anuales	
AMBULANCIA	200,00 € por traslado
SERVICIO DE URGENCIAS (SIN INGRESO)	300,00 € por urgencia
3. ESPECIALIDADES MÉDICO-QUIRÚRGICAS. Límite por Asegurado 3.000,00 € anuales	
VISITAS	150,00 € por visita
VISITA COMPLEJA (incluye pruebas)	300,00 € por visita
ODONTOLOGÍA	SIN COBERTURA DE REEMBOLSO
4. MEDICINA PREVENTIVA. Límite por Asegurado 1.000,00 € anuales. El reembolso se garantiza exclusivamente en los siguientes actos de Medicina Preventiva:	
CHEQUEO GINECOLÓGICO ANUAL	250,00 € anuales
CHEQUEO UROLÓGICO	200,00 € anuales
CHEQUEO PEDIÁTRICO	100,00 € por chequeo
REVISIÓN OFTÁLMICA	150,00 € anuales
LIMPIEZA DE BOCA ANUAL	200,00 € anuales
REVISIÓN MÉDICA CARNET DE CONDUCIR	100,00 € anuales
REVISIÓN MÉDICA PERMISO DE ARMAS	100,00 € anuales
5. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO. Límite por Asegurado 5.000,00 € anuales. Los Medios de Diagnóstico solicitados por un Facultativo y no realizados por él mismo en la consulta deberán acogerse a los siguientes sublímites de reembolso:	
MEDIOS DE DIAGNÓSTICO BÁSICOS	150,00 € por Asegurado y día
ECOGRAFÍA	75,00 € por prueba
T.A.C.	350,00 € por prueba
R.M.N.	500,00 € por prueba
ENDOSCOPIA	700,00 € por prueba
MEDICINA NUCLEAR	350,00 € por prueba
P.E.T.	900,00 € por prueba
D.M.D.	500,00 € por prueba
AMNIOCENTESIS	300,00 € por prueba
RESTO DE PRUEBAS	350,00 € por Asegurado y día
6. TRATAMIENTOS. Límite por Asegurado 8.000,00 € anuales. Los tratamientos solicitados por un Facultativo y no realizados por él mismo en la consulta deberán acogerse a los siguientes sublímites de reembolso:	
RADIOTERAPIA	3.000,00 € anuales
QUIMIOTERAPIA	6.000,00 € anuales
TRATAMIENTOS REHABILITADORES	50,00 € por sesión 3.000,00 € anuales y/o proceso
LITOTRICIA	1.000,00 € anuales
HEMODIÁLISIS Y RIÑÓN ARTIFICIAL	3.000,00 € anuales y/o proceso
LÁSER EXCÍMER	SIN COBERTURA DE REEMBOLSO
RESTO DE TRATAMIENTOS INCLUIDOS	2.500,00 € anuales y/o proceso

7. OTROS SERVICIOS. Límite por Asegurado 6.000,00 € anuales	
PRÓTESIS	4.500,00 € anuales 350 € lente multifocal
PREPARACIÓN AL PARTO	150,00 € por embarazo
TRASPLANTE DE ÓRGANOS	6.000,00 € anuales
HOMEOPATÍA Y ACUPUNTURA	40,00 € por sesión. Máximo 12 sesiones anuales
OSTEOPATÍA Y QUIROPRAXIA	40,00 € por sesión. Máximo 12 sesiones anuales
RESTO DE SERVICIOS	SIN COBERTURA DE REEMBOLSO

FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS.

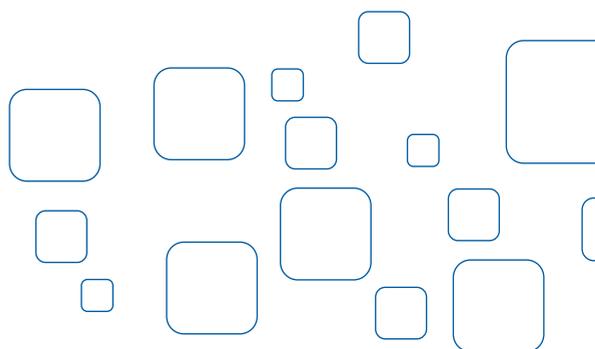
En el caso de que el Asegurado utilice los servicios asistenciales médicos y/u hospitalarios en España recomendados en la Guía de Servicios de la Entidad, el Asegurado no tendrá que hacer efectivo el pago por dichos servicios, corriendo la totalidad de los gastos médicos y/u hospitalarios por cuenta y a cargo de la Compañía, quien efectuará directamente el pago por dichos servicios. Para ello, el Asegurado deberá presentar su Tarjeta de Salud al inicio de la prestación para que pueda ser debidamente identificado y no desembolsará cantidad alguna. Igualmente, vendrá obligado a exhibir el último recibo de prima satisfecha y su Documento Nacional de Identidad o Tarjeta de Residencia, si así fuera requerido.

En el caso que el Asegurado utilice los servicios de Reembolso, el Asegurado deberá pagar los gastos por él incurridos y posteriormente cumplir los siguientes requisitos para que le sean reembolsados los gastos a los que tenga derecho por la presente Garantía:

1. El Asegurado o cualquier persona en su nombre deberá comunicar el siniestro dentro de los siguientes plazos:
 - 1.1. En los casos de asistencia sanitaria de urgencia, dentro de los cinco días laborables siguientes a la fecha en que tenga lugar el internamiento hospitalario.
 - 1.2. En el caso de intervención quirúrgica o internamiento hospitalario programado, dentro de los siete días laborables inmediatamente anteriores a la fecha de dicha intervención quirúrgica o internamiento hospitalario.
2. En los casos de intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, pruebas diagnósticas y métodos terapéuticos, junto con la comunicación de enfermedad o accidente, el Tomador del seguro o Asegurado enviará a la Compañía informe médico en el que se especifiquen el diagnóstico y naturaleza de las enfermedades, así como en su caso, el centro asistencial, fecha de ingreso, duración probable del tratamiento y tipo de éste.
3. El Asegurado deberá, además, seguir fielmente todas las prescripciones del Médico encargado de la curación y deberá dar la Compañía toda clase de informaciones sobre las circunstancias o consecuencias del siniestro.
4. El Tomador del Seguro, el Asegurado o sus familiares deberán permitir que médicos designados por el Asegurador visiten al Asegurado tantas veces como el Asegurador lo estime oportuno, así como cualquier averiguación o comprobación que el Asegurador considere necesaria sobre su estado de salud.

5. En caso de hospitalización, una vez finalizada ésta, el Tomador del Seguro o el Asegurado comunicará tal circunstancia a la Compañía con indicación del período de duración del internamiento.
6. El Tomador del Seguro o, en su caso, el Asegurado deberá presentar a la Compañía la siguiente documentación:
 - 6.1. Impreso de solicitud de reembolso, debidamente cumplimentado.
 - 6.2. Justificantes o facturas originales, de los gastos realmente incurridos por el Asegurado, debidamente desglosados, por cada uno de los conceptos incluidos en las facturas donde se reflejen:
 - 6.2.1. La persona que se ha realizado la asistencia médica u hospitalaria.
 - 6.2.2. La naturaleza del acto o actos médicos realizados (consulta, pruebas diagnósticas, métodos terapéuticos, intervenciones quirúrgicas, etc.) detallando fechas e importes.
 - 6.2.3. Identificación de la persona física o jurídica que ha prestado la asistencia (Médico, Servicio de Enfermería, Clínica u Hospital, etc.) haciéndose constar, en su caso, los apellidos, nombre o razón social, domicilio, número de colegiado y número de identificación fiscal (N.I.F.).
 - 6.3. Justificación del pago de las facturas por parte del Asegurado.
 - 6.4. Prescripciones médicas originales de los servicios médicos y/u hospitalarios recibidos por el Asegurado.
 - 6.5. Informe médico original explicativo de los servicios médicos y/u hospitalarios prestados al Asegurado, del proceso de la enfermedad y su evolución.
 - 6.6. Informe de alta médica u hospitalaria.

El incumplimiento de los requisitos establecidos será considerado como renuncia expresa al cobro del reembolso, salvo que no haya sido posible cumplirlos por causas ajenas a la voluntad del Tomador del seguro, del Asegurado o de sus familiares.



917 886 744
902 888 356

www.asefasalud.es

Avda. de Manoteras 32, Edificio A 28050 Madrid