

Asefa Salud Top Familiar

CONDICIONES ESPECIALES



CONDICIONES ESPECIALES

Asefa Salud Top Familiar

1. Medicina primaria.....	5
2. Servicio de urgencias	5
3. Especialidades médicas y médico-quirúrgicas.....	6
4. Medicina preventiva	7
5. Medios de diagnóstico.....	9
6. Tratamientos.....	10
7. Hospitalización.....	12
8. Otros servicios.....	14
9. Garantía de reembolso de gastos.....	15

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 siguientes 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 en Clínicas del cuadro médico de la Entidad.

2. SERVICIO DE URGENCIAS

201. **Asistencia Permanente de Urgencia,** se prestará en los centros concertados por el Asegurador y que figuran en el Cuadro Médico.
202. **Servicio de Ambulancia.** Se prestará en caso de necesidad Urgente y justificada para el traslado del enfermo a las clínicas 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 ATS/DUE), **de conformidad con lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza. En el caso de la enfermería se requerirá una prescripción previa e un facultativo de la Entidad. Este servicio se solicitará al teléfono de atención al Asegurado 902.323.436.**
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 las Condiciones Generales de la Póliza.**

3. ESPECIALIDADES MÉDICAS Y MÉDICO-QUIRÚGICAS

- 301. **Alergia.** Las Autovacunas son por cuenta del Asegurado.
- 302. **Análisis Clínicos.**
- 303. **Anatomía Patológica.**
- 304. **Anestesiología y Reanimación.** Toda clase de anestесias prescritas por médicos de la Entidad, incluida la anestesia epidural, en los servicios cubiertos por la póliza.
- 305. **Angiología y Cirugía Vasculар.**
- 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. 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, auxiliados 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

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. **Periodo de carencia TRES MESES.**

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 trasrectal en caso necesario. **Periodo de carencia TRES MESES.**

4.C.- CARDIOLOGÍA

- 406. **Chequeo Cardiológico.** Revisión anual incluyendo visita, informe, exploración cardiovascular, electrocardiograma, analítica y si procede, prueba de esfuerzo y ecocardiograma. **Periodo de carencia TRES MESES.**

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. **Periodo de carencia TRES MESES.**

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 metabolopatías, 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. **Periodo de carencia TRES MESES.**

4.F.- OFTALMOLOGÍA

412. Revisión Oftalmológica. Revisión anual que incluye visita y la determinación de la graduación visual realizada por un especialista.

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 y con carácter temporal. **Se limita su cobertura a una sesión semanal con un límite de 15 sesiones al año.**

4.I.- PLANIFICACIÓN FAMILIAR

418. Implantación del DIU. El coste del dispositivo a cargo del Asegurado.

419. Vasectomía y Ligadura de Trompas. Periodo de Carencia de SEIS MESES.

420. Pruebas Diagnósticas de la Esterilidad. Periodo de Carencia de SEIS MESES.

4.J.- CIRUGIA 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. **Período de carencia TRES MESES.**

5. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

Deberán ser solicitados por médicos de la entidad y se practicarán en los centros sanitarios 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.**

5.B. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO COMPLEJOS:

- 503. Radiodiagnóstico.** Incluye las técnicas habituales tales como Angiografías, Arteriografía Digital, Densitometría Ósea, Mamografía, y Radiología no Intervencionista. **Periodo de carencia de TRES MESES.**
- 504. Servicio de Laboratorio.** Análisis Hormonales con un **período de carencia de SEIS MESES**, previa prescripción de un Médico de la Entidad, **excepto estudios preventivos.** Test de la Fructosa y Lactosa con un **período de carencia de SEIS MESES**, deberá ser solicitado por un médico de la Entidad y se realizará exclusivamente en centros concertados por Asefa, previa autorización. En ningún caso se tendrá acceso a través de la garantía complementaria de reembolso.
- 505. Ecografías.**
- 506. Tomografía Axial Computerizada (TAC ó SCANNER).** Periodo de carencia de TRES MESES.
- 507. Resonancia Magnética Nuclear (R.M.N.).** Periodo de carencia de TRES MESES.
- 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**). **Período de carencia de TRES MESES.**
- 509. Fibrobronoscopias.** Tanto diagnósticas como terapéuticas. **Período de carencia de TRES MESES.**

- 520. **Isótopos Radioactivos y Gammagrafías**, como medio complementario de diagnóstico, y siendo el producto utilizado a cargo de la Entidad. **Periodo de carencia de TRES MESES.**
- 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. Los radiofármacos utilizados serán por cuenta del Asegurado. Periodo de carencia SEIS MESES.**
- 512. **Tomografía por Múltiples Detectores (DMD)** Exclusivamente para patologías del sistema coronario. **Periodo de carencia TRES MESES.**
- 513. **Diagnóstico Cardiológico.** Electrocardiograma, Pruebas de Esfuerzo, Ecocardiograma, Holter, Doppler. **Periodo de carencia de TRES MESES.**
- 514. **Neurofisiología Clínica.** Incluye las técnicas habituales tales como: electroencefalograma, electromiograma, potenciales evocados. **Periodo de carencia de TRES MESES.**
- 515. **Polisomnografía.** Exclusivamente para el estudio del síndrome de la apnea obstructiva del sueño. **Periodo de carencia de TRES MESES.**
- 516. **Radiología Intervencionista Vascul y Visceral**, siendo el producto utilizado a cargo del Asegurado. **Periodo de carencia de SEIS MESES.**
- 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, período de carencia SEIS MESES.**
- 518. **Tomografía de Coherencia Óptica.** **Periodo de carencia TRES MESES.**
- 537. **PET-TAC Colina exclusivamente para el Diagnóstico de neoplasia de próstata.** **Periodo de carencia TRES MESES**
- 541. **PET-TAC.** Exclusivamente como medio de diagnóstico para la detección de neoplasias de pulmón, cabeza y cuello, mama y aparato digestivo. Los radiofármacos utilizados serán de cuenta del Asegurado. **Periodo de carencia de SEIS MESES.**

6. TRATAMIENTOS

Deberán ser solicitados por médicos de la Entidad y se practicarán en los centros sanitarios designados por la misma. **Periodo de carencia de SEIS MESES.**

6.A.- RADIOTERAPIA

- 601. **Cobaltoterapia**, con carácter ambulatorio.

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

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 del Cuadro concertado y que esté encargado de la asistencia del enfermo. Los tratamientos quimioterápicos serán de cuenta de la Entidad, tanto en régimen ambulatorio como en Clínica 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 en los que su administración vía intravenosa, requieran de la estancia del Asegurado en un Centro Hospitalario, el resto de medicamento correrán a cargo del Asegurado. Sólo quedan garantizados aquellos tratamientos en los que se utilicen productos farmacéuticos específicamente citostáticos que se expendan en el mercado nacional y estén debidamente autorizados por el Ministerio de Sanidad.**

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 hospitalario mientras el Asegurado deba estar ingresado a causa de una cobertura amparada en la Póliza. **Existiendo una limitación de 40 sesiones por año y/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.**
- 605. Laserterapia.** Se realizará previa prescripción de un especialista de la Entidad, en tratamientos no quirúrgicos del aparato locomotor y oftalmología. **Existiendo una limitación de 40 sesiones por año y/o proceso exclusivamente para dolencias o afecciones no derivadas de un proceso quirúrgico o fractura ósea.**
- 606. Magnetoterapia.** Se realizará previa prescripción de un especialista de la Entidad, en tratamientos no quirúrgicos del aparato locomotor. **Existiendo una limitación de 40 sesiones por año y/o proceso exclusivamente para dolencias o afecciones no derivadas de un proceso quirúrgico o fractura ósea.**

- 607. Rehabilitación Cardiológica.** Para la prevención de la cardiopatía isquémica tras el alta hospitalaria del Asegurado por una afección cardiovascular. Se prestará en régimen de ambulatorio o en consulta. **Existiendo una limitación de 30 sesiones por año y/o proceso.**
- 608. Rehabilitación del Suelo Pélvico. Exclusivamente como consecuencia directa del parto. Existiendo una limitación de 30 sesiones por año y/o proceso.**
- 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 **hasta un máximo de 15 sesiones.** Asimismo se cubre el internamiento producido por una complicación aguda del tratamiento y por la implantación de aparatos médicos, **durante un periodo máximo de 7 días. 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. **Se prestará por un máximo de 60 sesiones por Asegurado, estando 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. Existiendo una limitación de 30 sesiones por año y/o proceso si la asistencia se realiza a Domicilio.**

6.D.- OTROS TRATAMIENTOS

- 614. Litotricia y Litiasis Renal o Biliar.** El tratamiento de los cálculos renales o biliares por ondas de choque en un Centro Sanitario designado por la Compañía, previa prescripción por escrito de un Médico de la misma.
- 615. Transfusiones de Sangre y/o Plasma.** 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 Sanatorio.
- 616. Hemodiálisis y Riñón Artificial.** Exclusivamente para el tratamiento de las insuficiencias renales agudas y con función renal normal previa, **durante un período máximo de 10 sesiones por proceso. Quedan excluidos de dicho tratamiento los procesos crónicos.**
- 617. Corrección Quirúrgica de la Miopía y Trasplante de Córnea.** **La cornea 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 Euros por cada ojo. No existe periodo de carencia.**

7. HOSPITALIZACIÓN

Todos los servicios de hospitalización deberán ser solicitados por médicos de la Entidad y los ingresos se efectuarán en Clínicas designadas por la Compañía previa autorización del ingreso por parte de la misma.

- 701. Hospitalización Quirúrgica.** Las intervenciones quirúrgicas cuya índole lo requieran serán practicadas en Clínica designada por la Entidad, ocupando el enfermo habitación individual con cama de acompañante y siendo de cuenta de la Entidad las estancias, manutención del enfermo, curas y su material (incluido material laparoscópico), así como los gastos de quirófano o sala de partos, productos anestésicos y medicamentos empleados en él. También serán de cuenta de la Entidad los medicamentos que el enfermo consuma durante su estancia en el Sanatorio. Se incluye en caso de necesidad la estancia en incubadora del recién nacido. Incluye la estancia, durante el periodo necesario, en las unidades de Reanimación y Vigilancia Intensiva. **La Entidad limita la cobertura hasta la fecha de alta determinada por el médico de la Entidad responsable de la asistencia. El periodo de carencia para la hospitalización quirúrgica es de SEIS MESES.**
- 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 cardio-vasculares y de cualquier otra etiología, a juicio del facultativo de la Entidad responsable de la asistencia en centros designados por la Entidad, haciéndose cargo la Compañía de la factura de los medicamentos suministrados al enfermo. **Están excluidos los internamientos fundados en problemas de tipo social. La Entidad limita la cobertura hasta la fecha de alta determinada por el médico de la Entidad responsable de la asistencia. El límite máximo vendrá determinado por los límites específicos de cada tipo de hospitalización. Periodo de carencia de DIEZ MESES.**
- 704. Hospitalización Médica.** El tratamiento en un Centro Sanitario designado por la Compañía, previa prescripción por escrito de un facultativo de la misma, de alguna enfermedad o afección. El Asegurado tiene derecho a habitación individual con cama de acompañante, siendo de cuenta de la Entidad los medicamentos que el enfermo consuma durante su estancia en el sanatorio, **estando excluidos los internamientos fundados en problemas de tipo social. La Entidad limita la cobertura hasta la fecha de alta determinada por el médico de la Entidad responsable de la asistencia. Periodo de carencia de SEIS MESES.**

- 705. Hospitalización Pediátrica.** El tratamiento en un Centro Sanitario designado por la Compañía, previa prescripción por escrito de un facultativo de la misma, de alguna enfermedad o afección. El Asegurado tiene derecho a habitación individual con cama de acompañante, siendo de cuenta de la Entidad los medicamentos que el enfermo consuma durante su estancia en el sanatorio, **estando excluidos los internamientos fundados en problemas de tipo social. La Entidad limita la cobertura hasta la fecha de alta determinada por el médico de la Entidad responsable de la asistencia. Período de carencia de SEIS MESES.**
- 706. Hospitalización Psiquiátrica.** El tratamiento en un Centro Psiquiátrico designado por la Compañía, previa prescripción por escrito de un facultativo de la misma, exclusivamente 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 periodo de hospitalización. **Están excluidos los internamientos fundados en problemas de tipo social. La Entidad limita la cobertura hasta la fecha de alta determinada por el médico de la Entidad responsable de la asistencia. Periodo máximo de cobertura 60 días al año. Periodo de carencia de DIEZ MESES.**
- 707. Incubadora en Clínica.**
- 708. Hospitalización Ambulatoria.** Las intervenciones quirúrgicas cuya índole lo requieran serán practicadas en Clínica designada por la Entidad en las que el paciente requiera para su recuperación una estancia hospitalaria inferior a 24 horas siendo de 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. **El periodo de carencia para la hospitalización ambulatoria es de SEIS MESES.**

8. OTROS SERVICIOS

- 801. Podólogo en Consultorio. Limitado a 10 sesiones al año.**
- 802. Asistencia Sanitaria que exija el Tratamiento de Accidentes Laborales, Profesionales, Deportivos y los Amparados por el Seguro Obligatorio de Automóviles.** Si existiera un tercero civilmente responsable, la Entidad quedará subrogada en todos los derechos y acciones del Asegurado o del Tomador.
- 803. Prótesis. A cargo de la Entidad el coste de la prótesis hasta un máximo de 12.000 Euros por proceso y/o año.** Las prótesis garantizadas por la Entidad serán las siguientes:
- **Prótesis Oftalmológicas.** La lente intraocular monofocal en intervenciones de cataratas practicadas por médicos de la Entidad.
 - **Prótesis Cardíacas y Cardiovasculares.** Las válvulas cardíacas, marcapasos, stents y las prótesis de bypass vascular, exceptuando el corazón artificial y el desfibrilador automático.

- **Prótesis internas Traumatológicas.** Prótesis de cadera y prótesis internas traumatológicas.
- **Prótesis Mamarias,** exclusivamente tras mastectomía radical como consecuencia de un proceso oncológico.
- **Material de Osteosíntesis y mallas quirúrgicas** en reparaciones de la pared abdominal o torácica.

E l coste de cualquier otro tipo de prótesis, piezas anatómicas y ortopédicas, será de cuenta del Asegurado. Período de carencia de SEIS MESES.

- 804. Preparación al Parto.** Sesiones de preparación antes del parto en un centro designado por la Entidad previa autorización por escrito de la misma. **Periodo de carencia SEIS MESES.**
- 805. Enfermedades o Defectos Congénitos en Recién Nacidos.** Los recién nacidos que causen alta como Asegurados recibirán asistencia médica derivada de enfermedades o defectos congénitos.
- 806. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. (SIDA).** Cubre los gastos derivados del tratamiento de enfermedades o lesiones que tuvieran lugar como consecuencia directa o indirecta de sufrir el Asegurado el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, **con un límite en los gastos hospitalarios de 6.000 € por Asegurado y en los gastos ambulatorios de 4.500 € por Asegurado. Periodo de carencia de DOCE MESES.**
- 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 la extracción, transporte y conservación del órgano a trasplantar. Se cubrirá hasta el límite máximo de 4.500 € por Asegurado.**
- 808. Segunda Opinión Médica.** Comprende una segunda opinión médica sobre el diagnóstico o tratamiento médico, en el caso de enfermedades graves. Este servicio se presta a través de Best-Doctors y se puede solicitar llamando al **902 888 356.**
- 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, interpretación de informes. En horario de 9 a 21h los 365 días de año a través del 902.323.436. 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.**
- 810. Programa de Deshabitación Tabáquica.**

835. Homeopatía y Acupuntura.- Se cubrirán exclusivamente las consultas de homeopatía y los tratamientos de acupuntura que sean prestadas por médicos colegiados y con un límite de 12 sesiones anuales por Asegurado. Se da acceso a esta cobertura únicamente a través de la opción de reembolso. Periodo de Carencia de SEIS MESES.

836. Osteopatía y Quiropráxia.- Se cubrirán exclusivamente las consultas o sesiones de osteopatía y quiropraxia que sean prestadas por médicos o fisioterapeutas colegiados, previa prescripción de un facultativo de la Entidad, y hasta un límite de 12 sesiones anuales por Asegurado. Se da acceso a esta cobertura únicamente a través de la opción de reembolso. Periodo de Carencia de SEIS MESES.

9. GARANTÍA DE REEMBOLSO DE GASTOS

En el caso de acudir a un facultativo o centro asistencial no incluido en la Guía Médica de la Entidad el Asegurado/Tomador tendrá derecho al reembolso de los gastos sanitarios dentro de los límites garantizados en la póliza y descritos con anterioridad.

En ningún caso se indemnizará económicamente mediante reembolso de gastos cualquier factura emitida por facultativos, profesionales o Centros Médicos que figuren en la Guía de Servicios de ASEFA.

La cobertura de esta garantía se extinguirá en el momento en que el Asegurado cumpla los 65 años de edad.

Las especialidades y servicios con derecho a reembolso son únicamente:

- Medicina General
- Pediatría
- Ginecología y Obstetricia
- Homeopatía, Osteopatía, Acupuntura y Quiropráxia.

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

El límite general de Reembolso es de 10.000,00 € anuales por Asegurado.

No obstante se aplicará una franquicia a cargo del Asegurado sobre el total de la factura presentada y que no minorará el límite o sublímite establecido para cada servicio del 20%.

SUBLÍMITES DE REEMBOLSO HOSPITALARIO

En el concepto de reembolso hospitalario se incluyen los honorarios de los facultativos exclusivamente de las especialidades de Ginecología o Pediatría derivados directamente de una intervención quirúrgica así como los gastos originados por el Asegurado durante su estancia en el centro Hospitalario donde haya permanecido ingresado.

Honorarios médicos. En función del grado de dificultad de la intervención se establecen unos límites de reembolso máximo en el que se incluyen tanto los honorarios del facultativos como del anestesista, ayudantes y, en caso que fuera preciso, de la matrona. Dichos límites son los siguientes:

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 €

Las estancias en centros hospitalarios presentarán un límite de reembolso en función del número de días que el Asegurado haya permanecido ingresado y en función del tipo de internamiento:

Hospitalización:

- Quirúrgico / día 350,00 €
- Incubadora / día 100,00 €
- Ambulatoria (proceso) 700,00 € (incluyendo honorarios de los facultativos y el coste del Centro Sanitario)

SUBLÍMITES DE REEMBOLSO EXTRAHOSPITALARIO

Los servicios garantizados en las garantías de carácter extrahospitalario presentan unos sublímites para las especialidades con derecho a reembolso. El límite por Asegurado de 2.000,00 € anuales.

Los sublímites son los siguientes:

- Visita Medicina General 35,00 €
- Visita de Pediatría 50,00 €
- Visita de Ginecología 100,00 €
- Visitas compleja (incluye pruebas) 150,00 € por visita
- Chequeo Ginecológico anual 250,00 € anuales
- Chequeo Pediátrico 50,00 € por chequeo
- Homeopatía y Acupuntura 40,00 € por sesión,
máximo 12 sesiones
- Osteopatía y Quiropraxia 40,00 € por sesión,
máximo 12 sesiones
- Revisión médica carnet de conducir 100,00€ anuales
- Revisión médica permiso armas 100,00€ anuales

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

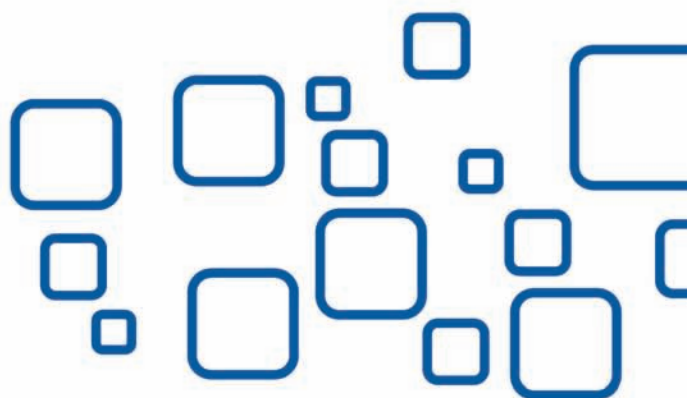
Forma de Prestar los Servicios

En el caso de que el Asegurado utilice los servicios asistenciales médicos y/u hospitalarios en España recomendados por el Asegurador, el Tomador del Seguro o Asegurado no tendrán que hacer efectivo el pago por dichos servicios, corriendo la totalidad de los gastos médicos y/u hospitalarios por cuenta y a cargo del Asegurador, quien efectuará directamente el pago por dichos servicios. Para ello, el Asegurado no desembolsará cantidad alguna y deberá presentar su Tarjeta de Salud. Igualmente, vendrá obligado a exhibir el último recibo de prima satisfecha y su Documento Nacional de Identidad o Tarjeta de Residencia, si así le fuesen requeridos.

En el caso de que el Asegurado no utilice los servicios recomendados por el Asegurador el Asegurado deberá pagar los gastos por el incurridos y posteriormente cumplir las siguientes normas para llevar a cabo el reembolso de los gastos a los que tenga derecho por la presente garantía de reembolso:

1. El Asegurado o cualquier persona en su nombre deberá comunicar el siniestro dentro de los 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 el internamiento hospitalario programados, dentro de los siete días laborables inmediatamente anteriores a la fecha de dicha intervención quirúrgica o internamiento hospitalario.
 - 1.3. Los plazos anteriormente señalados se entenderán sin perjuicio de lo establecido en el artículo 16 de la Ley de Contrato de Seguro.
2. En los casos de intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, pruebas diagnósticas y métodos terapéuticos, junto con la comunicación de enfermedad o accidente, el Tomador del Seguro o Asegurado enviará al Asegurador 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. Además el Asegurado necesitará autorización previa del Asegurador para la realización de cualquier servicio. Sin dicha autorización el Asegurador no se hará cargo de ninguna de las facturas presentadas por el Tomador o Asegurado.
3. El Asegurado deberá, además, seguir fielmente todas las prescripciones del médico encargado de la curación y deberá dar al Asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias o consecuencias del siniestro.
4. El Tomador del Seguro o 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 al Asegurador con indicación del periodo de duración del internamiento.

6. El Tomador del Seguro o, en su caso, el Asegurado deberá presentar al Asegurador 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 en donde se reflejen:
 - 6.2.1. La persona a la que se ha realizado la asistencia médica u hospitalaria.
 - 6.2.2. La naturaleza del acto o actos médicos realizados (consulta, pruebas diagnósticas, métodos terapéuticos, intervenciones quirúrgicas, etc.) detallando fechas e importes.
 - 6.2.3. Identificación de la persona física o jurídica que ha prestado la asistencia (médico, ATS o DUE, clínica u hospital, etc.), haciéndose constar, en su caso, los apellidos, nombre o razón social, domicilio, número de colegiado y número de identificación fiscal (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 las normas establecidas será considerado como renuncia expresa al cobro del reembolso, salvo que no haya sido posible cumplirlas por causas ajenas a la voluntad del Tomador del Seguro, del Asegurado o de sus familiares.



asefa
salud

902 888 356

www.asefasalud.es

Avda. de Manoteras 32, Edificio A 28050 Madrid

CEASTF-1113