

SEGURO DE ENFERMEDAD CONDICIONES PARTICULARES

El Tomador deberá abonar a la Aseguradora, el importe correspondiente a cada servicio sanitario ambulatorio utilizado por los Asegurados incluidos en su póliza:

Consultas COPAGO

MEDICINA GENERAL	7,00 €
PEDIATRÍA - PUERICULTURA	8,00 €
MEDICINA GENERAL (Consulta a domicilio)	14,50 €
PEDIATRÍA - PUERICULTURA (Consulta a domicilio)	14,50 €
ESPECIALIDADES MÉDICO - QUIRÚRGICAS	14,50 €

Pruebas diagnósticas y actos terapéuticos

PRUEBAS ALÉRGICAS	11,50 €
ANÁLISIS CLÍNICOS (Excepto Pruebas Genéticas)	11,50 €
ANATOMÍA PATOLÓGICA	11,50 €
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN (Radiología Convencional)	11,50 €
RESTO DE PRUEBAS Y ACTOS (No contemplados en el apartado siguiente)	11,50 €

Pruebas diagnósticas y actos terapéuticos de alta tecnología y/o complejidad

PRUEBAS GENÉTICAS	45,00 €
MEDICINA NUCLEAR	45,00 €
ARTERIOGRAFÍA	45,00 €
HEMODINÁMICA VASCULAR	45,00 €
POLISOMNOGRAFÍA	45,00 €
RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR (RMN)	45,00 €
TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC/ESCÁNER)	45,00 €
LITOTRICIA	45,00 €

Otros Servicios

ENFERMERÍA	2,00 €
PODOLOGÍA	3,00 €
TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA	5,00 €
PREPARACIÓN AL PARTO	45,00 €
PSICOTERAPIA	14,50 €
URGENCIAS	14,50 €
OXIGENOTERAPIA - VENTILOTERAPIA (Por día)	2,00 €

- El copago por la utilización de servicios mientras esté hospitalizado es cero.
- El límite máximo anual que el Tomador abonará en concepto de copagos por cada Asegurado y anualidad de seguro está limitado por el **Límite Máximo Anual** fijado en las condiciones de la póliza. En caso de periodos de seguro inferiores al año, dicho límite será proporcional.

El Tomador

El Asegurador



Fecha y firma