



Parte de Bupa

COBERTURAS SANITAS MUNDI 200.000€

EXTRACTO DEL CONDICIONADO GENERAL

sanitas.es

A tu lado, en todo momento

1. Medicina primaria

Medicina general
Pediatría y puericultura
Servicio de A.T.S./D.U.E.

2. Urgencias

3. Especialidades médicas, quirúrgicas y pruebas diagnósticas

Alergia e inmunología
Análisis clínicos
Anatomía patológica
Anestesiología y reanimación
Angiología y cirugía vascular
Aparato digestivo
Cardiología
Cirugía cardiovascular
Cirugía General y del Aparato Digestivo
Cirugía oral y maxilofacial
Cirugía pediátrica
Cirugía plástica y reparadora
Cirugía torácica
Dermatología
Diagnóstico por imagen
Endocrinología
Geriatría
Ginecología
Hematología y hemoterapia
Medicina Interna
Medicina nuclear / isótopos radioactivos
Nefrología
Neonatología
Neumología
Neurocirugía
Neurología
Obstetricia
Odontoestomatología
Oftalmología
Oncología
Otorrinolaringología
Proctología
Psiquiatría
Reumatología
Traumatología y cirugía ortopédica
Urología
Médicos y cirujanos consultores

4. Métodos terapéuticos

Aerosolterapia y ventiloterapia
Hemodiálisis
Litotricia del aparato urinario
Logofoniatría
Oxigenoterapia
Quimioterapia
Radioterapia
Rehabilitación
Tratamiento del dolor

5. Otros servicios

Ambulancia
Podología (quiropodia)
Atención especial en domicilio
Prótesis

6. Hospitalización

Hospitalización médica
Hospitalización pediátrica
Hospitalización psiquiátrica
Hospitalización en U.V.I.
Hospitalización quirúrgica
Hospitalización obstétrica

7. Segunda opinión

8. Sanitas 24 Horas

9. Psicología

10. Plazos de carencia

11. Asistencia en Estados Unidos

12. Franquicias

Por el presente contrato, el Asegurador asume, en los términos y con los límites que se expresan en las presentes Condiciones Generales, en las Particulares y, en su caso, en las Especiales y Suplementos de Póliza que se emitan, la totalidad de los gastos (en caso de utilizar el cuadro médico concertado), razonables y usuales, realmente incurridos por el Asegurado, derivados de la asistencia médico-quirúrgica y/u hospitalaria que le sea prestada a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la presente Póliza, a través de las siguientes GARANTÍAS:

1. MEDICINA PRIMARIA

1.1. Medicina general: asistencia médica en consultorio, indicación y prescripción de las pruebas y medios diagnósticos básicos (analítica y radiología general), durante los días y horas establecidos al efecto por el facultativo, y a domicilio cuando por motivos que dependan sólo de la enfermedad que aqueje al Asegurado, el mismo se encuentre impedido de trasladarse al consultorio del médico. En este caso, los avisos para la asistencia domiciliaria deberán ser efectuados por el Asegurado al facultativo telefónicamente entre las 9,00 y las 16,00 horas. En los casos urgentes el Asegurado deberá acudir a los servicios permanentes de urgencia que tiene establecidos la Entidad Aseguradora, o bien ponerse en contacto con el servicio telefónico que para este fin aparece en la Guía Orientadora de Médicos y Servicios.

1.2. Pediatría y puericultura: comprende la asistencia de niños hasta cumplir los 14 años de edad, en consultorio y a domicilio, la indicación y prescripción de las pruebas y medios diagnósticos básicos (analítica, ecografía y radiología general), aplicándose las mismas normas ya citadas en medicina general.

1.2.1. Asistencia al recién nacido: comprende la asistencia sanitaria al recién nacido en centros concertados por la Entidad y los gastos derivados de la misma, siempre y cuando el recién nacido esté dado de alta en la Aseguradora.

1.2.2. Programa de salud infantil: comprende la preparación psicoprofiláctica al parto con clases prácticas y teóricas de puericultura, psicología, escuela de padres durante el primer año de vida

del niño y exámenes de salud al recién nacido, incluyendo pruebas de metabolopatías, audiometría, otoemisiones, test de agudeza visual. No se incluyen programas similares fuera del cuadro médico del Asegurador y en el segundo país europeo de cobertura que figura en las Condiciones Particulares.

1.3. Servicio de A.T.S./D.U.E.: asistencia en consultorio y a domicilio, este último caso sólo previa prescripción de un médico de la Entidad y efectuando los avisos en la forma señalada en el apartado 1.1. relativo a la medicina general.

2. URGENCIAS

Comprende la asistencia sanitaria en casos de urgencia que se prestará en los centros de urgencia permanente que indique la Guía Orientadora de Médicos y Servicios. En caso justificado, se facilitará el servicio a domicilio por los servicios permanentes de guardia, únicamente en aquellas poblaciones en las que el Asegurador tenga concertada la prestación de dicho servicio.

3. ESPECIALIDADES MÉDICAS, QUIRÚRGICAS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Las pruebas diagnósticas serán realizadas por los servicios que el Asegurador designe y será necesaria la prescripción escrita de un médico de la entidad.

3.1. Alergia e inmunología: las autovacunas serán por cuenta del Asegurado.

3.2. Análisis clínicos

3.3. Anatomía patológica

3.4. Anestesiología y reanimación

3.5. Angiología y cirugía vascular.

3.6. Aparato digestivo: incluye un programa de prevención del cáncer colorrectal para personas mayores de 40 años, que comprende consulta médica, exploración física, test específico y colonoscopia en caso necesario. En personas menores de 40 años, será necesaria la previa prescripción escrita de un médico de la Entidad Aseguradora.

3.7. Cardiología: incluye un programa de prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años, que comprende consulta cardiológica,

electrocardiogramas y la realización de la analítica y pruebas complementarias pertinentes. En personas menores de 40 años, será necesaria la previa prescripción escrita de un médico de la Entidad Aseguradora.

3.8. Cirugía cardiovascular.

3.9. Cirugía general y del aparato digestivo: incluye la vía laparoscópica en aquellas intervenciones del aparato digestivo en las que se ha demostrado su eficacia, exclusivamente realizadas por los profesionales especialmente acreditados por la Entidad para éstas.

3.10. Cirugía oral y maxilofacial.

3.11. Cirugía pediátrica.

3.12. Cirugía plástica y reparadora

3.13. Cirugía torácica

3.14. Dermatología

3.15. Diagnóstico por imagen: cubre las técnicas habituales como radiología general, ecografía, tomografía axial computerizada (T.A.C.), resonancia magnética, angiografía, arteriografía digital y gammagrafía, la densitometría ósea, mamografía y servicios de radiología intervencionista o invasiva.

El PET y PET/TAC exclusivamente para las siguientes patologías:

1. Tumores de cabeza y cuello: cáncer de tiroides y esófago.
2. Cáncer de pulmón microcítico y no microcítico.
3. Tumores de abdomen y pelvis: carcinoma colorrectal recurrente o primario, cáncer de páncreas, ovario, útero y vejiga.
4. Linfomas.
5. Melanomas.
6. Tumores cerebrales.
7. Nódulo pulmonar solitario.
8. Estadificación precisa de linfomas y cáncer de pulmón.
9. Cáncer de mama recurrente.
10. Tumores primarios y desconocidos con presencia de metástasis y pruebas de diagnóstico funcionales negativas.
11. Epilepsia rebelde al tratamiento farmacológico
Coronariografía por TAC: en pacientes con síntomas de enfermedad coronaria con prueba

de isquemia no concluyente, cirugía de recambio valvular, valoración de estenosis coronaria tras intervención de By - pass y malformaciones del árbol coronario. Se excluyen la valoración de estenosis tras implantación de stent coronario y el score cálcico.

3.16. Endocrinología

3.17. Geriatría: queda excluido cualquier internamiento o asistencia derivados de problemas de tipo social.

3.18. Ginecología: Incluye la planificación familiar por anovulatorios (consulta, tratamiento y revisión), la implantación de D.I.U. (siendo por cuenta del Asegurado el coste del dispositivo) así como el tratamiento de sus posibles complicaciones, la ligadura de trompas y la medicina preventiva, con exámenes periódicos encaminados al diagnóstico precoz de neoplasias de mama y de cuello uterino. Incluye el estudio y diagnóstico de la infertilidad y la esterilidad, así como las intervenciones ginecológicas por vía laparoscópica. También incluye el drenaje linfático postmastectomía de origen neoplásico.

3.19. Hematología y hemoterapia

3.20. Medicina interna

3.21. Medicina nuclear / Isótopos radioactivos

3.22. Nefrología

3.23. Neonatología

3.24. Neumología

3.25. Neurocirugía

3.26. Neurología

3.27. Obstetricia

3.28. Odontología: incluye únicamente extracciones, curas estomatológicas derivadas de éstas y limpiezas de boca prescritas por odontólogo de la Entidad.

3.29. Oftalmología: incluye la fotocoagulación con láser, y el trasplante de córnea. (La córnea a trasplantar será de cuenta del Asegurado). Se incluyen los procedimientos de optometría, siempre y cuando vayan acompañados de la prescripción de un oftalmólogo de la Entidad.

3.30. Oncología: incluye trasplantes autólogos de médula ósea o de células progenitoras de sangre

periférica exclusivamente para tratamientos de tumores de estirpe hematológica. Quedan incluidos los reservorios implantables de perfusión endovenosa utilizados en quimioterapia.

3.31. Otorrinolaringología: Se incluye la cirugía mediante láser CO2.

3.32. Proctología

3.33. Psiquiatría.

3.34. Reumatología

3.35. Radiodiagnóstico: Previa prescripción de un facultativo de la Entidad cubre las técnicas habituales de diagnóstico por imagen con radiología general, ecografía, tomografía axial computerizada (T.A.C.), resonancia magnética, angiografía, arteriografía digital y gammagrafía, así como la densitometría ósea y mamografía. Los medios de contraste serán por cuenta del Asegurador.

3.36. Traumatología y cirugía ortopédica: incluye la cirugía artroscópica, cirugía de la mano, nucleotomía percutánea, quimionucleolisis así como los injertos óseos de materiales biológicos.

3.37. Urología: incluye la vasectomía, así como el estudio y diagnóstico de la infertilidad y esterilidad.

3.38. Médicos y cirujanos consultores: Su consulta deberá ser previamente autorizada por la dirección de la aseguradora, para aquellos especialistas que consten con dicha denominación en la Guía Médica Orientadora del cuadro médico de la aseguradora y a petición razonada de un médico especialista de la misma.

4. MÉTODOS TERAPÉUTICOS

Serán realizados por los servicios que el Asegurador designe y será necesaria la previa prescripción escrita de un médico especialista de la Entidad.

4.1. Aerosolterapia y ventiloterapia: en todos los casos los medicamentos serán por cuenta del Asegurado.

4.2. Hemodiálisis: se prestará tanto en régimen ambulatorio como de internado, exclusivamente para el tratamiento, durante los días precisos, de las insuficiencias renales agudas, quedando expresamente excluidas las afecciones crónicas.

4.3. Litotricia del aparato urinario

4.4. Logofoniatría: se prestará sólo en relación con procesos orgánicos, hasta un máximo de 6 meses al año.

4.5. Oxigenoterapia: tanto en supuestos de ingreso en institución hospitalaria como a domicilio. Incluye la oxigenoterapia ambulante exclusivamente para aquellos pacientes crónicos que requieran tratamiento con oxígeno durante al menos 16 horas al día.

4.6. Quimioterapia: la Entidad proporcionará la medicación antitumoral que pueda precisar el enfermo, en tantos ciclos como sean necesarios. La prescripción de dicha medicación deberá ser siempre realizada por el médico especialista en oncología que esté encargado de la asistencia al enfermo.

Los tratamientos correrán por cuenta de la Entidad, siempre que se apliquen en centro asistencial, tanto en régimen ambulatorio como en ingreso, cuando el internamiento se hiciera necesario, y siendo en todos los casos el médico especialista encargado de la asistencia quien dispondrá la forma y tratamientos a realizar.

En estos tratamientos, el Asegurador, por lo que se refiere a los medicamentos, sólo correrá con los gastos correspondientes a los productos farmacéuticos específicamente citostáticos que se expendan en el mercado nacional en las indicaciones relacionadas en la ficha técnica del producto autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, y que se expendan en el mercado nacional

4.7. Radioterapia: incluye el tratamiento con acelerador lineal y la radioneurocirugía en las indicaciones en las que esta técnica esté expresamente indicada y su eficacia comparativa con procedimientos alternativos esté plenamente justificada.

4.8. Rehabilitación: se prestará, con carácter ambulatorio, exclusivamente para las afecciones del aparato locomotor, en los centros designados por la Entidad. la rehabilitación postquirúrgica para recuperación del aparato locomotor secundaria a una cirugía ortopédica y la rehabilitación cardíaca para recuperación postquirúrgica con circulación extracorpórea. postcirugías con

circulación extracorpórea. En todo caso la cobertura aseguradora por rehabilitación queda limitada a 15 sesiones por asegurado y anualidad del seguro.

4.9. Tratamiento del dolor: quedan incluidos exclusivamente los reservorios implantables (tipo port-a-cath), y expresamente excluidas las bombas implantables para infusión de medicamentos y los electrodos de estimulación medular. No se incluyen programas similares fuera del cuadro médico del Asegurador y en el segundo país europeo de cobertura que figura en las Condiciones Particulares.

5. OTROS SERVICIOS

5.1. Ambulancia: se prestará este servicio por vía terrestre para el traslado de los enfermos al hospital y viceversa, siempre y cuando los recursos asistenciales concertados no sean suficientes para atender al asegurado en el lugar donde se halle o este solicite ir a su provincia de residencia. Para solicitar el servicio será necesario el volante de un médico del Asegurador, diligenciado en la oficina del mismo, salvo los casos urgentes, en que no será necesario dicho volante. Esta prestación no incluye los traslados requeridos para tratamientos de rehabilitación, realización de las pruebas diagnósticas ni asistencia a consultas médicas en régimen ambulatorio.

5.2. Podología (quiropodia): limitado a seis sesiones anuales.

5.3. Atención especial en domicilio: se llevará a cabo por los equipos sanitarios que designe la Entidad Aseguradora, previa prescripción de un médico de la misma, cuando la patología del enfermo requiera cuidados especiales sin llegar a precisar ingreso hospitalario y siempre previa prescripción del médico. No comprende la asistencia a problemas de tipo social.

5.4. Prótesis: comprende exclusivamente previa prescripción escrita de un médico especialista de la entidad y realizado por los servicios que el Asegurador designe, las prótesis y "material implantable" expresamente indicados a continuación y hasta los límites de capital asegurado establecidos, en su caso, en las condiciones particulares de esta póliza:

1. Oftalmología: Lente intraocular monofocal utilizada para la cirugía de cataratas.

2. Traumatología y Cirugía Ortopédica: Prótesis de cadera, rodilla, y de otras articulaciones; material necesario para la fijación de columna; disco intervertebral; material de interposición intervertebral (o interespinosas); material necesario para vertebroplastia-cifoplastia; material osteo-ligamentoso biológico obtenido de bancos de tejidos nacionales; material de osteosíntesis.
3. Area Cardiovascular: Prótesis vasculares -Stent, by-pass periférico o coronario, medicalizado o no medicalizado-, con exclusión de los empleados en aorta en cualquiera de sus tramos y en los conductos valvulados; válvulas cardíacas con exclusión de los conductos valvulados; marcapasos con exclusión de cualquier tipo de desfibrilador y del corazón artificial; coils y/o materiales de embolización.
4. Quimioterapia o Tratamiento del Dolor: Reservorios.
5. Otros materiales quirúrgicos: Mallas abdominales; sistemas de suspensión urológica; sistemas de derivación de líquido cefalorraquídeo (hidrocefalia); prótesis de mama y expansores, exclusivamente en la mama afectada por una cirugía tumoral previa.

En aquellos casos en los que así lo requiera el Asegurador, el asegurado deberá facilitar los informes y/o presupuestos indicados en la cláusula Séptima apartado 1 h).

6. HOSPITALIZACIÓN

La hospitalización se realizará en clínica u hospital designado por el Asegurador, ocupando el enfermo habitación individual convencional y cama de acompañante excepto en las hospitalizaciones psiquiátricas, en U.V.I. e incubadora y siendo de cuenta del Asegurador el tratamiento, las estancias, manutención del enfermo, curas y su material, así como los gastos de quirófano, productos anestésicos y medicamentos.

6.1. Hospitalización médica: se realizará previa prescripción escrita de un médico del Asegurador en los centros que designe el mismo, para la atención de personas mayores de 14 años.

6.2. Hospitalización pediátrica: se realizará previa prescripción escrita de un médico del Asegurador en los centros que designe el mismo, para la atención de personas menores de 14 años. Incluye tanto la hospitalización convencional como en incubadora (en el último caso, no se incluye cama de acompañante).

6.3. Hospitalización psiquiátrica: se realizarán los internamientos previa prescripción escrita de un especialista del Asegurador, en centros psiquiátricos designados por el mismo, en habitación individual si la patología lo requiere, sin cama de acompañante. Comprenderá los gastos de estancia, la medicación y los tratamientos médicos propios. Sólo se facilitará para los tratamientos de los brotes agudos que no sean de enfermos crónicos, quedando la estancia limitada a un periodo máximo de cincuenta (50) días por y año.

6.4. Hospitalización en U.V.I. (Unidad de Vigilancia Intensiva): Se realizará en los centros designados por el Asegurador, previa prescripción de un médico del mismo, en instalaciones adecuadas, sin cama de acompañante.

6.5. Hospitalización quirúrgica: las intervenciones quirúrgicas cuya índole lo requiera, serán practicadas en clínica designada por el Asegurador. La misma asistencia tendrán los partos distócicos o prematuros.

6.6. Hospitalización obstétrica (parto normal en sanatorio): atendido por tocólogo, auxiliado por matrona, e incluyendo los gastos de paritorio.

7. SEGUNDA OPINIÓN

Comprende una segunda opinión sobre el diagnóstico o tratamiento médico en el caso de enfermedades graves, de carácter crónico, que necesiten una atención programada, cuyo curso requiera medidas excepcionales diagnósticas o terapéuticas y/o su pronóstico vital esté gravemente comprometido.

Esta segunda opinión será emitida por especialistas, centros asistenciales, médicos o académicos de primer nivel, en cualquier país del mundo.

Para utilizar este servicio el Asegurado remitirá el expediente clínico que comprenderá información médica escrita, radiografías u otros diagnósticos por

imagen realizados excluyendo cualquier envío de material biológico o sintético. El expediente se hará llegar, con la debida confidencialidad, al especialista o centro correspondiente según la enfermedad de que se trate.

8. SANITAS 24 HORAS

Servicio telefónico que comprende la atención informativa facilitada por un equipomédico, que asesorará al Asegurado sobre sus preguntas de carácter médico, tratamientos, medicación, lectura de análisis, etc., las 24 horas del día, los 365 días del año.

9. PSICOLOGÍA

Se incluye la atención psicológica de carácter individual y temporal, prescrita exclusivamente por un psiquiatra, médicos Asesores de Salud Familiar, Oncólogos Médicos o pediatra del cuadro médico y cuya finalidad sea el tratamiento de patologías susceptibles de intervención psicológica. Asimismo se incluye el diagnóstico psicológico simple y los tests psicométricos, con la salvedad de que los formularios serán por cuenta del asegurado.

Se excluyen el psicoanálisis, la terapia psicoanalítica, la hipnosis, la narcolepsia y los servicios de rehabilitación psicosocial o neuropsiquiátrica.

El servicio deberá ser autorizado por el Asegurador previamente a su realización, bien por teléfono o en las oficinas de Sanitas. Esta autorización garantizará que se preste el servicio a través del cuadro médico perteneciente a la Compañía hasta un máximo de 4 consultas al mes y con un límite anual de 15 22 .

10. ASISTENCIA EN ESTADOS UNIDOS

Las garantías objeto de cobertura por esta póliza podrán ser prestadas al asegurado en Estados Unidos a través de los centros concertados por UHC, siempre que dichos servicios sean previamente autorizados por Sanitas, la cual gestionará y tramitará los servicios objeto de cobertura.

La cobertura en Estados Unidos alcanza el cien por cien de los gastos médicos hasta los límites de capital asegurado por asegurado y anualidad indicados a continuación:

¿QUÉ CUBRE SU SEGURO?

Sanitas

Parte de Bupa

Límite total en Estados Unidos: 200.000€

- Asistencia hospitalaria hasta 156.000€ con el sublímite parto hasta 1.500€
- Asistencia extrahospitalaria, hasta 40.000€

La presente cobertura se presta en virtud del acuerdo de colaboración con United Healthcare, quedando sin efecto en caso de extinción de dicho acuerdo.

11. PLAZOS DE CARENCIA

Todas las prestaciones que en virtud de la Póliza asuma el Asegurador, serán facilitadas desde el momento de entrar en vigor el contrato. No obstante, se exceptúan del anterior principio general la asistencia médica, quirúrgica y/u hospitalaria en los supuestos que a continuación se detallan, respecto de los cuales será necesario que hayan transcurrido los respectivos plazos de carencia que se especifican seguidamente:

- 180 días para la ligadura de trompas y la vasectomía
- 240 días para hospitalización e intervenciones quirúrgicas no ambulatorias, incluida la asistencia al parto
- 180 días para el tratamiento de psicología
- 36 meses para la cirugía bariátrica en obesidad mórbida.

Los plazos de carencia anteriormente citados no serán exigibles en el caso de accidentes cubiertos por la póliza, o de enfermedades con carácter de urgencia vital, sobrevenidas y diagnosticadas después de la fecha de efecto de la póliza, así como en los casos de partos prematuros.

MODALIDAD II:

Reembolso de gastos sanitarios

Por el presente contrato, el Asegurador asume, en los términos y con los límites que se expresan en las presentes Condiciones Generales, en las Particulares y, en su caso, en las Especiales y Suplementos de Póliza que se emitan, el reembolso de una parte (en caso de utilizar la fórmula de reembolso), razonables y usuales, realmente incurridos por el Asegurado, derivados de la asistencia médico-quirúrgica y/u hospitalaria que le sea prestada a consecuencia

de una enfermedad o accidente cubierto por la presente Póliza, a través de las siguientes

GARANTÍAS:

Garantía de Asistencia Hospitalaria: Comprende el reembolso parcial por parte del Asegurador de los gastos correspondientes exclusivamente a la asistencia médica y/o quirúrgica prestada al Asegurado como consecuencia del internamiento del mismo como paciente en un hospital.

Quedan incluidos dentro de esta garantía los gastos originados por intervención quirúrgica, siempre que éstas sean prescritas y realizadas por un médico (honorarios de cirujano y sus ayudantes, anestesista, utilización de quirófano, material y medicamentos), estancias en U.V.I. o U.C.I., así como los gastos de hospitalización que incluyan manutención y habitación convencional con cama de acompañante.

Para tener derecho al reembolso parcial por parte del Asegurador, de los gastos citados en los dos párrafos anteriores, a efectos de la presente Póliza, será necesario que dicho internamiento haya sido prescrito por un médico.

Asimismo, serán objeto de reembolso parcial por parte del Asegurador, los gastos relativos a la asistencia médica y/o quirúrgica en régimen hospitalario debida a parto, que incluye los siguientes gastos: habitación convencional con cama de acompañante y manutención de la parturienta, curas y su material, así como los derechos de paritorio y medicamentos que la parturienta consuma durante su estancia en el hospital, los honorarios de tocólogo, anestesista y matrona.

Garantía de Asistencia Extrahospitalaria:

Comprende el reembolso parcial por parte del Asegurador de los gastos correspondientes a consultas médicas y servicios de urgencia a domicilio. Igualmente comprende el reembolso parcial por parte del Asegurador de los gastos correspondientes a pruebas diagnósticas, métodos terapéuticos y cirugía de día o ambulatoria que le sean practicados al Asegurado por prescripción de un médico.

Comprende, asimismo, el reembolso parcial por parte del Asegurador de los gastos originados por consultas odontológicas y extracciones, curas

¿QUÉ CUBRE SU SEGURO?

Sanitas

Parte de Bupa

estomatológicas derivadas de estas extracciones y limpieza de boca prescritas por un facultativo.

Queda incluido el servicio de ambulancia por vía terrestre, para el traslado del Asegurado a un hospital o desde éste a su domicilio por prescripción de un médico. En caso de servicios recomendados por el Asegurador, este servicio se prestará cuando los recursos asistenciales concertados no sean suficientes para atender al Asegurado en el lugar donde se halle o éste solicite ir a su provincia de residencia. En caso de reembolso, además el servicio se prestará de conformidad con los límites económicos establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza. Esta prestación no incluye los traslados requeridos para tratamientos de rehabilitación, realización de pruebas diagnósticas ni asistencia a consultas médicas en régimen ambulatorio. Queda también incluida la atención especial en domicilio prescrita por un médico, exclusivamente a través de los servicios médicos recomendados por el Asegurador. Asimismo, queda incluido el servicio de podología (quiropodía) con el límite máximo de sesiones fijado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Garantía de Prótesis: Comprende exclusivamente el reembolso parcial por parte del Asegurador del importe de las siguientes prótesis internas de Traumatología y de Cirugía Ortopédica: prótesis articulares, tornillos y placas de fijación interna. Comprende asimismo, las siguientes prótesis vasculares y cardíacas: válvulas cardíacas, by-pass vasculares, stent, marcapasos temporales y definitivos, prótesis mamarias post mastectomía de origen neoplásico y lente intraocular monofocal (LIO) para cirugía de catarata. Incluye también los reservorios implantables de acceso venoso utilizados en Oncología y los reservorios para medicación para el tratamiento del dolor. Queda excluido cualquier tipo de material ortopédico, los fijadores externos, materiales biológicos o sintéticos, injertos (excepto los injertos óseos) desfibrilador automático implantable y el corazón artificial. En cualquier caso, estas prótesis deberán ser prescritas siempre por un médico.

Garantía de Psiquiatría: Comprende el reembolso parcial por parte del Asegurador de los gastos correspondientes a la asistencia médica y/u

hospitalaria de las enfermedades mentales bajo prescripción facultativa.

Garantía de Recién Nacidos: Comprende el reembolso parcial (en caso de utilizar la fórmula del reembolso) o, en su caso, la asunción total (en caso de utilizar el cuadro médico concertado) por parte del Asegurador de los gastos correspondientes a la asistencia médica y/u hospitalaria que precise el recién nacido desde el momento de su nacimiento, siempre y cuando haya sido dado de alta en la Entidad.

En caso de utilizar la modalidad de reembolso y si los gastos citados en el párrafo anterior fueran como consecuencia de enfermedades de carácter congénito, el reembolso se otorgará únicamente durante el primer año de vida del recién nacido y con el límite máximo económico fijado en las Condiciones Particulares de la Póliza. Dicho límite se entenderá como suma asegurada de la cobertura de la Póliza del recién nacido.

Además, para tener derecho a esta garantía es necesario que el alta de la madre en la Póliza haya tomado efecto con menos de 300 días de antelación al parto, así como que el recién nacido haya sido dado de alta en la Entidad. **Garantía de Rehabilitación:** Comprende, asimismo, el reembolso parcial por parte del Asegurador de los gastos correspondientes exclusivamente, sin perjuicio de lo indicado en el párrafo siguiente, a la rehabilitación prestada para las afecciones del aparato locomotor, con carácter ambulatorio en los centros designados por la Entidad. En régimen hospitalario, queda cubierta la rehabilitación postquirúrgica, para recuperación del Aparato Locomotor secundaria a una Cirugía Ortopédica y la rehabilitación cardíaca para recuperación postcirugías con circulación extracorpórea.

Garantía de Rehabilitación: Comprende, asimismo, el reembolso parcial por parte del Asegurador de los gastos correspondientes exclusivamente, sin perjuicio de lo indicado en el párrafo siguiente, a la rehabilitación prestada para las afecciones del aparato locomotor con carácter ambulatorio en los centros designados por la Entidad. En régimen hospitalario, queda cubierta la rehabilitación postquirúrgica, para recuperación del Aparato

¿QUÉ CUBRE SU SEGURO?

Sanitas

Parte de Bupa

Locomotor secundaria a una Cirugía Ortopédica y la rehabilitación cardiaca para recuperación postcirugías con circulación extracorpórea.

Plazos de Carencia:

Garantía de Asistencia Hospitalaria:

- 240 días para hospitalización e intervenciones quirúrgicas no ambulatorias, incluida la asistencia al parto
- 36 meses para la cirugía bariátrica en obesidad mórbida

Garantía de Asistencia Extrahospitalaria:

- 150 días para los servicios de radioterapia, quimioterapia, cobaltoterapia, isótopos radiactivos, acelerador lineal, scanner, resonancia magnética, medicina nuclear, densitometría ósea, litotricia, arteriografía digital, radioneurocirugía e hipertermia prostática.
- 90 días para los servicios de fisioterapia, rehabilitación, láser, logofoniatría, anatomía patológica.

Garantía de Psiquiatría:

- 240 días para casos de hospitalización psiquiátrica

12. FRANQUICIAS

12.1. Con carácter general, el asegurador reembolsará únicamente el porcentaje indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza, del importe de los gastos médicos y/u hospitalarios en los que incurra realmente el Asegurado como consecuencia de la asistencia médica y/u hospitalaria contemplada

en las Garantías de Asistencia Hospitalaria, Asistencia Extrahospitalaria, Prótesis, Psiquiatría, Recién Nacidos y Rehabilitación, anteriormente descritas por los riesgos cubiertos y no excluidos, conforme a lo establecido en la Cláusula Primera de las presentes Condiciones Especiales, siendo la diferencia porcentual restante a cargo del propio Asegurado.

12.2. No obstante, 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 Sanitas. Igualmente, vendrá obligado a exhibir su Documento Nacional de Identidad o Tarjeta de Residencia, si así le fuesen requeridos.

12.3. Asimismo, en el caso de que el Asegurado utilice los servicios asistenciales médicos y/u hospitalarios en el Extranjero recomendados por el Asegurador, el Tomador del Seguro o 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 del Asegurador, quien efectuará directamente el pago por dichos servicios. Para ello, el Asegurado no desembolsará cantidad alguna y será necesaria la autorización previa y tramitación por parte del Asegurador.





ADEMÁS, PUEDES
CONTRATAR SANITAS
DENTAL EN UNAS
CONDICIONES MUY
VENTAJOSAS

SANITAS DENTAL

ESPECIALMENTE RECOMENDADO PARA:
PERSONAS QUE BUSCAN UNA FORMA MÁS
CÓMODA Y ASEQUIBLE DE CUIDAR SU
SALUD DENTAL.

Ventajas que te harán sonreír

Coberturas básicas Sanitas Dental

1. **100% de cobertura en la mayoría de pruebas diagnósticas y tratamientos preventivos: limpiezas de boca, fluorizaciones, consultas y radiografías.**
2. **Coberturas franquiciadas, con precios muy ventajosos¹:**
 - Intervenciones quirúrgicas
 - Odontología conservadora
 - Endodoncia
 - Odontología estética
 - Odontopediatría
 - Prótesis
 - Periodoncia
 - Ortodoncia
 - Implantología
 - Diagnóstico por imagen
 - Oclusión y articulación



NOVEDADES SANITAS DENTAL

AUMENTAN SUS VENTAJAS, NO LOS PRECIOS

Por tercer año consecutivo, mantenemos los precios de los servicios franquiciados.

MÁS SERVICIOS INCLUIDOS EN SU PÓLIZA (INC.)

Ahora, algunos de los servicios que estábamos realizando, los vamos a incluir en su póliza:

- Férula para blanqueamiento.
- Curas.
- Protector bucal para ortodoncia.
- Cirugía periodontal (Gingivectomía).
- Odontosección.
- Dentascan.
- Estudio radiológico y fotográfico para ortodoncia (incluye fotografía, telerradiografía y estudio cefalométrico).

SE SUMAN NUEVOS SERVICIOS FRANQUICIADOS

Para que la póliza sea aún más completa contará con nuevos servicios franquiciados:

- Pulpectomía.
- Renovación aparato móvil, cambio o pérdida.
- Tratamiento de Ortodoncia con brackets autoligables estéticos.
- Hombro o cuello cerámico (por pieza).
- Férula pre-quirúrgica para cirugía guiada por arcada.
- Férula quirúrgica para cirugía guiada.
- Encerado diagnóstico por pieza.
- Aditamento protésico para carga inmediata.

SE SUMAN NUEVOS SERVICIOS FRANQUICIADOS

La oferta de Sanitas Dental a sus clientes se multiplica. En Sanitas vamos a invertir 70 millones de euros en abrir hasta **200 nuevos centros Milenium Dental** para 2014.

Un nuevo negocio que, además de generar hasta 1.500 puestos de trabajo, prevé ampliar la gama de productos dentales con nuevos seguros adaptados a cada tipo de cliente.

Para más información puede consultar www.sanitas.es.

CITAS ON LINE

A partir del 1 de enero de 2012 Sanitas se lo pone más fácil, tendrá a su disposición la nueva aplicación **Citas Médicas On Line**. Un servicio cómodo y sin esperas donde podrá, en cualquiera de nuestros centros Milenium Dental:

- Gestionar y pedir sus citas médicas on line.
- Consultar o cancelar citas pendientes.
- Recibir un recordatorio vía SMS unos días antes de la fecha de la cita solicitada.



Parte de Bupa

Primas anuales por persona y mes hasta el 30/04/2023¹

SANITAS MUNDI 200.000€	
EDAD	PRIMAS
0-2	124,80€
3-19	106,35€
20-29	108,52€
30-44	128,06€
45-49	157,36€
50-59	162,78€
60-64	265,88€
>65	341,84€

SIN COPAGOS
Complemento dental¹: 12€/mes

Nº de póliza: 81285096

Mutualitat de Previsió Social del Col·legi Oficial d'Enginyers Industrials de Catalunya a prima fixa

Contact: Vía Laietana, 39, 2n. 08003 Barcelona.

Tel: 932 954 300

Fax: 933 100 638

Web: www.mutua-enginyers.com

1. Primas por persona y mes válidas hasta el 30/04/2023 sobre las que se aplicarán los impuestos legalmente repercutibles. (1,5 por mil del Consorcio de Compensación de Seguros (CCS), se abona en el primer mes de contratación de la póliza). Edad máxima de contratación 64 años y sin límite en la edad de permanencia).