

## 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 €
PODLOGÍA .....	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 se establece en **300 €** por asegurado y anualidad o el proporcional a la fracción de anualidad de seguro en que el asegurado se haya dado de alta en la póliza.

El Tomador

El Asegurador

Fecha y firma