

## SEGURO DE ENFERMEDAD CONDICIONES PARTICULARES

### COPAGOS. LIMITE MÁXIMO ANUAL.

El Tomador por cada servicio recibido por los Asegurados abonará a la Aseguradora, en concepto de copagos, los importes que, para cada clase de servicio, se describen a continuación:

**1) Copago reducido por servicios ambulatorios:** Los importes que el Tomador debe abonar por cada servicio sanitario ambulatorio utilizado por los Asegurados a través de proveedores sanitarios del Cuadro Médico General y previa derivación de servicio por parte del Asesor de Salud son los que a continuación se indican:

**Especialidades A:** Medicina General, Geriátrica, Medicina Interna, Enfermería, Alergología, Dermatología, Reumatología Traumatología y Ortopedia, Urología, Angiología y Cirugía Vascular, Análisis Clínicos (excepto pruebas genéticas) Diagnóstico por la imagen (excepto TAC y RMN), Rehabilitación, Fisioterapia, Tratamiento del dolor, Cuidados Paliativos, Oxigenoterapia y Ventiloterapia.

| Tipo de Servicio Ambulatorio para Especialidad A               | Copago en euros |
|--|-----------------|
| Consultas.....   | 0,00 €          |
| Pruebas de Diagnóstico Intraconsulta .....                     | 0,00 €          |
| Análisis Clínicos (Excepto Genética) .....                     | 0,00 €          |
| Radiologías Simple y Especial (Excepto TAC y Resonancia) ..... | 0,00 €          |
| Ecografía.....   | 0,00 €          |
| Endoscopia Urológica .....                                     | 0,00 €          |
| Densitometría Ósea y Mamografía .....                          | 0,00 €          |
| Anatomía Patológica .....                                      | 0,00 €          |
| Anatomía Patológica: Inmunohistoquímica.....                   | 0,00 €          |
| Actos Terapéuticos Intraconsulta .....                         | 0,00 €          |
| Láser (Por Sesión) .....                                       | 0,00 €          |
| Rehabilitación Cardíaca (Tratamiento Completo).....            | 0,00 €          |
| Terapias en Rehabilitación y Fisioterapia .....                | 0,00 €          |
| Terapia Fotodinámica (Tratamiento Completo) .....              | 0,00 €          |
| Urgencias Domiciliarias.....                                   | 0,00 €          |
| Atención a Domicilio.....                                      | 0,00 €          |

**Especialidad B:** Resto de especialidades y adicionalmente pruebas genéticas, TAC y RMN.

| Tipo de Servicio Ambulatorio para Especialidad B | Copago en euros |
|--|-----------------|
| Consultas.....                                   | 8,50 €          |
| Pruebas de Diagnóstico Intraconsulta .....       | 12,50 €         |
| Pruebas Genéticas .....                          | 26,00 €         |
| Resonancia Magnética y TAC.....                  | 55,80 €         |
| Ecografía.....                                   | 11,20 €         |

|   |          |
|---|----------|
| Potenciales Evocados .....                                      | 19,30 €  |
| Ergometría y Holter .....                                       | 21,80 €  |
| Endoscopia (Digestiva, Respiratoria, Ginecológica, y ORL) ..... | 29,30 €  |
| Medicina nuclear (Excepto PET) .....                            | 75,10 €  |
| PET.....  | 200,00 € |
| Polisomnografía .....   | 127,60 € |
| Actos Terapéuticos Intraconsulta .....                          | 6,90 €   |
| Láser (Por Sesión) .....  | 53,80 €  |
| Rehabilitación Cardíaca (Tratamiento Completo).....             | 139,70 € |
| Podología.....  | 3,80 €   |

Para estos servicios sujetos a Copagos Reducidos, se aplicará un **Límite Máximo Anual por Asegurado de 250 euros**. Una vez alcanzado dicho importe por cada anualidad y asegurado el Tomador no vendrá obligado a abonar copago por este concepto durante dicha anualidad.

**2) Copago por servicios ambulatorios:** los importes que el Tomador debe abonar por cada servicio sanitario ambulatorio utilizado por los Asegurados, a través de proveedores sanitarios incluidos en la Ampliación del Cuadro Médico, o en los incluidos en el Cuadro Médico General sin que exista previa derivación de servicio por parte del Asesor de Salud, son los que a continuación se indican:

| Tipo de Servicio Ambulatorio   | Copago en euros |
|--|-----------------|
| Consultas.....   | 17,00 €         |
| Pruebas de Diagnóstico Intraconsulta .....                               | 25,00 €         |
| Análisis Clínicos (Excepto Genética) .....                               | 24,60 €         |
| Pruebas Genéticas .....  | 51,90 €         |
| Anatomía Patológica .....  | 17,80 €         |
| Anatomía Patológica: Inmunohistoquímica .....                            | 99,30 €         |
| Radiología Simple .....  | 11,10 €         |
| Ecografía.....   | 22,40 €         |
| Densitometría Ósea y Mamografía .....                                    | 31,80 €         |
| Resonancia Magnética y TAC.....  | 111,50 €        |
| Radiología Especial .....  | 58,20 €         |
| Medicina Nuclear (Excepto PET).....                                      | 150,10 €        |
| PET.....   | 400,00 €        |
| Polisomnografía .....  | 255,10 €        |
| Ergometría y Holter .....  | 43,60 €         |
| Actos Terapéuticos Intraconsulta .....                                   | 13,70 €         |
| Endoscopia (Digestiva, Respiratoria, Ginecológica, ORL y Urológica)..... | 58,60 €         |
| Terapias en Rehabilitación y Fisioterapia (Sesión) .....                 | 6,00 €          |
| Láser (Sesión) .....   | 107,60 €        |
| Potenciales Evocados .....   | 38,50 €         |
| Terapia Fotodinámica (Tratamiento Completo) .....                        | 200,00 €        |
| Rehabilitación Cardíaca (Tratamiento Completo).....                      | 279,30 €        |
| Podología.....   | 7,60 €          |
| Atención a Domicilio.....  | 7,40 €          |

A estos servicios no les será de aplicación el Límite Máximo Anual.

**3) Copago por servicios hospitalarios:** los importes que el Tomador debe abonar como consecuencia del ingreso hospitalario del asegurado o de la prestación a éste de un servicio sanitario que para su realización se precise la utilización de unidades de hospitalización de Hospital o Clínica son lo que seguidamente se indican.

| Concepto hospitalización  | Servicio Sanitario             | Copago   |
|---|--------------------------------|----------|
| Ingreso Médico  | Estancia Ingreso Médico        | 120,00 € |
| Ingreso Quirúrgico  | Estancia Ingreso Quirúrgico    | 180,00 € |
| Hospital de Día Médico  | Estancia Hospital de Día       | 80,00 €  |
| Hospital de Día Oncológico  | Sesión Quimioterapia           | 80,00 €  |
| Procedimientos diagnósticos o terapéuticos que requieren entorno hospitalario | Cirugía sin estancia           | 80,00 €  |
|   | Litotricia                     | 400,00 € |
|   | Sesión Radioterapia            | 120,00 € |
|   | Sesión Diálisis                | 60,00 €  |
|   | Procedimiento intervencionista | 160,00 € |
| Urgencia hospitalaria   | Urgencia hospitalaria          | 28,00 €  |

A estos copagos se le aplicará un **Límite Máximo Anual** por asegurado y anualidad de seguro de **700 euros**, si las unidades de hospitalización utilizadas por el asegurado pertenecen a Hospitales o Clínicas del Cuadro Médico General (CMG) o de **2.000 euros** si pertenecen a la Ampliación del Cuadro Médico (ACM).

Si el asegurado hiciese uso combinado de unidades de hospitalización de uno y otro Cuadro Médico, la cantidad máxima a abonar por el Tomador en concepto de **Límite Máximo Anual** por dicho uso combinado será de los **2.000 euros**. Alcanzado dicho importe y hasta la finalización de la anualidad de seguro en curso, no se abonará copago por el uso de estos servicios hospitalarios por dicho asegurado.

El Tomador

El Asegurador

Fecha y firma