

# Anexo: Reembolso 50.000

## CONDICIONES ESPECIALES

### SUMA ASEGURADA

Cuando el Asegurado requiera asistencia sanitaria comprendida en las especialidades y servicios que incluye la cobertura, según las garantías descritas en el Artículo 3º y 4º de las Condiciones Generales, y decida recibirla en un hospital o clínica y/o de facultativos ajenos a la lista de facultativos del Asegurador, éste reembolsará al Asegurado:

- a) El 90% de los gastos correspondientes a la asistencia hospitalaria recibida por el Asegurado en España.
- b) El 80% de los gastos correspondientes a la asistencia extrahospitalaria recibida por el Asegurado en España.
- c) El 80% de los gastos correspondientes a la asistencia hospitalaria y extrahospitalaria recibida por el Asegurado en el extranjero.

Siempre con un máximo de **50.000 € por Asegurado y anualidad de seguro.**  
Esta cantidad constituye la suma asegurada prevista en los Artículos 1º y 5º de las Condiciones Generales.

Con el objeto de unificar el vencimiento de las pólizas a 31 de diciembre, en el caso de que el seguro inicie su vigencia con posterioridad al 1 de enero, la suma asegurada para el primer año será proporcional a la fracción de año contratada. También se aplicará la proporcionalidad el año en que se extinga la póliza si la extinción es anterior al del 31 de diciembre.

# Anexo: Reembolso 50.000

## LÍMITES PARCIALES DE REEMBOLSO

No obstante, lo dispuesto en el anterior apartado, el reembolso a efectuar por el Asegurador no excederá de los límites que, para cada tipo o clase de asistencia sanitaria, a continuación, se establecen:

### a) Asistencia Extrahospitalaria.

**La cantidad máxima a reembolsar será de 10.000 € por Asegurado y año.**

En la cantidad citada quedan comprendidos los honorarios médicos por consultas, pruebas diagnósticas y actos terapéuticos realizados en régimen ambulatorio.

Las prestaciones que a continuación se citan tendrán los límites anuales de reembolso que, para cada una de ellas, se señalan:

- Medicina General (Asistencia primaria): 25 €/por consulta
- Especialistas (Asistencia Especializada): 49 €/por consulta
- Medios de diagnóstico: 50 €/diagnóstico
- Odontoestomatología: 200 € / año
- (sólo prestaciones cubiertas según Artículo 3.3.31 de las Condiciones Generales)
- Ambulancia: 300 € / año
- Rehabilitación y fisioterapia: Únicamente se cubre a través de la Modalidad I. **En ningún caso el Asegurador reembolsará al asegurado el coste de las facturas emitidas por los facultativos y centros no incluidos en la lista de facultativos del Asegurador.**

## Anexo: Reembolso 50.000

### **b) Asistencia Hospitalaria.**

#### **La cantidad máxima a reembolsar será de 40.000 € por Asegurado y año.**

Honorarios Médicos en caso de Intervención Quirúrgica. (Incluye honorarios del cirujano, anestesista, ayudante y cualquier otra persona integrante del equipo quirúrgico).

La intervención quirúrgica realizada al Asegurado se catalogará dentro del grupo que corresponda, según la Clasificación Terminológica de Actos y Técnicas Médicas editada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos:

- Cirugía Ambulante y menor 390 €  
(Grupos 0 y 1 clasificación O.M.C. Por intervención)
- Cirugía Ambulante y menor 560 €  
(Grupos 2 clasificación O.M.C. Por intervención)
- Cirugía media 1.000 €  
(Grupo 3 clasificación O.M.C. Por intervención)
- Cirugía media 1.500 €  
(Grupo 4 clasificación O.M.C. Por intervención)
- Cirugía media 1.900 €  
(Grupo 5 clasificación O.M.C. Por intervención)
- Cirugía media 2.500 €  
(Grupo 6 clasificación O.M.C. Por intervención)
- Cirugía media 3.000 €  
(Grupo 7 clasificación O.M.C. Por intervención)
- Gran cirugía 4.300 €  
(Grupo 8 clasificación O.M.C. Por intervención)

## Anexo: Reembolso 50.000

**c) Prótesis.** Únicamente se cubre a través de la Modalidad I

**En ningún caso el Asegurador reembolsara al asegurado el coste de las facturas emitidas por los facultativos y centros no incluidos en la lista de facultativos del Asegurador.**

**d) Otros Gastos Hospitalarios.**

Hasta 160 € por día de hospitalización del enfermo. Si estuviera ingresado en U.V.I., **el límite será de 260 € por día**

Las cantidades citadas comprenden el reembolso abonable por cualquier concepto sanitario, a excepción de los honorarios médicos.

**e) Asistencia por Maternidad.**

**Máximo de 1.200 € por Parto Normal y 1.450 € en el caso de Parto por cesárea.**

En las citadas cantidades se incluirán todos los gastos causados durante el ingreso: visitas hospitalarias, pruebas diagnósticas, honorarios del tocólogo, matrona y ayudantes, anestesia y cualquier gasto hospitalario.

**f) Enfermedades Congénitas del Recién Nacido.**

Se cubrirá la asistencia y los gastos causados por este motivo, únicamente durante el primer año de vida del recién nacido **y por un límite máximo**, para dicho periodo de tiempo y por todos los conceptos de asistencia sanitaria, **de 5.000 €.**

## Anexo: Reembolso 50.000

### **g) Otras prestaciones.**

Las prestaciones que a continuación se citan tendrán los límites anuales de reembolso que, para cada una de ellas, se señalan:

- Podología: Únicamente se cubre a través de la Modalidad I
- Rehabilitación: Únicamente se cubre a través de la Modalidad I

**h) Hospitalización psiquiátrica.** Únicamente se cubre a través de la Modalidad I  
**En ningún caso el Asegurador reembolsara al asegurado el coste de las facturas emitidas por los facultativos y centros no incluidos en la lista de facultativos del Asegurador.**

**i) Psicología.** Únicamente se cubre a través de la Modalidad I y con un máximo de 20 sesiones al año y por asegurado.  
**En ningún caso el Asegurador reembolsara al asegurado el coste de las facturas emitidas por los facultativos y centros no incluidos en la lista de facultativos del Asegurador.**