

SEGURO DE ENFERMEDAD **CONDICIONES PARTICULARES**

El tomador deberá abonar al asegurador, el importe correspondiente a cada servicio sanitario ambulatorio utilizado por los asegurados incluidos en su póliza:

Consultas	COPAGO
MEDICINA GENERAL	9,00 €
PEDIATRÍA – PUERICULTURA	10,00 €
MEDICINA GENERAL (a domicilio)	16,00 €
ESPECIALIDADES MÉDICO – QUIRÚRGICAS	16,00 €
Pruebas diagnósticas y actos terapéuticos	
ANÁLISIS CLÍNICOS	16,00 €
ANATOMÍA PATOLÓGICA	16,00 €
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	16,00 €
RESTO DE PRUEBAS Y ACTOS	16,00 €
PRUEBAS GENÉTICAS, MEDICINA NUCLEAR, TOMOGRAFÍA AXIAL, ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS	70,00 €
RESONANCIAS	120,00 €
Otros Servicios	
A.T.S. / ENFERMERÍA	4,00 €
PODOLOGÍA	6,00 €
TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA	6,00 €
PSICOTERAPIA	16,00 €
PREPARACIÓN AL PARTO	70,00 €

El Tomador

El Asegurador



Fecha y firma