

Adeslas

Seguro de Asistencia Sanitaria.

| condiciones especiales |

Adeslas

**UNIÓN SINDICAL DE
CONTROLADORES AÉREOS**

PRIMERA

Las presentes Condiciones Especiales se integran en la póliza y prevalecen, en caso de contradicción o duda, sobre las condiciones generales y/o especiales del contrato de seguro.

SEGUNDA

La Aseguradora, en concepto de reembolso de gastos por la asistencia sanitaria que, cubierta por la Póliza, hubiera recibido el Asegurado, abonará una cantidad equivalente al **100%** de dichos gastos, y **siempre con un máximo de 1.000.000 €** por Asegurado y anualidad de seguro.

La cantidad indicada constituye, por ello, la suma asegurada prevista en las Cláusulas Descriptivas de Cobertura 1 y 6 de Condiciones Generales.

En caso de que se produzcan altas de asegurados durante el periodo de vigencia con posterioridad a la fecha de efecto indicada en las Condiciones Particulares, la suma asegurada establecida en estas Condiciones Especiales 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 a la fecha de vencimiento indicada en las Condiciones Particulares.

TERCERA

Las presentes condiciones especiales derogan los periodos de carencia y los copagos indicados en las Cláusulas Descriptivas de Cobertura de las Condiciones Generales de la póliza.

PERIODOS DE CARENCIA

No existe periodo de carencia alguno, siendo efectiva toda la cobertura de las pólizas desde el primer día.

COPAGOS

No serán de aplicación copagos por la utilización de los servicios médicos.

CUESTIONARIO DE SALUD

Se pacta expresamente la exención de la obligación de cumplimentar el Cuestionario de Salud para todos los Asegurados de esta Póliza.

CUARTA

Se incluye, en esta póliza, las siguientes coberturas tal y como se detallan en estas Condiciones Especiales:

1. Ampliación de la cobertura de Oftalmología

1.1. Cirugía de los defectos de refracción visual.

La cobertura de cirugía de los defectos de refracción visual (miopía, hipermetropía y astigmatismo) se cubrirá mediante láser excimer o similar por un máximo de **1.500 € por ojo**.

1.2. Coste de fármacos de inyección intravítrea.

Queda cubierta la inyección intravítrea así como el coste de la medicación dentro de las indicaciones médicas aprobadas en la Ficha Técnica del fármaco.

1.3. Reembolso Oftalmológico 80% con límite 700 € por Asegurado y año.

Reembolso. Se incluyen los cristales, y las lentes de contacto (**pero no líquidos para lentillas ni similares**). Deberán ser prescritas por oftalmólogo como prescripción inicial, no siendo necesario en renovaciones.

1.4. Reembolso de montura 80 € al año para los menores de 15 años y 80 € cada dos años para los mayores de 15 años. Quedan excluidos los reembolso de gafas de sol.

1.5. Lente intraocular LIO.

Queda cubierto el coste de la lente intraocular LIO monofocal, bifocal, trifocal y tórica para tratamiento de catarata.

2. Reconstrucción oncoplastica colateral

Cirugía plástica reparadora. Está excluida la cirugía con fines estéticos, salvo la reconstrucción de la mama afectada tras mastectomía y, si fuera necesario remodelación de la mama sana contralateral (**límite máximo, un año después de la cirugía oncológica**). Incluirá la reconstrucción mediante prótesis mamaria, los expansores de piel y malla sintética, no biológica.

3. Cirugía profiláctica cáncer de mama o ginecológico

Cirugía profiláctica en el cáncer de mama y ginecológico. Queda incluida, con la prescripción del oncólogo o ginecólogo, para mujeres portadoras de la mutación en el gen BRCA1 y BRCA2 con o sin historia personal de cáncer. La cobertura de esta cirugía en otros casos de alto riesgo será valorada individualmente mediante un informe médico detallado. Periodo de carencia de 48 meses. Comprende una mastectomía bilateral, y/o una extirpación de trompas y ovarios en su caso, como terapia preventiva reductora del riesgo del cáncer de mama, ovario y trompas. Asimismo, se incluye la reconstrucción mamaria con prótesis mamaria, expansor de piel o malla sintética (excluida la malla biológica).

4. Máquina de apnea

La cobertura de máquinas para tratar la apnea, se dará **exclusivamente tras solicitarla a la Aseguradora, no estando cubierto el reembolso de la máquina si la compra el Asegurado.**

El equipamiento para el tratamiento de la apnea-hipopnea del sueño debe ser prescrito previamente por el especialista y será provisto por el proveedor concertado. Forma parte de la cobertura de la póliza y no está contemplado su reembolso en caso de compra del equipo por parte del Asegurado.

5. Alergología

Serán por cuenta de la Aseguradora las vacunas.

6. Ampliación de la cobertura de Logopedia

Se incluye **hasta 30 sesiones por Asegurado y año de logopedia** (se incluyen los trastornos del aprendizaje: dislexia, disgrafía y discalculia y autismo), una vez superadas este número de sesiones se podrá continuar con un importe de **24 € por sesión** en proveedores concertados para ello.

7. Ampliación de la cobertura de Psicoterapia

Se incluye EMDR en las sesiones de psicoterapia, como parte del tratamiento de Psicología.

Ampliación a **50 sesiones** en caso de trastornos de la alimentación incluyendo a los afectados por autismo.

Se incluyen **40 sesiones** para TDAH - Trastorno Déficit de Atención Hiperactividad.

8. Ampliación de la cobertura de Traumatología

Queda cubierto el tratamiento con plasma rico en plaquetas si se realiza durante la intervención quirúrgica para favorecer la rápida recuperación de la funcionalidad.

9. Ampliación de la Pruebas Diagnósticas

PET/TAC: queda cubierto el uso de la ^{18}FDG y el resto de isótopos empleados para esta prueba, dentro de las indicaciones médicas aprobadas en la Ficha Técnica de la AEMPS.

10. Estudios para la determinación del mapa genético

Pruebas genéticas: Quedan cubiertas **exclusivamente** aquellas pruebas cuyo fin sea el diagnóstico de enfermedades en pacientes afectos y sintomáticos. Incluye también las dianas terapéuticas cuya determinación sea exigida en la ficha técnica emitida por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para la administración de algunos fármacos.

Quedan incluidos los test de DNA fetal en sangre materna cuando estén médicamente indicados.

Se incluye el estudio sobre muestras de líquido amniótico y biopsia de corion para seguimiento de embarazo.

Asimismo se incluye el estudio CGH Arrays postnatal para estudio de neuropediatría según las indicaciones médicas de esta técnica.

Quedan expresamente excluidos de la cobertura del Seguro, cualquier medio de diagnóstico y/o tratamiento mediante terapia génica, los estudios de farmacogenética, la determinación del mapa genético con fines predictivos o preventivos y cualquier otra técnica genética o de biología molecular.

11. Hospitalización Psiquiátrica

Se amplía el límite de estancia para hospitalización psiquiátrica a **90 días** por cada anualidad de seguro.

12. Asistencia sanitaria derivada de accidentes de trabajo y enfermedad profesional

Queda incluida, la asistencia sanitaria derivada de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

13. Tratamiento de adicción a consumo de tóxicos

Queda cubierto el TRATAMIENTO DE ADICCIÓN A CONSUMO DE TÓXICOS, incluido alcohol y drogas. Se facilitará con carácter ambulatorio en consulta de psiquiatría y tratamiento de psicoterapia con un **límite de 40 sesiones por Asegurado y año**. Así mismo queda cubierto el ingreso únicamente en hospital psiquiátrico por este motivo de ingreso con un **límite anual de 50 días por Asegurado y año**.

14. Reembolso de Farmacia Extrahospitalaria

Farmacia Extrahospitalaria. La Aseguradora garantiza, en las condiciones, límites y con los requisitos que seguidamente se detallan, la cobertura de la prestación farmacéutica extrahospitalaria que precisen los Asegurados. Incluye el reembolso en fármacos de homeopatía.

La referida cobertura comprenderá el reembolso del **80%** con un límite de **1.500 €** por persona y año, de aquellas especialidades farmacéuticas dispensadas en farmacias, prescritas por un facultativo y que, en la fecha de su dispensación, se encuentren dentro de las financiadas por el Sistema Nacional de Salud y que sean necesarias para los tratamientos o patologías cubiertas por la póliza. Quedan incluidos materiales para curas y vendajes así como medicación para la alergia.

Quedan también cubierto el reembolso del coste de los fármacos de Dispensación Hospitalaria DH y los fármacos de uso Hospitalario H administrados al asegurado no hospitalizado.

La Aseguradora asumirá esta cobertura mediante el sistema de reembolso de gastos, para lo que el Asegurado deberá cumplimentar el formulario de solicitud de reembolso que para tal finalidad tenga establecido la Aseguradora y acompañar al mismo:

- Original de la prescripción en la que deberá constar:
 - La identidad del facultativo que la extiende, su firma y número de colegiado.
 - La identidad del paciente.
 - La identificación del producto recetado.
- Documento acreditativo del pago.

Para la gestión del reembolso la Aseguradora podrá ejercitar el derecho de pedir la información clínica necesaria al Asegurado que justifique la necesidad de la medicación y la concurrencia de las condiciones referidas anteriormente.

15. Reproducción Asistida

Diagnóstico y tratamiento de la esterilidad e infertilidad. Se incluyen todas las técnicas diagnóstico y tratamiento de la esterilidad e infertilidad con arreglo a la legislación vigente, y que cumplan los criterios de cobertura que a continuación se exponen.

- No se financiará ningún tratamiento de reproducción humana asistida que no cumpla los requisitos establecidos en la legislación vigente sobre técnicas de reproducción humana asistida.
- En los tratamientos de reproducción asistida, el carácter de la donación de gametos y pre-embiones deberá respetar las consideraciones establecidas en la citada legislación.
- Será por cuenta de la Aseguradora la criopreservación del semen durante el plazo que marca la legislación vigente, para aquellos Asegurados que vayan a someterse a tratamientos quirúrgicos y/o de radioterapia o quimioterapia, así como la criopreservación de embriones congelados sobrantes, procedentes de un ciclo de fertilización in vitro.
- No se considerarán incluidas entre las prestaciones financiadas las técnicas de reproducción asistida cuando la esterilidad:
 - Se haya producido voluntariamente.
 - Sobrevenga como consecuencia del proceso fisiológico natural propio de la finalización del ciclo reproductivo de la persona.
- Cuando existan embriones congelados sobrantes, procedentes de ciclos FIV autorizados, la transferencia de embriones forma parte del mismo ciclo FIV en que se obtuvieron los embriones.
- Los gastos derivados de las actuaciones que, en su caso, puedan realizarse sobre los donantes, formarán parte del coste de la técnica utilizada y no podrán repercutirse sobre las pacientes que vayan a ser sometidas a técnicas de reproducción asistida en las que se precise donación de gametos.

- En cuanto a la financiación, los límites máximos que se establecen por asegurada para la aplicación de las diferentes técnicas, son:

COBERTURA DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA - USCA				
	Inseminación Artificial	F.I.V.	F.I.V. con donación Ovocitos Preembriones	Inducción Ovulación
Menor de 42 años	Máx. 6 ciclos*	Máx. 4 ciclos*	Máx. 2 ciclos*	Cubierta
Menor de 46 años	Máx. 4 ciclos*			
Entre [46 y 50] años	Máx. 2 ciclos*	Máx. 2 ciclos*	Máx. 2 ciclos*	

* durante la vigencia de la póliza

- Técnicas cubiertas: Inducción a la ovulación, Inseminación artificial (IA), FIV y FIV con donación de ovocitos preembriones.

- Límites: Nº de ciclos en función de la edad:

- En menores de 42 años:

· Máximo 6 ciclos de IA

· Máximo 4 ciclos de FIV

· Máximo 2 ciclos de FIV con donación

- En mujeres de 42 años y menores de 46 años:

· Máximo 4 ciclos de IA

· Máximo 4 ciclos de FIV

· Máximo 2 ciclos de FIV con donación

- En mujeres de entre 46 años y hasta 50 años inclusive:

· Máximo 2 ciclos de IA

· Máximo 2 ciclos de FIV

· Máximo 2 ciclos de FIV con donación

Ciclos máximos por técnica de reproducción asistida durante toda la vigencia de la póliza, el cambio de grupo de edad no da derecho a ciclos adicionales.

ESTA COBERTURA SÓLO SE OFRECERÁ A TRAVÉS DE LOS CENTROS Y PROFESIONALES CONCERTADOS CON LA ASEGURADORA Y, EN TODOS LOS CASOS, HAN DE SER PRESCRITOS POR MÉDICOS DE LA ASEGURADORA QUE TENGAN A SU CARGO LA ASISTENCIA DEL ASEGURADO, ASISTENCIA QUE HA DE ESTAR CUBIERTA POR LA PÓLIZA.

16. Vacunación infantil

Vacunación Infantil en centros de la Aseguradora que estén concertados en las Autonomías. En estos casos se incluye el costo de la vacuna.

Administración de todas las vacunas incluidas en el CALENDARIO OFICIAL COMÚN DE VACUNACIÓN DEL SNS, publicado por el Ministerio de Sanidad, que esté en vigor.

17. Robot Da Vinci para urología

Queda cubierto Da Vinci para las indicaciones en Urología, en aquellas provincias en las que SCA dispongan de dispositivo asistencial concertado para ofrecer esta prestación, la cobertura se dará siempre previa prescripción de médicos del cuadro médico.

Quedará cubierto en reembolso **con un límite del 90%** en centros fuera de los específicamente concertados para ello.

18. Acceso Clínica Universitaria de Navarra

Está incluido el acceso a la Clínica Universitaria de Navarra, situada en la Avda. Pío XII en Pamplona.

Para la realización de pruebas será necesaria previa prescripción de un médico de nuestro cuadro médico y autorización de la Aseguradora que se solicitará en la Delegación de residencia del Asegurado.

Forma de Prestar los servicios y autorizaciones:

La autorización no será exigible a priori en el caso de atención en Urgencias Hospitalarias, pero el Asegurado deberá obtener la conformidad escrita de la Aseguradora dentro de las setenta y dos horas siguientes a la asistencia de urgencias.

En cualquier derivación ambulatoria a otro servicio o prueba diagnóstica que no quede dentro del acto urgente tendrá consideración de servicio programado y deberá ser solicitada su autorización aunque la Clínica Universitaria de Navarra lo programe para la misma fecha de la atención urgente.

19. Reembolso Dental

Se reembolsará el **100%** de los gastos con un límite de **9.000 €** por Asegurado y año **exclusivamente** en clínicas propias de la Aseguradora y en las Clínicas concertadas en nuestros cuadros dentales de Zona IMQ. En el resto de las clínicas será el **80%**.

20. Implantes quirúrgicos. Prótesis

En cuanto a los implantes y prótesis quirúrgicas, la Aseguradora reembolsará al Asegurado, por estos conceptos, el **100% sin sublímites**.

21. Ortoprótisis externa

En cuanto a las ortoprótisis externa, la Aseguradora reembolsará al Asegurado, por estos conceptos, el **100%** sin sublímites, excepto zapatos ortopédicos que será **60 €** y **40 €** para niños hasta 15 años.

22. Ambulancias Interprovinciales

Ambulancias interprovinciales para el traslado urbano, interurbano e interprovincial de los enfermos cuyo estado físico lo requiera.

23. Medicinas Alternativas

- **Osteopatía.** Las sesiones se prestarán por un profesional acreditado del Cuadro Médico Asociado al producto bajo prescripción médica. Se limita su cobertura a un total de **12 sesiones por Asegurado** en un periodo de un año natural.

- **Homeopatía.** Se prestará por un profesional acreditado al Cuadro Médico asociado al producto. Se limita su cobertura a un total de **12 sesiones por Asegurado** en un periodo de un año natural.

- **Acupuntura.** Se prestará por un profesional acreditado de Cuadro Médico asociado al producto. Se limita su cobertura a un total de **12 sesiones por Asegurado** en un periodo de un año natural.

24. Chequeo Médico

Reconocimiento Médico. Se incluye en la cobertura de la póliza un reconocimiento médico anual, previa autorización, en centros concertados de la Aseguradora. Las pruebas incluidas en dicho reconocimiento médico son las siguientes:

CHEQUEO 1 (HASTA 30 AÑOS)	
Historia Clínica y exploración general	ECG
Analítica: · Estudio Serie Roja: Hematíes, HB, Hcto, VCM, CHCM · Estudio Serie Blanca: Fórmula y VSS · Plaquetas, Glucosa, Ácido Úrico (Urea) · Colesterol. Prueba de LDL. Triglicéridos · GOT-GPT, Hierro, Orina	RX Tórax
	Examen Ginecológico con Citología Vaginal
	Agudeza visual
	Audiometría y Espirometría

CHEQUEO 2 (DE 31 A 45 AÑOS)	
Historia Clínica y exploración general	ECG
Analítica: · Estudio Serie Roja: Hematíes, HB, Hcto, VCM, CHCM · Estudio Serie Blanca: Fórmula y VSS · Plaquetas · Glucosa · Ácido Úrico (Urea) · Colesterol · GOT-GPT · Triglicéridos · Hierro · Orina	RX Tórax
	Ecografía Abdominal
	Examen Ginecológico con Citología Vaginal, Ecografía mamaria según criterio médico y Mamografía (bianual o anual según criterio médico, a partir de los 40 años)
	Agudeza visual
	Audiometría y Espirometría

CHEQUEO 3 (DESDE 46 AÑOS)	
Historia Clínica y exploración general	ECG
Analítica: · Estudio Serie Roja: Hematíes, HB, Hcto, VCM, CHCM · Estudio Serie Blanca: Fórmula y VSS · Plaquetas, Glucosa · Ácido Úrico (Urea) · PSA (Próstata) · Colesterol · Triglicéridos · GOT-GPT · Hierro · Urea, H.D.L. · Fosfatasa alcalina · Hemorragias ocultas · Orina	RX Tórax
	Ecografía Abdominal
	Examen Ginecológico con Citología Vaginal, Ecografía mamaria según criterio médico y Mamografía (bianual o anual según criterio médico, a partir de los 40 años)
	Ecografía Ginecológica
	Ecografía Prostática
	Agudeza visual
	Audiometría y Espirometría

Este Contrato de Seguro comprende de forma inseparable las Condiciones Generales que anteceden, que quedan formadas por las Cláusulas Jurídicas y Cláusulas Descriptivas de Cobertura, las Condiciones Particulares, las Especiales si las hubiere y los Apéndices que recojan las modificaciones de todo ello acordadas por las partes.

S. RE. USCA. 12. 2020
 SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, con domicilio social en el Paseo de la Castellana, 259 C. (Torre de Cristal), 28046 Madrid, con NIF A28011864, e inscrita en el R. M. de Madrid, tomo 36733, folio 213, hoja M-658265.

atención 24 h
 902 200 200 - www.adeslas.es

Adeslas