

Adeslas Extra 95.455 €

CONDICIONES ESPECIALES

**Póliza de seguro de enfermedad.
Libertad de elección en todo el mundo.**

Adeslas

CAIXABANK

La Aseguradora reembolsará al Asegurado el **80%** de los gastos correspondientes a la asistencia sanitaria recibida en un hospital o clínica y/o de facultativos ajenos a los cuadros médicos de la Aseguradora, siempre que dicha asistencia esté comprendida en la cobertura concretamente garantizada en la póliza. El **20%** restante correrá a cargo del Asegurado.

La cantidad que la Aseguradora habrá de abonar en aplicación del porcentaje citado, no excederá sin embargo de los límites que a continuación se establecen:

1. Asistencia hospitalaria

1.1. Honorarios médicos en medicina primaria

Primera Consulta	50,91 € cada una
Consultas sucesivas	31,82 € cada una

1.2. Honorarios médicos en especialidades

Primera Consulta	114,54 € cada una
Consultas sucesivas	70,00 € cada una

En las cantidades citadas quedan comprendidas todas las pruebas diagnósticas y actos terapéuticos realizados en la consulta al Asegurado por el propio especialista encargado de establecer el diagnóstico y tratamiento.

Se considerarán sucesivas todas las consultas con el mismo facultativo que tengan lugar en los tres meses siguientes a la primera, aunque tal espacio de tiempo abarque dos años naturales distintos.

1.3. Medios de diagnóstico

Las cantidades máximas a reembolsar por la Aseguradora serán las siguientes:

Límite a abonar por reembolso	Por acto	Por Año natural/Asegurado
Análisis clínicos (incluye todo tipo)	70,00 €	178,18 €
Radiología convencional	70,00 €	178,18 €
Ecografías	57,27 €	146,36 €
Mamografía bilateral	70,00 €	170,00 €
T.A.C.- Scanner	114,54 €	229,09 €
Resonancia Magnética Nuclear	210,00 €	420,01 €
Endoscopias	108,18 €	216,36 €
Densitometría ósea	82,73 €	82,73 €
Holter	108,18 €	216,36 €
Ergometría	70,00 €	140,00 €
Ecocardiograma	70,00 €	140,00 €

Para otros medios de diagnóstico diferentes de los citados, el límite será de 1.050,01 € por año natural y para el conjunto de dichos medios, cualesquiera que sean.

No se abonará cantidad alguna como reembolso del gasto en pruebas de diagnóstico realizadas a enfermos hospitalizados, por tratarse de un concepto ya incluido en el apartado 2.4 (Otros Gastos Hospitalarios).

2. Asistencia ambulatoria

2.1. Honorarios médicos en caso de intervención quirúrgica

La intervención se catalogará en el grupo que corresponda de la última Clasificación Terminológica de Actos y Técnicas Médicas editada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, no abonándose para el conjunto de los honorarios satisfechos a cirujanos, ayudantes, anestelistas y cualesquiera otros profesionales, cantidad superior a la que corresponda a la intervención realizada, a tenor del siguiente cuadro:

Grupo 0	159,09 €
Grupo I	222,73 €
Grupo II	540,91 €
Grupo III	1.113,65 €
Grupo IV	1.781,83 €
Grupo V	2.227,30 €
Grupo VI	2.863,66 €
Grupo VII	4.136,41 €
Grupo VIII	7.636,46 €

2.2. Honorarios médicos si no hay intervención quirúrgica

El límite será de **95,45 € por día** de hospitalización del paciente.

2.3. Prótesis

Hasta un máximo de **3.181,85 € por Asegurado y año**.

2.4. Otros gastos hospitalarios

Hasta **222,73 € por día de hospitalización** del enfermo. Si estuviera ingresado **en U.V.I.**, el límite será de **477,28 € por día. Tratamientos** en régimen de hospital de día hasta **381,83 € por cada tratamiento.**

Las cantidades citadas comprenden el reembolso abonable por cualesquiera conceptos sanitarios, a excepción de los honorarios médicos.

2.5. Trasplantes

La cantidad máxima a reembolsar por la Aseguradora no superará los siguientes límites:

Pulmón	63.637,08 €
Hígado	63.637,08 €
Corazón	50.909,67 €
Médula ósea	31.818,55 €
Riñón	25.454,83 €
Córnea	6.363,71 €

En estas cantidades se incluyen todos los gastos hospitalarios, honorarios médicos y cualquier otro gasto sanitario cubierto derivado del trasplante.

3. Asistencia de maternidad

El reembolso a realizar por la Aseguradora de los gastos correspondientes a la asistencia médica y/o quirúrgica del parto y puerperio, no superará en su conjunto la cantidad de **1.909,12 € en caso de parto normal, y 2.386,40 € en caso de parto con 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 cualesquiera gastos hospitalarios.

En caso de que la Asegurada sea hospitalizada en un centro incluido en el cuadro médico de la Aseguradora, ésta asumirá la totalidad del gasto hospitalario conforme la Modalidad II, y reembolsará en concepto de honorarios hasta **un máximo de 1.272,74 € en caso de parto normal y de 1.431,84 € en caso de parto con cesárea.**

4. Enfermedades congénitas del recién nacido

Se cubrirá la asistencia y los gastos causados por este motivo **durante el primer año de vida del recién nacido y por un límite máximo**, para dicho periodo de tiempo de **7.954,63 €.**

5. Tratamientos especiales

El reembolso máximo a satisfacer por el conjunto del tratamiento, incluidos los honorarios de los facultativos que lo realicen, será el siguiente:

Acelerador lineal de partículas	2.227,308 €
Bomba de cobalto	1.272,74 €
Cirugía cerebral exterotásica tumoral	7.000,08 €
Quimioterapia	2.227,30 €
Litotricia renal	1.018,19 €
Diálisis (todo incluido)	101,82 €

Para otros tratamientos especiales distintos de los citados, **el límite será de 954,56 € por año natural** y para el conjunto de los tratamientos realizados, cualesquiera que sean.

6. Otras prestaciones

Las prestaciones que a continuación se citan tendrán los límites anuales de reembolso que se señalan:

Odontostomatología (sólo prestaciones cubiertas según cláusulas descriptivas de cobertura 4 y 5 de condiciones generales)	381,83 €
Rehabilitación y fisioterapia	636,37 €
Psicoterapia	636,37 €
Ambulancia	636,37 €

7. Suma asegurada

Con independencia de todo lo previsto anteriormente, la Aseguradora **no abonará más de 95.455,63 €** en pago de la asistencia sanitaria recibida por el Asegurado durante una anualidad de seguro.

La cantidad indicada constituye por ello la suma asegurada prevista en las cláusulas 1 y 6 de las Condiciones Generales. Con el objeto de unificar el vencimiento de las pólizas a 31 de diciembre, en 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.

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.