

Adeslas Extra

CONDICIONS GENERALS

Assegurança de malaltia.

Adeslas

Aquest contracte d'assegurança comprèn, de manera inseparable, les Condicions Jurídiques entre les quals es troben les Condicions Comunes o Generals, les Descriptives de cobertura, les Condicions Particulars, i si és el cas les Especials així com els apèndixs que recullen les modificacions de tot això acordades per les parts.

Clàusules Jurídiques

Condicions Generals Comunes (C.G.C)

3

1. Clàusula preliminar.	3
2. Objecte de l'assegurança.	3
3. Pagament de primes.	4
4. Altres obligacions, deures i facultats del Prenedor de l'assegurança o de l'Assegurat.	5
5. Altres obligacions de l'Asseguradora.	7
6. Durada de l'Assegurança.	7
7. Pèrdua de drets, resolució del contracte.	8
8. Estat i autoritat de control de l'Asseguradora.	8
9. Instàncies de reclamació.	9
10. Comunicacions i jurisdicció.	10
11. Prescripció.	11
12. Actualització anual de les condicions econòmiques de la pòlissa.	12

Condicions Generals Descriptives de cobertura (C.G.D)

13

1. Definicions.	13
2. Modalitat I: Reemborsament de Despeses sanitàries..	16
3. Modalitat II: prestació d'assistència sanitària per mitjà dels Quadres Mèdics de l'Asseguradora.	18
4. Cobertura d'assistència sanitària i reemborsament de despeses mèdiques.	20
5. Exclusions comunes de la cobertura d'assistència sanitària i reemborsament de despeses mèdiques.	33
6. Límits generals.	36
7. Assegurança dels nounats..	38
8. Períodes de carència.	39

1. Clàusula preliminar

1.1. L'activitat asseguradora que duu a terme SegurCaixa Adeslas, SA d'Assegurances i Re-assegurances està sotmesa al control de les autoritats de l'Estat espanyol i n'és l'òrgan competent la Direcció General d'Assegurances i Fons de Pensions.

1.2. Aquest contracte es regeix pel que disposa la Llei 50/1980, de 8 d'octubre, de contracte d'assegurança (en endavant, la Llei) i per les altres normes espanyoles que regulen les assegurances privades, i també pel que s'hagi acordat a les Condicions Generals, Particulars i, si és el cas, Especials d'aquest contracte.

1.3. El Prenedor i els Assegurats durant la vigència de la pòlissa han de tenir el seu domicili social (en cas de persona jurídica) i residència habitual (en cas de persona/s física/s) dins del territori d'Espanya.

2. Objecte de l'assegurança

Aquesta assegurança de malaltia és una assegurança mixta de reemborsament de despeses sanitàries i de prestació d'assistència sanitària a través del quadre mèdic de l'Asseguradora, mitjançant el qual l'Asseguradora es compromet a facilitar a l'Assegurat la cobertura d'assistència mèdica, quirúrgica i hospitalària que l'Assegurat requereixi en tota classe de malalties i lesions, o bé per embaràs, part i puerperi, sempre que estiguin compresos en la cobertura assegurada segons els apartats de "Cobertura d'assistència sanitària i reemborsament de despeses mèdiques" i "Exclusions comunes de la cobertura d'assistència sanitària i reemborsament de despeses mèdiques" (Condicions Generals Descriptives 4ª y 5ª) d'aquest Condicionat General.

L'assegurança ofereix la cobertura, doncs, en dues modalitats:

a) MODALITAT I. REEMBORSAMENT DE DESPESES SANITÀRIES. Quan l'Assegurat recorri, per tal de rebre l'assistència sanitària, a Metges i/o Centres aliens als Quadres Mèdics de l'Asseguradora, aquesta en farà reemborsament d'acord amb els límits i percentatges establerts en les Condicions Especials.

b) MODALITAT II. PRESTACIÓ D'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA. L'Assegurat té dret a rebre l'assistència coberta per la pòlissa dels Metges i Centres concertats que figuren en els quadres de l'Asseguradora. El pagament de l'assistència rebuda dins d'aquesta modalitat corre íntegrament a càrrec de l'Asseguradora, que en satisfarà l'import directament als facultatius i centres que l'hagin prestada, mentre que l'Assegurat ha d'utilitzar per retribuir l'acte mèdic el mitjà de pagament que la companyia li indiqui.

En aquesta modalitat no es concediran indemnitzacions en metàl·lic i l'assistència es prestarà d'acord amb l'apartat de "Prestació d'assistència sanitària per mitjà dels Quadres Mèdics de l'Asseguradora" (Condicions Generals Descriptives 3ª) d'aquest Condicionat General.

En endavant, sempre que s'esmenti que l'Asseguradora es farà càrrec d'una cobertura, s'entendrà que en la Modalitat II (Modalitat de Prestació d'assistència sanitària) se'n fa càrrec directament l'Asseguradora, i que en el cas de la Modalitat I (Reemborsament de Despeses) l'Assegurat pagarà l'import de la despesa i l'Asseguradora la hi reemborsarà dins els límits del producte contractat, recollits en les Condicions Particulars i/o Especials.

3. Pagament de primes

3.1. El Prenedor de l'assegurança, d'acord amb l'article 14 de la Llei, està obligat a pagar la prima.

3.2. La primera prima o fracció és exigible, d'acord amb l'article 15 de la Llei, una vegada signat el contracte; si no s'ha pagat per culpa del Prenedor, l'Asseguradora té dret de resoldre el contracte o d'exigir el pagament de la prima que es degui en via executiva, d'acord amb la pòlissa. En qualsevol cas, si la prima no s'ha pagat abans que es produeixi el sinistre, l'Asseguradora queda alliberada de la seva obligació, tret que es pacti el contrari.

3.3. En cas de falta de pagament de la segona prima o de les successives, o de fraccions de la prima, la cobertura queda suspesa un mes després del dia del venciment del rebut, i si l'Asseguradora no reclama el pagament dins dels sis mesos següents a aquest venciment s'entén que el contracte queda extingit d'acord amb les condicions anteriors.

La cobertura torna a fer efecte vint-i-quatre hores després del dia en què el Prenedor pagui la prima. En qualsevol cas, quan el contracte estigui suspès l'Asseguradora només pot exigir que es pagui la prima del període en curs.

3.4. El Prenedor de l'assegurança perd el dret de fraccionar la prima que s'hagi convingut en cas d'impagament de qualsevol rebut, i, per tant, en aquest cas s'exigiria la prima total acordada per al període de l'assegurança que restés.

3.5. L'Asseguradora només queda obligada en virtut dels rebuts lliurats pels seus representants autoritzats legalment. El pagament de l'import de la prima fet pel Prenedor de l'assegurança al corredor no s'entén com a fet a l'Asseguradora si no és que a canvi el corredor lliura al Prenedor de l'assegurança el rebut de prima emès per l'Asseguradora.

3.6. A les Condicions Particulars s'estableix el compte bancari designat pel Prenedor per pagar els rebuts de la prima.

3.7. En cas d'extinció anticipada del contracte imputable al Prenedor, la part de prima anual no consumida correspon a l'Asseguradora.

4. Altres obligacions, deures i facultats del Prenedor de l'assegurança o de l'Assegurat

4.1. El Prenedor de l'assegurança i, si escau, l'Assegurat tenen les obligacions següents:

a) Declarar a l'Asseguradora, d'acord amb el qüestionari al qual el sotmeti, totes les circumstàncies que conegui que puguin influir en la valoració del risc. Queda exonerat d'aquesta obligació si l'Asseguradora no el sotmet a cap qüestionari o quan, encara que l'hi sotmeti, es tracti de circumstàncies que puguin influir en la valoració del risc i no hi estiguin compreses.

L'Asseguradora pot rescindir el contracte mitjançant una declaració dirigida al Prenedor de l'assegurança en el termini d'un mes, comptador des de la data en què l'Asseguradora tingui coneixement de la reserva o inexactitud del Prenedor de l'assegurança o de l'Assegurat.

Pertocquen a l'Asseguradora, tret que incorri en frau o culpa greu per part seva, les primes relatives al període en curs en el moment en què faci aquesta declaració.

Si el sinistre sobrevé abans que l'Asseguradora faci la declaració a la qual es refereix el paràgraf anterior, la prestació es redueix proporcionalment a la diferència entre la prima convinguda i la que s'hauria aplicat si s'hagués conegut l'autèntica entitat del risc.

En cas de frau o culpa greu del Prenedor de l'assegurança, l'Asseguradora queda alliberada de pagar la prestació.

b) Comunicar a l'Asseguradora, tan aviat com li sigui possible, el canvi de domicili.

c) Comunicar a l'Asseguradora, tan aviat com li sigui possible, les altes i baixes d'Assegurats que es produeixin durant la vigència de la pòlissa; les altes tenen efecte el primer dia del mes següent a la data de la comunicació feta pel Prenedor, mentre que les baixes es fan efectives el dia que venci l'anualitat de l'assegurança en què es produeixi la baixa i l'import de la prima s'adapta a la nova situació.

d) Si l'assistència de la mare en el part es fa a càrrec de l'assegurança de l'Asseguradora amb la qual ella estigui assegurada, els fills nomenats tenen dret a ser inclosos dins de la pòlissa de la mare des del moment del naixement. Per fer-ho, el Prenedor ha de comunicar a l'Asseguradora aquesta circumstància durant els 15 dies naturals següents a la data d'alta hospitalària del nomenat i com a termini màxim 30 dies naturals després de la data del naixement, mitjançant la formalització d'una sol·licitud d'assegurança. Les altes que es comuniquin dins d'aquest termini retrotrauen els efectes a la data del naixement i el període de carència no pot ser superior al que li falti per consumir a la mare. Si l'alta del nomenat es comunica després del termini indicat, cal emplenar el qüestionari de salut i l'Asseguradora pot denegar-ne l'admissió. Si s'accepta el nou Assegurat, se li apliquen els períodes de carència establerts en l'apartat "Períodes de carència" (Condicions Generals Descriptives 8ª) d'aquestes Condicions Generals).

En qualsevol cas, l'Asseguradora cobreix l'assistència sanitària al nomenat durant els primers trenta dies naturals de vida i la cobertura finalitza quan s'acaba aquest termini si no se'n sol·licita l'alta d'acord amb el que estableix el paràgraf primer d'aquest apartat.

e) Minorar les conseqüències del sinistre, utilitzant els mitjans a l'abast perquè es restableixi ràpidament. L'incompliment d'aquest deure amb la intenció manifesta de perjudicar o enganyar l'Asseguradora allibera l'Asseguradora de qualsevol prestació derivada del sinistre.

f) Quan l'assistència prestada a l'Assegurat sigui com a conseqüència de lesions produïdes o agreujades per accidents coberts per una altra assegurança qualsevol, o sempre que el cost de l'assistència l'hagin de satisfer tercers causants o responsables de les lesions, l'Asseguradora, si hagués cobert l'assistència, podria exercitar les accions que escaiguessin per rescabalar-se del cost que les assistències li haguessin comportat. L'Assegurat o, si escau, el Prenedor estan obligats a facilitar a l'Asseguradora les dades i la col·laboració que calguin.

g) Comunicar a l'Asseguradora l'existència de qualsevol altra assegurança de malaltia que es refereixi a tots o a algun dels Assegurats d'aquesta pòlissa, d'acord amb els articles 101 i 106 de la Llei.

h) L'Assegurat ha de facilitar a l'Asseguradora, durant la vigència del contracte, tota la documentació i la informació mèdica que se li demani per poder valorar la cobertura del cost de les prestacions que sol·liciti. Quan l'Asseguradora li demani, el procés d'atorgament de cobertura queda en suspens fins que obtingui tota la informació. L'Asseguradora també pot reclamar a l'Assegurat el cost de la cobertura de qualsevol prestació la improcedència de la qual hagi quedat manifestada a posteriori per la informació mèdica facilitada per l'Assegurat.

4.2. La targeta sanitària personal propietat de l'Asseguradora i lliurada a cada Assegurat és un document d'ús personal i intransferible. En cas de pèrdua, sostracció o deteriorament, el Prenedor de l'assegurança i l'Assegurat tenen l'obligació de comunicar-ho a l'Asseguradora en el termini de setanta-dues hores.

En aquests casos, l'Asseguradora emet i envia una nova targeta al domicili de l'Assegurat que figura a la pòlissa i anul·la l'extraviada, sostreta o deteriorada.

Així mateix, el Prenedor de l'assegurança i l'Assegurat s'obliguen a tornar a l'Asseguradora la targeta corresponent a l'Assegurat que hagi s'hagi donat de baixa de la pòlissa.

Es considera ús indegut o fraudulent la utilització de la targeta sanitària durant el període en què la cobertura estigui en suspens.

4.3. El Prenedor de l'assegurança pot reclamar a l'Asseguradora, en el termini d'un mes des del lliurament de la pòlissa, que s'esmenin les divergències que hi hagi entre la pòlissa i la proposició d'assegurança o les clàusules acordades, segons el que disposa l'article 8 de la Llei.

5. Altres obligacions de l'Asseguradora

A més de la cobertura econòmica de la prestació de l'assistència sanitària, l'Asseguradora ha de lliurar al Prenedor de l'assegurança la pòlissa o, si escau, el document de cobertura provisional o el que escaigui segons el que disposa l'article 5 de la Llei.

Igualment, ha de lliurar al Prenedor la targeta sanitària personal corresponent a cadascun dels Assegurats inclosos a la pòlissa.

Aquesta targeta, que té una numeració única, conté les dades següents:

- Nom i cognoms de l'Assegurat
- Any de naixement
- Data d'alta

6. Durada de l'assegurança

La durada del contracte és la que s'estableix a les Condicions Particulars. Els efectes de l'assegurança s'inicien a les zero hores de la data d'efecte i finalitzen a les zero hores de la data de venciment. Al venciment, el contracte es pot prorrogar per anualitats successives, d'acord amb el que es preveu a l'article 22 de la Llei de contracte d'assegurança.

Aixó no obstant, qualsevol de les parts es pot oposar a la pròrroga notificant-ho per escrit a l'altra part, amb una antelació no inferior a un mes quan es tracti del Prenedor i no inferior a dos mesos quan es tracti de l'Asseguradora, respecte de la data en què s'acabi el període d'assegurança en curs.

Si l'Assegurat estigués hospitalitzat, el fet que l'Asseguradora hagi comunicat que s'oposa a la pròrroga de la pòlissa no tindria cap efecte sobre l'Assegurat fins a la data en què obtingués l'alta hospitalària, tret que l'Assegurat renunciés a continuar amb el tractament.

7. Pèrdua de drets, resolució del contracte

Amb independència del que antecedeix, l'Assegurança s'extingeix per a un Assegurat en concret, encara que la pòlissa continuï vigent per a la resta:

- a) En la data en què traslladi la residència habitual a l'estranger o quan, en qualsevol cas, residixi nou mesos l'any fora d'Espanya.
- b) Quan un dels Assegurats deixa de viure de manera habitual al domicili identificat a la pòlissa causa baixa en l'assegurança i el Prenedor ha de comunicar-ho a l'Asseguradora. Si aquesta persona vol contractar una nova assegurança i ho fa abans que passi un mes des d'aquesta comunicació, l'Asseguradora manté els drets adquirits, sempre que contracti les mateixes cobertures.

L'Asseguradora pot resoldre el contracte abans que venci si es produeix qualsevol de les situacions següents:

- a) Si hi ha reserves o inexactituds a l'hora d'emplenar el qüestionari de salut, l'Asseguradora pot rescindir el contracte fent arribar una declaració al Prenedor de l'assegurança en el termini d'un mes, comptador des de la data en què s'assabenti de la reserva o la inexactitud del qüestionari que hagi emplenat qualsevol dels Assegurats de la pòlissa. Corresponen a l'Asseguradora, tret que hi hagi frau o culpa greu per part seva, les primes del període en curs en el moment en què faci aquesta declaració.

Si el sinistre sobrevé abans que l'Asseguradora faci la declaració que s'esmenta al paràgraf anterior, la prestació corresponent es redueix de manera proporcional a la diferència entre la prima acordada i la que s'hagués aplicat si s'hagués conegut l'autèntica entitat del risc. En cas de frau o culpa greu de l'Assegurat, l'Asseguradora quedaria lliure de pagar la prestació.

b) Si el sinistre, la cobertura del qual es garanteix com a risc, sobrevé abans que s'hagi pagat la primera prima, tret que hi hagi un pacte contrari (article 15 de la Llei de contracte d'assegurança).

c) Si el Prenedor, quan sol·licita l'assegurança, declara de manera inexacta l'any de naixement d'un Assegurat o més d'un, l'Asseguradora només pot resoldre el contracte si l'edat real d'aquests Assegurats, en la data d'entrada en vigor de la pòlissa, excedeix els límits d'admissió que hagi establert l'Asseguradora.

d) Quan el Prenedor deixi de tenir la seva residència habitual (en cas de persona física) i domicili social (en cas de persona jurídica) en territori espanyol. Quan sigui un Assegurat el que es trobi en aquesta situació serà baixa en la pòlissa. Si aquesta persona desitja contractar una nova assegurança i ho fa abans que transcorri un mes des de la comunicació citada, l'Asseguradora mantindrà els drets adquirits sempre que contractin les mateixes cobertures.

e) Si l'Assegurat en utilitzar la cobertura de reemborsament no presentés la documentació original si fos requerit per a això per l'Asseguradora o quan les còpies aportades no es corresponguin fidelment amb els originals o les mateixes hagues-sin estat objecte de manipulació.

Respecte d'aquesta pòlissa, no se'n preveu el dret de rehabilitació, sens perjudici del que estableix l'article 15 de la Llei de contracte d'assegurança.

8. Estat i autoritat de control de l'Asseguradora

El control de l'activitat de l'Asseguradora correspon a l'Estat espanyol, a través de la Direcció General d'Assegurances i Fons de Pensions.

9. Instàncies de reclamació

9.1. El Prenedor de l'assegurança, l'Assegurat, el beneficiari, els tercers perjudicats o els dret-havents corresponents poden presentar queixes i reclamacions contra les pràctiques de l'Asseguradora que considerin abusives o que lesionen els seus drets o interessos reconeguts legalment i que es deriven del contracte d'assegurança.

Amb aquesta finalitat i d'acord amb allò que es disposa a la legislació vigent sobre aquesta matèria, l'Asseguradora té un servei d'atenció al client (SAC), al qual es poden adreçar per presentar les queixes i les reclamacions que tinguin quan l'oficina o el servei objecte d'aquestes queixes i reclamacions no les hagi resolt a favor seu.

Les queixes i les reclamacions es poden presentar al servei d'atenció al client en qualsevol oficina de l'entitat oberta al públic o a l'adreça o les adreces de correu electrònic que s'hagin habilitat per a aquesta finalitat. Les dades de contacte d'aquest servei són: Torre de Cristal, passeig de la Castellana, 259 C, 28046 Madrid.

El SAC acusa recepció per escrit de les queixes i les reclamacions que rep i les resol de manera motivada i dins del termini màxim legal d'un mes, comptador des de la data en la qual es presenta la queixa o la reclamació.

9.2. Així mateix, els interessats poden interposar queixes i reclamacions al servei de reclamacions de la Direcció General d'Assegurances i Fons de Pensions. Per poder-ho fer, han d'acreditar que ha transcorregut el termini d'un mes des de la data en la qual es va presentar la queixa o la reclamació al SAC sense que l'hagi resolt o si s'ha denegat l'admissió de la petició o s'ha desestimat de manera total o parcial.

9.3. Sens perjudici de les actuacions anteriors i de les que escaiguin d'acord amb la normativa d'assegurances, els interessats sempre poden exercir les accions que creguin convenientes a la jurisdicció ordinària.

10. Comunicacions i jurisdicció

10.1. Les comunicacions a l'Asseguradora per part del Prenedor de l'assegurança o de l'Assegurat s'han de fer al domicili social que figuri a la pòlissa, però si es fan a un agent representant, té els mateixos efectes que si s'haguessin fet directament a l'Asseguradora, d'acord amb l'article 21 de la Llei. Les comunicacions a l'Asseguradora, al Prenedor de l'assegurança o a l'Assegurat s'han de fer:

- Mitjançant el correu electrònic quan el Prenedor o l'Assegurat hagin indicat l'adreça electrònica a l'hora de contractar la pòlissa o posteriorment a través d'una comunicació, de l'alta a l'Àrea Client o a la pàgina web d'Adeslas.
- Quan no es disposi d'adreça de correu electrònic, per correu postal al domicili que es recull a la pòlissa.

En qualsevol cas, les comunicacions que l'entitat asseguradora envii als Prenedors i Assegurats s'incorporen a l'Àrea Client, accessible a través de www.adeslas.es, on es poden consultar en qualsevol moment.

Les comunicacions que faci un corredor d'assegurances en nom del Prenedor tenen els mateixos efectes que si les fa el mateix Prenedor, tret que aquest indiqui el contrari.

10.2. És jutge competent per conèixer les accions derivades del contracte d'assegurança el del domicili de l'Assegurat.

11. Prescripció

Les accions que es derivin d'aquest contracte d'assegurança prescriuen al cap de cinc anys del dia en què s'hagin pogut exercir.

12. Actualització anual de les condicions econòmiques de la pòlissa

L'Asseguradora, al venciment del període inicial de vigència de la pòlissa i en cada eventual renovació posterior, pot:

- a) Actualitzar l'import de la prima.
- b) Actualitzar l'import corresponent a les franquícies, així com els límits de reemborsament de despeses establerts en les Condicions Especials.
- c) Modificar el percentatge de reemborsament de despeses al qual es refereixen l'apartat "Objecte de l'assegurança" (Condicions Generals Comunes 2ª) i l'apartat "Modalitat I: Reemborsament de Despeses sanitàries" (Clàusules Descriptives de Cobertura 2ª) d'aquestes Condicions Generals:

Independentment d'aquestes actualitzacions, en cada renovació la prima anual s'estableix tenint en compte la zona geogràfica corresponent al domicili de la prestació a què fa referència l'apartat "Altres obligacions, deures i facultats del Prenedor de l'assegurança i/o de l'Assegurat" (Condicions Generals Comuns 4) d'aquestes Condicions Generals i l'edat de cadascun dels Assegurats i s'aplica la tarifa de primes que l'Asseguradora tingui en vigor en la data de cada renovació.

Totes aquestes actualitzacions es fonamenten en els càlculs tècnic-actuarials necessaris per determinar la incidència, en l'esquema financer-actuarial de l'assegurança, de l'increment del cost les assistències sanitàries, l'augment de la freqüència de les prestacions que cobreix la pòlissa, la incorporació a la cobertura garantida d'innovacions tecnològiques que apareguin o es facin servir després de perfer el contracte o altres fets de conseqüències similars.

Dos mesos abans de renovar l'assegurança, l'Asseguradora ha de comunicar per escrit al Prenedor de la pòlissa la prima prevista per a l'anualitat vinent.

El Prenedor de l'assegurança, quan rebí la notificació d'aquestes actualitzacions per a l'anualitat següent, pot optar entre prorrogar el contracte d'assegurança, la qual cosa suposa que accepta les noves condicions econòmiques, o posar-hi terme quan venci l'anualitat en curs. En aquest darrer cas, ha de comunicar a l'Asseguradora la seva voluntat en aquest sentit.

S'entén que el contracte es renova amb les noves condicions econòmiques en el cas que el Prenedor no comuniqui a l'Asseguradora la voluntat de posar terme al contracte abans que hagi passat un mes des del dia en què el Prenedor hagi satisfet la primera prima de l'anualitat següent en la qual regeixen les noves condicions econòmiques.

1. Definicions

Als efectes d'aquesta pòlissa s'entén per:

Accident: lesió corporal que es pateixi durant la vigència de la pòlissa que derivi d'una causa violenta, sobtada, externa i aliena a la intencionalitat de l'Assegurat.

Assegurat o persona Assegurada: la persona o persones naturals sobre les quals s'estableix l'assegurança.

Asseguradora: SegurCaixa Adeslas, SA d'Assegurances i Reassegurances (d'ara endavant, l'Asseguradora), entitat que assumeix el risc pactat contractualment.

Atenció sanitària en règim ambulatori (no inclou l'ingrés hospitalari ni l'hospital de dia mèdic i quirúrgic): comprèn la cirurgia menor ambulatoria (procediments quirúrgics senzills fets sota anestèsia local), com també actuacions diagnòstiques o terapèutiques invasives que no requereixen cap tipus d'hospitalització ni cures especials posteriors.

Autorització: document emès per nosaltres, que ha d'obtenir la persona Assegurada per a la cobertura econòmica de determinades assistències sanitàries cobertes per la pòlissa.

Condicions Particulars: document integrant de la pòlissa en què es concreten i particularitzen els aspectes del risc que s'assegura.

Condicions Especials: documento integrant de la Pòlissa en el qual s'especifica la suma assegurada i límits quantitatius de la garantia de reemborsament de despeses.

Franquícia: quantitat que ha d'abonar l'Assegurat en concepte de participació en el cost del assistències sanitàries cobert per la pòlissa. Aquesta quantitat s'haurà d'abonar a l'Asseguradora prèviament per obtenir l'autorització corresponent per dur a terme el assistències sanitàries en qüestió.

Hospital o clínica: establiment, públic o privat, autoritzat legalment per tractar malalties, lesions o accidents, proveïts de presència mèdica permanent i dels mitjans necessaris per fer diagnòstics i intervencions quirúrgiques.

Hospitalització: inclou l'ingrés (registre d'entrada de l'Assegurat com a pacient i permanència a l'hospital durant un mínim de 24 hores), la cirurgia major ambulatoria i l'hospital de dia.

Hospitalització de dia: representa que una persona figuri inscrita com a pacient a les unitats de l'hospital amb aquesta denominació, tant mèdiques com quirúrgiques o psiquiàtriques, per rebre un tractament concret o per haver estat sota l'acció d'una anestèsia i per un període inferior a 24 hores.

Implant quirúrgic: producte sanitari dissenyat per ser implantat totalment o parcialment al cos humà mitjançant una intervenció quirúrgica i destinat a romandre-hi després de la intervenció.

Infermer: professional habilitat legalment per desenvolupar l'activitat d'infermeria.

Intervenció quirúrgica: qualsevol operació que es faci mitjançant una incisió o una altra via d'abordatge intern efectuada per un cirurgià i que requereix normalment l'ús d'un quiròfan en un hospital.

Límits establerts en les Condicions Especials: són les quantitats màximes que la Asseguradora es compromet a reemborsar per a cada tipus d'acte mèdic especificat.

Malaltia: qualsevol alteració de la salut de l'Assegurat, diagnosticada per un Metge i no provocada per un accident, que faci necessària la prestació d'assistència sanitària i les primeres manifestacions de la qual es presentin durant la vigència de la pòlissa.

Malaltia, lesió, defecte o deformació congènita: la que existeix en el moment del naixement com a conseqüència de factors hereditaris o afeccions adquirides durant la gestació fins al mateix moment del naixement. Una afecció congènita pot manifestar-se i ser reconeguda immediatament després del naixement o bé ser descoberta més tard, en qualsevol període de la vida de l'Assegurat.

Malaltia preexistent: la que pateix l'Assegurat abans de la data de la incorporació efectiva (alta) a la pòlissa.

Medicaments de teràpia avançada: medicaments d'ús humà basats en gens (teràpia gènica), cèl·lules (teràpia cel·lular) o teixits (enginyeria tissular) i inclouen productes d'origen autòleg, al·logènic o xenogènic

Metge o Facultatiu: llicenciat, graduat o doctor en medicina, habilitat legalment per tractar mèdica-ment o quirúrgicament la malaltia o lesió que pateixi l'Assegurat.

Metge especialista o especialista: Metge que disposa de la titulació necessària per exercir la professió en una de les especialitats reconegudes legalment.

Pòlissa: document o documents que contenen les clàusules i els pactes reguladors del contracte d'assegurança. Formen part integrant i inseparable de la pòlissa aquestes Condicions Generals, les particulars que identifiquen el risc i les especials si n'hi hagués, com també els apèndixs que recullin, si escau, les modificacions que s'acordin durant la vigència del contracte.

Prenedor de l'assegurança: persona física o jurídica que, juntament amb l'Asseguradora, subscriu aquest contracte i amb això accepta les obligacions que s'hi estableixen a canvi de les que l'Asseguradora pren a càrrec seu, tot i que alguna, per la seva naturalesa, l'hagi d'acomplir el mateix assegurat.

Prestació: cobertura econòmica de l'assistència sanitària descrita a l'apartat "Cobertura de l'assistència sanitària" (Condicions Generals Descriptives 2ª) derivada de l'esdeveniment del sinistre en la forma que s'estableix en aquestes Condicions Generals.

Adeslas Extra

Condicions Generals Descriptives de cobertura

The logo for Adeslas, consisting of the word "Adeslas" in white serif font on a blue rectangular background.

Prima: preu de l'assegurança. El rebut de la prima ha d'incloure, a més, els recàrrecs, impostos i taxes repercutibles legalment. La prima de l'assegurança és anual, encara que se'n fraccioni el pagament.

Procés mèdic: és el conjunt d'atencions sanitàries que comprén el diagnòstic i tractament d'una malaltia o lesió, incloses l'hospitalització i rehabilitació del pacient, si escau. Serveis per als quals cal autorització prèvia: s'hi fa referència en la Modalitat II d'aquesta pòlissa i estan especificats en els Quadres Mèdics de l'Asseguradora

Quadre Mèdic: relació editada de professionals i establiments sanitaris propis o concertats per l'Asseguradora en cada província, amb adreça, telèfon i horari. A l'efecte d'aquesta assegurança es consideren Quadres Mèdics de l'Asseguradora tant els de les províncies en què l'Asseguradora opera directament com els d'aquelles altres en què ho fa mitjançant un concert amb altres Asseguradores. En cada Quadre Mèdic provincial es relacionen, a més dels professionals i els establiments sanitaris de la província, els serveis d'informació i els telèfons d'atenció a l'Assegurat de tot el territori nacional. El Prenedor i els Assegurats queden informats i assumeixen que els professionals i els centres que integren el Quadre Mèdic actuen amb plena independència de criteri, autonomia i responsabilitat exclusiva en l'àmbit de la prestació sanitària que els és pròpia.

Qüestionari de salut: declaració realitzada i signada pel Prenedor o l'Assegurat abans de formalitzar la pòlissa i que serveix a l'Asseguradora per valorar el risc que és objecte de l'assegurança.

Sinistre: esdeveniment que té unes conseqüències que fan necessària la utilització de les assistències sanitàries el cost dels quals està totalment o parcialment cobert per la pòlissa.

Suma assegurada: és la quantitat màxima d'indemnització que l'Asseguradora pagarà com a reemborsament de despeses de l'Assegurat en una anualitat d'assegurança completa.

Targeta sanitària: document propietat de l'Asseguradora que s'expedeix i es lliura a cada Assegurat inclòs dins la pòlissa i l'ús del qual, personal i intransferible, és necessari per rebre les assistències sanitàries que cobreix la pòlissa.

Termini o període de carència: interval de temps durant el qual no són efectives algunes de les cobertures incloses dins les garanties de la pòlissa. Aquest termini es computa per mesos comptats des de la data d'entrada en vigor de la pòlissa per a cadascun dels Assegurats que hi són inclosos.

Urgència: situació clínica que no amenaça de manera imminent la vida del malalt ni fa perillar cap part vital del seu organisme, però que obliga a una atenció sanitària immediata.

Urgència vital: situació clínica en la qual s'hagi produït una patologia que tingui una naturalesa i uns símptomes que facin sospitar un risc vital imminent o molt proper, o un dany irreparable per a la integritat física de la persona si no s'obté una actuació terapèutica immediata.

2. Modalitat I: Reemborsament de despeses sanitàries

2.1. Quan l'Assegurat requereixi assistència sanitària compresa en les especialitats i serveis que inclou la cobertura segons els apartats de "Cobertura d'assistència sanitària i reemborsament de despeses mèdiques" i "Exclusions comunes de la cobertura d'assistència sanitària i reemborsament de despeses mèdiques" (Condicions Generals Descriptives 4ª y 5ª) d'aquest Condicionat General, i decideixi rebre-la d'un hospital o una clínica i/o de facultatius aliats als quadres mèdics de l'Asseguradora, l'Asseguradora reemborsarà a l'Assegurat les despeses que el tractament comporti, d'acord amb els límits i percentatges establerts en les condicions especials d'aquesta assegurança.

2.2. Per obtenir el reemborsament de les despeses sanitàries que esmenta l'apartat anterior, l'Assegurat s'obliga a presentar a través de l'àrea privada al web www.adeslas.es, o bé a les oficines de l'Asseguradora la documentació següent:

- a) Imprès de sol·licitud de reemborsament de despeses, segons model de l'Asseguradora, degudament emplenat i signat per l'Assegurat.
- b) Originals o còpies de les factures relatives a les despeses sanitàries causades i dels rebuts o documents que acreditin haver satisfet el seu import als establiments i professionals sanitaris que corresponguin.

Les factures inclouran:

- Nom i cognoms o denominació social de la persona física o jurídica que les emeti, domicili, telèfon, número de col·legiat i especialitat si escau, i NIF o CIF.
 - Desglossament adequat dels diversos conceptes assistencials i naturalesa (classe d'acte/s mèdic/s amb data/dates).
- c) Originals o còpies de les prescripcions mèdiques en cas de mitjans de diagnòstic, tractaments especials, hospitalització i altres serveis.
 - d) En cas d'hospitalització, informe clínic en el qual es facin constar antecedents, data d'inici, causa, origen i evolució de la malaltia o lesió, i també l'assistència sanitària prestada a l'Assegurat. És imprescindible per al reemborsament de les despeses sanitàries produïdes que els documents identifiquin pel nom i cognoms el pacient receptor de l'assistència.
 - e) Per a la cobertura de cirurgia robòtica caldrà aportar addicionalment informe mèdic específic que faci referència al compliment per part de l'Assegurat de les indicacions clíniques que donen dret a aquesta cobertura i a les quals es refereix l'apartat "Altres cobertures accessòries" (Condicions Generals Descriptives 4.10) de aquestes Condicions Generals

Adeslas Extra

Condicions Generals Descriptives de cobertura



Serà imprescindible per al reemborsament de les despeses sanitàries produïdes que els documents identifiquin pel seu nom i cognoms al pacient receptor de l'assistència.

No obstant això, l'Assegurat, quan li ho requereixi l'Asseguradora, ha d'aportar els originals de la documentació anterior.

Amb independència de tot això, l'Assegurat s'obliga a prestar a l'Asseguradora tota la col·laboració que li sol·liciti per completar la informació sobre el sinistre i les seves conseqüències, i permetre la visita mèdica dels professionals Mèdics i especialistes designats per l'Asseguradora, els quals no sols vetllaran per l'acompliment exacte del contracte d'assegurança sinó que donaran suport amb els seus coneixements a l'equip Mèdic que atengui el pacient.

Dins d'aquesta col·laboració, l'Assegurat s'obliga a facilitar a l'Asseguradora la traducció oficial dels documents redactats en idiomes diferents dels que tenen caràcter d'oficials a l'Estat espanyol. Si els documents aportats estiguessin redactats en els idiomes anglés i/o francès, l'Assegurat pot quedar exempt d'aportar la traducció corresponent al castellà si sol·licita a l'Asseguradora que sigui ella mateixa la que en faci la traducció. En aquest su-pòsit, l'Assegurat accepta la traducció que faci l'Asseguradora.

2.3. L'Asseguradora farà efectiu a l'Assegurat l'import que correspongui dins dels 15 dies laborals següents a la recepció de la documentació completa especificada en l'apartat anterior. El pagament es farà sempre en moneda espanyola, tot i que les factures s'hagin estés en una altra moneda diferent. En aquest darrer cas, es farà el pagament al canvi aplicable en la data de recepció de les factures per l'Asseguradora.

Tot i que l'Asseguradora pagarà en principi a l'Assegurat les indemnitzacions previstes en la pòlissa, es reserva expressament la facultat de fer aquest pagament directament als professionals i centres sanitaris emissors de la factura corresponent, sempre que aquesta no s'hagi satisfet prèviament, i en la quantia corresponent a l'Asseguradora d'acord amb els límits establerts en les Condicions Especials.

3. Modalitat II: prestació d'assistència sanitària per mitjà dels quadres mèdics de l'Asseguradora

L'assistència sanitària coberta per l'assegurança es presta de la manera següent:

3.1. L'Assegurat, per rebre l'assistència sanitària que inclou la cobertura de la pòlissa, pot triar lliurement entre els professionals sanitaris, els centres mèdics, els hospitals i els sanatoris (proveïdors assistencials) que l'Asseguradora tingui, en cada moment, concertats arreu d'Espanya. Cada any natural l'Asseguradora edita aquesta llista de proveïdors assistencials agrupats per províncies a través dels Quadres Mèdics que, per a especialitats concretes, poden recollir un únic prestador de l'assistència. L'Assegurat té l'obligació d'utilitzar els assistències dels proveïdors assistencials que estiguin donats d'alta en la data en què se sol·liciti l'assistència. Amb aquesta finalitat, l'Assegurat pot demanar a les oficines de l'Asseguradora un exemplar del Quadre Mèdic actualitzat, o bé pot consultar els Quadres Mèdics de província actualitzats al web www.adeslas.es/cuadromedico.

L'Asseguradora abona directament al professional o el centre els honoraris i les despeses que s'hagin produït amb motiu de l'assistència, sempre que es compleixin tots els requisits i totes les circumstàncies que estableix la pòlissa.

3.2. La visita domiciliària de Medicina General i Infermeria s'ha de demanar, per als malalts que no es puguin desplaçar a la consulta, abans de les 10 hores, perquè es pugui fer en el dia. L'ús adequat d'aquesta assistència requereix que només s'utilitzi per motius estrictament mèdics.

L'Asseguradora s'obliga a donar cobertura econòmica a aquesta prestació d'assistència sanitària, sempre que aquest assistència estigui concertat a la zona per a la qual se sol·liciti.

3.3. L'Asseguradora no es fa responsable dels honoraris de Metges o Professionals Sanitaris aliens al seu Quadre Mèdic, ni de les despeses d'hospitalització o assistències que aquells els puguin prescriure.

3.4. Per a cadascun dels assistències sanitàries que rebi en una mateixa cita, l'Assegurat ha d'exhibir la targeta sanitària personal que l'Asseguradora li ha lliurat a aquest efecte i ha de signar els rebuts justificatius dels assistències rebuts, una de les còpies dels quals li lliuraran com a comprovant.

3.5. L'hospitalització o la prestació d'aquelles assistències sanitàries que, d'acord amb les normes d'ús dels assistències sanitàries que figuren al Quadre Mèdic editat, requereixin prescripció les ha d'ordenar per escrit un Metge d'aquest Quadre i l'Assegurat ha d'obtenir la conformitat prèvia documentada de l'Asseguradora en qualsevol de les oficines de l'entitat, o a través dels canals digitals o telefònics que en cada moment tingui habilitats per fer-ho.

També és un requisit imprescindible per obtenir la conformitat escrita de l'Asseguradora que l'assistència sanitària que calgui fer en règim d'hospitalització la dugui a terme un facultatiu del Quadre Mèdic de l'Asseguradora i que estigui coberta per la pòlissa.

Un cop atorgada la conformitat escrita, l'Asseguradora hi queda vinculada econòmicament. En els casos d'urgència, n'hi ha prou a aquest efecte amb l'ordre del Metge, **però l'Assegurat ha d'obtenir la conformitat escrita de l'Asseguradora dins de les setanta-dues hores següents a l'ingrés hospitalari.** Un cop obtinguda, l'Asseguradora hi queda vinculada econòmicament fins que no manifesti reserves a l'ordre del Metge, en cas d'entendre que la pòlissa no cobreix l'acte o l'hospitalització.

3.6. Per rebre un assistència d'urgència, s'ha de sol·licitar per telèfon a la plataforma d'urgències o anar directament, segons escaigui, a un dels centres permanents d'urgències que l'Asseguradora té establerts al Quadre Mèdic, on figuren l'adreça i el telèfon.

3.7. A l'efecte d'aquesta assegurança, s'entén comunicat el sinistre quan l'Assegurat sol·liciti la prestació de l'assistència, tret que calgui la conformitat prèvia de l'Asseguradora conforme l'estipulat anteriorment, aleshores, la comunicació caldrà fer-la a l'Asseguradora segons l'establert a la clàusula esmentada.

3.8. Per a la cobertura de cirurgia robòtica haurà de realitzar-se prèviament el pagament de l'import de la franquícia estipulada, mitjançant transferència bancària a l'Asseguradora.

4. Cobertura d'assistència sanitària i reemborsament de despeses mèdiques

Les especialitats, les prestacions sanitàries i cobertures accessòries que cobreix aquesta pòlissa són els que s'esmenten a continuació, juntament amb les exclusions específiques corresponents, en cas que n'hi hagi, i també s'hi apliquen les exclusions comunes que s'esmenten a l'apartat "Exclusions comunes de la cobertura d'assistència sanitària i reemborsament de despeses mèdiques" (Condicions Generals Descriptivas 5ª).

Per a totes les cobertures que es relacionen a continuació, que requereixin prescripció mèdica, la mateixa haurà de realitzar-se prèviament pels metges o facultatius del quadre mèdic de l'asseguradora per a la modalitat II d'assistència sanitària a través quadre mèdic concertat, i per a la modalitat I de reemborsament de despeses mèdiques haurà de ser prescrita per un metge o facultatiu i estar coberta per la pòlissa:

4.1. MEDICINA PRIMÀRIA

- **Medicina General.** Assistència sanitària a la consulta i a domicili.
- **Pediatria i puericultura.** Per a infants menors de catorze anys.
- **Infermeria.** Assistència sanitària en consulta i a domicili. En aquest últim cas, sempre que el malalt faci llit i amb la prescripció prèvia d'un Metge o Facultatiu del Quadre Mèdic de l'Asseguradora.

4.2. URGÈNCIES

L'assistència sanitària en casos d'urgència es presta als centres d'urgència permanent (24 hores) que s'indiquin al Quadre Mèdic de l'Asseguradora. L'assistència és domiciliària sempre que l'estat del malalt ho requereixi.

4.3. ESPECIALIDADES

L'Asseguradora garanteix la cobertura econòmica de les assistències sanitàries realitzades en consultes mèdiques o en règim d'hospitalització, segons sigui procedent a criteri d'un metge, en el cas de la modalitat II d'assistència sanitària hauran de realitzar-se per metges del Quadre Mèdic de l'Asseguradora i en la modalitat I de reemborsament de despeses per metges aliens al quadre mèdic de l'asseguradora, en les següents especialitats:

- **Al·lèrgologia.** Les vacunes són a compte de l'Assegurat. Se n'exclouen els panells moleculars diagnòstics i la determinació i l'ús d'al·lèrgens recombinants.

Adeslas Extra

Condicions Generals Descriptives de cobertura

Adeslas

- **Anestèsia i reanimació.**
- **Angiologia i cirurgia vascular.** Inclou el tractament intraluminal de varices per làser i radio-freqüència, **sempre que no sigui per motius estètics.**
- **Aparell digestiu.**
- **Cardiologia.**
- **Cirurgia cardiovascular.**
- **Cirurgia general i de l'aparell digestiu.** Inclou la cirurgia bariàtrica per a pacients en els quals hagi fracassat el tractament conservador supervisat per facultatiu, amb un índex de massa corporal igual o superior a 40 kg/m², o a 35 si s'hi associen comorbiditats superiors.
- **Cirurgia maxil·lofacial.** **S'exclou els tractaments estètics. Així mateix, S'exclou la cirurgia ortognàtica, la cirurgia preimplantacional i la cirurgia preprotètica, encara que tinguin una finalitat funcional.**
- **Cirurgia pediàtrica.**
- **Cirurgia plàstica reparadora.** **S'exclou la cirurgia amb finalitats estètiques, tret de la reconstrucció de la mama afectada després d'una mastectomia i la remodelació de la mama sana contra-lateral, aquesta última amb un límit màxim d'un any després de la cirurgia oncològica, si un informe mèdic ho considera una opció terapèutica.** Inclou la pròtesi mamària i els expanders de pell. **S'exclou la reconstrucció o simetrització mamària després d'una cirurgia de resecció mamària per patologia benigna, com també les tècniques de lipoinfiltració per a qualsevol mena de patologia. Se n'exclouen les tècniques de lipoinfiltració i la micropigmentació del complex arèola mugró. S'exclou el tractament quirúrgic del lipedema.**
- **Cirurgia toràcica.**
- **Dermatologia medico-quirúrgica.** Inclou la teràpia foto-dinàmica, la dermatoscòpia digital i la foto-teràpia PUVA i PUVB. **S'exclouen en aplicacions cosmètiques o estètiques i com a proves de cribratge. Se n'exclouen els tractaments amb llum polsada intensa (IPL).**
- **Endocrinologia i nutrició.**
- **Geriatría.**
- **Hematologia i hemoteràpia.**

Adeslas Extra

Condicions Generals Descriptives de cobertura

Adeslas

- Nefrologia.
- Neonatologia.
- Pneumologia.
- Neurocirurgia. S'exclou la cirurgia endoscòpica en cirurgia de columna.
- Neurofisiologia clínica.
- Neurologia.
- **Obstetrícia i ginecologia.** Vigilància de l'embaràs per facultatiu tocòleg. Inclou en cobertura el test de preeclàmpsia (quocient sFlt-1/PlGF), **exclusivament en persones assegurades amb sospita clínica de preeclàmpsia documentada. Se n'exclou la cobertura com a prova de cribratge.**
- **Odontoestomatologia.** Estan cobertes les cures estomatològiques, les extraccions i una neteja de boca cada any. A partir de la primera neteja dins de l'anualitat, cal la prescripció mèdica.
- **Oftalmologia.** Inclou retinografia, tomografia de coherència òptica, ortòptica i pleòptica, cross linking corneal (**exclòs en cas d'èctasi com a conseqüència de qualsevol cirurgia refractiva**), tractament de la degeneració macular associada a l'edat per teràpia fotodinàmica o injecció intravítrea de fàrmacs (en tots dos casos, el cost dels fàrmacs utilitzats són a càrrec de l'Assegurat). **Se n'exclou la correcció quirúrgica de la miopia, hipermetropia o astigmatisme i presbícia, i qualsevol altra patologia refractiva ocular. Se n'exclouen els tractaments amb llum polsada intensa (IPL).**
- Oncologia mèdica i radioteràpica.
- **Otorrinolaringologia.** Inclou la radiofreqüència i la cirurgia mitjançant làser de CO₂.
- **Psicologia clínica:** amb un màxim de vint sessions per cada anualitat d'assegurança o quaranta sessions en cas de trastorns de la conducta alimentària. Requereix la prescripció d'un especialista en psiquiatria i oncologia concertat i l'autorització prèvia de l'Asseguradora. **Se n'exclou la psicoanàlisi, la hipnosi, els tests neuropsicològics i psicomètrics, la sofrologia, la narcolèpsia ambulatoria, qualsevol mètode d'assistència psicològica no conductual, la psicoteràpia de grup i la rehabilitació psicosocial.**
- Psiquiatria.

- **Rehabilitació i fisioteràpia, prèvia prescripció d'un Metge o Facultatiu del Quadre Mèdic de l'Asseguradora.** Comprén la valoració del Metge rehabilitador i la fisioteràpia amb cobertura de règim ambulatori (**fisioteràpia domiciliària exclosa**), únicament la rehabilitació de l'aparell locomotor, la rehabilitació vestibular, la rehabilitació del sòl pelvià (**exclusivament per a disfuncions produïdes com a conseqüència de l'embaràs i el part, que estiguin coberts prèviament per l'assegurança i a càrrec de l'Asseguradora**) i la rehabilitació cardíaca (**exclusivament per a recuperació immediata en pacients que hagin patit un infart agut de miocardi o cirurgia cardíaca amb circulació extracorpòria, coberts prèviament per l'assegurança**). En règim d'hospitalització es cobreix **únicament** la rehabilitació de l'aparell locomotor, respiratòria i cardíaca durant l'episodi d'ingrés que hagi justificat la necessitat d'aquesta rehabilitació. S'inclou el drenatge limfàtic després d'una cirurgia oncològica amb resecció de cadenes ganglionars tant en règim ambulatori com en hospitalització. **Se n'exclouen els tractaments de fisioteràpia i rehabilitació quan s'hagi aconseguit la recuperació funcional, o el màxim que es pugui, o quan esdevingui teràpia de manteniment, com també la rehabilitació respiratòria ambulatoria, neuropsicològica o estimulació cognitiva i la teràpia ocupacional.**

- **Reumatologia.**

- **Traumatologia i cirurgia ortopèdica. Cirurgia artroscòpica.** Se n'exclou expressament la infiltració de plasma ric en plaquetes o factors de creixement. S'exclou la cirurgia endoscòpica en cirurgia de columna.

- **Urologia.** Inclou l'ús del làser per tractar quirúrgicament la hiperplàsia benigna de pròstata. **Se n'exclou el tractament quirúrgic prostàtic amb crioteràpies, radiofreqüència, HIFU (ultrasò focalitzat d'alta intensitat) i termoteràpies.**

4.4. MEDICINA PREVENTIVA

S'inclouen els controls preventius, adequats a l'edat de l'Assegurat, prescrits per un Metge o Facultatiu del Quadre Mèdic de l'Asseguradora i fets amb mitjans i tècniques coberts per la garantia de la pólissa.

- **Pediatria:** inclou controls preventius i de desenvolupament infantil: consulta periòdica amb especialista i exàmens de salut del nadó (detecció de metabolopaties i detecció precoç de la hipoacúsia mitjançant otoemissions acústiques o potencials evocats en cas que calgui).

- **Obstetrícia i ginecologia:** revisió ginecològica cada anualitat d'assegurança per prevenir el càncer de mama, endometri i cèrvix. Inclou la consulta i exploració amb l'especialista, com també les proves diagnòstiques segons el criteri del Metge: ecografia ginecològica, mammo-grafia, citologia i detecció del virus del papil·loma humà.

Adeslas Extra

Condicions Generals Descriptives de cobertura

Adeslas

- **Cardiologia:** inclou la prevenció del risc coronari en persones més grans de 40 anys, mitjançant la consulta al Metge especialista i les proves diagnòstiques segons el criteri del Metge (ECG, radiografia de tòrax, prova d'esforç, analítica bàsica de sang i orina).
- **Urologia:** revisió urològica cada anualitat d'assegurança per prevenir el càncer de pròstata. Comprèn la consulta i exploració física per part del Metge especialista i les proves diagnòstiques segons el criteri del Metge: analítica bàsica d'orina i sang, incloent-hi PSA (determinació d'antigen prostàtic específic) i ecografia prostàtica.
- **Planificació familiar:** control del tractament amb anovulatoris, implantació i vigilància del DIU (inclou el cost del dispositiu). Inclou la lligadura de trompes i la vasectomia, com també l'estudi diagnòstic de les causes d'esterilitat o infertilitat (estudis serològics i hormonals, cariotip, a més d'histerosalpingografia en la dona i espermograma en l'home. **Se n'exclou expressament la interrupció voluntària de l'embaràs i les reduccions embrionàries, com també els tractaments d'esterilitat o infertilitat i les cirurgies per revertir la lligadura de trompes i la vasectomia.**
- **Prevenció del càncer colorectal.** Inclou consulta i exploració física amb l'especialista, com també, segons el criteri del Metge, el test de detecció de sang oculta en femta i si calgués, colonoscòpia.
- **Prevenció diabetis:** consulta i exploració per part d'un Metge especialista, com també determinació de la glucèmia basal i, en cas necessari, hemoglobina glicosilada.

4.5. MITJANS DE DIAGNÒSTIC

4.5.1. Anàlisis clíniques, Anatomia patològica i Citopatologia. Se n'exclouen les Biòpsies Líquides.

4.5.2. Radiologia General: inclou les tècniques habituals de diagnòstic per a la imatge i també la utilització de mitjans de contrast.

4.5.3. Altres mitjans de diagnòstic: doppler cardíac, electrocardiografia, electroencefalografia, electromiografia i ecografies.

4.5.4. Mitjans de diagnòstic d'alta tecnologia diagnòstica i terapèutica:

- Immunohistoquímica.
- Ergometria, Holter (**S'exclouen els holter implantables**), estudis electrofisiològics i terapèutics.
- Polisomnografia.

- Endoscòpies digestives, diagnòstiques o terapèutiques:
 - Càpsula endoscòpica per a l'estudi diagnòstic de l'hemorràgia digestiva d'origen no identificat després de colonoscòpia i endoscòpia alta.
 - Ecoendoscòpia.
 - Resecció endoscòpica mucosa o mucosectomia.
 - Dissecció endoscòpica submucosa per extirpar, a tota la via digestiva, lesions pre-malignes o malignes més grans de 2 cm en què s'hagi descartat polipectomia convencional i necessitin tractament quirúrgic.
 - Ablació per radiofreqüència en casos d'esòfag de Barret.
 - **Se n'exclouen les tècniques bariàtriques per endoscòpia.**
- Fibroendoscòpia nasal i fibrobroncoscòpies: diagnòstiques o terapèutiques. Ecobroncoscòpia.
- Elastografia de transició hepàtica (fibroscan) per diagnosticar la fibrosi hepàtica de diferents etiologies, especialment per confirmar la presència de cirrosi, **excloentne la malaltia hepàtica alcohòlica.**
- Neuronavegador i monitorització neurofisiològica intraoperatòria: s'hi inclou la neuro-navegació quirúrgica no robòtica en intervencions intracranials i en fixacions vertebrals de dos nivells o més o cirurgia oncològica de columna vertebral o medul·la espinal. **No s'hi inclouen altres indicacions de navegació quirúrgica.** S'hi inclou la monitorització neuro-fisiològica intraoperatòria en les mateixes intervencions i, a més, en cirurgies de tiroides i paratiroides i risc del nervi facial perifèric.
- Tomosíntesi de mama.
- Ressonància magnètica i tomografia computada (TAC/escàner). **Se n'exclou la tomo-grafia computada de feix cònic.**
- Colonografia realitzada mitjançant TC: **exclusivament** com a prova complementària a la fibrocolonoscòpia per intolerància o estenosi i en pacients amb problemes mèdics que contraindiquin la pràctica de la fibrocolonoscòpia convencional.
- Coronariografia per TAC: està coberta **exclusivament** per a pacients amb malaltia coronària simptomàtica amb prova d'esforç no conclouent; en pacients asimptomàtics, però amb prova de detecció isquèmica positiva o dubtosa; en cirurgies de recanvi valvular i en valoració d'estenosi per sospita clínica després de la col·locació de stents coronaris o de cirurgia de bypass coronari i en malformacions de l'arbre coronari. **No s'inclou la cobertura sota cap circumstància per quantificar el calci en artèries coronàries i la utilització com a prova diagnòstica de screening.**

- Ressonància magnètica multiparamètrica.
- Biòpsia prostàtica per fusió d'imatges ecodirigida, en casos d'alta sospita clínica de càncer de pròstata (acreditada per valors del PSA*) i amb almenys una biòpsia prostàtica prèvia negativa feta en el decurs dels últims 18 mesos previs a la sol·licitud de la biòpsia per fusió.
 - * Elevació PSA total > 10 ng/ml o elevació persistent (més de sis mesos) del PSA total entre 4 i 10 ng/ml o coeficient PSA lliure/total <20 % (< 0,2).
- Medicina nuclear. PET/TC. S'hi inclouen **exclusivament** els que es facin amb el radiofàrmac ^{18}F -FDG i en les indicacions clíniques que s'estableixen a la fitxa tècnica d'aquest radiofàrmac i autoritzades per l'Agència Espanyola de Medicaments i Productes Sanitaris i PET/RM (**exclusivament els que es facin amb el radiofàrmac ^{18}F -FDG en indicacions clíniques oncològiques**). Es dona cobertura a l'SPECT TAC.
- Amniocentesi i cariotips.
- Proves genètiques. Es cobreixen **exclusivament** les proves que tinguin com a finalitat diagnosticar malalties en pacients afectes i simptomàtics:
 - Inclou les dianes terapèutiques la determinació de les quals s'exigeixi a la fitxa tècnica emesa per l'Agència Espanyola de Medicaments i Productes Sanitaris per administrar alguns fàrmacs.
 - Inclou les plataformes genòmiques de càncer de mama Oncotype i Mammaprint prescrites per especialistes en oncologia mèdica, per a casos de càncer de mama en estadis inicials (I-II), receptors d'estrògens (RE/ER) positius, HER 2 negatius i: a) ganglis limfàtics negatius (N0) o b) metàstasi de gangli axil·lar menor o igual a 2 mm (N1mi) o N1 amb afectació d'1 a 3 ganglis com a màxim.
 - També inclou els tests d'ADN fetal en sang materna per fer el diagnòstic prenatal de les trisomies 21, 18 i 13 prenatal quan l'índex de risc en el cribratge combinat del primer trimestre (CCPT) estigui comprès entre 1/50 i 1/250 o en gestants amb embaràs previ amb aneuploidies als cromosomes 21, 18 o 13, independentment del CCPT.

S'exclou expressament de la cobertura de la pòlissa qualsevol mitjà de diagnòstic o tractament mitjançant teràpia genètica, els estudis de farmacogenètica, la determinació del mapa genètic amb finalitats predictives o preventives, les biòpsies líquides, els test genètics de disbiosis i qualsevol altra tècnica genètica o de biologia molecular.

4.5.5. Mitjans de diagnòstic intervencionistes: radiologia intervencionista vascular i visceral i hemodinàmica vascular.

Les proves de diagnòstic les han de prescriure, en tots els casos, per Metges o Facultatius del Quadre Mèdic de l'Asseguradora que tinguin a càrrec seu l'assistència de l'Assegurat, assistència que ha de cobrir la pòlissa.

4.6. HOSPITALITZACIÓ

Qualsevol mena d'hospitalització es fa a la clínica o a l'hospital concertat amb l'entitat asseguradora. Per fer-ho cal la prescripció prèvia d'un especialista concertat i l'autorització escrita de l'Asseguradora.

L'hospitalització es fa sempre en una habitació individual amb llit per a l'acompanyant, **excepte en les hospitalitzacions psiquiàtriques, a l'UVI i neonatològiques**, i són per compte de l'Asseguradora les despeses derivades de la realització dels mètodes diagnòstics i terapèutics, els tractaments quirúrgics (despeses de quiròfan i medicaments inclosos) i les estades amb la manutenció del malalt, inclosos en la cobertura de la pòlissa. **Se n'exclou l'assistència i el tractament hospitalari per raons de tipus social.**

-Hospitalització obstétrica (parts). Inclou el tractament del ginecòleg obstetra o la llevadora en ingrés hospitalari durant el procés d'embaràs o part, i el niu o la incubadora per al nadó durant l'internament.

- Hospitalització quirúrgica. Inclou les especialitats quirúrgiques per tractar les patologies que ho requereixin, l'estudi preoperatori o preanestèsic (consulta, analítica i electrocardiograma), les visites i les cures del postoperatori immediat, la cirurgia major ambulatoria i, si és el cas, els implants quirúrgics i les pròtesis que s'especifiquen a l'apartat "Implants i pròtesis quirúrgiques" (Condicions Generals Descriptives 2.7.) d'aquestes Condicions Generals.

- Hospitalització mèdica sense intervenció quirúrgica. Inclou les diverses especialitats mèdiques per diagnosticar o tractar les patologies mèdiques susceptibles d'ingrés.

- Hospitalització pediàtrica. Per a menors de 14 anys. Inclou l'assistència per motiu d'intervenció quirúrgica o malaltia mèdica, tant en hospitalització convencional com en unitats de neonatologia (cures intensives o cures intermèdies).

- Hospitalització en unitat de vigilància intensiva (UVI).

- **Hospitalització psiquiàtrica.** Exclusivament per als malalts de processos aguts o crònics en període d'agitació, diagnosticats prèviament per un especialista del Quadre Mèdic de l'Asseguradora, en règim d'internament o en hospitalització de dia, amb un límit de seixanta dies per cada anualitat d'assegurança.

- **Hospitalització de dia:** tant per a processos quirúrgics com mèdics, incloent-hi els tractaments quimioteràpics en oncologia. Comprén les despeses d'estada, medicació i mitjans diagnòstics que es facin servir mentre romangui al centre hospitalari.

4.7. IMPLANTS I PRÓTESIS QUIRÚRGIQUES

Els subministren sempre les empreses concertades amb l'Asseguradora. La garantia comprén, prèvia prescripció escrita d'un Metge especialista del Quadre Mèdic, les pròtesis internes i els materials implantables, que s'indiquen expressament a continuació:

- **Cardiovasculars:** marcapassos (monocamerals, bicamerals i marcapassos amb teràpia de resincronització cardíaca), vàlvules cardíques mecàniques, biològiques xenòlogues i anells per a valvuloplastia, conducte valvulat, stent coronari (medicalitzat o no medicalitzat), pròtesi de bypass vascular i endopròtesis (stents) vasculars. Substituts del pericardi (sintètics i biològics xenòlegs) i filtre de vena cava. **Se n'exclouen els marcapassos amb tecnologia sense cable, els desfibril·ladors automàtics implantables (DAI) i les vàlvules cardíques transcatheter.** S'hi inclouen els coils (materials d'embolització, de tipus líquid o dispositiu). S'hi inclouen els dispositius oclusors cardíacs **exclusivament per al tractament de la comunicació interauricular, comunicació interventricular i ductus persistents.** Se n'exclouen els dispositius de tipus Amplatzer i similars, i els perifèrics i cardíacs (aquests dispositius es cataloguen com a dispositius oclusors / tap cardíac i vasculars) per a altres indicacions no especificades a la cobertura. Se n'exclouen les partícules alliberadores de fàrmacs.

- **Digestius:** endopròtesi (stents) biliopancreàtica, esofàgica, duodenal i colorectal **exclusivament en casos d'estenosi per patologia neoplàsica maligna i després de perforació per procés endoscòpic que hagi anat a càrrec de l'Asseguradora.** Se n'exclouen tots els dispositius i pròtesis que es facin servir com a teràpia de buit intraluminal.

- **Osteoarticulars:** pròtesis internes traumatològiques, el material d'osteosíntesi i el material osteotendinós biològic obtingut de bancs de teixits autoritzats a la Unió Europea. **Se n'exclouen els fixadors externs i els dispositius d'elongació de l'os intramedul·lars guiats per dispositius electrònics.**

Adeslas Extra

Condicions Generals Descriptives de cobertura

Adeslas

- **Oftalmològics:** lents intraoculars (monofocals i bifocals) per corregir l'afàquia després d'una cirurgia de cataractes. **Se n'exclouen les lents tòriques, monofocals de rang estès, lents EDOF (de profunditat de focus estesa), trifocals i altres lents amb correcció visual afegida.**

- **Quimioteràpia o tractament del dolor: reservoris implantables (ports).**

- **Implants reparadors:**

- Pròtesi mamària i expansors cutanis per reconstruir la mama afectada després d'una mastectomia i remodelar la mama sana contralateral (**aquesta última, amb un límit màxim d'un any després de la cirurgia oncològica, si es considera com a opció terapèutica mitjançant un informe mèdic.**)
- Malles sintètiques per reconstruir la paret abdominal o toràcica.

- **Urològics i geniturinaris:** pròtesis testiculars després d'una orquiectomia **exclusivament després d'un procés tumoral o torsió testicular.** Banda de fixació per a incontinència d'esforç quan hagi fracassat el tractament conservador o el farmacològic.

- **Implants neurològics:** sistemes de derivació de líquid cefalorraquidi, incloent-hi els reservoris.

- **Implants otorrinolaringològics:** tubs de drenatge transtimpànics. Pròtesi d'oïda mitjana per a la reconstrucció ossicular (martell, enclusa i estrep).

El cost de qualsevol altra mena d'implant quirúrgic, material biològic, pròtesis externes, fixadors externs, ortesis i ortopròtesis no inclosos en el detall anterior és a càrrec de l'Assegurat.

4.8. TRACTAMENTS ESPECIALS

La cobertura de l'assistència sanitària i reemborsament de despeses mèdiques també inclou els següents tractaments que, en tots els casos, ha de prescriure un metge del quadre mèdic de l'Asseguradora, en el cas de la modalitat II d'assistència sanitària i per a la modalitat I de reemborsament de despeses per un metge aliè al nostre quadre mèdic, que tingui al seu càrrec l'assistència de la persona assegurada, assistència que ha d'estar coberta per la pòlissa:

- **Teràpies respiratòries a domicili.** Inclou oxigenoteràpia (líquida, amb concentrador o gasosa), aerosolteràpia (en aquest cas, la medicació és a càrrec de l'Assegurat), ventilació amb pressió positiva contínua en via aèria (CPAP) i ventilació amb dispositius binivell (BIPAP).

- **Transfusions de sang o plasma.**

Adeslas Extra

Condicions Generals Descriptives de cobertura

Adeslas

- **Logopèdia i foniatria.** Inclou el tractament de patologies del llenguatge, de la parla i de la veu de causa orgànica i trastorns funcionals. **Se n'exclouen els tractaments quan s'hagi aconseguit la recuperació funcional, o el màxim que sigui possible, o quan esdevingui teràpia de manteniment.** També es dona cobertura logopèdica per deglució atípica **per a menors de 14 anys, fins a un màxim de 20 sessions per Assegurat i anualitat.** **Se n'exclou el tractament dels trastorns de l'aprenentatge (dislèxia, disgrafia i discalculia).**

- **Laserteràpia.** Inclou la foto-coagulació en oftalmologia (**Se exclou el làser de femto-segon en cirurgia de cataractes**), la cirurgia en colo-proctologia, les intervencions quirúrgiques en ginecologia, otorrinolaringologia i dermatologia, com també el làser en rehabilitació musculoesquelètica, en les intervencions per a la hiperplàsia benigna de pròstata, en la litotricia de la via urinària i en el tractament endoluminal de les varices i les lesions traqueobronquials. **Se n'exclouen expressament totes les tècniques quirúrgiques o terapèutiques que facin servir el làser i no s'inclouin en el detall anterior.**

- **Nucleotomia percutània.**

- **Hemodiàlisi per a insuficiències renals agudes o cròniques.**

- **Quimioteràpia.** En règim d'internament o en hospitalització de dia. L'Asseguradora només assumeix les despeses de medicaments classificats com a citostàtics, comercialitzats a Espanya i que estiguin autoritzats pel Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat. Inclou els reservoris implantables (port-a-cath). **Se n'exclouen expressament els tractaments quimioteràpics intraoperatoris, com ara la quimioteràpia intraperitoneal.**

- **Oncologia radioteràpica.** Inclou cobaltoteràpia, braquiteràpia, isòtops radioactius i accelerador lineal: irradiació corporal (bany d'electrons); radio-cirurgia i radioteràpia estereotàctica en els tumors intracranials; radioteràpia externa conformacional; radioteràpia extereotàctica corporal; radioteràpia amb intensitat modulada amb control d'imatge i moviment, i la radioteràpia intraoperatoria. **Se n'exclou la radioteràpia per a processos benignes no oncològics, tret d'emergències per compressió medul·lar i la teràpia amb feix de protons o neutrons.**

- **Tractament del dolor.** Inclou els reservoris implantables (port-a-cath). **Se n'exclouen les bombes implantables per a perfusió de medicaments i els elèctrodes d'estimulació medul·lar.**

- **Litotripsia renal.**

- **Ones de xoc per a calcificacions musculotendinoses.**

Els tractaments anteriors els han de prescriure, en tots els casos, per Metges o Facultatius del Quadre Mèdic de l'Asseguradora que tinguin a càrrec seu l'assistència de l'Assegurat, assistència que ha de cobrir la pòlissa.

4.9. TRASPLANTAMENTS D'ÒRGANS, TEIXITS I CÈL·LULES D'ORIGEN HUMÀ

L'assegurança inclou **únicament** les actuacions mèdiques i quirúrgiques sobre l'Assegurat que calguin per fer-li un trasplantament autòleg de medul·la òssia o un trasplantament de còrnia, amb les gestions administratives que això comporti.

Se n'exclouen altres trasplantaments o autotrasplantaments d'òrgans, teixits o cèl·lules que no estiguin indicats en el detall anterior. Així mateix, s'exclouen en tots els trasplantaments d'òrgans les actuacions mèdiques i quirúrgiques que s'hagin de fer sobre la persona del donant, sigui Assegurat o no, per extreure l'òrgan que s'hagi de trasplantar a una altra persona, i les actuacions corresponents a conservar i traslladar l'òrgan.

4.10. COBERTURES ACCESSÒRIES

Les cobertures de la Modalitat II d'assistència sanitària i Modalitat I de reemborsament de despeses mèdiques també comporten:

- **Ambulàncies.** Per traslladar, dins de la província de residència, els malalts amb un estat físic que ho requereixi. **L'assegurança cobreix exclusivament el desplaçament de l'Assegurat des del domicili fins al hospital i viceversa, i només per a ingrés hospitalari o assistència d'urgència.** Cal que ho prescrigui un Metge o Facultatiu del Quadre Mèdic de l'Asseguradora, excepte en cas d'urgència. **Se n'exclouen les despeses de transport de l'Assegurat al centre i viceversa en casos de rehabilitació, fisioteràpia i diàlisi.**

- **Preparació per al part.** Assistència impartida en cursos de preparació, que inclou els exercicis físics de relaxació i de simulació dels períodes de dilatació i expulsó del part.

- **Podologia.** Exclusivament tractaments de quiropòdia en consulta. Amb un màxim de dotze sessions per cada anualitat d'assegurança.

- **Cirurgia Robòtica:** queda inclosa la cirurgia robòtica **exclusivament** per a les indicacions que es detallen a continuació. Si aquesta prestació es realitza sota la Modalitat II a què fa referència l'apartat "Modalitat II. Prestació sanitària per mitjà dels Quadres Mèdics de l'Asseguradora" (Condicions Generals Descriptives 2ª) d'aquestes Condicions Generals, haurà de dur-se a terme i als centres concertats per fer-ho i que figuren degudament identificats al Quadre Mèdic.

Adeslas Extra

Condicions Generals Descriptives de cobertura

The logo for Adeslas, consisting of the word "Adeslas" in white serif font on a blue rectangular background.

Per accedir a aquesta prestació en "Modalitat II d'assistència sanitària a través de Quadre Mèdic de l'Asseguradora" (Condicions Generals Descriptives 2ª) serà necessari:

- La prescripció per part d'un Mèdic o Facultatiu especialista en urologia i/o nefrologia del Quadre Mèdic.
- **El pagament previ per l'Assegurat i l'Asseguradora d'una franquícia per import de 6.000 euros.**
- L'autorització prèvia emesa per l'Asseguradora.

L'ús de sistemes robòtics en cirurgia s'inclou **exclusivament** per a les indicacions següents:

· En el tractament quirúrgic del càncer de pròstata mitjançant prostatectomia radical en aquells casos que compleixin tots els criteris següents:

1. Diagnòstic de tumor maligne prostàtic localitzat.
2. PSA menor o igual a 15 ng/ml en el moment de la indicació quirúrgica.
3. Absència d'afectació extracapsular i/o de vesícules seminals a l'ecografia transrectal o mitjans d'imatge (tumor estadificat com T1 o T2).
4. Absència d'evidència de metástasi i/o invasió limfàtica (tumor estadificat com a N0 i M0).
5. Risc anestèsic del pacient ASA menor a III.

· En el tractament quirúrgic, mitjançant nefrectomia parcial, del carcinoma renal (**exclusivament en tumors menors de 4 cm en el diàmetre més gran**).

5. Exclusions comunes de la cobertura d'assistència sanitària i reemborsament de despeses mèdiques**Exclusions de la cobertura d'assistència sanitària aplicables a les Modalitats I – II**

A més de les limitacions i exclusions específiques que s'indiquen a l'apartat "Cobertura d'assistència sanitària i reemborsament de despeses mèdiques" (Condicions Generals Descriptives 4^a) d'aquestes Condicions Generals, seran d'aplicació a tota la cobertura d'assistència sanitària les exclusions següents:

A. L'assistència sanitària o qualsevol despesa mèdica que necessiti l'Assegurat i que sigui conseqüència, tingui relació o es derivi d'una situació que hagi estat declarada per organismes nacionals o internacionals com a epidèmia o pandèmia, o amb una declaració d'emergència de salut pública d'interès internacional o declaració equivalent.

Igualment, se n'exclouen les assistències sanitàries o qualsevol despesa mèdica que necessiti l'Assegurat que sigui conseqüència, tingui relació o es derivi de guerres, catàstrofes naturals o nuclears (amb declaració o sense), actes de terrorisme, insurreccions, tumults populars o qualsevol fenomen catastròfic extraordinari.

B. L'assistència sanitària de les lesions produïdes a causa d'embriaguesa, baralles (excepte en cas de legítima defensa), autolesions o intents de suïcidi.

S'entén per embriaguesa la que estableixi la legislació sobre trànsit, circulació de vehicles de motor i seguretat viària, amb independència que l'Assegurat condueixi o no el vehicle de motor en el moment en què es produeixi el sinistre.

C. Els fàrmacs i medicaments de qualsevol mena, productes sanitaris i de cura, tret dels que s'administrin al pacient mentre estigui hospitalitzat, ja sigui en règim d'ingrés, hospital de dia o cirurgia ambulant. Se n'exclouen els medicaments de teràpia avançada, que comprenen els medicaments d'ús humà basats en gens (teràpia gènica), cèl·lules (teràpia cel·lular de qualsevol mena) i teixits (enginyeria tissular). A més, se n'exclouen tota mena de tractaments experimentals, incloent-hi els que estan en assaig clínic en totes les fases o graus.

D. L'assistència sanitària derivada d'alcoholisme crònic o addicció a drogues o psico-fàrmacs de qualsevol mena.

E. L'assistència sanitària que es necessiti com a conseqüència de lesions produïdes durant la pràctica professional de qualsevol esport o activitat, com també la pràctica no professional d'activitats manifestament perilloses o d'alt risc com ara toreig o correbous, arts marcial, espeleologia, submarinisme, escalada, sal de pont, parapent, paracaigudisme, barranquisme, ràfting, vol sense motor o qualsevol altra de naturalesa anàloga.

F. L'assistència sanitària de tota mena de malalties, estats de salut, lesions, defectes o deformacions congènites o preexistents en la data d'efecte de l'alta de cada Assegurat a la pòlissa, si tot i conèixer-les l'Assegurat no les ha declarat en el Qüestionari de Salut. Aquesta exclusió no afecta els Assegurats incorporats a la pòlissa des del naixement, d'acord amb l'apartat "Altres obligacions, deures i facultats del Prenedor de l'assegurança o de l'Assegurat" (Condicions Generals Comunes 4ª) d'aquestes Condicions Generals.

G. El diagnòstic, el tractament i les intervencions quirúrgiques amb finalitats purament estètiques o cosmètiques, com també la necessitat de proves diagnòstiques o tractaments per complicacions que puguin estar causades directament o principalment per haver-se sotmès a una intervenció, infiltració o tractament de caràcter purament estètic o cosmètic.

H. La cirurgia robòtica, en totes les especialitats excepte en els casos indicats a l'apartat d'altres "Cobertures accesoris" (Condicions Generals Descriptives 4.10), ja sigui directa o assistida (entenen en tots dos casos les intervencions dutes a terme mitjançant maniobres quirúrgiques que fa un robot seguint les instruccions d'un cirurgià i guiat per un sistema laparoscòpic telerobotitzat, i/o la que fa el robot assistida per un sistema informatitzat de realitat virtual o navegador amb imatges en 3D obtingudes per ordinador, les cirurgies profilàctiques i les cirurgies del canvi de sexe.

I. Qualsevol tractament o prova diagnòstica la utilitat o eficàcia de la qual no estigui contrastada científicament o que es consideri de caràcter experimental o no l'hagin ratificat les agències espanyoles d'avaluació de tecnologies sanitàries. Se n'exclouen les medicines alternatives, naturopatia, homeopatia, acupuntura, mesoteràpia, hidroteràpia, pressoteràpia, ozonoteràpia, medicina regenerativa (inclou tècniques de regeneració tissular, cel·lular o molecular, els implants o trasplantaments de cèl·lules mare i l'enginyeria de teixits). A més, se n'exclou el tractament amb cambra hiperbàrica.

J. L'assistència sanitària que estigui coberta per l'assegurança d'accidents de treball i malalties professionals, segons la seva legislació específica.

Adeslas Extra

Condicions Generals Descriptives de cobertura

The logo for Adeslas, consisting of the word "Adeslas" in white serif font on a blue rectangular background.

K. Qualsevol intervenció quirúrgica sobre el no nascut.

L. Tota mena de pròtesis i implants quirúrgics i material sanitari implantable sintètic o biològic, fixadors externs i interns que no estiguin detalls a l'apartat "Implants i Pròtesis Quirúrgiques" (Condicions Generals Descriptives 4.7.) d'aquestes Condicions Generals.

M. La teràpia ocupacional.

N. Les despeses per viatge i desplaçaments.

O. El reemborsament de despeses de l'assistència sanitària no quirúrgica prestada pel cònjuge de l'Assegurat o parents fins al quart grau de consanguinitat o afinitat.

No obstant això, en els supòsits previstos a les anteriors exclusions B), D), E) i J), l'Asseguradora assumeix l'assistència sanitària que s'hagi de prestar a l'Assegurat en situació d'urgència i mentre duri aquesta situació. Si l'assistència urgent inclou l'hospitalització del pacient, la cobertura s'acaba al cap de 24 hores de l'ingrés al centre hospitalari.

6. Límits generals

L'Asseguradora assumeix les obligacions que recullen els apartats "Modalitat I" i "Modalitat II" (Condicions Generals Descriptives 2ª i 3ª) dins dels límits que s'estableixen a continuació:

6.1. ÀMBIT GEOGRÀFIC MODALITAT I

Els centres i professionals sanitaris dels quals l'Assegurat pot rebre assistència, sol·licitant el reemborsament de despeses previst en l'apartat "Modalitat I. Reemborsament de despeses sanitàries" (Condicions Generals Descriptives 2ª), poden estar radicats en qualsevol país del món, incloent-hi Espanya. **Estan exclosos d'aquesta modalitat d'assegurança tots els professionals i centres concertats que figuren en els quadres mèdics de l'Asseguradora, i és responsabilitat de l'Assegurat conèixer aquesta circumstància abans de rebre l'assistència, per a la qual cosa l'Asseguradora atorgarà les màximes facilitats d'assistència telefònica i documental.**

6.2. ÀMBIT GEOGRÀFIC MODALITAT II

La prestació d'assistència sanitària per mitjà dels quadres mèdics de l'Asseguradora es farà **exclusivament dins d'Espanya**. En aquesta Modalitat II **s'exclou expressament el pagament mitjançant el reemborsament de despeses previst en la Modalitat I**, i és preceptiu el pagament dels serveis amb taló d'assistència o qualsevol altre mitjà de pagament establert per l'Asseguradora, d'acord amb l'apartat "Modalitat II: Prestació d'assistència sanitària per mitjà dels quadres mèdics de l'asseguradora" (Condicions Generals Descriptives 3ª) d'aquestes Condicions Generals.

6.3. COMUNICACIÓ DE SINISTRES

Per a l'aplicació de les garanties incloses en la modalitat I, l'Assegurat o qualsevol persona en nom seu ha de comunicar el sinistre a les oficines de l'Asseguradora tan aviat com sigui possible i en qualsevol cas **dintre del termini màxim de set dies des que s'ha conegut**, d'acord amb el que disposa l'article 16 de la Llei.

En el cas d'intervenció quirúrgica o d'hospitalització **ha de comunicar-ho dins dels set dies immediatament anteriors a l'ingrés hospitalari, tret dels casos d'urgència, sense perjudici del que estableix la Llei.**

A efectes de les garanties que comprèn la modalitat II, s'entén que s'ha comunicat el sinistre quan l'Assegurat sol·licita la prestació d'assistència segons el que preveu la pòlissa.

6.4. LÍMITS QUANTITATIUS

Si l'Assegurat utilitza per a la seva assistència sanitària la Modalitat II, és a dir, els quadres mèdics de l'Asseguradora, aquesta afrontarà les despeses que això representi sense cap límit quantitatiu.

Si l'Assegurat utilitza cap de les garanties que comprèn la Modalitat I de reemborsament de despeses, s'hi aplicaran els límits quantitatius següents:

A) .SUMA ASSEGURADA ANUAL. La suma assegurada s'estableix a les condicions especials. Computa a l'efecte de suma assegurada el total de les quantitats reemborsades per despeses sanitàries que es produeixin durant el període comprès entre les dates d'efecte i de venciment que s'indiquen a les condicions particulars. Quan s'assoleix el límit de la suma assegurada s'entén que s'acaben les obligacions de l'Asseguradora respecte de la Modalitat I (Reemborsament), fins a l'anualitat d'assegurança següent, en cas que es renovi la pòlissa.

Si es donen d'alta Assegurats després de l'inici de l'anualitat de l'assegurança en curs, la suma assegurada és proporcional a la fracció d'any que es contracti.

També s'aplicarà la proporcionalitat si es produeix la baixa d'algun assegurat abans del venciment del període de l'assegurança en curs.

B) .LÍMITS PARCIALS. Són els límits establerts en les Condicions Especials per als diversos tipus d'acte mèdic: les quantitats màximes que l'Asseguradora reemborsarà per a cada tipus d'acte mèdic per al qual s'especifiquen. Només computaran i s'aplicaran a la Modalitat I de Reemborsament de Despeses.

Així mateix, en el cas de diverses intervencions per la mateixa via d'abordatge, s'indemnitzarà només la de més import.

Si transcorregudes 24 hores de la intervenció se'n requerís una de nova, tot i que tingui el mateix origen, es considerarà com una nova intervenció a l'efecte de la indemnització.

6.5. MITJANS SANITARIS ALIENS A L'ASSEGURADORA

Amb relació a l'assistència sanitària que l'Assegurat rebi de professionals, centres i establiments sanitaris aliens als Quadres Mèdics de l'Asseguradora, aquesta no assumeix altres obligacions que les esmentades en l'apartat "Modalitat I. Reemborsament de despeses sanitàries" (Condicions Generals Descriptives 2ª), segons les Condicions Especials.

6.6. UTILITZACIÓ COMBINADA D'AMBDUES MODALITATS

L'ús combinat de garanties compreses en una i una altra Modalitat per a un mateix procés mèdic només serà possible si ho permeten els acords de l'Asseguradora amb els professionals, centres i establiments dels seus Quadres Mèdics que intervinguin en el procés.

Altrament, les despeses meritades en l'assistència de l'Assegurat, en la totalitat, seran assumides per l'Asseguradora d'acord amb les previsions de la modalitat I de reemborsament de despeses, d'acord amb els límits quantitatius establerts a les Condicions Especials.

Per a la cobertura de cirurgia robòtica no resultarà possible la utilització combinada de totes dues modalitats.

7. Assegurança dels nounats

Els nounats poden ser Assegurats d'acord amb l'apartat "Altres obligacions, deures i facultats del Prenedor de l'assegurança i/o de l'Assegurat" (Condicions Generals Comunes 4ª) i tindran la cobertura especificada en la pòlissa.

Pel que fa a malalties congènites, malgrat que de manera general està exclosa la cobertura de malalties congènites, d'acord amb l'apartat "Exclusions comunes de la cobertura d'assistència sanitària" (Condicions Generals Descriptives 5ª), quan es tracti de nounats fills de mare assegurada en la pòlissa almenys des de deu mesos abans del naixement i que hagin sigut donats d'alta en la pòlissa dins dels 15 dies naturals següents a la data d'alta hospitalària del nounat, i com a termini màxim 30 dies naturals transcorreguts des del naixement, l'Asseguradora atorgarà la cobertura següent:

- Estará coberta dins de la Modalitat II l'Assistència Sanitària que necessiti el nounat com a conseqüència de malalties congènites.
- Estará coberta dins de la Modalitat I de Reemborsament de Despeses l'assistència sanitària que necessiti com a conseqüència de malalties congènites només durant el primer any de vida i en qualsevol cas fins al límit indicat a les Condicions Especials.

8. Períodes de carència

Totes les cobertures que, en virtut de la pòlissa, assumeix l'Asseguradora es faciliten des de la data d'entrada en vigor del contracte per a cadascun dels Assegurats. **S'exceptuen del principi general anterior les prestacions següents:**

Mitjans de Diagnòstic

Mitjans de diagnòstic d'alta tecnologia.	3 mesos
Medios de diagnóstico intervencionista.	6 mesos

Hospitalització

Intervencions quirúrgiques en règim ambulatori (Intervencions del Grup 0 al II, segons la classificació de l'Organització Mèdica Col·legial).	3 mesos
Lligament de trompes i vasectomia.	6 mesos
Hospitalització per qualsevol motiu o naturalesa en règim d'internament o en hospital de dia, com també les intervencions quirúrgiques realitzades en aquests règims.	8 mesos
Cost d'implants i pròtesis quirúrgiques.	8 mesos

En intervencions quirúrgiques i parts distòcics que es produeixin en situació d'urgència vital no s'hi aplica el període de carència previst, i tampoc als parts prematurs, és a dir, els que es produeixin abans de la 28^a setmana de gestació.

Tractaments Especials

Laserteràpia: en tractaments de fotocoagulació en oftalmologia, com també el làser en rehabilitació musculoesquelètica.	3 mesos
Nucleotomia percutània.	3 mesos
Laserteràpia, cirurgia en coloproctologia, intervencions quirúrgiques en ginecologia, otorrinolaringologia i dermatologia, en les intervencions per a la hiperplàsia benigna de pròstata, en la litotrícia de la via urinària i en el tractament endoluminal de les varices i les lesions traqueobronquials.	8 mesos
Tractament del dolor.	8 mesos
Diàlisi.	8 mesos
Ones de xoc per a calcificacions musculotendinoses.	8 mesos
Litotripsia renal.	8 mesos
Quimioteràpia i oncologia radioteràpica.	8 mesos



SegurCaixa Adeslas, SA d'Assegurances i Reassegurances, amb domicili social al Paseo de la Castellana, 259 C (Torre de Cristal), 28046 Madrid, amb NIF A28011864, i inscrita en el RM de Madrid, tom 36733, foli 213, full M-658265.

S.RE.022C.24

Adeslas Extra 150M

CONDICIONS ESPECIALS

Assegurança de malaltia.

Adeslas

Adeslas Extra 150M

Condicions Especials

Adeslas

Suma assegurada

L'Asseguradora, en concepte de reemborsament de despeses per l'assistència sanitària, coberta per la pòlissa (MODALITAT II), que hagi rebut l'Assegurat, pagarà una quantitat equivalent al **80%** d'aquestes despeses, i sempre amb un màxim de **150.000 €** per Assegurat i anualitat d'assegurança.

La quantitat indicada constitueix, per tant, la suma assegurada prevista en les clàusules descriptives de cobertura 1 i 6 de les condicions generals.

En cas que es donin d'alta Assegurats durant el període de vigència i després de la data d'efecte esmentada a les condicions particulars, la suma assegurada que s'estableix en aquestes condicions especials per al primer any és proporcional a la fracció d'any contractada. També s'aplica la proporcionalitat l'any en què s'extingeixi la pòlissa, si sempre que aquesta extinció es produeixi abans de la data de venciment que s'estableix a les condicions particulars.

Límits parcials de reemborsament

No obstant el que disposa l'apartat anterior, el reemborsament que ha de fer l'Asseguradora no excedirà els límits que per a cada tipus o classe d'assistència sanitària s'estableixen tot seguit:

1. Assistència ambulatoria

1.1. Honoraris mèdics en medicina primària/familiar i metges especialistes

Consulta	40.000 € anuals
----------	-----------------

En la quantitat esmentada hi ha compreses totes les proves diagnòstiques i actes terapèutics fets en la consulta a l'Assegurat pel mateix especialista encarregat d'establir el diagnòstic i tractament.

Adeslas Extra 150M

Condicions Especials



2. Assistència hospitalària

2.1. Honoraris mèdics en cas d'intervenció quirúrgica

La intervenció quirúrgica feta a l'Assegurat es catalogarà dins del grup que correspongui, segons la classificació terminològica d'actes i tècniques mèdiques editada pel consell general de col·legis oficials de metges, però no es pagarà pel conjunt dels honoraris satisfets a cirurgians, ajudants, anestesistes i qualssevol altres professionals una quantitat superior a **40.000 € anuals**.

2.2. Honoraris mèdics quan no hi hagi intervenció quirúrgica

Despeses raonables i acostumades.

2.3. Pròtesis

La quantitat màxima a reemborsar serà de **3.500 €** per Assegurat i anualitat de d'assegurança.

2.4. Altres despeses hospitalàries

Despeses d'estada i altres despeses hospitalàries: la quantitat màxima a reemborsar per ambdós conceptes serà de **1.000 € per dia d'hospitalització** de l'Assegurat. Si estigués ingressat a l'UVI, el límit serà de **1.300 € per dia**.

En el supòsit de tractaments en règim **d'hospital de dia**, la quantitat màxima a reemborsar serà de **500 € per cada tractament**.

Les quantitats indicades comprenen el reemborsament a pagar per qualsevol concepte sanitari derivat o corresponent a l'hospitalització, a excepció dels honoraris mèdics.

Adeslas Extra 150M

Condicions Especials



2.5. Trasplantaments

La quantitat màxima que haurà de reemborsar l'Asseguradora en els casos d'intervencions quirúrgiques amb la finalitat de fer un trasplantament d'òrgan no superarà els límits següents:

Pulmó	150.000 € anuals
Fetge	150.000 € anuals
Cor	150.000 € anuals
Medul·la òssia	150.000 € anuals
Ronyó	150.000 € anuals
Còrnia	10.000 € anuals

En aquestes quantitats s'inclouen totes les despeses hospitalàries, honoraris mèdics i qualsevol altra despesa sanitària coberta derivada del trasplantament.

3. Cirurgia Robòtica

Si l'Assegurat se sotmetés a la Cirurgia Robòtica coberta per la pòlissa en conforme estableix l'apartat "Cobertures Accessòries" a través d'un facultatiu especialista no inclòs en el Quadre Mèdic de l'Asseguradora, el límit de reemborsament **no superarà en el seu conjunt la quantitat de 20.000 € anuals**.

Aquest import inclou totes les despeses sanitàries causats per la intervenció quirúrgica (estada hospitalària, proves diagnòstiques, honoraris mèdics, utilització del robot, material fungible i no fungible, anestèsia, medicació i qualssevol altres despeses sanitàries que precisi). **A aquest efecte, encara que el centre hospitalari figurés en el Quadre Mèdic de l'Asseguradora s'aplicarà la modalitat de reemborsament en ser realitzada la intervenció per facultatiu aliè als quadres mèdics de l'Asseguradora.**

Perquè l'Asseguradora pugui valorar si la Cirurgia Robòtica realitzada i el reemborsament de la qual se sol·licita es troba inclosa en la cobertura conforme estableix l'apartat "Cobertures Accessòries", l'Assegurat juntament amb la sol·licitud de reemborsament haurà d'aportar original de l'informe mèdic emès pel facultatiu realitzador en el qual consti el compliment de tots els criteris exigits per a la cobertura.

Adeslas Extra 150M

Condicions Especials

Adeslas

4. Assistència per maternitat

El reemborsament que haurà de fer l'Asseguradora de les despeses corresponents a l'assistència mèdica i/o quirúrgica del part i puerperi (sigui part normal o cesària) no superarà en conjunt la quantitat de **5.000 € anuals**.

En aquests imports queden incloses totes les despeses causades durant l'ingrés, l'internament i les visites hospitalàries, les proves diagnòstiques, els honoraris del tocòleg, la llevadora i els ajudants, l'anestèsia i qualsevol despesa hospitalària.

En cas que l'Assegurada sigui hospitalitzada en un centre inclòs dins el quadre mèdic de l'Asseguradora però que el tocòleg sigui aliè al quadre, l'Asseguradora assumirà tota la despesa hospitalària d'acord amb la modalitat II i reemborsarà en concepte d'honoraris fins a un **màxim de 5.000 € anuals**.

5. Malalties congènites del nounat

Es cobrirà l'assistència i les despeses causades per aquest motiu únicament **durant el primer any de vida del nounat i per un límit màxim**, per a aquest període de temps i per tots els conceptes d'assistència sanitària, de **8.000 €**.

6. Tractaments especials

Despeses raonables i acostumades.

7. Altres prestacions

Les prestacions que s'esmenten tot seguit tindran els límits anuals de reemborsament que s'assenyalen per a cada una:

Odontoestomatologia (només prestacions cobertes segons clàusules descriptives de cobertura 4 i 5 de les condicions generals)	365 € anuals
Rehabilitació i fisioteràpia	1.500 € anuals
Psicoteràpia per al límit de 20 sessions	1.500 € anuals
Psicoteràpia per al límit de 40 sessions en els casos de teràpia derivada de trastorns alimentaris	3.000 € anuals
Ambulància	1.200 € anuals
Podologia	200 € anuals
Preparació al part	100 € anuals



Aquest contracte d'assegurança comprèn de manera inseparable les Condicions Generals, que queden formades per les Clàusules Jurídiques i Clàusules Descriptives de Cobertura, les Condicions Particulars, les Especials si les hi hagués i els Apèndix que recullen les modificacions acordades per les parts.

SegurCaixa Adeslas, SA d'Assegurances i Reassegurances, amb domicili social al Paseo de la Castellana, 259 C (Torre de Cristal), 28046 Madrid, amb NIF A28011864, i inscrita en el RM de Madrid, tom 36733, foli 213, full M-658265.

S.RE.026C.16