



MANUAL DE PRODUCTOS SALUD

2025

Adeslas

Índice

Productos	4
Gama particulares.....	4
Adeslas GO	4
Adeslas PLENA	7
Adeslas PLENA PLUS.....	17
Adeslas PLENA VITAL.....	18
Adeslas PLENA EXTRA 150	20
Adeslas PLENA TOTAL.....	24
Adeslas SENIORS.....	28
Adeslas PLENA TOTAL SENIORS.....	37
Adeslas DENTAL MAX.....	41
Adeslas DENTAL TOTAL.....	43
Gama NEGOCIOS Y EMPRESAS.....	45
Adeslas NEGOCIOS	45
Adeslas NEGOCIOS Y DENTAL.....	55
Adeslas EXTRA NEGOCIOS.....	57
Adeslas EXTRA NEGOCIOS Y DENTAL	60
Adeslas EMPRESAS	62
Adeslas EMPRESAS Y DENTAL.....	64
Adeslas EXTRA EMPRESAS.....	65
Adeslas EXTRA EMPRESAS Y DENTAL	66
Adeslas PYMES TOTAL	67
Adeslas DENTAL NEGOCIOS Y EMPRESAS	70
Adeslas DENTAL MAX AUTÓNOMOS	72
Módulos Complementarios.....	73
Adeslas DENTAL FAMILIA.....	73
Adeslas DENTAL AUTÓNOMOS	73
Adeslas DENTAL NEGOCIOS y EMPRESAS.....	73
Adeslas DENTAL ACTIVA	73
Plus Clínica Universitaria de Navarra + Subsidio por Hospitalización 120	73
Plus Ginecología y Pediatría	75
Plus Prestación Económica por Incapacidad Temporal.....	77
Específicos.....	89
MÓDULOS PARA FUNCIONARIOS	89

Índice

Servicios	91
Asistencia en viaje en el extranjero	91
Orientación médica	97
Orientación a embarazadas	99
Segunda opinión médica	100
Protección de pagos	102
Adeslas Es Más.....	105
Psicoterapia	105
Criopreservación.....	106
Medicinas alternativas	108
Reproducción asistida.....	109
Cirugía Refractiva.....	115
Cuidados domiciliarios para personas dependientes o con cronicidad	116
Estudios biomecánicos de la marcha y plantillas podológicas.....	117
Implante capilar y otros tratamientos dermatológicos	118
Audífonos	120
Adeslas Salud y Bienestar	121
Utilización	122
Tarjetas	122
Normas de utilización	122
Autorizaciones por teléfono, web y presencial	124
Atención al Cliente	126
Atención Directa 24 horas.....	126
Área Privada	126
Contratación	127
Formas de contratación	127

Productos

GAMA PARTICULARES



Adeslas GO

Adeslas GO es el nuevo seguro de asistencia ambulatoria que ayuda a prevenir enfermedades y dolencias, y que incorpora un chequeo médico anual adaptado a la edad y sexo de cada asegurado. Con copagos con un límite máximo anual por asegurado (LMA) y que facilita a cada asegurado tres copagos gratuitos al año y bonificados desde la primera renovación.

Coberturas de asistencia sanitaria

Incluye:

Cobertura Ambulatoria (sin hospitalización)

• Asistencia Sanitaria.

- Medicina general, Pediatría y Enfermería.
- Especialidades médicas.
- Medios de diagnóstico de alta tecnología.
- Chequeo médico anual.
- Pruebas prenatales y preparación al parto.
- Test de ADN fetal de sangre materna.
- DIU, coste del dispositivo y colocación.
- Podología (hasta doce sesiones al año).

• Adeslas Es Más.

- Medicina alternativa (Homeopatía, Osteopatía y Acupuntura).
- Psicología.
- Orientación médica a embarazadas.
- Descuentos en el estudio biomecánico de la marcha y plantillas.
- Descuentos en cuidados a domicilio.

- Orientación médica.
- implante capilar y audífonos

No incluye

• Asistencia Sanitaria.

- Hospitalización (ambulatoria o con pernocta).
- Intervenciones quirúrgicas.
- Pruebas como Polisomnografía, Pet, Radioterapia, Quimioterapia, Cateterismos,...
- Cobertura de Rehabilitación, Fisioterapia y Podología mediante Modalidad de Reembolso de Gastos.

• Servicios.

- Cirugía refractiva.
- Segunda opinión médica.
- Protección de pagos.
- Asistencia en viaje en el extranjero.

• Adeslas Es Más.

- Reproducción asistida.
- Criopreservación.

Normas de contratación

- **Tomador de la Póliza:** persona física a partir de 18 años.
- **Asegurados:** persona física a partir de cualquier edad y hasta 70 años. Se admiten mayores de 70 años siempre y cuando entren en una póliza como mínimo 3 asegurados menores de 60 años.
- **Sin Cuestionario de Salud.**

Copagos

Participación del asegurado (copago)

En el tramo de edad 0-54 existe un límite máximo anual de 260 € por asegurado en copagos.

- Tres copagos gratuitos cada anualidad para cada asegurado por un importe igual o inferior a 16 €.
- A partir de la renovación, todos los copagos reducen su importe un 25 %.

Copagos en la contratación

CONSULTAS	COPAGO
Medicina General	9,00 €
Medicina General - Consulta a domicilio	16,00 €
Pediatría	10,00 €
Enfermería	4,00 €
ESPECIALIDADES	COPAGO
Consultas	16,00 €
Actos Terapéuticos	16,00 €
Psicología Clínica (por sesión)	16,00 €
Tratamiento de rehabilitación y fisioterapia (por sesión)	6,00 €
MEDIOS DE DIAGNÓSTICO	COPAGO
Análisis clínicos (excepto pruebas genéticas)	16,00 €
Anatomía patológica	16,00 €
Radiología general y Otros Medios de diagnóstico	16,00 €
Medios de diagnóstico de alta tecnología	70,00 €
Resonancia Magnética	120,00 €
OTRAS COBERTURAS Y TRATAMIENTOS	COPAGO
Logopedia y foniatría (por sesión)	6,00 €
Preparación al parto	70,00 €
Podología	5,00 €
Chequeo / Reconocimiento médico	50,00 €

CONSULTAS	COPAGO
Medicina General	6,75 €
Medicina General - Consulta a domicilio	12,00 €
Pediatría	7,50 €
Enfermería	3,00 €
ESPECIALIDADES	COPAGO
Consultas	12,00 €
Actos Terapéuticos	12,00 €
Psicología Clínica (por sesión)	12,00 €
Tratamiento de rehabilitación y fisioterapia (por sesión)	4,50 €
MEDIOS DE DIAGNÓSTICO	COPAGO
Análisis clínicos (excepto pruebas genéticas)	12,00 €
Anatomía patológica	12,00 €
Radiología general y Otros Medios de diagnóstico	12,00 €
Medios de diagnóstico de alta tecnología	52,50 €
Resonancia Magnética	90,00 €
OTRAS COBERTURAS Y TRATAMIENTOS	COPAGO
Logopedia y foniatría (por sesión)	4,50 €
Preparación al parto	52,50 €
Podología	3,75 €
Chequeo / Reconocimiento médico	37,50 €

Si un asegurado es dado de alta en una póliza durante la anualidad en curso, su límite será proporcional a los meses que le resten de dicha anualidad.

Descuentos/Bonificaciones/Recargo

Descuento por número de asegurados:

10 % de descuento desde dos asegurados.

La baja o alta de uno o varios asegurados en la póliza supondrá la retarificación automática del producto.

- Bonificaciones por forma de pago.

Trimestral	2 %
Semestral	4 %
Anual	6 %

Copagos a partir de la primera renovación

Periodo de carencia

Tres meses para medios de diagnóstico de alta tecnología:

- **Inmunohistoquímica.**
- **Ergometría.**
- **Holter.**
- **Medicina Nuclear.**
- **Amniocentesis y Cariotipos.**
- **Resonancia Magnética y TAC** (Scanner).
- **Pruebas Genéticas:** están cubiertas exclusivamente aquellas pruebas cuyo fin sea el diagnóstico de enfermedades en pacientes afectos y sintomáticos.

Exclusiones

Además de las limitaciones y exclusiones específicas que hemos indicado en el apartado “coberturas de asistencia sanitaria”, la asistencia sanitaria cubierta por la póliza tiene también las siguientes exclusiones:

- a.** La asistencia sanitaria que precise de hospitalización, ya sea en régimen de ingreso, cirugía ambulatoria u hospital de día tanto si se trata de hospitalización programada o derivada de una urgencia.
- b.** Las intervenciones quirúrgicas, inclusive las diagnósticas y/o terapéuticas. Quedan excluidas las pruebas diagnósticas o tratamientos por complicaciones que pudieran estar directa y/o principalmente causadas por haberse sometido a una intervención, infiltración o tratamiento de carácter puramente estético o cosmético. Quedan excluidas las técnicas de lipoinfiltración grasa. Queda excluida la micropigmentación del complejo areola pezón.
- c.** Están cubiertas exclusivamente aquellas pruebas cuyo fin sea el diagnóstico de enfermedades en pacientes afectos y sintomáticos.
- d.** La asistencia sanitaria o cualquier gasto médico que precise el Asegurado y que sea consecuencia, guarde relación o se derive de una situación que haya sido declarada por organismos nacionales o internacionales como epidemia y/o pandemia, o con una declaración de emergencia de salud pública de interés internacional, o declaración equivalente. Igualmente se encuentran excluidas las asistencias sanitarias o cualquier gasto médico que precise el asegurado que sea consecuencia, guarde relación o se derive de guerras, catástrofes naturales o nucleares (con o sin declaración de las mismas), actos de terrorismo, insurrecciones, tumultos populares, o cualquier fenómeno catastrófico extraordinario.
- e.** La asistencia sanitaria de las lesiones producidas a causa de embriaguez, riñas (salvo en caso de legítima defensa), autolesiones o intentos de suicidio.
Se entiende por embriaguez la establecida en la legislación sobre tráfico, circulación de vehículos de motor y seguridad vial con independencia de que la asistencia sanitaria se produzca o no con ocasión de la conducción de vehículo a motor por el Asegurado.
- f.** Los actos terapéuticos excepto los realizados por especialistas en

rehabilitación, fisioterapia, psicoterapia, logopedia y odonto-estomatología con el alcance que se describe en la cláusula 2ª (Cláusulas Descriptivas de Cobertura).

- g.** Los cateterismos, la hemodinámica vascular, la radiología intervencionista, la polisomnografía, tomografía por emisión de positrones (PET), la radioterapia y la quimioterapia.
- h.** Los fármacos y medicamentos de cualquier clase. Quedan excluidos los medicamentos de terapia avanzada que comprenden los medicamentos de uso humano basados en genes (terapia génica), células (terapia celular de cualquier tipo) y tejidos (ingeniería tisular). Además, quedan excluidos todo tipo de tratamientos experimentales incluyendo los que están en ensayo clínico en todas sus fases o grados.
- i.** La asistencia sanitaria derivada del alcoholismo crónico o la adicción a drogas o psicofármacos de cualquier tipo.
- j.** La asistencia sanitaria que se precise como consecuencia de lesiones producidas durante la práctica profesional de cualquier deporte y/o actividad, así como la práctica no profesional de actividades manifiestamente peligrosas o de alto riesgo como el torero o encierro de reses bravas, artes marciales, espeleología, submarinismo, escalada, puenting, parapente, paracaidismo, barranquismo, rafting, vuelo sin motor o cualquier otra de análoga naturaleza.
- k.** La asistencia sanitaria que esté cubierta por el seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, según su legislación específica.
- l.** Los tratamientos por esterilidad o infertilidad.
- m.** Los gastos de transporte del Asegurado al centro sanitario y viceversa.
- n.** Asistencia al parto y cesárea.
- o.** Cualquier tratamiento o prueba diagnóstica cuya utilidad o eficacia no esté contrastada científicamente o sean considerados de carácter experimental o no hayan sido ratificadas por las agencias españolas de evaluación de tecnologías sanitarias.
Quedan excluidas las medicinas alternativas, naturopatía, homeopatía, acupuntura, mesoterapia, hidroterapia, presoterapia, ozonoterapia, medicina regenerativa (Incluye técnicas de regeneración tisular, celular o molecular, los implantes o trasplantes de células madre y la ingeniería de tejidos). Además, se excluye el tratamiento con cámara hiperbárica.
- p.** La terapia ocupacional.

Módulos complementarios

Adicionalmente, podrá contratarse el siguiente módulo como complemento a la póliza de salud:

- **Adeslas DENTAL FAMILIA**, beneficiándose de un 15 % de descuento sobre la tarifa de **Adeslas DENTAL FAMILIA**.

Ver descripción de módulos en página 69.

Productos

GAMA PARTICULARES



Adeslas PLENA

Adeslas Plena permite el acceso a la Asistencia Sanitaria más completa, medicina general y todas las especialidades, los medios de diagnóstico más avanzados y hospitalización en habitación individual con cama para acompañante, con un amplio Cuadro Médico.

Coberturas de asistencia sanitaria

Medicina Primaria

- **Medicina General.** Asistencia sanitaria en consulta y a domicilio.
- **Pediatría.** Para niños menores de catorce años.
- **Enfermería.** Asistencia sanitaria en consulta y a domicilio. En este último caso, siempre y cuando el enfermo guarde cama y previa prescripción de un médico del Cuadro Médico de La Aseguradora.

Urgencias

La Asistencia Sanitaria en casos de urgencia se prestará en los centros de urgencia permanente (24 horas) que se indiquen en el Cuadro Médico de La Aseguradora. La asistencia será domiciliaria siempre que el estado del enfermo lo requiera.

Especialidades

Asistencia Sanitaria en consultas médicas o en régimen de hospitalización (según proceda a criterio de un médico del Cuadro Médico de La Aseguradora), en las especialidades que a continuación se citan:

- **Alergología.** Las vacunas serán a cuenta del Asegurado. **Se excluyen los paneles moleculares diagnósticos y la determinación y empleo de alérgenos recombinantes.**
- **Anestesia y Reanimación.**
- **Angiología, Cirugía vascular y Radiofrecuencia.** Incluye el tratamiento endoluminal de varices por láser y radiofrecuencia, siempre y cuando **no sea por motivos estéticos.**
- **Cardiología.**
- **Cirugía Cardiovascular.**
- **Cirugía General y del Aparato digestivo.** Incluye la Cirugía Bariátrica para pacientes en quienes haya fracasado el tratamiento conservador supervisado, con un índice de masa corporal igual o superior a 40 kg/m², o a 35 si se asocian comorbilidades mayores. Quedan excluidas las técnicas bariátricas por endoscopia.
- **Cirugía Maxilofacial.** Se excluyen **Los tratamientos estéticos. Asimismo queda excluida la cirugía ortognática, la cirugía preimplantacional y la cirugía preprotésica aunque las mismas tengan finalidad funcional.**
- **Cirugía Pediátrica.**

- **Cirugía Plástica Reparadora.** Está excluida la cirugía con fines estéticos, salvo la reconstrucción de la mama afectada tras mastectomía y la remodelación de la mama sana contralateral, esta última con un límite máximo de un año después de la cirugía oncológica, si es considerada como opción terapéutica mediante informe médico; Incluirá, en su caso, la prótesis mamaria y los expansores de piel. Se excluye la reconstrucción y/o simetrización mamaria tras cirugía de resección mamaria por patología benigna, así como las técnicas de lipoinfiltración grasa para cualquier tipo de patología. Se excluye la micropigmentación del complejo areola pezón. Se excluye el tratamiento quirúrgico del lipedema.
- **Cirugía Torácica.**
- **Dermatología Médico Quirúrgica.** Incluye la terapia fotodinámica, la dermatoscopia digital y la fototerapia PUVA y PUVB. Se excluye en aplicaciones cosméticas o estéticas y como pruebas de cribado. Se excluye la corrección quirúrgica de la miopía, hipermetropía o astigmatismo y presbicia y cualquier otra patología refractiva ocular. Se excluyen los tratamientos con luz pulsada intensa (IPL).
- **Endocrinología y Nutrición.**
- **Geriatría.**
- **Hematología y Hemoterapia.**
- **Inmunología.**
- **Medicina Interna.**
- **Medicina Nuclear.**
- **Nefrología.**
- **Neonatología.**
- **Neumología.**
- **Neurocirugía.** Se excluye la cirugía endoscópica en cirugía de columna.
- **Neurofisiología Clínica.**
- **Neurología.**
- **Obstetricia y Ginecología.** Vigilancia del Embarazo y Asistencia a los Partos. Incluye en cobertura del Test de preeclampsia (cociente sFlt-1/PIGF), exclusivamente en personas Asegurada con sospecha clínica de preeclampsia documentada. Se excluye su cobertura como prueba de cribado.
- **Odontoestomatología.** Se encuentran cubiertas las curas estomatológicas, extracciones y una limpieza de boca por cada anualidad de seguro. A partir de la primera limpieza dentro de la anualidad del seguro, será necesaria la prescripción médica.
- **Oftalmología.** Incluye la retinografía, la tomografía de coherencia óptica, ortóptica, y pleóptica, el cross linking corneal (excluido en caso de ectasia consecuencia de cualquier cirugía refractiva), el tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad por terapia fotodinámica o inyección intravítrea de fármacos (en este caso el coste los fármacos utilizados correrán a cargo del Asegurado). Se excluye la corrección quirúrgica de la miopía, hipermetropía o astigmatismo y presbicia y cualquier otra patología refractiva ocular. Se excluyen los tratamientos con luz

pulsada intensa (IPL).

- **Oncología Médica y Radioterápica.**
- **Otorrinolaringología.** Incluye la Radiofrecuencia y la cirugía mediante Láser CO².
- **Psicología Clínica.** Con un máximo de veinte sesiones por cada anualidad de seguro o cuarenta sesiones en caso de trastornos alimentarios. Requerirá la prescripción de un especialista en psiquiatría concertado y la autorización previa de La Aseguradora.
Se excluye el psicoanálisis, hipnosis, test neuropsicológicos y psicométricos, sofrología, narcolepsia ambulatoria, cualquier método de asistencia psicológica no-conductual, la psicoterapia de grupo y la rehabilitación psicosocial.
- **Psiquiatría.**
- **Rehabilitación y Fisioterapia,** previa prescripción de un médico del Cuadro Médico de la Aseguradora. Comprende la valoración del médico rehabilitador y la fisioterapia, siendo su cobertura en régimen ambulatorio (excluida la fisioterapia domiciliaria). Únicamente la rehabilitación del aparato locomotor, rehabilitación vestibular, rehabilitación del suelo pélvico (exclusivamente para disfunciones producidas como consecuencia del embarazo y parto, cubiertos previamente por el seguro y sea a cargo de la Aseguradora) y la rehabilitación cardíaca (exclusivamente para recuperación inmediata en pacientes que hayan sufrido un infarto agudo de miocardio y/o cirugía cardíaca con circulación extracorpórea, cubiertos previamente por el Seguro). En régimen de hospitalización quedará cubierta únicamente la rehabilitación del aparato locomotor, respiratoria y cardíaca durante el episodio de ingreso que haya justificado la necesidad de dicha rehabilitación. Queda incluido el drenaje linfático tras cirugía oncológica con resección de cadenas ganglionares tanto en régimen ambulatorio como en hospitalización. Se excluyen los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando se haya conseguido la recuperación funcional, o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento, así como la rehabilitación respiratoria ambulatoria, neuropsicológica o estimulación cognitiva y la terapia ocupacional.
- **Reumatología.**
- **Traumatología y Cirugía Ortopédica.** Cirugía artroscópica. Se excluye expresamente la infiltración de plasma rico en plaquetas y factores de crecimiento.
- **Urología.** Incluye el uso del láser para el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata. Se excluye el tratamiento quirúrgico prostático con crioterapias, radiofrecuencia, HIFU (ultrasonido focalizado de alta intensidad) y termoterapias.

Medicina Preventiva

Quedan incluidos los controles preventivos, adecuados a la edad del Asegurado, prescritos por un médico del Cuadro Médico de La Aseguradora, y realizados con medios y técnicas cubiertas por la garantía de la Póliza.

- **Pediatría:** incluye controles preventivos y de desarrollo infantil. Hasta los 11 años de edad: comprende la consultas periódicas con especialista así como los exámenes de salud del recién nacido (detección de metabolopatías y detección precoz de la hipoacusia mediante otoemisiones acústicas o potenciales evocados en caso necesario).
- **Obstetricia y Ginecología:** revisión ginecológica por cada anualidad de seguro, para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix. Incluye la consulta y exploración con el especialista, así como las pruebas diagnósticas: ecografía ginecológica, mamografía, citología y detección del virus papiloma humano.
- **Cardiología:** incluye la prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años. Mediante la consulta por el médico especialista y las pruebas diagnósticas: ECG, radiografía de tórax, prueba de esfuerzo, analítica básica de sangre y orina.
- **Urología:** revisión urológica por cada anualidad de seguro para la prevención del cáncer de próstata. Comprende la consulta y exploración física por el médico especialista y las pruebas diagnósticas; analítica básica de orina y sangre incluyendo PSA (determinación antígeno prostático específico) y ecografía prostática.
- **Planificación Familiar:** control del tratamiento con anovulatorios, implantación de DIU y su vigilancia, incluyendo el coste del dispositivo. Incluye la ligadura de trompas y vasectomía así como el estudio diagnóstico de las causas de esterilidad o infertilidad (estudios serológicos y hormonales, cariotipo, así como histerosalpingografía en la mujer y espermiograma en el varón. Se excluye expresamente la interrupción voluntaria del embarazo y las reducciones embrionarias, así como los tratamientos de esterilidad o infertilidad y las cirugías para revertir la ligadura de trompas y la vasectomía.
- **Prevención del cáncer colorrectal:** Incluye consulta y exploración física con el especialista, así como el test de detección de sangre oculta en heces y en caso necesario colonoscopia.

Medios de Diagnóstico

- **Análisis Clínicos, anatomía patológica y citopatología.** Quedan excluidas las biopsias líquidas.
- **Radiología General:** incluye las técnicas habituales de diagnóstico por la imagen, quedando incluida la utilización de medios de contraste.
- **Otros Medios de Diagnóstico:** doppler cardiaco, electrocardiografía, electroencefalografía, electromiografía y ecografías.

Medios de Diagnóstico de Alta Tecnología Diagnóstica y Terapéutica

- **Inmunohistoquímica.**
- **Ergometría, Holter,** se excluyen los holter implantables, Estudios

Electrofisiológicos y Terapéuticos.

- **Polisomnografía.**
- **Endoscopias digestivas, diagnósticas y/o terapéuticas:**
 - Cápsula endoscópica para el estudio diagnóstico de la hemorragia digestiva de origen no identificado después de colonoscopia y endoscopia alta.
 - Ecoendoscopia.
 - Resección endoscópica mucosa o mucosectomía.
 - Disección endoscópica submucosa para la extirpación, en toda la vía digestiva, de lesiones premalignas o malignas mayores de 2 cm en las que se ha descartado polipectomía convencional y precisan tratamiento quirúrgico.
 - Ablación por radiofrecuencia en casos de esófago de Barrett.
 - Se excluyen las técnicas bariátricas por endoscopia.
 - Fibroendoscopia nasal y fibrobronoscopias: diagnósticas y/o terapéuticas. Ecobroncoscopia.
 - Elastografía de transición hepática (fibroscan) para el diagnóstico de la fibrosis hepática de distintas etiologías, especialmente para confirmar la presencia de cirrosis, se excluye la enfermedad hepática alcohólica Neuronavegador y Monitorización neurofisiológica intraoperatoria: incluida la neuronavegación quirúrgica no robótica en intervenciones intracraneales y en fijaciones vertebrales de dos o más niveles o cirugía oncológica de columna vertebral o médula espinal. Se excluyen otras indicaciones de navegación quirúrgica. Incluida la monitorización neuro fisiologica intraoperatoria en las mismas intervenciones y además en cirugías de tiroides y paratiroides y riesgo del nervio facial periférico.
 - Tomosíntesis de mama.
- **Resonancia Magnética y Tomografía Axial Computerizada (TAC/ escáner).** Se excluye la tomografía computerizada de haz cónico.
- **Colonografía realizada mediante TAC** (exclusivamente como prueba complementaria a la fibrocolonoscopia por intolerancia o estenosis y en pacientes con problemas médicos que contraindiquen la práctica de fibrocolonoscopia convencional).
- **Coronariografía por TAC** está cubierto (exclusivamente para pacientes con enfermedad coronaria sintomática con prueba de esfuerzo no concluyente; en pacientes asintomáticos pero con prueba de detección isquémica positiva o dudosa; en cirugías de recambio valvular y en valoración de estenosis por sospecha clínica tras colocación de stents coronario de cirugía de by-pass coronario y en malformaciones del árbol coronario. No está incluido la cobertura bajo ninguna circunstancia en la utilización para cuantificación del calcio en arterias coronarias y su utilización como prueba diagnóstica de screening).
- **Resonancia Magnética Multiparamétrica.**
- **Biopsia prostática por fusión de imágenes ecodirigida,** en casos con una alta sospecha clínica de cáncer de próstata (elevación PSA total > 10 ng/ml y/o elevación persistente (más

* Elevación PSA total > 10 ng/ml y/o elevación persistente (más de seis meses) del PSA total entre 4 y 10 ng/ml y/o coeficiente PSA libre/total <20% (< 0,2).

de seis meses) del PSA total entre 4 y 10 ng/ml y/o coeficiente PSA libre/total <20% (< 0,2)) y con al menos una biopsia prostática previa negativa realizada en los últimos 18 meses previos a la solicitud de la biopsia por fusión.

- **Medicina Nuclear-PET TAC** (quedan incluidos exclusivamente los realizados con el radiofármaco ^{18}F -FDG y en las indicaciones clínicas establecidas en la ficha técnica del mismo y autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios) y **PET/RM** (exclusivamente los realizados con el radiofármaco ^{18}F -FDG en indicaciones clínicas oncológicas). Se da cobertura al SPECT TAC.
- **Tomosíntesis de mama.**
- **Amniocentesis y Cariotipos.**
- **Pruebas genéticas:** Quedan cubiertas **exclusivamente** aquellas pruebas cuyo fin sea el diagnóstico de enfermedades en pacientes afectos y sintomáticos. Incluye las dianas terapéuticas cuya determinación sea exigida en la ficha técnica emitida por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para la administración de algunos fármacos.

Incluye las plataformas genómicas de cáncer de mama Oncotype y Mammaprint prescrito por especialista en oncología médica, únicamente para casos de cáncer de mama en estadios iniciales (I-II), receptores de estrógenos (RE/ER) positivos, HER 2 negativos y: a) ganglios linfáticos negativos (N0) o b) metástasis de ganglio axilar menor o igual a 2 mm (N1mi) o N1 con afectación de 1 a 3 ganglios máximo.

Incluye también los test de DNA fetal en sangre materna, para diagnóstico prenatal de las trisomías 21, 18 y 13 prenatal cuando el índice de riesgo en el cribado combinado del primer trimestre (CCPT) esta entre 1/50 y 1/250 o en gestantes con embarazo previo con aneuploidías en los cromosomas 21,18, o 13, independientemente del CCPT.

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

- **Medios de Diagnóstico Intervencionista:** radiología intervencionista vascular y visceral y hemodinámica vascular.

Las pruebas de diagnóstico, en todos los casos, han de ser prescritas por facultativos del Cuadro Médico de la Aseguradora que tengan a su cargo la asistencia del Asegurado, asistencia que ha de estar cubierta por la Póliza.

Hospitalización

Cualquier tipo de hospitalización se realizará en clínica u hospital designado por la Entidad Aseguradora. Para ello será necesaria la previa prescripción de un especialista concertado y la autorización escrita de ésta.

La hospitalización se hará siempre en habitación individual que dispondrá de cama para el acompañante excepto en las

hospitalizaciones psiquiátricas, en U.V.I. y neonatológicas, y serán por cuenta de La Aseguradora los gastos derivados de la realización de los métodos diagnósticos y terapéuticos, tratamientos quirúrgicos (incluidos gastos de quirófano y medicamentos) y estancias con la manutención del enfermo, comprendidos en la cobertura de la póliza. Queda excluida la asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social.

- **Hospitalización Obstétrica (partos).** Incluye el tratamiento del ginecólogo obstetra y/o la matrona en ingreso hospitalario durante el proceso de embarazo y/o parto; y el nido y/o la incubadora para el recién nacido durante su internamiento hospitalario.
- **Hospitalización Quirúrgica.** Incluye las especialidades quirúrgicas para el tratamiento de las patologías que así lo requieran, el estudio preoperatorio o preanestésico (consulta, analítica y electrocardiograma), las visitas y curas del postoperatorio inmediato, la cirugía mayor ambulatoria, y en su caso los implantes quirúrgicos y prótesis especificadas en la cláusula descriptiva incluida en las Condiciones Generales de la póliza.
- **Hospitalización Médica sin Intervención Quirúrgica.** Incluye las distintas especialidades médicas para el diagnóstico y/o tratamiento de las patologías médicas susceptibles de ingreso.
- **Hospitalización Pediátrica.** Para menores de 14 años. Incluye la asistencia por motivo de intervención quirúrgica o enfermedad médica tanto en hospitalización convencional como en unidades de neonatología (cuidados intensivos y/o cuidados intermedios).
- **Hospitalización en Unidad de Vigilancia Intensiva (U.V.I.).**
- **Hospitalización Psiquiátrica.** Exclusivamente para los enfermos de procesos agudos o crónicos en periodo de agitación, previamente diagnosticados por un especialista del Cuadro Médico de La Aseguradora, en régimen de internamiento o en hospitalización de día, con un límite de cincuenta días por cada anualidad de seguro.
- **Hospitalización de día:** Tanto para procesos quirúrgicos como médicos, incluidos los tratamientos quimioterápicos en oncología. Comprende los gastos de estancia, la medicación y los medios de diagnóstico utilizados durante la permanencia en el centro hospitalario.

Implantes y Prótesis Quirúrgicas

Serán suministrados siempre por las empresas designadas por La Aseguradora. La garantía comprende, previa prescripción escrita de un médico especialista del Cuadro Médico, las prótesis internas y los materiales implantables expresamente indicados a continuación:

- **Cardiovasculares:** marcapasos (monocamerales, bicamerales y los marcapasos con terapia de resincronización cardíaca), válvulas cardíacas mecánicas, biológicas xenólogas y anillos para valvuloplastia, conducto valvulado, stent coronario (medicalizado o no medicalizado), prótesis de bypass vascular y las Endoprótesis (stent) vasculares.

Sustitutos del pericardio (sintéticos y biológicos xenólogos) y filtro vena cava. Quedan excluidos los marcapasos con tecnología sin cable, los desfibriladores automáticos implantables (DAI) y las válvulas cardíacas transcater. Se incluyen los coils (materiales de embolización, tipo líquido o dispositivo). Se incluyen los dispositivos oclusores cardíacos exclusivamente para el tratamiento de la comunicación interauricular, comunicación interventricular y ductus persistente. Se excluyen los dispositivos tipo amplatzer y similares, ni periféricos ni cardíacos (estos dispositivos se catalogan como dispositivos oclusores/ tapón cardíaco y vasculares) para otras indicaciones no especificadas en la cobertura. Se excluyen las partículas liberadoras de fármacos.

- **Digestivos:** endoprótesis (stents) biliopancreático, esofágico, duodenal y colorrectal exclusivamente en casos de estenosis por patología neoplásica maligna y en casos tras perforación por proceso endoscópico que haya sido a cargo de la Aseguradora. Se excluyen todos los dispositivos y prótesis empleados como terapia de vacío endoluminal.
- **Osteoarticulares:** prótesis internas traumatológicas, el material de osteosíntesis y el material osteo-tendinoso biológico obtenido de bancos de tejidos autorizados en la unión europea. Se excluyen los fijadores externos y los dispositivos de elongación de hueso intramedulares guiados por dispositivos electrónicos.
- **Oftalmológicos:** lentes intraoculares (monofocales y bifocales) para la corrección de la afaquia tras cirugía de cataratas. Quedan excluidas las lentes tóricas, monofocales de rango extendido, lentes EDOF (de profundidad de foco extendida), trifocales y otras lentes con corrección visual añadida.
- **Quimioterapia o Tratamiento del dolor:** reservorios implantables (ports).
- **Implantes Reparadores:** Prótesis mamaria y expansores cutáneos para la reconstrucción de la mama afectada tras mastectomía y la remodelación de la mama sana contralateral, esta última con un límite máximo de un año después de la cirugía oncológica, si es considerada como opción terapéutica mediante informe médico.
- **Mallas sintéticas** para reconstrucción de pared abdominal o torácica.
- **Urológicos y genitourinarios:** prótesis testiculares tras orquiectomía exclusivamente tras proceso tumoral o torsión testicular. Banda de fijación para incontinencia de esfuerzo cuando haya fracasado el tratamiento conservador o el farmacológico.
- **Implantes neurológicos:** sistemas de derivación de líquido cefalorraquídeo, incluyendo sus reservorios.
- **Implantes otorrinolaringológicos:** tubos de drenaje transtimpánicos. Prótesis de oído medio para la reconstrucción osicular (martillo, yunque y estribo).

El coste de cualquier otro tipo de implante quirúrgico, material biológico, prótesis externas, fijador externo, órtesis y

ortoprótesis no incluidos en el detalle anterior correrán a cargo del Asegurado.

Tratamientos especiales

La cobertura de la asistencia sanitaria también incluye la de los siguientes tratamientos, que en todos los casos debe prescribir el Médico del Cuadro Médico de la Aseguradora que tiene a su cargo la asistencia del Asegurado, asistencia que debe estar cubierta por la póliza.

- **Terapias Respiratorias a domicilio.** Incluye oxigenoterapia (líquida, con concentrador o gaseosa), aerosolterapia (en este caso la medicación correrá a cargo del Asegurado), ventilación con presión positiva continua en vía aérea (CPAP) y ventilación con dispositivos binivel (BIPAP).
- **Transfusiones de sangre y/o plasma.**
- **Logopedia y Foniatría.** Incluye el tratamiento de patologías del lenguaje, del habla y de la voz de causa orgánica y trastornos funcionales, quedando excluidos los tratamientos cuando se haya conseguido la recuperación funcional, o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento. Se dará también cobertura logopédica por deglución atípica para menores de 14 años hasta un máximo de 20 sesiones por asegurado y anualidad. Queda excluido el tratamiento de los trastornos del aprendizaje (dislexia, disgrafía y discalculia).
- **Laserterapia.** Incluye fotocoagulación en oftalmología, la cirugía en coloproctología, las intervenciones quirúrgicas en ginecología, otorrinolaringología y dermatología, así como el láser en rehabilitación músculo-esquelética, en las intervenciones para la hiperplasia benigna de próstata, en la litotricia de la vía urinaria y en el tratamiento endoluminal de las varices y lesiones traqueobronquiales. Quedan expresamente excluidas todas aquellas técnicas quirúrgicas o terapéuticas que empleen láser y no se encuentren en el detalle anterior.
- **Nucleotomía Percutánea.**
- **Hemodiálisis** para insuficiencias renales agudas o crónicas.
- **Quimioterapia.** En régimen de internamiento o en hospitalización de día. La Aseguradora sólo asumirá los gastos de medicamentos clasificados como citostáticos, comercializados en España y que estén autorizados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Incluye los reservorios implantables (port-a-cath). Quedan expresamente excluidos los tratamientos quimioterápicos intraoperatorios como la quimioterapia intraperitoneal.
- **Oncología Radioterápica.** Incluye cobaltoterapia, braquiterapia, los isótopos radioactivos y acelerador lineal: irradiación corporal (baño de electrones); radiocirugía y radioterapia esterotáxica en los tumores intracraneales; radioterapia externa conformacional; radioterapia exteotóxica corporal; radioterapia con intensidad modulada con control de imagen y movimiento, y la radioterapia intraoperatoria. Se excluye la radioterapia para procesos benignos no

oncológicos salvo en emergencias por compresión medular y la terapia con haz de protones o neutrones.

- **Tratamiento del dolor.** Incluye los reservorios implantables (port-a-cath), quedando excluidas las bombas implantables para perfusión de medicamentos y los electrodos de estimulación medular.
- **Litotricia Renal.**
- **Ondas de Choque** para calcificaciones musculotendinosas.

Los tratamientos médicos anteriores, en todos los casos, han de ser prescritos por facultativos del Cuadro Médico de La Aseguradora que tengan a su cargo la asistencia del Asegurado, asistencia que ha de estar cubierta por la Póliza.

Trasplantes de órganos, tejidos y células de origen humano

El Seguro incluye únicamente las actuaciones médicas y quirúrgicas sobre el propio Asegurado que resulten necesarias para realizarle el trasplante autólogo de médula ósea o un trasplante de córnea, con las gestiones administrativas que ello conlleve.

Quedan excluidos otros trasplantes o autotrasplantes de órganos, tejidos o células no indicados en el detalle anterior. Asimismo quedan excluidas en todos los trasplantes de órganos, las actuaciones médicas y quirúrgicas a realizar sobre la persona del donante, sea o no Asegurado para la extracción del órgano a trasplantar a otra persona, y las actuaciones correspondientes a la conservación y traslado del órgano.

Coberturas accesorias

La cobertura de la asistencia sanitaria también conlleva:

- **Ambulancias.** Para el traslado dentro de la provincia de residencia de los enfermos cuyo estado físico lo requiera. El Seguro cubre exclusivamente el desplazamiento del Asegurado desde su domicilio al hospital o viceversa y sólo para ingreso hospitalario o asistencia de urgencia. Será necesaria la prescripción de un médico del Cuadro Médico de La Aseguradora, salvo en caso de urgencia. Quedan excluidos los gastos de transporte del Asegurado al centro y viceversa en casos de rehabilitación y fisioterapia, y en casos de diálisis.
- **Preparación al Parto.** Asistencia impartida en cursos de preparación que incluye los ejercicios físicos de relajación y de simulación de los periodos de dilatación y expulsión al parto.
- **Podología.** Exclusivamente tratamientos de quiropodia en consulta. Con un máximo de doce sesiones por año.
- **Cirugía robótica.** Queda incluida la cirugía robótica exclusivamente para las indicaciones que se detallan a continuación y en los centros concertados para ello y que figuran debidamente identificados en el Cuadro Médico. Para acceder a esta prestación será necesaria:

- **La prescripción por parte** de un médico **especialista** en urología y/o nefrología del Cuadro Médico.
- **El pago por el Asegurado y a la Aseguradora** de una franquicia por importe de 6.000 €.
- **La autorización** previa emitida por la Aseguradora.

El empleo de sistemas robóticos en cirugía se incluye exclusivamente para las siguientes indicaciones:

- **En el tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata** mediante prostatectomía radical en aquellos casos que cumplan todos los siguientes criterios:
 - Diagnóstico de tumor maligno prostático localizado;
 - PSA menor o igual a 15 ng/ml en el momento de la indicación quirúrgica;
 - Ausencia de afectación extracapsular y/o de vesículas seminales en la ecografía transrectal o medios de imagen (tumor estadificado como T1 o T2);
 - Ausencia de evidencia de metástasis y/o invasión linfática (tumor estadificado como N0 y M0);
 - Riesgo anestésico del paciente ASA menor a III.
- **En el tratamiento quirúrgico, mediante nefrectomía parcial,** del carcinoma renal (exclusivamente en tumores menores de 4 cm en su diámetro mayor).

Cobertura de Rehabilitación, Fisioterapia y Podología mediante Modalidad de Reembolso de Gastos.

Mediante esta cobertura, la Aseguradora garantiza, con los porcentajes y límites económicos que se indican más adelante, el reembolso de los gastos sanitarios sufragados por el Asegurado al recibir, en territorio nacional y a través de facultativos o profesionales sanitarios no incluidos en los Cuadros Médicos de la Aseguradora, cualquiera de los siguientes asistencias sanitarias:

- **Rehabilitación y Fisioterapia** incluye:
 - **Consultas ambulatorias** llevadas a cabo por médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación.
 - **Realización en consulta de Procedimientos Diagnósticos o Terapéuticos** por médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación.
 - **Realización**, en régimen ambulatorio y por parte de profesionales fisioterapeutas titulados, de sesiones de:
 - **Fisioterapia del Aparato Locomotor**, siempre que las mismas hubieran sido prescritas por especialista en Rehabilitación, Reumatología o Traumatología pertenecientes al Cuadro Médico de la Aseguradora.
 - **Fisioterapia para la Rehabilitación del suelo pélvico.** Sólo estarán dentro de esta cobertura cuando la finalidad de la misma sea tratar las disfunciones producidas como consecuencia del embarazo y parto, y siempre que éstos hubieran sido cubiertos previamente por la Aseguradora y sean prescritas por especialista en Medicina Física y

Rehabilitación o Ginecología pertenecientes al Cuadro Médico de la Aseguradora.

- **Podología**, incluye exclusivamente los tratamientos de quiropodia realizados en consulta por podólogo titulado.

Porcentajes de reembolso y límites económicos

El reembolso de gastos garantizado por la Aseguradora por las asistencias sanitarias descritas en el apartado 1) anterior será del cincuenta (50) por ciento del importe al que ascienda el coste de la asistencia Sanitaria cubierto que hubiere recibido el Asegurado y ello con los límites económicos que, por Asegurado y anualidad de seguro, seguidamente se indican:

- **Rehabilitación y Fisioterapia**: 500 euros.
- **Podología**: 200 euros.

Alcanzados los referidos límites se entenderán finalizadas las obligaciones de reembolso de la Aseguradora, hasta una nueva anualidad de seguro si este se prorrogase. Cuando el Asegurado estuviere en alta por un período inferior a una anualidad de seguro completa, los límites señalados se reducirán proporcionalmente.

Procedimiento para el Reembolso

Para obtener el reembolso de estos gastos sanitarios, el Asegurado deberá presentar bien a través del área privada en la web adeslas.es, o bien en las oficinas de la Aseguradora la siguiente documentación:

- **Impreso de Solicitud de Reembolso de Gastos**, según modelo de la Aseguradora, debidamente cumplimentado y firmado por el Asegurado.
- **Original o copia de la factura relativa al gasto sanitario causado y recibo acreditativo de haber satisfecho su importe**. Las facturas incluirán:
 - La identificación completa del emisor (nombre y apellidos, domicilio, NIF, especialidad en su caso y número de colegiado).
 - Identificación del acto sanitario realizado y la fecha en que se llevó a cabo.
 - Identificación (nombre y apellidos) del asegurado atendido.
- **Original o copia de la prescripción médica** en caso de gastos por asistencias de fisioterapia.

No obstante lo anterior, el Asegurado, cuando así sea requerido por la Aseguradora, deberá aportar los originales de las facturas y, en su caso, de la prescripción médica.

La Aseguradora hará efectivo al Asegurado el importe de reembolso que corresponda dentro de los 15 días laborables siguientes a la recepción de la documentación completa especificada en el apartado anterior. El pago se efectuará mediante transferencia bancaria a la cuenta bancaria indicada por el Asegurado en el impreso de solicitud.

Normas de contratación

- **Tomador de la Póliza**: persona física a partir de 18 años.
- **Asegurados**: persona física a partir de cualquier edad y hasta 70 años. Se admiten mayores de 70 años siempre y cuando entren en una póliza como mínimo 3 asegurados menores de 60 años.
- **Cuestionario de Salud**: obligatorio para todos los asegurados.

Copagos

Adeslas PLENA tiene un nivel reducido de participación del asegurado mediante copagos.

CONSULTAS	COPAGO
Medicina General	2,70 €
Medicina General - Consulta a domicilio	2,70 €
Pediatría	2,70 €
Enfermería	2,00 €
URGENCIAS	COPAGO
Urgencias	5,50 €
ESPECIALIDADES	COPAGO
Consultas	4,00 €
Actos Quirúrgicos y Terapéuticos	4,00 €
Psicología Clínica (por sesión)	9,00 €
Tratamiento de rehabilitación y fisioterapia (por sesión)	2,70 €
MEDIOS DE DIAGNÓSTICO	COPAGO
Análisis clínicos (excepto pruebas genéticas)	4,00 €
Anatomía patológica	4,00 €
Radiología general y Otros Medios de diagnóstico	4,00 €
Medios de diagnóstico de alta tecnología diagnóstica y terapéutica	12,00 €
Medios de diagnóstico intervencionista	12,00 €
OTRAS COBERTURAS Y TRATAMIENTOS	COPAGO
Terapias respiratorias a domicilio (por día)	2,00 €
Logopedia y foniatría (por sesión)	2,70 €
Preparación al parto	4,00 €
Litotricia renal	12,00 €
Podología	2,70 €

Descuentos/Bonificaciones

- **Descuentos por número de asegurados:** 10 % de descuento a partir de cuatro asegurados.

La baja o alta de uno o varios asegurados en la póliza supondrá la retarificación automática del producto.

• Bonificaciones por forma de pago.

Trimestral	2 %
Semestral	4 %
Anual	6 %

Periodo de Carencia

Todas las prestaciones que en virtud de la póliza asume la Aseguradora serán facilitadas desde la fecha de entrada en vigor del contrato para cada uno de los Asegurados. Se exceptúan del anterior principio general las prestaciones siguientes:

MEDIOS DE DIAGNÓSTICO	
Medios de Diagnóstico de Alta Tecnología	3 meses
Medios de Diagnóstico Intervencionista	6 meses
HOSPITALIZACIÓN	
Intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio (Intervenciones del grupo 0 al II según clasificación de la Organización Médica Colegial)	3 meses
Ligadura de Trompas y Vasectomía	6 meses
Hospitalización por cualquier motivo o naturaleza en régimen de internamiento o en hospital de día, así como las intervenciones quirúrgicas realizadas en estos regímenes	8 meses
Coste de Implantes quirúrgicos y Prótesis	8 meses
Intervenciones quirúrgicas y partos distócicos que tengan lugar en situación de urgencia vital, no se aplicará el periodo de carencia previsto, y tampoco en los partos prematuros, entendiéndose como tales los que se produzcan con anterioridad al cumplimiento de la 28ª semana de gestación.	
TRATAMIENTOS ESPECIALES	
Laserterapia: en tratamientos de Fotocoagulación en Oftalmología así como el Láser en Rehabilitación Músculo-Esquelética	3 meses
Nucleotomía Percutánea	3 meses
Laserterapia. Cirugía en Coloproctología, las intervenciones quirúrgicas en Ginecología, Otorrinolaringología y Dermatología, en las intervenciones para la Hiperplasia Benigna de Próstata, en la litotricia de la vía urinaria y en el Tratamiento Endoluminal de las Varices y lesiones traqueobronquiales.	8 meses
Tratamiento del dolor	8 meses
Diálisis	8 meses
Ondas de Choque para Calcificaciones Musculotendinosas	8 meses
Litotricia Renal	8 meses
Quimioterapia y Oncología Radioterápica	8 meses

Exclusiones

Además de las limitaciones y exclusiones específicas que hemos indicado en el apartado “Cobertura de asistencia sanitaria”, la asistencia sanitaria cubierta por la póliza tiene también las siguientes exclusiones:

- a.** Queda excluida la asistencia sanitaria o cualquier gasto médico que precise el Asegurado y que sea consecuencia, guarde relación o se derive de una situación que haya sido declarada por organismos nacionales o internacionales como epidemia y/o pandemia, o con una declaración de emergencia de salud pública de interés internacional, o declaración equivalente. Igualmente se encuentran excluidas las asistencias sanitarias o cualquier gasto médico que precise el Asegurado que sea consecuencia, guarde relación o se derive de guerras, catástrofes naturales o nucleares (con o sin declaración de las mismas), actos de terrorismo, insurrecciones, tumultos populares, o cualquier fenómeno catastrófico extraordinario.
- b.** La asistencia sanitaria de las lesiones producidas a causa de embriaguez, riñas (salvo en caso de legítima defensa), autolesiones o intentos de suicidio.
Se entiende por embriaguez la establecida en la legislación sobre tráfico, circulación de vehículos de motor y seguridad vial, con independencia de que el siniestro suceda o no con ocasión de la conducción de vehículo a motor por el Asegurado.
- c.** Los fármacos y medicamentos de cualquier clase, productos sanitarios y medios de cura salvo los que se administren al paciente mientras esté hospitalizado, ya sea en régimen de ingreso, hospital de día o cirugía ambulatoria. Quedan excluidos los medicamentos de terapia avanzada que comprenden los medicamentos de uso humano basados en genes (terapia génica), células (terapia celular de cualquier tipo) y tejidos (ingeniería tisular).
Además, quedan excluidos todo tipo de tratamientos experimentales incluyendo los que están en ensayo clínico en todas sus fases o grados.
- d.** La asistencia sanitaria derivada de alcoholismo crónico o adicción a drogas o psicofármacos de cualquier tipo.
- e.** La asistencia sanitaria que se precise como consecuencia de lesiones producidas durante la práctica profesional de cualquier deporte y/o actividad, así como la práctica no profesional de actividades manifiestamente peligrosas o de alto riesgo como el torero o encierro de reses bravas, artes marciales, espeleología, submarinismo, escalada, puenting, parapente, paracaidismo, barranquismo, rafting, vuelo sin motor o cualquier otra de análoga naturaleza.
- f.** La asistencia sanitaria de toda clase de enfermedades, estados de salud, lesiones, defectos o deformaciones congénitas o preexistentes a la fecha de efecto del alta de cada Asegurado en la Póliza, que siendo conocidas por el

Asegurado, no hubiesen sido declaradas por éste en el cuestionario de salud. Esta exclusión no afectará a los Asegurados incorporados a la Póliza desde su nacimiento conforme la cláusula 4.1. (Cláusulas Jurídicas).

- g.** El diagnóstico, tratamiento e intervenciones quirúrgicas realizadas con fines puramente estéticos o cosméticos, así como la necesidad de pruebas diagnósticas o tratamientos por complicaciones que pudieran estar directa y/o principalmente causadas por haberse sometido a una intervención, infiltración o tratamiento de carácter puramente estético o cosmético. Se excluyen las técnicas de lipoinfiltración grasa. Se excluye la micropigmentación del complejo areola pezón. Se excluye el tratamiento quirúrgico del lipedema.
- h.** La cirugía robótica, en todas las especialidades excepto en los casos indicados en el apartado “otras coberturas accesorias”, ya sea directa o asistida (entendiendo en ambos casos las intervenciones realizadas mediante maniobras quirúrgicas que realiza un robot siguiendo las instrucciones de un cirujano y guiado por un sistema laparoscópico telerrobotizado, y/o la que realiza el robot asistida por un sistema informatizado de realidad virtual o navegador con imágenes en 3D obtenidas por ordenador; las cirugías profilácticas y las cirugías del cambio de sexo.
- i.** Cualquier tratamiento o prueba diagnóstica cuya utilidad o eficacia no esté contrastada científicamente o sean considerados de carácter experimental o no hayan sido ratificadas por las agencias españolas de evaluación de tecnologías sanitarias. Se excluyen las medicinas alternativas, naturopatía, homeopatía, acupuntura, mesoterapia, hidroterapia, presoterapia, ozonoterapia, medicina regenerativa (Incluye técnicas de regeneración tisular, celular o molecular, los implantes o trasplantes de células madre y la ingeniería de tejidos). Además, se excluye el tratamiento con cámara hiperbárica.
- j.** La asistencia sanitaria que esté cubierta por el Seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, según su legislación específica.
- k.** Cualquier intervención quirúrgica sobre el no nacido.
- l.** Todo tipo de prótesis e implantes quirúrgicos y material sanitario implantable sintético o biológico, fijadores externos e internos no detallados en el apartado de cobertura de implantes y prótesis quirúrgicas. Se excluye la cirugía endoscópica en cirugía de columna.
- m.** La terapia ocupacional.

No obstante lo anterior, en los supuestos contemplados en las anteriores exclusiones b), d), e) y j) la Aseguradora asume la asistencia sanitaria que deba prestarse al Asegurado en situación de urgencia y mientras ésta dure. Si la asistencia urgente incluye la hospitalización del paciente, la cobertura finalizará a las 24 horas del ingreso de éste en el centro hospitalario.

Módulos complementarios

Adicionalmente, podrán contratarse los siguientes módulos como complemento a la póliza de salud:

- **Adeslas DENTAL FAMILIA**, beneficiándose de un 15 % de descuento sobre la tarifa de **Adeslas DENTAL FAMILIA**.
- **Plus Ginecología y Pediatría**.
- **Plus Clínica Universitaria de Navarra**.

Ver descripción de módulos en página 69.

Productos

GAMA PARTICULARES



Adeslas PLENA PLUS

Adeslas PLENA PLUS permite el acceso a la Asistencia Sanitaria más completa **sin copagos**, que incluye medicina general, todas las especialidades y los medios de diagnóstico más avanzados, con hospitalización en habitación individual con cama para acompañante. Todo ello a través del cuadro médico más amplio del mercado.

Coberturas de asistencia sanitaria

Las mismas que **Adeslas PLENA**.

Normas de Contratación

Las mismas que **Adeslas PLENA**.

Copagos

Adeslas PLENA PLUS no tiene copagos.

Descuentos/Bonificaciones/Recargo

Los mismos que **Adeslas PLENA**.

Periodos de Carencia

Los mismos que **Adeslas PLENA**.

Exclusiones

Las mismas que **Adeslas PLENA**.

Módulos Complementarios

Adicionalmente, podrán contratarse los siguientes módulos como complemento a la póliza de salud:

- **Adeslas DENTAL FAMILIA**, beneficiándose de un 15 % de descuento sobre la tarifa de **Adeslas DENTAL FAMILIA**
- **Plus Ginecología y Pediatría**
- **Plus Clínica Universitaria de Navarra**

Ver descripción de módulos en página 69.

Productos

GAMA PARTICULARES



Adeslas PLENA VITAL

Adeslas PLENA VITAL permite el acceso a la Asistencia Sanitaria más completa con copagos con un límite máximo anual por asegurado (LMA), que incluye medicina general, todas las especialidades y los medios de diagnóstico más avanzados, con hospitalización en habitación individual con cama para acompañante. Todo ello a través del cuadro médico más amplio del mercado.

Coberturas de asistencia sanitaria

Las mismas que **Adeslas PLENA**.

Normas de Contratación

Las mismas que **Adeslas PLENA**.

Copagos

Adeslas PLENA VITAL tiene un nivel de participación del asegurado mediante copagos limitados anualmente. Los copagos son los siguientes:

MEDICINA PRIMARIA	COPAGO
Medicina General	7,00 €
Medicina General - Consulta a domicilio	14,50 €
Pediatría	8,00 €

Enfermería	2,00 €
URGENCIAS	COPAGO
Urgencias	14,50 €
ESPECIALIDADES	COPAGO
Consultas	14,50 €
Actos Quirúrgicos y Terapéuticos	14,50 €
Psicología Clínica (por sesión)	14,50 €
Tratamiento de rehabilitación y fisioterapia (por sesión)	5,00 €
MEDIOS DE DIAGNÓSTICO	COPAGO
Análisis clínicos (excepto pruebas genéticas)	11,50 €
Anatomía patológica	11,50 €
Radiología general y Otros Medios de diagnóstico	11,50 €

Medios de diagnóstico de alta tecnología diagnóstica y terapéutica	45,00 €
Medios de diagnóstico intervencionista	45,00 €
OTRAS COBERTURAS Y TRATAMIENTOS	COPAGO
Terapias respiratorias a domicilio (por día)	2,00 €
Logopedia y foniatría (por sesión)	5,00 €
Preparación al parto	45,00 €
Litotricia renal	45,00 €
Podología	3,00 €
Psicoterapia	14,50 €

Se aplica un **Límite Máximo Anual (LMA) de 300€ por asegurado y anualidad de seguro**. Una vez superado el límite durante el año el asegurado no pagará más copagos.

Si un asegurado es dado de alta en una póliza durante la anualidad en curso, su límite será proporcional a los meses que le resten de dicha anualidad.

Descuentos/Bonificaciones/Recargo

Los mismos que **Adeslas PLENA**.

Periodos de carencia

Los mismos que **Adeslas PLENA**.

Exclusiones

Las mismas que **Adeslas PLENA**.

Módulos complementarios

Adicionalmente, podrán contratarse los siguientes módulos como complemento a la póliza de salud:

- **Adeslas DENTAL FAMILIA**, beneficiándose de un 15 % de descuento sobre la tarifa de **Adeslas DENTAL FAMILIA**.
- **Plus Ginecología y Pediatría**.
- **Plus Clínica Universitaria de Navarra**.

Ver descripción de módulos en página 69.

Productos

GAMA PARTICULARES



Adeslas PLENA EXTRA 150

Adeslas PLENA EXTRA 150 permite acceder a todas las coberturas sanitarias **sin copagos** combinado el uso del cuadro médico más amplio del mercado con la libre elección de profesional o centro médico, tanto en España como en cualquier parte del mundo, reembolsando la Aseguradora un 80 %* de los importes pagados por el cliente.

Coberturas de asistencia sanitaria

Adeslas PLENA EXTRA 150 presta la asistencia sanitaria en dos modalidades: por reembolso de gastos sanitarios y por medio de cuadro médico.

Modalidad de Reembolso de gastos sanitarios

El asegurado puede elegir libremente cualquier profesional o centro médico del mundo siéndole reembolsado el 80 % del coste de la asistencia recibida cubierta por la Póliza siempre que el profesional o centro médico no esté concertado. La Aseguradora abonará dicha cantidad dentro de los 15 días laborables siguientes a la recepción de la documentación del asegurado (solicitud de reembolso y facturas).

Modalidad Prestación de asistencia sanitaria por medio de los cuadros médicos de La Aseguradora

El asegurado puede elegir libremente dentro del cuadro

médico que La Aseguradora tiene concertado en todo el territorio nacional sin desembolso alguno por su parte. En estos casos, La Aseguradora asume todo el coste.

El asegurado puede elegir para el mismo acto médico, la asistencia combinada de ambas modalidades. Por ejemplo, en un parto la asistencia hospitalaria se haga conforme a la modalidad de Cuadro Médico (puesto que el hospital esté concertado en nuestro Cuadro Médico) y los honorarios del tocólogo entren dentro del reembolso porque el médico sea ajeno al Cuadro Médico de La Aseguradora.

Para la cobertura de cirugía robótica no resultará posible la utilización combinada de ambas modalidades.

*Sujeto a los diferentes límites parciales establecidos en las condiciones particulares y con el límite máximo de 150.000 €/año por asegurado.

Las coberturas son las mismas coberturas que **Adeslas PLENA** con las siguientes diferencias:

	ADESLAS PLENA	ADESLAS PLENA EXTRA 150
Hospitalización Psiquiátrica. Límite de días por cada anualidad de seguro	50 días	60 días
Trasplante de órganos	Están excluidos de la cobertura del seguro. El seguro incluye no obstante las actuaciones médicas y quirúrgicas sobre el propio asegurado que resulten necesarias para realizarle un trasplante autólogo de médula ósea o un trasplante de córnea, incluidas las gestiones administrativas que ello conlleve.	Están incluidas en la cobertura del seguro las actuaciones médicas y quirúrgicas sobre el propio asegurado que resulten necesarias para realizarle un trasplante autólogo de médula ósea o un trasplante de pulmón, hígado, corazón, riñón o córnea, incluidas las gestiones administrativas que ello conlleve.

Normas de contratación

- **Tomador de la Póliza:** persona física a partir de 18 años.
- **Asegurados:** persona física a partir de cualquier edad y hasta 64 años. Se admiten mayores de 64 siempre y cuando entren en una póliza como mínimo 3 asegurados menores de 60 años.
- **Cuestionario de Salud:** obligatorio para todos los asegurados.

Copagos

Adeslas PLENA EXTRA 150 no tiene copagos.

Descuentos/Bonificaciones/Recargo

- **Descuentos por número de asegurados:** 10 % de descuento a partir de cuatro asegurados.

La baja o alta de uno o varios asegurados en la póliza supondrá la retarificación automática del producto.

- **Bonificaciones por forma de pago.**

Trimestral	2 %
Semestral	4 %
Anual	6 %

Periodos de carencia

Los mismos que **Adeslas PLENA**.

Exclusiones

Además de las limitaciones y exclusiones específicas que

hemos indicado en el apartado "Cobertura de asistencia sanitaria", la asistencia sanitaria cubierta por la póliza tiene también las siguientes exclusiones:

- a. La asistencia sanitaria o cualquier gasto médico** que precise el Asegurado y que sea consecuencia, guarde relación o se derive de una situación que haya sido declarada por organismos nacionales o internacionales como epidemia y/o pandemia, o con una declaración de emergencia de salud pública de interés internacional, o declaración equivalente.

Igualmente se encuentran excluidas las asistencias sanitarias o cualquier gasto médico que precise el Asegurado que sea consecuencia, guarde relación o se derive de guerras, catástrofes naturales o nucleares (con o sin declaración de las mismas), actos de terrorismo, insurrecciones, tumultos populares, o cualquier fenómeno catastrófico extraordinario.

- b. La asistencia sanitaria de las lesiones producidas a causa de embriaguez, riñas** (salvo en caso de legítima defensa), autolesiones o intentos de suicidio.

Se entiende por embriaguez la establecida en la legislación sobre tráfico, circulación de vehículos de motor y seguridad vial, con independencia de que el siniestro suceda o no con ocasión de la conducción de vehículo a motor por el Asegurado.

- c. Los fármacos y medicamentos de cualquier clase, productos sanitarios y medios de cura** salvo los que se administren al paciente mientras esté hospitalizado, ya sea en régimen de ingreso, hospital de día o cirugía ambulatoria. Quedan excluidos los medicamentos de terapia avanzada que comprenden los medicamentos de uso humano basados en genes (terapia génica), células (terapia celular de cualquier tipo) y tejidos (ingeniería tisular).

Además, quedan excluidos todo tipo de tratamientos experimentales incluyendo los que están en ensayo clínico en todas sus fases o grados.

- d. La asistencia sanitaria derivada de alcoholismo crónico o**

adicción a drogas o psicofármacos de cualquier tipo.

e. La asistencia sanitaria que se precise como consecuencia de lesiones producidas durante la práctica profesional de cualquier deporte y/o actividad, así como la práctica no profesional de actividades manifiestamente peligrosas o de alto riesgo como el toreo o encierro de reses bravas, artes marciales, espeleología, submarinismo, escalada, puenting, parapente, paracaidismo, barranquismo, rafting, vuelo sin motor o cualquier otra de análoga naturaleza.

f. La asistencia sanitaria de toda clase de enfermedades, estados de salud, lesiones, defectos o deformaciones congénitas o preexistentes a la fecha de efecto del alta de cada Asegurado en la póliza, que siendo conocidas por el Asegurado, no hubiesen sido declaradas por éste en el cuestionario de salud. Esta exclusión no afectará a los Asegurados incorporados a la póliza desde su nacimiento conforme la cláusula 4.1. (Cláusulas Jurídicas).

g. El diagnóstico, tratamiento e intervenciones quirúrgicas realizadas con fines puramente estéticos o cosméticos, así como la necesidad de pruebas diagnósticas o tratamientos por complicaciones que pudieran estar directa y/o principalmente causadas por haberse sometido a una intervención, infiltración o tratamiento de carácter puramente estético o cosmético. Quedan excluidas las técnicas de lipoinfiltración grasa. Queda excluida la micropigmentación del complejo areola pezón. Se excluye el tratamiento quirúrgico del lipedema.

h. La cirugía robótica, en todas las especialidades excepto en los casos indicados en el apartado otras coberturas accesorias (2.10), ya sea directa o asistida (entendiendo en ambos casos las intervenciones realizadas mediante maniobras quirúrgicas que realiza un robot siguiendo las instrucciones de un cirujano y guiado por un sistema laparoscópico telerrobotizado, y/o la que realiza el robot asistido por un sistema informatizado de realidad virtual o navegador con imágenes en 3D obtenidas por ordenador; las cirugías profilácticas y las cirugías del cambio de sexo.

i. Cualquier tratamiento o prueba diagnóstica cuya utilidad o eficacia no esté contrastada científicamente o sean considerados de carácter experimental o no hayan sido ratificadas por las agencias españolas de evaluación de tecnologías sanitarias. Quedan excluidas las medicinas alternativas, naturopatía, homeopatía, acupuntura, mesoterapia, hidroterapia, presoterapia, ozonoterapia, medicina regenerativa (Incluye técnicas de regeneración tisular, celular o molecular, los implantes o trasplantes de células madre y la ingeniería de tejidos). Además, se excluye el tratamiento con cámara hiperbárica.

j. La asistencia sanitaria que esté cubierta por el seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, según su legislación específica.

k. Cualquier intervención quirúrgica sobre el no nacido.

l. Todo tipo de prótesis e implantes quirúrgicos y material sanitario implantable sintético o biológico, fijadores externos e internos no detallados en el apartado de cobertura de implantes y prótesis quirúrgicas. Se excluye la cirugía endoscópica en cirugía de columna.

m. La terapia ocupacional.

n. Los gastos por viaje y desplazamientos.

o. El Reembolso de gastos de la asistencia sanitaria no quirúrgica prestada por el cónyuge del Asegurado o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad o afinidad.

Módulos complementarios

Adicionalmente, podrán contratarse los siguientes módulos como complemento a la póliza de salud:

- **Adeslas DENTAL FAMILIA**, beneficiándose de un 15 % de descuento sobre la tarifa de **Adeslas DENTAL FAMILIA**.
- **Plus Clínica Universitaria de Navarra**.

Ver descripción de módulos en página 69.

Límites

ADESLAS PLENA EXTRA 150		
% REEMBOLSO	En España	80 %
	En el extranjero	
ASISTENCIA AMBULATORIA	Medicina Primaria	40.000 € / año
	Especialidades	

ASISTENCIA HOSPITALARIA	Cirugía Ambulante y Menor	Grupo 0	40.000 € / año
		Grupo 01	
		Grupo 02	
	Cirugía Media	Grupo 03	
		Grupo 04	
	Cirugía Mayor	Grupo 05	
		Grupo 06	
		Grupo 07	
	Gran Cirugía	Grupo 08	
	Sin Cirugía		Gastos razonables y acostumbrados
	Prótesis		3.500 € / año
	Otros gastos hospitalarios	Hospital + otros	1.000 € / día
		U.V.I.	1.300 € / día
Hospital día		500 € / tratamiento	
Transplantes: pulmón, hígado, corazón, médula ósea y riñón		150.000 € / año	
Transplante Córnea		10.000 € / año	
Cirugía Robótica*			20.000 € / año
Asistencia por Maternidad			5.000 € / año
Enfermedades Congénitas del recién nacido			8.000 € / año
Tratamientos Especiales	Acelerador lineal de partículas Bomba de Cobalto Cirugía Cerebral Exterotásica Tumoral Quimioterapia Litotricia Renal Diálisis (todo incluido) Otros Tratamientos Especiales		Gastos razonables y acostumbrados
Otras Prestaciones	Odontoestomatología		365 € / año
	Rehabilitación y Fisioterapia		1.500 € / año
	Psicoterapia		1.500 € / año
	Psicoterapia (Trastornos Alimentarios)		3.000 € / año
	Ambulancia		1.200 € / año
	Podología		200 € / año
	Preparación al Parto		100 € / año

*Si el Asegurado se sometiere a la Cirugía Robótica cubierta por la póliza (apartado "otras coberturas accesorias" de las Condiciones Generales) a través de un médico especialista no incluido en el Cuadro Médico de la Aseguradora, el límite de reembolso no superará en su conjunto la cantidad de 20.000 € anuales. Este importe incluye todos los gastos sanitarios causados por la intervención quirúrgica (estancia hospitalaria, pruebas diagnósticas, honorarios médicos, utilización del robot, material fungible y no fungible, anestesia, medicación y cualesquiera otros gastos sanitarios que precise). A estos efectos, aunque el centro hospitalario figure en el Cuadro Médico de la Aseguradora se aplicará la modalidad de reembolso al ser realizada la intervención por médico ajeno a los cuadros médicos de la Aseguradora. Para que la Aseguradora pueda valorar si la Cirugía Robótica realizada y cuyo reembolso se solicita se encuentra incluida en la cobertura conforme establece el apartado "otras coberturas accesorias" de las condiciones generales, el Asegurado junto con la solicitud de reembolso deberá aportar original del informe médico emitido por el médico realizador en el que conste el cumplimiento de todos los criterios exigidos para la cobertura.

Productos

GAMA PARTICULARES



Adeslas PLENA TOTAL

Adeslas PLENA TOTAL es el seguro de asistencia sanitaria completa sin copagos y cobertura dental, de 3 años de duración sin incremento en prima, especialmente diseñado para la protección global de la salud del asegurado, acompañándolo y poniendo a su disposición a los mejores profesionales, planes de prevención y las pruebas diagnósticas más novedosas y menos invasivas durante toda la vida del cliente: prevención, detección, tratamiento y recuperación de enfermedades. Y además cuenta con cobertura de accidentes y asistencia en viaje en el extranjero hasta 100.000€

Coberturas de asistencia sanitaria

Las mismas que **Adeslas PLENA**.

Asistencia en viaje con un capital de hasta 100.000€.

Incluye el chequeo médico anual adaptado a la edad de cada asegurado.

Hasta 30 años:

- Historia clínica y exploración general
- Analítica
- Electrocardiograma
- Radiografía del tórax
- Examen ginecológico con citología vaginal
- Agudeza visual
- Audiometría y espirometría

De 31 a 45 años:

Además de todas las pruebas anteriores, también incluye:

- Ecografía mamaria (bianual o anual según criterio médico a partir de los 40 años)
- Ecografía abdominal

Desde los 46 años:

Además de todas las pruebas anteriores, también incluye:

- Analítica por estudio de PSA, HDL, fosfatasa alcalina y hemorragias ocultas
- Ecografía ginecológica/prostática

Reembolso de gastos

- Cobertura de Reembolso de gastos en farmacia:
- Reembolso del 50% de los gastos de adquisición de medicamentos dispensados en farmacias, prescritos por un médico para el tratamiento de una patología cubierta por la

póliza y que se encuentren dentro de los financiados por el Sistema Nacional de Salud.

- Límite de 200€/anualidad por asegurado.
- Cobertura de Reembolso de Logopedia y Foniatría

La Aseguradora garantiza, en las condiciones, límites y con los requisitos que seguidamente se detallan, el reembolso de los gastos sanitarios sufragados por el Asegurado al recibir, en territorio nacional, las asistencias sanitarias de Logopedia y foniatría para el tratamiento de patologías del lenguaje, del habla y de la voz de causa orgánica y trastornos funcionales. Se incluye también la logopedia por deglución atípica y el tratamiento de los trastornos del aprendizaje (dislexia, disgrafía y discalculia) para menores de 14 años de edad.

Porcentajes de reembolso y límites económicos.

La referida cobertura comprenderá el **reembolso del 50% con un límite de 500 euros por persona y anualidad de seguro.**

Alcanzados los referidos límites se entenderán finalizadas las obligaciones de reembolso de la Aseguradora.

Capitales asegurados para las contingencias de accidentes

Contingencias cubiertas de accidentes prestación en caso de siniestro¹

- Fallecimiento por accidente 30.000 €
- Fallecimiento por accidente de circulación 60.000 €
- Fallecimiento por infarto de miocardio 6.000 €
- Incapacidad absoluta y permanente 30.000 €
- Incapacidad absoluta y permanente por accidente de circulación 60.000 €

Las contingencias de fallecimiento e incapacidad son excluyentes entre sí por lo que un mismo accidente no dará derecho a indemnización por más de una contingencia.

3.3. Descripción de las contingencias cubiertas. La

Aseguradora abonará al beneficiario el capital previsto para la respectiva contingencia, cuando el evento correspondiente sea consecuencia directa de un accidente, accidente de circulación o infarto de miocardio cubiertos, ocurrido durante la vigencia del seguro, y el fallecimiento o incapacidad permanente sobrevenga al Asegurado en un plazo máximo de un año desde que sucedió el accidente cubierto por esta contingencia.

3.3.1. Fallecimiento. Fallecimiento por accidente. Si como consecuencia directa de un accidente cubierto el Asegurado falleciera, se abonará al beneficiario designado en póliza el capital indicado en el cuadro incluido en el punto 3.2.

Fallecimiento por accidente de circulación. Si como consecuencia directa de un accidente de circulación cubierto el Asegurado falleciera, se abonará al beneficiario designado en póliza el capital indicado en el cuadro incluido en el punto 3.2.

Fallecimiento por infarto de miocardio. Si como consecuencia directa de un infarto de miocardio cubierto el Asegurado falleciera, se abonará al beneficiario designado el capital indicado en el cuadro incluido en el punto 3.2.

Explícitamente se excluyen de esta contingencia otros síndromes coronarios agudos, el angor pectoris o angina de pecho y cualquier fallecimiento que se produzca habiendo superado un periodo de tiempo de un año desde la ocurrencia del infarto agudo de miocardio o que la muerte, incluso dentro de este periodo de un año, no esté relacionada directamente con dicho proceso.

Beneficiarios para las contingencias de fallecimiento Los beneficiarios para las contingencias de fallecimiento se entenderá que son los herederos legales pudiendo el Asegurado modificar o revocar los mismos con posterioridad al alta de la cobertura mediante petición y declaración escrita a la Aseguradora en la siguiente dirección:

modificacionaccidentes@segurcaixaadeslas.es.

En caso de que se designe expresamente como beneficiario a un acreedor por un préstamo del que sea deudor el Asegurado, se deberá indicar los datos del mismo aplicándose las siguientes reglas:

- En caso de fallecimiento del Asegurado, se abonará hasta el límite establecido para esta contingencia, el capital pendiente de amortización del préstamo indicado.
- El resto de capital sobrante lo percibirán los herederos legales a partes iguales.

3.3.2. Incapacidad absoluta y permanente Incapacidad

absoluta y permanente por accidente. Si como consecuencia directa de un accidente cubierto por esta póliza, cuya consecuencia le genere una situación de Incapacidad absoluta y permanente, se le abonará al Asegurado el capital indicado en el cuadro incluido en el punto 3.2.

Incapacidad absoluta y permanente por accidente de circulación. Si como consecuencia directa de un accidente de circulación cubierto, cuya consecuencia le genere una situación de incapacidad absoluta y permanente, se le abonará al Asegurado el capital indicado en el cuadro incluido en el punto 3.2.

Dental

Cobertura dental con actos gratuitos y actos con importe a cargo del asegurado.

Incluye 46 actos dentales sin coste adicional, como:

- Limpiezas Bucales.

¹ Las prestaciones por siniestro no son acumulables entre sí.

- Consulta y Consulta Urgente.
- Revisión.
- Educación Bucodental.
- Fluorizaciones.
- Ortopantomografías.
- Pruebas diagnósticas.
- Estudios tomográficos.
- Pulpotomía.
- Entre otros.

Para el resto de asistencias, se diferencian tres tipos de importes por acto, que se aplicarán en función de la clínica que escoja del cuadro médico:

- Importe por acto Dental.
- Importe por acto Óptima.
- Importe por acto específico y exclusivo en Clínicas Dentales Adeslas.

Nuevos compromisos de servicio

- Autorizaciones máximo 48 h: Una vez recibamos la solicitud de autorización a través de www.adeslas.es se establece un tiempo máximo de 48h hábiles (no siendo computables fines de semana ni festivos) para dar respuesta a la solicitud. Por respuesta a la solicitud se entenderá cualquier comunicación en relación con dicha solicitud, ya sea para aceptarla, denegarla o solicitar más información.
- Reembolsos en un plazo de 3 días en Rehabilitación, fisiología y podología, gastos de farmacia y gastos de logopedia y foniatría: Una vez recibamos la solicitud de reembolso a través de www.adeslas.es junto con la documentación correcta y completa, se establece un tiempo máximo de 3 días hábiles para emitir el pago correspondiente.

En caso de incumplimiento de alguno de los compromisos, se compensará al asegurado con 200 € por año natural y asegurado.

Normas de contratación:

- Tomador de la Póliza: persona física a partir de 18 años.
- Asegurados: persona física a partir de cualquier edad y hasta 62 años. Se admiten mayores de 62 años siempre y cuando entren en una póliza, al mismo tiempo, como mínimo 3 asegurados menores de 60 años por cada mayor de 62 años.
- Cuestionario de Salud: obligatorio para todos los asegurados.

Copagos

Adeslas PLENA TOTAL no tiene copagos.

Descuentos/Bonificaciones/Recargo

Descuento por número de asegurados:

- 3 asegurados: 5 %
- 4 asegurados: 10 %
- 5 o más asegurados: 15 %

La baja o alta de uno o varios asegurados en la póliza, supondrá la retarificación automática del producto.

Facilitamos al cliente descuento en prima si incluye nuevos asegurados en la póliza.

Periodo de carencia

Los mismos que **Adeslas PLENA**.

Exclusiones

Las mismas que **Adeslas PLENA** y para la cobertura Dental las mismas que **Adeslas DENTAL MAX**.

Exclusiones específicas de la cobertura de accidentes

Además de las limitaciones y exclusiones específicas que hemos indicado en el apartado anterior y en el apartado "Cobertura de Accidentes", la cobertura tiene también las siguientes exclusiones:

- Enfermedades o accidentes originados con anterioridad a la entrada en vigor de este contrato, aunque sus efectos se manifiesten con posterioridad a la fecha de efecto de esta póliza.
- Las prestaciones que no hayan sido comunicadas previamente a la entidad aseguradora y aquellas para las que no se hubiera obtenido la conformidad de ésta, salvo los supuestos de imposibilidad material, debidamente acreditada.
- Los accidentes producidos cuando usted se encuentre en estado de perturbación mental o, bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o estupefacientes no prescritos médicamente. Se entenderá que existe influencia de bebidas alcohólicas cuando usted sobrepase los límites de alcohol establecidos al efecto en la regulación sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial vigentes a la fecha de ocurrencia del accidente y/o fallecimiento.

- d. Las lesiones o muerte derivadas de derrame cerebral, síncope, embolias, hemorragias u otras enfermedades similares, aunque fuese dictaminado como accidente laboral, por la autoridad legal competente.
- e. Por el suicidio o tentativa de suicidio, o por lesiones o enfermedades que hubiera causado el propio asegurado, ya sea en estado de cordura o de perturbación o enajenación mental transitoria.
- f. Práctica como profesional de cualquier deporte, y como aficionado de deportes de invierno, deportes en competición y actividades notoriamente peligrosas o de alto riesgo.
- g. Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave cometidos por usted, así como, los derivados de su participación en actos delictivos, competiciones, apuestas, duelos o riñas, siempre que, en el caso de las riñas, no hubiera actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.
- h. Directa o indirecta, de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva, química o biológica, de hechos que por su magnitud o gravedad sean calificados por la autoridad competente como de "catástrofe o calamidad, de conflicto armado -aunque no hubiera estado precedido por una declaración oficial de guerra - ni de riesgos extraordinarios sobre las personas y bienes, sin perjuicio, en su caso, de su cobertura por el Consorcio de Compensación de Seguros.
- i. Por el ejercicio de las profesiones siguientes: bomberos, buzos, canteros que manejen explosivos, domadores y guardas de animales fieros, personal de seguridad privada, miembros de las Fuerzas Armadas, miembros de las Fuerzas y Cuerpos de seguridad, mineros, toreros, trapezistas que actúen sin red, tripulantes de aeronaves, y otras que pudieran comportar riesgos equivalentes.
- j. De accidentes provocados intencionadamente por el asegurado y actos fraudulentos del tomador/asegurado, beneficiario o familiares de estos.
- k. Conducir un vehículo sin disponer de la autorización, permiso o licencia administrativa correspondientes que le habilite para ello.
- l. A consecuencia del uso como conductor de motocicletas, ciclomotores y similares, o a consecuencia de la práctica del ciclismo siendo persona federada.
- m. Los riesgos extraordinarios tales como guerras, terrorismo, tumultos populares, huelgas, fenómenos de la naturaleza y cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico o acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados como catástrofe o calamidad nacional.
- n. De la práctica, cualquiera que sea su frecuencia, con carácter de aficionado, de deportes aéreos en general (paracaidismo, ascensiones en globos aerostáticos, puénting, vuelos en ala delta, parapente, navegación con ultraligeros o planeadores, o cualquier otra actividad similar), de la inmersión subacuática, el barranquismo, el rafting, el alpinismo, la escalada o la espeleología, esquí fuera de pistas, motociclismo (incluso el uso de ciclomotores y motocicletas), equitación, ejercicio del toreo, encierros de reses bravas, lucha corporal, patinaje y similares.
- o. De la práctica, como aficionado e integrado en asociaciones deportivas, del hockey, fútbol americano, rugby, polo, boxeo, halterofilia, artes marciales, lucha en sus distintas formas, o de cualquier otro deporte que implique un riesgo evidente para la integridad física del asegurado, ya sea por su propia naturaleza o por no observar las medidas de seguridad requeridas.
- p. De la participación en expediciones científicas o bien en competiciones o pruebas de velocidad -incluidos los entrenamientos- con vehículos terrestres, embarcaciones o aeronaves de motor, ya sea en calidad de piloto, copiloto o pasajero.
- q. Los accidentes derivados de la práctica por parte del Asegurado de cualquier deporte con carácter profesional o de competición o exhibición.
- r. Accidentes ocurridos a personas que no tengan la residencia en España.

Productos

GAMA PARTICULARES



Adeslas SENIORS

Adeslas SENIORS es un producto diseñado específicamente para personas entre 55 y 84 años de edad que permite el acceso a la Asistencia Sanitaria más completa con copagos, que incluye medicina general, todas las especialidades y los medios de diagnóstico más avanzados, con hospitalización en habitación individual con cama para acompañante y que ofrece una atención personalizada a través de un Asesor Médico de Salud que ayuda a los clientes en el ámbito asistencial de su póliza.

Coberturas de asistencia sanitaria

Medicina Primaria

- **Medicina General.** Asistencia sanitaria en consulta y a domicilio.
- **Enfermería.** Asistencia Sanitaria en consulta y a domicilio. En este último caso, siempre y cuando el enfermo guarde cama y previa prescripción de un médico del Cuadro Médico de La Aseguradora.

Urgencias

La Asistencia Sanitaria en casos de urgencia se prestará en los centros de urgencia permanente (24 horas) que se indiquen en el Cuadro Médico de La Aseguradora. La asistencia será domiciliaria siempre que el estado del enfermo lo requiera.

Especialidades

Asistencia Sanitaria en consultas médicas o en régimen de hospitalización (según proceda a criterio de un médico del

Cuadro Médico de La Aseguradora), en las especialidades que a continuación se citan:

- **Alergología.** Las vacunas serán a cuenta del Asegurado. Se excluyen los paneles moleculares diagnósticos y la determinación y empleo de alérgenos recombinantes.
- **Anestesia y Reanimación.**
- **Angiología y Cirugía vascular.** Incluye el tratamiento endoluminal de varices por láser siempre y cuando no sea por motivos estéticos.
- **Aparato Digestivo.** Queda incluida la cápsula endoscópica para el estudio diagnóstico de la hemorragia digestiva de origen no identificado después de colonoscopia y endoscopia alta.

Queda incluida la disección endoscópica submucosa, en toda la vía digestiva, de lesiones pre o malignas mayores de 2 cm.
- **Cardiología.**
- **Cirugía Cardiovascular.**

- **Cirugía General y del Aparato Digestivo.** Incluye la cirugía bariátrica para pacientes en quienes haya fracasado el tratamiento conservador supervisado, con un índice de masa corporal igual o superior a 40 kg/m², o a 35 si se asocian comorbilidades mayores.
- **Cirugía Maxilofacial.** Quedan excluidos los tratamientos estéticos. Asimismo queda excluida la cirugía ortognática, la cirugía preimplantacional y la cirugía preprotésica aunque las mismas tengan finalidad funcional.
- **Cirugía Plástica Reparadora.** Está excluida la cirugía con fines estéticos, salvo la reconstrucción de la mama afectada tras mastectomía y la remodelación de la mama sana contralateral, esta última con un límite máximo de un año después de la cirugía oncológica, si es considerada como opción terapéutica mediante informe médico, que incluirá, en su caso, la prótesis mamaria y los expansores de piel. Se excluye la reconstrucción y/o simetrización mamaria tras cirugía de resección mamaria por patología benigna, así como las técnicas de lipoinfiltración grasa para cualquier tipo de patología. Se excluye la micropigmentación del complejo areola pezón. Se excluye el tratamiento quirúrgico del lipedema.
- **Cirugía Torácica.**
- **Dermatología Médico Quirúrgica** Incluye la terapia fotodinámica, la dermatoscopia digital y la fototerapia PUVA y PUVB, se excluye su empleo en aplicaciones cosméticas o estéticas y como pruebas de cribado. Se excluye la corrección quirúrgica de la miopía, hipermetropía o astigmatismo y presbicia y cualquier otra patología refractiva ocular. Se excluyen los tratamientos con luz pulsada intensa (IPL).
- **Endocrinología y Nutrición.**
- **Geriatría.**
- **Hematología y Hemoterapia.**
- **Inmunología.**
- **Medicina Interna.**
- **Medicina Nuclear.**
- **Nefrología.**
- **Neonatología.**
- **Neumología.**
- **Neurocirugía.**
- **Neurofisiología Clínica.**
- **Neurología.**
- **Ginecología.**
- **Odontostomatología.** Se encuentran cubiertas las curas estomatológicas, extracciones y una limpieza de boca por cada anualidad de seguro. A partir de la primera limpieza dentro de la anualidad del seguro, será necesaria la prescripción médica.
- **Oftalmología.** Incluye la retinografía, la tomografía de coherencia óptica, ortóptica, tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad por terapia fotodinámica o inyección intravítrea de fármacos (en este caso el coste los fármacos utilizados correrán a cargo del Asegurado). Queda excluida la corrección quirúrgica de la miopía, hipermetropía o astigmatismo y presbicia y cualquier otra patología refractiva ocular. Se excluyen los tratamientos con luz pulsada intensa (IPL).
- **Oncología Médica y Radioterápica.**
- **Otorrinolaringología.** Incluye la Radiofrecuencia y la cirugía mediante Láser CO².
- **Psicología Clínica.** Con un máximo de veinte sesiones por cada anualidad de seguro o cuarenta sesiones en caso de trastornos alimentarios. Requerirá la prescripción de un especialista en psiquiatría concertado y la autorización previa de La Aseguradora.
Se excluye el psicoanálisis, hipnosis, test neuropsicológicos y psicométricos, sofrología, narcolepsia ambulatoria, cualquier método de asistencia psicológica no-conductual, la psicoterapia de grupo y la rehabilitación psicosocial.
- **Psiquiatría.**
- **Rehabilitación y Fisioterapia,** previa prescripción de un Médico del Cuadro Médico de la Aseguradora. Comprende la valoración del Médico rehabilitador y la fisioterapia, siendo su cobertura en régimen ambulatorio (excluida la fisioterapia domiciliaria) únicamente la rehabilitación del aparato locomotor, rehabilitación vestibular, rehabilitación del suelo pélvico (exclusivamente para disfunciones producidas como consecuencia del embarazo y parto, cubiertos previamente por el seguro y sea a cargo de la Aseguradora) y la rehabilitación cardíaca (exclusivamente para recuperación inmediata en pacientes que hayan sufrido un infarto agudo de miocardio y/o cirugía cardíaca con circulación extracorpórea, cubiertos previamente por el seguro). En régimen de hospitalización quedará cubierta únicamente la rehabilitación del aparato locomotor, respiratoria y cardíaca durante el episodio de ingreso que haya justificado la necesidad de dicha rehabilitación. Queda incluido el drenaje linfático tras cirugía oncológica con resección de cadenas ganglionares tanto en régimen ambulatorio como en hospitalización. Se excluyen los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando se haya conseguido la recuperación funcional, o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento, así como la rehabilitación respiratoria ambulatoria, neuropsicológica o estimulación cognitiva y la terapia ocupacional.
- **Reumatología.**

- **Traumatología y Cirugía Ortopédica.** Cirugía artroscópica. Queda expresamente excluida la infiltración de plasma rico en plaquetas y factores de crecimiento. Se excluye la cirugía endoscópica en cirugía de columna.
- **Urología.** Incluye el uso del láser para el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata. Se excluye el tratamiento quirúrgico prostático con crioterapias, radiofrecuencia, HIFU (ultrasonido focalizado de alta intensidad) y termoterapias.

Medicina Preventiva

Quedan incluidos los controles preventivos, adecuados a la edad del Asegurado, prescritos por un médico del Cuadro Médico de La Aseguradora, y realizados con medios y técnicas cubiertas por la garantía de la Póliza.

- **Ginecología:** revisión ginecológica por cada anualidad de seguro, para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix.
- **Cardiología:** incluye la prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años.
- **Urología:** revisión urológica por cada anualidad de seguro para la prevención del cáncer de próstata.

Medios de Diagnóstico

- **Análisis Clínicos,** anatomía patológica y citopatología.
- **Radiología General:** incluye las técnicas habituales de diagnóstico por la imagen, quedando incluida la utilización de medios de contraste.
- **Otros Medios de Diagnóstico:** doppler cardiaco, electrocardiografía, electroencefalografía, electromiografía, fibroendoscopia y ecografías.

Medios de Diagnóstico de Alta Tecnología

- **Inmunohistoquímica, ergometría, holter, estudios electrofisiológicos y terapéuticos, polisomnografía.**
- **Resonancia Magnética y Tomografía Axial Computarizada (TAC/ escáner).**
- **Colonografía realizada mediante TAC** (exclusivamente como prueba complementaria a la fibrocolonoscopia por intolerancia o estenosis y en pacientes con problemas médicos que contraindiquen la práctica de fibrocolonoscopia convencional).
- **Coronariografía por TAC** (exclusivamente para pacientes con enfermedad coronaria sintomática con prueba de esfuerzo no concluyente, en cirugías de recambio valvular y en valoración de estenosis tras cirugía de by-pass coronario y en malformaciones del árbol coronario, no incluyendo bajo ninguna circunstancia la valoración de estenosis tras implantación de stent, la utilización para cuantificación del calcio en arterias coronarias y su utilización como prueba diagnóstica de screening).

- **Medicina Nuclear-PET TAC** (quedan incluidos exclusivamente los realizados con el radiofármaco 18F-FDG y en las indicaciones clínicas establecidas en la ficha técnica del mismo y autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios) y **PET/RM** (exclusivamente los realizados con el radiofármaco 18F-FDG en indicaciones clínicas oncológicas). Se da cobertura al SPECT TAC.
- **Pruebas Genéticas,** quedan cubiertas **exclusivamente** aquellas pruebas cuyo fin sea el **diagnóstico de enfermedades** en pacientes afectos y sintomáticos. Incluye también las dianas terapéuticas cuya determinación sea exigida en la ficha técnica emitida por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para la administración de algunos fármacos y las plataformas genómicas de cáncer de mama Oncotype y Mammaprint. **Quedan expresamente excluidos de la cobertura del Seguro, cualquier medio de diagnóstico y/o tratamiento mediante terapia génica, los estudios de farmacogenética, la determinación del mapa genético con fines predictivos o preventivos y cualquier otra técnica genética o de biología molecular.**
- **Medios de Diagnóstico Intervencionista:** radiología intervencionista vascular y visceral y hemodinámica vascular.

Las pruebas de diagnóstico, en todos los casos, han de ser prescritas por facultativos del Cuadro Médico General o del Cuadro Médico Ampliado, y han de estar cubiertas por la póliza.

Hospitalización

Cualquier tipo de hospitalización se realizará en clínica u hospital designado por la Entidad Aseguradora. Para ello será necesaria la previa prescripción de un especialista concertado y la autorización escrita de ésta.

La hospitalización se hará siempre en habitación individual que dispondrá de cama para el acompañante excepto en las hospitalizaciones psiquiátricas y en U.V.I., y serán por cuenta de La Aseguradora los gastos derivados de la realización de los métodos diagnósticos y terapéuticos, tratamientos quirúrgicos (incluidos gastos de quirófano y medicamentos) **y estancias con la manutención del enfermo, comprendidos en la cobertura de la póliza. Queda excluida la asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social.**

- **Hospitalización Quirúrgica.** Incluye las especialidades quirúrgicas para el tratamiento de las patologías que así lo requieran, el estudio preoperatorio o preanestésico (consulta, analítica y electrocardiograma), las visitas y curas del postoperatorio inmediato, la cirugía mayor ambulatoria, y en su caso los implantes quirúrgicos y prótesis.

- **Hospitalización Médica sin Intervención Quirúrgica.** Incluye las distintas especialidades médicas para el diagnóstico y/o tratamiento de las patologías médicas susceptibles de ingreso.
- **Hospitalización en Unidad de Vigilancia Intensiva (U.V.I.).**
- **Hospitalización Psiquiátrica.** Exclusivamente para los enfermos de procesos agudos o crónicos en periodo de agitación, previamente diagnosticados por un especialista del Cuadro Médico de La Aseguradora, en régimen de internamiento o en hospitalización de día, con un límite de cincuenta días por cada anualidad de seguro.
- **Hospitalización de día:** Tanto para procesos quirúrgicos como médicos, incluidos los tratamientos quimioterápicos en oncología. Comprende los gastos de estancia, la medicación y los medios de diagnóstico utilizados durante la permanencia en el centro hospitalario.

Implantes y Prótesis Quirúrgicas

Serán suministrados siempre por las empresas designadas por La Aseguradora. La garantía comprende, previa prescripción escrita de un médico especialista del Cuadro Médico, las prótesis internas y los materiales implantables expresamente indicados a continuación:

- **Cardiovasculares:** marcapasos (monocamerales, bicamerales y los marcapasos con terapia de resincronización cardíaca), válvulas cardíacas mecánicas, biológicas xenólogas y anillos para valvuloplastia, conducto valvulado, stent coronario (medicalizado o no medicalizado), prótesis de bypass vascular y las endoprótesis (stent) vasculares. Sustitutos del pericardio (sintéticos y biológicos xenólogos) y filtro vena cava. Se excluyen los marcapasos con tecnología sin cable, los desfibriladores automáticos implantables (DAI) y las válvulas cardíacas transcater. Se incluyen los coils (materiales de embolización, tipo líquido o dispositivo). Se incluyen los dispositivos oclusores cardíacos exclusivamente para el tratamiento de la comunicación interauricular, comunicación interventricular y ductus persistente. Se excluyen los dispositivos tipo amplatzer y similares, ni periféricos ni cardíacos (estos dispositivos se catalogan como dispositivos oclusores/ tapón cardíaco y vasculares) para otras indicaciones no especificadas en la cobertura. Se excluyen las partículas liberadoras de fármacos.
- **Digestivos:** endoprótesis (stents) biliopancreático, esofágico, duodenal y colorrectal exclusivamente en casos de estenosis por patología neoplásica maligna y en casos tras perforación por proceso endoscópico que haya sido a cargo de la Aseguradora. Se excluyen todos los dispositivos y prótesis empleados como terapia de vacío endoluminal.

- **Osteoarticulares:** prótesis internas traumatológicas, el material de osteosíntesis y el material osteoligamentoso biológico obtenido de bancos de tejidos nacionales autorizados en la Unión Europea. Se excluyen los fijadores externos y los dispositivos de elongación de hueso intramedulares guiados por dispositivos electrónicos.
- **Oftalmológicos:** lentes intraoculares (monofocales y bifocales) para la corrección de la afaquia tras cirugía de cataratas (con exclusión de las lentes tóricas y trifocales) Se excluyen las lentes tóricas, monofocales de rango extendido, lentes EDOF (de profundidad de foco extendida), trifocales y otras lentes con corrección visual añadida.
- **Quimioterapia o Tratamiento del dolor:** reservorios implantables (ports).
- **Implantes Reparadores:** Prótesis mamaria y expansores cutáneos para la reconstrucción de la mama afectada tras mastectomía y la remodelación de la mama sana contralateral, esta última con un límite máximo de un año después de la cirugía oncológica, si es considerada como opción terapéutica mediante informe médico.
 - Mallas sintéticas para reconstrucción de pared abdominal o torácica.
 - Urológicos y genitourinarios: prótesis testiculares tras orquiectomía exclusivamente tras proceso tumoral o torsión testicular. Banda de fijación para incontinencia de esfuerzo cuando haya fracasado el tratamiento conservador o el farmacológico.
 - Implantes neurológicos: sistemas de derivación de líquido cefalorraquídeo, incluyendo sus reservorios.
 - Implantes otorrinolaringológicos: tubos de drenaje transtimpánicos. Prótesis de oído medio para la reconstrucción osicular (martillo, yunque y estribo).

El coste de cualquier otro tipo de implante quirúrgico, material biológico, prótesis externas, ortesis y ortoprotésis no incluidos en el detalle anterior correrán a cargo del Asegurado.

Tratamientos especiales

- **Terapias Respiratorias a domicilio.** Incluye oxigenoterapia (líquida, con concentrador o gaseosa), aerosolterapia (en este caso la medicación correrá a cargo del Asegurado), ventilación con presión positiva continua en vía aérea (CPAP) y ventilación con dispositivos binivel (BIPAP).
- **Transfusiones de sangre y/o plasma.**
- **Logopedia y Foniatría.** Incluye el tratamiento de patologías del lenguaje, del habla y de la voz de causa orgánica y trastornos funcionales, quedando excluidos los tratamientos cuando se haya conseguido la recuperación funcional, o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento.
- **Laserterapia.** Incluye fotocoagulación en oftalmología, la

cirugía en coloproctología, las intervenciones quirúrgicas en ginecología, otorrinolaringología y dermatología, así como el láser en rehabilitación músculo-esquelética, en las intervenciones para la hiperplasia benigna de próstata, en la litotricia de la vía urinaria y en el tratamiento endoluminal de las varices y lesiones traqueobronquiales. Quedan expresamente excluidas todas aquellas técnicas quirúrgicas o terapéuticas que empleen láser y no se encuentren en el detalle anterior.

- **Nucleotomía Percutánea.**
- **Hemodiálisis para insuficiencias renales agudas o crónicas.**
- **Quimioterapia.** En régimen de internamiento o en hospitalización de día. La Aseguradora sólo asumirá los gastos de medicamentos clasificados como citostáticos, comercializados en España y que estén autorizados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Incluye los reservorios implantables (port-a-cath). Quedan expresamente excluidos los tratamientos quimioterápicos intraoperatorios como la quimioterapia intraperitoneal.
- **Oncología Radioterápica.** Incluye cobaltoterapia, braquiterapia, los isótopos radioactivos y acelerador lineal: irradiación corporal (baño de electrones); radiocirugía y radioterapia esterotóxica en los tumores intracraneales; radioterapia externa conformacional; radioterapia exterotóxica corporal; radioterapia con intensidad modulada con control de imagen y movimiento, y la radioterapia intraoperatoria. Se excluye la radioterapia para procesos benignos no oncológicos salvo en emergencias por compresión medular y la terapia con haz de protones o neutrones.
- **Tratamiento del dolor.** Incluye los reservorios implantables (port-a-cath), quedando excluidas las bombas implantables para perfusión de medicamentos y los electrodos de estimulación medular.
- **Litotricia Renal.**
- **Ondas de Choque para Calcificaciones Musculotendinosas.**

Los tratamientos anteriores, en todos los casos, han de ser prescritos por facultativos del Cuadro Médico de La Aseguradora que tengan a su cargo la asistencia del Asegurado, asistencia que ha de estar cubierta por la Póliza.

Trasplantes de órganos, tejidos y células de origen humano

El Seguro incluye las actuaciones médicas y quirúrgicas sobre el propio Asegurado que resulten necesarias para realizarle el trasplante autólogo de médula ósea o un trasplante de córnea, con las gestiones administrativas que ello conlleve.

Quedan excluidos otros trasplantes o autotrasplantes de

órganos, tejidos o células no indicados en el detalle anterior. Asimismo quedan excluidas en todos los trasplantes de órganos, las actuaciones médicas y quirúrgicas a realizar sobre la persona del donante, sea o no Asegurado para la extracción del órgano a trasplantar a otra persona, y las actuaciones correspondientes a la conservación y traslado del órgano.

Otras coberturas accesorias

- **Cirugía robótica:** Queda incluida la cirugía robótica exclusivamente para las indicaciones que se detallan a continuación y en los centros concertados para ello y que figuran debidamente identificados en el Cuadro Médico. Para acceder a esta prestación será necesaria:
 - **La prescripción por parte de un médico especialista** en urología y/o nefrología del Cuadro Médico.
 - **El pago por el Asegurado y a la Aseguradora** de una franquicia por importe de 6.000 €.
 - **La autorización previa** emitida por la Aseguradora.

El empleo de sistemas robóticos en cirugía se incluye exclusivamente para las siguientes indicaciones:

- **En el tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata** mediante prostatectomía radical en aquellos casos que cumplan todos los siguientes criterios:
 - Diagnóstico de tumor maligno prostático localizado;
 - PSA menor o igual a 15 ng/ml en el momento de la indicación quirúrgica;
 - Ausencia de afectación extracapsular y/o de vesículas seminales en la ecografía transrectal o medios de imagen (tumor estadificado como T1 o T2);
 - Ausencia de evidencia de metástasis y/o invasión linfática (tumor estadificado como N0 y M0);
 - Riesgo anestésico del paciente ASA menor a III.
- En el tratamiento quirúrgico, mediante nefrectomía parcial, del carcinoma renal (exclusivamente en tumores menores de 4 cm en su diámetro mayor).

Normas de contratación

- **Tomador de la Póliza:** persona física a partir de 18 años. En caso de tomador persona jurídica, se establece una limitación de 15 asegurados en póliza.
- **Asegurados:** persona física entre 55 y 84 años. Se permitirá la entrada de asegurados de 50 a 54 años, siempre y cuando vayan acompañados en póliza de un asegurado de 55 años o superior.
- **Cuestionario de Salud:** obligatorio para todos los asegurados. Este producto cuenta con un cuestionario de salud específico para este público objetivo.

Copagos

Adeslas SENIORS dispone de un sencillo esquema de copagos en el que a través del Asesor Médico de Salud, el cliente siempre accederá a todas las especialidades médicas con copagos reducidos en las asistencias del ámbito ambulatorio.

LÍMITE MÁXIMO ANUAL	
Límite máximo anual asistencia sanitaria ambulatoria accediendo a través del Asesor médico de Salud	250,00 €
Límite máximo anual asistencia sanitaria hospitalaria	800,00 €
Límite máximo anual asistencia sanitaria ambulatoria por acceso libre	Sin Límite

Copago Ambulatorio

ASISTENCIA AMBULATORIA REDUCIDA Límite máximo anual 250 €.	COPAGO
Radiología Simple	3,00 €
Actos Terapéuticos Intraconsulta	3,00 €
Terapias en Rehabilitación y Fisioterapia (Sesión)	3,00 €
Podología	3,00 €
Atención a Domicilio (actos de DUE)	3,00 €
Consultas	5,00 €
Anatomía Patológica	5,00 €
Pruebas de Diagnóstico Intraconsulta	9,00 €
Análisis Clínicos (Excepto Genética)	9,00 €
Ecografía	9,00 €
Densitometría ósea y Mamografía	9,00 €
Pruebas Genéticas	15,00 €
Radiología Especial	15,00 €
Ergometría y Holter	15,00 €
Endoscopia (Digestiva, Respiratoria, Ginecológica, ORL y Urológica)	15,00 €
Potenciales Evocados	15,00 €
Anatomía Patológica: Inmunohistoquímica	30,00 €
Resonancia Magnética y TAC	30,00 €
Medicina Nuclear (Excepto PET)	30,00 €

PET	30,00 €
Polisomnografía	30,00 €
Láser (sesión)	30,00 €
Terapia Fotodinámica (Tratamiento Completo)	30,00 €
Rehabilitación Cardíaca (Tratamiento Completo)	30,00 €

ASISTENCIA AMBULATORIA Sin límite máximo anual.	COPAGO
Radiología Simple	10,00 €
Actos Terapéuticos Intraconsulta	10,00 €
Terapias en Rehabilitación y Fisioterapia (Sesión)	10,00 €
Podología	10,00 €
Atención a Domicilio (actos de DUE)	10,00 €
Consultas	17,00 €
Anatomía Patológica	17,00 €
Pruebas de Diagnóstico Intraconsulta	30,00 €
Análisis Clínicos (Excepto Genética)	30,00 €
Ecografía	30,00 €
Densitometría ósea y Mamografía	30,00 €
Pruebas Genéticas	50,00 €
Radiología Especial	50,00 €
Ergometría y Holter	50,00 €
Endoscopia (Digestiva, Respiratoria, Ginecológica, ORL y Urológica)	50,00 €
Potenciales Evocados	50,00 €
Anatomía Patológica: Inmunohistoquímica	100,00 €
Resonancia Magnética y TAC	100,00 €
Medicina Nuclear (Excepto PET)	100,00 €
PET	100,00 €
Polisomnografía	100,00 €
Láser (sesión)	100,00 €
Terapia Fotodinámica (Tratamiento Completo)	100,00 €
Rehabilitación Cardíaca (Tratamiento Completo)	100,00 €

Copago Hospitalario

CONCEPTO HOSPITALIZACIÓN	ASISTENCIA SANITARIA	COPAGO
Límite Máximo Anual: 800		
Ingreso médico	Estancia Ingreso Médico	100,00€ / día
Ingreso quirúrgico	Estancia Ingreso Quirúrgico	100,00€ / día
Hospital de día médico	Estancia hospital de día	100,00 €
Hospital de día oncológico	Sesión quimioterapia	100,00 €
Procedimientos diagnósticos o terapéuticos que requieren entorno hospitalarios	Cirugía sin estancia	100,00 €
	Litotricia	100,00 €
	Sesión radioterapia	100,00 €
	Sesión diálisis	100,00 €
	Procedimiento intervencionista	100,00 €
Urgencia hospitalaria	Urgencia hospitalaria	25,00 €

Descuentos/Bonificaciones

- **Descuentos por número de asegurados:** 10 % de descuento a partir de tres asegurados. La baja o alta de uno o varios asegurados en la póliza supondrá la retarificación automática del producto.
- **Bonificaciones por forma de pago.**

Trimestral	2 %
Semestral	4 %
Anual	6 %

Periodo de Carencia

Todas las prestaciones que en virtud de la póliza asume la Aseguradora serán facilitadas desde la fecha de entrada en vigor del contrato para cada uno de los Asegurados. Se exceptúan del anterior principio general las prestaciones siguientes:

MEDIOS DE DIAGNÓSTICO	
Medios de Diagnóstico de Alta Tecnología	3 meses
Medios de Diagnóstico Intervencionista	6 meses
HOSPITALIZACIÓN	
Intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio (Intervenciones del grupo 0 al II según clasificación de la Organización Médica Colegial)	3 meses
Ligadura de Trompas y Vasectomía	6 meses
Hospitalización por cualquier motivo o naturaleza en régimen de internamiento o en hospital de día, así como las intervenciones quirúrgicas realizadas en estos regímenes	8 meses
Coste de Implantes quirúrgicos y Prótesis	8 meses
Intervenciones quirúrgicas que tengan lugar en situación de urgencia vital, no se aplicará el periodo de carencia previsto.	
TRATAMIENTOS ESPECIALES	
Laserterapia: en tratamientos de Fotocoagulación en Oftalmología así como el Láser en Rehabilitación Músculo-Esquelética	3 meses
Nucleotomía Percutánea	3 meses
Laserterapia. Cirugía en Coloproctología, las intervenciones quirúrgicas en Ginecología, Otorrinolaringología y Dermatología, en las intervenciones para la Hiperplasia Benigna de Próstata, en la litotricia de la vía urinaria y en el Tratamiento Endoluminal de las Varices y lesiones traqueobronquiales.	8 meses
Tratamiento del dolor	8 meses
Diálisis	8 meses
Ondas de Choque para Calcificaciones Musculotendinosas	8 meses
Litotricia Renal	8 meses
Quimioterapia y Oncología Radioterápica	8 meses

Exclusiones

Además de las limitaciones y exclusiones específicas que hemos indicado en el apartado "Cobertura de asistencia sanitaria", la asistencia sanitaria cubierta por la póliza tiene también las siguientes exclusiones.

- Queda excluida la asistencia sanitaria o cualquier gasto médico que precise el Asegurado y que sea consecuencia, guarde relación o se derive de una situación que haya sido declarada por organismos nacionales o internacionales como epidemia y/o pandemia, o con una declaración de

emergencia de salud pública de interés internacional, o declaración equivalente.

Igualmente se encuentran excluidas las asistencias sanitarias o cualquier gasto médico que precise el Asegurado que sea consecuencia, guarde relación o se derive de guerras, catástrofes naturales o nucleares (con o sin declaración de las mismas), actos de terrorismo, insurrecciones, tumultos populares, o cualquier fenómeno catastrófico extraordinario.

- La asistencia sanitaria de las lesiones producidas a causa de embriaguez, riñas (salvo en caso de legítima defensa), autolesiones o intentos de suicidio.

Se entiende por embriaguez la establecida en la legislación sobre tráfico, circulación de vehículos de motor y seguridad vial, con independencia de que el siniestro suceda o no con ocasión de la conducción de vehículo a motor por el Asegurado.

- c. Los fármacos y medicamentos de cualquier clase, productos sanitarios y medios de cura salvo los que se administren al paciente mientras esté hospitalizado, ya sea en régimen de ingreso, hospital de día o cirugía ambulatoria. Quedan excluidos los medicamentos de terapia avanzada que comprenden los medicamentos de uso humano basados en genes (terapia génica), células (terapia celular de cualquier tipo) y tejidos (ingeniería tisular). Además, quedan excluidos todo tipo de tratamientos experimentales incluyendo los que están en ensayo clínico en todas sus fases o grados.
- d. La asistencia sanitaria derivada de alcoholismo crónico o adicción a drogas o psicofármacos de cualquier tipo.
- e. La asistencia sanitaria que se precise como consecuencia de lesiones producidas durante la práctica profesional de cualquier deporte y/o actividad, así como la práctica no profesional de actividades manifiestamente peligrosas o de alto riesgo como el toreo o encierro de reses bravas, artes marciales, espeleología, submarinismo, escalada, puenting, parapente, paracaidismo, barranquismo, rafting, vuelo sin motor o cualquier otra de análoga naturaleza.
- f. La asistencia sanitaria de toda clase de enfermedades, estados de salud, lesiones, defectos o deformaciones congénitas o preexistentes a la fecha de efecto del alta de cada Asegurado en la póliza, que siendo conocidas por el Asegurado, no hubiesen sido declaradas por éste en el cuestionario de salud. Esta exclusión no afectará a los Asegurados incorporados a la póliza desde su nacimiento conforme la cláusula 4.1. (Cláusulas Jurídicas).
- g. El diagnóstico, tratamiento e intervenciones quirúrgicas realizadas con fines puramente estéticos o cosméticos así como la necesidad de pruebas diagnósticas o tratamientos por complicaciones que pudieran estar directa y/o principalmente causadas por haberse sometido a una intervención, infiltración o tratamiento de carácter puramente estético o cosmético. Quedan excluidas las técnicas de lipoinfiltración grasa. Queda excluida la micropigmentación del complejo areola pezón. Se excluye el tratamiento quirúrgico del lipedema.
- h. La cirugía robótica, en todas las especialidades excepto en los casos indicados en el apartado otras coberturas accesorias (2.10), ya sea directa o asistida (entendiendo en ambos casos las intervenciones realizadas mediante maniobras quirúrgicas que realiza un robot siguiendo las instrucciones de un cirujano y guiado por un sistema laparoscópico telerrobotizado, y/o la que realiza el robot asistida por un sistema informatizado de realidad virtual o

navegador con imágenes en 3D obtenidas por ordenador; las cirugías profilácticas y las cirugías del cambio de sexo.

- i. La asistencia obstétrica y los tratamientos de reproducción asistida.
 - j. Cualquier tratamiento o prueba diagnóstica cuya utilidad o eficacia no esté contrastada científicamente o sean considerados de carácter experimental o no hayan sido ratificadas por las agencias españolas de evaluación de tecnologías sanitarias. Quedan excluidas las medicinas alternativas, naturopatía, homeopatía, acupuntura, mesoterapia, hidroterapia, presoterapia, ozonoterapia, medicina regenerativa (Incluye técnicas de regeneración tisular, celular o molecular, los implantes o trasplantes de células madre y la ingeniería de tejidos). Además, se excluye el tratamiento con cámara hiperbárica.
 - k. La asistencia sanitaria que esté cubierta por el seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, según su legislación específica.
 - l. Quedan excluidas todo tipo de prótesis e implantes quirúrgicos y material sanitario implantable sintético o biológico, fijadores externos e internos no detallados en el apartado de cobertura de implantes y prótesis quirúrgicas. Se excluye la cirugía endoscópica en cirugía de columna.
 - m. Queda excluida la terapia ocupacional.
- No obstante lo anterior, en los supuestos contemplados en las anteriores exclusiones b), d), e) y k), la Aseguradora asume la asistencia sanitaria que deba prestarse al Asegurado en situación de urgencia y mientras ésta dure. Si la asistencia urgente incluye la hospitalización del paciente, la cobertura finalizará a las 24 horas del ingreso de éste en el centro hospitalario.

Módulos complementarios

Adicionalmente, podrá contratarse el siguiente módulo como complemento a la póliza de salud:

- **Adeslas DENTAL FAMILIA**, beneficiándose de un 15 % de descuento sobre la tarifa de **Adeslas DENTAL FAMILIA**.

Ver descripción de módulos en página 69.

Productos

GAMA PARTICULARES



Adeslas PLENA TOTAL SENIORS

Adeslas PLENA TOTAL SENIORS es un producto de asistencia sanitaria completa con copagos y cobertura dental, de 3 años de duración sin incremento en prima, diseñado específicamente para personas entre 63 y 84 años de edad, que incluye medicina general, todas las especialidades y los medios de diagnóstico más avanzados, con hospitalización en habitación individual con cama para acompañante, chequeo médico anual y que ofrece una atención personalizada a través de un Asesor Médico de Salud que ayuda a los clientes en el ámbito asistencial de su póliza.

Coberturas de asistencia sanitaria

Las mismas que **Adeslas SENIORS**.

Asistencia en viaje con un capital de hasta 30.000€.

Incluye el chequeo médico anual con un copago de 50 €.

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

Dental

Cobertura dental con actos gratuitos y actos con importe a cargo del asegurado.

Incluye 46 actos dentales sin coste adicional, como:

- Limpiezas Bucales.
- Consulta y Consulta Urgente.
- Revisión.
- Educación Bucodental.
- Fluorizaciones.
- Ortopantomografías.
- Pruebas diagnósticas.
- Estudios tomográficos.
- Pulpotomía.
- Entre otros.

Para el resto de asistencias, se diferencian tres tipos de importes por acto, que se aplicarán en función de la clínica que escoja del cuadro médico:

- Importe por acto Dental.
- Importe por acto Óptima.
- Importe por acto específico y exclusivo en Clínicas Dentales Adeslas.

Nuevos compromisos de servicio

- **Autorizaciones máximo 48 h:** Una vez recibamos la solicitud de autorización a través de www.adeslas.es se establece un tiempo máximo de 48h hábiles (no siendo computables fines de semana ni festivos) para dar respuesta a la solicitud. Por respuesta a la solicitud se entenderá cualquier comunicación en relación con dicha solicitud, ya sea para aceptarla, denegarla o solicitar más información.

En caso de incumplimiento de alguno de los compromisos, se compensará al asegurado con 200 € por año natural y asegurado.

Normas de contratación

- **Tomador de la Póliza:** persona física a partir de 18 años. En caso de tomador persona jurídica, se establece una limitación de 8 asegurados en póliza.
- **Asegurados:** persona física entre 63 y 84 años. Se permitirá la entrada de asegurados de 60 a 62 años, siempre y cuando vayan acompañados en póliza de un asegurado de 63 años o superior.
- **Cuestionario de Salud:** obligatorio para todos los asegurados. Este producto cuenta con un cuestionario de salud específico para este público objetivo.

Copagos

Adeslas PLENA TOTAL SENIORS dispone de un sencillo esquema de copagos en el que, a través del Asesor Médico de Salud, el cliente siempre accederá a todas las especialidades médicas con copagos reducidos en las asistencias del ámbito ambulatorio.

LÍMITE MÁXIMO ANUAL	
Límite máximo anual asistencia sanitaria ambulatoria accediendo a través del Asesor médico de Salud	250,00 €
Límite máximo anual asistencia sanitaria Hospitalaria	800,00 €
Límite máximo anual ambulatorio por acceso libre	Sin Límite

Copago Ambulatorio

ASISTENCIA AMBULATORIA REDUCIDA Límite máximo anual 250 €.	COPAGO
Radiología Simple	3,00 €
Actos Terapéuticos Intraconsulta	3,00 €
Terapias en Rehabilitación y Fisioterapia (Sesión)	3,00 €
Podología	3,00 €
Atención a Domicilio (actos de DUE)	3,00 €
Consultas	5,00 €
Anatomía Patológica	5,00 €
Pruebas de Diagnóstico Intraconsulta	9,00 €
Análisis Clínicos (Excepto Genética)	9,00 €
Ecografía	9,00 €
Densitometría ósea y Mamografía	9,00 €
Pruebas Genéticas	15,00 €
Radiología Especial	15,00 €
Ergometría y Holter	15,00 €
Endoscopia (Digestiva, Respiratoria, Ginecológica, ORL y Urológica)	15,00 €
Potenciales Evocados	15,00 €
Anatomía Patológica: Inmunohistoquímica	30,00 €
Resonancia Magnética y TAC	30,00 €
Medicina Nuclear (Excepto PET)	30,00 €
PET	30,00 €

Polisomnografía	30,00 €
Láser (sesión)	30,00 €
Terapia Fotodinámica (Tratamiento Completo)	30,00 €
Rehabilitación Cardíaca (Tratamiento Completo)	30,00 €
Chequeo/Reconocimiento Médico anual*	50,00 €

ASISTENCIA AMBULATORIA Sin límite máximo anual.	COPAGO
Radiología Simple	10,00 €
Actos Terapéuticos Intraconsulta	10,00 €
Terapias en Rehabilitación y Fisioterapia (Sesión)	10,00 €
Podología	10,00 €
Atención a Domicilio (actos de DUE)	10,00 €
Consultas	17,00 €
Anatomía Patológica	17,00 €
Pruebas de Diagnóstico Intraconsulta	30,00 €
Análisis Clínicos (Excepto Genética)	30,00 €

Ecografía	30,00 €
Densitometría ósea y Mamografía	30,00 €
Pruebas Genéticas	50,00 €
Radiología Especial	50,00 €
Ergometría y Holter	50,00 €
Endoscopia (Digestiva, Respiratoria, Ginecológica, ORL y Urológica)	50,00 €
Potenciales Evocados	50,00 €
Anatomía Patológica: Inmunohistoquímica	100,00 €
Resonancia Magnética y TAC	100,00 €
Medicina Nuclear (Excepto PET)	100,00 €
PET	100,00 €
Polisomnografía	100,00 €
Láser (sesión)	100,00 €
Terapia Fotodinámica (Tratamiento Completo)	100,00 €
Rehabilitación Cardíaca (Tratamiento Completo)	100,00 €
Chequeo/Reconocimiento Médico anual*	50,00 €

Copago Hospitalario

CONCEPTO HOSPITALIZACIÓN	ASISTENCIA SANITARIA	COPAGO
Límite Máximo Anual: 800		
Ingreso médico	Estancia Ingreso Médico	100,00€ / día
Ingreso quirúrgico	Estancia Ingreso Quirúrgico	100,00€ / día
Hospital de día médico	Estancia hospital de día	100,00 €
Hospital de día oncológico	Sesión quimioterapia	100,00 €
Procedimientos diagnósticos o terapéuticos que requieren entorno hospitalarios	Cirugía sin estancia	100,00 €
	Litotricia	100,00 €
	Sesión radioterapia	100,00 €
	Sesión diálisis	100,00 €
	Procedimiento intervencionista	100,00 €
Urgencia hospitalaria	Urgencia hospitalaria	25,00 €

*El Chequeo no aplica para el límite máximo anual de 250 €.

Descuentos/Bonificaciones

Descuentos por número de asegurados:

3 asegurados	5 %
4 asegurados	10 %
5 o más asegurados	15 %

La baja o alta de uno o varios asegurados en la póliza, supondrá la retarificación automática del producto.

Facilitamos al cliente descuento en prima si incluye nuevos asegurados en la póliza.

Periodo de Carencia

Los mismos que **Adeslas SENIORS**.

Exclusiones

Las mismas que **Adeslas SENIORS**.

Productos

GAMA PARTICULARES



Adeslas DENTAL MAX

Adeslas DENTAL MAX es un producto dental que ofrece al cliente un plan dental a largo plazo, premiando su fidelidad con la incorporación de hasta 49 nuevos actos sin coste adicional durante los primeros 3 años y reduciendo su prima 1 € cada año hasta alcanzar los 6 € por asegurado al mes.

Coberturas/Tarifas e importes por actos

Adeslas DENTAL MAX da acceso gratuito a una multitud de asistencias como:

- Limpiezas Bucales.
- Consulta y Consulta Urgente.
- Revisión.
- Educación Bucodental.
- Fluorizaciones.
- Ortopantomografías.
- Pruebas diagnósticas.
- Estudios tomográficos.

Además, para el resto de asistencias, se diferencian dos tipos de importes por acto (modalidad Dental o modalidad Óptima), que se aplicarán en función de la clínica que se escoja del cuadro médico.

Normas de contratación

- **Tomador de la Póliza:** persona física a partir de 18 años. Contratación no disponible para CIFs.
- **Asegurados:** persona física de cualquier edad y sin límite de edad de acceso.
- **Sin Cuestionario de Salud.**
- **Producto no contratable como módulo opcional** de un producto de salud.

Copagos

Sin Copagos, únicamente se aplicarán los importes por acto en las asistencias según el listado de importes por acto que se publica anualmente.

Descuentos/Bonificaciones/Recargo

- **Descuentos por número de asegurados:** el producto incluye descuentos en prima para contrataciones de dos asegurados y tres o más asegurados.

La baja o alta de uno o varios asegurados en la póliza supondrá la retarificación automática del producto.

- **Bonificaciones por antigüedad:** el producto aplicará una bonificación por antigüedad a cada asegurado de 1 € a partir de la primera renovación hasta alcanzar un mínimo de 6 € por asegurado (la prima podría tener un importe inferior a 6 € en caso de la aplicación del descuento comercial).
- **Bonificaciones por forma de pago:** este producto no incluye bonificaciones por forma de pago.

Periodo de carencia

No se aplican periodos de carencia.

Exclusiones

Quedan excluidos de la cobertura del seguro cualquier asistencia odontológica no incluida expresamente en el Anexo de Relación de actos Dentales, así como aquellas asistencias dentales que para su realización precisen de internamiento hospitalario o de anestesia general.

Módulos complementarios

No se pueden incorporar módulos.

Productos

GAMA PARTICULARES



Adeslas DENTAL TOTAL

Adeslas DENTAL TOTAL es un novedoso e innovador seguro a 3 años que ofrece una cobertura dental total. Un producto dirigido a aquellos clientes que necesitan acceder de forma inmediata a los tratamientos o hacerse un tratamiento de larga duración como son los de ortodoncia e implantología.

Coberturas/Tarifas e importes por actos

Adeslas DENTAL TOTAL incluye **50 actos sin coste adicional**, entre los que destacan: los empastes, las reconstrucciones y tratamientos de odontopediatría.

Además, para el resto de las asistencias odontológicas, los precios de los actos y los **tratamientos dentales**, son **un 10 % más económicos** que los importes por acto de la modalidad Óptima.

Normas de contratación

- **Tomador de la Póliza:** persona física a partir de 18 años. Contratación no disponible para CIFs.
- **Asegurados:** persona física de cualquier edad y sin límite de edad de acceso.
- **Sin Cuestionario de Salud.**
- **Forma de pago:** Único anticipado

- **Producto no contratable como módulo opcional** de un producto de salud.

Copagos

Sin Copagos, únicamente se aplicarán los importes por acto en las asistencias odontológicas según el listado de importes por acto que se publica anualmente.

Descuentos/Bonificaciones/Recargo

- **Descuentos por número de asegurados:** el producto incluye descuentos en prima para contrataciones de dos asegurados y tres o más asegurados.
La baja o alta de uno o varios asegurados en la póliza supondrá la retarifación automática del producto.
- **Bonificaciones por forma de pago:** este producto no incluye bonificaciones por forma de pago.

Periodo de carencia

No se aplican periodos de carencia.

Exclusiones

Quedan excluidos de la cobertura del seguro cualquier asistencia odontológica no incluido expresamente en el Anexo de Relación de actos Dentales, así como aquellas asistencias odontológicas que para su realización precisen de internamiento hospitalario o de anestesia general.

Módulos complementarios

No se pueden incorporar módulos.

Productos

GAMA NEGOCIOS Y EMPRESAS



Adeslas NEGOCIOS

Seguro de asistencia sanitaria especialmente diseñado para negocios y autónomos, que pone a disposición de los asegurados la mejor sanidad privada del mercado, con un cuadro médico de más de 48.000 profesionales y 1.500 centros de atención médico-asistencial.

A nivel nacional, el seguro de salud es el beneficio social más demandado por los trabajadores, lo que permite a los empresarios que lo contratan para sus empleados contar con la mejor herramienta de fidelización y aportar ventajas fiscales a ambas partes.

Coberturas de asistencia sanitaria

Medicina Primaria

- **Medicina General.** Asistencia sanitaria en consulta y a domicilio.
- **Pediatría.** Para niños menores de catorce años.
- **Enfermería.** Asistencia sanitaria en consulta y a domicilio. En este último caso, siempre y cuando el enfermo guarde cama y previa prescripción de un médico del Cuadro Médico de La Aseguradora.

Urgencias

La Asistencia Sanitaria en casos de urgencia se prestará en los centros de urgencia permanente (24 horas) que se indiquen en el Cuadro Médico de La Aseguradora. La asistencia será

domiciliaria siempre que el estado del enfermo lo requiera.

Especialidades

Asistencia Sanitaria en consultas médicas o en régimen de hospitalización (según proceda a criterio de un médico del Cuadro Médico de La Aseguradora), en las especialidades que a continuación se citan:

- **Alergología.** Las vacunas serán a cuenta del Asegurado.
- **Anestesia y Reanimación.**
- **Angiología y Cirugía vascular y radiofrecuencia.** Incluye el tratamiento endoluminal de varices por láser siempre y cuando no sea por motivos estéticos.
- **Cardiología.**
- **Cirugía Cardiovascular.**
- **Cirugía General y del Aparato digestivo.** Incluye la Cirugía Bariátrica para pacientes en quienes haya fracasado el

tratamiento conservador supervisado, con un índice de masa corporal igual o superior a 40 kg/m², o a 35 si se asocian comorbilidades mayores.

Quedan excluidas las técnicas bariátricas por endoscopia.

- **Cirugía Maxilofacial.** Quedan excluidos los tratamientos estéticos. Asimismo queda excluida la cirugía ortognática, la cirugía preimplantacional y la cirugía preprotésica aunque las mismas tengan finalidad funcional.
- **Cirugía Pediátrica.**
- **Cirugía Plástica Reparadora.** Está excluida la cirugía con fines estéticos, salvo la reconstrucción de la mama afectada tras mastectomía y la remodelación de la mama sanacontralateral, esta última con un límite máximo de un año después de la cirugía oncológica, si es considerada como opción terapéutica mediante informe médico; incluirá, en su caso, la prótesis mamaria y los expansores de piel. Queda excluida la reconstrucción y/o simetrización mamaria tras cirugía de resección mamaria por patología benigna, así como las técnicas de lipoinfiltración grasa para cualquier tipo de patología. Se excluye la micropigmentación del complejo areola pezón. Se excluye el tratamiento quirúrgico del lipedema.
- **Cirugía Torácica.**
- **Dermatología Médico Quirúrgica.** Incluye la terapia fotodinámica, la dermatoscopia digital y la fototerapia PUVA y PUVB, se excluye su empleo en aplicaciones cosméticas o estéticas y como pruebas de cribado. Se excluye la corrección quirúrgica de la miopía, hipermetropía o astigmatismo y presbicia y cualquier otra patología refractiva ocular.

Se excluyen los tratamientos con luz pulsada intensa (IPL).

- **Endocrinología y Nutrición.**
- **Geriatría.**
- **Hematología y Hemoterapia.**
- **Inmunología.**
- **Medicina Interna.**
- **Medicina Nuclear.**
- **Nefrología.**
- **Neonatología.**
- **Neumología.**
- **Neurocirugía.**
- **Neurofisiología Clínica.**
- **Neurología.**
- **Obstetricia y Ginecología.** Vigilancia del Embarazo y Asistencia a los Partos. Incluye en cobertura del Test de preeclampsia (cociente sFlt-1/PIGF), exclusivamente en personas Aseguradas con sospecha clínica de preeclampsia documentada. Se excluye su cobertura como prueba de cribado.
- **Odontoestomatología.** Se encuentran cubiertas las curas estomatológicas, extracciones y una limpieza de boca por cada anualidad de seguro. A partir de la primera limpieza

dentro de la anualidad del seguro, será necesaria la prescripción médica.

- **Oftalmología.** Incluye la retinografía, la tomografía de coherencia óptica, ortóptica, y pleóptica, el cross linking corneal (excluido en caso de ectasia consecuencia de cualquier cirugía refractiva), el tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad por terapia fotodinámica o inyección intravítrea de fármacos (en este caso el coste los fármacos utilizados correrán a cargo del Asegurado). Queda excluida la corrección quirúrgica de la miopía, hipermetropía o astigmatismo y presbicia y cualquier otra patología refractiva ocular. Se excluyen los tratamientos con luz pulsada intensa (IPL).
- **Oncología Médica y Radioterápica.**
- **Otorrinolaringología.** Incluye la Radiofrecuencia y la cirugía mediante Láser CO².
- **Psicología Clínica.** Con un máximo de veinte sesiones por cada anualidad de seguro o cuarenta sesiones en caso de trastornos alimentarios. Requerirá la prescripción de un especialista en psiquiatría concertado y la autorización previa de La Aseguradora.
Se excluye el psicoanálisis, hipnosis, test neuropsicológicos y psicométricos, sofrología, narcolepsia ambulatoria, cualquier método de asistencia psicológica no-conductual, la psicoterapia de grupo y la rehabilitación psicosocial.
- **Psiquiatría.**
- **Rehabilitación y Fisioterapia, previa prescripción de un médico del Cuadro Médico de la Aseguradora.** Comprende la valoración del médico rehabilitador y la fisioterapia, siendo su cobertura en régimen ambulatorio (**excluida la fisioterapia domiciliaria**). Únicamente la rehabilitación del aparato locomotor, rehabilitación vestibular, rehabilitación del suelo pélvico (exclusivamente para disfunciones producidas como consecuencia del embarazo y parto, cubiertos previamente por el seguro y sea a cargo de la Aseguradora) y la rehabilitación cardíaca (exclusivamente para recuperación inmediata en pacientes que hayan sufrido un infarto agudo de miocardio y/o cirugía cardíaca con circulación extracorpórea, cubiertos previamente por el Seguro). En régimen de hospitalización quedará cubierta únicamente la rehabilitación del aparato locomotor, respiratoria y cardíaca durante el episodio de ingreso que haya justificado la necesidad de dicha rehabilitación. Queda incluido el drenaje linfático tras cirugía oncológica con resección de cadenas ganglionares tanto en régimen ambulatorio como en hospitalización. Quedan excluidos los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando se haya conseguido la recuperación funcional, o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento, así como la rehabilitación respiratoria ambulatoria, neuropsicológica o estimulación cognitiva y la terapia ocupacional.
- **Reumatología.**
- **Traumatología y Cirugía Ortopédica.** Cirugía artroscópica. Queda expresamente excluida la infiltración de plasma rico en plaquetas y factores de crecimiento. Se excluye la cirugía endoscópica en cirugía de columna.

- **Urología.** Incluye el uso del láser para el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata. Queda excluido el tratamiento quirúrgico prostático con crioterapias, radiofrecuencia, HIFU (ultrasonido focalizado de alta intensidad) y termoterapias.

Medicina Preventiva

Quedan incluidos los controles preventivos, adecuados a la edad del Asegurado, prescritos por un médico del Cuadro Médico de La Aseguradora, y realizados con medios y técnicas cubiertas por la garantía de la Póliza.

- **Pediatría:** incluye controles preventivos y de desarrollo infantil. hasta los 11 años de edad: comprende la consultas periódicas con especialista así como los exámenes de salud del recién nacido (detección de metabolopatías y detección precoz de la hipoacusia mediante otoemisiones acústicas o potenciales evocados en caso necesario).
- **Obstetricia y ginecología:** revisión ginecológica en cada anualidad de seguro, para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix. Incluye la consulta y exploración con el especialista, así como las pruebas diagnósticas: ecografía ginecológica, mamografía, citología y detección del virus papiloma humano.
- **Cardiología:** incluye la prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años. mediante la consulta por el médico especialista y las pruebas diagnósticas: ECG, radiografía de tórax, prueba de esfuerzo, analítica básica de sangre y orina.
- **Urología:** revisión urológica en cada anualidad de seguro para la prevención del cáncer de próstata. Comprende la consulta y exploración física por el médico especialista y las pruebas diagnósticas; analítica básica de orina y sangre incluyendo PSA (determinación antígeno prostático específico) y ecografía prostática.
- **Planificación familiar:** Control del tratamiento con anovulatorios, implantación de DIU y su vigilancia, incluyendo el coste del dispositivo. Incluye la ligadura de trompas y vasectomía así como el estudio diagnóstico de las causas de esterilidad o infertilidad (estudios serológicos y hormonales, cariotipo, así como histerosalpingografía en la mujer y espermograma en el varón. Queda expresamente excluida la interrupción voluntaria del embarazo y las reducciones embrionarias, así como los tratamientos de esterilidad o infertilidad y las cirugías para revertir la ligadura de trompas y la vasectomía.
- **Prevención del cáncer colorrectal:** incluye consulta y exploración física con el especialista, así como el test de detección de sangre oculta en heces y en caso necesario colonoscopia.

Medios de Diagnóstico

- **Análisis Clínicos, anatomía patológica y citopatología.** Quedan excluidas las biopsias líquidas.

- **Radiología General:** incluye las técnicas habituales de diagnóstico por la imagen, quedando incluida la utilización de medios de contraste.
- **Otros Medios de Diagnóstico:** doppler cardiaco, electrocardiografía, electroencefalografía, electromiografía, fibroendoscopia y ecografías.

Medios de Diagnóstico de Alta Tecnología Diagnóstica y Terapéutica

- **Inmunohistoquímica.**
- **Ergometría, Holter (se excluyen los holter implantables), Estudios Electrofisiológicos y Terapéuticos.**
- **Resonancia Magnética y Tomografía Axial Computarizada (TAC/ escáner)** Se excluye la tomografía computerizada de haz cónico.
- **Colonografía realizada mediante TAC** (exclusivamente como prueba complementaria a la fibrocolonoscopia por intolerancia o estenosis y en pacientes con problemas médicos que contraindiquen la práctica de fibrocolonoscopia convencional).
- **Polisomnografía.**
- **Endoscopias digestivas, diagnósticas y/o terapéuticas.**
 - **Cápsula endoscópica** para el estudio diagnóstico de la hemorragia digestiva de origen no identificado después de colonoscopia y endoscopia alta.
 - **Ecoendoscopia.**
 - **Resección endoscópica mucosa o mucossectomía.**
 - **Diseccción endoscópica submucosa** para la extirpación, en toda la vía digestiva, de lesiones premalignas o malignas mayores de 2 cm en las que se ha descartado poliplectomía convencional y precisan tratamiento quirúrgico.
 - **Ablación por radiofrecuencia** en casos de esófago de Barret. Quedan excluidas las técnicas bariátricas por endoscopia.
- **Fibroendoscopia nasal y fibrobronoscopias:** diagnósticas y/o terapéuticas, ecobroncoscopia.
- **Elastografía de transición hepática (fibroscan)** para el diagnóstico de la fibrosis hepática de distintas etiologías, especialmente para confirmar la presencia de cirrosis, con exclusión de la enfermedad hepática alcohólica.
- **Neuronavegador y Monitorización neurofisiológica intraoperatoria:** Incluida la neuronavegación quirúrgica no robótica en intervenciones intracraneales y en fijaciones vertebrales de dos o más niveles o cirugía oncológica de columna vertebral o médula espinal. Se excluyen otras indicaciones de navegación quirúrgica. Incluida la monitorización neurofisiológica intraoperatoria en las mismas intervenciones y además en cirugías de tiroides y paratiroides y riesgo del nervio facial periférico.
- **Tomosíntesis de mama.**
- **Coronariografía por TAC** (exclusivamente para pacientes con enfermedad coronaria sintomática con prueba de esfuerzo no concluyente, en pacientes asintomáticos, pero con prueba de detección isquémica positiva o dudosa, en cirugías de

* Elevación PSA total > 10 ng/ml y/o elevación persistente (más de seis meses) del PSA total entre 4 y 10 ng/ml y/o coeficiente PSA libre/total <20% (< 0,2).

recambio valvular y en valoración de estenosis por sospecha clínica tras colocación de stents coronarios tras cirugía de by-pass coronario y en malformaciones del árbol coronario, no incluyendo bajo ninguna circunstancia la valoración de estenosis tras implantación de stent, la utilización para cuantificación del calcio en arterias coronarias y su utilización como prueba diagnóstica de screening).

- **Resonancia magnética y Tomografía Axial**

Computarizada (TAC/escáner). Se excluye la tomografía computerizada de haz cónico.

- **Colonografía realizada mediante TAC:** exclusivamente como prueba complementaria a la fibrocolonoscopia por intolerancia o estenosis y en pacientes con problemas médicos que contraindiquen la práctica de fibrocolonoscopia convencional.

- **Coronariografía por TAC:** exclusivamente para pacientes con enfermedad coronaria sintomática con prueba de esfuerzo no concluyente; en pacientes asintomáticos pero con prueba de detección isquémica positiva o dudosa; en cirugías de recambio valvular y en valoración de estenosis por sospecha clínica tras colocación de stents coronario de cirugía de by-pass coronario y en malformaciones del árbol coronario. No está incluido la cobertura bajo ninguna circunstancia en la utilización para cuantificación del calcio en arterias coronarias y su utilización como prueba diagnóstica de screening.

- **Resonancia Magnética Multiparamétrica.**

- **Biopsia prostática por fusión de imágenes,** ecodirigida en casos de alta sospecha clínica de cáncer de próstata (acreditada por valores del PSA*) y con al menos una biopsia prostática previa negativa realizada en los últimos 18 meses previos a la solicitud de la biopsia por fusión. Elevación PSA total > 10 ng/ml y/o elevación persistente (más de seis meses) del PSA total entre 4 y 10 ng/ml y/o coeficiente PSA libre/total <20% (< 0,2)
- **Medicina Nuclear-PET TAC** (quedan incluidos exclusivamente los realizados con el radiofármaco ¹⁸F-FDG y en las indicaciones clínicas establecidas en la ficha técnica del mismo y autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios) y **PET/RM** (exclusivamente los realizados con el radiofármaco ¹⁸F-FDG en indicaciones clínicas oncológicas). Se da cobertura al SPECT TAC.
- **Amniocentesis y Cariotipos.**
- **Pruebas genéticas:** Quedan cubiertas exclusivamente aquellas pruebas cuyo fin sea el diagnóstico de enfermedades en pacientes afectos y sintomáticos. Incluye las dianas terapéuticas cuya determinación sea exigida en la ficha técnica emitida por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para la administración de algunos fármacos. Incluye las plataformas genómicas de cáncer de mama Oncotype y Mammaprint prescrito por especialista en oncología médica, únicamente en mujeres con cáncer de mama en estadios iniciales (I-II), receptores de estrógenos (RE/ER) positivos, HER 2 negativos

y: a) ganglios linfáticos negativos (N0) o b) metástasis de ganglio axilar menor o igual a 2 mm (N1mi) o N1 con afectación de 1 a 3 ganglios máximo.

Incluye también los test de DNA fetal en sangre materna, para diagnóstico prenatal de las trisomías 21, 18 y 13 prenatal cuando el índice de riesgo en el cribado combinado del primer trimestre (CCPT) esté comprendido entre 1/50 y 1/250 o en gestantes con embarazo previo con aneuploidías en los cromosomas 21, 18 ó 13, independientemente del CCPT.

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

- **Medios de Diagnóstico Intervencionista:** radiología intervencionista vascular y visceral y hemodinámica vascular.

Las pruebas de diagnóstico, en todos los casos, han de ser prescritas por facultativos del Cuadro Médico de la Aseguradora que tengan a su cargo la asistencia del Asegurado, asistencia que ha de estar cubierta por la Póliza.

Hospitalización

Cualquier tipo de hospitalización se realizará en clínica u hospital designado por la Entidad Aseguradora. Para ello será necesaria la previa prescripción de un especialista concertado y la autorización escrita de ésta.

La hospitalización se hará siempre en habitación individual que dispondrá de cama para el acompañante excepto en las hospitalizaciones psiquiátricas, en U.V.I. y neonatológicas, y serán por cuenta de La Aseguradora los gastos derivados de la realización de los métodos diagnósticos y terapéuticos, tratamientos quirúrgicos (incluidos gastos de quirófano y medicamentos) y estancias con la manutención del enfermo, comprendidos en la cobertura de la póliza. Queda excluida la asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social.

- **Hospitalización Obstétrica (partos).** Incluye el tratamiento del ginecólogo obstetra y/o la matrona en ingreso hospitalario durante el proceso de embarazo y/o parto; y el nido y/o la incubadora para el recién nacido durante su internamiento hospitalario.
- **Hospitalización Quirúrgica.** Incluye las especialidades quirúrgicas para el tratamiento de las patologías que así lo requieran, el estudio preoperatorio o preanestésico (consulta, analítica y electrocardiograma), las visitas y curas del postoperatorio inmediato, la cirugía mayor ambulatoria, y en su caso los implantes quirúrgicos y prótesis especificadas en la cláusula descriptiva incluida en las Condiciones Generales de la póliza.
- **Hospitalización Médica sin Intervención Quirúrgica.** Incluye las distintas especialidades médicas para el diagnóstico y/o tratamiento de las patologías médicas susceptibles de ingreso.
- **Hospitalización Pediátrica.** Para menores de 14 años. Incluye la asistencia por motivo de intervención quirúrgica o

enfermedad médica tanto en hospitalización convencional como en unidades de neonatología (cuidados intensivos y/o cuidados intermedios).

- **Hospitalización en Unidad de Vigilancia Intensiva (U.V.I.).**
- **Hospitalización Psiquiátrica.** Exclusivamente para los enfermos de procesos agudos o crónicos en periodo de agitación, previamente diagnosticados por un especialista del Cuadro Médico de La Aseguradora, en régimen de internamiento o en hospitalización de día, con un límite de cincuenta días por cada anualidad de seguro.
- **Hospitalización de día:** Tanto para procesos quirúrgicos como médicos, incluidos los tratamientos quimioterápicos en oncología. Comprende los gastos de estancia, la medicación y los medios de diagnóstico utilizados durante la permanencia en el centro hospitalario.

Implantes y Prótesis Quirúrgicas

Serán suministrados siempre por las empresas designadas por La Aseguradora. La garantía comprende, previa prescripción escrita de un médico especialista del Cuadro Médico, las prótesis internas y los materiales implantables expresamente indicados a continuación:

- **Cardiovasculares:** marcapasos (monocamerales, bicamerales y los marcapasos con terapia de resincronización cardíaca), válvulas cardíacas mecánicas, biológicas xenólogas y anillos para valvuloplastia, conducto valvulado, stent coronario (medicalizado o no medicalizado), prótesis de bypass vascular y las endoprótesis (stent) vasculares. Sustitutos del pericardio (sintéticos y biológicos xenólogos) y filtro vena cava. Se excluyen los marcapasos con tecnología sin cable, los desfibriladores automáticos implantables (DAI) y las válvulas cardíacas transcater. Se incluyen los coils (materiales de embolización, tipo líquido o dispositivo). Se incluyen los dispositivos oclusores cardíacos exclusivamente para el tratamiento de la comunicación interauricular, comunicación interventricular y ductus persistente. Se excluyen los dispositivos tipo amplatzer y similares, ni periféricos ni cardíacos (estos dispositivos se catalogan como dispositivos oclusores/ tapón cardíaco y vasculares) para otras indicaciones no especificadas en la cobertura. Se excluyen las partículas liberadoras de fármacos.
- **Digestivos:** endoprótesis (stents) biliopancreático, esofágico, duodenal y colorrectal exclusivamente en casos de estenosis por patología neoplásica maligna y en casos tras perforación por proceso endoscópico que haya sido a cargo de la Aseguradora. Se excluyen todos los dispositivos y prótesis empleados como terapia de vacío endoluminal.
- **Osteoarticulares:** prótesis internas traumatológicas, el material de osteosíntesis y el material osteo-tendinoso biológico obtenido de bancos de tejidos autorizados en la unión europea. Se excluyen los fijadores externos y los dispositivos de elongación de hueso intramedulares guiados por dispositivos electrónicos.

- **Oftalmológicos:** lentes intraoculares (monofocales y bifocales) para la corrección de la afaquia tras cirugía de cataratas. Quedan excluidas las lentes tóricas, monofocales de rango extendido, lentes EDOF (de profundidad de foco extendida), trifocales y otras lentes con corrección visual añadida
- **Quimioterapia o Tratamiento del dolor:** reservorios implantables (ports).
- **Implantes Reparadores:** Prótesis mamaria y expansores cutáneos para la reconstrucción de la mama afectada tras mastectomía y la remodelación de la mama sana contralateral, esta última con un límite máximo de un año después de la cirugía oncológica, si es considerada como opción terapéutica mediante informe médico.
- **Mallas sintéticas** para reconstrucción de pared abdominal o torácica.
- **Urológicos y genitourinarios:** prótesis testiculares tras orquiectomía exclusivamente tras proceso tumoral o torsión testicular. Banda de fijación para incontinencia de esfuerzo cuando haya fracasado el tratamiento conservador o el farmacológico.
- **Implantes neurológicos:** sistemas de derivación de líquido cefalorraquídeo, incluyendo sus reservorios.
- **Implantes otorrinolaringológicos:** tubos de drenaje transtimpánicos. Prótesis de oído medio para la reconstrucción osicular (martillo, yunque y estribo).

El coste de cualquier otro tipo de implante quirúrgico, material biológico, prótesis externas, fijador externo, órtesis y ortoprótesis no incluidos en el detalle anterior correrán a cargo del Asegurado.

Tratamientos especiales

- **Terapias Respiratorias a domicilio.** Incluye oxigenoterapia (líquida, con concentrador o gaseosa), aerosolterapia (en este caso la medicación correrá a cargo del Asegurado), ventilación con presión positiva continua en vía aérea (CPAP) y ventilación con dispositivos binivel (BIPAP).
- **Transfusiones de sangre y/o plasma.**
- **Logopedia y Foniatría.** Incluye el tratamiento de patologías del lenguaje, del habla y de la voz de causa orgánica y trastornos funcionales, quedando excluidos los tratamientos cuando se haya conseguido la recuperación funcional, o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento. Se dará también cobertura logopédica por deglución atípica para menores de 14 años hasta un máximo de 20 sesiones por asegurado y anualidad. Queda excluido el tratamiento de los trastornos del aprendizaje (dislexia, disgrafía y discalculia).
- **Laserterapia.** Incluye fotocoagulación en oftalmología (se excluye el láser femtosegundo en cirugía de cataratas), la cirugía en coloproctología, las intervenciones quirúrgicas en ginecología, otorrinolaringología y dermatología, así como el

láser en rehabilitación músculo-esquelética, en las intervenciones para la hiperplasia benigna de próstata, en la litotricia de la vía urinaria y en el tratamiento endoluminal de las varices y lesiones traqueobronquiales. Quedan expresamente excluidas todas aquellas técnicas quirúrgicas o terapéuticas que empleen láser y no se encuentren en el detalle anterior.

- **Nucleotomía Percutánea.**
- **Hemodiálisis para insuficiencias renales agudas o crónicas.**
- **Quimioterapia.** En régimen de internamiento o en hospitalización de día. La Aseguradora sólo asumirá los gastos de medicamentos clasificados como citostáticos, comercializados en España y que estén autorizados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Incluye los reservorios implantables (port-a-cath). Quedan expresamente excluidos los tratamientos quimioterápicos intraoperatorios como la quimioterapia intraperitoneal.
- **Oncología Radioterápica.** Incluye cobaltoterapia, braquiterapia, los isótopos radioactivos y acelerador lineal: irradiación corporal (baño de electrones); radiocirugía y radioterapia esterotáxica en los tumores intracraneales; radioterapia externa conformacional; radioterapia exteotóxica corporal; radioterapia con intensidad modulada con control de imagen y movimiento, y la radioterapia intraoperatoria. Se excluye la radioterapia para procesos benignos no oncológicos salvo en emergencias por compresión medular y la terapia con haz de protones o neutrones.
- **Tratamiento del dolor.** Incluye los reservorios implantables (port-a-cath), quedando excluidas las bombas implantables para perfusión de medicamentos y los electrodos de estimulación medular.
- **Litotricia Renal.**
- **Ondas de Choque para Calcificaciones Musculotendinosas.**

Los tratamientos anteriores, en todos los casos, han de ser prescritos por facultativos del Cuadro Médico de La Aseguradora que tengan a su cargo la asistencia del Asegurado, asistencia que ha de estar cubierta por la Póliza.

Trasplantes de órganos, tejidos y células de origen humano

El Seguro incluye las actuaciones médicas y quirúrgicas sobre el propio Asegurado que resulten necesarias para realizarle el trasplante autólogo de médula ósea o un trasplante de córnea, con las gestiones administrativas que ello conlleve.

Quedan excluidos otros trasplantes o autotrasplantes de órganos, tejidos o células no indicados en el detalle anterior. Asimismo quedan excluidas en todos los trasplantes de órganos, las actuaciones médicas y quirúrgicas a realizar sobre la persona del donante, sea o no Asegurado para la extracción del órgano a trasplantar a otra persona, y las actuaciones correspondientes a la conservación y traslado del órgano.

Otras coberturas accesorias:

La cobertura de la asistencia sanitaria también conlleva:

- **Ambulancias.** Para el traslado dentro de la provincia de residencia de los enfermos cuyo estado físico lo requiera. El Seguro cubre exclusivamente el desplazamiento del Asegurado desde su domicilio al hospital o viceversa y sólo para ingreso hospitalario o asistencia de urgencia. Será necesaria la prescripción de un médico del Cuadro Médico de La Aseguradora, salvo en caso de urgencia. Quedan excluidos los gastos de transporte del Asegurado al centro y viceversa en casos de rehabilitación y fisioterapia, y en casos de diálisis.
- **Preparación al Parto.** Asistencia impartida en cursos de preparación que incluye los ejercicios físicos de relajación y de simulación de los periodos de dilatación y expulsión al parto.
- **Podología.** Exclusivamente tratamientos de quiropodia en consulta. Con un máximo de doce sesiones por año.
- **Cirugía robótica:** Queda incluida la cirugía robótica exclusivamente para las indicaciones que se detallan a continuación y en los centros concertados para ello y que figuran debidamente identificados en el Cuadro Médico. Para acceder a esta prestación será necesaria:
 - **La prescripción por parte de un médico especialista** en urología y/o nefrología del Cuadro Médico.
 - **El pago por el Asegurado y a la Aseguradora** de una franquicia por importe de 6.000 €.
 - **La autorización previa** emitida por la Aseguradora.

El empleo de sistemas robóticos en cirugía se incluye exclusivamente para las siguientes indicaciones:

- **En el tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata** mediante prostatectomía radical en aquellos casos que cumplan todos los siguientes criterios:
 - Diagnóstico de tumor maligno prostático localizado;
 - PSA menor o igual a 15 ng/ml en el momento de la indicación quirúrgica;
 - Ausencia de afectación extracapsular y/o de vesículas seminales en la ecografía transrectal o medios de imagen (tumor estadificado como T1 o T2);
 - Ausencia de evidencia de metástasis y/o invasión linfática (tumor estadificado como N0 y M0);
 - Riesgo anestésico del paciente ASA menor a III.
- En el tratamiento quirúrgico, mediante nefrectomía parcial, del carcinoma renal (exclusivamente en tumores menores de 4 cm en su diámetro mayor).

Cobertura de Rehabilitación, Fisioterapia y Podología mediante Modalidad de Reembolso de Gastos.

Mediante esta cobertura, la Aseguradora garantiza, con los porcentajes y límites económicos que se indican más

adelante, el reembolso de los gastos sanitarios sufragados por el Asegurado al recibir, en territorio nacional y a través de facultativos o profesionales sanitarios no incluidos en los Cuadros Médicos de la Aseguradora, cualquiera de las siguientes asistencias sanitarias:

- **Rehabilitación y Fisioterapia** incluye:
 - **Consultas ambulatorias** llevadas a cabo por médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación.
 - **Realización en consulta de Procedimientos Diagnósticos o Terapéuticos** por médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación.
 - **Realización**, en régimen ambulatorio y por parte de profesionales fisioterapeutas titulados, de sesiones de:
 - **Fisioterapia del Aparato Locomotor**, siempre que las mismas hubieran sido prescritas por especialista en Rehabilitación, Reumatología o Traumatología pertenecientes al Cuadro Médico de la Aseguradora.
 - **Fisioterapia para la Rehabilitación del suelo pélvico**. Sólo estarán dentro de esta cobertura cuando la finalidad de la misma sea tratar las disfunciones producidas como consecuencia del embarazo y parto, y siempre que éstos hubieran sido cubiertos previamente por la Aseguradora y sean prescritas por especialista en Medicina Física y Rehabilitación o Ginecología pertenecientes al Cuadro Médico de la Aseguradora.
- **Podología**, incluye exclusivamente los tratamientos de quiropodia realizados en consulta por podólogo titulado.

Porcentajes de reembolso y límites económicos

El reembolso de gastos garantizado por la Aseguradora por las asistencias sanitarias descritas en el apartado 1) anterior será del cincuenta (50) por ciento del importe al que ascienda el coste de la asistencia sanitaria cubierto que hubiere recibido el Asegurado y ello con los límites económicos que, por Asegurado y anualidad de seguro, seguidamente se indican:

- **Rehabilitación y Fisioterapia**: 500 euros.
- **Podología**: 200 euros.

Alcanzados los referidos límites se entenderán finalizadas las obligaciones de reembolso de la Aseguradora, hasta una nueva anualidad de seguro si este se prorrogase. Cuando el Asegurado estuviere en alta por un período inferior a una anualidad de seguro completa, los límites señalados se reducirán proporcionalmente.

Procedimiento para el Reembolso

Para obtener el reembolso de estos gastos sanitarios, el Asegurado deberá presentar bien a través del área privada en la web adeslas.es, o bien en las oficinas de la Aseguradora la siguiente documentación:

- **Impreso de Solicitud de Reembolso de Gastos**, según

modelo de la Aseguradora, debidamente cumplimentado y firmado por el Asegurado.

- **Original o copia de la factura relativa al gasto sanitario causado y recibo acreditativo de haber satisfecho su importe**. Las facturas incluirán:
 - La identificación completa del emisor (nombre y apellidos, domicilio, NIF, especialidad en su caso y número de colegiado).
 - Identificación del acto sanitario realizado y la fecha en que se llevó a cabo.
 - Identificación (nombre y apellidos) del asegurado atendido.
- **Original o copia de la prescripción médica** en caso de gastos por asistencias de fisioterapia.

No obstante lo anterior, el Asegurado, cuando así sea requerido por la Aseguradora, deberá aportar los originales de las facturas y, en su caso, de la prescripción médica.

La Aseguradora hará efectivo al Asegurado el importe de reembolso que corresponda dentro de los 15 días laborables siguientes a la recepción de la documentación completa especificada en el apartado anterior. El pago se efectuará mediante transferencia bancaria a la cuenta bancaria indicada por el Asegurado en el impreso de solicitud.

Normas de contratación

- Personas jurídicas con menos de 5 asegurados.
- Profesionales Autónomos con exigencia de presentación del recibo del RETA en el momento de la contratación.
- Edad Máxima de contratación para personas jurídicas (CIF): 67 años.
- Edad Máxima de contratación para personas físicas (NIF): 70 años.
- Para asegurados mayores de 67 o 70 años, según corresponda, será necesario que hayan 3 asegurados menores de 60 años por cada asegurado que supere la edad máxima.
- **Cuestionario de Salud**: obligatorio para todos los asegurados.

Copagos

Adeslas NEGOCIOS no tiene copagos.

Descuentos/Bonificaciones/Recargo

- Bonificaciones por forma de pago.

Trimestral	2 %
Semestral	4 %
Anual	6 %

Periodo de carencia

Los se establecen en función del tipo de tomador y el número de asegurados, siendo:

Tomador persona física: carencia de 3, 6 y 8 meses.

Tomador persona jurídica: carencia de 8 meses salvo la ligadura de trompas y vasectomía que no se aplicará periodo de carencia.

Se podrán eliminar los periodos de carencia en caso de asegurados captados de la competencia que acrediten iguales coberturas con una antigüedad superior a 8 meses.

MEDIOS DE DIAGNÓSTICO	
Medios de Diagnóstico de Alta Tecnología	3 meses
Medios de Diagnóstico Intervencionista	6 meses
HOSPITALIZACIÓN	
Intervenciones Quirúrgicas en Régimen Ambulatorio (intervenciones del grupo 0 al II según clasificación de la Organización Médica Colegial)	3 meses
Ligadura de Trompas y Vasectomía	6 meses
Hospitalización por cualquier motivo o naturaleza en régimen de internamiento o en hospital de día, así como las intervenciones quirúrgicas realizadas en estos regímenes	8 meses
Coste de Implantes Quirúrgicos y Prótesis	8 meses
Intervenciones Quirúrgicas y Partos Distócicos que tengan lugar en situación de urgencia vital, no se aplicará el periodo de carencia previsto, y tampoco en los partos prematuros, entendiéndose como tales los que se produzcan con anterioridad al cumplimiento de la 28ª semana de gestación.	
TRATAMIENTOS ESPECIALES	
Electrotermoterapia en Rehabilitación	3 meses
Laserterapia: en Tratamientos de Fotocoagulación en Oftalmología así como el Láser en Rehabilitación Músculo-Esquelética	3 meses
Nucleotomía Percutánea	3 meses
Laserterapia. Cirugía en Coloproctología, las intervenciones quirúrgicas en Ginecología, Otorrinolaringología, Dermatología, el Tratamiento Endoluminal de las Varices y el Tratamiento de Hiperplasia Benigna de Próstata	8 meses
Diálisis	8 meses
Ondas de Choque para Calcificaciones Musculotendinosas	8 meses
Litotricia Renal	8 meses
Quimioterapia y Oncología Radioterápica	8 meses

Exclusiones

Además de las limitaciones y exclusiones específicas que hemos indicado en el apartado “Cobertura de asistencia sanitaria”, la asistencia sanitaria cubierta por la póliza tiene también las siguientes exclusiones.

- a.** Queda excluida la asistencia sanitaria o cualquier gasto médico que precise el Asegurado y que sea consecuencia, guarde relación o se derive de una situación que haya sido declarada por organismos nacionales o internacionales como epidemia y/o pandemia, o con una declaración de emergencia de salud pública de interés internacional, o declaración equivalente. Igualmente se encuentran excluidas las asistencias sanitarias o cualquier gasto médico que precise el asegurado que sea consecuencia, guarde relación o se derive de guerras, catástrofes naturales o nucleares (con o sin declaración de las mismas), actos de terrorismo, insurrecciones, tumultos populares, o cualquier fenómeno catastrófico extraordinario.

- b.** La asistencia sanitaria de las lesiones producidas a causa de embriaguez, riñas (salvo en caso de legítima defensa), autolesiones o intentos de suicidio.

Se entiende por embriaguez la establecida en la legislación sobre tráfico, circulación de vehículos de motor y seguridad vial, con independencia de que el siniestro suceda o no con ocasión de la conducción de vehículo a motor por el Asegurado.

- c.** Los fármacos y medicamentos de cualquier clase, productos sanitarios y medios de cura salvo los que se administren al paciente mientras esté hospitalizado, ya sea en régimen de ingreso, hospital de día o cirugía ambulatoria. Quedan excluidos los medicamentos de terapia avanzada que comprenden los medicamentos de uso humano basados en genes (terapia génica), células (terapia celular de cualquier tipo) y tejidos (ingeniería tisular).

Además, quedan excluidos todo tipo de tratamientos experimentales incluyendo los que están en ensayo clínico en todas sus fases o grados.

- d.** La asistencia sanitaria derivada de alcoholismo crónico o adicción a drogas o psicofármacos de cualquier tipo.
- e.** La asistencia sanitaria que se precise como consecuencia de lesiones producidas durante la práctica profesional de cualquier deporte y/o actividad, así como la práctica no profesional de actividades manifiestamente peligrosas o de alto riesgo como el torero o encierro de reses bravas, artes marciales, espeleología, submarinismo, escalada, puenting, parapente, paracaidismo, barranquismo, rafting, vuelo sin motor o cualquier otra de analogía naturaleza.

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria 23 Adeslas Negocios

- f.** La asistencia sanitaria de toda clase de enfermedades, estados de salud, lesiones, defectos o deformaciones congénitas o

preexistentes a la fecha de efecto del alta de cada Asegurado en la póliza, que siendo conocidas por el Asegurado, no hubiesen sido declaradas por éste en el cuestionario de salud. Esta exclusión no afectará a los Asegurados incorporados a la póliza desde su nacimiento conforme la cláusula 4.1. (Cláusulas Jurídicas).

- g.** El diagnóstico, tratamiento e intervenciones quirúrgicas realizadas con fines puramente estéticos o cosméticos, así como la necesidad de pruebas diagnósticas o tratamientos por complicaciones que pudieran estar directa y/o principalmente causadas por haberse sometido a una intervención, infiltración o tratamiento de carácter puramente estético o cosmético.

Quedan excluidas las técnicas de lipoinfiltración grasa. Queda excluida la micropigmentación del complejo areola pezón. Se excluye el tratamiento quirúrgico del lipedema.

- h.** La cirugía robótica en todas las especialidades excepto en los casos indicados en el apartado otras coberturas accesorias (2.10), ya sea directa o asistida (entendiendo en ambos casos las intervenciones realizadas mediante (maniobras quirúrgicas que realiza un robot siguiendo las instrucciones de un cirujano y guiado por un sistema laparoscópico telerrobotizado, y/o la que realiza el robot asistida por un sistema informatizado de realidad virtual o navegador con imágenes en 3D obtenidas por ordenador); las cirugías profilácticas y las cirugías del cambio de sexo.

- i.** Cualquier tratamiento o prueba diagnóstica cuya utilidad o eficacia no esté contrastada científicamente o sean considerados de carácter experimental o no hayan sido ratificados por las agencias españolas de evaluación de tecnologías sanitarias. Quedan excluidas las medicinas alternativas, naturopatía, homeopatía, acupuntura, mesoterapia, hidroterapia, presoterapia, ozonoterapia, medicina regenerativa (Incluye técnicas de regeneración tisular, celular o molecular, los implantes o trasplantes de células madre y la ingeniería de tejidos). Además, se excluye el tratamiento con cámara hiperbárica.

- j.** Cualquier intervención quirúrgica sobre el no nacido. No obstante lo anterior, en los supuestos contemplados en las anteriores exclusiones b), d) y e), la Aseguradora asume la asistencia sanitaria que deba prestarse al Asegurado en situación de urgencia y mientras ésta dure. Si la asistencia urgente incluye la hospitalización del paciente, la cobertura finalizará a las 24 horas del ingreso de éste en el centro hospitalario.

- k.** Quedan excluidas todo tipo de prótesis e implantes quirúrgicos y material sanitario implantable sintético o biológico, fijadores externos e internos no detallados en el apartado de cobertura de implantes y prótesis quirúrgicas. Se excluye la cirugía endoscópica en cirugía de columna.

- l.** Queda excluida la terapia ocupacional.

No obstante lo anterior, en los supuestos contemplados en las anteriores exclusiones b), d) y e), la Aseguradora asume la asistencia sanitaria que deba prestarse al Asegurado en

situación de urgencia y mientras ésta dure. Si la asistencia urgente incluye la hospitalización del paciente, la cobertura finalizará a las 24 horas del ingreso de éste en el centro hospitalario.

Módulos complementarios

Adicionalmente, podrán contratarse los siguientes módulos como complemento a la póliza de salud:

- **Adeslas DENTAL AUTÓNOMOS**, beneficiándose de un 15 % de descuento sobre la tarifa del producto dental.
- **Adeslas DENTAL NEGOCIOS Y EMPRESAS**, beneficiándose de un 15 % de descuento sobre la tarifa del producto dental.
- **Plus Ginecología y Pediatría** (solo para tomadores persona física).
- **Plus Clínica Universitaria de Navarra**.
- **Plus Prestación Económica por Incapacidad Temporal** (solo para tomadores persona física).

Ver descripción de módulos en página 69.

Productos

GAMA NEGOCIOS Y EMPRESAS



Adeslas NEGOCIOS Y DENTAL

Seguro de asistencia sanitaria y dental especialmente diseñado para negocios, que pone a disposición de los asegurados la mejor sanidad privada del mercado, con un cuadro médico de más de 48.000 profesionales y 1.500 centros de atención médico-asistencial y más de 185 Clínicas Dentales Adeslas y 1.600 odontólogos concertados.

A nivel nacional, el seguro de salud es el beneficio social más demandado por los trabajadores, lo que permite a los empresarios que lo contratan para sus empleados contar con la mejor herramienta de fidelización y aportar ventajas fiscales a ambas partes.

Coberturas de asistencia sanitaria

Las mismas que **Adeslas NEGOCIOS** e incluye las coberturas e importes por actos de **Adeslas DENTAL NEGOCIOS Y EMPRESAS**.

Normas de contratación

- **Personas jurídicas** con menos de 5 asegurados.
- **Edad máxima de contratación para personas jurídicas** (CIF): **67 años**.
- **Para asegurados mayores de 67 años**, será necesario que hayan 3 asegurados menores de 60 años por cada asegurado que supere la edad máxima.
- **Cuestionario de Salud**: obligatorio para todos los asegurados.

Copagos

Adeslas NEGOCIOS Y DENTAL no tiene copagos.

Descuentos/Bonificaciones/Recargo

- Bonificaciones por forma de pago.

Trimestral	2 %
Semestral	4 %
Anual	6 %

Periodo de carencia

Se aplicará una carencia de 8 meses según los siguientes actos médicos salvo la ligadura de trompas y vasectomía que no se aplicará periodo de carencia.

Se podrán eliminar los periodos de carencia en caso de asegurados captados de la competencia que acrediten iguales coberturas con una antigüedad superior a 8 meses.

HOSPITALIZACIÓN	
Hospitalización por cualquier motivo o naturaleza en régimen de internamiento o en hospital de día, así como las intervenciones quirúrgicas realizadas en estos regímenes.	8 meses
Coste de Implantes Quirúrgicos y Prótesis	8 meses
Intervenciones quirúrgicas y partos distócicos que tengan lugar en situación de urgencia vital, no se aplicará el periodo de carencia previsto, y tampoco en los partos prematuros, entendiéndose como tales los que se produzcan con anterioridad al cumplimiento de la 28ª semana de gestación.	
TRATAMIENTOS ESPECIALES	
Laserterapia. Cirugía en Coloproctología, las Intervenciones Quirúrgicas en Ginecología, Otorrinolaringología, Dermatología, el Tratamiento Endoluminal de las Varices y el Tratamiento de Hiperplasia Benigna de Próstata.	8 meses
Diálisis	8 meses
Ondas de Choque para Calcificaciones Musculotendinosas	8 meses
Litotricia Renal	8 meses
Quimioterapia y Oncología Radioterápica	8 meses

Exclusiones

Las mismas que **Adeslas NEGOCIOS**.

Módulos complementarios

Adicionalmente, podrán contratarse los siguientes módulos como complemento a la póliza de salud:

- **Plus Ginecología y Pediatría** (solo para tomadores persona física).
- **Plus Clínica Universitaria de Navarra**.

Ver descripción de módulos en página 69.

Productos

GAMA NEGOCIOS Y EMPRESAS



Adeslas EXTRA NEGOCIOS

Seguro de asistencia sanitaria especialmente diseñado para negocios, que permite a los asegurados el libre acceso a cualquier especialista o centro médico de España o del mundo mediante una cobertura de reembolso de gastos y que también le facilita el acceso al cuadro médico privado más amplio del mercado con más de 48.000 profesionales y 1.500 centros médicos.

A nivel nacional, el seguro de salud es el beneficio social más demandado por los trabajadores, lo que permite a los empresarios que lo contratan para sus empleados contar con la mejor herramienta de fidelización y aportar ventajas fiscales a ambas partes.

Coberturas de asistencia sanitaria

Adeslas EXTRA NEGOCIOS presta la Asistencia Sanitaria en dos modalidades: por reembolso de gastos sanitarios y por medio de cuadro médico.

Modalidad de Reembolso de gastos sanitarios

El asegurado puede elegir libremente cualquier hospital o Médico del mundo siéndole reembolsado el **80 %* del coste de la asistencia recibida cubierta por la Póliza** siempre que el Médico o centro no esté concertado. La Aseguradora abonará dicha cantidad dentro de los 15 días laborables siguientes a la recepción de la documentación del asegurado (solicitud de reembolso y facturas).

Modalidad Prestación de Asistencia Sanitaria por medio de los Cuadros Médicos de La Aseguradora

El asegurado puede elegir libremente dentro del cuadro médico que La Aseguradora tiene concertado en todo el territorio nacional sin desembolso alguno por su parte. En estos casos, La Aseguradora asume todo el coste.

El asegurado puede elegir para el mismo acto médico, la asistencia combinada de ambas modalidades. Por ejemplo, en un parto la asistencia hospitalaria se haga conforme a la modalidad de Cuadro Médico (puesto que el hospital esté concertado en nuestro Cuadro Médico) y los honorarios del tocólogo entren dentro del reembolso porque el médico sea ajeno al Cuadro Médico de La Aseguradora.

Para la cobertura de cirugía robótica no resultará posible la utilización combinada de ambas modalidades.

*Sujeto a los diferentes límites parciales establecidos en las condiciones particulares y con el límite máximo de 150.000 €/año por asegurado.

Las coberturas son las mismas coberturas que **Adeslas NEGOCIOS** con las siguientes diferencias:

	ADESLAS NEGOCIOS	ADESLAS EXTRA NEGOCIOS
Hospitalización Psiquiátrica. Límite de días por anualidad de seguro	50 días	60 días
Trasplante de Órganos	Están excluidos de la cobertura del seguro. El seguro incluye no obstante las actuaciones médicas y quirúrgicas sobre el propio para realizarle un trasplante autólogo asegurado que resulten necesarias de médula ósea o un trasplante de córnea, con las gestiones administrativas que ello conlleve.	Están incluidos en la cobertura del seguro. Se encuentran cubiertas las actuaciones médicas y quirúrgicas, sobre el propio asegurado, que resulten necesarias para efectuarle el trasplante de un órgano (pulmón, hígado, corazón, médula ósea, riñón, córnea). Asimismo queda incluida la realización de las gestiones administrativas exigidas para dicho fin.

Normas de contratación

- Personas jurídicas con menos de 5 asegurados.
- Profesionales Autónomos con exigencia de presentación de recibo de RETA en el momento de la contratación.
- Edad máxima de contratación para personas jurídicas (CIF): 67 años.
- Edad máxima de contratación para personas físicas (NIF): 70 años.
- Para asegurados mayores de 67 o 70 años, según corresponda, será necesario que hayan 3 asegurados menores de 60 años por cada asegurado que supere la edad máxima.
- **Cuestionario de Salud:** obligatorio para todos los asegurados

Periodo de carencia

Los se establecen en función del tipo de tomador y el número de asegurados, siendo:

Tomador persona física: carencia de 3, 6 y 8 meses.

Tomador persona jurídica: carencia de 8 meses salvo la ligadura de trompas y vasectomía que no se aplicará periodo de carencia.

Se podrán eliminar los periodos de carencia en caso de asegurados captados de la competencia que acrediten iguales coberturas con una antigüedad superior a 8 meses.

Copagos

Adeslas EXTRA NEGOCIOS no tiene copagos.

Descuentos/Bonificaciones/Recargo

- Bonificaciones por forma de pago.

Trimestral	2 %
Semestral	4 %
Anual	6 %

MEDIOS DE DIAGNÓSTICO	
Medios de Diagnóstico de Alta Tecnología	3 meses
Medios de Diagnóstico Intervencionista	6 meses
HOSPITALIZACIÓN	
Intervenciones Quirúrgicas en Régimen Ambulatorio (intervenciones del grupo 0 al II según clasificación de la Organización Médica Colegial)	3 meses
Ligadura de Trompas y Vasectomía	6 meses
Hospitalización por cualquier motivo o naturaleza en régimen de internamiento o en hospital de día, así como las intervenciones quirúrgicas realizadas en estos regímenes	8 meses
Coste de Implantes Quirúrgicos y Prótesis	8 meses
Intervenciones Quirúrgicas y Partos Distócicos que tengan lugar en situación de urgencia vital, no se aplicará el periodo de carencia previsto, y tampoco en los partos prematuros, entendiéndose como tales los que se produzcan con anterioridad al cumplimiento de la 28ª semana de gestación	
TRATAMIENTOS ESPECIALES	
Electrotermoterapia en Rehabilitación	3 meses
Laserterapia: en Tratamientos de Fotocoagulación en Oftalmología así como el Láser en Rehabilitación Músculo-Esquelética	3 meses
Nucleotomía Percutánea	3 meses
Laserterapia. Cirugía en Coloproctología, las Intervenciones Quirúrgicas en Ginecología, Otorrinolaringología, Dermatología, el Tratamiento Endoluminal de las Varices y el Tratamiento de Hiperplasia Benigna de Próstata	8 meses
Diálisis	8 meses
Ondas de Choque para Calcificaciones Musculotendinosas	8 meses
Litotricia Renal	8 meses
Quimioterapia y Oncología Radioterápica	8 meses

Exclusiones

Las mismas que **Adeslas NEGOCIOS**.

Módulos contratables como complemento a la póliza de salud.

- Adicionalmente, podrán contratarse los siguientes módulos como complemento a la póliza de salud:

- Adeslas DENTAL AUTÓNOMOS**, beneficiándose de un 15 % de descuento sobre la tarifa del producto dental.
- Adeslas DENTAL NEGOCIOS Y EMPRESAS**, beneficiándose de un 15 % de descuento sobre la tarifa del producto dental.
- Plus Clínica Universitaria de Navarra**.

Ver descripción de módulos en página 69.

Productos

GAMA NEGOCIOS Y EMPRESAS



Adeslas EXTRA NEGOCIOS Y DENTAL

Seguro de asistencia sanitaria especialmente diseñado para negocios, que permite a los asegurados el libre acceso a cualquier especialista o centro médico de España o del mundo mediante una cobertura de reembolso de gastos* y que también le facilita el acceso al cuadro médico privado más amplio del mercado con más de 48.000 profesionales y 1.500 centros médicos, en el que se incluye cobertura dental con acceso a más de 185 Clínicas Dentales Adeslas y 1.600 odontólogos concertados.

A nivel nacional, el seguro de salud es el beneficio social más demandado por los trabajadores, lo que permite a los empresarios que lo contratan para sus empleados contar con la mejor herramienta de fidelización y aportar ventajas fiscales a ambas partes.

Coberturas de asistencia sanitaria

Las mismas que **Adeslas EXTRA NEGOCIOS** e incluye las coberturas e importes por actos de **ADESLAS DENTAL NEGOCIOS Y EMPRESAS**.

Normas de contratación

- Personas jurídicas con menos de 5 asegurados.
- Edad máxima de contratación para personas jurídicas (CIF): 67 años.
- Para asegurados mayores de 67 años, será necesario que hayan 3 asegurados menores de 60 años por cada asegurado.
- **Cuestionario de Salud:** obligatorio para todos los asegurados.

Copagos

Adeslas EXTRA NEGOCIOS Y DENTAL no tiene copagos.

Descuentos/Bonificaciones/Recargo

- Bonificaciones por forma de pago.

Trimestral	2 %
Semestral	4 %
Anual	6 %

*Sujeto a los diferentes límites parciales establecidos en las condiciones particulares y con el límite máximo de 150.000 €/año por asegurado.

Periodo de carencia

Se podrán eliminar los periodos de carencia en caso de asegurados captados de la competencia que acrediten iguales coberturas con una antigüedad superior a 8 meses.

HOSPITALIZACIÓN	
Hospitalización e intervención quirúrgica por cualquier motivo y naturaleza en régimen de internamiento o en hospital de día, salvo la ligadura de trompas y vasectomía que no se aplicará periodo de carencia.	8 meses
Coste de Implantes Quirúrgicos y Prótesis	8 meses
En el caso de intervenciones quirúrgicas y partos distócicos que tengan lugar en situación de urgencia vital, no se aplicará el periodo de carencia previsto (8 meses), y tampoco en los partos prematuros, entendiéndose por tales los que se produzcan con anterioridad al cumplimiento de la 28ª semana de gestación.	
TRATAMIENTOS ESPECIALES	
Laserterapia. Cirugía en Coloproctología, las Intervenciones Quirúrgicas en Ginecología, Otorrinolaringología, Dermatología, el Tratamiento Endoluminal de las Varices y el Tratamiento de Hiperplasia Benigna de Próstata	8 meses
Diálisis	8 meses
Ondas de Choque para Calcificaciones Musculotendinosas	8 meses
Litotricia Renal	8 meses
Quimioterapia y Oncología Radioterápica	8 meses

Exclusiones

Las mismas que **Adeslas NEGOCIOS**.

Módulos complementarios

Módulo contratable como complemento a la póliza de salud:

- **Plus Clínica Universitaria de Navarra.**

Ver descripción de módulos en página 69.

Productos

GAMA NEGOCIOS Y EMPRESAS



Adeslas EMPRESAS

Seguro de asistencia sanitaria especialmente diseñado para empresas, que pone a disposición de los asegurados la mejor sanidad privada del mercado, con un cuadro médico de más de 48.000 profesionales y 1.500 centros de atención médicoasistencial.

A nivel nacional, el seguro de salud es el beneficio social más demandado por los trabajadores, lo que permite a los empresarios que lo contratan para sus empleados contar con la mejor herramienta de fidelización y aportar ventajas fiscales a ambas partes.

Coberturas de asistencia sanitaria

Las mismas que **Adeslas NEGOCIOS**.

Normas de contratación

- Personas jurídicas de 5 a 99 asegurados.
- Edad máxima de contratación: 67 años.
- Para asegurados mayores de 67 años será necesario que hayan 3 asegurados menores de 60 años.
- **Cuestionario de Salud:** obligatorio para todos los asegurados. Se eximirá a los asegurados de esta obligación en los siguientes tipos de contratación:
 - **Adhesión Obligatoria:** quedarán exentos de cumplimentación de cuestionario cuando la empresa (A, B o P) se hace cargo de las primas de todos sus trabajadores sin excepción siendo

un número no inferior a los 50 asegurados*. Las altas sucesivas requerirán cuestionario si el nº total de asegurados vigentes es inferior a 50.

- **Adhesión Voluntaria:** La empresa no asume todo el coste del seguro, sólo una parte o paga las primas de sólo una parte de la plantilla a la que luego repercute en nómina el importe correspondiente. En el alta inicial de asegurados quedarán exentos de cumplimentación de cuestionario si hay un mínimo de 75 asegurados*.

Cuando el tomador intermedie el pago de las primas de miembros de colectividades (no empleados, como por ejemplo asociaciones o cualquier NIF diferente a A, B o P), estos siempre estarán sujetos a cuestionario médico.

Los mayores de 67 años, siempre estarán sujetos a Cuestionario de Salud.

* Pueden incluirse en la póliza cónyuges y descendientes de los trabajadores en el mismo momento de incorporación del trabajador a la empresa y a la póliza.

Copagos

Adeslas EMPRESAS no tiene copagos..

Descuentos/Bonificaciones/Recargo

- Bonificaciones por forma de pago.

Trimestral	2 %
Semestral	4 %
Anual	6 %

Periodo de carencia

Se podrán eliminar los periodos de carencia en caso de asegurados captados de la competencia que acrediten iguales coberturas con una antigüedad superior a 8 meses.

Exentos de carencia para contrataciones desde 12 asegurados.

HOSPITALIZACIÓN	
Hospitalización e intervención quirúrgica por cualquier motivo y naturaleza en régimen de internamiento o en hospital de día, salvo la ligadura de trompas y vasectomía que no se aplicará periodo de carencia	8 meses
Coste de Implantes Quirúrgicos y Prótesis	8 meses
En el caso de intervenciones quirúrgicas y partos distócicos que tengan lugar en situación de urgencia vital, no se aplicará el período de carencia previsto (10 meses), y tampoco en los partos prematuros, entendiéndose por tales los que se produzcan con anterioridad al cumplimiento de la 28ª semana de gestación	
TRATAMIENTOS ESPECIALES	
Laserterapia. Cirugía en Coloproctología, las Intervenciones Quirúrgicas en Ginecología, Otorrinolaringología, Dermatología, el Tratamiento Endoluminal de las Varices y el Tratamiento de Hiperplasia Benigna de Próstata	8 meses
Diálisis	8 meses
Ondas de Choque para Calcificaciones Musculotendinosas	8 meses
Litotricia Renal	8 meses
Quimioterapia y Oncología Radioterápica	8 meses

Exclusiones

Las mismas que Adeslas NEGOCIOS.

- Plus Clínica Universitaria de Navarra.

Ver descripción de módulos en página 69.

Módulos complementarios

Adicionalmente, podrán contratarse los siguientes módulos como complemento a la póliza de salud:

- Plus Ginecología y Pediatría.

Productos

GAMA NEGOCIOS Y EMPRESAS



Adeslas EMPRESAS Y DENTAL

Seguro de asistencia sanitaria y dental especialmente diseñado para empresas, que pone a disposición de los asegurados la mejor sanidad privada del mercado, con un cuadro médico de más de 48.000 profesionales y 1.500 centros de atención médicoasistencial, además de más de 185 Clínicas Dentales Adeslas y 1.600 odontólogos concertados.

A nivel nacional, el seguro de salud es el beneficio social más demandado por los trabajadores, lo que permite a los empresarios que lo contratan para sus empleados contar con la mejor herramienta de fidelización y aportar ventajas fiscales a ambas partes.

Coberturas de asistencia sanitaria

Las mismas que **Adeslas NEGOCIOS** e incluye las coberturas e importes por actos de **Adeslas DENTAL NEGOCIOS Y EMPRESAS**.

Normas de contratación

Las mismas que **Adeslas EMPRESAS**.

Copagos

Adeslas EMPRESAS Y DENTAL no tiene copagos.

Descuentos/Bonificaciones/Recargo

- Bonificaciones por forma de pago.

Trimestral	2 %
Semestral	4 %

Anual

6 %

Periodo de carencia

Los mismos que **Adeslas EMPRESAS**.

Exclusiones

Las mismas que **Adeslas NEGOCIOS**.

Módulos complementarios

Adicionalmente, podrán contratarse los siguientes módulos como complemento a la póliza de salud:

- **Plus Ginecología y Pediatría.**
- **Plus Clínica Universitaria de Navarra.**

Ver descripción de módulos en página 69.

Productos

GAMA NEGOCIOS Y EMPRESAS



Adeslas EXTRA EMPRESAS

Seguro de asistencia sanitaria especialmente diseñado para empresas, que permite a los asegurados el libre acceso a cualquier especialista o centro médico de España o del mundo mediante una cobertura de reembolso de gastos* y que también le facilita el acceso al cuadro médico privado más amplio del mercado con más de 48.000 profesionales y 1.500 centros médicos.

A nivel nacional, el seguro de salud es el beneficio social más demandado por los trabajadores, lo que permite a los empresarios que lo contratan para sus empleados contar con la mejor herramienta de fidelización y aportar ventajas fiscales a ambas partes.

Coberturas de asistencia sanitaria

Las mismas que **Adeslas EXTRA NEGOCIOS**.

Trimestral	2 %
Semestral	4 %
Anual	6 %

Normas de contratación

Las mismas que **Adeslas EMPRESAS**.

Copagos

Adeslas Extra EMPRESAS no tiene copagos.

Descuentos/Bonificaciones/Recargo

- **Bonificaciones** por forma de pago.

*Sujeto a los diferentes límites parciales establecidos en las condiciones particulares y con el límite máximo de 150.000 €/año por asegurado.

Periodo de carencia

Los mismos que **Adeslas EMPRESAS**.

Exclusiones

Las mismas que **Adeslas NEGOCIOS**.

Módulos complementarios

Plus Clínica Universitaria de Navarra.

Ver descripción de módulos en página 69.

Productos

GAMA NEGOCIOS Y EMPRESAS



Adeslas EXTRA EMPRESAS Y DENTAL

Seguro de asistencia sanitaria especialmente diseñado para empresas, que permite a los asegurados el libre acceso a cualquier especialista o centro médico de España o del mundo mediante una cobertura de reembolso de gastos*. También facilita el acceso al cuadro médico privado más amplio del mercado con más de 45.000 profesionales y 1.300 centros médicos y cobertura dental con acceso a más de 185 Clínicas Dentales Adeslas y 1.600 odontólogos concertados.

A nivel nacional, este seguro es el beneficio social más demandado por los trabajadores, y permite a los empresarios que lo contratan para sus empleados contar con la mejor herramienta de fidelización y aportar ventajas fiscales a ambas partes.

Coberturas de asistencia sanitaria

Las mismas que **Adeslas EXTRA NEGOCIOS Y DENTAL**.

Normas de contratación

Las mismas que **Adeslas EMPRESAS**.

Copagos

Adeslas EXTRA EMPRESAS Y DENTAL no tiene copagos.

Descuentos/Bonificaciones/Recargo

- **Bonificaciones** por forma de pago.

Trimestral	2 %
Semestral	4 %
Anual	6 %

Periodo de carencia

Los mismos que **Adeslas EMPRESAS**.

Exclusiones

Las mismas que **Adeslas NEGOCIOS**.

Módulos complementarios

Adicionalmente, podrán contratarse los siguientes módulos como complemento a la póliza de salud:

- **Plus Clínica Universitaria de Navarra.**

Ver descripción de módulos en página 69.

*Sujeto a los diferentes límites parciales establecidos en las condiciones particulares y con el límite máximo de 150.000 €/año por asegurado.

Productos

GAMA NEGOCIOS Y EMPRESAS



Adeslas PYMES TOTAL

Adeslas PYMES TOTAL es el seguro de asistencia sanitaria completa sin copagos y cobertura dental, de 3 años de duración sin incremento en prima, que permite a los empleados de las Pymes el acceso a todas las ventajas de la sanidad privada, acompañándolos y poniendo a su disposición a los mejores profesionales, planes de prevención y las pruebas diagnósticas más novedosas y menos invasivas durante toda la vida del cliente.

Coberturas de asistencia sanitaria

Las mismas que **Adeslas EMPRESAS**.

Asistencia en viaje en el extranjero con capital de hasta 30.000 €.

Incluye el chequeo médico anual adaptado a la edad de cada asegurado.

Hasta 30 años:

- Historia clínica y exploración general
- Analítica
- Electrocardiograma
- Radiografía del tórax
- Examen ginecológico con citología vaginal
- Agudeza visual
- Audiometría y Espirometría

De 31 a 45 años:

Además de todas las pruebas anteriores, también incluye:

- Ecografía mamaria (bianual o anual según criterio médico a partir de los 40 años)
- Ecografía abdominal

Desde los 46 años:

Además de todas las pruebas anteriores, también incluye:

- Analítica por estudio de PSA, HDL, fosfatasa alcalina y hemorragias ocultas
- Ecografía ginecológica/prostática

Reembolso de gastos

- Cobertura de Reembolso de gastos en farmacia:
 - Reembolso del 50% de los gastos de adquisición de medicamentos dispensados en farmacias, prescritos por un médico para el tratamiento de una patología cubierta por la póliza y que se encuentren dentro de los financiados por el Sistema Nacional de Salud.
 - Límite de 200€/anualidad por asegurado.
- Cobertura de Reembolso de Logopedia y Foniatría.

La Aseguradora garantiza, en las condiciones, límites y con los requisitos que seguidamente se detallan, el reembolso de los gastos sanitarios sufragados por el Asegurado al recibir, en territorio nacional, las asistencias sanitarias de Logopedia y foniatría para el tratamiento de patologías del lenguaje, del habla y de la voz de causa orgánica y trastornos funcionales.

Se incluye también la logopedia por deglución atípica y el tratamiento de los trastornos del aprendizaje (dislexia, disgrafía y discalculia) para menores de 14 años de edad.

Porcentajes de reembolso y límites económicos

La referida cobertura comprenderá el reembolso del 50% con un límite de 500 euros por persona y anualidad de seguro. Alcanzados los referidos límites se entenderán finalizadas las obligaciones de reembolso de la Aseguradora.

- Cobertura de Rehabilitación, Fisioterapia y Podología mediante Modalidad de Reembolso de Gastos. Mediante esta cobertura, la Aseguradora garantiza, con los porcentajes y límites económicos que se indican más adelante, el reembolso de los gastos sanitarios sufragados por el Asegurado al recibir, en territorio nacional y a través de facultativos o profesionales sanitarios no incluidos en los Cuadros Médicos de la Aseguradora, cualquiera de las siguientes asistencias sanitarias:
- Rehabilitación y Fisioterapia incluye:
 - Consultas ambulatorias llevadas a cabo por médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación.
 - Realización en consulta de Procedimientos Diagnósticos o Terapéuticos por médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación.
 - Realización, en régimen ambulatorio y por parte de profesionales fisioterapeutas titulados, de sesiones de:
 - Fisioterapia del Aparato Locomotor, siempre que las mismas hubieren sido prescritas por especialista en Rehabilitación, Reumatología o Traumatología pertenecientes al Cuadro Médico de la Aseguradora.
 - Fisioterapia para la Rehabilitación del suelo pélvico. Sólo estarán dentro de esta cobertura cuando la finalidad de la misma sea tratar las disfunciones producidas como consecuencia del embarazo y parto, y siempre que éstos hubieren sido cubiertos previamente por la Aseguradora y sean prescritas por especialista en Medicina Física y Rehabilitación o Ginecología pertenecientes al Cuadro Médico de la Aseguradora.
- Podología, incluye exclusivamente los tratamientos de quiropodia realizados en consulta por podólogo titulado.

Porcentajes de reembolso y límites económicos

El reembolso de gastos garantizado por la Aseguradora por las asistencias sanitarias descritos en el apartado 1) anterior

será del cincuenta (50) por ciento del importe al que ascienda el coste de la asistencia cubierto que hubiere recibido el Asegurado y ello con los límites económicos que, por Asegurado y anualidad de seguro, seguidamente se indican:

- Rehabilitación y Fisioterapia: 500 euros.
- Podología: 200 euros.

Alcanzados los referidos límites se entenderán finalizadas las obligaciones de reembolso de la Aseguradora, hasta una nueva anualidad de seguro si este se prorrogase. Cuando el Asegurado estuviere en alta por un período inferior a una anualidad de seguro completa, los límites señalados se reducirán proporcionalmente.

Procedimiento para el Reembolso

Para obtener el reembolso de estos gastos sanitarios, el Asegurado deberá presentar bien a través del área privada en la web adeslas.es, o bien en las oficinas de la Aseguradora la siguiente documentación:

- Impreso de Solicitud de Reembolso de Gastos, según modelo de la Aseguradora, debidamente cumplimentado y firmado por el Asegurado.
- Original o copia de la factura relativa al gasto sanitario causado y recibo acreditativo de haber satisfecho su importe. Las facturas incluirán:
 - La identificación completa del emisor (nombre y apellidos, domicilio, NIF, especialidad en su caso y número de colegiado).
 - Identificación del acto sanitario realizado y la fecha en que se llevó a cabo.
 - Identificación (nombre y apellidos) del asegurado atendido.
- Original o copia de la prescripción médica en caso de gastos por asistencias sanitarias de fisioterapia.

No obstante lo anterior, el Asegurado, cuando así sea requerido por la Aseguradora, deberá aportar los originales de las facturas y, en su caso, de la prescripción médica.

La Aseguradora hará efectivo al Asegurado el importe de reembolso que corresponda dentro de los 15 días laborables siguientes a la recepción de la documentación completa especificada en el apartado anterior. El pago se efectuará mediante transferencia bancaria a la cuenta bancaria indicada por el Asegurado en el impreso de solicitud.

Dental

Cobertura dental con actos gratuitos y actos con importe a cargo del asegurado.

Incluye 46 actos dentales sin coste adicional, como:

- Limpiezas Bucales.
- Consulta y Consulta Urgente.
- Revisión.
- Educación Bucodental.
- Fluorizaciones.
- Ortopantomografías.
- Pruebas diagnósticas.
- Estudios tomográficos.
- Pulpotomía.
- Entre otros.

Para el resto de asistencias odontológicas, se diferencian tres tipos de importes por acto, que se aplicarán en función de la clínica que escoja del cuadro médico:

- Importe por acto Dental.
- Importe por acto Óptima.
- Importe por acto específico y exclusivo en Clínicas Dentales Adeslas.

Nuevos compromisos de servicio

- Autorizaciones máximo 48 h: Una vez recibamos la solicitud de autorización a través de adeslas.es se establece un tiempo máximo de 48h hábiles (no siendo computables fines de semana ni festivos) para dar respuesta a la solicitud. Por respuesta a la solicitud se entenderá cualquier comunicación en relación con dicha solicitud, ya sea para aceptarla, denegarla o solicitar más información.
- Reembolsos en un plazo de 3 días en Rehabilitación, fisiología y podología, gastos de farmacia y gastos de logopedia y foniatría: Una vez recibamos la solicitud de reembolso a través de adeslas.es junto con la documentación correcta y completa, se establece un tiempo máximo de 5 días hábiles para emitir el pago correspondiente.

En caso de incumplimiento de alguno de los compromisos, se compensará al asegurado con 200 € por año natural y asegurado.

Normas de contratación

- Empresa CIF (A o B). Persona jurídica, con domicilio en España, hasta un máximo de 15 asegurados.
- Edad máxima de contratación: 67 años.

- Para asegurados mayores de 67 años será necesario que haya 3 asegurados menores de 60 años.
- Cuestionario de Salud: obligatorio para todos los asegurados.

Copagos

Adeslas PYMES TOTAL no tiene copagos.

Descuentos/Bonificaciones/Recargo

- No aplica descuento por número de asegurados.

Periodo de carencia

Los mismos que **Adeslas EMPRESAS**.

Exclusiones

Las mismas que **Adeslas EMPRESAS**.

Productos

GAMA NEGOCIOS Y EMPRESAS



Adeslas DENTAL NEGOCIOS Y EMPRESAS

Adeslas DENTAL NEGOCIOS Y EMPRESAS propone cuidar de la salud bucodental de los empleados y familiares, conscientes de la importancia que tiene tanto a nivel de salud y bienestar como estético.

Coberturas/Importes por actos

Adeslas DENTAL NEGOCIOS y EMPRESAS da acceso gratuito a una multitud de asistencias odontológicas como:

- **Limpiezas Bucales.**
- **Consulta y Consulta Urgente.**
- **Revisión.**
- **Educación Bucodental.**
- **Fluorizaciones.**
- **Ortopantomografías.**

Además, para el resto de asistencias odontológicas existen dos modalidades de importe por acto, que se aplicarán en función de la clínica que se escoja del cuadro médico:

- **Importe por acto Dental:** los precios de los asistencias odontológicas pueden tener hasta un 35 % de ahorro respecto a lo que se pagaría sin ser asegurado de **Adeslas**.
- **Importe por acto Dental Óptima:** los precios de los asistencias odontológicas pueden tener hasta un 50 % de ahorro respecto a lo que se pagaría sin ser asegurado de **Adeslas**.

El Asegurado tendrá acceso a más de 1.600 odontólogos y a más de 190 Clínicas Dentales con todas las especialidades, un horario muy flexible y donde podrá disfrutar de todas las ventajas del importe por acto Óptima.

Además, todas las Clínicas Dentales Adeslas ofrecen la posibilidad de financiar los tratamientos dentales.

Normas de contratación

- **Tomador:** persona jurídica, no contractable por NIF.
- **Asegurados:** se aceptarán todos los asegurados sin límites de edad.
- **La baja o alta** de uno o varios asegurados en la póliza supondrá la retarificación automática del producto.

Copagos

Adeslas DENTAL NEGOCIOS Y EMPRESAS no tiene copagos.

Descuentos/Bonificaciones/Recargo

Se aplicará un 15 % de descuento en prima del producto Dental Negocios y Empresas por la contratación junto con un producto de Salud. Al tratarse de una prima única para todos los asegurados de Dental, para que se pueda aplicar el 15 % de descuento y generar único recibo, se requiere paridad en número de asegurados en Salud y Dental de tal forma que aquellos asegurados que contraten Salud deben contratar Dental y viceversa, o bien que existan más asegurados en Salud que en el producto Dental.

No se aplicarán descuentos adicionales por número de asegurados.

Periodo de carencia

Sin periodo de carencia.

Exclusiones

Mismas exclusiones que **Adeslas DENTAL FAMILIA**.

Módulos complementarios

Sin módulos complementarios.

Productos

GAMA NEGOCIOS Y EMPRESAS



Adeslas DENTAL MAX AUTÓNOMOS

Adeslas DENTAL MAX AUTÓNOMOS es un producto dental que ofrece a un cliente autónomo un plan dental a largo plazo, premiando su fidelidad con la incorporación de hasta 49 nuevos actos sin coste adicional durante los primeros 3 años y reduciendo su prima 1 € cada año hasta alcanzar los 6 € por asegurado al mes.

Coberturas/Tarifas e importes por actos

Adeslas DENTAL MAX AUTÓNOMOS da acceso gratuito a una multitud de asistencias odontológicas como:

- Limpiezas Bucales.
- Consulta y Consulta Urgente.
- Revisión.
- Educación Bucodental.
- Fluorizaciones.
- Ortopantomografías.
- Pruebas diagnósticas.
- Estudios tomográficos.

Además, para el resto de asistencias odontológicas, se diferencian dos tipos de importes por acto (modalidad Dental o modalidad Óptima), que se aplicarán en función de la clínica que se escoja del cuadro médico.

Normas de contratación

- **Tomador de la Póliza:** persona física que sea autónomo a partir de 18 años. Contratación no disponible para CIFs.
- **Asegurados:** persona física de cualquier edad y sin límite de edad de acceso.
- **Sin Cuestionario de Salud.**
- **Producto no contratable como módulo opcional** de un producto de salud.

Copagos

Sin Copagos, únicamente se aplicarán los importes por acto en los asistencias odontológicas según el listado de importes por acto que se publica anualmente.

Productos

MÓDULOS COMPLEMENTARIOS



Los asegurados de asistencia sanitaria, pueden complementar la cobertura con los módulos que mejor se adapten a sus necesidades.

Los objetivos de los módulos **Adeslas** son:

- Lograr **mayor flexibilidad en la contratación**.
- **Un seguro para cada asegurado**.

Siempre sobre la misma base de producto, el asegurado decide qué es lo que quiere contratar.

De momento los módulos que están disponibles son:

- **Adeslas DENTAL FAMILIA** (15 % descuento).
- **Adeslas DENTAL AUTÓNOMOS** (15 % descuento).
- **Adeslas DENTAL NEGOCIOS y EMPRESAS** (15 % descuento).
- **Adeslas DENTAL ACTIVA** (30 % descuento). Únicamente para los productos de cartera de **Adeslas PYMES**.
- **Plus Clínica Universitaria de Navarra + Subsidio por Hospitalización 120**.
- **Plus Ginecología y Pediatría**.

Adeslas DENTAL FAMILIA

Se aplica **descuento del 30 %** siempre que se contrate con un producto de la antigua modalidad Adeslas Pymes.

Adeslas DENTAL AUTÓNOMOS

Se aplica **descuento del 15 %** siempre que se contrate un producto de Asistencia Sanitaria de la modalidad de Negocios con tomador persona física.

Adeslas DENTAL NEGOCIOS y EMPRESAS

Se puede contratar junto con un producto de Asistencia Sanitaria de la modalidad de Empresas o Negocios con tomador CIF.

Adeslas DENTAL ACTIVA

Se aplica descuento del 30 % siempre que se contrate con un producto de la antigua modalidad **Adeslas PYMES**.

Plus Clínica Universitaria de Navarra + Subsidio por Hospitalización 120

Adeslas pone a disposición de sus asegurados de asistencia con cobertura hospitalaria la posibilidad de contratar un

módulo complementario que amplía la cobertura de su seguro de salud, proporcionando acceso a la Clínica Universitaria de Navarra y un subsidio por hospitalización.

La forman **2 módulos** de contratación obligatoria, **Plus Clínica Universitaria de Navarra + Subsidio por Hospitalización 120**.

Plus Clínica Universitaria de Navarra

Hospitalización para Intervenciones Quirúrgicas y Tratamientos de patologías en la Clínica Universitaria de Navarra en las siguientes especialidades:

- **Cardiología.**
- **Cirugía Cardiovascular.**
- **Neurocirugía** (para patologías cerebrales).
- **Trasplantes** (riñón, hígado, pulmón y corazón).
- **Oncología.** Están incluidos todos los departamentos y asistencias sanitarias necesarios para la intervención y tratamientos de patologías oncológicas, incluidos los trasplantes de médula ósea.

Las coberturas que se incluyen son:

- **Hospital de Día**, para tratamiento de quimioterapia¹ y radioterapia². Incluida en la cobertura la asistencia sanitaria proporcionada por otros Departamentos o asistencias sanitarias de la Clínica cuando su intervención resultara necesaria en el tratamiento o cobertura durante el periodo de ingreso del Asegurado. También incluidas las Urgencias Hospitalarias para las especialidades contratadas, siempre que de dicha urgencia se derive un ingreso.
- **Hospitalización Quirúrgica**, para las intervenciones quirúrgicas que se requieran en las especialidades cubiertas, previa prescripción del Director Médico, incluyendo los gastos que origine la estancia y manutención del enfermo, los gastos de quirófano, las curas postoperatorias, su material y la medicación. La cobertura de hospitalización durará todo el tiempo propio del postoperatorio. Si después de ese periodo se precisara prolongar la hospitalización por razones médicas, ésta tendría el límite previsto para dicha hospitalización, siempre para el tratamiento en las especialidades detalladas anteriormente.

Se incluyen los análisis preoperatorios, el examen y las pruebas que, después de establecerse la indicación quirúrgica de las especialidades mencionadas, el cirujano de la clínica considere necesarias realizar para la intervención. Incluida la primera revisión tras la intervención quirúrgica, así como las pruebas diagnósticas necesarias para la evaluación del paciente.

- **Hospitalización Médica e internamiento en Unidad de**

Cuidados Intensivos (U.C.I.) y (U.V.I.), previa prescripción del Director Médico, para los estados patológicos agudos que precisen hospitalización en las especialidades detalladas anteriormente, tanto de adultos como de pediatría. La duración de esta estancia será hasta que el médico encargado de la asistencia lo estime conveniente, con una duración máxima de treinta días por Asegurado y anualidad, incluida la medicación durante la hospitalización. Quedan excluidas las revisiones generales y polisomnografías.

La prescripción y colocación de todas las prótesis, tanto internas como externas, para las intervenciones cubiertas por la cobertura correrán a cargo de la Aseguradora. El coste de las prótesis será por cuenta de la Aseguradora en el supuesto de válvulas cardíacas, marcapasos, prótesis de bypass vascular y endoprótesis vasculares (stent). El coste de cualquier otro tipo de prótesis, piezas anatómicas y ortopédicas, será por cuenta del asegurado.

- **Hospital de Día**, previa prescripción del Director Médico, para las siguientes intervenciones o tratamientos que no precisen de pernocta en la Clínica y que necesiten el internamiento y cuidados de enfermería hospitalaria solo durante el tratamiento o el postoperatorio inmediato de pocas horas al día, para las especialidades cubiertas y el tratamiento de patologías oncológicas. Queda incluida la primera revisión, así como las pruebas diagnósticas que fueran precisas para la evaluación del paciente en dicha revisión.
- **Medios de Diagnóstico**, durante la hospitalización (incluida la realizada en régimen de Hospital de Día), para las especialidades cubiertas en la Póliza.
- **Medios de Diagnóstico de Alta Tecnología**, Inmunohistoquímica, radiología intervencionista vascular y visceral, ergometría, hemodinámica vascular, holter, estudios electrofisiológicos y terapéuticos, medicina nuclear, tomografía por emisión de positrones, TAC (scanner) y Resonancia Magnética Nuclear.
- **Otros medios de Diagnóstico**, Doppler cardiaco, ecografía, electrocardiografía, electroencefalograma, electromiografía y fibroendoscopia.
- **Análisis Clínicos**: bioquímica, hematología, microbiología, parasitología anatomía patológica quirúrgica y citopatología.
- **Radiodiagnóstico**: todo tipo de estudios radiográficos con fines diagnósticos, incluida la utilización de medios de contraste.

Tratamientos especiales

- **Transfusiones de sangre**: durante la hospitalización. Tanto el acto médico de la transfusión como el coste de la sangre y/o plasma a transfundir serán por cuenta de la Aseguradora.

1.-En cuanto a los tratamientos de Quimioterapia, queda incluida la medicación precisa, existe un límite máximo de 30 sesiones por Asegurado y anualidad.

2.-En cuanto a la Radioterapia Oncológica, se establece un límite máximo de 45 sesiones por Asegurado y anualidad.

- **Tratamiento HIFU:** se incluye para pacientes con temblor esencial y temblor que aparece en la enfermedad de Parkinson, previo pago de una franquicia de 12.000 €, únicamente cuando el Asegurado no haya respondido anteriormente a otros tratamientos farmacológicos y presente un diagnóstico clínico de la enfermedad de grado IV.

Otras coberturas asociadas

- **Ambulancia,** para el traslado del enfermo en vehículo terrestre en casos urgentes, dentro del territorio peninsular español hasta la Clínica, por prescripción de un médico para las especialidades garantizadas cuando la situación del paciente imposibilite la utilización de los servicios ordinarios de transporte.

Exclusiones

- Quedan excluidas de la cobertura las revisiones generales o chequeos, cuya finalidad sea el diagnóstico.
Se excluyen expresamente las coberturas de la Radioterapia con protones (Protonterapia) y el tratamiento de inmunoterapia con células CAR-T.

Periodo de carencia:

- **Nueva producción:** 10 meses, contados desde la fecha en que tomó efecto, para cada asegurado, la póliza de asistencia sanitaria general a la que va asociada.
- **Cartera:** lo que le quede por consumir en la Póliza de asistencia sanitaria (para hospitalización/intervenciones).

Contratación:

Hasta los 63 años (inclusive).

Es indispensable cumplimentar cuestionario de salud (nueva producción y cartera).

Subsidio por Hospitalización 120

Módulo de contratación obligatoria que incluye un subsidio por Hospitalización diaria de 120 €/día, que se devengará a partir del 5º día consecutivo de hospitalización, siempre que el internamiento sea prescrito por el médico o cirujano que atiende al Asegurado.

Por ejemplo: Un asegurado ingresa el 13 de febrero y le dan el alta el 19 de febrero.

Habría estado ingresado 7 días y 6 noches. Como se paga a partir del 5º día. Se le abonaría únicamente 2 días completos (5ª y 6ª noche).

Esta cobertura tendrá un límite máximo de prestación de 180 días por anualidad.

El subsidio por hospitalización es para cualquier hospital del mundo (incluidos los de la Seguridad Social).

Periodo de carencia:

- Nueva producción y cartera: 6 meses, a contar desde la fecha de entrada en vigor para cada asegurado.

Exclusiones:

Además de las exclusiones generales establecidas en las condiciones generales de la Póliza de asistencia sanitaria general de la que este módulo es suplemento, quedan expresamente excluidos de la cobertura del Seguro los siniestros que sean consecuencia directa o indirecta de enfermedades o accidentes en los que concurran alguna de las siguientes circunstancias:

- Los acaecidos por infracción de leyes o preceptos del Código Penal.
- Los causados por negligencia o mala fe del Asegurado.
- Los derivados de lesiones producidas bajo los efectos de bebidas alcohólicas, drogas, estupefacientes, estados de desarreglo mental o sonambulismo.
- Los acaecidos en duelos, desafíos o riñas, salvo que se actúe en legítima defensa.
- Los causados por la interrupción voluntaria del embarazo.
- Los derivados de la asistencia al parto normal y/o lactancia.
- Los derivados de intervenciones de carácter puramente estético o cosmético, salvo que sean consecuencia de accidente.
- Los que sean consecuencia de estancias en Balnearios y Centros similares y las curas de reposo o adelgazamiento.

Plus Ginecología y Pediatría

La Aseguradora pone a disposición de los asegurados la posibilidad de contratar un módulo de reembolso complementario a las pólizas estándar con cobertura de hospitalización y con acceso únicamente al cuadro médico de la Compañía.

Con cuestionario de salud.

Módulo opcional para cada uno de los asegurados de la póliza.

Se aceptan todos los asegurados, incluso niños a título individual.

No se aceptan mayores de 64 años salvo cuando haya un mínimo de 3 asegurados menores de 60 años en este módulo.

Coberturas de asistencia sanitaria

Cobertura pediátrica:

- **Consulta Pediátrica.**

- **Administración de Vacunas.** No incluido coste vacunas.
- **Asistencia Hospitalaria al recién nacido.** Únicamente si no se puede trasladar al recién nacido dentro de la misma provincia, a un centro concertado de la póliza a la que va asociado este producto, porque pueda empeorar su estado de salud.

Cobertura ginecológica:

- **Consulta Ginecológica.**
- **Pruebas de Diagnóstico.** Sólo las realizadas por el ginecólogo.
- **Pruebas más comunes:** Amniocentesis, Biopsias Coriales, Citología, Ecografía, Monitorizaciones fetales.

- **Actos Terapéuticos:** sólo los realizados por el ginecólogo, por ejemplo, implantación de DIU. La cobertura incluye el coste del dispositivo DIU.
- **Preparación al Parto.**
- **Hospitalización Ginecológica** (ambulatoria, médica, UCI).
- **Intervenciones Ginecológicas.** Incluida también Mastectomía y Ligadura de trompas.
- **Parto/Cesárea.** Incluida asistencia matrona y anestesia epidural. Las pruebas ginecológicas y actos terapéuticos no realizados por el ginecólogo, se cubrirán siempre y se realicen dentro del Cuadro Médico al que este producto esté asociado.
- El **capital máximo** anual asegurado por asegurado es de **50.000 €**.

% REEMBOLSO	En España		80 %
	En el extranjero		
CANTIDADES MÁXIMAS A REEMBOLSAR			
ASISTENCIA AMBULATORIA	Consulta Pediátrica (Medicina Primaria). Incluye administración de vacunas		70 € / consulta
	Consulta Ginecológica (incluidas Pruebas Diagnósticas y Actos Terapéuticos realizados por el ginecólogo)		150 € / consulta
PREPARACIÓN AL PARTO			300 € / año
ASISTENCIA HOSPITALARIA GINECOLÓGICA	Honorarios médicos para cualquier tipo de intervención. Incluido Anestesista y Ayudantía		25.000 € / año
	Sin cirugía		Gastos razonables y acostumbrados
	Otros gastos hospitalarios	Hospital	400 € / día
		U.V.I.	800 € / día
		Hospitalización tanto en régimen de internamiento como en régimen ambulatorio	
	Legrado		3.000 € / año
	Parto. (incluido matrona, anestesista y ayudantía)		
	Cesárea. (incluido matrona, anestesista y ayudantía)		
ASISTENCIA HOSPITALARIA DEL RECIÉN NACIDO	Únicamente en el caso de que no se pueda trasladar al recién nacido dentro de la misma localidad a un centro concertado de la póliza a la que va asociado este producto, porque pueda empeorar su estado de salud		8.000 € / año

CARENCIAS	3 MESES	6 MESES	8 MESES
PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICAS			
Amniocentesis	•		
Monitorizaciones Fetales	•		
Laparoscopia Diagnóstica		•	
Amnioscopia		•	
Punción Biopsia Estereotáxica		•	
Biopsia Quirúrgica de mama		•	
Ecografía Alta Definición		•	
Funiculocentesis		•	
ACTO TERAPÉUTICO GINECOLÓGICO			
Retirar cerclaje de cuello uterino.		•	
HOSPITALIZACIÓN E INTERVENCIÓN GINECOLÓGICA			
Intervenciones grupo intervención 0 al II.	•		
Ligadura de Trompas.		•	
Resto Intervenciones.			•
Hospitalización Médica.			•
Hospitalización Quirúrgica			•
Parto			•

Exclusiones:

Quedan excluidos de la cobertura del seguro:

- Las pruebas diagnósticas y actos terapéuticos no realizados por el ginecólogo.
- La asistencia sanitaria de toda clase de enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones congénitas o preexistentes a la fecha de efecto del alta de cada asegurado en la póliza, que siendo conocidas por el asegurado, no hubiesen sido declaradas por éste en el cuestionario de salud. Esta exclusión no afectará a los asegurados incorporados a la póliza desde su nacimiento durante su primer año de vida, conforme al apartado 2 de las Cláusulas Descriptivas de Cobertura. Y dentro del límite establecido en estas Condiciones Generales.
- El reembolso de gastos de la asistencia sanitaria no quirúrgica prestada por el cónyuge del Asegurado o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad.

Plus Prestación Económica por Incapacidad Temporal

Para el tomador/asegurado autónomo que contrate el producto Negocios, en cualquiera de sus modalidades de asistencia sanitaria, siempre que su edad esté comprendida entre los 18 y los 64 años podrá optar a la contratación del módulo **Plus Prestación Económica por Incapacidad Temporal**.

Indemnización diaria según el capital diario contratado (10 €, 25 € o 50 €) y el número de días correspondientes a la patología según el baremo de indemnización de las Condiciones Generales.

Periodo de carencia

2 meses salvo en el caso de incapacidades transitorias que se deriven de accidentes que requieran hospitalización.

**BAREMO DE INDEMNIZACIÓN POR DÍAS
DE INCAPACIDAD TEMPORAL**

301.000	Enfermedades infecciosas y parasitarias	Días
301.001	Brucela	35
301.002	Fiebre Q	26
301.003	Fiebre Tifoidea (con complicaciones vinculadas)	76
301.004	Fiebre Tifoidea (sin complicaciones vinculadas)	38
301.005	Tuberculosis Extrapulmonar	100
301.006	Tuberculosis Pulmonar	60
301.007	Tétanos-Botulismo	86
301.008	Parásitos-Toxoplasma,	21
301.009	Mononucleosis	14
301.010	Leptospirosis	30
301.011	Enfermedades Tropicales con Tratamiento Hospitalario	40
301.012	Exantemáticas	7
301.013	Herpes Oftálmico	10
301.014	Herpes Zoster y/o Neuralgia Postherpética	15
301.015	Micosis Orgánicas (no cutáneas)	28
301.016	Micosis Sistémicas (no cutáneas)	18
301.017	Infecciones Localizadas (Abscesos) con tratamiento quirúrgico. Excepto Dermatológicas	7
301.018	Difteria	20
301.019	Septicemia (sin foco infeccioso conocido)	30
301.020	Amebiasis, Disentería Amebiana	21
301.021	Chancro Blando, Enfermedad de Reiter, Linfogranuloma Venéreo	7
301.022	Condiloma Acuminado	7
301.023	Condilomas Vulvares, Vaginales o Perianales con Intervención Quirúrgica	7
301.024	Erisipela	7
301.025	Fiebre 'Recurrente' (no síntoma)	26
301.026	Gangrena Gaseosa, Lipodistrofia Intestinal	30
301.027	Parotiditis, Fiebre Urlana	7
301.028	Teniasis, Cisticercosis	21
301.029	Tos Ferina	20
301.030	Triquinosis	21

302.000	Enfermedades infecciosas y parasitarias	Días
302.001	Neoplasias: Cavidad Bucal, con tratamiento Oncológico y/o Cirugía	120
302.002	Neoplasias: Cervical Invasora con tratamiento Oncológico y/o Cirugía	300
302.003	Neoplasias: Dérmica (Epitelioma)	60
302.004	Neoplasias: Dérmica (Melanoma) con Afectación Sistémica	240
302.005	Neoplasias: Esofágica con Tratamiento Oncológico y/o Cirugía	180
302.006	Neoplasias: Gastrointestinal con Tratamiento Oncológico y/o Cirugía	240
302.007	Neoplasias: Hepática con Tratamiento Oncológico y/o Cirugía	300
302.008	Neoplasias: Laríngea con Tratamiento Oncológico sin Cirugía	180
302.009	Neoplasias: Laríngea con Tratamiento Oncológico más Cirugía	300
302.010	Neoplasias: Mamaria con Tratamiento Oncológico y/o Cirugía Conservadora	120
302.011	Neoplasias: Mamaria con Tratamiento Oncológico y/o Cirugía Radical	180
302.012	Neoplasias: Ovárica con Tratamiento Oncológico y/o Cirugía	300
302.013	Neoplasias: Endometrial con Tratamiento Oncológico y/o Cirugía	120
302.014	Neoplasias: Pancreática, Tratamiento Oncológico y/o Cirugía	300
302.015	Neoplasias: Prostática o Renal con Tratamiento Oncológico y/o Cirugía	240
302.016	Neoplasias: Pulmonar con Tratamiento Oncológico y/o Cirugía	300
302.017	Neoplasias: Renal con Tratamiento Oncológico y/o Cirugía	240
302.018	Neoplasias: SNC o Periférico con Tratamiento Oncológico y/o Cirugía	300
302.019	Neoplasias: Testicular con Tratamiento Oncológico y/o Cirugía	180
302.020	Neoplasias: Vesical con Tratamiento Oncológico y/o Cirugía	180
302.021	Leucemias	240
302.022	Linfoma Hodking con Tratamiento Oncológico y/o Cirugía	240
302.023	Linfoma No-Hodking con Tratamiento Oncológico y/o Cirugía	300
302.024	Mieloma con Tratamiento Oncológico y/o Cirugía	240
302.025	Tratamiento Quirúrgico por Calcínoma in situ	15
302.026	Otras Neoplasias Malignas con Tratamiento Quirúrgico que requiera hospitalización o Quimioterapia	120

302.027	Linfosarcoma y Reticulosarcoma	120
302.028	Sarcoma de Kaposi	120
303.000	Enfermedades Endocrinas y Metabólicas	Días
303.001	Suprarrenal: Enfermedad de Addison-Cushing Conn	19
303.002	Suprarrenalectomía	38
303.003	Prolactinoma Quirúrgico	39
303.004	Cetoacidosis, Coma Cetoacidótico o Hiperosmolar (complicaciones de Diabetes Mellitus)	21
303.005	Cirugía de la Hipófisis: Panhipopituitarismo, Tumores, Granulomas	47
303.006	Cirugía del Feocromocitoma	38
303.007	Tiroidectomía Total o Subtotal (AP)	30
303.008	Tiroides: Enfermedad de Basedow	21
303.009	Tiroiditis	16
303.010	Paratiroidismo (Hiper-Hipo)	14
303.011	Bocio no tóxico y Nódulo con Intervención Quirúrgica	30
303.012	Hipotiroidismo con Mixedema/Cretinismo con Ingreso Hospitalario	16
303.013	Tumor Benigno de Tiroides con Intervención Quirúrgica. Adenoma Tiroideo	30
304.000	Enfermedades de la sangre	Días
304.001	Serie Blanca: Leucopenia Idiopática	14
304.002	Serie Roja: Anemia Hemoglobina Inferior a 10 (HB <10)	17
304.003	Púrpura Trombocitopénica Idiopática (PTI). Con Ingreso Hospitalario	20
304.004	Policitemia Vera	22
304.005	Trombopenia-Trombocitosis	14
304.006	Transplante Médula	105
304.007	Esplenectomía	45
304.008	Anemia Aplásica con Ingreso Hospitalario	14
305.000	Enfermedades del sistema nervioso	Días
305.001	Craneotomía (trepanación) por cualquier causa	47
305.002	Craneotomía con intervención encéfalo (sangre, tumores benignos)	97
305.003	Enfermedades Cerebro Vasculares: Vasculitis Cerebral	42
305.004	Enfermedades Cerebro-Vasculares: Accidente Cerebro-Vascular (ACV)	60

305.005	Enfermedades Cerebro-Vasculares: Accidente Isquémico Transitorio (AIT)	18
305.006	Enfermedades Cerebro-Vasculares: Hemorragia Intracraneal	57
305.007	Estatus Epiléptico	21
305.008	Válvulas de Derivación	41
305.009	Lobotomía	47
305.010	Hidrocefalia con Tratamiento Quirúrgico	45
305.011	Hidrocefalia con Tratamiento Médico	20
305.012	Desmielinizantes: Metabólicas, Carenciales	23
305.013	Síndrome de Guillain-Barré	90
305.014	Parálisis Facial Idiopática o de Bell	15
305.015	Médula espinal: Ependimoma	47
305.016	Médula Espinal: Meningocele	44
305.017	Neuropatías Agudas: Craneales y Periféricos	24
305.018	Infecciones Bacterianas SNC	50
305.019	Infecciones Viricas SNC	25
305.020	Infecciones: Abscesos Sistema Nerviosos central (SNC)	98
305.021	Injertos Nerviosos	48
305.022	Myasthenia Gravis	18
305.023	Enfermedades Degenerativas: Demencia, Parkinson, Corea, Ataxia que requiere Estancia Hospitalaria	20
305.024	Esclerosis Múltiples con Ingreso Hospitalario	23
305.025	Herida Traumática de Nervios Periféricos	24
305.026	Malformación Vascular Cerebral con Intervención Quirúrgica	57
305.027	Meningioma con Intervención Quirúrgica	97
305.028	Mielitis con Ingreso Hospitalario	24
305.029	Neuralgia del Trigémino	24
305.030	Trastorno de Raíces y Plexos Nerviosos	24
306.000	Enfermedades de los órganos de los sentidos: ORI y Oftalmología	Días
306.001	Cirugía del Desprendimiento de Retina	25
306.002	Cirugía sobre la Cámara Anterior con Prótesis	22
306.003	Cirugía sobre la Cámara Anterior sin Prótesis	14
306.004	Cirugía sobre la Cámara Posterior	26

306.005	Cuerpo Extraño Intraocular. Herida perforante a cámara anterior	25
306.006	Cuerpo Extraño. Extracción Quirúrgica y Taponamiento Superior a 6 días	8
306.007	Glaucoma (Crisis Aguda)	30
306.008	Cirugía de las Cataratas	15
306.009	Iritis, Uveitis Autoinmune	30
306.010	Iritis, Uveitis Traumática	15
306.011	Enucleación por Estallido Traumático	25
306.012	Obstrucción Arteria o Vena Central de la Retina	30
306.013	Coriorretinitis por cualquier causa	30
306.014	Trasplante de Córnea	90
306.015	Abordaje de Cavum (Fibroma y otros)	14
306.016	Cirugía del oído interno	25
306.017	Cirugía del oído medio	13
306.018	Estapedectomía	60
306.019	Mastoidectomía	21
306.020	Vértigo por enfermedad de Meniere	22
306.021	Adenoidectomía	7
306.022	Amigdalectomía	14
306.023	Resección Tabique	20
306.024	Extirpación Cornetes	4
306.025	Cirugía de la Sinusitis	7
306.026	Biopsia de Cávum (AP Benigno)	8
306.027	Biopsia de Laringe y Polipectomía	11
306.028	Cordectomía	7
306.029	Flemón Periamigdalino	13
306.030	Flemón-Absceso Laríngeo	13
306.031	Laringectomía	100
306.032	Edema Cuerda Vocal (Edema de Reinke) con Intervención Quirúrgica	7
306.033	Estrabismo con Intervención Quirúrgica	26
306.034	Herida Profunda del Globo Ocular	25
306.035	Pérdida Total de la visión de un ojo	90
306.036	Pólipos Nasales (Cirugía)	4
306.037	Pterigión con Intervención Quirúrgica	14

306.038	Retinopatía (Diabética, Proliferativa)	30
306.039	Tumor Benigno de Faringe con Intervención Quirúrgica	14
306.040	Tumor de la Órbita Benigno	26
306.041	Vitrectomía	15
307.000	Enfermedades del Sistema Circulatorio	Días
307.001	Insuficiencia Cardíaca Congestiva Aguda	30
307.002	Pericarditis Vírica	22
307.003	Pericarditis. Tratamiento Quirúrgico	28
307.004	Miocarditis	40
307.005	Angina de Pecho (Angor) (precisando Ingreso Hospitalario)	45
307.006	Angioplastia Transluminal Percutánea	18
307.007	Cateterismo Cardíaco Terapéutico (no diagnóstico)	10
307.008	Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	95
307.009	Arteriectomía	27
307.010	Cirugía con Circulación Extracorpórea (CEC) (Prótesis o By Pass)	83
307.011	Cirugía de Aneurisma de Aorta Abdominal	62
307.012	Cirugía de Aneurisma y/o Disección de Aorta Torácica	83
307.013	Coartación de Aorta	36
307.014	Disección de Aorta	59
307.015	Feblectomías Safenas	26
307.016	Tromboflebitis Sin Cirugía	15
307.017	Embolectomía	20
307.018	Comisurotomía	34
307.019	Endocarditis	80
307.020	Endocarditis sobre Válvula Protésica	79
307.021	Crisis hipertensivas con Ingreso Hospitalario	11
307.022	Hipertensión Maligna. Crisis Hipertensiva con Ingreso Hospitalario	10
307.023	Crisis o Episodio de Arritmia Aguda Sintomática y que precise Tratamiento Hospitalario	17
307.024	By Pass Aortorrenal	41
307.025	Simpatectomía Torácica	32
307.026	Simpatectomía: Lumbar	23
307.027	Aneurismas Periféricos con Intervención quirúrgica	37

307.028	Colocación marcapaso con intervención quirúrgica	10
307.029	Edema Agudo Pulmón con Ingreso hospitalario	30
307.030	Enfermedad Cardiopulmonar Crónica con Ingreso Hospitalario	30
307.031	Hipertensión Portal. Flebitis de la Vena Porta	15
307.032	Isquemia Arterial Aguda con Intervención Quirúrgica	27
308.000	Enfermedades del aparato respiratorio	Días
308.001	Neumectomía	90
308.002	Lobectomía	60
308.003	Neumonía Complicada con Sepsis o Absceso Pulmonar	44
308.004	Neumonía: Virica, Bacteriana, Atípica (Imprescindible confirmación Radiográfica)	15
308.005	Neumonitis por Hipersensibilidad	15
308.006	Neumotórax con o sin Derrame Pleural	21
308.007	Cirugía del Neumotórax Recurrente (extirpación ampollas, irritación pleura, pleurectomía)	42
308.008	Derrame Pleural con Ingreso Hospitalario (con o sin Toracocentesis)	30
308.009	Bronquitis Aguda con Ingreso Hospitalario	7
308.010	Sobreinfección Respiratoria sobre enfermedad crónica (EPOC) con Ingreso Hospitalario	15
308.011	Estatus Asmático	13
308.012	Biopsia Pulmonar Quirúrgica	16
308.013	Exploraciones: Mediastinoscopia, Mediastinostomía	11
308.014	Tromboembolismo Pulmonar con Ingreso Hospitalario	48
308.015	Enfermedades infiltrativas (Sarcoidosis, Síndrome de Goodpasture)	45
308.016	Nodullectomía Pulmonar Benigna o Cáncer in situ	48
308.017	Timectomía	23
308.018	Absceso Pulmonar o Mediastínico	44
308.019	Bronquitis Crónica con Ingreso Hospitalario	7
308.020	Enfisema Pulmonar con Ingreso Hospitalario	15
308.021	Obstrucción Crónica al flujo aéreo (OCFA) con Ingreso Hospitalario	11
308.022	Patología del Diafragma, Mediastino, Traqueostomía	11
308.023	Tumor Benigno de Órganos Respiratorios o Intratorácicos	48

308.024	Tumor Benigno de Tráquea con Intervención Quirúrgica	23
309.000	Enfermedades del aparato digestivo	Días
309.001	Glándulas Salivares con Tratamiento Quirúrgico	7
309.002	Cirugía de Suelo de la Boca	45
309.003	Cirugía del Tumor Benigno de Parótida	15
309.004	Quistes Branquiales con Tratamiento Quirúrgico	16
309.005	Quistes Maxilares con Tratamiento Quirúrgico	7
309.006	Esófago (con Tratamiento Quirúrgico) (no Cáncer: Hernia Hiato-Divertículo)	31
309.007	Esofagotomía	22
309.008	Gastrectomía (excluido Cirugía Bariática)	50
309.009	Gastroenteritis Aguda complicada con fracaso Renal Agudo	26
309.010	Gastroenteritis Aguda con Ingreso Hospitalario Superior a 7 días / Salmonelosis	7
309.011	Gastrorrafia	26
309.012	Úlcera Esofágica, Gástrica o Duodenal Objetivada por Gastroscoopia con Complicaciones	15
309.013	Vagotomía-Pilorooplastia	30
309.014	Apendicectomía	10
309.015	Peritonitis	20
309.016	Herniorrafia Umbilical/Inguinal Unilateral/Crural Unilateral	18
309.017	Enfermedad de Zollinger-Ellison con o sin cirugía (Esofágica, Gástrica, Duodenal)	30
309.018	Enfermedad Inflamatoria Intestinal (Colitis Ulcerosa y Enfermedad de Crohn): brote	15
309.019	Enfermedad Inflamatoria Intestinal (Colitis Ulcerosa y Enfermedad de Crohn): complicación	30
309.020	Pancreatectomía	50
309.021	Pancreatitis Crónica: reagudizaciones	15
309.022	Pancreatitis: Aguda y Hemorrágica o Complicada (Esteatonecrosis)	41
309.023	Colecistectomía (vía biliar)	15
309.024	Colecistectomía (vía biliar) + Esfinterotomía	15
309.025	Colecistitis Aguda	15
309.026	Cólico Hepático con Colelitiasis Confirmada	5
309.027	Descompensación Cirrosis/Insuficiencia Hepática. Con ingreso hospitalario	30
309.028	Extirpación Parcial del Hígado	27

309.029	Hígado: hepatectomía parcial	47
309.030	Hepatitis aguda A	28
309.031	Hepatitis aguda B,C, D	63
309.032	Hepatitis aguda tóxica por fármacos	21
309.033	Hepatitis inflamatoria-granulomatosis	45
309.034	Hígado: resección quirúrgica/exéresis quiste hídático	29
309.035	Hígado: resección quirúrgica/exéresis tumores benignos	27
309.036	Hígado: resección/exéresis absceso	30
309.037	Hígado: trasplante hepático	180
309.038	Estenosis pilórica (con tratamiento quirúrgico)	30
309.039	Eventración, reducción quirúrgica	10
309.040	Hemicolectomía (AP)	45
309.041	Colostomía	45
309.042	Panproctocolectomía (AP)	74
309.043	Hemorragia Digestiva aguda (esofágica, gástrica, duodenal)	15
309.044	Cirugía de Fibrosis retroperitoneal y adherencias	38
309.045	Hemorroides-Fisuras-Fístulas y Prolapso Rectal (con Tratamiento Quirúrgico)	10
309.046	Ileo Paralítico	20
309.047	Infarto Mesentérico con Cirugía	44
309.048	Reintervenciones Gástricas y Subfrénicas	38
309.049	Resección Entérica	37
309.050	Obstrucción Intestinal reducción quirúrgica	45
309.051	Absceso Anal con Intervención Quirúrgica	10
309.052	Colangitis Aguda	15
309.053	Colitis Idiopática. Complicación. Megacolon Tóxico	30
309.054	Divertículo de Meckel con tratamiento quirúrgico	10
309.055	Divertículo Intestinal (no meckel) con tratamiento quirúrgico	10
309.056	Enfermedad Diverticular del intestino con intervención quirúrgica	10
309.057	Enfermedades de origen nutricional con ingreso hospitalario	15
309.058	Hepatitis Ingreso Hospitalario Medicina General. Ingreso hospitalario	30
309.059	Invaginación Intestinal	10

309.060	Laparotomía Exploradora	10
309.061	Pólipo de Colon con intervención quirúrgica	10
309.062	Pólipo Gástrico con intervención quirúrgica	15
309.063	Pólipos de Ano y Recto. Resección endoscópica	10
309.064	Trombosis de la Vena Porta	30
309.065	Tumor Benigno de esófago, estómago, o intestino	21
309.066	Vólvulo Intestinal con intervención quirúrgica	45
310.000	Enfermedades del Aparato Genitourinario: Nefrología, Urología, Ginecología	Días
310.001	Nefrectomía (AP)	55
310.002	Cólico Nefrítico con Litiasis confirmada con Pruebas de Diagnóstico por la imagen y tratamiento con Litotricia Renal	8
310.003	Síndrome Nefrótico	41
310.004	Pielonefritis Aguda (PNA)	22
310.005	Glomerulonefritis (GN)	36
310.006	Insuficiencia Renal Aguda	30
310.007	Uretero-Nefrostomía	21
310.008	Trasplante Renal	140
310.009	Varicocele Quirúrgico	18
310.010	Hidrocele Quirúrgico	18
310.011	Orquidectomía (AP)	28
310.012	Orquidopexia	9
310.013	Orquitis-Epididimitis-Prostatitis (agudas)	10
310.014	Resección Abdominal de Próstata	20
310.015	Resección Transuretral de Próstata (RTU)	10
310.016	Cistectomía	52
310.017	Corrección de Prolapsos y Celes	15
310.018	Anexectomía	26
310.019	Anexitis	7
310.020	Cirugía de la Endometriosis Grave	35
310.021	Enfermedad Inflamatoria Pelviana Grave, Diagnosticada con Laparoscopia	28
310.022	Histerectomía abdominal	32
310.023	Histerectomía vaginal	23
310.024	Miomectomía uterina	30

310.025	Conización por cáncer in situ o cin III	15
310.026	Operación de Manchester	23
310.027	Cervicitis. Bartholinitis	7
310.028	Mamas (reducción o corrección post-traumática)	23
310.029	Mastectomía	30
310.030	Tumorectomía	10
310.031	Absceso de vulva con intervención quirúrgica	7
310.032	Cálculo de próstata con intervención quirúrgica	8
310.033	Divertículo de la vejiga con intervención quirúrgica	10
310.034	Ginecomastia (con intervención quirúrgica)	23
310.035	Incontinencia urinaria con intervención quirúrgica	15
310.036	Infección Gonocócica, Gonorrea	10
310.037	Insuficiencia Renal Crónica con Ingreso Hospitalario	41
310.038	Neoplasias Benignas de mama con Intervención Quirúrgica	30
310.039	Pólipo Cervical con Intervención Quirúrgica	10
310.040	Pólipo de Útero sin especificar con Intervención Quirúrgica	10
310.041	Quiste de Ovario (tumor benigno de ovario) con intervención quirúrgica	26
310.042	Quiste Renal; Estenosis Uretral con Intervención	8
310.043	Torsión Testicular con Hospitalización	9
310.044	Tumor Benigno de Órganos Genitales Masculinos con Intervención Quirúrgica	28
310.045	Tumor Benigno de Ovario con Intervención Quirúrgica	26
310.046	Tumor Benigno de Riñón y otros Órganos Urinarios con Intervención Quirúrgica	30
310.047	Tumor Benigno de vulva con Intervención Quirúrgica	10
310.048	Tumor Vesical Benigno con Intervención Quirúrgica	10
310.049	Tumores de partes blandas con Intervención Quirúrgica	10
311.000	Enfermedades del Aparato Genitourinario: Nefrología, Urología, Ginecología	Días
311.001	Aborto no voluntario incluido Mola	15
311.002	Amenaza de Aborto. Confirmada con ecografía/ registro CGT	18
311.003	Embarazo Ectópico	29

311.004	Lgrado Uterino Ginecológico	7
311.005	Lgrado Uterino Obstétrico	7
311.006	Hiperemesis Gravídica que precise rehidratación parenteral	11
311.007	Desprendimiento Prematuro de placenta normalmente insertada	23
311.008	Eclampsia (excluido Pre-Eclampsia)	30
311.009	Parto o Cesárea	20
312.000	Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo	Días
312.001	Dermopatías Agudas que incapaciten transitoriamente para la profesión habitual	7
312.002	Extirpación de Cicatrices y pequeña cirugía no ambulatoria	4
312.003	Dermatopolimiositis	21
312.004	Abscesos Pararrectales y Quistes Dermoides/ sacros infectados (drenaje quirúrgico o marsupialización)	7
312.005	Abscesos Pararrectales y Quistes Dermoides/ sacros infectados (extirpación en bloque)	15
312.006	Esclerodermia y Derivados: complicaciones y agudizaciones	21
312.007	Lupus Eritematoso sistémico-LED, panarteritis, amiloidosis, sarcoidosis	32
312.008	Infecciones de tejido celular subcutáneo/ Abscesos cutáneos	3
312.009	Eritema Nodoso	21
312.010	Hidrosadenitis	21
312.011	Sobreinfección heridas quirúrgicas	7
312.012	Celulitis con ingreso hospitalario	3
312.013	Dermatitis de contacto diagnosticada por alergólogo o dermatólogo	7
312.014	Distrofia Muscular y otras Miopatías	21
312.015	Linfangitis, Linfedema	3
312.016	Miositis, paniculitis	3
312.017	Neurinoma de morton con intervención quirúrgica	7
312.018	Nódulos subcutáneos; edema localizado	3
312.019	Verrugas víricas con tratamiento quirúrgico	4
313.000	Enfermedades del sistema osteomioarticular y tejido conectivo	Días
313.001	Bursitis con tratamiento quirúrgico	21
313.002	Bursitis con tratamiento médico (excluido interfalángicas)	15

313.003	Bursitis interfalángicas con tratamiento médico más inmovilización	7
313.004	Cirugía del hallux valgus-rigidus	20
313.005	Dupuytren bilateral (con tratamiento quirúrgico)	25
313.006	Dupuytren unilateral (con tratamiento quirúrgico)	10
313.007	Cervicalgia-cervicobraquialgia-contractura o esguince-protusión o hernia discal. Con afectación radicular objetivada con cambios radiológicos agudos. Tratamiento médico.	21
313.008	Cervicalgia-cervicobraquialgia-contractura o esguince-protusión o hernia discal con síndrome vertiginoso o déficit de movilidad superior a un 15 % en flexo-extensión, rotación o lateralización con tratamiento médico	21
313.009	Cervicalgia-cervicobraquialgia-contractura o esguince-protusión o hernia discal. Con indicación médica de inmovilización con collarín más de 10 días	10
313.010	Artrodesis vertebral	120
313.011	Laminectomía descompresiva	75
313.012	Hernia discal con tratamiento mediante nucleotomía percutánea/quimionucleosis	45
313.013	Lumbalgia-lumbago-contractura o esguince lumbar-lumbociatalgia-hernia discal con cambios radiológicos agudos	21
313.014	Síndrome túnel carpiano con tratamiento conservador sin cirugía.	7
313.015	Síndrome túnel carpiano con tratamiento quirúrgico	21
313.016	Corpectomía total (extirpación vertebral)	180
313.017	Intervención de revascularización ósea	35
313.018	Artritis aguda por cristales	7
313.019	Artritis séptica (pequeñas articulaciones)	20
313.020	Artritis séptica (grandes articulaciones)	90
313.021	Artritis traumática de grandes articulaciones con derrame articular tratada con artrocentesis o inmovilización	21
313.022	Artritis traumática de grandes articulaciones sin artrocentesis ni inmovilización	8
313.023	Artritis traumática de manos y pies Inmovilización con férula durante más de 7 días	8
313.024	Artritis tuberculosa	90
313.025	Episodio agudo de artritis seronegativas (espondilitis anquilopoyética, enfermedad de Behç, enfermedad de Reiter, enfermedad de Still, Artritis psoriásica)	20
313.026	Artrodesis de rodilla	90
313.027	Artroplastia total o parcial de cadera	120

313.028	Prótesis total rodilla	120
313.029	Prótesis parcial rodilla	80
313.030	Recambio prótesis total	90
313.031	Artroscopia terapéutica. Meniscectomía. Regularización de lesiones condrales	21
313.032	Rotura meniscal con tratamiento y/o quirúrgico	21
313.033	Plastia perartroscópica	51
313.034	Transposiciones tendinosas	60
313.035	Tratamiento quirúrgico de la luxación recidivante de hombro	30
313.036	Tratamiento quirúrgico de la rotura del manguito rotadores	70
313.037	Tratamiento quirúrgico de pseudoartrosis de huesos largos	180
313.038	Tratamiento quirúrgico de la rotura completa de bíceps y/o tendón largo	70
313.039	Osteomielitis aguda	81
313.040	Osteotomías femorales	90
313.041	Osteotomías metatarsianas	50
313.042	Osteotomías pélvicas	85
313.043	Osteotomías tibiales	60
313.044	Cirugía de macizo frontal y malar	37
313.045	Sutura ligamentos tobillo por inestabilidad crónica de la articulación	25
313.046	Retirada material osteosíntesis	5
313.047	Episodio agudo de Atritis reumatoide (excepto columna); poliartritis inflamatoria	20
313.048	Cirugía de las deformidades de los dedos (garra, resorte, martillo, cuello de cisne)	20
313.049	Condromalacia rotuliana con intervención quirúrgica	21
313.050	Enfermedad de paget; osteítis deformante	20
313.051	Espolón calcáneo con intervención quirúrgica	15
313.052	Espondilolistesis con intervención quirúrgica	120
313.053	Espondilosis, artrosis vertebral, anquilosis, hiperostosis vertebral con intervención quirúrgica	120
313.054	Extracción de material de osteosíntesis	5
313.055	Fiebre reumática. Artritis reumática	20
313.056	Ganglión de articulación y tendón con intervención quirúrgica	21
313.057	Genu valgo/varo (con intervención quirúrgica)	90

313.058	Gonartrosis (artrosis en rodilla) con intervención quirúrgica	90
313.059	Hidartrosis o derrame articular	21
313.060	Osteoartrosis bilateral (no vertebral) con intervención quirúrgica	21
313.061	Osteocondromas con intervención quirúrgica	60
313.062	Osteocondrosis/ostecondritis	60
313.063	Periartritis escapulohumeral	21
313.064	Quiste sinovial con intervención quirúrgica	21
313.065	Tumor benigno de huesos o cartílagos articulares	60
313.066	Esguince cervical. Esguince cervical grave	21
313.067	Polimialgia reumática	20
314.000	Lesiones	Días
314.001	Amputación extremidad inferior total o parcial (excepto dedos y pie)	120
314.002	Amputación extremidad superior total o parcial (excepto dedos)	90
314.003	Amputación total de un dedo 1º (pulgar) del pie	60
314.004	Amputación total de un dedo 1º (pulgar) o 2º de la mano	60
314.005	Amputación total de un dedo 2º, 3º, 4º o 5º del pie	30
314.006	Amputación total de un dedo 3º, 4º o 5º de la mano	45
314.007	Amputación parcial de un dedo de mano o del pie (amputación falanges)	15
314.008	Amputación del pulpejo del dedo o de partes blandas de un dedo de la mano o del pie	7
314.009	Amputación del pie o antepie (tarso o metatarso)	90
314.010	Quemaduras II: de segundo grado más de 3 % y menos del 10 % y tercer grado menos del 3 % de extensión corporal afectada	7
314.011	Quemaduras III: de segundo grado más de 10 % y menos del 21 % y tercer grado más de 3 % y menos del 10 % de extensión corporal afectada	30
314.012	Quemaduras IV: de segundo grado más de 20 % y menos del 41 % de extensión corporal afectada	60
314.013	Quemaduras V: de segundo grado más del 40 %	90
314.014	Quemaduras VI: de tercer grado más del 20 % y menos del 41 % de extensión corporal afectada	120
314.015	Quemaduras VII: de tercer grado con más del 40 % de extensión corporal afectada	240
314.016	Fisura de huesos cortos	15
314.017	Fisura de huesos largos	30
314.018	Fracturas faciales que no precisen reducción quirúrgica	21

314.019	Fractura de Le Fort (I)	60
314.020	Fractura de Le Fort (II)	90
314.021	Fractura de Le Fort (III)	90
314.022	Fractura de mandíbula	60
314.023	Fractura cigomática o malar con afectación órbita	90
314.024	Fractura cigomática o malar sin afectación órbita	60
314.025	Fractura del maxilar superior: tratamiento cruento	90
314.026	Fractura del maxilar superior: tratamiento incruento	60
314.027	Fractura del cóndilo mandibular	45
314.028	Fractura nasal que no precisa reducción quirúrgica	13
314.029	Fractura nasal que precisa reducción quirúrgica	20
314.030	Fractura clavícula o escápula. Tratamiento quirúrgico	40
314.031	Fractura clavícula o escápula. Tratamiento ortopédico	30
314.032	Fractura subcapital de húmero	100
314.033	Fractura diáfisis humeral y paleta humeral	90
314.034	Fractura olécranon, coronoides, epicóndilo, epitroclea	75
314.035	Fractura antebrazo o muñeca	45
314.036	Fractura de escafoides (diagnóstico tardío confirmado)	100
314.037	Fractura huesos del carpo excepto escafoides	60
314.038	Fractura luxación carpo. Tratamiento quirúrgico	90
314.039	Fractura metacarpianos	30
314.040	Fractura de falanges (excepto falanges distales)	30
314.041	Fractura de falanges distales	15
314.042	Fractura anillo pélvico. Fractura de sacro	90
314.043	Fractura de ramas ileopúblicas, isquiopúblicas o espinas ilíacas	60
314.044	Fractura cervicales, pertrocantericas, subtrocantéricas	240
314.045	Fractura cótilo compleja. Fractura luxación central de cadera	240
314.046	Fractura de cótilo con o sin luxación central de cadera	120
314.047	Fractura diáfisis femoral	180
314.048	Fractura supracondíleas, intercondíleas y supraintercondíleas	240

314.049	Fractura rótula compleja o conminuta	180
314.050	Fractura rótula simple	90
314.051	Fractura meseta tibial	180
314.052	Fractura diáfisis tibial	240
314.053	Fractura peroné. Extremo proximal	90
314.054	Fractura peroné. Diáfisis	90
314.055	Fractura pilón tibial	180
314.056	Fractura maleolares	90
314.057	Fractura bimalcolares o trimaleolares	180
314.058	Fractura de calcáneo con tratamiento ortopédico	120
314.059	Fractura de calcáneo con tratamiento quirúrgico	180
314.060	Fractura tarso (incluye astrágalo). Tratamiento ortopédico	90
314.061	Fractura tarso (incluye astrágalo) con tratamiento quirúrgico	120
314.062	Fractura metatarsianos	90
314.063	Fractura dedos pie	15
314.064	Fractura de esternon	40
314.065	Fracturas apófisis vertebrales (espinosas, transversas)	60
314.066	Fracturas de cuerpo vertebral subsidiarias de tratamiento ortopédico	120
314.067	Fracturas luxación sin lesión medular subsidiarias de tratamiento Quirúrgico (cualquier técnica)	240
314.068	Fracturas-luxaciones cervicales no quirúrgicas	90
314.069	Fracturas-luxaciones cervicales sin lesión medular. Tratamiento quirúrgico: artrodesis anterior	120
314.070	Una o varias fracturas costales con Hemo o Neumotórax	75
314.071	Una o varias fracturas costales desplazadas sin afectación del parénquima pulmonar	40
314.072	Una o varias fracturas costales no desplazadas o fisuras ,sin hemo o neumotórax	21
314.073	Fracturas costales con inestabilidad torácica (volet), diferentes técnicas (presión positiva-grapas Judet)	90
314.074	Traumatismo craneo encefálico (TCE): hematoma epi o subdural	60
314.075	Traumatismo craneo encefálico (TCE): conmoción cerebral (con ingreso hospitalario mínimo de 24 horas)	7
314.076	Traumatismo craneo encefálico (TCE): fractura craneal con afectación parenquimatosa cerebral diagnosticada por RMN	120

314.077	Traumatismo craneo encefálico (TCE): fractura craneal con afectación parenquimatosa cerebral y estado de coma de más de un mes de duración	300
314.078	Traumatismo craneo encefálico (TCE): fractura craneal sin afectación orgánica cerebral	52
314.079	Traumatismo craneo encefálico (TCE): lesión orgánica sin fractura craneal	120
314.080	Traumatismo torácico con rotura bronquial o disección aórtica	90
314.081	Traumatismos complejos de la mano (varias lesiones tendinosas+fracturas de varios metas o falanges)	100
314.082	Esguince grado I con tratamiento ortopédico	10
314.083	Esguince grado II con tratamiento ortopédico	30
314.084	Esguince grado III con tratamiento ortopédico	60
314.085	Esguinces grado I con tratamiento quirúrgico	45
314.086	Esguinces grado II con tratamiento quirúrgico	60
314.087	Esguinces grado III con tratamiento quirúrgico	90
314.088	Rodilla: lesiones complejas (Tríada-Péntada). Tratamiento quirúrgico	180
314.089	Rodilla: rotura completa LCA y/o LCP. Tratamiento quirúrgico mediante ligamentoplastia	120
314.090	Rodilla: rotura de ligamento cruzado (LCA-LCP) inmovilizado con vendaje elástico o yeso durante más de 21 días	35
314.091	Rotura del tendón de aquiles o del tendón rotuliano. Tratamiento Ortopédico o Quirúrgico	90
314.092	Roturas fibrilares (ecografía positiva)	14
314.093	Sección de tendones extensores	50
314.094	Sección de tendones flexores	75
314.095	Luxación esterno-clavicular con tratamiento quirúrgico	40
314.096	Luxación acromio-clavicular con tratamiento ortopédico (inmovilización)	30
314.097	Luxación acromio-clavicular con tratamiento quirúrgico	30
314.098	Luxación de codo, muñeca o carpo	30
314.099	Luxación de hombro asociada a fractura de troquíter	80
314.100	Luxación escapulo-humeral recidivante con tratamiento ortopédico	10
314.101	Luxación escapulo-humeral con tratamiento ortopédico	30
314.102	Luxación escapulo-humeral con tratamiento quirúrgico	40
314.103	Luxación esterno-clavicular con tratamiento ortopédico (inmovilización)	20

314.104	Luxación IF de los dedos de la mano o del pie	15
314.105	Luxación MCF del dedo pulgar	35
314.106	Luxación MCF y MTF de los dedos de la mano o del pie	15
314.107	Luxación simple de cadera sin fractura	45
314.108	Suturas (sin afectación tendinosa): dedos (manos y pies)	7
314.109	Suturas (sin afectación tendinosa): palma mano y planta pie	8
314.110	Suturas (sin afectación tendinosa): rodilla, codo, muñeca (con más de cinco puntos de sutura)	7
314.111	Intoxicaciones por fármacos con complicaciones	15
314.112	Contusión costal / esternal que precisa de I.T. por Seguridad Social	15
314.113	Epicondilitis con inmovilización	21
314.114	Tendinitis de De Quervain	21
314.115	Suturas complejas con inmovilización con férula o que precisan de I.T. por Seguridad Social	10
314.116	Esguince intercostal	20
314.117	Abscesos postquirúrgicos	30
314.118	Esguinces con tratamiento médico	4
314.119	Esguince cervical	5
314.120	Anafilaxia secundaria/iatrogenia con ingreso hospitalario	15
314.121	Cirugía articulación no de rodilla: luxación recurrente, anquilosis	40
314.122	Herida penetrante en cuello, tronco, extremidad, u órgano interno	7
314.123	Lesión medular aguda	240
314.124	Lesión medular completa	240
314.125	Lesión medular incompleta con intervención quirúrgica	240
314.126	Luxación de tobillo	10
314.127	Luxación mano con tratamiento ortopédico	30
314.128	Luxación pie con tratamiento ortopédico	15
314.129	Luxación recidivante de rótula con tratamiento quirúrgico	30
314.130	Luxación rodilla con tratamiento ortopédico	30
314.131	Luxación rotula con tratamiento ortopédico	30
314.132	Mano catastrófica	90
314.133	Osteoporosis, quiste óseo con intervención quirúrgica	180

314.134	Politraumatismo grave con ingreso hospitalario	40
314.135	Quemaduras en cara, cabeza o cuello	120
314.136	Rotura de ligamentos del tobillo graves	60
314.137	Tendinitis, tenosinovitis con intervención quirúrgica	21
314.138	Traumatismo grave múltiple con ingreso hospitalario superior a 30 días	52
314.139	Quemaduras de segundo o tercer grado que afectan a más del 50 % de la mano y dedos (incluido dorso)	7

PROCESOS SIN INDEMNIZACIÓN		
401.000	Enfermedades infecciosas y parasitarias	Días
401.001	Infecciones respiratorias agudas, gripe, amigdalitis, laringitis, aringitis, urinarias	0
401.002	Candidiasis	0
401.003	Afonía sin causa especificada	0
401.004	Balanitis	0
401.005	Herpes simple, genital, eczema herpético	0
401.006	Rinitis alérgica	0
401.007	Rinofaringitis crónica; ozena	0
401.008	Síntoma respiratorio aislado (disnea, tos, hemóptisis...)	0
402.000	Neoplasias	Días
402.001	Neoplasias: dérmica (melanoma) sin afectación sistémica	0
402.002	Hemangioma, linfangioma, angioma, glomus, de cualquier sitio	0
403.000	Enfermedades del sueño	Días
403.001	Jaquaca-Migraña	0
403.002	Apnea de sueño (confirmación diagnóstica por polisomnografía)	0
403.003	Disfunción ovárica	0
403.004	Dismenorrea, síndrome premenstrual	0
403.005	Síntoma neurológico o muscular aislado (espasmos, temblor, ataxia, parálisis transit...)	0
404.000	Enfermedades de los órganos de los sentidos: Orl y oftalmología	Días
404.001	Conjuntivitis/queratitis/ulcera corneal	0
404.002	Cuerpo extraño ocular. Extracción y taponamiento inferior a 7 días	0

404.003	Patología de los párpados: blefaritis, orzuelo,...	0
404.004	Patología del aparato lacrimal: dacrioadenitis,...	0
404.005	Cirugía del oído externo	0
404.006	Vértigo periférico o central (no enfermedad de Meniere)	0
404.007	Otitis media	0
404.008	Pólipos nasales (cirugía)	0
404.009	Astigmatismo con intervención quirúrgica	0
404.010	Contusión sin herida del ojo y sus anexos	0
404.011	Epistaxis. Cauterización cornetes	0
404.012	Herida con lesión superficial del ojo y sus anexos	0
404.013	Hipermetropía con intervención quirúrgica	0
404.014	Miopía con intervención quirúrgica	0
405.000	Enfermedades del sistema circulatorio	Días
405.001	Arritmias crónicas con o sin tratamiento clínico	0
405.002	Arritmia aguda sintomática que no precisa tratamiento hospitalario	0
405.003	Síntoma cardiovascular aislado (palpitaciones, taquicardia, soplo funcional...)	0
406.000	Enfermedades del aparato respiratorio	Días
406.001	Fibrobroncoscopia	0
407.000	Enfermedades del aparato digestivo y odontología	Días
407.001	Extracciones dentales	0
407.002	Extracciones y reparaciones dentales	0
407.003	Patología dentaria. Gingivitis	0
407.004	Gastroenteritis aguda	0
407.005	Gastritis aguda	0
407.006	Hemorroides-fisuras-fístulas y prolapso rectal (con tratamiento médico)	0
407.007	Cólico hepático sin colelitiasis confirmada	0
407.008	Colon irritable, megacolon (no tóxico)	0
407.009	Estomatitis, quiste bucal, absceso bucal	0
407.010	Metrorragias	0
407.011	Síntoma digestivo aislado (náuseas, vómitos, pirosis...)	0
408.000	Enfermedades del aparato genitourinario: nefrología, urología, ginecología	Días
408.001	Biopsia Renal (con Anatomía Patológica)	0

408.002	Biopsias (Próstata, Vejiga, Riñón y Testículo)	0
408.003	Cólico Renal o Nefrítico sin Litiasis Confirmada (Rx, Urografía)	0
408.004	Litotricia	0
408.005	Exploraciones: Cistoscopia y Dormia	0
408.006	Fimosis	0
408.007	Mastitis (no gestacional)	0
408.008	Displasia Mamaria Benigna, Quiste Solitario de Mama	0
408.009	Estenosis Uretral	0
408.010	Mastitis (no Gestacional)	0
409.000	Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo	Días
409.001	Abscesos Pararrectales y Quistesdermoides/ Sacros Infectados (sin ingreso hospitalario)	0
409.002	Biopsias no cáncer (con Anatomía Patológica)	0
409.003	Adenitis	0
409.004	Cuerpo extraño en piel y tejido subcutáneo	0
409.005	Enfermedades de las uñas	0
409.006	Urticaria	0
409.007	Displasia, Leucoplasia, o Pólipo de Cuello Uterino	0
409.008	Displasia, Leucoplasia, o Pólipo de Vagina	0
409.009	Lipoma; Angiolipoma; Fibrolipoma; mixolipoma	0
409.010	Micosis Dérmicas, Tiñas	0
409.011	Pie de Atleta, Onicomycosis	0
409.012	Quiste sebáceo, Acné	0
410.000	Enfermedades del sistema osteomioarticular	Días
410.001	Cervicalgia-Cervicobraquialgia-Contractura o Esguince Cervical. No objetivado por MG/Rx	0
410.002	Lumbalgia-Lumbago-Contractura o Esguince Cervical-Lumbociatalgia. No objetivado por MG/Rx	0
411.000	Lesiones	Días
411.001	Contracturas y Contusiones musculares	0
411.002	Suturas (sin Afectación Tendinosa): resto del cuerpo	0
411.003	Contusión miembro inferior/superior/tronco	0
411.004	Quemaduras I. De Primer Grado (todas) y de Segundo Grado con menos del 3 % de extensión corporal afectada	0

Productos

ESPECÍFICOS



MÓDULOS PARA FUNCIONARIOS

Los asegurados Funcionarios de asistencia sanitaria pueden complementar su cobertura con el módulo/s que mejor se adapte a sus necesidades.

Criterios generales

Normas de Contratación

- **Los Módulos** sólo los **pueden contratar el Mutualista** que haya elegido **Adeslas** y los familiares de su cartilla.
- **Los familiares** de la cartilla **podrán contratar cualquiera de los módulos disponibles**, aunque el Mutualista no haya contratado ninguno.

Descripción de módulos

Adeslas EXTRA 150 MIL

- **Ámbito de comercialización:** nacional.
- **Con cuestionario de salud.**
- **Sin protección de pagos.**
- **Incluye asistencia en viaje.**
- **Cobertura y Cuadro Médico:**
 - Para la cobertura que comparte **Adeslas COMPLETA** y la Mutuality: se utiliza Cuadro médico **Adeslas PLENA** y

Reembolso fuera del Cuadro Médico.

- Para la cobertura que diferencia a ambos productos: Solo se utiliza cuadro médico Catálogo de Servicios.
- **Periodo de carencia.**
 - Aplicable tanto para las garantías de Reembolso de Gastos como para las garantías de Cuadro Médico.
 - 8 meses.
- **Coste de Prótesis.**
- **Intervenciones Quirúrgicas** (del grupo III al VIII).
- **Hospitalización** (salvo urgencia vital).
- Determinados **Tratamientos Especiales.**
 - 6 meses:
- **Ligadura de Trompas y Vasectomía.**
- **Medios de Diagnóstico Intervencionistas.**
 - 3 meses:
- **Medios de diagnóstico de alta tecnología.**
- Determinados **tratamientos especiales.**
- **Intervenciones quirúrgicas** en régimen ambulatorio (grupo de intervención quirúrgico 0, I, II).

Adeslas DENTAL FAMILIA

- **Ámbito nacional.**
- Características del módulo:
 - Cobertura estándar del módulo para particulares.
 - Sin carencia.
- **Asegurados:**
 - Podrán darse de alta asegurados que pertenezcan a un mismo núcleo familiar con mismo domicilio. Máximo 6 asegurados por póliza.
- **Descuentos:**
 - La tarifa incluye 15 %.
 - No incluye descuentos por forma de pago.

Servicios



Se trata de coberturas y servicios para todos los productos de Asistencia Sanitaria excepto los productos sin cobertura de hospitalización.

ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTRANJERO

Con esta cobertura, **Adeslas** garantiza a sus asegurados la asistencia sanitaria durante un viaje en el extranjero en caso de enfermedad o accidente.

Disposiciones previas

Asegurado

Persona física beneficiaria de una seguro de asistencia sanitaria con hospitalización de **Adeslas**.

Ámbito del seguro y duración

Las coberturas son exigibles en todo el mundo incluido España, salvo aquellas coberturas en las que se indique que sólo son válidas en el extranjero. Su duración va ligada a la del seguro de Asistencia Sanitaria.

Validez

Para poder beneficiarse de las prestaciones garantizadas el asegurado no debe exceder los **90 días consecutivos** por viaje o desplazamiento.

Límites de las garantías y moneda de las mismas:

Los límites económicos de las garantías recogidas en el apartado 2) Coberturas de Asistencia en Viaje, son los que, para cada una de ellas, se especifican en dicho apartado.

Para aquellas garantías en las que no figure límite cuantitativo y se encuentren indicadas como incluidas, se entenderá que el límite máximo de las mismas será el coste efectivo de la prestación de la asistencia sanitaria a efectuar por el Asegurador.

En cualquier caso, todos los límites de esta Póliza son por siniestro ocurrido y asegurado. La moneda aplicable a todas las garantías es el euro por lo que sus límites serán expresados en esta moneda; con independencia de que para aquellas prestaciones que deban ser pagadas por el Asegurador en otra moneda, será aplicable el contravalor en Euros de la misma a la fecha de ocurrencia del siniestro.

Garantías, Límites y Exclusiones de Asistencia en Viaje

Las garantías cubiertas que se relacionan a continuación contienen sus exclusiones específicas, en el caso de que existan, siendo asimismo de aplicación las exclusiones comunes indicadas en el apartado e).

Garantías de Asistencia Médica y en Viajes

A.1. Gastos médicos, farmacéuticos o de hospitalización en el extranjero

Si a consecuencia de una enfermedad o de un accidente, cubierto por la póliza y sobrevenido durante el viaje, el asegurado necesita asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria, La Aseguradora se hará cargo de:

- Los gastos y honorarios médicos y quirúrgicos.
- Los gastos farmacéuticos prescritos por un médico.
- Los gastos de hospitalización.

La cantidad máxima cubierta por asegurado, por el conjunto de los citados gastos que se produzcan en el extranjero, es de **12.000 €** Excepto en el producto **Adeslas PLENA TOTAL**, que será de **100.000 €**.

A.2. Gastos odontológicos de urgencia en el viaje al extranjero

En el supuesto de viaje al extranjero, La Aseguradora se hará cargo de los gastos de tratamiento a consecuencia de la aparición de problemas odontológicos agudos como infecciones, dolores, rotura de piezas, caída de empastes, etc. que requieran un tratamiento de urgencia, con un límite de **300 €**.

A.3. Traslado sanitario o repatriación médica

En caso de sufrir el asegurado una enfermedad o accidente, La Aseguradora se hará cargo:

- De los gastos de transporte en ambulancia hasta la clínica u hospital más próximo.
- Del control por parte del equipo médico en contacto con el médico que atienda al asegurado herido o enfermo, para determinar las medidas más convenientes, el mejor tratamiento a seguir y el medio más idóneo para su eventual traslado hasta otro centro hospitalario más adecuado o hasta su domicilio.
- De los gastos de traslado por el medio de transporte más adecuado, del herido o enfermo, hasta el centro hospitalario prescrito o a su domicilio habitual. Si el asegurado fuera ingresado en un centro hospitalario no cercano a su domicilio La Aseguradora se hará cargo en su momento, del subsiguiente traslado al mismo. La Aseguradora procederá al traslado, con atención médico-sanitaria si fuera necesario, del asegurado que hubiera sufrido un accidente o

enfermedad grave, que exija cuidados vitales, y siempre que así lo decidan los servicios médicos de La Aseguradora en colaboración con el médico que trate al asegurado, cuando no pueda proseguir el viaje por sus propios medios, hasta un centro hospitalario en España.

El medio de transporte utilizado en Europa y países ribereños del Mediterráneo, cuando la urgencia y la gravedad del caso lo requieran, será el avión sanitario especial.

En el resto del mundo, se efectuará por avión de línea regular o por los medios más rápidos y adecuados, según las circunstancias.

Asimismo en el resto del mundo, si la gravedad de las lesiones así lo exige, el traslado se realizará en avión sanitario especial con un límite de **150.000 €**.

A.4. Gastos de regreso por alta hospitalaria

La Aseguradora se hará cargo de los gastos de regreso del asegurado que, a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto por la póliza, hubiesen sido hospitalizados y dados de alta y como consecuencia, hubiesen perdido su billete de regreso a España por imposibilidad de presentarse en el medio de transporte correspondiente en la fecha y hora marcada en el billete de regreso.

El límite para esta garantía es de **900 €**.

A.5. Envío de un médico especialista al extranjero

Si el estado de gravedad del asegurado no permitiera su traslado sanitario a España según lo dispuesto en la garantía A.3, y la asistencia que le pudiera ser prestada localmente no fuera suficientemente idónea a juicio de los servicios médicos de La Aseguradora, éste enviará un médico especialista al lugar donde se encuentra el asegurado para su atención sanitaria, hasta que se pueda proceder a la repatriación médica.

A.6. Envío de medicamento al extranjero

La Aseguradora enviará un medicamento necesario para la curación del asegurado que no pueda ser obtenido en el lugar donde se halle el asegurado, enfermo o accidentado, bajo las condiciones de la garantía A.1.

A.7. Consulta o asesoramiento médico a distancia

Si el asegurado precisara durante el viaje una información de carácter médico que no le fuera posible obtener localmente, podrá solicitar la misma telefónicamente al asegurador, el cual la proporcionará a través de sus centrales de asistencia, sin asumir ninguna responsabilidad por la citada información, habida cuenta de la imposibilidad de diagnóstico telefónico.

A.8. Anticipo de fianzas por hospitalización en el extranjero

Cuando por accidente o enfermedad cubiertos por la póliza, durante un viaje por el extranjero, el asegurado precise ser ingresado en un centro hospitalario, La Aseguradora se hará cargo, hasta el límite fijado para la garantía primera, de la fianza que el centro demande para proceder a la admisión del asegurado.

A.9. Prolongación de estancia

Si, tras estar hospitalizado por un riesgo cubierto por la póliza y ser dado de alta, el asegurado se viera imposibilitado para proseguir su viaje por prescripción médica, y precisara alojarse en un hotel para su convalecencia, La Aseguradora satisfará sus gastos de alojamiento y manutención, hasta **80 €** por día y asegurado con un máximo de diez días por estancia. En **Adeslas Plena Total** el límite es de **120 €** por día.

A.10. Gastos de desplazamiento de un acompañante

Si el asegurado debiera ser hospitalizado, como consecuencia del acaecimiento de un riesgo cubierto por la póliza, por un tiempo previsto superior a cinco días, La Aseguradora facilitará a la persona con domicilio en España que aquél indique un billete de ida y vuelta en ferrocarril (primera clase), avión (clase turista) o del medio de transporte público y colectivo más idóneo, para que acuda junto al hospitalizado.

A.11. Gastos de estancia para acompañante del asegurado hospitalizado

En el caso previsto en la garantía anterior, La Aseguradora satisfará los gastos de alojamiento y manutención del acompañante en el mismo hospital en el que se encuentre el asegurado, siempre que sea posible, o en su defecto en el establecimiento que elija el acompañante, hasta **80 €** por día con un máximo de diez días por estancia. En **Adeslas Plena Total** el límite es de **120 €** por día.

Esta garantía será aplicable incluso si el acompañante se encontrara viajando con el asegurado.

A.12. Gastos de regreso de acompañantes

En el caso de que el asegurado fuera hospitalizado o trasladado, a causa de accidente o enfermedad grave cubierto por la póliza, y viajara con su cónyuge o pareja de hecho o familiares directos en primer grado, y éstos no pudieran proseguir el viaje en el medio de locomoción que estuvieran utilizando, La Aseguradora organizará y tomará a su cargo el traslado a su lugar de origen o al de destino, o hasta el lugar donde esté hospitalizado el asegurado repatriado a elección de los acompañantes.

A.13. Retorno de menores

Si el asegurado viajara en compañía de hijos menores de 18 años y quedasen sin asistencia por causa de accidente, enfermedad o traslado de aquél cubierto por la póliza, no pudiendo seguir el viaje, La Aseguradora organizará y tomará a cargo su regreso al domicilio familiar o hasta el lugar de inhumación, satisfaciendo los gastos de viaje del familiar o amigo, con domicilio en España, designado por el asegurado para que los acompañe en su regreso si fuera necesario.

Si el asegurado no pudiera designar a nadie, La Aseguradora proporcionará un acompañante.

A.14. Regreso anticipado del asegurado a causa del fallecimiento de un familiar

Si el asegurado debe interrumpir su viaje por fallecimiento de

su cónyuge o pareja de hecho, ascendientes o descendientes en primer grado de consanguinidad o afinidad de cualquiera de los asegurados, La Aseguradora le facilitará un billete de ida y vuelta en ferrocarril (primera clase), avión (clase turista) o del medio de transporte público y colectivo más adecuado, para acudir hasta el lugar de inhumación en España del familiar fallecido y en su caso de un billete de regreso al lugar donde se encontraba al producirse el suceso, si por motivos profesionales o personales precisara proseguir su viaje.

Esta garantía se extiende excepcionalmente al supuesto de graves daños materiales en el domicilio familiar en España.

A.15. Fianzas y gastos procesales

La Aseguradora anticipará al asegurado, previa garantía formal de proceder a la devolución de las cantidades que le sean prestadas en el plazo de sesenta días, el importe correspondiente a los gastos de defensa jurídica del mismo, hasta **15.000 €**, así como el de las fianzas penales que éste se viera obligado a constituir, como consecuencia de un procedimiento judicial instruido con motivo de un accidente de automóvil acaecido fuera del país de residencia y/o domicilio habitual del asegurado, hasta un máximo de **10.000 €**.

A.16. Adelanto de fondos

La Aseguradora adelantará fondos al asegurado, en caso de necesidad hasta el límite de **1.500 €**. La Aseguradora solicitará algún tipo de aval o garantía que le asegure el cobro del anticipo.

En cualquier caso, las cantidades adelantadas deberán ser devueltas al asegurador por el asegurado en el plazo máximo de 30 días.

A.17. Ayuda familiar

Si por aplicación de las coberturas "A.10. Gastos de desplazamiento de un acompañante" o "B.2 Acompañamiento de restos mortales", viajara junto al asegurado su cónyuge o pareja de hecho, y por tal causa quedaran solos hijos menores de quince años en el domicilio familiar, la Aseguradora tomará a su cargo los gastos de una persona para que cuide de ellos, hasta un máximo de **60 €** por día con un máximo de siete días.

A.18. Envío de objetos olvidados durante el viaje

En caso de que el asegurado hubiera olvidado durante su viaje equipaje u objetos personales, la Aseguradora organizará y asumirá el envío de los mismos hasta el domicilio en España del asegurado, con un máximo de **120 €**. Esta garantía se extiende también a aquellos objetos que le hubieran sido robados durante el viaje y recuperados posteriormente.

A.19. Pérdida de documentos personales

En el caso de que el asegurado extraviase o le fueran sustraídos durante el transcurso de un viaje por el extranjero documentos personales tales como pasaportes, visados, tarjetas de crédito o documentos de identificación imprescindibles, La Aseguradora colaborará en las gestiones de denuncia ante las

autoridades u organismos públicos o privados necesarios, así como se hará cargo de los gastos ocasionados por la nueva expedición de los mismos hasta el límite de **120 €**.

Exclusiones aplicables a todas las garantías de asistencia médica y en viaje

- a.** Las Garantías y prestaciones que no hayan sido comunicadas previamente al Asegurador y aquellas para las que no se hubiera obtenido la conformidad de este, salvo los supuestos de imposibilidad material, debidamente acreditada.
- b.** Los eventos ocurridos en España.
- c.** Aquellas enfermedades o lesiones que se produzcan como consecuencia de padecimientos crónicos o previos al inicio del viaje, así como sus complicaciones y recaídas.
- d.** Exámenes médicos generales, chequeos y cualquier visita o tratamiento que tenga carácter de medicina preventiva, según los criterios médicos generalmente aceptados.
- e.** El tratamiento de enfermedades o estados patológicos provocados por intencional ingestión o administración de tóxicos (drogas, bebidas alcohólicas), narcóticos, o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.
- f.** Diagnóstico, seguimiento y tratamiento del embarazo, interrupción voluntaria del mismo y partos, excepto las complicaciones claras e impredecibles sobrevenidas durante los 180 primeros días de embarazo.
- g.** Suicidio, intento de suicidio o autolesiones del Asegurado.
- h.** Tratamiento, diagnóstico y rehabilitación de enfermedades mentales o nerviosas.
- i.** Adquisición, implantación, sustitución, extracción y/o reparación de prótesis de cualquier tipo, tales como marcapasos, piezas anatómicas, ortopédicas u odontológicas, gafas, lentillas, aparatos de sordera, muletas, etc.
- j.** Tratamientos especiales, cirugías experimentales, cirugía plástica o reparadora y los no reconocidos por la ciencia médica occidental.
- k.** Cualquier gasto médico inferior a **9 €**.
- l.** Cuando el siniestro se produzca en el extranjero, cualquier gasto médico incurrido en España aunque corresponda a un tratamiento prescrito o iniciado en el extranjero.

Garantías en caso de fallecimiento

B.1. Traslado o repatriación de restos mortales

Si, en el transcurso de un viaje cubierto por la póliza, se produjera el fallecimiento del asegurado, La Aseguradora se hará cargo de los trámites y gastos necesarios para el traslado de sus restos mortales hasta el lugar de inhumación en España. **Se excluyen los gastos de inhumación y ceremonia así como el coste del ataúd.**

B.2. Acompañante de restos mortales

De no haber quien acompañe en su traslado los restos

mortales del asegurado fallecido, La Aseguradora facilitará a la persona con domicilio en España que designen los familiares para acompañar al cadáver, un billete de ida y vuelta en ferrocarril (primera clase), avión (clase turista) o del medio de transporte público y colectivo más idóneo.

B.3. Gastos de estancia del acompañante de restos mortales

De haber lugar a la cobertura anterior, si el acompañante debiera permanecer en el lugar de acaecimiento del fallecimiento, por trámites relacionados con el traslado de los restos mortales del asegurado, La Aseguradora se hará cargo de sus gastos de estancia y manutención, hasta **80 €** por día, con un máximo de tres días. En **Adeslas Plena Total** el límite es de **120 €** por día.

B.4. Retorno de acompañantes del fallecido

Si el asegurado fallecido viajara en compañía de su pareja o familiares, La Aseguradora organizará y tomará a su cargo los gastos de retorno de los mismos en el medio de transporte público y colectivo más idóneo, hasta el domicilio familiar o hasta el lugar de inhumación, siempre que no pudieran proseguir el viaje en el medio de locomoción que estuvieran utilizando.

Exclusiones aplicables todas las garantías en caso de fallecimiento:

- a.** Los siniestros ocurridos como consecuencia del suicidio del Asegurado.

Garantías de Incidencias en Viajes y Vuelos

C.1. Pérdida de equipajes facturados en transporte público

En caso de pérdida total o parcial de equipajes o efectos personales que hubieran sido facturados en transporte público, y siempre que tal pérdida fuera responsabilidad del transportista, La Aseguradora satisfará la indemnización correspondiente, con un límite de **300 €** por bulto y hasta el máximo de **600 €**, la cual será siempre en exceso de la percibida del transportista y con carácter complementario a la misma. En el caso de **Adeslas Plena Total** el Asegurado satisfará la indemnización correspondiente con un límite de **500 €** por bulto y hasta un máximo de **1.000 €**, la cual será siempre en exceso de la percibida del transportista y con carácter complementario a la misma. Será requisito imprescindible para la obtención de esta garantía que el asegurado presente los justificantes acreditativos de la pérdida e indemnización recibida en su caso, expedidos por el transportista.

C.2. Demora en la entrega de equipajes facturados en transporte público

En caso de demora en la entrega de equipaje facturado en transporte público superior a 12 horas, La Aseguradora se hará cargo del importe de aquellos artículos de primera necesidad que el asegurado precisara adquirir con motivo de

la falta temporal de su equipaje, con un máximo de **120 €**, siendo requisito imprescindible que tales artículos sean adquiridos dentro del plazo de demora sufrido.

El asegurado deberá aportar la correspondiente documentación acreditativa de la demora, expedida por el transportista, y las facturas de los objetos adquiridos. Este reembolso será deducible de la indemnización que corresponda en caso de pérdida de conformidad con la cobertura anterior.

C.3. Demora del viaje

En caso de **demora superior a 12 horas** en la salida del avión, tren de largo recorrido o barco de línea regular en viajes, y siempre que el asegurado tuviera billete confirmado previamente, La Aseguradora satisfará la indemnización correspondiente, **hasta el límite de 120 €**. En **Adeslas Plena Total** el límite de indemnización será de **500 €**.

C.4. Cancelación de viaje por el transportista

Si se produjera la cancelación efectiva del viaje del asegurado con billete confirmado, en avión, tren de largo recorrido o barco de línea regular, La Aseguradora satisfará la indemnización correspondiente, **hasta el límite de 120 €**. A los efectos de esta garantía se entiende por cancelación efectiva la suspensión total del transporte que imposibilite el viaje del asegurado en el medio contratado con, al menos, doce horas de diferencia (o medie una noche aunque no supere dichas horas), respecto al horario de salida inicialmente previsto. En **Adeslas Plena Total** el límite de indemnización será de **500 €**.

C.5. Pérdida de conexiones

Si se produjera la falta de conexión entre dos trayectos en avión, tren de largo recorrido o barco de línea regular previamente confirmados por retraso del transporte inicial, La Aseguradora satisfará la indemnización correspondiente al asegurado, **hasta el límite de 120 €**. En **Adeslas Plena Total** el límite de indemnización será de **500 €**.

C.6. Reembolso de los gastos de interrupción del viaje iniciado al extranjero

En el caso de que el asegurado tuviera que interrumpir su viaje por el extranjero ya iniciado con anterioridad a la ocurrencia del siniestro, a causa del fallecimiento u hospitalización por enfermedad grave o accidente del mismo o su pareja, así como de los familiares que convivan en el domicilio familiar, La Aseguradora tomará a su cargo las cantidades que por causa de dicha interrupción tuviera que satisfacer el asegurado, **hasta el máximo de 600 €**. Será requisito imprescindible para tener derecho a esta garantía que dichas cantidades hayan sido previamente abonadas por el asegurado, debiendo presentar el correspondiente justificante de tal extremo.

Exclusiones aplicables a las garantías C. 3., C.4. y C.5. de incidencias en viajes y vuelos:

a. Siniestros ocurridos en la ciudad del domicilio del Asegurado.

Garantías del Servicio de Asistencia en Viaje

D.1. Trámites administrativos por hospitalización en el extranjero

La Aseguradora colaborará en la gestión de cuantos trámites administrativos sean necesarios para formalizar la admisión del asegurado en el centro hospitalario, previa solicitud a la central de asistencia de La Aseguradora.

D.2. Localización de equipajes u objetos personales perdidos

La Aseguradora pone a disposición del asegurado su red de centrales de asistencia para cuantas gestiones de búsqueda y localización sean necesarias en caso de pérdida de equipajes o efectos personales, siempre que sea debida al transportista; facilitando además su colaboración para que el asegurado efectúe la correspondiente denuncia o reclamación.

D.3. Servicio de información al viajero

La Aseguradora facilitará telefónicamente información básica al asegurado sobre expedición de pasaportes, visados requeridos, vacunaciones recomendadas u obligatorias, cambios de moneda, consulados y embajadas españolas en el mundo y, en general, datos informativos de utilidad al viajero, previamente al inicio de un viaje o durante el mismo.

D.4. Servicio de información asistencial

La Aseguradora, previa autorización del asegurado, pondrá a disposición de sus familiares su red de centrales de asistencia para facilitar cuanta información sea necesaria acerca de todas las operaciones de asistencia y ayuda desarrolladas.

D.5. Transmisión de mensajes urgentes

La Aseguradora pondrá a disposición del asegurado su red de centrales de asistencia para transmitir cuantos mensajes urgentes sean necesarios, derivados de la aplicación de las coberturas.

Exclusiones Generales de la Cobertura de Asistencia en Viaje

Además de las exclusiones específicas establecidas en el epígrafe 2), serán de aplicación para todas las garantías de asistencia en viaje, las siguientes exclusiones:

- a. Práctica como profesional o federado de cualquier deporte, y competiciones deportivas.
- b. Viajes de duración superior a 90 días consecutivos.
- c. Rescate de personas en montañas, simas, mares, selvas o desiertos.
- d. Actos fraudulentos del Tomador, Asegurado, Beneficiario o familiares de los mismos.
- e. Los riesgos derivados de la utilización de energía nuclear.

- f. Los riesgos extraordinarios tales como guerras, terrorismo, tumultos populares, huelgas, fenómenos de la naturaleza y cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico o acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados como catástrofe o calamidad nacional.

Disposiciones adicionales

Las condiciones generales de la póliza de asistencia sanitaria son de aplicación, en tanto no se opongan a lo que las presentes disponen.

En las comunicaciones telefónicas solicitando la asistencia de las garantías señaladas, deben indicar: nombre del asegurado, número de póliza del seguro de asistencia sanitaria, el lugar donde se encuentra, número de teléfono y tipo de asistencia que precisa.

No se responde de los retrasos o incumplimientos debidos causas de fuerza mayor o a las especiales características administrativas o políticas de un país determinado. En todo caso, si no fuera posible una intervención directa, el asegurado será reembolsado a su regreso a España, o en caso de necesidad, en cuanto se encuentra en un país donde no concurren las anteriores circunstancias, de los gastos en que hubiera incurrido y se hallen garantizados, mediante la presentación de los correspondientes justificantes. Las prestaciones de carácter médico y de repatriación sanitaria deben efectuarse previo acuerdo del médico del centro hospitalario que atiende al asegurado con el equipo médico de La Aseguradora.

Si el asegurado tuviera derecho a reembolso por la parte del billete no consumida, al hacer uso de la garantía de repatriación o traslado a España, dicho reembolso revertirá al asegurador.

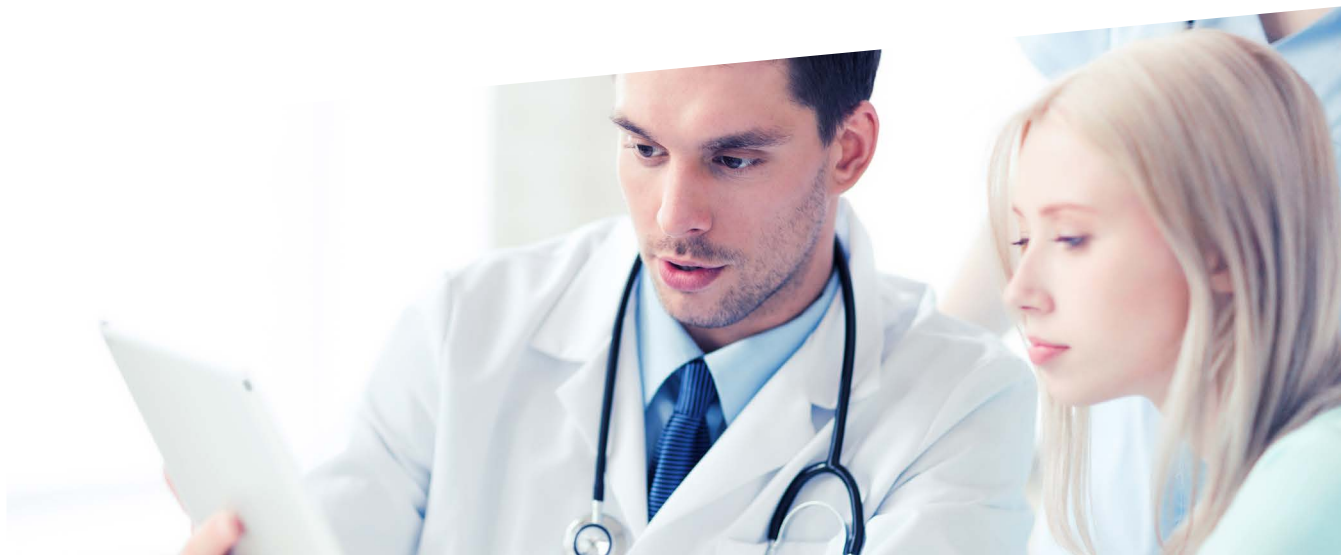
Las indemnizaciones fijadas en las garantías serán en todo caso complemento de los contratos que pudiera tener cubriendo los mismos riesgos, de las prestaciones de la seguridad social o de cualquier otro régimen de previsión colectiva. La Aseguradora queda subrogado en los derechos y acciones que puedan corresponder al asegurado por hechos que hayan motivado la intervención de aquel y hasta el total del importe de las asistencias prestadas o abonadas.

Es indispensable que, desde el momento del acaecimiento del siniestro, el asegurado solicite la prestación de las asistencias en el siguiente teléfono, desde cualquier lugar del mundo pudiéndolo hacer a cobro revertido.

+34 917 453 280

Servicio Permanente las 24 h.

Servicios



ORIENTACIÓN MÉDICA

Servicios de Orientación Médica incorporados por **Adeslas** para que sus asegurados puedan acceder fácilmente al consejo de profesionales médicos sobre cualquier asunto relacionado con la salud.

MEDICINA GENERAL

¿En qué consiste el servicio?

Servicio de atención y respuesta al paciente en relación con cualquier tipo de solicitud de información médica a través de una línea telefónica o los servicios médicos no presenciales con disponibilidad de 9 a 21 horas, de lunes a viernes.

Información médica relacionada con:

- **Enfermedades.**
- **Síntomas.**
- **Medicamentos.**
- **Sintomatología.**
- **Realización de pruebas.**

Asistencia al Viajero Internacional:

- Las medidas sanitarias previas al viaje.
- Orientación sobre vacunas obligatorias y aconsejables para cada país y región.

- Quimioprofilaxis de enfermedades tropicales.
- Consejos durante el viaje, potabilización del agua, tratamientos de diarreas y utilización de fármacos.

Consultas personalizadas en caso de pacientes crónicos (diabéticos, asmáticos...).

Este servicio incluye

- Respuestas a peticiones de información médica (consultas acerca de enfermedades, síntomas, medicamentos, terminología e informes de laboratorio, funcionamiento sobre realización de pruebas, etc.).
- Asesoramiento respecto al tipo de centro y/o especialista más indicado para la resolución de problemas de salud.
- Descartes o detecciones de síntomas alarmantes en situaciones de enfermedad.
- Derivación a servicios de urgencias si el caso así lo aconseja.

ORIENTACION MEDICA INFANTIL

¿En qué consiste el servicio?

Servicio de atención y respuesta al paciente en relación con cualquier tipo de solicitud de información médica sobre la salud de sus hijos, a través de una línea telefónica o Internet con disponibilidad de 9 a 21 horas, de lunes a viernes.

Información médica relacionada con:

- **Enfermedades.**
- **Síntomas.**
- **Medicamentos.**
- **Sintomatología.**
- **Realización de pruebas.**

Este servicio incluye

- Respuestas a peticiones de información médica (consultas acerca de enfermedades, síntomas, medicamentos, terminología e informes de laboratorio, funcionamiento sobre realización de pruebas, etc.).
- Asesoramiento respecto al tipo de centro y/o especialista más indicado para la resolución de problemas de salud.
- Descartes o detecciones de síntomas alarmantes en situaciones de enfermedad.
- Derivación a servicios de urgencias si el caso así lo aconseja.

ORIENTACION PSICOEMOCIONAL

¿En qué consiste el servicio?

Servicio de atención y respuesta al paciente destinado a ayudarle a sentirse bien y a manejar sus emociones, mediante la atención de psicólogos especializados en la gestión emocional y el asesoramiento psicológico, a través de una línea telefónica o Internet con disponibilidad de 9 a 21 horas, de lunes a viernes.

¿Cómo se utilizan estos tres servicios?

Para el servicio de Medicina General y el servicio de Orientación Medica Infantil, llamada al **93 254 05 32**. Se pasa la llamada directamente a Teledoc Health Internacional S.A.

Para el servicio de Orientación Psicoemocional, llamada al **93 253 38 41**. Se pasa la llamada directamente a Teledoc Health Internacional S.A.

Además, se puede acceder a cualquiera de estos tres servicios desde cualquier dispositivo, en formato chat, videollamada o *e-mail*, accediendo desde el Área Privada en adeslas.es o a través de la app de Adeslas Salud y Bienestar.

- **Chat:** de 9 a 21 h. de lunes a viernes.
- **Videollamada:** agendando una cita y realizando una videollamada médica.
- **E-mail:** la consulta será respondida por un profesional en un plazo máximo de 48 horas.

Estos servicios no tienen coste para el asegurado.

Servicios



ORIENTACIÓN A EMBARAZADAS

Adeslas pone a disposición de las aseguradas embarazadas un servicio supervisado por especialistas en obstetricia y ginecología, para estar siempre a su lado y resolver cualquier tipo de duda o consulta relacionado con su estado.

¿En qué consiste el servicio?

Las aseguradas podrán realizar las consultas que necesiten, durante las 24 horas, 365 días al año, porque durante el embarazo, lo más importante es tener muy claro lo que a ello concierne:

- **Los hábitos más saludables:** dieta, ejercicio, cuidados dentales, etc.
- **Molestias comunes, síntomas, alteraciones.**
- **Información y asesoramiento** sobre pruebas diagnósticas y medicamentos.
- **Asuntos relacionados con el desarrollo del niño.**
- Las **dudas acerca del parto.**
- **Postparto, lactancia, cuidados del bebé.**

Este servicio no tiene coste para el asegurado.

¿Cómo se utilizan el servicios?

- Llamada al 93 254 05 32.
- Acceso a través de adeslas.es

Servicios



SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Un servicio con el que los asegurados podrán obtener la información de los mejores centros y especialistas en el diagnóstico de las enfermedades graves que puedan presentarse.

¿En qué consiste el servicio?

Información médica que complementa desde el conocimiento de un Médico experto, el diagnóstico recibido por parte del Médico responsable del asegurado con relación a las siguientes enfermedades graves:

- **Oncología.**
- **Enfermedades Cardíacas**, incluidas las cirugías cardíacas y angioplastia.
- **Trasplante de Órganos.**
- **Enfermedades Neurológicas y Neuroquirúrgicas**, incluidos los accidentes cerebro-vasculares.
- **Cirugía Ortopédica Compleja.**
- **Síndromes y Malformaciones Congénitas.**
- **Enfermedades Degenerativas y Desmielinizantes del Sistema Nervioso.**
- **Enfermedades y dolencias derivadas de la Insuficiencia Renal.**

Servicios adicionales

Selección y referencia de los expertos médicos y centros hospitalarios nacionales e internacionales.

Asesoramiento en caso de traslado del paciente:

- Obtención de **citas médicas con los especialistas y hospitales elegidos.**
- **Gestión de la reserva de pasajes y hospedaje.**
- **Coordinación de la recepción del asegurado en el aeropuerto y del posterior traslado al lugar del hospedaje.**
- **Acceso a servicios de intérprete y traductores.**
- **Revisión, control y análisis de las correspondientes facturas.**

Este servicio es gratuito. Lo que asume el asegurado es la asistencia médica en el extranjero, en el caso de no tener una póliza de reembolso.

Gestión del servicio

Este servicio es atendido por la empresa Advance Medical, S.A. De cara al cliente, es **Adeslas**.

A través del 900 50 50 40 (24 horas, 365 días al año)

- Identifican al asegurado.
- Tramitan y emiten la autorización del servicio.
- Le comunican el nº de autorización.
- Le indican que **Adeslas** contactará con él para tramitar su solicitud.
- Remiten los datos del asegurado a Advance Medical, S.A. para que estudie el caso.
- Advance Medical, S.A. inicia los trámites.
- Contacta con el asegurado.
- Envía formulario.
- Pide consentimiento al asegurado.
- Inicia el proceso de estudio por los expertos.

A través de la Delegación de Adeslas

- La Delegación:
 - Identifica al Asegurado.
 - Tramite y emite la autorización del servicio.
 - Remite los datos del asegurado por e-mail a Advance Medical, S.A. para que estudie el caso.
- Advance Medical, S.A. emite el informe con:
 - Datos y C.V. de los expertos seleccionados.
 - Dictamen médico debidamente firmado por los expertos.

Servicios



PROTECCIÓN DE PAGOS

Se trata de un servicio que protege al asegurado y garantiza el pago de la prima mensual (en caso de Desempleo o Incapacidad Temporal) y de la prima anual (en caso de Incapacidad Permanente Absoluta o Fallecimiento) del seguro de asistencia sanitaria que tiene suscrito con la Aseguradora.

Se ofrece gratuitamente a los asegurados de las pólizas de asistencia sanitaria de cuadro médico y reembolso de gastos a excepción de **Adeslas GO**.

En la actualidad existen **2 servicios de Protección de Pagos**:

- **Protección de pagos por Incapacidad Temporal y Desempleo.**
- **Protección de pagos por Incapacidad Permanente Absoluta y Fallecimiento.**

Coste del servicio

Gratuito.

Protección de Pagos por Incapacidad Temporal (IT) y Desempleo

Este servicio lo gestiona Axa France VIE y AXA France IARD Sucursales en España.

¿En qué consiste?

Es un seguro que cubre el pago de los recibos mensuales o mensualizados de las pólizas de asistencia sanitaria por un período de 6 meses, en caso de despido o de incapacidad temporal del tomador de la Póliza.

- **Despido:** situación en que se encuentra el asegurado cuando se extingue su relación laboral.
- **Incapacidad Temporal:** situación física, motivada por enfermedad o accidente, común o profesional, determina de forma transitoria la imposibilidad del asegurado para el ejercicio de su profesión o actividad laboral.

¿Quiénes están cubiertos?

- Tomadores de pólizas de asistencia de **Adeslas** mayores de 18 años y menores de 65 años.
- Trabajadores por cuenta ajena con un contrato indefinido de

más de 13 horas semanales, para el supuesto de despido.

- Trabajadores por cuenta propia o por cuenta ajena, con contrato laboral temporal, para el supuesto de Incapacidad Temporal.

Estas coberturas son alternativas y excluyentes en función de la situación laboral del asegurado en el momento del siniestro.

¿Quiénes no están cubiertos?

- Personas jubiladas.
- Personas que hayan sido declaradas incapacitadas legalmente, no padezca defecto físico, secuela o enfermedad crónica física y/o mental (incluida epilepsia o enajenación mental), o que este recibiendo tratamiento médico o vaya a estarlo.
- Personas que sean titulares de una prestación por invalidez en el momento de la solicitud de la prestación.
- Trabajadores por cuenta ajena con contrato laboral indefinido o de duración determinada que sepa o debiera saber que va a ser cesado de su puesto o que se le va a diagnosticar una incapacidad temporal.

Limitaciones

- Hasta un máximo de 6 meses o mensualidades.
- Para solicitar la prestación es necesario estar durante 30 días naturales consecutivos en situación de IT o desempleo.
- Edad del Tomador: de 18 a 64 años.
- 6.000 € por siniestro.

Plazo entre siniestros:

Producido un siniestro en el que se haya abonado 6 mensualidades, no será objeto de cobertura un nuevo siniestro hasta pasado los siguientes plazos:

- Es necesario que esté vinculado a una nueva relación laboral durante un período, al menos, de 6 meses para solicitar la protección de pagos por desempleo.
- Es necesario que transcurran 6 meses desde la fecha del alta de la incapacidad temporal, si la causa es distinta, o un mes si la causa de la nueva incapacidad temporal es distinta.

La garantía tiene un periodo de carencia de dos meses.

Gestión del Servicio:

Este servicio lo gestiona Axa France VIE y AXA France IARD Sucursales en España (Grupo AXA).

La comunicación de la existencia de un siniestro por el cliente

se realizará siempre a través del Servicio al Cliente de **SegurCaixa Adeslas** (Call Center).

De cara al cliente, es **Adeslas**.

• Llamada al 900 50 50 40

919 191 898, 935 181 080

- Recogida de datos del cliente por el agente telefónico.
- Verificación de check en la Póliza.
- Comprobación edad del tomador: 18 a 64 años.
- Se transferirá la llamada a AXA.
- AXA iniciará la tramitación, enviando el Parte de Siniestros a cumplimentar al Tomador y solicitará la documentación necesaria para valorar la cobertura.

Protección de Pagos por Incapacidad Permanente Absoluta (IPA) y Fallecimiento

Este servicio lo gestiona METLIFE.

¿En qué consiste?

Es un seguro que cubre el pago de los recibos mensuales o mensualizados de las pólizas de asistencia sanitaria por un período de 12 meses, independientemente del número de personas que se encuentren inscritas y por un valor máximo de 3.000 € en caso de incapacidad permanente absoluta o fallecimiento del tomador de la póliza, para pólizas de dos o más asegurados.

Incapacidad Permanente Absoluta (IPA): tendrá tal calificación, la situación física irreversible provocada por accidente o enfermedad, originada independientemente de la voluntad del asegurado, determinante de la total ineptitud de éste para realizar cualquier trabajo, ocupación o actividad remunerada.

Un mismo Accidente o Enfermedad no da derecho a la suma de las prestaciones por Fallecimiento e Incapacidad Permanente Absoluta.

¿Quiénes están cubiertos?

Los tomadores de las pólizas de dos o más asegurados.

En el caso de fallecimiento cubre a los tomadores mayores de 18 años y menores de 70 años.

En el caso de fallecimiento por accidente cubre a los mayores de 70 años hasta 99.

En el caso de IPA, el asegurado debe ser mayor de 18 o menor de 65 años.

¿Quiénes no están cubiertos?

- Personas jubiladas.
- Personas que hayan sido declaradas incapacitadas legalmente, no padezca defecto físico, secuela o enfermedad crónica física y/o mental (incluida epilepsia o enajenación mental), o que este recibiendo tratamiento médico o vaya a estarlo.
- Personas que sean titulares de una prestación por invalidez en el momento de la solicitud de la prestación.
- Trabajadores por cuenta ajena con contrato laboral indefinido o de duración determinada que sepa o debiera saber que va a ser cesado de su puesto o que se le va a diagnosticar una incapacidad temporal.

Plazo entre siniestros:

Solamente se tendrá derecho a la suma de 2 prestaciones, es decir, a disfrutar de la prestación por IPA y posteriormente la prestación por fallecimiento, cuando se den los siguientes condicionantes:

- Haya transcurrido un período mínimo de 24 meses desde la fecha de la resolución de la IPA y la fecha del fallecimiento.
- El fallecimiento se deba a causa distinta que la IPA.

La garantía tiene un periodo de carencia de dos meses.

Gestión del Servicio:

Este servicio lo gestiona METLIFE.

- **Llamada al 900 50 50 40
919 191 898, 935 181 080**
 - Recogida de datos del cliente por el agente telefónico.
 - Verificación de check en la Póliza.
 - Comprobación edad del tomador:
 - IPA: ser mayor de 18 y menor de 65 años.
 - Fallecimiento por accidente: ser mayor de 70 y menor de 99 años.
 - Se transferirá la llamada a METLIFE.
 - METLIFE inicia la tramitación y reclama documentación.

Adeslas Es Más



PSICOTERAPIA

Un nuevo servicio especializado de asistencia psicológica para poder ofrecer una cobertura sanitaria integral.

¿En qué consiste el servicio?

Adeslas ofrece a sus asegurados el acceso a tratamientos de psicoterapia a tarifas especiales a partir de la sesión 21, o 41 en caso de trastornos derivados de la alimentación.

¿Cómo se utiliza el servicio?

Para poder acceder a este servicio es necesario que el asegurado presente la prescripción de un médico colegiado especialista en psiquiatría; esta prescripción la entregará el Asegurado en las oficinas de la Delegación.

El acceso a este servicio únicamente se puede autorizar de manera presencial en una Delegación de **Adeslas**.

- **Psicólogos del cuadro Médico.**
- **Coste por sesión: 24 €.**
- **Sin límite de sesiones.**

Adeslas Es Más



CRIOPRESERVACIÓN

Se pone a disposición de los asegurados el servicio de criopreservación de células madre de cordón umbilical, gracias al acuerdo alcanzado con tres empresas líderes del sector.

¿En qué consiste el servicio?

La conservación de células madre de cordón umbilical sirve para reparar daños y enfermedades que puedan surgir en el futuro. En la actualidad se utilizan células madre de cordón umbilical en el tratamiento de algunos tipos de cáncer y enfermedades autoinmunes. Su valor radica en su capacidad de transformarse en cualquier tipo de célula del organismo humano, por lo que pueden aplicarse directamente donde este localizado el daño.

Las células madre de cordón umbilical se extraen después del parto, a partir de la sangre restante del cordón unido a la placenta. Al extraer la sangre del cordón umbilical poco después del parto y prepararla en un laboratorio especializado, esas células madre pueden conservarse con seguridad durante décadas.

Adeslas ofrece el servicio de criopreservación de células madre de cordón umbilical, gracias al acuerdo alcanzado con tres empresas líderes del segmento: **BioCord**, **VidaCord** y **Sevibe**.

¿Cómo se utiliza el servicio?

Los asegurados tienen que ponerse en contacto directamente con las compañías a través de sus teléfonos de información e identificarse como asegurados de **Adeslas** y ellos se encargarán de informar de las condiciones de sus servicios.

Será requisito imprescindible para la prestación del servicio que la madre sea asegurada de la póliza.

Es recomendable que la asegurada se ponga en contacto con **BioCord**, **VidaCord** y **Sevibe** como mínimo dos meses antes de la fecha prevista del parto.

TARIFAS BIOCORD - 91 179 40 62 - 93 299 69 78 - www.bio-cord.com/adeslas	FIRST	ADVANTED	PROFICIENCY
Tarifas para asegurados Adeslas (35 años de conservación)	1.490 €	1.790 €	1.990 €
Descuento aplicado a asegurados Adeslas respecto a pacientes particulares	-32 %	-28 %	-35,6 %
Valoración de 5 años conservación extra	250 €	250 €	250 €

TARIFAS VIDACORD - 91 830 57 85 - www.vidacord.es	PREMIUM 180° SCU	PREMIUM 180° SCU-TCU	PREMIUM 360° SCU	PREMIUM 360° SCU-TCU
Tarifas para asegurados Adeslas (30 años de conservación)	1.790 €	1.890 €	2.090 € + cuot	2.190 € + cuot
Descuento aplicado a asegurados Adeslas respecto a pacientes particulares	-32 %	-31 %	-29 %	-28 %
Valoración de 5 años conservación extra	350 €	350 €	350 €	350 €

TARIFAS SEVIBE - 900 906 901 - info@sevibe.es - www.sevibe.es	BÁSICO	GOLD	EXCELLENT
Tarifas para asegurados Adeslas (35 o 40 años de conservación en Excellent)	1.350 €	1.550 €	1.850 €
Descuento aplicado a asegurados Adeslas respecto a pacientes particulares	-30 %	-27 %	-27 %
Valoración de 5 años conservación extra	300 €	400 €	400 €

Adeslas Es Más



MEDICINAS ALTERNATIVAS

Los asegurados también pueden acceder a las disciplinas de Homeopatía, Acupuntura y Osteopatía.

¿En qué consiste el servicio?

Homeopatía

La Homeopatía puede definirse como una forma de terapia reguladora a través de remedios que estimulan y controlan la tendencia del organismo a curarse por sí mismo.

El Médico Homeópata utiliza medicamentos que actúan por semejanza sintomática con el cuadro clínico del paciente aplicando la ley del efecto inverso: los medicamentos actuarán invirtiendo la acción tóxica que tienen las sustancias en su forma original, consiguiendo que actúen sobre la enfermedad. Los clientes disponen de un amplio Cuadro Médico de homeópatas.

Acupuntura

La Acupuntura es una medicina tradicional o natural con múltiples indicaciones, utilizándose en el alivio de dolor, mejora del bienestar, y el tratamiento de patologías agudas, crónicas y degenerativas.

La Acupuntura es una tecnología compleja que se fundamenta en la estimulación de puntos especiales del cuerpo generalmente mediante la inserción de agujas. Se basó en sus orígenes en la Medicina Tradicional China (MTC) y se ha utilizado desde hace más de 2.000 años en China.

Osteopatía

Es un sistema de medicina manual que focaliza su atención en las relaciones existentes a nivel anatómico y fisiológico entre las diferentes estructuras corporales, que ofrece cuidados de salud comprensivos, que pueden incluir la prevención y el tratamiento, centrandose su atención en alteraciones del aparato locomotor.

Presta especial atención a la relación existente entre la estructura y las funciones del cuerpo, buscando dar un estímulo para favorecer la autorregulación del mismo mediante los propios mecanismos que el cuerpo posee. El tratamiento siempre se realiza con las manos y busca entre otras cosas, mejorar el flujo de sangre y la recogida linfática en el tejido a tratar.

¿Cómo se utilizan estos servicios?

- Presentando la tarjeta de asegurado.
- Sin límite de sesiones y sin periodo de carencia.
- El precio establecido para acceder al servicio de homeopatía es de 30 €.
- Se paga directamente al profesional.

Adeslas Es Más



REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Nuevo servicio de atención especializada para asegurados con problemas de fertilidad.

¿En qué consiste este tratamiento?

La Reproducción Asistida son los tratamientos médicos y técnicas destinadas a favorecer el embarazo en caso de problemas de fertilidad masculinos, femeninos o ambos.

Antes de iniciar cualquier tratamiento deberá realizarse el estudio básico con las pruebas encaminadas a diagnosticar la causa de la esterilidad.

Reproducción Asistida en Barcelona y resto de España

Son precios especiales para los asegurados.

Cada uno de estos actos requieren autorización por parte de [Adeslas](#).

Se incluye inducción a la ovulación, inseminación artificial homóloga y heteróloga y fecundación in vitro (con donación y sin donación ovocitos).

Para poder acceder a este servicio es **necesario llevar dado de alta 6 meses en la póliza**.

El acceso a estos servicios se realiza presencialmente en una oficina [Adeslas](#).

Este servicio sólo está disponible para productos que incluyen cobertura de hospitalización.

REPRODUCCIÓN ASISTIDA BARCELONA	
DESCRIPCIÓN ACTO	PRECIO
Consulta (1ª visita, visita sucesiva)	35 €
FECUNDACIÓN IN VITRO	
Inducción (Control Médico, Ecografías, Estradiol)	800 €
Punción Ovárica	600 €
Recuperación Ovocitos-Cultivo Embriones (Lab Fiv)	1.000 €

REPRODUCCIÓN ASISTIDA BARCELONA

DESCRIPCIÓN ACTO	PRECIO
Transferencia Embriones	400 €
Ciclo Fiv Completo	2.800 €
TÉCNICAS COMPLEMENTARIAS	
+ ICSI	350 €
+ Congelación Embriones	600 €
+ Congelación Semen	180 €
CICLO TRANSFERENCIA (EMBRIONES CONGELADOS)	
Inducción (Control Médico, Ecografías, Estradiol)	800 €
Descongelación Embriones	300 €
Transferencia Embriones	400 €
Ciclo Transferencia Completo	1.500 €
CICLO DONANTE	
Inducción Donante (Control Médico, Ecografías, Estradiol)	800 €
Punción Ovárica Donante	600 €
Recuperación Ovocitos-Cultivo Embriones (Lab FIV)	1.000 €
Donante (Screening+Compensación)	1.200 €
Inducción Receptor (Control Médico, Ecografías, Estradiol)	800 €
Transferencia Embriones Receptora	400 €
Ciclo Donación Completo	4.800 €
INSEMINACIÓN ARTIFICIAL CONYUGAL	
Inducción (Control Médico, Ecografías, Estradiol)	350 €
Inseminación	220 €
Capacitación	150 €
Inseminación Artificial Conyugal Completo	720 €
INSEMINACIÓN ARTIFICIAL DONANTE	
Inducción (Control médico, Ecografías, Estradiol)	350 €
Inseminación	220 €

Capacitación	150 €
Banco Semen (externo)	250 €
Inseminación Artificial Conyugal Completo	970 €
VITRIFICACIÓN DE ÓVULOS	
1ª Fase: Estimulación Ovárica (Controles ecográficos, hormonales, visitas)	800 €
2ª Fase: Extracción de Óvulos (Derechos de quirófano, Anestesia General, Punción Folicular)	600 €
3ª Fase: Vitricificación de Ovocitos (Recuperación de Ovocitos, Preparación y Crioconservación)	600 €
Ciclo de Vitricificación de Óvulos Completo	2.000 €
DESVITRIFICACIÓN DE ÓVULOS	
1ª Fase: Estimulación Ovárica (Controles Ecográficos, Hormonales, Visitas)	800 €
2ª Fase: Laboratorio FIV (Desvitrificación de Ovocitos, Material Laboratorio y Medios de Cultivo)	1.000 €
3ª Fase: Transferencia de Embriones (Material de Transferencia de Embriones y Transferencia)	400 €
Ciclo de Desvitrificación de Óvulos Completo	2.200 €

REPRODUCCIÓN ASISTIDA TARRAGONA

DESCRIPCIÓN ACTO	PRECIO
Consulta	0 €
FECUNDACIÓN IN VITRO	
Inducción (Control Médico, Ecografías, Estradiol)	800 €
Punción Ovárica	600 €
Recuperación Ovocitos-Cultivo Embriones (Lab FIV)	1.000 €
Transferencia Embriones	400 €
Ciclo FIV Completo	2.800 €
TÉCNICAS COMPLEMENTARIAS	
+ ICSI	350 €
+ Congelación Embriones	600 €
+ Congelación Semen	180 €

CICLO TRANSFERENCIA (EMBRIONES CONGELADOS)	
DESCRIPCIÓN ACTO	PRECIO
Inducción (Control médico, Ecografías, Estradiol)	800 €
Descongelación Embriones + transferencia de embriones	200 €
Ciclo transferencia Completo	1.000 €
CICLO DONANTE	
Inducción Donante (Control médico, Ecografías, Estradiol)	800 €
Punción Ovárica Donante	600 €
Recuperación Ovocitos-Cultivo embriones (Lab FIV)	1.000 €
Donante (Screening+Compensación)	1.200 €
Inducción receptor (Control Médico, Ecografías, Estradiol)	800 €
Transferencia Embriones Receptora	400 €
Ciclo Donación Completo	4.800 €
INSEMINACIÓN ARTIFICIAL HOMÓLOGA (CONYUGAL)	
Inducción (Control médico, Ecografías, Estradiol)	350 €
Inseminación	150 €
Capacitación espermática	150 €
Inseminación Artificial Conyugal Completo	650 €
INSEMINACIÓN ARTIFICIAL HETERÓLOGA (DONANTE)	
Inducción (Control médico, Ecografías, Estradiol)	350 €
Inseminación	220 €
Capacitación espermática	150 €
Banco Semen (Externo)	250 €
Inseminación Artificial Donante No Conyugal	970 €
VITRIFICACIÓN DE ÓVULOS	
1ª Fase: Estimulación Ovárica (Controles Ecográficos, Hormonales, Visitas)	800
2ª Fase: Extracción de Óvulos (derechos de quirófano, Anestesia General, Punción Folicular)	600 €
3ª Fase: Vitrificación de Ovocitos (Recuperación de Ovocitos, Preparación y Crioconservación)	600 €

Ciclo de Vitrificación de Óvulos Completo	2.000 €
DESVITRIFICACIÓN DE ÓVULOS	
1ª Fase: Estimulación Ovárica (Controles Ecográficos, Hormonales, Visitas)	800 €
2ª Fase: Laboratorio FIV (Desvitrificación de Ovocitos, Material Laboratorio y Medios de Cultivo)	1.000 €
3ª Fase: Transferencia de Embriones (Material de Transferencia de Embriones y Transferencia)	400 €
Ciclo de Desvitrificación de Óvulos Completo	2.200 €

REPRODUCCIÓN ASISTIDA LLEIDA	
DESCRIPCIÓN ACTO	PRECIO
FECUNDACIÓN IN VITRO	
Inducción (Control Médico, Ecografías, Estradiol)	680 €
Punción Ovárica	510 €
Recuperación Ovocitos-Cultivo Embriones (Lab FIV)	1.955 €
Transferencia Embriones	340 €
Ciclo FIV Completo	3.485 €
TÉCNICAS COMPLEMENTARIAS	
+ ICSI	400 €
+ Congelación Embriones	450 €
+ Congelación Semen	150 €
CICLO TRANSFERENCIA (EMBRIONES CONGELADOS)	
Inducción (Control médico, Ecografías, Estradiol)	300 €
Descongelación Embriones + transferencia de embriones	930 €
Ciclo transferencia Completo	1.230 €
CICLO DONANTE	
Inducción Donante (Control médico, Ecografías, Estradiol)	800 €
Punción Ovárica Donante	600 €
Recuperación Ovocitos-Cultivo embriones (Lab FIV)	2.300 €

REPRODUCCIÓN ASISTIDA LLEIDA

DESCRIPCIÓN ACTO	PRECIO
DONANTE (SCREENING+COMPENSACIÓN)	
Inducción receptor (Control Médico, Ecografías, Estradiol)	350 €
Transferencia Embriones Receptora	400 €
Ciclo Donación Completo	4.450 €
INSEMINACIÓN ARTIFICIAL HOMÓLOGA (CONYUGAL)	
Inducción (Control médico, Ecografías, Estradiol)	170 €
Inseminación+Capacitación	510 €
Inseminación Artificial Conyugal Completo	680 €
INSEMINACIÓN ARTIFICIAL HETERÓLOGA (DONANTE)	
Inducción (Control médico, Ecografías, Estradiol)	170 €
Inseminación+Capacitación	510 €
Banco Semen (Externo)	470 €
Inseminación Artificial Donante No Conyugal	1.150 €
VITRIFICACIÓN DE ÓVULOS	
1ª Fase: Estimulación Ovárica (Controles Ecográficos, Hormonales, Visitas)	680 €
2ª Fase: Extracción de Óvulos (derechos de quirófano, Anestesia General, Punción Folicular)	510 €
3ª Fase: Vitricación de Ovocitos (Recuperación de Ovocitos, Preparación y Crioconservación)	1.170 €
Ciclo de Vitricación de Óvulos Completo	2.350
DESVITRIFICACIÓN DE ÓVULOS	
1ª Fase: Estimulación Ovárica (Controles Ecográficos, Hormonales, Visitas)	385 €
2ª Fase: Laboratorio FIV (Desvitrificación de Ovocitos, material laboratorio y medios de cultivo)	1.020 €
3ª Fase: Transferencia de Embriones (material de transferencia de embriones y transferencia)	340 €
Ciclo de Desvitrificación de Óvulos Completo	1.745 €

REPRODUCCIÓN ASISTIDA VALENCIA

DESCRIPCIÓN ACTO	PRECIO
Consulta (1ª visita, visita sucesiva)	35 €
FECUNDACIÓN IN VITRO	
Inducción (Control médico, Ecografías, Estradiol)	800 €
Punción Ovárica	600 €
Recuperación Ovocitos - Cultivo Embriones (Lab FIV)	1.000 €
Transferencia Embriones	400 €
Ciclo FIV completo	2.800 €
TÉCNICAS COMPLEMENTARIAS	
ICSI	350 €
Congelación Embriones	600 €
Congelación Semen	180 €
CICLO TRANSFERENCIA (EMBRIONES CONGELADOS)	
Inducción (Control médico, Ecografías, Estradiol)	800 €
Descongelación Embriones	300 €
Transferencia Embriones	400 €
Ciclo Transferencia Completo	1.500 €
CICLO DONANTE	
Inducción Donante (Control médico, Ecografías, Estradiol)	800 €
Punción Ovárica Donante	600 €
Recuperación Ovocitos - Cultivo Embriones (Lab FIV)	1.000 €
Donante (Screening+Compensación)	1.200 €
Inducción Receptor (Control Médico, Ecografías, Estradiol)	800 €
Transferencia Embriones Receptora	400 €
Ciclo Donación Completo	4.800 €
INSEMINACION ARTIFICIAL HOMÓLOGA (CONYUGAL)	
Inducción (Control médico, Ecografías, Estradiol)	350 €

REPRODUCCIÓN ASISTIDA VALENCIA

DESCRIPCIÓN ACTO	PRECIO
------------------	--------

INSEMINACION ARTIFICIAL HOMÓLOGA (CONYUGAL)

Inseminación	220 €
Capacitación	150 €
Inseminación Artificial Conyugal Completo	720 €

INSEMINACION ARTIFICIAL HETERÓLOGA (DONANTE)

Inducción (Control médico, Ecografías, Estradiol)	350 €
Inseminación	220 €
Capacitación	150 €
Banco Semen (Externo)	250 €
Inseminación Artificial Donante No Conyugal	970 €

VITRIFICACIÓN DE ÓVULOS

1ª Fase: Estimulación Ovárica (Controles Ecográficos, Hormonales, visitas)	800 €
2ª Fase: Extracción de Óvulos (Derechos de Quirófano, Anestesia General, Punción Folicular)	600 €
3ª Fase: Vitrificación de Ovocitos (Recuperación de Ovocitos, Preparación y Crioconservación)	600 €
Ciclo de Vitrificación de Óvulos Completo	2.000 €

DESVITRIFICACIÓN DE ÓVULOS

1ª Fase: Estimulación Ovárica (Controles Ecográficos, Hormonales, Visitas)	800 €
2ª Fase: Laboratorio FIV (Desvitrificación de Ovocitos, Material Laboratorio y Medios de Cultivo)	1.000 €
3ª Fase: Transferencia de Embriones (Material de Transferencia de Embriones y Transferencia)	400 €
Ciclo de Desvitrificación de Óvulos Completo	2.200 €

REPRODUCCIÓN ASISTIDA PONTEVEDRA

DESCRIPCIÓN ACTO	PRECIO
Fecundación in Vitro. Cualquier técnica	5.500 €

Ovodonación	7.300 €
Inseminación Artificial. Cualquier técnica	800 €
Transferencia de Embriones. Proceso completo	1.000 €

REPRODUCCIÓN ASISTIDA RESTO DE ESPAÑA

DESCRIPCIÓN ACTO	PRECIO
Consulta	20 €
Capacitación Espermática	60 €
Ciclo Completo de Inseminación Artificial Heteróloga	350 €
Ciclo Completo de Inseminación Artificial Homóloga	350 €
Esperma de Donante	60 €
Estimulación Ovárica. Incluidos los controles Ecográficos y Hormonales Necesarios	250 €
Estracción de Ovocitos por Laparoscopia	80 €
Extracción de Ovocitos de Donante proceso completo	550 €
Extracción de Ovocitos por Ecografía Vía Vaginal	40 €
Extracción de Óvulos, (proceso completo)	550 €
Fecundación In Vitro (cualquier técnica)	2.150 €
Implante de Embrión por Laparoscopia	80 €
Inseminación Artificial. (cualquier técnica)	100 €
Laboratorio de Fecundación In Vitro	700 €
Microinyección Espermática	300 €
Test Postcoital	20 €
Transferencia de Embriones proceso completo	350 €
Proceso de Congelación de Embriones	100 €
Proceso de Descongelación de Embrión, transferencia y Controles Hormonales	300 €
Congelación Espermática Testicular	100 €

No se cubre el coste de la medicación ni la compensación económica por donación de ovocitos.

REPRODUCCIÓN ASISTIDA BALEARES

DESCRIPCIÓN ACTO	PRECIO
Total ciclo de F.I.V. (incluye quirófano y anestesia)	4.410 €
Ciclo acumulación ovocitos (incluye quirófano y anestesia)	1.980 €
Ciclo fecundación de ovocitos criopreservados	2.430 €
Ciclo de embriones criopreservados	995 €
Medicación Donante	1.540 €
Esperma Donante	200 €
R.E.M.	55 €
Proceso de congelación de embriones	100 €
Mantenimiento de embriones	420 €/año
Congelación de semen	100 €
Mantenimiento de semen congelado	250 €/año
Histerosonografía	140 €
Matching genético	1.000 €

Adeslas Es Más



CIRUGÍA REFRACTIVA

Se ofrece a los asegurados condiciones especiales en intervenciones para la corrección de la miopía, hipermetropía y astigmatismo, mediante cirugía refractiva.

¿En qué consiste el servicio?

Si bien no se trata de un servicio garantizado por la Póliza y, por tanto, resulta ajena a la Aseguradora su cobertura y prestación, **Adeslas** ha alcanzado acuerdos con diversos facultativos especialistas en oftalmología y centros oftalmológicos que permitan al asegurado, si así lo decide, beneficiarse de unas ventajosas condiciones económicas en la realización de intervenciones quirúrgicas mediante tecnología de láser excimer para la corrección de la miopía, hipermetropía y astigmatismo.

¿Cómo se utiliza el servicio?

El acceso a estos servicios se realiza presencialmente en una oficina **Adeslas**. Este servicio sólo está disponible para productos que incluyen cobertura de hospitalización.

Adeslas facilita al asegurado una carta o presentación para acceder al servicio en el centro o profesional elegido dentro del cuadro médico concertado.

El coste varía según provincia y centro.

Para poder acceder a este servicio es necesario llevar dado de alta seis meses en la Póliza.

El acceso a estos servicios se realiza presencialmente en una oficina **Adeslas**. Este servicio sólo está disponible para productos que incluyen cobertura de hospitalización.

Consulta [aquí](#) los centros y precios que nuestros proveedores concertados ofrecen en toda España.

Adeslas Es Más



CUIDADOS DOMICILIARIOS PARA PERSONAS DEPENDIENTES O CON CRONICIDAD

SegurCaixa Adeslas ofrece el servicio de cuidados domiciliarios a través de un acuerdo alcanzado con Qida, empresa privada de impacto social, líder en calidad en el sector.

Tipos de servicios que comprende

- **Cuidadores por horas:** cuidadores unas horas al día.
 - Atención domiciliaria de externo/a con experiencia.
 - Cuidado flexible a tiempo parcial.
 - Horario flexible adaptados a las necesidades.
- **Cuidadores internos:** cuidados de día y de noche.
 - Atención domiciliaria de interno/a con experiencia.
 - Durante la semana o fin de semana.
 - Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Funcionamiento del servicio

Para poder hacer uso de las ventajas de este servicio, es requisito imprescindible, que la persona cuidada o un familiar de primer grado, sea asegurado/a de **SegurCaixa Adeslas**.

Contacto con Qida para todo el territorio nacional:
93 012 95 13 y 91 028 39 66

Detalle del servicio: qida.es

Ventajas y precio de los servicios

Qida ofrece cuidados domiciliarios especializados con un descuento exclusivo para los asegurados de Adeslas:

- **Modelo de servicios Régimen del Hogar:** 25 % de descuento en la cuota de selección y 20 % de descuento en la cuota mensual.
- **Modelo de servicios Régimen General:** 25 % de descuento en la cuota de selección y 10 % de descuento en el precio/hora total.

Adeslas Es Más



ESTUDIOS BIOMECÁNICOS DE LA MARCHA Y PLANTILLAS PODOLÓGICAS

SegurCaixa Adeslas ofrece el servicio de podología biomecánica a través de un acuerdo alcanzado con Podoactiva, empresa líder en el campo de la podología y la biomecánica a través de sus más de 100 clínicas distribuidas por todo el territorio.

Tipos de servicios que comprende

- **Estudio biomecánico de la marcha** (exploración en camilla, análisis de huella plantar y distribuciones, filmación de la marcha, análisis de la carrera, estudio de las presiones con plantillas sensorizadas y estudio cinemático).
- **Plantillas personalizadas.** Diseño y fabricación de plantillas personalizadas con materiales exclusivos.

Funcionamiento del servicio

- El asegurado contacta directamente con los centros de Podoactiva que se pueden encontrar en el buscador de Cuadro Médico en el apartado de "Servicios Adicionales": <https://www.segurcaixaadeslas.es/cuadromedico>
- Es imprescindible identificarse como asegurado de SegurCaixa Adeslas mediante la tarjeta sanitaria.

- Podoactiva informa de los precios y descuentos de cada servicio por ser cliente preferente.
- El asegurado paga directamente en el centro.

Ventajas y precio de los servicios

Podoactiva ofrece amplio listado de centros podológicos especializados con un descuento exclusivo para los pacientes de Adeslas del 50 % en los estudios biomecánicos y del 10 % en las plantillas.

Adeslas Es Más



IMPLANTE CAPILAR Y OTROS TRATAMIENTOS DERMATOLÓGICOS

SegurCaixa Adeslas ofrece el servicio de implante capilar y otras zonas anatómicas a través de un acuerdo alcanzado con las tres empresas líderes del sector MC360, Hospital Capilar y INSPARYA.

¿Qué es el microinjerto?

Es una intervención ambulatoria mínimamente invasiva que nos permite tratar la alopecia. Nace para dar solución a los problemas capilares que afectan a miles de personas, mejorando la salud capilar con tratamientos personalizados.

¿Qué incluye?

- Expertos en técnicas FUE
- Resultados garantizados en 1 año
- Excelencia médica avalada
- Todo incluido en tu cirugía
- Seguimiento de por vida
- Facilidades de pago

Ventajas y precio de los servicios

Ofrecemos a nuestros asegurados de Adeslas unas condiciones muy ventajosas con un precio muy inferior al del mercado en cirugía con microinjerto capilar:

MC360: 2.690 €

Hospital Capilar: 2.900 €

INSPARYA: 4.107 € (Oferta válida para un trasplante capilar de hasta 2000 UF).

Contacto

- **MC360:** 690.85.10.81 o Solicita información en <https://microinjeretocapilar360.com/microinjerto-capilar-adeslas-oferta-especial/>
- **Hospital Capilar:** 623.147.017 o Solicita información en <https://hospitalcapilar.com/convenio-adeslas/>
- **INSPARYA:** Solicita información en https://landing.insparya.es/insparya-hair-company-adeslas?&id_referenciado_pt=66574&client_partner_category=Protocolo%20de%20Empresa

Cómo acceder al servicio de implante capilar

Para acceder a este servicio solo es necesario contar con una póliza de Asistencia Sanitaria de Adeslas y pedir cita con alguno de los proveedores concertados.

Una vez allí deberá acreditarse como asegurado de Adeslas, presentando la tarjeta junto con su DNI. El coste de este servicio no está incluido en las coberturas de la póliza. Adeslas no se responsabiliza del servicio, sino que es el médico o centro ejecutor del acto, el responsable del servicio dado.

Adeslas Es Más



AUDÍFONOS

SegurCaixa Adeslas ofrece el servicio de audiología a través de un acuerdo alcanzado con la empresa líder del sector **Audika Centros Auditivos**.

Ventajas y precio de los servicios:

- 10% de descuento adicional en audífonos sobre la promoción vigente en los centros Audika
- Prueba gratuita de audífonos sin compromiso
- Mantenimiento de tus audífonos y limpieza gratuita
- Financiación hasta 24 meses sin intereses.
- Pilas gratuitas para audífonos adquiridos en Audika durante toda la vida útil de los audífonos.
- 3 meses de pilas gratis para cualquier usuario de audífonos que acuda a uno de los centros
- 25% de descuentos en accesorios y conectividad auditiva.
- 25% de descuento en tapones de baño a medida
- 25% de descuento en tapones antirruido a medida.

Las ventajas expresadas en este documento se aplicarán en todos los centros cuyos datos se pueden consultar en <https://www.audika.es/centros>

Contacto

Audika: 900 31 40 33

Cómo acceder al servicio

Para acceder a este servicio solo es necesario contar con una póliza de Asistencia Sanitaria de **Adeslas** y pedir cita.

Una vez allí deberá acreditarse como asegurado de **Adeslas**, presentando la tarjeta junto con su DNI. El coste de este servicio no está incluido en las coberturas de la póliza. **Adeslas** no se responsabiliza del servicio, sino que es el médico o centro ejecutor del acto, el responsable del servicio dado.

Adeslas Salud y Bienestar



PLATAFORMA DE SALUD DIGITAL

Es la plataforma de salud digital que acompaña a los clientes en su día a día a día para mejorar su estilo de vida y la gestión proactiva de su salud.

Servicios de salud personalizados

Gracias a esta plataforma, se podrá acceder a todos estos servicios:

- **Índice de salud.**
Completando un breve cuestionario se puede conocer el índice de salud y obtener numerosos consejos para descubrir áreas de mejora en el estilo de vida.
- **Planes personalizados.**
Con los planes virtuales se puede mejorar la alimentación, realizar rutinas deportivas con un entrenador personal, prevenir y controlar enfermedades y aprender sobre la salud familiar para cuidar de ellos.
- **Compromisos y retos.**
Se puede conectar una app o pulsera de actividad y marcarse unos objetivos concretos o apuntarse a los retos que propone la plataforma y empezar a sumar kilómetros.
- **Orientación médica.**
Este servicio permite ponerse en contacto con un médico a través del teléfono, por chat, *e-mail* o videoconsulta y resolver las dudas de medicina general.

- **Orientación médica infantil y psicoemocional.**

Tienes disponible el nuevo chat de orientación médica infantil (en negrita) y se ofrece de lunes a viernes de 9:00 a 21:00 h por pediatras para asegurados menores de 14 años

Utilizando este servicio se podrán resolver las dudas sobre la salud de los hijos, aprender a gestionar las emociones y aprender a sentirse bien gracias al asesoramiento de los psicólogos.

- **Segunda opinión médica.**

Disponible para contactar con un especialista y contrastar diagnósticos y obtener una segunda opinión médica.

Además, por participar en la plataforma se pueden sumar puntos y canjearlos por experiencias saludables o donaciones solidarias.

¿Cómo acceder?

A través de la web adeslassaludybienestar.es o descargándose la app **Ahora tu! Salud y Bienestar** en Google Play o en App Store.

Utilización



TARJETAS

La **Tarjeta Adeslas**, tanto física como digital, personal para cada asegurado, es todo lo que se necesita para acceder a todas las asistencias que la póliza ofrece.

Cada asegurado tiene su propia Tarjeta Adeslas. La tarjeta es personal e intransferible y ha de ir firmada por el Titular de la misma. El periodo de validez es el indicado en la tarjeta, recibiendo el asegurado, antes de que éste finalice, una nueva tarjeta para garantizar su asistencia sanitaria o dental.

Existen varios tipos de Tarjetas **Adeslas**:

- **Tarjeta Adeslas Platino:** para los asegurados particulares de **Adeslas PLENA**, **Adeslas PLENA PLUS**, **Adeslas PLENA TOTAL**, **Adeslas PLENA VITAL** y **Adeslas PLENA EXTRA 150**.
- **Tarjeta Adeslas Azul:** para los asegurados de **Adeslas GO**.
- **Tarjeta Adeslas Dental:** **Adeslas DENTAL MAX**, **Adeslas DENTAL FAMILIA**, **Adeslas DENTAL NEGOCIOS y EMPRESAS**, **Adeslas DENTAL MAX AUTÓNOMOS**.
- **Tarjeta Oro:** Colectivos, Funcionarios, **Adeslas NEGOCIOS**, **Adeslas EXTRA NEGOCIOS**, **Adeslas NEGOCIOS Y DENTAL**, **Adeslas EXTRA NEGOCIOS Y DENTAL**, **Adeslas EMPRESAS**, **Adeslas EXTRA EMPRESAS**, **Adeslas EMPRESAS Y DENTAL**, **Adeslas EXTRA EMPRESAS Y DENTAL**.
- **Tarjeta Seniors:** para los asegurados particulares de **Adeslas SENIORS**.

Los menores de 18 años también tienen su propia tarjeta que ha de ser firmada por el padre, la madre o tutor.

Cuando se produzca el robo, extravío o deterioro o se advierta alguna anomalía en la tarjeta, debe comunicarlo al Servicio de Atención al Cliente 24 horas 900 50 50 40 y el 91 919 18 98, 93 518 10 80 o a cualquiera de nuestras oficinas. Automáticamente se anulará la anterior y procederemos al envío de una nueva tarjeta.

Normas de utilización

Utilización

Siempre que se acceda a alguno de las asistencias de los Cuadros Médicos será necesario presentar la Tarjeta **Adeslas** y firmar el recibo correspondiente al servicio prestado.

Como se indica en el dorso de su tarjeta, los profesionales sanitarios podrán solicitarle, además, algún documento de identificación para acreditar la titularidad de su tarjeta.

La tarjeta debe utilizarse para recibir las asistencias como:

- **Consultas.**

- **Pruebas Diagnósticas.**
- **Tratamientos.**
- **Ingresos.**
- **Urgencias.**
- **Gestiones Administrativas.**

Ámbito de implantación de la tarjeta

En la actualidad la **Tarjeta Adeslas** está implantada en todo el territorio **Adeslas**, incluida Cantabria.

A los asegurados de las provincias de Álava, Guipúzcoa, Vizcaya, Asturias y Navarra, se les entregará una **Tarjeta Sanitaria Adeslas** sin banda magnética y con su número de póliza, que les identificará en sus desplazamientos a otras delegaciones de **Adeslas**, no obstante los asegurados de las provincias de Álava, Guipúzcoa y Vizcaya (I.M.Q) podrán acudir con su tarjeta de I.M.Q.

Si el asegurado reside en Cantabria y se desplaza a una provincia donde la tarjeta ya esté implantada, deberá utilizar la **Tarjeta Adeslas** que le ha suministrado la Compañía para recibir asistencia sanitaria.

Si el asegurado con **Tarjeta Adeslas** se desplaza a las provincias de Álava, Guipúzcoa, Vizcaya, Asturias y Navarra podrá acudir con su tarjeta al Cuadro Médico concertado en la provincia.

Si el asegurado tiene **Tarjeta Adeslas** y acude a la provincia de Vizcaya, podrá utilizar su tarjeta normalmente con el cuadro médico concertado, pero debe conocer que, salvo en las especialidades de Pediatría, Ginecología y Oftalmología, la primera consulta de médicos especialistas deber ser prescrita por el médico de cabecera, o en su defecto, autorizada por el Igualatorio Médico Quirúrgico de Vizcaya.

Adeslas gama PLENA / Gama NEGOCIOS y EMPRESAS

El asegurado puede acudir libremente a todos los médicos o clínicas que **Adeslas** tiene concertados en todo el territorio nacional. Cuando se produce la contratación, el asegurado recibe el Cuadro Médico de la provincia en la que reside, pudiendo obtener, si lo desea, la información correspondiente al cuadro médico de **Adeslas** en el resto de las provincias.

En ningún caso, la asistencia sanitaria recibida a través de esta Póliza es permutable por dinero.

Asistencias que precisan autorización

Las asistencias que precisan autorización previa por parte de la compañía **Adeslas**, se detallan en el Cuadro Médico de cada provincia. En caso de Urgencias el paciente puede ingresar directamente en el Centro Hospitalario, disponiendo de un plazo de 72 horas para obtener la correspondiente autorización.

Adeslas gama EXTRA/ gama EXTRA NEGOCIOS y EMPRESAS

Los titulares de Pólizas de Reembolso pueden disfrutar, a la vez, de la comodidad de la asistencia ofertada en nuestro Cuadro Médico y, como póliza de reembolso de gastos, de la libertad de elección de médico y clínica en todo el mundo.

• Asistencia con Cuadro Médico.

Recibir asistencia sanitaria a través de los facultativos y clínicas incluidos en el Cuadro médico que **Adeslas** tiene en todo el territorio nacional, sin necesidad de pagar copago por la asistencia sanitaria recibida. La obtención de autorizaciones para aquellas asistencias que la precisen, se realiza de forma idéntica que en la Póliza **Adeslas PLENA**.

• Reembolso de Gastos.

El asegurado puede, además, utilizar los médicos o clínicas no incluidos en los Cuadros Médicos de **Adeslas**, tanto en España como en el extranjero. En estos casos, la Compañía reembolsará al asegurado el 80-90 % de la factura, siempre y cuando dicha asistencia sanitaria esté cubierto en las condiciones de la póliza y con los límites que están especificados en la misma.

• Asistencia combinada.

Consiste en combinar las dos modalidades anteriores: Asistencia Sanitaria y Reembolso de gastos por enfermedad.

En esta ocasión, el asegurado decide libremente hacer uso de la asistencia, dentro o fuera del Cuadro Médico, pudiendo cambiar entre una y otra opción a lo largo del proceso asistencial; sólo será posible si lo permiten los acuerdos de la Aseguradora con los profesionales, centros y establecimientos de los Cuadros Médicos que intervengan en el proceso.

Procedimiento de reembolso de gastos

Cuando el asegurado elija la asistencia médica ajenos al **Cuadro Médico de Adeslas**, deberá abonarlos previamente. Posteriormente deberá realizar el trámite de reembolso, para lo cual facilitará a La Aseguradora los siguientes documentos:

- Impreso de solicitud de reembolso de gastos.
- Originales o copias de las facturas, desglosadas por conceptos, con nombre del emisor, NIF, y número de colegiado.
- Prescripciones médicas originales o copias (sólo en caso de diagnóstico y hospitalización).
- Informe clínico (sólo en caso de hospitalización).

Una vez recibido el impreso de Solicitud de Reembolso, La Aseguradora procederá a su abono en un plazo no superior a 15 días laborables a contar desde la fecha de recepción de la documentación.

Atención al extranjero

En caso de precisar alguno de las coberturas incluidas en la Póliza de asistencia en el extranjero, e independientemente de la Póliza de Asistencia Sanitaria, el asegurado deberá llamar al Teléfono 24 horas, previamente a necesitar la asistencia. Si fuera una urgencia, tiene un plazo de 24 horas para comunicar la misma:

+34 91 745 32 80.

En la llamada le será solicitada la siguiente información:

- Nombre y apellidos.
- Número de Póliza de la Asistencia Sanitaria y fecha de vencimiento.
- Lugar donde se encuentra, dirección y teléfono.
- Naturaleza de la asistencia que necesita.

Autorizaciones por teléfono, web y presencial

Para mayor comodidad, el Asegurado puede solicitar las autorizaciones necesarias por teléfono, web y presencial.

Procedimientos Autorizaciones

Todos los Asegurados que lo deseen podrán solicitar por teléfono, fax e Internet las prestaciones que necesitan autorización expresa por parte de la Compañía.

Dichas solicitudes se efectuarán remitiendo la prescripción del Médico en la que deberán constar necesariamente los siguientes datos:

- N° tarjeta/afiliación.
- Nombre y apellidos del paciente.
- N° de talón/médico prescriptor y Centro o Médico realizador.
- N° de fax o email al que debe ser remitida la autorización.

900 50 50 40
91 919 18 98
93 518 10 80
adeslas.es

Las autorizaciones, se pueden tramitar a través de:

	PRUEBA MÉDICA	REHABILITACIÓN/ PSICOTERAPIA*	INGRESOS/AMBULANTES/ HOSPITAL DE DÍA/ PRUEBAS CON COMPLEMENTOS
Presencial	Si	Si	Si
Internet/Web Área Privada	Si	Si	Si
Teléfono	Si	Si	No

*Sólo las primeras 20 sesiones.

Cobertura de Rehabilitación, Fisioterapia y Podología mediante modalidad de reembolso de gastos

Las modalidades **Adeslas PLENA**, **Adeslas PLENA VITAL**, **Adeslas PLENA TOTAL**, **Adeslas PLENA PLUS** y **Adeslas NEGOCIOS** (tomador persona física) incorporan la cobertura de rehabilitación, fisioterapia y podología por

reembolso de gastos.

Descripción

Mediante esta cobertura, la Aseguradora garantiza, con los porcentajes y límites económicos que se indican en el siguiente punto 2), el reembolso de los gastos sanitarios sufragados por el Asegurado al recibir, en territorio nacional y a través de facultativos o profesionales sanitarios no incluidos en los Cuadros Médicos de la Aseguradora, cualquiera de los siguientes coberturas sanitarias:

- **Rehabilitación y Fisioterapia:** incluye
 - Consultas ambulatorias llevadas a cabo por médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación.
 - Realización en consulta de procedimientos diagnósticos o terapéuticos por médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación.
 - Realización, en régimen ambulatorio y por parte de profesionales fisioterapeutas titulados, de sesiones de:
 - Fisioterapia del aparato locomotor, siempre que las mismas hubieren sido prescritas por especialista en Rehabilitación, Reumatología o Traumatología pertenecientes al Cuadro Médico de la Aseguradora.
 - Fisioterapia para la rehabilitación del suelo pélvico. Sólo estarán dentro de esta cobertura cuando la finalidad de la misma sea tratar las disfunciones producidas como consecuencia del embarazo y parto, y siempre que éstos hubieren sido cubiertos previamente por la Aseguradora y sean prescritas por especialista en Medicina Física y Rehabilitación o Ginecología pertenecientes al Cuadro Médico de la Aseguradora.
- **Podología,** incluye exclusivamente los tratamientos de quiropodia realizados en consulta por podólogo titulado.

Porcentajes de Reembolso y límites económicos

El reembolso de gastos garantizado por la Aseguradora por las asistencias sanitarias descritos en el apartado 1) anterior será del cincuenta (50) por ciento del importe al que ascienda el coste de la asistencia sanitaria cubierta que hubiere recibido el Asegurado y ello con los límites económicos que, por Asegurado y anualidad de seguro, seguidamente se indican:

- **Rehabilitación y Fisioterapia:** 500 €.
- **Podología:** 200 €.

Alcanzados los referidos límites se entenderán finalizadas las obligaciones de reembolso de la Aseguradora, hasta una nueva anualidad de seguro si este se prorrogase. Cuando el Asegurado estuviere en alta por un período inferior a una anualidad de seguro completa, los límites señalados se reducirán proporcionalmente.

Procedimiento para el Reembolso

Para obtener el reembolso de estos gastos sanitarios, el Asegurado deberá presentar bien a través del área privada en la web adeslas.es, o bien en las oficinas de la Aseguradora la siguiente documentación:

Impreso de solicitud de reembolso de gastos, según modelo de la Aseguradora, debidamente cumplimentado y firmado por el Asegurado.

- Original y Copia de la factura relativa al gasto sanitario causado y recibo acreditativo de haber satisfecho su importe. Las facturas incluirán:
 - La identificación completa del emisor (nombre y apellidos, domicilio, NIF, especialidad en su caso y número de colegiado).
 - Identificación del acto sanitario realizado y la fecha en que se llevó a cabo.
 - Identificación (nombre y apellidos) del asegurado atendido.
- Original y Copia de la prescripción médica en caso de gastos por asistencia de fisioterapia.

No obstante lo anterior, el Asegurado, cuando así sea requerido por la Aseguradora, deberá aportar los originales o copias de las facturas y, en su caso, de la prescripción médica.

La Aseguradora hará efectivo al Asegurado el importe de reembolso que corresponda dentro de los 15 días laborables siguientes a la recepción de la documentación completa especificada en el apartado anterior. El pago se efectuará mediante transferencia bancaria a la cuenta bancaria indicada por el Asegurado en el impreso de solicitud.

Reembolso de gastos de farmacia en Adeslas PLENA TOTAL

Reembolso del 50 % de los gastos de adquisición de medicamentos dispensados en farmacias, prescritos por un médico para el tratamiento de una patología cubierta por la póliza y que se encuentren dentro de los financiados por el Sistema Nacional de Salud. Se establece un límite de 200 € por asegurado y anualidad.

Procedimiento para el reembolso de los gastos de farmacia en Adeslas PLENA TOTAL

Para obtener el reembolso de estos gastos, el asegurado deberá presentar a través del área privada en la web adeslas.es, o bien en las oficinas de la Aseguradora la siguiente documentación:

- Impreso de solicitud de reembolso de gastos, debidamente cumplimentado y firmado por el asegurado.
- Original de la prescripción en la que deberá constar:
 - La identidad del médico que la extiende, su firma y número de colegiado.
 - La identidad del paciente.
 - La identificación del producto recetado.
- Documento acreditativo del pago.

Atención al Cliente



Atención Directa 24 horas

Para cualquier consulta o gestión relacionada con la Póliza de Asistencia Sanitaria o Dental, el Asegurado puede contactar con La Aseguradora por **teléfono** (las 24 horas del día), **internet** o directamente en cualquiera de las **oficinas**.

900 50 50 40
91 919 18 98
93 518 10 80

disponible las 24 horas

Como ejemplo, referimos aquí algunas de las actuaciones más frecuentes de este **servicio 24 horas**:

- **Autorización de Pruebas Médicas y Rehabilitación.**
- **Contratación Telefónica de Productos.**
- **Recogida de incidencias.**
- **Cambios de domicilio, teléfono, etc.**
- **Solicitud de Tarjeta.**
- **Quejas - Sugerencias.**

Área Privada

Nuestros asegurados también pueden comunicarse con La Aseguradora a través de adeslas.es

A través del Área Privada se puede:

- **Consulta y solicitud de Autorizaciones.**
- **Reembolsos.**
- **Médicos Favoritos.**
- **Orientación Médica.**
- **Club [Adeslas](#).**
- **Consulta de recibos.**
- **Solicitud de planes personalizados de prevención, etc.**
- **Gestión de reembolso de DIU.**

Contratación

Formas de contratación

Procedimientos de Contratación

Pólizas Individuales o Familiares

El mediador de [Adeslas](#) dispondrá para la contratación de pólizas de los siguientes documentos:

- **Solicitud de Seguro.**

En este impreso se detallan los datos del tomador y asegurados, así como la información necesaria para efectuar los pagos a través de domiciliación bancaria.

El Tomador de la Póliza deberá firmar la solicitud de seguro y los datos de domiciliación bancaria.

- **Cuestionario de Salud.**

Es el documento por medio del cual cada uno de los solicitantes comunica a la Compañía las enfermedades o causas, relativas a su salud, necesarias para valorar su aceptación o rechazo por parte del asegurador.

Cada uno de los potenciales asegurados deberá cumplimentar, y firmar, el cuestionario de salud facilitado por La Aseguradora.

El mediador remitirá a [Adeslas](#), a través de la delegación u oficina que se le asigne, la solicitud de seguro formulada por los tomadores, según normas de aceptación y tarifas de primas establecidas por [Adeslas](#). [Adeslas](#) deja a elección del mediador la posibilidad de enviar toda la documentación directamente al tomador, o bien, remitirla al correspondiente mediador para su entrega personalizada.

La aceptación o rechazo de la solicitud será competencia exclusiva de [Adeslas](#), quien comunicará su decisión dentro del plazo de los 15 días siguientes a la fecha de recepción de la misma.

La entrega de la tarjeta se remitirá por [Adeslas](#), en todos los casos, en un plazo de 30 días, a contar desde la fecha de emisión de la Póliza.

Solicitud de Seguro

Solicitud de seguro

NO ESCRIBAS EN LAS CASILLAS SOMBREADAS

Adeslas

Nº de solicitud: Alta: ☐ Modificación: ☐ Traspaso: ☐

Nº de póliza: Nº de certificado: Nº de subcolectivo: Delegación:

Efecto: / / Vencimiento: / / Campaña:

Clave mediador 1: Clave mediador 2:

DATOS DEL TRASPASO (A CUMPLIMENTAR SOLO EN CASO DE TRASPASO)

Nº de póliza de procedencia²: [] [] [] [] [] [] [] [] Nº de certificado²: [] [] [] [] [] [] [] [] Procede extorno: []
Baja total de la póliza: ☐ Baja de asegurados traspasados (SE MANTIENE EL RESTO DE ASEGURADOS): ☐

DATOS DEL TOMADOR[illegible]

Datos adicionales del tomador (a cumplimentar SOLO SI ES ASEGURADO) (SI SE CUMPLIMENTA ESTE APARTADO NO SERÁ NECESARIO RELLENAR LOS DATOS DEL TOMADOR COMO ASEGURADO)

¿Has sido cliente anteriormente de la compañía? SÍ: ☐ No: ☐

Nº de póliza de procedencia: | | | | |

¿Solicita exención de carencias?⁵ Sí: ☐ No: ☐ Cuadro médico: | | | |

Nº de certificado: | | | | |

Datos a cumplimentar SOLO SI CONTRATAS CUALQUIER PRODUCTO DE LA GAMA ADESLAS NEGOCIOS Y EMPRESAS (persona jurídica/CIF).

¿Los asegurados son **TODOS LOS EMPLEADOS** del tomador?⁶ Sí: ☐ No: ☐

Confirmando que las personas a asegurar son empleados, socios y/o familiares de los mismos.

DATOS ASEGURADOS

1. Apellidos y nombre: _____ NIF/NIE: _____
 Domicilio. Tipo de vía*: _____ Nombre de la vía: _____ Número: _____ Piso: _____
 Código postal: _____ Población: _____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ Hombre: ☐ Mujer: ☐ Parentesco*: _____ Profesión*: _____
 Teléfono: _____ Teléfono móvil: _____ Correo electrónico: _____
 ¿Has sido cliente anteriormente de la compañía? Sí: ☐ No: ☐ ¿Solicita exención de carencias? Sí: ☐ No: ☐ Cuadro médico: _____

SOLO EN TRASPASOS N° de póliza de procedencia³: | | | | | | | | | | N° de certificado³: | | | | | | | | | |

2. Apellidos y nombre: _____ NIF/NIE: | | | | | | | | | |

2. Apellidos y nombre: _____ NIF/NIE: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Domicilio. Tipo de vía⁴: |_|_|_| Nombre de la vía: _____ Número: _____ Piso: _____

Código postal: |_|_|_|_| Población: _____

Fecha de nacimiento: |_|_| / |_|_| / |_|_|_| Hombre: ☐ Mujer: ☐ Parentesco⁴: |_|_| Profesión⁴: |_|_|_|

Teléfono: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Teléfono móvil: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Correo electrónico: _____

¿Has sido cliente anteriormente de la compañía? Sí: ☐ No: ☐ ¿Solicita exención de carencias²⁸? Sí: ☐ No: ☐ Cuadro médico: _____

SOLO EN TRASPASOS N° de póliza de procedencia³: _____ N° de certificado³: _____

3. Apellidos y nombre: _____ NIF/NIE: _____
 Domicilio. Tipo de vía: _____ Nombre de la vía: _____ Número: _____ Piso: _____
 Código postal: _____ Población: _____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ Hombre: ☐ Mujer: ☐ Parentesco: ____ Profesión: ____
 Teléfono: _____ Teléfono móvil: _____ Correo electrónico: _____
 ¿Has sido cliente anteriormente de la compañía? Sí: ☐ No: ☐ ¿Solicita exención de cargas? Sí: ☐ No: ☐ Cuadro médico: _____

SOLO EN TRASPASOS	Nº de póliza de procedencia ^{3:}									Nº de certificado ^{3:}									
--------------------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

[illegible]

PRODUCTO		OBSERVACIONES	
COMPLEMENTOS ADICIONALES POR ASEGURADO			
Tomador	Asegurado 1	Asegurado 2	Asegurado 3

Resolución solicitud: Aceptada: ☐ Rechazada: ☐ Exclusiones: ☐ 1, 2, 3, 4, 5 y 6, ver instrucciones de cumplimentación en el reverso.

Declaro que la aseguradora ha puesto a mi disposición el documento de información del producto (IPID) que figura en la presente solicitud y la nota informativa del mismo con carácter previo a la posible contratación del seguro que se solicita.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES. RESPONSABLE: SegurCaixa Adeslas, S. A. de Seguros y Reaseguros. **FINALIDAD:** mantener la relación contractual, así como ponernos en contacto contigo para informarte sobre productos o servicios ofrecidos por SegurCaixa Adeslas que puedan ser de tu interés. Para el desarrollo de esta finalidad tus datos serán tratados para aplicar técnicas de perfilado/segmentación que permitan que los productos o servicios que podamos ofrecerte se ajusten lo máximo posible a tus intereses y necesidades. Si no deseas que nos pongamos en contacto contigo con esta finalidad, puedes indicarlo marcando la casilla que encontrarás a continuación.

☐ No deseo que se pongan en contacto conmigo para informarme sobre productos o servicios ofrecidos por SegurCaixa Adeslas, S. A. de Seguros y Reaseguros.

LEGITIMACIÓN: para la gestión del contrato de seguro: ejecución de un contrato. Para informar sobre productos o servicios de SegurCaixa Adeslas: interés legítimo del responsable. **DESTINATARIOS:** no se cederán los datos facilitados a terceros, salvo obligación legal y aquellas comunicaciones necesarias para la ejecución de la póliza. No obstante, caso de que prestes tu **consentimiento**, mediante la marcación de la casilla que encontrarás a continuación, tus datos identificativos y de contacto podrán ser comunicados a CaixaBank, S.A. con la finalidad de que puedan ponerse en contacto contigo para informarte sobre sus productos o servicios. **DERECHOS:** acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. **INFORMACIÓN ADICIONAL:** puedes consultar más información sobre la política de protección de datos de SegurCaixa Adeslas, incluida la forma de retirar el consentimiento, en la siguiente página web:

www.segurcaixaadeslas.es/es/proteccion-de-datos

☐ **Consiento** que mis datos personales identificativos y de contacto sean comunicados a CaixaBank, S.A. con la finalidad de que puedan ponerse en contacto conmigo para informarme sobre sus productos o servicios.

Fecha: | | / | | / | | | |

Firma tomador/Firma representante legal:

SL.AS.F.009/10 Edit

COPIA PARA LA COMPAÑÍA

Comercialización de Negocios, Empresas y Colectivos

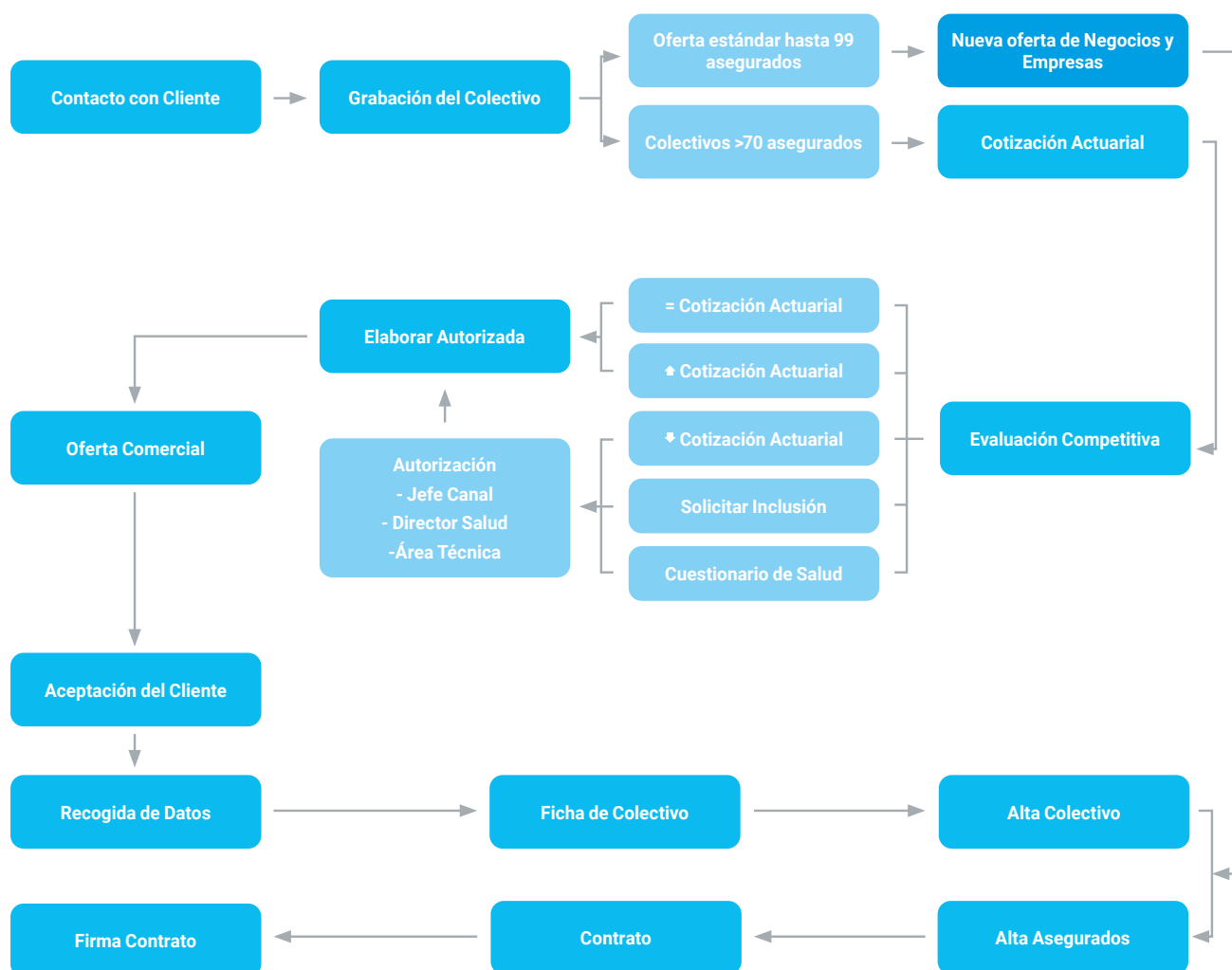
La contratación de **grupos de más de 70 personas**, relacionadas con un nexo común, se considera Póliza colectiva, según criterios de valoración realizados por **Adeslas**.

Para la contratación de una Póliza Colectiva, el mediador deberá contactar con:

- **Departamentos de ventas de Grandes Cuentas en Oficinas Centrales.**
- **Ejecutivo de Grandes Cuentas en Zona.**
- **Jefes de Gestión Comercial.**

En donde le informarán de los datos necesarios para la cotización.

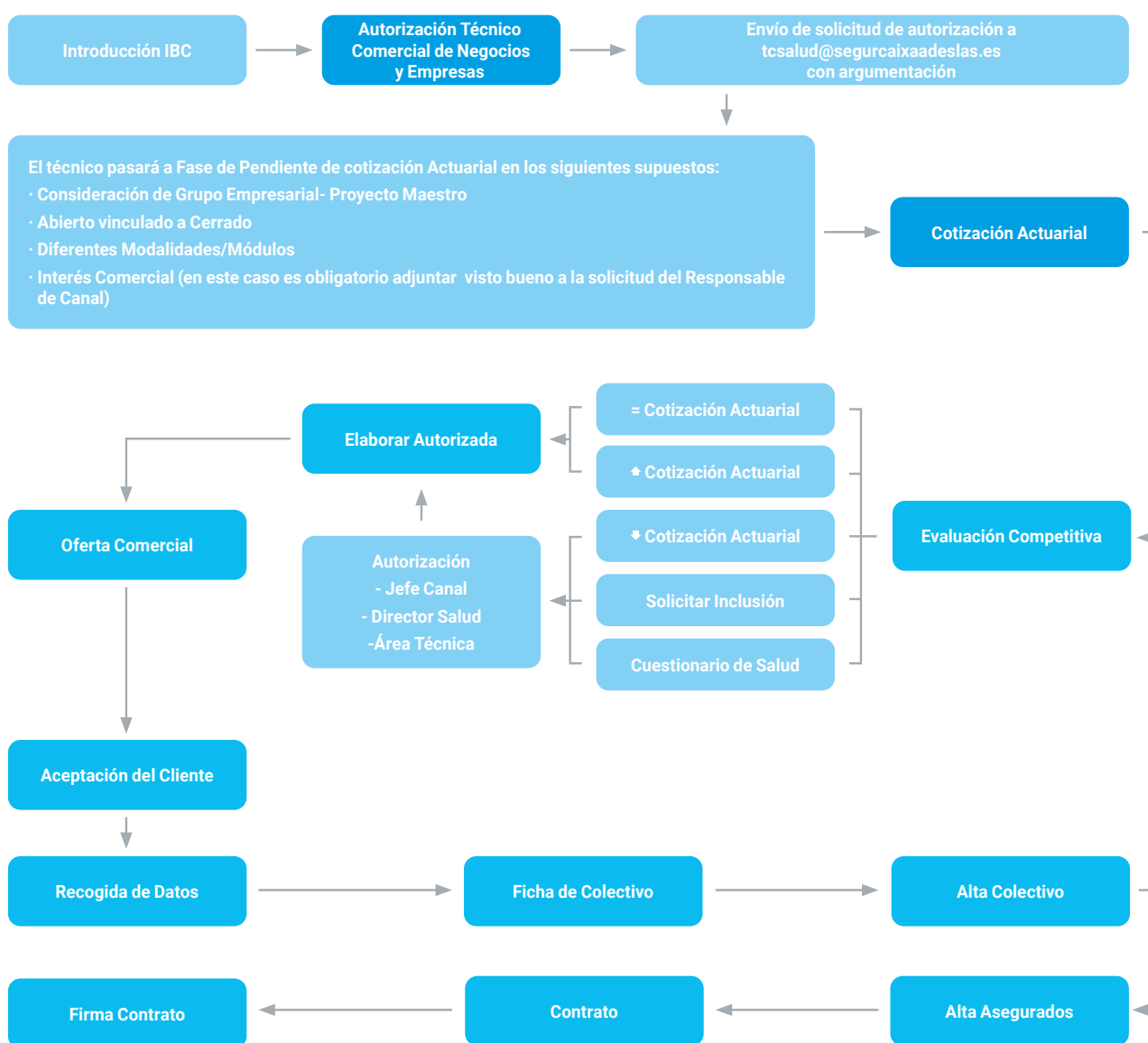
Una vez realizada la cotización por parte del departamento técnico-actuarial, **Adeslas** facilitará al mediador la oferta comercial en la que se especificarán las condiciones de admisión del colectivo.



D. A. Marketing y Producto

*Ver detalle del proceso en página siguiente

La contratación de grupos de menos de 70 personas, relacionadas con un nexo comun, deberán ser autorizadas por los Tecnicos Comerciales de Negocios y Empresas.



Comercialización de Particulares

