

Adeslas Extra 200M

CONDICIONES ESPECIALES

Póliza de seguro de enfermedad

Adeslas

Suma asegurada

La Aseguradora, en concepto de reembolso de gastos por la asistencia sanitaria que, cubierta por la póliza (MODALIDAD II), hubiera recibido el Asegurado, abonará una cantidad equivalente a:

- El **90%** de los gastos razonables y acostumbrados correspondientes a la asistencia sanitaria recibida por el Asegurado en España.
- El **80%** de los gastos razonables y acostumbrados correspondientes a la asistencia recibida por el Asegurado en el extranjero.

Y siempre con un máximo de **200.000 €** por Asegurado y anualidad de seguro.

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

En caso de que se produzcan altas de asegurados durante el periodo de vigencia con posterioridad a la fecha de efecto indicada en las condiciones particulares, la suma asegurada establecida en estas condiciones especiales para el primer año, será proporcional a la fracción de año contratada. También se aplicará la proporcionalidad el año en que se extinga la póliza, si la extinción es anterior a la fecha de vencimiento indicada en las condiciones particulares.

Límites especiales de reembolso

No obstante lo dispuesto en el anterior apartado, el reembolso a efectuar por la Aseguradora no excederá de los límites que, para cada tipo o clase de asistencia sanitaria, a continuación se establecen:

1. Asistencia ambulatoria**1.1. Honorarios médicos en medicina primaria/familiar**

Consulta	70 € cada una
----------	---------------

1.2. Honorarios médicos en especialidades

Consulta	150 € cada una
----------	----------------

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

2. Asistencia hospitalaria

2.1. Honorarios médicos en caso de intervención quirúrgica

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

Cirugía ambulatoria y menor (Grupo 0, 1 y 2 clasificación O.M.C. Por intervención)	625 € anuales
Cirugía media (Grupo 3 y 4 clasificación O.M.C. Por intervención)	2.750 € anuales
Cirugía mayor (Grupo 5, 6 y 7 clasificación O.M.C. Por intervención)	6.000 € anuales
Gran Cirugía (Grupo 8 clasificación O.M.C. Por intervención)	10.500 € anuales

2.2. Honorarios médicos cuando no exista intervención quirúrgica

Gastos razonables y acostumbrados.

2.3. Prótesis

La cantidad máxima a reembolsar será de **4.500 €** por Asegurado y anualidad de seguro.

2.4. Otros gastos hospitalarios

Gastos de estancia: la cantidad máxima a reembolsar será de **300 € por día de hospitalización** del Asegurado. Si estuviera ingresado **en UCI**, el límite será de **650 € por día**.

Otros gastos hospitalarios: la cantidad máxima a reembolsar será de **250 € por día** de hospitalización.

En el supuesto de tratamientos en régimen de hospital de día, la cantidad máxima a reembolsar será de **600 € por cada tratamiento**.

Las cantidades indicadas comprenden el reembolso abonable por cualesquiera conceptos sanitarios derivados o correspondientes a la hospitalización, a excepción de los honorarios médicos.

2.5. Trasplantes

La cantidad máxima a reembolsar por la Aseguradora en los casos de intervenciones quirúrgicas con la finalidad de efectuar un trasplante de órgano, no superará el límite de **200.000 € por asegurado y año**.

En esta cantidad quedan incluidos todos los gastos hospitalarios, honorarios médicos y cualquier otro gasto sanitario cubierto derivado del trasplante.

3. Cirugía Robótica

Si el Asegurado se sometiese a la Cirugía Robótica cubierta por la póliza (apartado "Otros Servicios" de las Condiciones Generales) a través de un facultativo 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 figurase en el Cuadro Médico de la Aseguradora se aplicará la modalidad de reembolso al ser realizada la intervención por facultativo 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 "Otros Servicios" de las condiciones generales, el Asegurado junto con la solicitud de reembolso deberá aportar original del informe médico emitido por el facultativo realizador en el que conste el cumplimiento de todos los criterios exigidos para la cobertura.

4. Asistencia por maternidad

El reembolso a realizar por la Aseguradora de los gastos correspondientes a la asistencia médica y/o quirúrgica del parto y puerperio (sea parto normal o cesárea) no superará en su conjunto la cantidad de **3.200 € por Asegurado y anualidad de seguro**.

En estos importes quedan incluidos todos los gastos causados durante el ingreso, internamiento y visitas hospitalarias, pruebas diagnósticas, honorarios del tocólogo, matrona y ayudantes, anestesia y cualesquiera gastos hospitalarios.

En caso de que la Asegurada sea hospitalizada en un centro incluido en el cuadro médico de la Aseguradora, siendo el tocólogo ajeno al cuadro, la Asegurada asumirá la totalidad del gasto hospitalario conforme la modalidad II y reembolsará en concepto de honorarios hasta **un máximo de 3.200 € por Asegurado y anualidad de seguro**.

5. Enfermedades congénitas del recién nacido

Se cubrirá la asistencia y los gastos causados por este motivo, únicamente **durante el primer año de vida del recién nacido y por un límite máximo**, para dicho periodo de tiempo y por todos los conceptos de asistencia sanitaria, de **12.500 €**.

6. Tratamientos especiales

El importe máximo que como reembolso la Aseguradora satisfará al Asegurado por el conjunto del tratamiento, incluidos los honorarios de los facultativos que lo realicen, será el siguiente:

Acelerador lineal de partículas	3.500 € anuales
Bomba de cobalto	2.500 € anuales
Quimioterapia	6.500 € anuales

Para otros tratamientos especiales distintos de los citados: gastos razonables y acostumbrados.

7. Otras prestaciones

Las prestaciones que a continuación se citan tendrán los límites anuales de reembolso que, para cada una de ellas, se señalan:

Odontoestomatología (sólo prestaciones cubiertas según cláusulas descriptivas de cobertura 4 y 5 de condiciones generales)	365 € anuales
Rehabilitación y fisioterapia	750 € anuales
Psicoterapia	750 € anuales
Ambulancia	750 € anuales
Podología	200 € anuales
Preparación al parto	100 € anuales

The logo for Adeslas, featuring the word "Adeslas" in a white serif font, centered within a blue rounded rectangular background.

Adeslas

Este contrato de seguro comprende de forma inseparable las condiciones generales que anteceden, que quedan formadas por las cláusulas jurídicas y cláusulas descriptivas de cobertura, las condiciones particulares, las especiales si las hubiere y los apéndices que recojan las modificaciones de todo ello acordadas por las partes.

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

S.RE.041.15