

Adeslas Extra 200M

CONDICIONS ESPECIALS

Assegurança de malaltia.

Adeslas

Suma assegurada

L'Asseguradora, en concepte de reemborsament de despeses per l'assistència sanitària, coberta per la pòlissa (MODALITAT II), que hagi rebut l'Assegurat, pagarà una quantitat equivalent a:

- El **90%** de les despeses raonables i acostumades corresponents a l'assistència sanitària rebuda per l'Assegurat a Espanya.
- El **80%** de les despeses raonables i acostumades corresponents a l'assistència rebuda per l'Assegurat a l'estranger.

Sempre amb un màxim de **200.000 €** per Assegurat i anualitat d'assegurança.

La quantitat indicada constitueix, per tant, la suma assegurada prevista en les Clàusules Descriptives de Cobertura 1 i 6 de les condicions generals.

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

Límits parcials de reemborsament

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

1. Assistència ambulatoria**1.1. Honoraris mèdics en medicina primària/familiar**

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

1.2. Honoraris mèdics en especialitats

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

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

2. Assistència hospitalària

2.1. Honoraris mèdics en cas d'intervenció quirúrgica

La intervenció quirúrgica que es faci a l'assegurat es catalogarà dins del grup que correspongui, segons la classificació terminològica d'actes i tècniques mèdiques editada pel Consell General de Col·legis Oficials de Metges, i no es pagarà, pel conjunt dels honoraris satisfets a cirurgians, ajudants, anestesistes i qualsevol altre professional, quantitat superior a la que correspongui a la intervenció feta, d'acord amb el quadre següent:

Cirurgia ambulant i menor (Grup 0, 1 i 2 classificació OMC, per intervenció)	625 € anuals
Cirurgia mitjana (Grup 3 i 4 classificació OMC, per intervenció)	2.750 € anuals
Cirurgia major (Grup 5, 6 i 7 classificació OMC, per intervenció)	6.000 € anuals
Gran cirurgia (Grup 8 classificació OMC, per intervenció)	10.500 € anuals

2.2. Honoraris mèdics quan no hi hagi intervenció quirúrgica

Despeses raonables i acostumades.

2.3. Pròtesis

La quantitat màxima a reemborsar serà de **4.500 €** per Assegurat i anualitat de d'assegurança.

2.4. Altres despeses hospitalàries

Despeses d'estada: la quantitat màxima a reemborsar serà de **300 € per dia d'hospitalització** de l'assegurat. Si estigués ingressat a l'**UVI**, el límit serà de **650 € per dia**.

Altres despeses hospitalàries: la quantitat màxima a reemborsar serà de **250 € per dia** d'hospitalització.

En el supòsit de tractaments en règim d'hospital de dia, la quantitat màxima a reemborsar serà de **600 € per cada tractament**.

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

2.5. Trasplantaments

La quantitat màxima a reemborsar per l'asseguradora en els casos d'intervencions quirúrgiques amb la finalitat de fer un trasplantament d'òrgan, no superarà el **límit de 200.000 €** per assegurat i anualitat de d'assegurança.

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

3. Cirurgia Robòtica

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

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

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

4. Assistència per maternitat

El reemborsament que ha de fer l'asseguradora per les despeses corresponents a l'assistència mèdica i/o quirúrgica del part i puerperi (sigui part normal o cesària), no superarà en conjunt la quantitat de **3.200 €** per assegurat i anualitat de d'assegurança.

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

En cas que l'assegurada sigui hospitalitzada en un centre inclòs dins el quadre mèdic de l'asseguradora però que el tocòleg sigui aliè al quadre, l'asseguradora assumirà la totalitat de la despesa hospitalària d'acord amb la modalitat II i reemborsarà en concepte d'honoraris fins a un **màxim de 3.200 €** per assegurat i anualitat de d'assegurança.

5. Malalties congènites del nounat

Es cobrirà l'assistència i les despeses causades per aquest motiu únicament **durant el primer any de vida del nounat** i per un límit màxim, per a aquest període de temps i per tots els conceptes d'assistència sanitària, de **12.500 €**.

6. Tractaments especials

L'import màxim que l'asseguradora satisfarà a l'assegurat com a reemborsament pel conjunt del tractament, incloent-hi els honoraris dels facultatius que el facin, serà el següent:

Accelerador lineal de partícules	3.500 € anuals
Bomba de cobalt	2.500 € anuals
Quimioteràpia	6.500 € anuals

Per a altres tractaments especials diferents dels esmentats: despeses raonables i acostumades.

7. Altres prestacions

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

Odontostomatologia (Només prestacions cobertes segons Clàusules Descriptives de Cobertura 4 i 5 de les Condicions Generals)	365 € anuals
Rehabilitació i fisioteràpia	750 € anuals
Psicoteràpia.	750 € anuals
Ambulància	750 € anuals
Podologia	200 € anuals
Preparació al part	100 € anuals

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

Adeslas

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

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

S.RE.041C.16