

Adeslas Extra 250M

CONDICIONES ESPECIALES

Seguro de enfermedad

Adeslas

REPSOL (PÓLIZA 9776)

Suma asegurada

La Aseguradora, en concepto de reembolso de gastos por la asistencia sanitaria que, cubierta por la póliza, hubiera recibido el Asegurado, abonará una cantidad equivalente al **90%** de dichos gastos, y siempre con un máximo de **250.000 €** 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 y médicos especialistas

Consulta	Sin límite
----------	------------

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 tendrá límite** para el conjunto de los honorarios satisfechos a cirujanos, ayudantes, anestelistas y cualesquiera otros profesionales.

2.2. Honorarios médicos cuando no exista intervención quirúrgica

Sin límite.

2.3. Prótesis

La cantidad máxima a reembolsar será de **10.000 €** por Asegurado y año. **No incluye las dentales ni las ortoprótesis para las que hay un baremo.**

2.4. Otros gastos hospitalarios

Gastos de estancia y otros gastos hospitalarios: la cantidad máxima a reembolsar por ambos conceptos será de **1.670 € por día de hospitalización** del Asegurado. Si estuviera ingresado en **UCI, no tendrá límite.**

En el supuesto de tratamientos en régimen de **hospital de día**, la cantidad máxima a reembolsar será de **1.670 € 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.

Hospitalización sin cargo a la póliza: 90 €/día.

El subsidio se devengará a partir del primer día consecutivo de hospitalización, siempre que dicho internamiento fuera prescrito por el Médico. **Esta cobertura tendrá un límite máximo de prestación de 90 días por año natural.**

Será requisito imprescindible que la hospitalización se realice única y exclusivamente en hospitales o centros públicos.

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 250.000 € anuales**.

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

3. 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, no superará las siguientes cantidades:

Parto norma	6.000 €
Parto con cesárea	7.000 €
Parto múltiple	8.000 €

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, ésta asumirá la totalidad del gasto hospitalario conforme la Modalidad II y reembolsará en concepto de honorarios **hasta un máximo de 6.000 € anuales en caso de parto normal, 7.000 € anuales en caso de parto con cesárea y para parto múltiple 8.000 € anuales**.

4. Enfermedades congénitas del recién nacido

Se cubrirá la asistencia y los gastos causado por este motivo durante el primer año de vida del recién nacido **exclusivamente a través de la modalidad de Cuadro Médico**. A partir del segundo año se podrá acceder a través de la modalidad de reembolso y por un límite máximo para dicho periodo de tiempo y por todos los conceptos de asistencia sanitaria de **7.000 € anuales**.

5. Tratamientos especiales

Sin límite.

6. Otras prestaciones

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

Odontología (Consulta, extracciones, radiografías y limpieza 90%. Resto de tratamientos al 50%)	1.000 € año
Rehabilitación y fisioterapia	Sin límite
Psiquiatría no hospitalaria	1.500 € año
Psicología y psicoterapia	1.500 € año
Psicología y psicoterapia para los casos de terapia derivada de trastornos alimentarios	3.000 € año
Ambulancia provincial e interprovincial: para traslados urbanos, interurbanos e interprovinciales siempre que se trate de servicios urgentes o previa prescripción médica.	1.500 € año
Podología	Sin límite
Preparación al parto	150 € año
Chequeo general* (cada dos años): para hombres mayores de 25 años y mujeres mayores de 20 años	1.200 € año
Chequeo ginecológico* (titulares y cónyuges) (Se aumenta el límite de reembolso en caso de acudir a la Clínica Palacios a 600 € año)	300 € año
Chequeo ginecológico* (hijas)	150 € año

* Se indican a continuación las características para estos Chequeos:

CHEQUEOS GENERALES

Los protocolos se consensuarán con los servicios médicos de la compañía.

Pruebas incluidas en los chequeos:

CHEQUEOS GINECOLÓGICOS.

Periodicidad: una revisión por asegurada y anualidad de seguro.

Contenido básico: consulta ginecológica, citología y ecografía (si fuera necesario a juicio del médico ampliación de pruebas, podrán realizarse: densitometría ósea y mamografía).

MEDICINA PREVENTIVA

PARA HOMBRES (MAYORES DE 25 AÑOS)	
Reconocimiento médico	Electrocardiograma
Analítica: sistemático de sangre y orina (glucosa, colesterol, ácido úrico, triglicéridos y transaminasas)	Test de esfuerzo (cardiológico).
	Consulta con internista dependiendo de la edad y enfermedades previas.
Radiografía de tórax (según criterio médico)	Ecografía abdominal.

PARA MUJERES (MAYORES DE 20 AÑOS)	
Reconocimiento médico	Electrocardiograma
Analítica: sistemático de sangre y orina (glucosa, colesterol, ácido úrico, triglicéridos y transaminasas)	Citología
	Radiografía de tórax (según criterio médico)

Periodicidad: un chequeo cada dos años.

Límites cuantitativos:

Límite anual chequeo ginecológico (titulares y cónyuges)	300 €
Límite anual chequeo ginecológico (hijas)	150 €
Límite anual chequeo general	1.200 €

AMPLIACIÓN DE COBERTURAS

- **Acceso a la Clínica Universitaria de Navarra**, situada en la Avda. Pío XII en Pamplona, previa autorización por parte de la Aseguradora.
- **Cirugía refractiva**: correctiva de la miopía, hipermetropía y astigmatismo. Reembolso 50% hasta un límite de 600 € Asegurado año.
- **Estudios Genéticos**: Están incluidas las siguientes pruebas genéticas: Factor V Leiden y mutación 20210 del gen de la protombina.
- **Cirugía Robótica Da Vinci**: Queda cubierto Da Vinci para las indicaciones en Urología y para la histerectomía para el tratamiento de cáncer de útero.
- **Ambulancias provincial e interprovincial**: Para el traslado 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 facultativo 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.

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.9776.25