

Adeslas Premier

CONDICIONES GENERALES

Seguro de enfermedad.
Póliza mixta de asistencia sanitaria y reembolso de gastos.

Adeslas

ACCENTURE

Este contrato de seguro comprende de forma inseparable las Condiciones Generales, 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.

Condiciones Generales	3
1. Cláusula preliminar.	3
2. Definiciones.	3
3. Objeto del seguro.	6
4. Descripción de la cobertura.	7
5. Exclusiones.	16
6. Modalidad I: Reembolso de gastos sanitarios.	17
7. Modalidad II: Prestación de asistencia sanitaria por medio del cuadro médico.	19
8. Límites generales.	20
9. Pago de primas.	21
10. Otras obligaciones, facultades y deberes del Tomador del seguro o Asegurado.	22
11. Otras obligaciones de la Aseguradora.	23
12. Duración del seguro.	24
13. Estado y autoridad de control de la Aseguradora.	24
14. Instancias de reclamación.	24
15. Comunicaciones y jurisdicción.	25
16. Prescripción.	25
Condiciones Especiales	26
1. Adeslas Premier Accenture.	26
Adeslas Asistencia. Atención en el Extranjero	29
Anexos	33
I. Suplemento Dental.	34
II. Servicios Adicionales.	45
III. Chequeos Médicos.	47

1. Cláusula preliminar

1. La actividad aseguradora que lleva a cabo SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros está sometida al control de las autoridades del estado español siendo el órgano competente para ello la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad.
2. El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de contrato de seguro (en adelante, la Ley) y por las demás normas españolas reguladoras de los seguros privados, y por lo convenido en las condiciones generales, particulares y, en su caso, especiales del propio contrato.
3. El Tomador durante la vigencia de la póliza deberá tener su domicilio social (si es persona jurídica) o residencia habitual (si es persona física) en España. Este requisito es aplicable también a los Asegurados.

2. Definiciones

A los efectos de esta póliza se entenderá por:

Accidente: la lesión corporal sufrida durante la vigencia de la póliza, que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

Año natural: periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre siguiente.

Asegurado: la persona o personas naturales sobre las cuales se establece el seguro.

Aseguradora: SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros (en adelante la Aseguradora), entidad que asume el riesgo contractualmente pactado.

Atención sanitaria en régimen ambulatorio (no incluye el ingreso hospitalario y el hospital de día médico y quirúrgico): comprende la cirugía menor ambulatoria (procedimientos quirúrgicos sencillos realizados bajo anestesia local), así como actuaciones diagnósticas o terapéuticas invasivas que no requieren ningún tipo de hospitalización ni cuidados posteriores especiales.

Catálogo de Servicios o Cuadro Médico: relación editada de profesionales y establecimientos sanitarios propios o concertados por la Aseguradora en cada provincia, con su dirección, teléfono y horario. A efectos de este seguro se consideran Cuadros Médicos de la Aseguradora tanto los de las provincias en las que ésta opera directamente como los de aquellas otras en las que lo hace mediante concierto con otras Aseguradoras. En cada Cuadro Médico provincial se relacionan, además de los profesionales y establecimientos sanitarios de la provincia, los servicios de información y teléfonos de atención al Asegurado de todo el territorio nacional. El Tomador y los Asegurados quedan informados y asumen que los profesionales y los centros que integran el Cuadro Médico actúan con plena independencia de criterio, autonomía y exclusiva responsabilidad en el ámbito de la prestación sanitaria que les es propia.

Condiciones Especiales: documento integrante de la póliza en el que se especifica la suma asegurada y límites cuantitativos de la garantía de reembolso de gastos.

Condiciones Particulares: documento integrante de la póliza en el que se concretan y particularizan los aspectos del riesgo que se asegura.

Enfermedad: toda alteración de la salud del Asegurado no causada por un accidente, diagnosticada por un Médico, que haga precisa la prestación de asistencia sanitaria y cuyas primeras manifestaciones se presenten durante la vigencia de la póliza.

Enfermedad, lesión, defecto o deformación congénita: es aquella que existe en el momento del nacimiento, como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación hasta el mismo momento del nacimiento. Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento, o bien ser descubierta más tarde, en cualquier periodo de la vida del Asegurado.

Enfermedad preexistente: es la padecida por el Asegurado con anterioridad a la fecha de su efectiva incorporación (alta) en la póliza.

Enfermero: profesional legalmente habilitado para desarrollar la actividad de enfermería.

Franquicia: cantidad a abonar por el Asegurado en concepto de participación del mismo en el coste del servicio sanitario cubierto por la póliza. Esta cantidad deberá abonarse a la Aseguradora previamente para obtener la correspondiente autorización para la realización del servicio sanitario en cuestión.

Hospital: todo establecimiento en el que puede legalmente realizarse el tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades o lesiones corporales, ya sea en régimen ambulatorio o de internamiento. Dicho establecimiento contará con la asistencia permanente de un Médico, y sólo se admitirá el ingreso en el mismo de personas enfermas o lesionadas. No se considerarán hospitales, a efectos de la póliza, los hoteles, asilos, casas de reposo o de convalecencia, instalaciones dedicadas principalmente al internamiento y/o tratamiento de adicciones, e instituciones similares.

Hospitalización:

- **Hospitalización General:** el hecho de que una persona figure registrada como paciente en un hospital y pernocte o realice una comida principal en el mismo.
- **Hospital de Día:** el hecho de que una persona figure registrada como paciente en aquellas unidades del hospital así denominadas específicamente, tanto médicas como quirúrgicas o psiquiátricas, para recibir un tratamiento concreto o por haber estado bajo la acción de una anestesia, sin que ello suponga pernoctar y pudiendo o no realizar una de las comidas principales en dicha unidad.

Implante Quirúrgico: producto sanitario diseñado para ser implantado total o parcialmente en el cuerpo humano mediante intervención quirúrgica y destinado a permanecer allí después de dicha intervención.

Intervención Quirúrgica: toda operación mediante incisión u otra vía de abordaje interno efectuada por un cirujano y que requiere normalmente la utilización de un quirófano en un hospital.

Límites establecidos en Condiciones Especiales: son las cantidades máximas que la Aseguradora se compromete a reembolsar para cada tipo de acto médico especificado.

Medicamentos de terapia avanzada: los medicamentos de terapia avanzada son medicamentos de uso humano basados en genes (terapia génica), células (terapia celular) o tejidos (ingeniería tisular) e incluyen productos de origen autólogo, alogénico o xenogénico.

Médico o Facultativo: Licenciado, Graduado o Doctor en Medicina, legalmente habilitado para tratar médica o quirúrgicamente la enfermedad o lesión que padezca el Asegurado.

Médico Especialista o Especialista: Médico que dispone de la titulación necesaria para ejercer su profesión dentro de una de las especialidades médicas legalmente reconocidas.

Póliza: el documento o documentos que contienen las cláusulas y pactos reguladores del contrato de seguro. Forman parte integrante e inseparable de la póliza estas Condiciones Generales, las Particulares que identifican el riesgo y las Especiales si las hubiere, así como los Apéndices que recojan, en su caso, las modificaciones acordadas durante la vigencia del contrato.

Prima: el precio del seguro. El recibo de prima incluirá, además, los recargos, impuestos y tasas legalmente repercutibles. La prima del seguro es anual, aunque se fraccione su pago.

Proceso médico: es el conjunto de atenciones sanitarias que comprende el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión, incluidas la hospitalización y rehabilitación del paciente, en su caso.

Servicios que precisan autorización previa: se hace referencia a ellos en la Modalidad II de esta póliza y están especificados en los Cuadros Médicos de la Aseguradora.

Suma asegurada: es la cantidad máxima de indemnización que la Aseguradora pagará como reembolso de gastos del Asegurado en una anualidad de seguro completa.

Tarjeta Sanitaria Adeslas ORO: documento propiedad de la Aseguradora que se expide y entrega a cada Asegurado incluido en la póliza y cuyo uso, personal e intransferible, es necesario para recibir los servicios cubiertos por la póliza.

Tomador del seguro: persona física o jurídica que juntamente con la Aseguradora suscribe este contrato y con ello acepta las obligaciones que en el mismo se establecen, a cambio de las que la Aseguradora toma a su cargo, aunque alguna de ellas, por su naturaleza, deba ser cumplida por el propio Asegurado.

Urgencia: situación del Asegurado que hace necesaria la asistencia médica con carácter inmediato a fin de evitar un daño irreparable en su salud.

3. Objeto del seguro

Este seguro de enfermedad es un seguro mixto de reembolso de gastos sanitarios y de prestación de asistencia sanitaria a través de Cuadro Médico de la Aseguradora, mediante el cual la Aseguradora se compromete a facilitar al Asegurado la cobertura de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que éste requiera en toda clase de enfermedades y lesiones o por embarazo, parto y puerperio, siempre que esté comprendida en la cobertura asegurada según las cláusulas 4 y 5, en los términos que la póliza determina.

El seguro ofrece la cobertura, pues, en dos modalidades:

a) MODALIDAD I. REEMBOLSO DE GASTOS SANITARIOS. Cuando el Asegurado acuda para recibir la asistencia sanitaria a Médicos y/o centros ajenos a los Cuadros Médicos de la Aseguradora, ésta reembolsará de acuerdo con los límites y porcentajes establecidos en Condiciones Especiales.

b) MODALIDAD II. PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA. El Asegurado tiene derecho a recibir la asistencia cubierta por la póliza de los Médicos y centros concertados que figuran en los Cuadros de la Aseguradora. El pago de la asistencia recibida dentro de esta Modalidad corre íntegramente a cargo de la Aseguradora, que abonará su importe directamente a los facultativos y centros que la hubieran prestado, debiendo el Asegurado utilizar para retribuir el acto médico el medio de pago que la compañía le indique.

En esta Modalidad no se concederán indemnizaciones en metálico y la asistencia se prestará de acuerdo con la cláusula séptima.

En adelante, siempre y cuando se mencione que Adeslas se hará cargo de una cobertura, se entenderá que en la Modalidad II (Modalidad de Prestación de Asistencia Sanitaria) se hace cargo directamente la Aseguradora y en el caso de la Modalidad I (Reembolso de Gastos), el Asegurado abonará el importe del gasto y la Aseguradora reembolsará dentro de los límites del producto contratado, recogidos en las Condiciones Particulares y/o Especiales.

4. Descripción de la cobertura

Las especialidades y servicios cubiertos por esta Póliza son los siguientes:

4.1. MEDICINA PRIMARIA

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

4.2. URGENCIAS

Servicio Permanente de Urgencia. La asistencia será domiciliaria siempre que el estado del enfermo lo requiera, prestada por Médico generalista y/o enfermero.

4.3. ESPECIALIDADES

Asistencia sanitaria en régimen ambulatorio o de internamiento sanatorial (según proceda a criterio del Médico), en las especialidades que a continuación se citan:

- **Alergología.**
- **Anestesia y Reanimación.**
- **Angiología y Cirugía Vascolar.**
- **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 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.
- **Cardiología.**
- **Cirugía Ano-Rectal. Proctología.**
- **Cirugía Artroscópica.**
- **Cirugía Cardiovascular.**
- **Cirugía General y del Aparato Digestivo.**
- **Cirugía Maxilo-facial.**
- **Cirugía Pediátrica.**

- **Cirugía Plástica Reparadora.** Queda incluida la reconstrucción de la mama tras mastectomía radical, simples y la extirpación de tumores que requieran cirugía, y que por la importancia de sus efectos post-quirúrgicos necesiten posterior reconstrucción, así como la prótesis mamaria necesaria en estos casos.

Queda incluida la reconstrucción de la mama tras mastectomía radical o simple así como tras tumorectomías que, por la importancia de sus efectos postquirúrgicos, necesiten posterior reconstrucción. Incluye la remodelación de la mama sana contralateral si es considerada como opción terapéutica mediante informe médico; incluirá la prótesis mamaria y los expansores de piel. La cirugía profiláctica de la mama contralateral si se considera una opción terapéutica tras el resultado del BRCA1 y BRCA2. Incluye la reconstrucción mamaria posterior.

Queda incluida la mastectomía profiláctica, unilateral o bilateral y posterior reconstrucción para mujeres portadoras de la mutación en el gen BRCA1 y BRCA2 con o sin historia personal de cáncer. La cobertura de esta cirugía en otros casos de alto riesgo será valorada individualmente mediante un informe médico detallado.

La reconstrucción mamaria en todos los casos se haya cubierta con prótesis mamaria, expansor de piel o malla sintética (**excluida la malla biológica**).

- **Cirugía Torácica.**
- **Dermatología Médico Quirúrgica.**
- **Endocrinología y Nutrición.**
- **Geriatría.**
- **Hematología y Hemoterapia.**
- **Inmunología.**
- **Medicina Interna.**
- **Medicina Nuclear.**
- **Nefrología.**
- **Neumología.** Aparato Respiratorio.
- **Neurocirugía.**
- **Neurofisiología Clínica.**
- **Neurología.**

- **Obstetricia y Ginecología.** Vigilancia del embarazo por Médico tocólogo, y asistencia por éste a los partos. Planificación familiar: control del tratamiento con anovulatorios, implantación de DIU y su vigilancia, incluyendo el coste del dispositivo. Ligadura de trompas y vasectomía. **Queda expresamente excluida la interrupción voluntaria del embarazo y las reducciones embrionarias, así como los tratamientos de esterilidad o infertilidad.** Medicina Preventiva. Se incluye la interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos legales.

- **Odonto-estomatología.** Se encuentran cubiertas las curas estomatológicas, extracciones, limpiezas de boca (a partir de la segunda limpieza de boca anual será necesaria la prescripción médica) a través del cuadro médico de asistencia sanitaria y dental, y fuera de dichos cuadros médicos, a través de la modalidad de reembolso. Se encuentran cubiertas las obturaciones, endodoncias y periodoncias, **exclusivamente a través del cuadro médico dental tal y como indica el apartado nº 4 (franquicias) del suplemento dental que aparece en el anexo nº 1 de este documento.** A través de la modalidad de reembolso, estas prestaciones sólo están cubiertas para los Asegurados desplazados en el extranjero.

- **Oftalmología.**

- **Oncología Médica.**

- **Otorrinolaringología.**

- **Psiquiatría.**

- **Rehabilitación y Fisioterapia,** previa prescripción de un Médico.

- **Reumatología.**

- **Tratamiento del Dolor.**

- **Traumatología y Cirugía Ortopédica.**

- **Urología.** Incluye vasectomía. Se incluye el Láser Verde para el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata. Solo se podrán llevar a cabo dichas intervenciones, en los centros determinados por la Aseguradora. Se incluye el Robot Da Vinci para las indicaciones en Urología, en aquellas provincias en las que la Aseguradora dispongan de dispositivo asistencial concertado para ofrecer esta prestación. La cobertura se dará siempre previa prescripción de médicos del cuadro médico, y estará sujeta al **pago de una franquicia de 7.000 euros por parte del Asegurado.**

4.4. MEDICINA PREVENTIVA

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

- **Pediatría:** incluye controles preventivos y de desarrollo infantil. Se incluye la vacunación según el calendario vacunal infantil, **exclusivamente en centros concertados**, asumiendo la Aseguradora el coste del producto.
- **Obstetricia y Ginecología:** revisión ginecológica anual, para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix.
- **Cardiología:** incluye la prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años.

4.5. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

- **Análisis Clínicos:** bioquímica, hematología, microbiología, parasitología, anatomía patológica quirúrgica, citopatología.
 - **Radiodiagnóstico:** todo tipo de estudios radiográficos con fines diagnósticos, quedando incluida la utilización de medios de contraste.
 - **Otros Medios de Diagnóstico:** doppler cardíaco, ecografía, electrocardiografía, electroencefalograma, electromiografía, fibroendoscopia.
 - **Medios de Diagnóstico de Alta Tecnología:** inmunohistoquímica, ergometría, holter, estudios electrofisiológicos y terapéuticos, medicina nuclear, amniocentesis y cariotipos, polisomnografía, tomografía por emisión de positrones (PET), resonancia magnética nuclear, TAC (Scanner), PET/TAC. Se incluye el TAC de baja radiación y PET/RM (**exclusivamente los realizadas con el radiofármaco 18F-FDG en indicaciones clínicas oncológicas**). 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).**

- **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 y las plataformas genómicas de cáncer de mama Oncotype y Mammaprint. Incluye también los test de DNA fetal en sangre materna para diagnóstico prenatal de las trisomías 21, 18 y 13 cuando estén médicamente indicados para el cribado prenatal. **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.**

Quedan excluidas de la cobertura de la póliza las pruebas genéticas cuya finalidad sea determinar la predisposición del Asegurado o de su descendencia presente o futura a padecer enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas, con la exclusiva excepción de aquellas que figuran expresamente incluidas en la cobertura, tales como la amniocentesis y los cariotipos. No quedan cubiertas aquellas pruebas genéticas que se encuentren en fase de investigación o cuya utilidad diagnóstica, relevancia clínica o evidencia científica no esté demostrada.

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

Las pruebas de diagnóstico, en todos los casos, han de ser prescritas por Médicos que tengan a su cargo la asistencia del Asegurado, asistencia que ha de estar cubierta por la póliza.

4.6. HOSPITALIZACIÓN

Se realizará en las condiciones siguientes:

- **Hospitalización Obstétrica (partos).** En habitación individual con cama para un acompañante. Los gastos de estancia y manutención de la parturienta, quirófano o sala de partos, anestesia (incluida la anestesia epidural), curas y su material, medicación e incubadora, serán a cargo de la Aseguradora.

- **Hospitalización Quirúrgica.** En habitación individual con cama para un acompañante. Los gastos de estancia y manutención del enfermo, quirófano, anestesia, medicación, curas y otros tratamientos necesarios serán a cargo de la Aseguradora.

Queda incluida la hospitalización de día.

La prescripción y colocación de todas las prótesis y los injertos óseos, tanto internas como externas (**a excepción de las dentarias**) correrá a cargo de la Aseguradora.

En cuanto al coste de las prótesis en sí, será de cuenta de la Aseguradora en el supuesto de válvulas cardíacas, marcapasos, prótesis de bypass vascular, endoprótesis vasculares (stent), prótesis internas traumatológicas, lentes intraoculares incluidas las multifocales y bifocales en el tratamiento de cataratas, mallas sintéticas para la reconstrucción de la pared abdominal o torácica y los reservorios para el tratamiento del dolor. Se incluyen los coils (materiales de embolización, tipo líquido o dispositivo).

Quedan igualmente incluidos los productos implantables destinados a ejercer un efecto biológico o a ser absorbidos en todo o en parte, elaborados a base de sal sódica del ácido hialurónico, Urológicos: prótesis testiculares tras orquiectomía **exclusivamente tras proceso tumoral o torsión testicular**. Incluye 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).

Queda excluido todo tipo de prótesis, así como el material biológico y/o sintético y los dispositivos implantables, salvo los expresamente incluidos en esta cláusula.

El coste de cualquier otro tipo de prótesis, piezas anatómicas y ortopédicas, será de cuenta del Asegurado.

- **Hospitalización Médica Sin Intervención Quirúrgica.** Se realizará igualmente en habitación individual con cama para un acompañante. Los gastos de estancia y manutención del enfermo, medicación y tratamientos necesarios, serán a cargo de la Aseguradora. La duración del internamiento será determinada por el Médico encargado de la asistencia, y alcanzará hasta que éste estime conveniente el traslado del enfermo a su domicilio. Queda incluida la hospitalización de día.

- **Hospitalización en Unidad de Vigilancia Intensiva (U.V.I.).** Los gastos de estancia y manutención del enfermo, medicación y tratamiento serán a cargo de la Aseguradora (**por su naturaleza no se incluye cama para acompañante**). La duración del internamiento estará en función de si el proceso patológico que sufre el enfermo es o no reversible. En el caso de que el enfermo no sea recuperable en opinión del Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos, éste señalará el tiempo de permanencia del enfermo.

- **Hospitalización Psiquiátrica.** Exclusivamente para los enfermos previamente diagnosticados por un especialista de procesos agudos o crónicos en periodo de agitación, en régimen de internamiento o en hospitalización de día. Los gastos de estancia y manutención del enfermo, medicación y tratamiento serán a cargo de la Aseguradora. (Por su naturaleza no se incluye cama de acompañante).

Queda excluida la asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social.

4.7. TRATAMIENTOS ESPECIALES

- **Aerosolterapia - Ventiloterapia.**

- **Oxigenoterapia ambulatoria y a domicilio.** Se incluye el uso de botella, concentrador, CPAP y BIPAP, así como la oxigenoterapia con mochila.

- **Transfusiones de sangre y/o plasma.**

- **Foniatría.**

- **Ortótica.**

- **Psicoterapia:** previa prescripción de un psiquiatra. El límite para la modalidad de reembolso de gastos será el indicado en el apartado 6 de las Condiciones Especiales. La dirección médica de Accenture podrá prescribir la derivación de empleados a psicoterapia. **Queda excluido el psicoanálisis, hipnosis, sofrología, narcolepsia ambulatoria y los test psicológicos.**

- **Electrorradioterapia:** radioterapia superficial y profunda, onda corta, rayos infrarrojos, rayos ultravioletas y corrientes eléctricas.

- **Laserterapia.** Queda incluida únicamente en tratamientos de fotocoagulación en oftalmología, en la rehabilitación músculo esquelética, el láser quirúrgico en cirugía vascular periférica, coloproctología, intervenciones quirúrgicas ginecológicas, otorrinolaringológicas y dermatológicas.

- **Nucleotomía percutánea.**

- **Quimioterapia y Oncología radioterápica.** En régimen de internamiento o en hospitalización de día. La Aseguradora sólo asumirá los gastos de medicamentos citostáticos que se expendan en el mercado nacional y estén autorizados por el Ministerio de Sanidad.

- **Díalisis y Riñón Artificial.**

- **Ondas de choque para calcificaciones musculotendinosas.**

- **Litotricia Renal.**

- **Logopedia.**

Los tratamientos anteriores en todos los casos han de ser prescritos por Médicos que tengan a su cargo la asistencia del Asegurado, asistencia que ha de estar cubierta por la póliza.

- **Diagnóstico y tratamiento de la esterilidad o infertilidad. Se cubrirá exclusivamente en la modalidad de Cuadro Médico.**

Se incluyen todas las técnicas de diagnóstico y tratamiento de la esterilidad e infertilidad con arreglo a la legislación vigente, y que cumplan los criterios de cobertura que a continuación se exponen.

- No se financiará ningún tratamiento de reproducción humana asistida que no cumpla los requisitos establecidos en la Ley 14/2006, de 26 de mayo de Reproducción Asistida Humana.

- En los tratamientos de reproducción asistida, el carácter de la donación de gametos y pre-embiones deberá respetar las consideraciones establecidas en la citada Ley 14/2006, de 26 de mayo de Reproducción Asistida Humana.

- Será por cuenta de la Aseguradora la criopreservación del semen durante el plazo que marca la legislación vigente, para aquellos Asegurados que vayan a someterse a tratamientos quirúrgicos y/o de radioterapia o quimioterapia, así como la criopreservación de embriones congelados sobrantes, procedentes de un ciclo de fertilización in vitro.

- No se considerarán incluidas entre las prestaciones financiadas las técnicas de reproducción asistida cuando la esterilidad no se deba a la existencia de un proceso patológico sino que:

a) Se haya producido voluntariamente.

b) Sobrevenga como consecuencia del proceso fisiológico natural propio de la finalización del ciclo reproductivo de la persona.

- Cuando existan embriones congelados sobrantes, procedentes de ciclos FIV autorizados, la transferencia de embriones forma parte del mismo ciclo FIV en que se obtuvieron los embriones.
- Si la paciente aborta, y concluye el número máximo de ciclos establecidos, se considera adecuado repetir por una sola vez un nuevo ciclo, con independencia del número de ciclos realizados con la técnica por la que se produjo la gestación.
- Los gastos derivados de las actuaciones que, en su caso, puedan realizarse sobre los donantes, formarán parte del coste de la técnica utilizada y no podrán repercutirse sobre las pacientes que vayan a ser sometidas a técnicas de reproducción asistida en las que se precise donación de gametos.
- En cuanto a la financiación, los límites máximos que se establecen por Asegurada para la aplicación de las diferentes técnicas, son:

LÍMITES	TÉCNICAS			
	Inducción ovulación	Inseminación artificial	F.I.V.*	F.I.V. donación ovocitos
Nº de ciclos máximos	4	6	4	3
Edad máxima de la mujer	Límite 42 años			Límite 45 años

* Incluidas las técnicas complementarias.

- **S.I.D.A.** Para la asistencia sanitaria derivada de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (V.I.H.), y las enfermedades relacionadas.

4.8. TRASPLANTES DE ÓRGANOS

Se encuentran cubiertas por el seguro las actuaciones médicas y quirúrgicas, sobre el propio Asegurado, que resulten necesarias para efectuarle el trasplante de un órgano. Asimismo queda incluida la realización de las gestiones administrativas exigidas a dicho fin.

Se excluyen 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. Asimismo quedan excluidas las actuaciones correspondientes a la conservación y traslado del órgano.

4.9. OTROS SERVICIOS

- **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 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.**

- **Matronas,** en la asistencia hospitalaria al parto.

- **Preparación al parto.**

- **Podología.**

- **Tiras reactivas.** Para medición de glucemia, glucosuria y combinados glucosa/cuerpos cetónicos.

- **Jeringuillas de insulina** u otros sistemas no precargados de administración de la misma.

4.10. COBERTURA DE REEMBOLSO POR CIRUGÍA DE DISCORDANCIA DE GÉNERO

DEFINICIONES:

Discordancia de género: se caracteriza por una marcada y persistente discordancia entre el género experimentado de la persona y el sexo asignado. Las variaciones en el comportamiento de género y las preferencias no constituyen por sí solas la base para asignar los diagnósticos en este grupo. Es equivalente a lo descrito por la CIE -10 como trastorno de la identidad de género.

Se cubre el reembolso de gastos incurridos por el Asegurado relativos a la asistencia hospitalaria para el procedimiento quirúrgico de reasignación de sexo **siempre que sea realizado a una persona de edad mayor o igual a 18 años y que se encuentre dentro de un contexto de seguimiento médico por discordancia de género.** El reembolso de gastos se cubrirá para los gastos de hospitalización, honorarios médicos, prótesis y material sanitario empleado en el proceso y en los siguientes procedimientos quirúrgicos:

- Cirugía de reasignación de sexo masculino a femenino: Clitoroplastia; Labioplastia; Orquiectomía; Penectomía; Uretroplastia; Vaginoplastia; Cirugía estética de feminización corporal y rasgos faciales; cirugía de modificación de la voz.
- Cirugía de reasignación de sexo de femenino a masculino: histerectomía; Salpingo-ooforectomía; Metoidioplastia; Prótesis de pene; Prótesis testicular; Vaginoplastia; Faloplastia; Escrotoplastia; Uretroplastia; mastectomía; Cirugía estética de masculinización corporal y rasgos faciales; cirugía de modificación de la voz.

Quedan excluida la cobertura para los Asegurados menores de 18 años de edad.

OPERATIVA:

Esta asistencia queda cubierta **exclusivamente** mediante la Modalidad I de Reembolso de Gastos, no se da cobertura mediante Modalidad II Cuadro Médico, quedando exonerada la compañía del compromiso de tener cuadro médico concertado para llevar a cabo los procedimientos quirúrgicos identificados. Para acceder a esta prestación será necesaria:

- El Asegurado deberá presentar un informe médico previo en el que conste de manera clara y fehaciente la prescripción médica y que esta se encuentra justificada dentro de un contexto de discordancia de género.
- La factura para el reembolso deberá incluir desglosados todos los conceptos de la asistencia sanitaria: hospitalización, honorarios médicos prótesis y productos sanitarios empleados en la intervención entre otros.
- En caso de llevarse a cabo en centros concertados, no podrán emitirse autorizaciones parciales para determinados actos o materiales-prótesis. Todo el proceso asistencial será facturado globalmente y reembolsado según los límites que se establecen.
- Límite reembolso por proceso quirúrgico: 60% del importe de los gastos facturados hasta un límite máximo de 60.000€ por asegurado durante toda la vigencia e la póliza
- Prestación incluida solo para empleados en activo
- Periodo de carencia: asistencia hospitalaria de la cirugía de reasignación de sexo: 5 años a partir de 1 enero de 2024.

5. Exclusiones

Quedan excluidos de la cobertura del seguro:

- A) Los daños físicos que sean consecuencia de guerras, motines, revoluciones y terrorismo; los que guarden relación directa o indirecta con radiación o reacción nuclear y los que provengan de cataclismos (terremotos, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos).
- B) La asistencia sanitaria que esté cubierta por el seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, según su legislación específica.
- C) Los fármacos y medicamentos de cualquier clase, salvo los que se administren al paciente mientras esté hospitalizado.
- D) El diagnóstico, tratamiento e intervenciones realizados con fines puramente estéticos o cosméticos.
- E) La asistencia en odontología, salvo lo expresamente incluido en la Cláusula 4.3.

F) Corrección quirúrgica de los defectos de refracción de los ojos tales como miopía, hipermetropía o astigmatismo y cualquier otra patología refractiva ocular, salvo lo expresamente incluido en el anexo II servicios adicionales.

G) Todas las técnicas quirúrgicas y/o terapéuticas que empleen el láser, salvo lo expresamente incluido en la Cláusula 4.7.

H) Los gastos por viaje y desplazamientos.

I) 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.

J) Técnicas diagnósticas y/o terapéuticas cuyo uso no sea habitual y aceptado en el sistema nacional de salud.

6. Modalidad I: Reembolso de gastos sanitarios

6.1. Cuando el Asegurado requiera asistencia sanitaria comprendida en las especialidades y servicios que incluye la cobertura según las cláusulas 4 y 5, y decida recibirla en un hospital o clínica y/o de facultativos ajenos a los Cuadros Médicos de la Aseguradora, la Aseguradora reembolsará al Asegurado, los gastos que el tratamiento conlleve, de acuerdo con los límites y porcentajes establecidos en las Condiciones Especiales de este seguro.

6.2. Para obtener el reembolso de gastos sanitarios que cita el apartado anterior, el Asegurado se obliga a presentar en las oficinas de la Aseguradora la documentación siguiente:

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

b) Originales o copias de las facturas relativas a los gastos sanitarios causados y de los recibos o documentos que acrediten haber satisfecho su importe a los establecimientos y profesionales sanitarios que correspondan.

Las facturas incluirán:

- Nombre y apellidos o denominación social de la persona física o jurídica que las emita, su domicilio, teléfono, número de colegiado y especialidad en su caso y N.I.F. o C.I.F.
- Desglose adecuado de los diversos conceptos asistenciales y su naturaleza (clase de acto/s médico/s y su/s fecha/s).

c) Originales o copias de las prescripciones médicas originales en caso de medios de diagnóstico, tratamientos especiales, hospitalización y otros servicios.

d) En caso de hospitalización, informe clínico en el que se hagan constar antecedentes, fecha de inicio, causa, origen y evolución de la enfermedad o lesión, así como la asistencia sanitaria prestada al Asegurado.

Será imprescindible para el reembolso de los gastos sanitarios producidos que los documentos identifiquen por su nombre y apellidos al paciente receptor de la asistencia.

Con independencia de todo ello, el Asegurado se obliga a prestar a la Aseguradora toda la colaboración que ésta le solicite para completar su información sobre el siniestro y sus consecuencias, permitiendo la visita médica de los profesionales Médicos y especialistas designados por la Aseguradora, los cuales no sólo velarán por el exacto cumplimiento del contrato de Seguro sino que apoyarán con sus conocimientos al equipo Médico que atienda al paciente.

Dentro de esta colaboración, el Asegurado se obliga a facilitar a la Aseguradora traducción oficial de los documentos redactados en idiomas distintos a los que tienen carácter de oficiales en el Estado español. Cuando los documentos aportados se encontrasen redactados en los idiomas inglés y/o francés, y el Asegurado no aporte traducción de los mismos, éste da conformidad a la Aseguradora para que sea ésta quién proceda a su traducción al castellano.

En tal supuesto, el Asegurado acepta la traducción así realizada por la Aseguradora.

6.3. En el caso de Asegurados desplazados en el extranjero, podrán solicitar el reembolso de gastos sanitarios mediante correo electrónico acompañando las facturas e informe médico en formato PDF, debiendo de aportar con posterioridad el original de las facturas.

6.4. La Aseguradora hará efectivo al Asegurado el importe que corresponda dentro de los 5 días hábiles siguientes a la recepción de la documentación completa especificada en el apartado anterior. El pago se realizará siempre en moneda española, aunque las facturas se hayan extendido en otra moneda diferente. En este último caso, se efectuará el pago al cambio aplicable en la fecha de recepción de las facturas por la Aseguradora.

Aunque la Aseguradora abonará en principio al Asegurado las indemnizaciones previstas en la póliza, se reserva expresamente la facultad de realizar ese pago directamente a los profesionales y centros sanitarios emisores de la correspondiente factura, siempre que ésta no hubiera quedado previamente satisfecha, y en la cuantía correspondiente a la Aseguradora de acuerdo con los límites establecidos en Condiciones Especiales.

7. Modalidad II: prestación de asistencia sanitaria por medio del Cuadro Médico

La asistencia sanitaria cubierta por el seguro en esta Modalidad se prestará en todas las ciudades españolas donde la Aseguradora tenga contratada esta prestación con facultativos, clínicas y otros establecimientos e instituciones, incluso Entidades de Seguro, que estarán incluidas en sus Cuadros Médicos.

La Aseguradora entregará al Asegurado un ejemplar del Cuadro Médico correspondiente a la provincia de residencia, con especificación del centro o centros permanentes de urgencia médica y quirúrgica, del servicio permanente de asistencia ambulatoria, de los hospitales y clínicas, de las direcciones y horarios de consulta de los facultativos y de los servicios de información, urgencias y asistencia ambulatoria permanente en todas las capitales de las demás provincias y el Cuadro Médico de las provincias de las que el Asegurado expresamente lo solicite, estando en todo caso a disposición del Asegurado la información nacional de los servicios de la compañía.

La prestación tendrá lugar de acuerdo con lo siguiente:

7.1. El Asegurado puede elegir libremente para su asistencia a cualquiera de los Médicos incluidos en los Cuadros provinciales que la Aseguradora pone a su disposición.

7.2. La visita domiciliaria de Medicina General y Enfermería, se solicitará, para los enfermos que no puedan desplazarse a la consulta, antes de las 10 horas, para ser realizada en el día. El uso adecuado de este servicio requiere que se utilice sólo por motivos estrictamente médicos.

7.3. Por cada uno de los servicios recibidos en una misma cita, el Asegurado deberá exhibir la tarjeta sanitaria personal Adeslas Oro que la Aseguradora le entregará al efecto, debiendo firmar los recibos justificativos de los servicios recibidos, una de cuyas copias le será entregada al Asegurado como comprobante.

7.4. Para la hospitalización y para la prestación de aquellos servicios que precisan autorización previa de la Compañía, será necesaria la prescripción por el médico que tenga a su cargo la asistencia del Asegurado, el cual deberá obtener la conformidad previa documentada de la Aseguradora en sus oficinas, o a través de los canales digitales y/o telefónicos que en cada momento tenga habilitado para ello.

Será asimismo requisito imprescindible para obtener la conformidad escrita de la Aseguradora que la asistencia sanitaria a efectuar en régimen de hospitalización, vaya a ser realizada por un facultativo del cuadro médico de la Aseguradora y esté cubierta por la póliza.

7.5. Para recibir un servicio de urgencia, deberá solicitarse por teléfono a la plataforma de urgencias o acudir directamente, según proceda, a un centro permanente de urgencia de los que están establecidos en el Cuadro Médico, donde figuran dirección y teléfono.

7.6. Para la prestación de Cirugía Robótica deberá realizarse previamente el pago del importe de la franquicia estipulada, mediante transferencia bancaria a la Aseguradora.

8. Límites generales

La Aseguradora asume las obligaciones que recogen las cláusulas 6 y 7 dentro de los límites que se establecen a continuación:

8.1. ÁMBITO GEOGRÁFICO MODALIDAD I

Los centros y profesionales sanitarios de los que el Asegurado puede recibir asistencia, solicitando el reembolso de gastos previstos en la cláusula 6, pueden estar radicados en cualquier país del mundo, incluida España. **Están excluidos de esta modalidad de seguro todos los profesionales y centros concertados que figuran en los Cuadros Médicos de la Aseguradora, siendo responsabilidad del Asegurado conocer esta circunstancia antes de recibir la asistencia, para lo cual la Aseguradora otorgará las máximas facilidades de asistencia telefónica y documental.**

8.2. ÁMBITO GEOGRÁFICO MODALIDAD II

La prestación de asistencia sanitaria por medio de los Cuadros Médicos de la Aseguradora, se realizará exclusivamente dentro de España. En esta Modalidad II **se excluye expresamente el pago mediante el reembolso de gastos previsto en la Modalidad I.**

8.3. COMUNICACIÓN DE SINIESTROS

Para la aplicación de las garantías incluidas en la Modalidad I, el Asegurado o cualquier persona en su nombre deberá comunicar el siniestro en oficinas de la Aseguradora con la mayor brevedad posible, conforme dispone el artículo 16 de la Ley.

En el caso de intervención quirúrgica o de hospitalización deberá comunicarlo dentro de los siete días inmediatamente anteriores al ingreso hospitalario, salvo en los casos de urgencia, sin perjuicio de lo establecido en la Ley.

A efectos de las garantías que comprende la Modalidad II, se entenderá comunicado el siniestro al solicitar el Asegurado la prestación de asistencia según lo previsto en la póliza.

8.4. LÍMITES CUANTITATIVOS

Si el Asegurado utiliza para su asistencia sanitaria la Modalidad II, es decir mediante los Cuadros Médicos de la Aseguradora, ésta hará frente a los gastos que ello represente sin límite cuantitativo alguno.

De utilizar el Asegurado alguna de las garantías que comprende la Modalidad I de Reembolso de Gastos, la Aseguradora reembolsará el **90%** del importe de los gastos facturados por el profesional o centro ajeno hasta un **límite máximo de un millón de euros (1.000.000 €) por Asegurado y año.**

8.5. MEDIOS SANITARIOS AJENOS A LA ASEGURADORA

En relación con la asistencia sanitaria que el Asegurado reciba de profesionales, centros y establecimientos sanitarios ajenos a los Cuadros Médicos de la Aseguradora, ésta no asume otras obligaciones que las citadas en la cláusula 6, según las Condiciones Especiales.

8.6. UTILIZACIÓN COMBINADA DE AMBAS MODALIDADES.

El uso combinado de garantías comprendidas en una y otra Modalidad para un mismo proceso médico, sólo será posible si lo permiten los acuerdos de la Aseguradora con los profesionales, centros y establecimientos de sus Cuadros Médicos que intervengan en el proceso.

En otro caso, los gastos devengados en la asistencia del Asegurado, en su totalidad, serán asumidos por la Aseguradora con arreglo a las previsiones de la Modalidad I de Reembolso de Gastos, de acuerdo con los límites cuantitativos establecidos en Condiciones Especiales.

9. Pago de primas**(Exclusivamente dirigido a Asegurados del colectivo ACCENTURE sin financiación)**

9.1. El Tomador del seguro, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley, está obligado al pago de la prima.

9.2. La primera prima o fracción de ella, será exigible conforme al artículo 15 de la Ley una vez firmado el contrato; si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, la Aseguradora tiene derecho a resolver el Contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. En todo caso, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Aseguradora quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

9.3. En caso de falta de pago de la segunda o sucesivas primas o fracciones de ésta, la cobertura quedará suspendida un mes después del día del vencimiento del recibo, y si la Aseguradora no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido conforme a las condiciones anteriores.

La cobertura vuelve a tener efecto transcurridas veinticuatro horas del día en que el Tomador pague la prima.

En cualquier caso, cuando el contrato esté en suspenso, la Aseguradora sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.

9.4. La Aseguradora sólo queda obligada en virtud de los recibos librados por sus representantes legalmente autorizados.

El pago del importe de la prima efectuado por el Tomador del seguro al corredor no se entenderá realizado a la Aseguradora, salvo que, a cambio, el Corredor entregara al Tomador del seguro el recibo de prima emitido por la Aseguradora.

9.5. En Condiciones Particulares se establecerá la cuenta bancaria designada por el Tomador para el pago de los recibos de prima.

9.6. En caso de extinción anticipada del contrato imputable al Tomador, la parte de prima anual no consumida corresponderá a la Aseguradora.

10. Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador del Seguro y/o del Asegurado

10.1. El Tomador del seguro y, en su caso el Asegurado, tienen las siguientes obligaciones:

- a)** Comunicar a la Aseguradora, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio.
- b)** Comunicar a la Aseguradora, tan pronto le sea posible, las altas y bajas de Asegurados que se produzcan durante la vigencia de la póliza.
- c)** Si la asistencia de la madre en el parto se realiza con cargo al seguro de la Aseguradora de la que aquella fuese Asegurada, los hijos recién nacidos tendrán derecho a ser incluidos en la póliza de la madre desde el momento de su nacimiento. Para ello, el Tomador deberá comunicar a la Aseguradora tal circunstancia dentro de los 15 días naturales siguientes a la fecha de alta hospitalaria del recién nacido y como plazo máximo 30 días naturales transcurridos desde la fecha del nacimiento, mediante la cumplimentación de una solicitud de seguro.

Las altas comunicadas en plazo retrotraerán sus efectos a la fecha del nacimiento, no aplicándose periodo de carencia.

En todo caso, la Aseguradora cubrirá la asistencia sanitaria al recién nacido durante los primeros treinta días naturales de vida, finalizando la cobertura transcurrido dicho plazo, si no se hubiere solicitado su alta conforme a lo estipulado.

- d)** Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber, con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la Aseguradora, liberará a ésta de toda prestación derivada del siniestro.
- e)** Cuando la asistencia prestada al Asegurado sea como consecuencia de lesiones producidas o agravadas por accidentes cubiertos por cualquier otro seguro, o siempre que el coste de la misma deba ser satisfecho por terceros causantes o responsables de las lesiones, la Aseguradora, si hubiere cubierto la asistencia, podrá ejercitar las acciones que procedan para reintegrarse el coste que tales asistencias le hubieren supuesto. El Asegurado, o en su caso el Tomador, vendrán obligados a facilitar a la Aseguradora los datos y la colaboración necesarios para ello.

f) El Asegurado deberá facilitar a la Aseguradora durante la vigencia del contrato cuanta documentación e información médica le sea requerida a los solos efectos de valorar la cobertura del coste de las prestaciones que solicite. Una vez sea requerida por la Aseguradora, el proceso de otorgamiento de cobertura quedará en suspenso hasta la completa obtención de la información. La Aseguradora también podrá reclamar al Asegurado el coste de la cobertura de cualquier prestación cuya improcedencia haya quedado manifestada "a posteriori" por la información médica facilitada por el Asegurado.

10.2. La tarjeta sanitaria personal, propiedad de la Aseguradora y que ésta entregará a cada Asegurado, es un documento de uso personal e intransferible. En caso de pérdida, sustracción o deterioro, el Tomador del seguro y el Asegurado tienen la obligación de comunicarlo a la Aseguradora en el plazo de setenta y dos horas.

En tales casos, la Aseguradora procederá a emitir y enviar una nueva tarjeta al domicilio del Asegurado que figura en la póliza, anulando la extraviada, sustraída o deteriorada.

Asimismo, el Tomador del seguro y el Asegurado se obligan a devolver a la Aseguradora la tarjeta correspondiente al Asegurado que hubiere causado baja en la póliza.

La Aseguradora no se responsabiliza de la utilización indebida o fraudulenta de la tarjeta sanitaria.

10.3. El Tomador del seguro podrá reclamar a la Aseguradora, en el plazo de un mes desde la entrega de la póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y la proposición de seguro o las cláusulas acordadas, según dispone el artículo 8 de la Ley.

11. Otras obligaciones de la Aseguradora

Además de la cobertura económica de la prestación de la asistencia sanitaria, la Aseguradora entregará al Tomador del seguro la póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda según lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley.

Igualmente entregará al Tomador la tarjeta sanitaria personal correspondiente a cada uno de los Asegurados incluidos en la póliza. Dicha tarjeta que dispondrá de una numeración única contendrá los siguientes datos:

- Nombre y apellidos del Asegurado
- Año de nacimiento
- Sexo
- Fecha de alta

12. Duración del seguro

El seguro se estipula por el periodo de tiempo previsto en las Condiciones Particulares, y a su vencimiento, de conformidad con el artículo 22 de la Ley, se prorrogará tácitamente por periodos anuales.

No obstante cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con una antelación no inferior a un mes por parte del Tomador y dos meses por parte de la Aseguradora, a la fecha de conclusión del periodo de seguro en curso.

Si el Asegurado se encontrase hospitalizado, la comunicación efectuada por la Aseguradora oponiéndose a la prórroga de la póliza no surtirá efectos respecto de dicho Asegurado, hasta la fecha en que obtuviere el alta médica hospitalaria, salvo renuncia del Asegurado a seguir el tratamiento.

13. Estado y autoridad de control de la Aseguradora

El control de la actividad de la Aseguradora corresponde al Estado Español, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

14. Instancias de reclamación

14.1. El Tomador del seguro, el Asegurado, el beneficiario, los terceros perjudicados o los derechohabientes de cualquiera de ellos podrán presentar quejas o reclamaciones contra aquellas prácticas de la Aseguradora que consideren abusivas o que lesionen sus derechos o intereses legalmente reconocidos derivados del contrato de seguro.

A tal fin y de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre esta materia, la Aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Cliente (SAC) al que pueden dirigirse para presentar sus quejas y reclamaciones, cuando éstas no hubiesen sido resueltas a su favor por la oficina o servicio objeto de las mismas.

Las quejas y reclamaciones podrán ser presentadas ante el Servicio de Atención al Cliente en cualquier oficina abierta al público de la entidad o en la dirección o direcciones de correo electrónico que tenga habilitadas para tal fin. Los datos de contacto de este servicio son: Torre de Cristal, Paseo de la Castellana 259C, 28046 Madrid.

El SAC acusará recibo por escrito de las quejas o reclamaciones que reciba y las resolverá de forma motivada y en el plazo máximo legal de un mes contado desde la fecha de presentación de la misma.

14.2. Asimismo los interesados podrán interponer queja o reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Para ello deberán acreditar que ha transcurrido el plazo de un mes desde la fecha de presentación de la queja o reclamación ante el SAC sin que éste hubiera resuelto, o cuando haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, su petición.

14.3. Sin perjuicio de las anteriores actuaciones y de las que procedan conforme a la normativa de seguros, los interesados en todo caso podrán ejercitar las acciones que estimen oportunas ante la jurisdicción ordinaria.

15. Comunicaciones y jurisdicción

15.1. Las comunicaciones a la Aseguradora por parte del Tomador del Seguro o del Asegurado, se realizarán en el domicilio social de ésta que figura en la póliza, pero si se realizan a un agente representante de ella, surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a ésta, conforme el artículo 21 de la Ley.

Las comunicaciones de la Aseguradora al Tomador del Seguro o al Asegurado, se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la póliza, salvo que hubiesen notificado el cambio de su domicilio a aquélla.

Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros en nombre del Tomador, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste.

15.2. Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del Asegurado.

16. Prescripción

Las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán a los cinco años desde el día en que pudieron ejercitarse.

Adeslas Premier Accenture

Suma asegurada

La Aseguradora, en concepto de reembolso de gastos por la asistencia sanitaria que, cubierta por la póliza, hubiera recibido el Asegurado (empleado), abonará una cantidad equivalente al **90%** de dichos gastos (en España y en el extranjero), y siempre con un máximo de **1.000.000 €** por Asegurado y anualidad de seguro.

La cantidad indicada constituye, por ello, la suma asegurada prevista en las cláusulas 2 y 8 de las Condiciones Generales.

Con el objeto de unificar el vencimiento de las pólizas a 31 de diciembre, en caso de que el seguro inicie su vigencia con posterioridad al 1 de enero, la suma asegurada para el primer año será proporcional a la fracción de año contratada. También se aplicará la proporcionalidad del año en que se extinga la póliza si la extinción es anterior al 31 de diciembre.

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	1.000.000 € anuales
----------	---------------------

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

La Aseguradora reembolsará por una cantidad máxima de **1.000.000 € anuales**. En la cantidad citada quedaran comprendidos:

- Los honorarios médicos en caso de intervención quirúrgica, en este concepto se englobarán los honorarios satisfechos a cirujanos, ayudantes, anestesistas y cuales quiera otros profesionales necesarios para la intervención.
- Los honorarios médicos cuando no exista intervención quirúrgica.
- Las prótesis.
- Otros gastos hospitalarios que incluyen el reembolso abonable por cualesquiera conceptos sanitarios derivados o correspondientes a la hospitalización.
- Los trasplantes, en esta cantidad quedan incluidos 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 (sea parto normal o cesárea) no superará en su conjunto la cantidad de **1.000.000 € anuales**.

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 **1.000.000 € anuales**.

4. 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 **1.000.000 €**.

5. Tratamientos especiales

1.000.000 €.

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 (sólo prestaciones cubiertas según cláusulas descriptivas de cobertura 4 y 5 de condiciones generales)	1.000.000 € anuales
Rehabilitación y fisioterapia	1.000.000 € anuales
Psicoterapia	1.000.000 € anuales
Ambulancia	1.000.000 € anuales
Podología	1.000.000 € anuales
Preparación al parto	1.000.000 € anuales

Adeslas Asistencia

Garantías cubiertas

1. Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización.

La Aseguradora toma a su cargo, hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares, los gastos médico-quirúrgicos, farmacéuticos, de hospitalización y ambulancia que necesite el Asegurado durante el viaje, como consecuencia de una enfermedad o accidente sobrevenido en el transcurso del mismo y en las situaciones siguientes:

- **Urgencias:** cuando se precise la atención en el domicilio del Asegurado, o la atención en un centro hospitalario, será requisito el contactar con la Aseguradora, para que ésta pueda actuar y derivar la atención al Centro Médico más cercano. Siempre que se contacte con la Aseguradora, el Asegurado no tendrá que realizar desembolso alguno. El límite máximo para los casos de urgencia será de **12.000 €**. Una vez superado este importe se aplicarán los límites de la modalidad de reembolso (**90% en el caso de Empleados y del 70% en el caso de Familiares**).

En el caso de que debido a la urgencia, el Asegurado acuda a un centro hospitalario sin contactar con la Aseguradora, tendrá un plazo de 48 horas para comunicar dónde se encuentra, con el fin de que ésta pueda gestionar el pago del gasto que se origine.

Si una vez ingresado en el Centro Médico y atendida la urgencia, el paciente requiriese quedar ingresado o practicar una intervención quirúrgica, la modalidad de reembolso aplicaría a partir de los **12.000 € (sobre la factura total se aplicaría el 100% de los primeros 12.000 € y el 90% en el caso de Empleados y del 70% en el caso de Familiares, del resto del gasto, hasta el total de la factura)**.

Cuando el Asegurado no contacte con la Aseguradora en ningún caso, y en el momento de producirse el alta del Centro Hospitalario el paciente no pueda efectuar el pago de los gastos ocasionados, tendrá que comunicar a la Aseguradora dónde se encuentra para que ésta pueda liquidar la factura. En este supuesto, la Aseguradora abonará el **90% en el caso de Empleados y del 70% en el caso de Familiares, de los gastos totales**.

- **Consultas, pruebas diagnósticas y hospitalizaciones programadas:** se aplicará lo establecido en la Modalidad I: Reembolso de gastos sanitarios.

Si como consecuencia de una intervención quirúrgica programada el Asegurado tuviera que depositar una fianza en el centro hospitalario, la Aseguradora se hará cargo del **90% en el caso de Empleados y del 70% en el caso de Familiares**, debiendo el Asegurado de facilitar a la Aseguradora copia del presupuesto total, y aportar posteriormente los originales de las facturas.

2. Gastos de Odontólogo

Si a consecuencia de la aparición de problemas odontológicos agudos como infecciones, dolores o traumas que requieren un tratamiento de urgencia, la Aseguradora se hará cargo de los gastos inherentes al citado tratamiento hasta un máximo de **240,00 €**.

En tratamientos de curas estomatológicas, extracciones, limpieza de boca (dos al año), obturaciones, endodoncias y periodoncias se aplicará lo establecido en la Modalidad I. Reembolso de gastos sanitarios.

3. Envío de medicamentos

La Aseguradora se encarga del envío de los medicamentos necesarios para la curación del Asegurado, y que no pueden encontrarse en el lugar donde éste se encuentre.

4. Gastos de prolongación de estancia en un hotel

Cuando sea de aplicación la garantía anterior de gastos médicos, la Aseguradora se hará cargo de los gastos de prolongación de estancia del Asegurado en un hotel, después de la hospitalización y bajo prescripción médica, **hasta un importe de 60,00 €/día y con un máximo de 600,00 €**.

5. Repatriación sanitaria de heridos y enfermos

En caso de sufrir el Asegurado una enfermedad o un accidente, la Aseguradora se hará cargo:

- a) De los gastos de transporte en ambulancia hasta la clínica u hospital más próximo.
- b) Del control por parte de su Equipo Médico, en contacto con el médico que le atienda al Asegurado herido o enfermo, para determinar las medidas 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.
- c) 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 hasta el mismo.

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

6. Repatriación de los Asegurados

Cuando a uno de los Asegurados se le haya trasladado por enfermedad o accidente en aplicación de la garantía anterior (punto 5) y esta circunstancia impida al resto de los familiares también Asegurados el regreso hasta su domicilio por los medios inicialmente previstos, la Aseguradora se hará cargo de los gastos correspondientes a:

a) El transporte de los restantes Asegurados hasta el lugar de su residencia habitual o hasta el lugar donde este hospitalizado el Asegurado repatriado.

La puesta a disposición de una persona para que viaje y acompañe a los restantes Asegurados de los que se trata en el punto 6.a), cuando éstos fueran hijos menores de 15 años del Asegurado repatriado y no contaran con un familiar o persona de confianza para acompañarles en el viaje de regreso.

7. Regreso anticipado del Asegurado a causa de fallecimiento de un familiar

Si en el transcurso de un viaje falleciera en España el cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado, hermano o hermana del Asegurado y en el caso de que el medio utilizado para su viaje o el billete contratado de regreso no le permitiera el mismo, la Aseguradora se hará cargo de los gastos de su transporte hasta el lugar de inhumación en España del familiar y, en su caso, de los de un billete de regreso al lugar donde se encontraba al producirse el evento, si por motivos profesionales o personales precisaran proseguir su viaje.

8. Billeto de ida y vuelta para un familiar y gastos de hotel

Cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado y su internación se prevea de duración superior a los 5 días, la Aseguradora pondrá a disposición de un familiar del mismo un billete de ida y vuelta a fin de acudir a su lado.

Además, la Aseguradora se hará cargo de los gastos de estancia de un familiar en un hotel contra los justificantes oportunos, **hasta 60,00 €/día y con un máximo de 600,00 €.**

9. Transmisión de mensajes

La Aseguradora se encargará de transmitir los mensajes urgentes que le encarguen los Asegurados, derivados de los eventos cubiertos por las presentes garantías.

10. Ayuda en viaje

Cuando el Asegurado necesite conocer cualquier información relativa a los países que va a visitar como por ejemplo: formalidades de entrada, visados, moneda, régimen económico y político, población, idioma, situación sanitaria, etc., la Aseguradora facilitará dicha información general, si ésta le es demandada, mediante llamada telefónica al número indicado en la presente póliza.

11. Repatriación de fallecidos y de los Asegurados acompañantes

La Aseguradora se hará cargo de todas las formalidades a efectuar en el lugar del fallecimiento del Asegurado, así como de la repatriación hasta el lugar de su inhumación en España.

En el caso de que los familiares Asegurados que le acompañaran en el momento de la defunción no pudieran regresar por los medios inicialmente previstos o por no permitírsele su billete de regreso contratado, la Aseguradora se hará cargo del transporte de los mismos hasta el lugar de la inhumación o de su domicilio en España.

Si los familiares fueran hijos menores de 15 años del Asegurado fallecido y no contaran con un familiar o persona de confianza para acompañarles en el viaje, el Asegurador pondrá a su disposición una persona para que viaje con ellos hasta el lugar de la inhumación o de su domicilio en España.

34 91 745 32 80
SERVICIO PERMANENTE LAS 24 HORAS

Este contrato de seguro comprende de forma inseparable las Condiciones Generales que anteceden, las Condiciones Particulares, las Especiales y los Apéndices que recojan las modificaciones de todo ello acordadas por las partes.

Anexo I

Suplemento Dental	34
1. Diccionario de Términos Odontológicos.	34
2. Definiciones.	44
3. Forma de prestar los servicios. Suplemento Dental.	44

Anexo II

Servicios Adicionales	45
1. Cirugía Refractiva	45
2. Segunda Opinión Médica.	45
3. Criopreservación de las Células Madre.	46

Anexo III

Cheques Médicos	47
------------------------	----

1. Suplemento Dental

1.1. Diccionario de términos odontológicos

Abrasión: es el desgaste de los dientes o de sus bordes cortantes. Esta se produce, cuando se ejerce una fuerza anormal sobre los dientes. El mal ajuste de aparatos protésicos pueden producir abrasión.

Absceso: es la acumulación de pus en una cavidad anormal formada por la desintegración de los tejidos. Normalmente produce un abultamiento que suele ser muy doloroso y adyacente a diente o muelas enfermas.

Ácido: sustancias químicas que se utilizan para preparar el esmalte y la dentina de los dientes, facilitando la unión con las obturaciones (empastes) estéticas (blancas). Los ácidos más comunes son, ácido ortofosfórico al 37%, ácido málico, ácido cítrico, EDTA.

Adrenalina: principio activo de la médula de las cápsulas suprarrenales; obra esencialmente excitando las terminaciones del simpático de todos los órganos. Se emplea en odontología, por su efecto vasoconstrictor, añadiéndola a las anestésicas para aumentar el tiempo de acción. Está contraindicado en cierto tipo de pacientes, existiendo anestésicas sin vasoconstrictor o adrenalina.

Alginato: es un material que se emplea para sacar los modelos de la boca de los pacientes para confeccionar las prótesis dentales. Proviene de una sustancia mucosa que producían algunas algas marinas y se denominó algina. Este material además incorpora otros elementos para la reacción de gelificación. Este polvo se mezcla con agua formando una pasta o gel, que se deposita en un dispositivo (cubeta) que se meterá en la boca del paciente y endurece o fragua en 60 segundos aproximadamente.

Amalgama: es la mezcla de mercurio con otros metales (plata, cobre, estaño, cinc, oro, etc.). No es preciso fundirlos sino que la mezcla se realiza a temperatura ambiente; y se obtiene una pasta blanda y moldeable que permite insertarlo en las cavidades "huecos" preparadas previa eliminación de la caries, endurecerá mediante proceso de cristalización. Se obtiene una masa dura, rígida, de aspecto grisáceo.

Amputación radicular (Hemisección): escisión de la raíz de un diente, cuando la amputación se realiza en dos raíces de un diente birradicular se denomina hemisección.

Análisis oclusal: estudio de la forma de cerrar la boca y del contacto de las piezas de arriba con las de abajo.

Anclajes: acción y efecto de fijar firmemente.

Anclajes de precisión: parte de la subestructura de una prótesis de implante, que se coloca en el hueso para asegurar la retención de la prótesis.

Anclajes extraorales: en Ortodoncia son los puntos de resistencia al desplazamiento que ofrece una unidad anatómica (un diente) cuando se usa como sostén de la fijación de un aparato para la movilización de los dientes. En los anclajes extraorales la unidad de resistencia está fuera de la cavidad bucal.

Aparato protésico: son aquellas prótesis bucales que se utilizan para suplir y/o rehabilitar los dientes y muelas que faltan en boca; rehabilitando las funciones de masticación, estética, fonación y sonrisa.

Apicectomía: es una de las fases de la cirugía periapical. Consiste en reseca el vértice de la raíz dental enferma que esta endodonciada, eliminando el tejido adyacente enfermo y obturar la raíz con amalgama u otros materiales.

Apicoformación: procedimiento que favorece la formación de la raíz de los dientes en los niños.

Attaches (Atache). Sujetadores de precisión: dispositivo mecánico que se emplea para la fijación, retención y estabilización de una prótesis parcial removible o fija. Consta de dos partes que se ajustan entre sí. Una en el diente de anclaje y una hembra en el aparato. Es un retenedor o gancho que se colocan en ciertas prótesis esqueléticos para dar estética eliminando los ganchos. Existen muchos tipos entre los más comunes tenemos los intracoronarios, extracoronarios y barras de anclaje.

Barra Ackerman: pieza de metal que sirve para conectar dos o más partes de una prótesis.

Birradicular: dientes que tiene dos raíces, suelen ser los premolares.

Blanqueamiento dental: proceso clínico encaminado a aclarar el color de los dientes naturales, eliminando colores y colorantes por la acción de medios químicos.

Bracket: soporte-agarre de los arcos de alambre, permite a éstos ejercer la fuerza que producirá las movilizaciones de dientes deseadas.

Canal: son los conductos donde se encuentran los nervios en los dientes y las muelas. Pueden tener de uno a cuatro canales normalmente.

Caries: es la enfermedad crónica más frecuente del ser humano, caracterizada por reacciones químicas y microbiológicas que llevan a la destrucción total del diente. La evolución de la caries es progresiva, afectando primero al esmalte, después a la dentina, a la pulpa o "nervio" y finalmente al conducto de la raíz y tejidos blandos. La caries es un proceso indoloro hasta que llega a afectar a la pulpa "nervio". El tratamiento dependerá del estadio. Caries inicial se realizan obturaciones (amalgama o resina). Caries profunda, afecta a la pulpa se trata con endodoncia. Caries masiva y destructiva se realiza la extracción.

Carillas: procedimiento que embellece la cara visible de un diente, eliminando sus defectos, igualando el tamaño, etc.

Cemento: sustancia que sirve para asegurar una unión sólida entre dos superficies. Suelen presentarse en forma de polvo y líquido que al mezclarse fraguan formando una masa dura.

Cera: la cera dental es una sustancia resultante de la mezcla de dos o más ceras naturales y sintéticas, resinas, colorantes y otros aditivos. Se usa para colados, para registrar relaciones intermaxilares y para construir bases protésicas no metálicas.

Cirugía a colgajo: técnica usada en periodoncia para restituir la falta de encía.

Colgajo: trozo de tejido parcialmente separado de una parte para implantarlo en un nuevo sitio.

Composite (Resina Compuesta): resina sintética, generalmente con base de acrílico, a la que se ha agregado un alto porcentaje 75 a 80% de relleno inerte. Se presentan en forma de pasta y se endurecen con luz ultravioleta (fotopolimerizable) o al añadir un activador (autopolimerizable). El uso principal es de obturación estética (empaste blanco).

Compostura: reparación de un aparato protésico. (Fractura de aparato, añadir diente, añadir gancho).

Cordal: tercer molar definitivo. Muela del juicio.

Cordal Incluido: muela del juicio que se encuentra totalmente dentro del hueso.

Corona (Funda): es una prótesis fija que recubre completamente el diente o el molar, previamente tallado. Restauración de porcelana o resina acrílica de la corona dentaria que generalmente termina en la encía o por debajo de ella. Según el material de confección las coronas pueden ser: Metal-resina: cuando el cuerpo es de metal y el recubrimiento es de resina. Metal-porcelana: es la mas usada, y esta formada por un cuerpo de metal y recubrimiento de porcelana. Porcelana: confeccionada únicamente con porcelana.

Corona Jacket: corona (Funda) dental sin estructura metálica interna, hecha exclusivamente de acrílico, composite o porcelana.

Corona metal porcelana: corona (Funda) cuyo cuerpo está realizado en metal y el recubrimiento es de porcelana.

Corona metal resina: corona (Funda) cuyo cuerpo está realizado en metal y el recubrimiento es de resina.

Corona preformada: corona artificial que reemplaza toda la parte coronal de un diente y es retenida por un perno.

Corona provisional: corona artificial que se coloca sobre un diente dañado con fines de protección temporal.

Corona Veneer: restauración que reproduce toda la superficie anatómica de la corona clínica o visible en la cavidad bucal.

Curetaje: eliminación del tejido de granulación superfluo y otros materiales de la pared de una cavidad y otras superficies, muy frecuente en extracciones dentarias.

Dentadura: conjunto de todas las piezas dentales. Existen un total de 32 piezas distribuidas en: 8 incisivos, 4 caninos, 8 premolares y 12 molares.

Dentina: porción dura del diente que rodea a la pulpa y está cubierta por el esmalte en la corona y el cemento en la raíz.

Edentulo: persona que ha perdido algunos dientes o todos ellos.

Empastar (Obturar): técnica que se emplea para recomponer el diente enfermo por una caries. Primero hay que limpiar la caries, luego hay que poner protectores de la pulpa y aislante y por último se rellena la cavidad preparada con amalgama de plata o composite.

Endodoncia: rama de la odontología que se ocupa de la etiología, la prevención, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y lesiones que afectan a la pulpa dental. Endodoncia (tratamiento de conductos) o pulpectomía.

Enfermedad periodontal: es la afección de los tejidos que rodean y soportan a los dientes, cursa con inflamado de encías avanzando hasta el hueso, provocando sangrado de encías y caída de dientes. El tratamiento de la enfermedad es complejo, medidas higiénicas, tartrectomía, medicamentos y eliminación de la infección debajo de las encías con raspado y alisado.

Esmalte: la capa más externa y dura de los dientes, protege a la dentina de la corona del diente. Es la sustancia más dura del organismo y esta compuesta casi en su totalidad por sales de calcio, proteína y agua.

Especo bucal: espejo pequeño que se usa para reflejar el campo operatorio de la cavidad bucal, para retraer tejidos y la lengua mientras se trabaja.

Esquelético (Parcial Removable): prótesis parcial mucodento-soportada, cuya estructura es metálica y sirve para conectar todas las partes.

Esterilización: eliminación total de la viabilidad microbiana de los instrumentos y objetos que se emplean en las consultas. Puede ser por calor seco, o química; Ambos procedimientos consiguen la eliminación del HIV (Sida) y del virus de la hepatitis.

Estudio Tomográfico: radiografía seccional que se lleva a cabo con un aparato en el cual el tubo y la película se movilizan en un plano perpendicular al corte.

Exploraciones Radiológicas oclusales: placas radiográficas intrabucales tomadas con la película sostenida entre los dientes en oclusión.

Exploraciones Radiológicas periapicales: placas radiográficas que abarcan los ápices de los dientes y las estructuras situadas alrededor.

Extracción dental (Exodoncia): extracción quirúrgica de uno o más dientes mediante el uso de fórceps y elevadores para remoción individual de los fragmentos.

Fenestración: acción y efecto de perforar o practicar aberturas.

Férula de descarga: aparato protésico para restituir una adecuada articulación entre las arcadas dentarias, también se utiliza en el tratamiento de bruxismo o alteraciones de la articulación temporomandibular.

Fisura: grieta o hendidura en la superficie de un diente.

Flemón (Celulitis): inflamación del tejido conjuntivo celular. Puede cursar con colección purulenta o no.

Flúor: en odontología de este elemento químico nunca se habla de él como halógeno gaseoso, es decir, como elemento de la tabla periódica, si no siempre es un compuesto, fluoruro, que se encuentra en alimentos, aguas. Es imprescindible para el endurecimiento del esmalte dentario y prevención de la caries.

Fluorización: procedimiento por el que aportamos el flúor al organismo. Podemos hacerlo de diversas formas: Agua: adición de 1ppm de flúor al agua potable. Pastillas: comprimidos de este producto para suministrarlo a los niños. Pastas dentífricas: compuestos que se utilizan para el cepillado dentario. Geles: sustancias que se aplican en las clínicas dentales de una forma programada.

Fórceps: Instrumento con dos hojas y un mango. Se emplea para extracción de dientes. Son diferentes en cuanto a la forma relacionada con la pieza a extraer.

Frenectomía: escisión del frenillo.

Frenillo labial: pliegue mucoso que une cada labio o la encía correspondiente en la línea media.

Frenillo lingual: pliegue vertical de mucosa debajo de la lengua, que la une al piso de la boca y limita sus movimientos.

Gancho: parte de un retenedor directo extracoronal que retienen y estabiliza la prótesis, fijándose a los dientes pilares por su superficie externa.

Gingivectomía: escisión quirúrgica de las encías en el nivel de su inserción, creando nuevas encías marginales; se usa para eliminar bolsas gingivales o periodontales, o para el abordaje quirúrgico.

Gingivitis: inflamación de las encías.

Grandes reconstrucciones: obturación (Empaste) que reconstruye una gran parte de un diente.

Gutapercha: es el material que se utiliza en las endodoncias para rellenar los conductos de las raíces a los que se ha realizado la extirpación de la pulpa así como una adecuada preparación de los conductos. Su presentación es de forma de conos de distinto calibre.

Implantes: estructura de titanio que se fijan en el hueso maxilar, con un apoyo que sobresale y que servirá posteriormente de anclaje de la prótesis dentaria. Pueden ser subperiósticos, intraperiósticos o endoóseos, en función del nivel en el que se introducen en el hueso.

Impresiones: negativo de los dientes y/o zonas desdentadas tomado con material plástico (alginato, silicona, poliéster, etc.), que endurece mientras está en contacto con los tejidos. Posteriormente se llena con yeso París para producir un facsímil de las estructuras orales presentes. Estas réplicas pueden servir de estudio o bien para confeccionar trabajos protésicos.

Incrustaciones: restauración realizada fuera de un diente y que corresponde a la forma de una cavidad preparada; luego se cementa al diente. Estas pueden ser de oro, porcelana y resina.

Injerto libre de encía: transposición de tejido de la misma encía o del paladar, para cubrir zonas de encías pobres.

Injerto Óseo: reponer hueso que falta en una determinada zona del maxilar o de la mandíbula. Este puede ser animal o humano.

Inter-Lock: sistema de fijación para prótesis, que reparte las cargas de los dientes soporte.

Limpieza de boca: actuación con un aparato de ultrasonidos para eliminar el sarro y la suciedad de los dientes.

Maloclusión: mal posición y contactos de los dientes superiores con los inferiores que interfieren en el máximo rendimiento.

Mantenedor de espacio: aparato fijo o removible usado para mantener el espacio creado por la pérdida de un diente.

Membrana de regeneración: capa delgada de un material biocompatible que induce la regeneración de hueso.

Mentonera: aparato ortodóntico extraoral que consiste en un dispositivo en forma de taza que se coloca sobre el mentón y se une al cabezal, con el fin de ejercer fuerza hacia arriba y atrás sobre la mandíbula, en el tratamiento del prognatismo.

Metal-porcelana: prótesis cuya estructura es de metal y esta recubierta de porcelana.

Metal-resina: aparato de prótesis el cual tiene una estructura de metal y esta recubierto de resina.

Molar: referido a cualquiera de las muelas. Son los dientes más posteriores a ambos lados de cada maxilar, generalmente son doce en la dentición permanente, tres a cada lado superiores e inferiores.

Mucosoportada: prótesis soportada por completo por las mucosas, sin dientes que sirvan de pilares de fijación.

Multirradicular: piezas que tienen mas de una raíz. De dos a cuatro raíces.

Muñón: es lo que queda del diente o de la muela una vez preparado éste para colocarle una funda o corona. Puede ser diente natural o fabricado "colado" (intrarradicular).

Muñón colado: preparación protésica que se efectúa para el anclaje de una corona, fabricado "colado" (intrarradicular).

Obturación (Empaste): material alojado en una cavidad preparada de un diente, generalmente oro, amalgama de plata (plateado), cemento o resina sintética (estético).

Obturación de amalgama: las obturaciones (Empastes) confeccionadas con amalgama de plata (plateada).

Obturaciones estéticas (Con composite): las obturaciones (Empastes) confeccionadas con material compuesto (estético) "blanco".

Oclusión: podemos entenderlo como la forma de cerrar la boca y el contacto de las piezas de arriba con las de abajo. La oclusión puede no ser buena cuando faltan piezas o cuando los dientes están mal colocados. El no tener una buena oclusión puede producir alteraciones tanto en la boca como a nivel de la articulación mandibular.

Ortodoncia: rama de la odontología que se ocupa de la supervisión, guía, y corrección de las estructuras dentofaciales en crecimiento o maduras. Las principales responsabilidades de la práctica de ortodoncia incluye: diagnóstico, prevención, intercepción y tratamiento completo de todas las formas de maloclusión de los dientes y alteraciones asociadas de sus estructuras circundantes.

Ortopantomografía (Panorámica detal): Radiografía de los maxilares que nos permite ver las estructuras óseas, dentales así como realizar determinados diagnóstico de presunción.

Periapical: situado en el ápice del diente, o que lo rodea.

Periodoncia: rama de la odontología que se ocupa del diagnóstico, prevención y el tratamiento de las enfermedades periodontales (tejido que rodea al diente, que son las encías y el hueso). Cuando estos tejidos se infectan por falta de cuidado, se van destruyendo y dejan el diente casi sin sujeción. A esto se le llama piorrea.

Periodontitis: enfermedad inflamatoria del periodonto o de los tejidos de sostén de los dientes, o lesión inflamatoria gingival que se extiende hasta el hueso adyacente y que, si no se trata, puede llegar a la pérdida del hueso.

Periodontograma: medición de la movilidad dental.

Perno (Espiga): proyección metálica alargada colocada dentro de un conducto radicular preparado, que sirve para retener una restauración coronal. Existen pernos prefabricados y los pernos colados.

Pieza: referente a cada uno de las muelas o dientes.

Pins: varilla larga y delgada de metal para fijar dentro de una cavidad la obturación. Es un medio de retención.

Piorrea: periodontitis marginal. Descarga de pus.

Placa bacteriana: película blanda y delgada de restos de alimentos, mucina y células epiteliales muertas que se depositan sobre los dientes constituyendo un medio de crecimiento de diversos microorganismos causantes de la caries.

Placa funcional: aparato en el tratamiento de ortodoncia que actúa sobre la función bucal.

Placas de retención: aparato ortodóntico para mantener en posición los dientes y los maxilares.

Póntico: pieza que sustituye a la que falta en un puente. Las piezas que se apoyan en los muñones se llaman pilares y las que quedan en medio son los pónticos.

Porcelana: material cerámico blanco, que es esencialmente una mezcla de partículas de feldspato y cuarzo. Se utiliza para la confección de prótesis fija (coronas).

Premolar: pieza dentaria, situada delante de los molares y detrás de los canino. Son ocho en la dentición permanente.

Prognatismo: estado de protusión anormal del maxilar inferior.

Prótesis: juego o conjunto de dientes; Sustituto artificial o protésico de los dientes naturales faltantes y tejidos adyacentes. Puede ser fija o removable.

Prótesis completa: prótesis dental que reemplaza todos los dientes naturales y las estructuras maxilares asociadas. Esta soportada en mucosas, tejido conjuntivo y hueso subyacente.

Prótesis de implante: dentadura artificial retenida y estabilizada por un implante endoóseo, subperióstico o intraperióstico.

Prótesis removable: prótesis que se pueden quitar y poner.

Puente: aparato protésico que reemplaza dientes perdidos y se mantiene por anclaje en los dientes adyacentes (pilares). Los puentes pueden ser: resina, metálico, metal-resina, porcelana, metal-porcelana.

Pulir: moldeado del contorno de un diente mediante el uso de instrumentos abrasivos. Se realiza en obturaciones de amalgama de plata y en las de resina compuesta.

Pulpa: tejido conjuntivo muy vascularizado e innervado que esta en el interior del diente prolongándose dentro los conductos radiculares. Este tejido se infecta y ocasiona el dolor de muelas.

Pulpectomía (Endodoncia): extirpación total de la pulpa dentaria.

Pulpitis: inflamación de la pulpa dentaria, por causa infecciosa, química y física.

Quiste: saco sin abertura o salida, tapizado por epitelio y suele contener liquido. El origen puede ser infeccioso o residual. La inmensa mayoría son benignos y siempre se debe realizar el estudio de anatomía patológica.

Raíz: parte del diente que se extiende desde el cuello hasta el ápice. Normalmente esta contenido en el hueso.

Raspaje: tratamiento encaminado a remover y eliminar los cálculos y placas de las raíces de los dientes con instrumentos selectivos para cada diente.

Rebase: proceso de readaptar una prótesis por medio de reemplazo del material de base protésica, para conseguir un ajuste perfecto. Se realiza con gran frecuencia en prótesis totales (completas).

Recesión: retracción de la encía con relación al cuello de la pieza, dejando al descubierto el cemento.

Recubrimiento pulpar: técnica encaminada a cubrir el tejido pulpar expuesto o no. Puede ser directo o indirecto.

Reendodoncia: Realización de nuevo tratamiento en una pieza que ya tenía realizado el tratamiento.

Regularización de bordes alveolares: técnica quirúrgica encaminada a eliminar, alisar y recortar irregularidades en el reborde alveolar con la finalidad de que la mucosa asiente correctamente.

Removible de acrílico: aparato confeccionado de acrílico que se puede quitar y poner.

Resina acrílica: material de tipo plástico (resina polimerizable), que se utiliza en la confección de distintos tipos de prótesis odontológicas.

Restauración (Reconstrucción): restauración de un diente o molar para devolverle la función y estética que tenía. Pueden ser restauraciones de ángulos y total (gran reconstrucción).

Retenedor: parte de una prótesis que une el diente pilar a la parte suspendida del puente. Cualquier forma de gancho o fijación que establezca la prótesis removible.

Sarro: depósito de material calcáreo que se adhiere a los dientes, propiciando un color blanco-verdusco. La procedencia es por calcificación de la placa bacteriana. Es necesario eliminarlo ya que de lo contrario conlleva a la aparición de la enfermedad periodontal.

Selladores oclusales: cierre de surcos y fisuras de las piezas dentales de los niños para prevenir caries futuras.

Silicona: compuesto químico que se utiliza para la toma de medidas y confección de prótesis fija y removible. Existe silicona de condensación y silicona de adicción.

Sonda dental: instrumento alargado y metálico que se usa en el diagnóstico de caries.

Subperiostio: debajo del periostio, membrana que envuelve al hueso.

Tallado selectivo: técnica que consiste en tallar determinadas piezas para devolver la función normal al diente, así como el funcionamiento adecuado a la articulación temporomandibular.

Tartrectomía: eliminación del sarro supragingival.

Telerradiografía: radiografía con la fuente de radiación a más de dos metros del sujeto y en la que los rayos del haz son paralelos.

Torus: prominencia ósea de tamaño variable que aparece en los huesos y en lugares definidos de los maxilares.

Tratamiento ortodóncico fijo: tratamiento de ortodoncia realizado con aparatología fija.

Tratamiento ortodóncico móvil: tratamiento de ortodoncia realizado con aparatología que se puede quitar y poner.

Unirradicular: pieza dentaria con una sola raíz.

Widman modificado: tipo de colgajo que sirve para la re inserción o readaptación.

1.2. Definiciones

Cuadro Dental: relación editada de profesionales y establecimientos sanitarios propios o concertados por Adeslas correspondientes a la provincia de contratación de la póliza, con su dirección, teléfono y horario. Asimismo, se especifican en él, el centro o centros permanentes de urgencia.

Actos Dentales con o sin importe a cargo del Asegurado: importe que el Asegurado debe abonar al profesional o centro sanitario por cada servicio odontológico que se utilice. Dicho importe es diferente en función de las distintas clases de servicios odontológicos y su cuantía, que viene determinada en el Anexo de Actos Dentales integrado en las Condiciones Generales, puede ser actualizada anualmente.

1.3. Forma de prestar los servicios. Suplemento dental.

1.3.1. Las actuaciones sanitarias que se relacionan a continuación serán prestadas por los facultativos y clínicas u otros establecimientos incluidos en el Cuadro Dental de Adeslas.

1.3.2. Al requerir la prestación de asistencia, el Asegurado debe exhibir el documento identificativo que Adeslas le entregará al efecto.

1.3.3. Cuando el Asegurado se desplace a una provincia distinta a la de contratación de la póliza, podrá recibir la asistencia cubierta en los centros que se establecen en el cuadro médico.

1.3.4. Para recibir un servicio de urgencia, deberá acudir al centro de urgencia que Adeslas tiene establecido, cuya dirección y teléfono figura en el Cuadro Dental que entrega al Asegurado.

1. Servicios Adicionales

Porque realmente nos comprometemos con el cuidado de tu salud, en la Aseguradora hemos seleccionado una serie de servicios exclusivos y novedosos añadidos a la cobertura de tu póliza. Ventajas que ponemos a tu servicio y que complementan perfectamente lo que ya te ofrece tu seguro de salud. Todo para mejorar tu bienestar y tu calidad de vida.

CIRUGÍA REFRACTIVA

Si bien no se trata de un servicio garantizado por las pólizas y, por tanto, resulta ajena a la Aseguradora su prestación, la Aseguradora, a fin de ofrecer a sus Asegurados el acceso en las mejores condiciones de mercado a las últimas tecnologías sanitarias, ha alcanzado acuerdos con diversos facultativos especialistas en oftalmología y centros oftalmológicos que permitirán al Asegurado 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.

Por ello, cualquier Asegurado incluido en esta póliza colectiva podrá acudir a dichos profesionales y centros en los cuales, tras la oportuna valoración médica de su patología, le informarán de la posibilidad y conveniencia de someterse a dicha intervención y, caso de ser realizada la misma, únicamente deberá abonar por todos los conceptos la cantidad de **"NOVECIENTOS UN EUROS" (901,00 €) por cada ojo intervenido.**

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

El servicio de Segunda Opinión Médica permite al Asegurado, ante cualquier diagnóstico relativo a una enfermedad grave, obtener un informe de evaluación del caso por parte de expertos del máximo prestigio internacional, y ello sin necesidad de desplazamiento y en un plazo breve de tiempo. El objetivo del servicio es ofrecer al Asegurado la tranquilidad y la seguridad de contrastar su caso con expertos de reconocido prestigio. Sin ningún coste adicional.

La empresa de servicios CMV/Medvantis, perteneciente al grupo europeo Medvantis Medical Services, es la encargada de gestionar el servicio de Segunda Opinión Médica.

Para ello, CMV cuenta con los expertos y especialistas más destacado y reconocidos mundialmente en las distintas áreas de la medicina.

CMV le ofrece además servicios de selección de expertos médicos y centros hospitalarios a nivel mundial así como asesoramiento en caso de traslado nacional o internacional.

Para acceder a este servicio el usuario sólo tendrá que llamar al 900 50 50 40 o al 91 919 18 98 e identificarse con su número de tarjeta y solicitar el Servicio de Segunda Opinión Médica:

- El Asegurado dará su consentimiento al equipo médico para la tramitación del servicio.
- El equipo médico iniciará los trámites para recabar información necesaria sobre el caso.
- Un Comité Clínico iniciará el proceso de selección de los especialistas expertos en la patología objeto de consulta, en cualquier parte del mundo.
- El equipo médico elaborará y revisará el informe de Segunda Opinión Médica.

Finalmente, el equipo médico enviará el informe al solicitante y gestionará las dudas y aclaraciones pertinentes.

CRIOPRESERVACIÓN DE LAS CÉLULAS MADRE

Los empleados y familiares de Accenture, podrán acceder al servicio franquiciado de la Criopreservación de las Células Madre, a través de la Aseguradora. Este servicio no es una cobertura. Los Asegurados deberán ponerse en contacto directamente con las compañías que en ese momento dispongan de concierto con la Aseguradora a través de las compañías (DATOS ACTUALIZADOS DE LAS MISMAS APARECEN EN LA WEB) e identificarse como Asegurados de la Aseguradora y ellos se encargarán de informar de las condiciones de sus servicios.

Es requisito imprescindible para poder hacer uso de este servicio que la futura madre sea Asegurada de la Aseguradora.

Chequeos Médicos

Se incluyen en la cobertura de la póliza 150 chequeos médicos anuales, que se realizarán a criterio de la Dirección Médica de Accenture en los centros designados por la Aseguradora a tal efecto. Se realizarán las siguientes pruebas en función de la edad del Asegurado.

CHEQUEO 1 (DE 18 A 30 AÑOS)	
Historia clínica y exploración general.	ECG.
Analítica: <ul style="list-style-type: none"> · Estudio Serie Roja: Hematíes, HB, Hcto, VCM, CHCM · Estudio Serie Blanca: Fórmula y VSS · Plaquetas. Glucosa. Ácido Úrico (Urea) · Colesterol. Prueba de LDL. Triglicéridos · GOT-GPT. Hierro. Orina. 	RX Tórax
	Examen Ginecológico con Citología Vaginal.
	Agudeza visual.
	Audiometría y Espirometría.

CHEQUEO 2 (DE 31 A 45 AÑOS)	
Historia clínica y exploración general.	ECG.
Analítica: <ul style="list-style-type: none"> · Estudio Serie Roja: Hematíes, HB, Hcto, VCM, CHCM. · Estudio Serie Blanca: Fórmula y VSS. · Plaquetas. · Glucosa. · Ácido Úrico (Urea). · Colesterol. · Triglicéridos. · GOT-GPT. · Hierro. · Orina. 	Ecografía Abdominal.
	RX Tórax
	Examen Ginecológico con Citología Vaginal, Ecografía mamaria según criterio médico y Mamografía (bianual o anual según criterio médico, a partir de los 40 años).
	Agudeza visual.
	Audiometría y Espirometría.

CHEQUEO 3 (DESDE 46 AÑOS)	
Historia clínica y exploración general.	ECG.
Analítica: <ul style="list-style-type: none"> · Estudio Serie Roja: Hematíes, HB, Hcto, VCM, CHCM. · Estudio Serie Blanca: Fórmula y VSS. · Plaquetas. Glucosa. · Ácido Úrico (Urea). · PSA (Próstata). · Colesterol. Triglicéridos. · GOT-GPT. · Hierro. Urea. · 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, a partir de los 40 años).
	Ecografía Ginecológica.
	Ecografía Prostática.
	Agudeza visual.
	Audiometría y Espirometría.

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

Adeslas

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.284.10 9600_2024