

Adeslas**EXTRA 150M**

Póliza de seguro de enfermedad.

| **condiciones especiales** |

Adeslas

NTT DATA

SUMA ASEGURADA

La Aseguradora, en concepto de reembolso de gastos por la asistencia sanitaria que, cubierta por la Póliza, hubiera recibido el Asegurado, abonará una cantidad equivalente al **90%** de dichos gastos, y siempre con un máximo de **150.000 €** por Asegurado y anualidad de Seguro.

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

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 el 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..... **150.000 € 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

2.1. HONORARIOS MÉDICOS EN CASO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

La intervención quirúrgica realizada al Asegurado se catalogará dentro del grupo que corresponda, según la Clasificación Terminológica de Actos y Técnicas Médicas editada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, no abonándose para el conjunto de los honorarios satisfechos a cirujanos, ayudantes, anestelistas y cualesquiera otros profesionales, cantidad superior a **150.000 € anuales.**

2.2. HONORARIOS MÉDICOS CUANDO NO EXISTA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Gastos razonables y acostumbrados.

2.3. PRÓTESIS

La cantidad máxima a reembolsar será de **3.500 €** por Asegurado y anualidad de seguro.

2.4. OTROS GASTOS HOSPITALARIOS

Gastos de estancia y otros gastos hospitalarios: la cantidad máxima a reembolsar por ambos conceptos será de **1.000 € por día de hospitalización** del Asegurado. Si estuviera ingresado en UCI, el límite será de **1.300 € por día**.

En el supuesto de tratamientos en régimen de hospital de día, la cantidad máxima a reembolsar será de **500 € por cada tratamiento**.

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

2.5. TRASPLANTES

La cantidad máxima a reembolsar por la Aseguradora en los casos de intervenciones quirúrgicas con la finalidad de efectuar un trasplante de órgano, no superará los siguientes límites:

Pulmón.....	150.000 € anuales
Hígado	150.000 € anuales
Corazón.....	150.000 € anuales
Médula ósea	150.000 € anuales
Riñón.....	150.000 € anuales
Córnea.....	10.000 € anuales

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

3) Asistencia por maternidad

El reembolso a realizar por la Aseguradora de los gastos correspondientes a la asistencia médica y/o quirúrgica del parto y puerperio (sea parto normal o cesárea) no superará en su conjunto la cantidad de **5.000 € 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 **5.000 € 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 **8.000 €**.

5) Tratamientos especiales

Gastos razonables y acostumbrados.

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)	365 € anuales
Rehabilitación y fisioterapia	1.500 € anuales
Psicoterapia	1.500 € anuales
para el límite de 20 sesiones y 3.000 € anuales para el límite de 40 sesiones en los casos de terapia derivada de trastornos alimentarios.	
Ambulancia	1.200 € anuales
Podología	200 € anuales
Preparación al parto	100 € anuales

7) Cobertura en la Clínica Universitaria de Navarra

Queda incluido el reembolso de gastos del **100%** con un límite de **150.000 €** por asegurado y año en Asistencia Hospitalaria y Extrahospitalaria, para las prestaciones que se lleven a cabo en la Clínica Universitaria de Navarra de Pamplona y de Madrid.

- Clínica Universitaria de Navarra en Pamplona. Avda. de Pío XII, 36. 31008 Pamplona.

- Clínica Universitaria de Navarra en Madrid. C/ Marquesado de Santa Marta, 1. 28027 Madrid.

Para esta cobertura serán de aplicación los límites parciales descritas en este documento.

AMPLIACION DE COBERTURAS

Implantes y Prótesis quirúrgicas

Cardiovasculares: las Endoprótesis de aorta en casos de emergencia médica

Aparato Digestivo: se incluyen las Endoprótesis de esófago, estómago y colon.

Cirugía plástica y reparadora

Queda incluida la **reconstrucción o simetrización de la mama contralateral** a la afectada, en casos de cáncer de mama, incluyendo la cirugía de reconstrucción de mama así como expansores de piel requeridos en esta intervención y el coste del implante de prótesis mamaria.

Queda cubierta la mastectomía profiláctica y posterior reconstrucción de mama con prótesis.

Medios de Diagnóstico

Se incluye el PET RM en oncología, para las indicaciones médicas que dispongan de evidencia científica contrastada.

Aparato Digestivo

En Aparato Digestivo quedan incluidas las siguientes técnicas:

- **Cápsula endoscópica:** queda incluida esta prestación, **exclusivamente** para el estudio diagnóstico de la hemorragia digestiva de origen no identificado, después de colonoscopia y endoscopia alta.
- **Disección Endoscópica Submucosa:** queda cubierta la DSE para diagnóstico de la mucosa de aparato digestivo en las indicaciones médicas que dispongan de evidencia científica contrastada para esta técnica, únicamente en proveedores concertados por la Entidad.

Medios de diagnóstico de alta tecnología

Queda incluida la **Biopsia Fusión de Próstata:** Prueba de radiodiagnóstico que permite fusionar las imágenes obtenidas con Resonancia multiparamétrica (RMmp) y ecografía, para guiar la toma de biopsia de lesiones de próstata, para su análisis posterior en laboratorio de Anatomía Patológica. Queda cubierto en pacientes con biopsia prostática previa negativa y con un PSA persistentemente elevado.

Oftalmología

Se incluye el uso del Láser en tratamiento quirúrgico del queratocono.

Este Contrato de Seguro comprende de forma inseparable las Condiciones Generales que anteceden, que quedan formadas por las Cláusulas Jurídicas y Cláusulas Descriptivas de Cobertura, las Condiciones Particulares, las Especiales si las hubiere y los Apéndices que recojan las modificaciones de todo ello acordadas por las partes.