

Adeslas Extra

CONDICIONS GENERALS

**Assegurança de malaltia.
Pòlissa mixta d'assistència sanitària i reembors de despeses.**

Adeslas

Aquest contracte d'assegurança comprèn, de manera inseparable, les condicions generals, que queden formades per les clàusules jurídiques i les clàusules descriptives de cobertura, les condicions particulars, les especials si n'hi hagués i els apèndixs que recullin les modificacions acordades per les parts.

Clàusules jurídiques (condicions generals)

1. Clàusula preliminar.	3
2. Objecte de l'assegurança.	3
3. Pagament de primes.	3
4. Altres obligacions, deures i facultats del Prenedor de l'assegurança o de l'Assegurat.	4
5. Altres obligacions de l'Asseguradora.	6
6. Durada de l'Assegurança	7
7. Pèrdua de drets, resolució del contracte.	7
8. Estat i autoritat de control de l'Asseguradora.	8
9. Instàncies de reclamació.	8
10. Comunicacions i jurisdicció.	9
11. Prescripció.	9
12. Actualització anual de les condicions econòmiques de la pòlissa.	9

Clàusules descriptives de cobertura d'assistència sanitària (condicions generals)

1. Definicions.	11
2. Modalitat I: reemborsament de despeses sanitàries.	13
3. Modalitat II: prestació d'assistència sanitària per mitjà dels quadres mèdics de l'Asseguradora.	23
4. Cartera de serveis amb cobertura.	25
5. Exclusions comuns de la cobertura d'assistència sanitària.	27
6. Límits generals.	27
7. Assegurança dels nounats.	27
8. Períodes de carència.	28

1. Clàusula preliminar

1. L'activitat asseguradora que duu a terme SegurCaixa Adeslas, SA d'Assegurances i Reassegurances està sotmesa al control de les autoritats de l'Estat espanyol i n'és l'òrgan competent la Direcció General d'Assegurances i Fons de Pensions del Ministeri d'Economia, Indústria i Competitivitat.
2. Aquest contracte es regeix pel que disposa la Llei 50/1980, de 8 d'octubre, de contracte d'assegurança (en endavant, la Llei) i per les altres normes espanyoles que regulen les assegurances privades, i també pel que s'hagi acordat a les Condicions generals, particulars i, si és el cas, especials d'aquest contracte.

2. Objecte de l'Assegurança

Aquesta assegurança de malaltia és una assegurança mixta de reemborsament de despeses sanitàries i de prestació d'assistència sanitària a través del quadre mèdic de l'Asseguradora, mitjançant el qual l'Asseguradora es compromet a facilitar a l'Assegurat la cobertura d'assistència mèdica, quirúrgica i hospitalària que l'Assegurat requereixi en tota classe de malalties i lesions, o bé per embaràs, part i puerperi, sempre que estiguin compresos en la cobertura assegurada segons les clàusules 4 i 5 (Clàusules Descriptives de Cobertura) en els termes que la pòlissa determina.

L'assegurança ofereix la cobertura, doncs, en dues modalitats:

a) MODALITAT I. REEMBORSAMENT DE DESPESES SANITÀRIES. Quan l'Assegurat recorri, per tal de rebre l'assistència sanitària, a metges i/o centres aliens als quadres mèdics de l'Asseguradora, aquesta en farà reemborsament d'acord amb els límits i percentatges establerts en les condicions especials.

b) MODALITAT II. PRESTACIÓ D'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA. L'Assegurat té dret a rebre l'assistència coberta per la pòlissa dels metges i centres concertats que figuren en els quadres de l'Asseguradora. El pagament de l'assistència rebuda dins d'aquesta modalitat corre íntegrament a càrrec de l'Asseguradora, que en satisfarà l'import directament als facultatius i centres que l'hagin prestada, mentre que l'Assegurat ha d'utilitzar per retribuir l'acte mèdic el mitjà de pagament que la companyia li indiqui.

En aquesta modalitat no es concediran indemnitzacions en metàl·lic i l'assistència es prestarà d'acord amb la clàusula 3ª (Clàusules Descriptives de Cobertura). En endavant, sempre que s'esmenti que l'Asseguradora es farà càrrec d'una cobertura, s'entendrà que en la modalitat II (modalitat de prestació d'assistència sanitària) se'n fa càrrec directament l'Asseguradora, i que en el cas de la modalitat I (reemborsament de despeses) l'Assegurat pagarà l'import de la despesa i l'Asseguradora la hi reemborsarà dins els límits del producte contractat, recollits en les condicions particulars i/o especials.

3. Pagament de primes

3.1. El Prenedor de l'assegurança, d'acord amb l'article 14 de la Llei, està obligat a pagar la prima.

3.2. La primera prima o fracció és exigible, d'acord amb l'article 15 de la Llei, una vegada signat el contracte; si no s'ha pagat per culpa del prenedor, l'Asseguradora té dret de resoldre el contracte o d'exigir el pagament de la prima que es degui en via executiva, d'acord amb la pòlissa. En qualsevol cas, si la prima no s'ha pagat abans que es produeixi el sinistre, l'Asseguradora queda alliberada de la seva obligació, tret que es pacti el contrari.

3.3. En cas de falta de pagament de la segona prima o de les successives, o de fraccions de la prima, la cobertura queda suspesa un mes després del dia del venciment del rebut, i si l'Asseguradora no reclama el pagament dins dels sis mesos següents a aquest venciment s'entén que el contracte queda extingit d'acord amb les condicions anteriors.

La cobertura torna a fer efecte vint-i-quatre hores després del dia en què el Prenedor pagui la prima. En qualsevol cas, quan el contracte estigui suspès l'Asseguradora només pot exigir que es pagui la prima del període en curs.

3.4. El Prenedor de l'assegurança perd el dret de fraccionar la prima que s'hagi convingut en cas d'impagament de qualsevol rebut, i, per tant, en aquest cas s'exigiria la prima total acordada per al període de l'assegurança que restés.

3.5. L'Asseguradora només queda obligada en virtut dels rebuts lliurats pels seus representants autoritzats legalment. El pagament de l'import de la prima fet pel Prenedor de l'assegurança al corredor no s'entén com a fet a l'Asseguradora si no és que a canvi el corredor lliura al Prenedor de l'assegurança el rebut de prima emès per l'Asseguradora.

3.6. A les condicions particulars s'estableix el compte bancari designat pel Prenedor per pagar els rebuts de la prima.

3.7. En cas d'extinció anticipada del contracte imputable al Prenedor, la part de prima anual no consumida correspon a l'Asseguradora.

4. Altres obligacions, deures i facultats del Prenedor de l'assegurança o de l'Assegurat

4.1. El prenedor de l'assegurança i, si escau, l'Assegurat tenen les obligacions següents:

a) Declarar a l'Asseguradora, d'acord amb el qüestionari al qual el sotmeti, totes les circumstàncies que conegui que puguin influir en la valoració del risc. Queda exonerat d'aquesta obligació si l'Asseguradora no el sotmet a cap qüestionari o quan, encara que l'hi sotmeti, es tracti de circumstàncies que puguin influir en la valoració del risc i no hi estiguin compreses.

L'Asseguradora pot rescindir el contracte mitjançant una declaració dirigida al Prenedor de l'assegurança en el termini d'un mes, comptador des de la data en què l'Asseguradora tingui coneixement de la reserva o inexactitud del Prenedor de l'assegurança o de l'Assegurat.

Pertoquen a l'Asseguradora, tret que incorri en frau o culpa greu per part seva, les primes relatives al període en curs en el moment en què faci aquesta declaració.

Si el sinistre sobrevé abans que l'Asseguradora faci la declaració a la qual es refereix el paràgraf anterior, la prestació es redueix proporcionalment a la diferència entre la prima convinguda i la que s'hauria aplicat si s'hagués conegut l'autèntica entitat del risc.

En cas de frau o culpa greu del Prenedor de l'assegurança, l'Asseguradora queda alliberada de pagar la prestació.

- b)** Comunicar a l'Asseguradora, tan aviat com li sigui possible, el canvi de domicili.
- c)** Comunicar a l'Asseguradora, tan aviat com li sigui possible, les altes i baixes d'Assegurats que es produeixin durant la vigència de la pòlissa; les altes tenen efecte el primer dia del mes següent a la data de la comunicació feta pel Prenedor, mentre que les baixes es fan efectives el dia que venci l'annualitat de l'assegurança en què es produeixi la baixa i l'import de la prima s'adapta a la nova situació.
- d)** Si l'assistència de la mare en el part es fa a càrrec de l'assegurança de l'Asseguradora amb la qual ella estigui assegurada, els fills nomenats tenen dret a ser inclosos dins de la pòlissa de la mare des del moment del naixement. Per fer-ho, el Prenedor ha de comunicar a l'Asseguradora aquesta circumstància durant els 15 dies naturals següents a la data d'alta hospitalària del nomenat i com a termini màxim 30 dies naturals després de la data del naixement, mitjançant la formalització d'una sol·licitud d'assegurança.

Les altes que es comuniquin dins d'aquest termini retrotreuen els efectes a la data del naixement i el període de carència no pot ser superior al que li falti per consumir a la mare.

Si l'alta del nomenat es comunica després del termini indicat, cal emplenar el qüestionari de salut i l'Asseguradora pot denegar-ne l'admissió. Si s'accepta el nou Assegurat, se li apliquen els períodes de carència establerts a la condició general 8ª (Clàusules descriptives de cobertura).

En qualsevol cas, l'Asseguradora cobreix l'assistència sanitària al nomenat durant els primers trenta dies naturals de vida i la cobertura finalitza quan s'acaba aquest termini si no se'n sol·licita l'alta d'acord amb el que estableix el paràgraf primer d'aquest apartat.

- e)** Minorar les conseqüències del sinistre, utilitzant els mitjans a l'abast perquè es restableixi ràpidament. L'incompliment d'aquest deure amb la intenció manifesta de perjudicar o enganyar l'Asseguradora allibera l'Asseguradora de qualsevol prestació derivada del sinistre.
- f)** Quan l'assistència prestada a l'Assegurat sigui com a conseqüència de lesions produïdes o agreujades per accidents coberts per una altra assegurança qualsevol, o sempre que el cost de l'assistència l'hagin de satisfer tercers causants o responsables de les lesions, l'Asseguradora, si hagués cobert l'assistència, podria exercitar les accions que escaiguessin per rescabalar-se del cost que les assistències li haguessin comportat. L'Assegurat o, si escau, el Prenedor estan obligats a facilitar a l'Asseguradora les dades i la col·laboració que calguin.
- g)** Comunicar a l'Asseguradora l'existència de qualsevol altra assegurança de malaltia que es refereixi a tots o a algun dels Assegurats d'aquesta pòlissa, d'acord amb els articles 101 i 106 de la Llei.

h) L'Assegurat ha de facilitar a l'Asseguradora, durant la vigència del contracte, tota la documentació i la informació mèdica que se li demani per poder valorar la cobertura del cost de les prestacions que sol·liciti. Quan l'Asseguradora li demani, el procés d'atorgament de cobertura queda en suspens fins que obtingui tota la informació. L'Asseguradora també pot reclamar a l'Assegurat el cost de la cobertura de qualsevol prestació la improcedència de la qual hagi quedat manifestada a posteriori per la informació mèdica facilitada per l'Assegurat.

4.2. La targeta sanitària personal propietat de l'Asseguradora i lliurada a cada Assegurat és un document d'ús personal i intransferible. En cas de pèrdua, sostracció o deteriorament, el Prenedor de l'assegurança i l'Assegurat tenen l'obligació de comunicar-ho a l'Asseguradora en el termini de setanta-dues hores.

En aquests casos, l'Asseguradora emet i envia una nova targeta al domicili de l'Assegurat que figura a la pòlissa i anul·la l'extraviada, sostreta o deteriorada.

Així mateix, el Prenedor de l'assegurança i l'Assegurat s'obliguen a tornar a l'Asseguradora la targeta corresponent a l'Assegurat que hagi s'hagi donat de baixa de la pòlissa.

L'Asseguradora no es responsabilitza de la utilització indeguda o fraudulenta de la targeta sanitària.

4.3. El Prenedor de l'assegurança pot reclamar a l'Asseguradora, en el termini d'un mes des del lliurament de la pòlissa, que s'esmenin les divergències que hi hagi entre la pòlissa i la proposició d'assegurança o les clàusules acordades, segons el que disposa l'article 8 de la Llei.

5. Altres obligacions de l'Asseguradora

A més de la cobertura econòmica de la prestació de l'assistència sanitària, l'Asseguradora ha de lliurar al Prenedor de l'assegurança la pòlissa o, si escau, el document de cobertura provisional o el que escaigui segons el que disposa l'article 5 de la Llei.

Igualment, ha de lliurar al Prenedor la targeta sanitària personal corresponent a cadascun dels Assegurats inclosos a la pòlissa.

Aquesta targeta, que té una numeració única, conté les dades següents:

- Nom i cognoms de l'Assegurat
- Any de naixement
- Sexe
- Data d'alta

6. Duración del Seguro

La durada del contracte és la que s'estableix a les condicions particulars. Els efectes de l'assegurança s'inicien a les zero hores de la data d'efecte i finalitzen a les zero hores de la data de venciment. Al venciment, el contracte es pot prorrogar per anualitats successives, d'acord amb el que es preveu a l'article 22 de la Llei de contracte d'assegurança.

Això no obstant, qualsevol de les parts es pot oposar a la pròrroga notificant-ho per escrit a l'altra part, amb una antelació no inferior a un mes per part del Prenedor i no inferior a dos mesos per part de l'Asseguradora, respecte de la data en què s'acabi el període d'assegurança en curs.

Si l'Assegurat estigués hospitalitzat, el fet que l'Asseguradora hagi comunicat que s'oposa a la pròrroga de la pòlissa no tindria cap efecte sobre l'Assegurat fins a la data en què obtingués l'alta hospitalària, tret que l'Assegurat renunciés a continuar amb el tractament.

7. Pèrdua de drets, resolució del contracte

Amb independència del que antecedeix, l'Assegurança s'extingeix per a un Assegurat en concret, encara que la pòlissa continuï vigent per a la resta:

- a) En la data en què traslladi la residència habitual a l'estranger o quan, en qualsevol cas, resideixi nou mesos l'any fora d'Espanya.**
- b) Quan un dels Assegurats deixa de viure de manera habitual al domicili identificat a la pòlissa causa baixa en l'assegurança i el prenedor ha de comunicar-ho a l'Asseguradora. Si aquesta persona vol contractar una nova assegurança i ho fa abans que passi un mes des d'aquesta comunicació, l'Asseguradora manté els drets adquirits, sempre que contracti les mateixes cobertures.**

L'Asseguradora pot resoldre el contracte abans que venci si es produeix qualsevol de les situacions següents:

- a) Si hi ha reserves o inexactituds a l'hora d'emplenar el qüestionari de salut, l'Asseguradora pot rescindir el contracte fent arribar una declaració al Prenedor de l'assegurança en el termini d'un mes, comptador des de la data en què s'assabenti de la reserva o la inexactitud del qüestionari que hagi emplenat qualsevol dels A de la pòlissa. Corresponen a l'Asseguradora, tret que hi hagi frau o culpa greu per part seva, les primes del període en curs en el moment en què faci aquesta declaració.**

Si el sinistre sobrevé abans que l'Asseguradora faci la declaració que s'esmenta al paràgraf anterior, la prestació corresponent es redueix de manera proporcional a la diferència entre la prima acordada i la que s'hagués aplicat si s'hagués conegut l'autèntica entitat del risc. En cas de frau o culpa greu de l'Assegurat, l'Asseguradora quedaria lliure de pagar la prestació.

b) Si el sinistre, la cobertura del qual es garanteix com a risc, sobrevé abans que s'hagi pagat la primera prima, tret que hi hagi un pacte contrari (article 15 de la Llei de contracte d'assegurança).

c) Si el Prenedor, quan sol·licita l'assegurança, declara de manera inexacta l'any de naixement d'un Assegurat o més d'un, l'Asseguradora només pot resoldre el contracte si l'edat real d'aquests Assegurats, en la data d'entrada en vigor de la pòlissa, excedeix els límits d'admissió que hagi establert l'Asseguradora.

Respecte d'aquesta pòlissa, no se'n preveu el dret de rehabilitació, sens perjudici del que estableix l'article 15 de la Llei de contracte d'assegurança.

d) En el cas d'accedir a les cobertures incloses amb modalitat de reemborsament de despeses mèdiques, si no presenta la documentació original quan l'Asseguradora li requereixi o si les còpies aportades no es corresponguin fidelment amb els originals o si aquestes haguessin estat objecte de manipulació.

En aquesta pòlissa no hi ha dret de rehabilitació, sens perjudici del que s'estableix a l'article 15 de la Llei de contracte d'assegurança.

8. Estat i autoritat de control de l'Asseguradora

El control de l'activitat de l'Asseguradora correspon a l'Estat espanyol, a través de la Direcció General d'Assegurances i Fons de Pensions.

9. Instàncies de reclamació

9.1. El Prenedor de l'assegurança, l'Assegurat, el beneficiari, els tercers perjudicats o els dret-havents corresponents poden presentar queixes i reclamacions contra les pràctiques de l'Asseguradora que considerin abusives o que lesionen els seus drets o interessos reconeguts legalment i que es deriven del contracte d'assegurança.

Amb aquesta finalitat i d'acord amb allò que es disposa a la legislació vigent sobre aquesta matèria, l'Asseguradora té un servei d'atenció al client (SAC), al qual es poden adreçar per presentar les queixes i les reclamacions que tinguin quan l'oficina o el servei objecte d'aquestes queixes i reclamacions no les hagi resolt a favor seu.

Les queixes i les reclamacions es poden presentar al servei d'atenció al client en qualsevol oficina de l'entitat oberta al públic o a l'adreça o les adreces de correu electrònic que s'hagin habilitat per a aquesta finalitat. Les dades de contacte d'aquest servei són: Torre de Cristal, passeig de la Castellana, 259 C, 28046 Madrid.

El SAC acusa recepció per escrit de les queixes i les reclamacions que rep i les resol de manera motivada i dins del termini màxim legal d'un mes, comptador des de la data en la qual es presenta la queixa o la reclamació.

9.2. Així mateix, els interessats poden interposar queixes i reclamacions al servei de reclamacions de la Direcció General d'Assegurances i Fons de Pensions. Per poder-ho fer, han d'acreditar que ha transcorregut el termini d'un mes des de la data en la qual es va presentar la queixa o la reclamació al SAC sense que l'hagi resolt o si s'ha denegat l'admissió de la petició o s'ha desestimat de manera total o parcial.

9.3. Sens perjudici de les actuacions anteriors i de les que escaiguin d'acord amb la normativa d'assegurances, els interessats sempre poden exercir les accions que creguin convenientes a la jurisdicció ordinària.

10. Comunicacions i jurisdicció

10.1. Les comunicacions a l'Asseguradora per part del Prenedor de l'assegurança o de l'Assegurat s'han de fer al domicili social de l'Asseguradora que figura a la pòlissa, però si es trameten a un agent que el representi tenen els mateixos efectes que si s'haguessin fet directament, d'acord amb l'article 21 de la Llei.

Les comunicacions de l'Asseguradora al prenedor de l'assegurança o a l'Assegurat es fan al domicili que es recull a la pòlissa, tret que hagin notificat el canvi del domicili a l'Asseguradora.

Les comunicacions fetes per un corredor d'assegurances en nom del Prenedor tenen els mateixos efectes que si les fes el mateix Prenedor, tret que aquest indiqui el contrari.

10.2. És jutge competent per conèixer les accions derivades del contracte d'assegurança el del domicili de l'Assegurat.

11. Prescripció

Les accions que es derivin d'aquest contracte d'assegurança prescriuen al cap de cinc anys del dia en què s'hagin pogut exercir.

12. Actualització anual de les condicions econòmiques de la pòlissa

L'Asseguradora, al venciment del període inicial de vigència de la pòlissa i en cada eventual renovació posterior, pot:

- a)** Actualitzar l'import de la prima.
- b)** Modificar els límits de reemborsament de despeses establerts en les condicions especials.
- c)** Modificar el percentatge de reemborsament de despeses al qual es refereixen la clàusula 2^a (Clàusules Jurídiques) i la clàusula 2^a (Clàusules Descriptives de Cobertura).

Independentment d'aquestes actualitzacions, en cada renovació la prima anual s'estableix tenint en compte la zona geogràfica corresponent al domicili de la prestació i l'edat de cadascun dels Assegurats i s'aplica la tarifa de primes que l'Asseguradora tingui en vigor en la data de cada renovació.

Totes aquestes actualitzacions es fonamenten en els càlculs tècnic-actuarials necessaris per determinar la incidència, en l'esquema financer-actuarial de l'assegurança, de l'increment del cost dels serveis sanitaris, l'augment de la freqüència de les prestacions que cobreix la pòlissa, la incorporació a la cobertura garantida d'innovacions tecnològiques que apareguin o es facin servir després de perfer el contracte o altres fets de conseqüències similars.

Dos mesos abans de renovar l'assegurança, l'Asseguradora ha de comunicar per escrit al prenedor de la pòlissa la prima prevista per a l'annualitat vinent.

El Prenedor de l'assegurança, quan rebí la notificació d'aquestes actualitzacions per a l'annualitat següent, pot optar entre prorrogar el contracte d'assegurança, la qual cosa suposa que accepta les noves condicions econòmiques, o posar-hi terme quan venci l'annualitat en curs. En aquest darrer cas, ha de comunicar a l'Asseguradora la seva voluntat en aquest sentit.

S'entén que el contracte es renova amb les noves condicions econòmiques en el cas que el prenedor no comuniqui a l'Asseguradora la voluntat de posar terme al contracte abans que hagi passat un mes des del dia en què el prenedor hagi satisfet la primera prima de l'annualitat següent en la qual regeixen les noves condicions econòmiques.

1. Definicions

Als efectes d'aquesta pòlissa s'entén per:

Accident: lesió corporal que es pateixi durant la vigència de la pòlissa que derivi d'una causa violenta, sobtada, externa i aliena a la intencionalitat de l'Assegurat.

Assegurat: la persona o persones naturals sobre les quals s'estableix l'assegurança.

Asseguradora: SegurCaixa Adeslas, SA d'Assegurances i Reassegurances (d'ara endavant, l'Asseguradora), entitat que assumeix el risc pactat contractualment.

Condicions particulars: document integrant de la pòlissa en què es concreten i particularitzen els aspectes del risc que s'assegura.

Condicions especials: documento integrant de la Pòlissa en el qual s'especifica la summa assegurada i límits quantitativs de la garantia de reemborsament de despeses.

Hospital o clínica: establiment, públic o privat, autoritzat legalment per tractar malalties, lesions o accidents, proveïts de presència mèdica permanent i dels mitjans necessaris per fer diagnòstics i intervencions quirúrgiques.

Hospitalització: inclou l'ingrés (registre d'entrada de l'Assegurat com a pacient i permanència a l'hospital durant un mínim de 24 hores), la cirurgia major ambulatoria i l'hospital de dia.

Hospitalització de dia: representa que una persona figuri inscrita com a pacient a les unitats de l'hospital amb aquesta denominació, tant mèdiques com quirúrgiques o psiquiàtriques, per rebre un tractament concret o per haver estat sota l'acció d'una anestèsia i per un període inferior a 24 hores.

Implant quirúrgic: producte sanitari dissenyat per ser implantat totalment o parcialment al cos humà mitjançant una intervenció quirúrgica i destinat a romandre-hi després de la intervenció.

Infermer: professional habilitat legalment per desenvolupar l'activitat d'infermeria.

Intervenció quirúrgica: qualsevol operació que es faci mitjançant una incisió o una altra via d'abordatge intern efectuada per un cirurgià i que requereix normalment l'ús d'un quiròfan en un hospital.

Límits establerts en les condicions especials: són les quantitats màximes que la Asseguradora es compromet a reemborsar per a cada tipus d'acte mèdic especificat.

Malaltia: alteració de la salut de l'Assegurat no causada per un accident, diagnosticada per un metge, que faci necessària la prestació d'assistència sanitària i les primeres manifestacions de la qual es presentin durant la vigència de la pòlissa.

Malaltia, lesió, defecte o deformació congènita: la que existeix en el moment del naixement com a conseqüència de factors hereditaris o afeccions adquirides durant la gestació fins al mateix moment del naixement. Una afecció congènita pot manifestar-se i ser reconeguda immediatament després del naixement o bé ser descoberta més tard, en qualsevol període de la vida de l'Assegurat.

Malaltia preexistent: la que pateix l'Assegurat abans de la data de la incorporació efectiva (alta) a la pòlissa.

Medicaments de teràpia avançada: medicaments d'ús humà basats en gens (teràpia gènica), cèl·lules (teràpia cel·lular) o teixits (enginyeria tissular) i inclouen productes d'origen autòleg, al·logènic o xenogènic.

Metge o facultatiu: llicenciat, graduat o doctor en medicina, habilitat legalment per tractar mèdicament o quirúrgicament la malaltia o lesió que pateixi l'Assegurat.

Metge especialista o especialista: metge que disposa de la titulació necessària per exercir la professió en una de les especialitats reconegudes legalment.

Pòlissa: document o documents que contenen les clàusules i els pactes reguladors del contracte d'assegurança. Formen part integrant i inseparable de la pòlissa aquestes condicions generals, les particulars que identifiquen el risc i les especials si n'hi hagués, com també els apèndixs que recullen, si escau, les modificacions que s'acordin durant la vigència del contracte.

Prenedor de l'assegurança: persona física o jurídica que, juntament amb l'Asseguradora, subscriu aquest contracte i amb això accepta les obligacions que s'hi estableixen a canvi de les que l'Asseguradora pren a càrrec seu, tot i que alguna, per la seva naturalesa, l'hagi d'acomplir el mateix assegurat.

Prestació: cobertura econòmica de l'assistència sanitària (descrita a l'apartat 2 de les clàusules descriptives de la cobertura d'assistència sanitària) derivada de l'esdeveniment del sinistre en la forma que s'estableix en aquestes condicions generals.

Procés mèdic: és el conjunt d'atencions sanitàries que comprén el diagnòstic i tractament d'una malaltia o lesió, incloses l'hospitalització i rehabilitació del pacient, si escau. Serveis per als quals cal autorització prèvia: s'hi fa referència en la modalitat II d'aquesta pòlissa i estan especificats en els quadres mèdics de l'Asseguradora.

Prima: preu de l'assegurança. El rebut de la prima ha d'incloure, a més, els recàrrecs, impostos i taxes repercutibles legalment. La prima de l'assegurança és anual, encara que se'n fraccioni el pagament.

Quadre mèdic: relació editada de professionals i establiments sanitaris propis o concertats per l'Asseguradora en cada província, amb adreça, telèfon i horari. A l'efecte d'aquesta assegurança es consideren quadres mèdics de l'Asseguradora tant els de les províncies en què l'Asseguradora opera directament com els d'aquelles altres en què ho fa mitjançant un concert amb altres Asseguradores. En cada quadre mèdic provincial es relacionen, a més dels professionals i els establiments sanitaris de la província, els serveis d'informació i els telèfons d'atenció a l'Assegurat de tot el territori nacional. El Prenedor i els Assegurats queden informats i assumeixen que els professionals i els centres que integren el quadre mèdic actuen amb plena independència de criteri, autonomia i responsabilitat exclusiva en l'àmbit de la prestació sanitària que els és pròpia.

Clàusules descriptives de la cobertura de assistència sanitària

Qüestionari de salut: declaració realitzada i signada pel Prenedor o l'Assegurat abans de formalitzar la pòlissa i que serveix a l'Asseguradora per valorar el risc que és objecte de l'assegurança.

Sinistre: esdeveniment que té unes conseqüències que fan necessària la utilització de serveis sanitaris el cost dels quals està totalment o parcialment cobert per la pòlissa.

Serveis que precisen autorització prèvia: es fa referència a ells en la Modalitat II d'aquesta Pòlissa i estan especificats en els Quadres Mèdics de l'Asseguradora.

Targeta sanitària: document propietat de l'Asseguradora que s'expedeix i es lliura a cada Assegurat inclòs dins la pòlissa i l'ús del qual, personal i intransferible, és necessari per rebre els serveis que cobreix la pòlissa.

Suma assegurada: és la quantitat màxima d'indemnització que l'Asseguradora pagarà com a reemborsament de despeses de l'Assegurat en una anualitat d'assegurança completa.

Termini o període de carència: interval de temps durant el qual no són efectives algunes de les cobertures que s'inclouen en les garanties de la pòlissa. Aquest termini es computa per mesos, comptadors des de la data d'entrada en vigor de la pòlissa per a cadascun dels Assegurats que hi estan inclosos.

Urgència: situació de l'Assegurat que fa necessària l'assistència mèdica de manera immediata a fi d'evitar un dany irreparable en la seva salut.

2. Modalitat I: reemborsament de despeses sanitàries

2.1. Quan l'Assegurat requereixi assistència sanitària compresa en les especialitats i serveis que inclou la cobertura segons les clàusules 4 i 5 (Clàusules Descriptives de Cobertura), i decideixi rebre-la d'un hospital o una clínica i/o de facultatius aliens als quadres mèdics de l'Asseguradora, l'Asseguradora reemborsarà a l'Assegurat les despeses que el tractament comporti, d'acord amb els límits i percentatges establerts en les condicions especials d'aquesta assegurança.

2.2. Per obtenir el reemborsament de les despeses sanitàries que esmenta l'apartat anterior, l'Assegurat s'obliga a presentar a través de l'àrea privada al web www.adeslas.es, o bé a les oficines de l'Asseguradora la documentació següent:

- a) Imprès de sol·licitud de reemborsament de despeses, segons model de l'Asseguradora, degudament emplenat i signat per l'Assegurat.
- b) Originals o còpies de les factures relatives a les despeses sanitàries causades i dels rebuts o documents que acreditin haver satisfet el seu import als establiments i professionals sanitaris que corresponguin.

Clàusules descriptives de cobertura d'assistència sanitària

Les factures inclouran:

- Nom i cognoms o denominació social de la persona física o jurídica que les emeti, domicili, telèfon, número de col·legiat i especialitat si escau, i NIF o CIF.
- Desglossament adequat dels diversos conceptes assistencials i naturalesa (classe d'acte/s mèdic/s amb data/dates).

c) Originals o còpies de les prescripcions mèdiques en cas de mitjans de diagnòstic, tractaments especials, hospitalització i altres serveis.

d) En cas d'hospitalització, informe clínic en el qual es facin constar antecedents, data d'inici, causa, origen i evolució de la malaltia o lesió, i també l'assistència sanitària prestada a l'Assegurat. És imprescindible per al reemborsament de les despeses sanitàries produïdes que els documents identifiquin pel nom i cognoms el pacient receptor de l'assistència.

No obstant això, l'Assegurat, quan li ho requereixi l'Asseguradora, ha d'aportar els originals de la documentació anterior.

Amb independència de tot això, l'Assegurat s'obliga a prestar a l'Asseguradora tota la col·laboració que li sol·liciti per completar la informació sobre el sinistre i les seves conseqüències, i permetre la visita mèdica dels professionals mèdics i especialistes designats per l'Asseguradora, els quals no sols vetllaran per l'acompliment exacte del contracte d'assegurança sinó que donaran suport amb els seus coneixements a l'equip mèdic que atengui el pacient.

Dins d'aquesta col·laboració, l'Assegurat s'obliga a facilitar a l'Asseguradora la traducció oficial dels documents redactats en idiomes diferents dels que tenen caràcter d'oficials a l'Estat espanyol. Si els documents aportats estiguessin redactats en els idiomes anglès i/o francès, l'Assegurat pot quedar exempt d'aportar la traducció corresponent al castellà si sol·licita a l'Asseguradora que sigui ella mateixa la que en faci la traducció. En aquest su-pòsit, l'Assegurat accepta la traducció que faci l'Asseguradora.

2.3. L'Asseguradora farà efectiu a l'Assegurat l'import que correspongui dins dels 15 dies laborals següents a la recepció de la documentació completa especificada en l'apartat anterior. El pagament es farà sempre en moneda espanyola, tot i que les factures s'hagin estés en una altra moneda diferent. En aquest darrer cas, es farà el pagament al canvi aplicable en la data de recepció de les factures per l'Asseguradora.

Tot i que l'Asseguradora pagarà en principi a l'Assegurat les indemnitzacions previstes en la pòlissa, es reserva expressament la facultat de fer aquest pagament directament als professionals i centres sanitaris emissors de la factura corresponent, sempre que aquesta no s'hagi satisfet prèviament, i en la quantia corresponent a l'Asseguradora d'acord amb els límits establerts en les condicions especials.

3. Modalitat II: prestació d'assistència sanitària per mitjà dels quadres mèdics de l'Asseguradora

La prestació es farà d'acord amb el que segueix:

3.1. L'Assegurat, per rebre l'assistència sanitària que inclou la cobertura de la pòlissa, pot triar lliurement entre els professionals sanitaris, els centres mèdics, els hospitals i els sanatoris (proveïdors assistencials) que l'Asseguradora tingui, en cada moment, concertats arreu d'Espanya. Cada any natural l'Asseguradora edita aquesta llista de proveïdors assistencials agrupats per províncies a través dels quadres mèdics que, per a especialitats concretes, poden recollir un únic prestador del servei. L'Assegurat té l'obligació d'utilitzar els serveis dels proveïdors assistencials que estiguin donats d'alta en la data en què se sol·liciti l'assistència. Amb aquesta finalitat, l'Assegurat pot demanar a les oficines de l'Asseguradora un exemplar del quadre mèdic actualitzat, o bé pot consultar els quadres mèdics de província actualitzats al web www.adeslas.es/cuadromedico.

L'Asseguradora abona directament al professional o el centre els honoraris i les despeses que s'hagin produït amb motiu de l'assistència, sempre que es compleixin tots els requisits i totes les circumstàncies que estableix la pòlissa.

3.2. La visita domiciliària de medicina general i infermeria s'ha de demanar, per als malalts que no es puguin desplaçar a la consulta, abans de les 10 hores, perquè es pugui fer en el dia.

L'Asseguradora s'obliga a donar cobertura econòmica a la prestació de l'assistència només en el domicili de l'Assegurat que figura a la pòlissa, sempre que aquest servei estigui concertat en aquella zona; qualsevol canvi de domicili s'ha de notificar a l'Asseguradora per qualsevol mitjà fefaent amb una antelació mínima de vuit dies abans de requerir una prestació a domicili.

3.3. Per a cadascun dels serveis que rebí en una mateixa cita, l'Assegurat ha d'exhibir la targeta sanitària personal que l'Asseguradora li ha lliurat a aquest efecte i ha de signar els rebuts justificatius dels serveis rebuts, una de les còpies dels quals li lliuraran com a comprovant.

3.4. L'HOSPITALITZACIÓ O LA PRESTACIÓ DELS SERVEIS QUE, D'ACORD AMB LES NORMES D'ÚS DELS SERVEIS SANITARIS QUE FIGUREN AL QUADRE MÈDIC EDITAT, REQUEREIXIN PRESCRIPCIÓ LES HA D'ORDENAR PER ESCRIT UN METGE D'AQUEST QUADRE I L'ASSEGURAT HA D'OBTENIR LA CONFORMITAT PRÈVIA DOCUMENTADA DE L'ASSEGURADORA EN QUALESVOL DE LES OFICINES DE L'ENTITAT, O A TRAVÉS DELS CANALS DIGITALS O TELEFÒNICS QUE EN CADA MOMENT TINGUI HABILITATS PER FER-HO.

TAMBÉ ÉS UN REQUISIT IMPRESCINDIBLE PER OBTENIR LA CONFORMITAT ESCRITA DE L'ASSEGURADORA QUE L'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA QUE CALGUI FER EN RÈGIM D'HOSPITALITZACIÓ LA DUGUI A TERME UN FACULTATIU DEL QUADRE MÈDIC DE L'ASSEGURADORA I QUE ESTIGUI COBERTA PER LA PÒLISSA.

Clàusules descriptives de cobertura d'assistència sanitària

Un cop atorgada la conformitat escrita, l'Asseguradora hi queda vinculada econòmicament. En els casos d'urgència, n'hi ha prou a aquest efecte amb l'ordre del metge, PERÒ L'ASSEGURAT HA D'OBTENIR LA CONFORMITAT ESCRITA DE L'ASSEGURADORA DINS DE LES SETANTA-DUES HORES SEGÜENTS A L'INGRÉS HOSPITALARI. Un cop obtinguda, l'Asseguradora hi queda vinculada econòmicament fins que no manifesti reserves a l'ordre del metge, en cas d'entendre que la pòlissa no cobreix l'acte o l'hospitalització.

3.5. Per rebre un servei d'urgència, s'ha de sol·licitar per telèfon a la plataforma d'urgències o anar directament, segons escaigui, a un dels centres permanents d'urgències que l'Asseguradora té establerts al quadre mèdic, on figuren l'adreça i el telèfon.

3.6. A l'efecte d'aquesta assegurança, s'entén comunicat el sinistre quan l'Assegurat sol·liciti la prestació de l'assistència, tret que calgui la conformitat prèvia de l'Asseguradora d'acord amb la clàusula 4.5. anterior, cas en el qual la comunicació cal fer-la a l'Asseguradora tal com s'estableix a la clàusula esmentada.

4. Cartera de serveis amb cobertura

Els avenços diagnòstics i terapèutics que es vagin produint en la ciència mèdica, en el període de cobertura d'aquesta assegurança, poden passar a formar part de les cobertures de la pòlissa sempre que les agències d'avaluació de les tecnologies sanitàries dependents dels Serveis de Salut de les comunitats autònomes o del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat en ratifiquin els estudis de validació de l'efectivitat mitjançant un informe positiu.

En cada renovació d'aquesta pòlissa, SegurCaixa Adeslas, SA d'Assegurances i Reassegurances detalla les tècniques o els tractaments que passen a formar part de les cobertures de la pòlissa per al període següent.

Les especialitats, les prestacions sanitàries i els altres serveis que cobreix aquesta pòlissa són els que s'esmenten a continuació, juntament amb les exclusions específiques corresponents, en cas que n'hi hagi, i també s'hi apliquen les exclusions comunes que s'esmenten a l'apartat 5.

4.1. MEDICINA PRIMÀRIA

- **Medicina General.** Assistència a la consulta i a domicili.
- **Pediatria i puericultura.** Per a infants menors de catorze anys.
- **Infermeria.** Servei en consulta i a domicili. En aquest últim cas, sempre que el malalt faci llit i amb la prescripció prèvia d'un facultatiu del quadre mèdic de l'Asseguradora.

4.2. URGÈNCIES

L'assistència sanitària en casos d'urgència es presta als centres d'urgència permanent (24 hores) que s'indiquin al quadre mèdic de l'Asseguradora. L'assistència és domiciliària sempre que l'estat del malalt ho requereixi.

4.3. ESPECIALITATS

Assistència sanitària en consultes mèdiques o en règim d'hospitalització (segons el criteri d'un facultatiu del quadre mèdic de l'Asseguradora), en les especialitats que indiquem a continuació:

- **Al·lèrgologia.** Les vacunes són a compte de l'Assegurat.
- **Anestèsia i reanimació**
- **Angiologia i cirurgia vascular.** Inclou el tractament intraluminal de varices per làser i radiofreqüència, sempre que no sigui per motius estètics.
- **Aparell digestiu**
- **Cardiologia**
- **Cirurgia cardiovascular**
- **Cirurgia general i de l'aparell digestiu.** Inclou la cirurgia bariàtrica per a pacients en els quals hagi fracassat el tractament conservador supervisat, amb un índex de massa corporal igual o superior a 40 kg/m², o a 35 si s'hi associen comorbiditats superiors.
- **Cirurgia maxil·lofacial.** Se n'exclouen els tractaments estètics. Així mateix, se n'exclou la cirurgia ortognàtica, la cirurgia preimplantacional i la cirurgia preprotètica, encara que tinguin una finalitat funcional.
- **Cirurgia pediàtrica**
- **Cirurgia plàstica reparadora.** Se n'exclou la cirurgia amb finalitats estètiques, tret de la reconstrucció de la mama afectada després d'una mastectomia i la remodelació de la mama sana contralateral, aquesta última amb un límit màxim d'un any després de la cirurgia oncològica, si un informe mèdic ho considera una opció terapèutica. Inclou la pròtesi mamària i els expanders de pell. Se n'exclou la reconstrucció o simetrització mamària després d'una cirurgia de resecció mamària per patologia benigna, com també les tècniques de lipoinfiltració per a qualsevol mena de patologia.
- **Cirurgia toràcica**
- **Dermatologia medicoquirúrgica.** Inclou la teràpia fotodinàmica, la dermatoscòpia digital i la fototeràpia PUVA i PUVB. S'exclouen en aplicacions cosmètiques o estètiques i com a proves de cribratge.

- Endocrinologia i nutrició
- Geriatria
- Hematologia i hemoteràpia
- Immunologia
- Medicina interna
- Medicina nuclear
- Nefrologia
- Neonatologia
- Pneumologia
- Neurocirurgia
- Neurofisiologia clínica
- Neurologia
- **Obstetrícia i ginecologia.** Vigilància de l'embaràs i assistència als parts.
- **Odontoestomatologia.** Estan cobertes les cures estomatològiques, les extraccions i una neteja de boca cada any. A partir de la segona neteja dins de l'any, cal la prescripció mèdica.
- **Oftalmologia.** Inclou retinografia, tomografia de coherència òptica, ortòptica i pleòptica, cross linking corneal (**exclòs en cas d'èctasi com a conseqüència de qualsevol cirurgia refractiva**), tractament de la degeneració macular associada a l'edat per teràpia fotodinàmica o injecció intravítrea de fàrmacs (en aquest cas, el cost dels fàrmacs utilitzats són a càrrec de l'Assegurat). **Se n'exclou la correcció quirúrgica de la miopia, hipermetropia o astigmatisme i presbícia, i qualsevol altra patologia refractiva ocular.**
- **Oncologia mèdica i radioteràpia.**
- **Otorrinolaringologia.** Inclou la radiofreqüència i la cirurgia mitjançant làser de CO₂.
- **Psicologia clínica: amb un màxim de vint sessions per cada anualitat d'assegurança o quaranta sessions en cas de trastorns alimentaris.** Requereix la prescripció d'un especialista en psiquiatria concertat i l'autorització prèvia de l'Asseguradora. **Se n'exclou la psicoanàlisi, la hipnosi, els tests neuropsicològics i psicòmètrics, la sofrologia, la narcolèpsia ambulatoria, qualsevol mètode d'assistència psicològica no conductual, la psicoteràpia de grup i la rehabilitació psicosocial.**
- **Psiquiatria.**

- **Rehabilitació i fisioteràpia**, prèvia prescripció d'un facultatiu del quadre mèdic de l'Asseguradora. Comprèn la valoració del metge rehabilitador i la fisioteràpia amb cobertura de règim ambulatori (**fisioteràpia domiciliària exclosa**), la rehabilitació de l'aparell locomotor, la rehabilitació vestibular, la rehabilitació del sòl pelvià (**exclusivament** per a disfuncions produïdes com a conseqüència de l'embaràs i el part, coberts prèviament per l'assegurança) i la rehabilitació cardíaca (**exclusivament** per a recuperació immediata en pacients que hagin patit un infart agut de miocardi o cirurgia cardíaca amb circulació extracorpòria, coberts prèviament per l'assegurança). En règim d'hospitalització es cobreix la rehabilitació de l'aparell locomotor i cardíaca durant l'episodi d'ingrés que hagi justificat la necessitat d'aquesta rehabilitació. S'inclou el drenatge limfàtic després d'una cirurgia oncològica amb resecció de cadenes ganglionars tant en règim ambulatori com en hospitalització. **Se n'exclouen els tractaments de fisioteràpia i rehabilitació quan s'hagi aconseguit la recuperació funcional, o el màxim que es pugui, o quan esdevingui teràpia de manteniment, com també la rehabilitació respiratòria, neuropsicològica o estimulació cognitiva i la teràpia ocupacional.**

- **Reumatologia**

- **Traumatologia i cirurgia ortopèdica.** Cirurgia artroscòpica. **Se n'exclou expressament la infiltració de plasma ric en plaquetes o factors de creixement.**

- **Urologia.** Inclou l'ús del làser per tractar quirúrgicament la hiperplàsia benigna de pròstata. **Se n'exclou el tractament quirúrgic prostàtic amb crioteràpies, radiofreqüència, HIFU (ultrasonò focalitzat d'alta intensitat) i termoteràpies.**

4.4. MEDICINA PREVENTIVA

S'inclouen els controls preventius, adequats a l'edat de l'Assegurat, prescrits per un facultatiu del quadre mèdic de l'Asseguradora i fets amb mitjans i tècniques coberts per la garantia de la pòlissa.

- **Pediatria:** inclou controls preventius i de desenvolupament infantil: consulta periòdica amb especialista i exàmens de salut del nadó (detecció de metabolopaties i detecció precoç de la hipoacúsia mitjançant otoemissions acústiques o potencials evocats en cas que calgui).

- **Obstetrícia i ginecologia:** revisió ginecològica cada anualitat d'assegurança per prevenir el càncer de mama, endometri i cèrvix. Inclou la consulta i exploració amb l'especialista, com també les proves diagnòstiques segons el criteri del metge: ecografia ginecològica, mamografia, citologia i detecció del virus del papil·loma humà.

- **Cardiologia:** inclou la prevenció del risc coronari en persones més grans de 40 anys, mitjançant la consulta al metge especialista i les proves diagnòstiques segons el criteri del metge (ECG, radiografia de tòrax, prova d'esforç, analítica bàsica de sang i orina).

Clàusules descriptives de cobertura d'assistència sanitària

- **Urologia:** revisió urològica cada anualitat d'assegurança per prevenir el càncer de pròstata. Comprèn la consulta i exploració física per part del metge especialista i les proves diagnòstiques segons el criteri del metge: analítica bàsica d'orina i sang, incloent-hi PSA (determinació d'antigen prostàtic específic) i ecografia prostàtica.

- **Planificació familiar:** control del tractament amb anovulatoris, implantació i vigilància del DIU (inclou el cost del dispositiu). Inclou la lligadura de trompes i la vasectomia, com també l'estudi diagnòstic de les causes d'esterilitat o infertilitat (estudis serològics i hormonals, cariotip, a més d'histerosalpingografia en la dona i espermograma en l'home. **Se n'exclou expressament la interrupció voluntària de l'embaràs i les reduccions embrionàries, com també els tractaments d'esterilitat o infertilitat i les cirurgies per revertir la lligadura de trompes i la vasectomia.**

- **Prevenió del càncer colorectal.** Inclou consulta i exploració física amb l'especialista, com també, segons el criteri del metge, el test de detecció de sang oculta en femta i si calgués, colonoscòpia.

4.5. MITJANS DE DIAGNÒSTIC

4.5.1. Anàlisis clíniques, anatomia patològica i citopatologia. Se n'exclouen les biòpsies líquides.

4.5.2. Radiologia general: inclou les tècniques habituals de diagnòstic per a la imatge i també la utilització de mitjans de contrast.

4.5.3. Altres mitjans de diagnòstic: doppler cardíac, electrocardiografia, electroencefalografia, electromiografia, fibroendoscòpia i ecografies.

4.5.4. Mitjans de diagnòstic d'alta tecnologia diagnòstica i terapèutica:

- Immunohistoquímica.
- Ergometria, Holter (**queden exclòs els holter implantables**), estudis electrofisiològics i terapèutics.
- Polisomnografia.
- Endoscòpies digestives, diagnòstiques o terapèutiques .
 - Càpsula endoscòpica per a l'estudi diagnòstic de l'hemorràgia digestiva d'origen no identificat després de colonoscòpia i endoscòpia alta.
 - Ecoendoscòpia.
 - Resecció endoscòpica mucosa o mucosectomia.
 - Dissecció endoscòpica submucosa per extirpar, a tota la via digestiva, lesions pre-malignes o malignes més grans de 2 cm en què s'hagi descartat polipectomia convencional i necessitin tractament quirúrgic.
 - Ablació per radiofreqüència en casos d'esòfag de Barret.
 - **Se n'exclouen les tècniques bariàtriques per endoscòpia.**

- Fibroendoscòpia nasal i fibrobroncoscòpies: diagnòstiques o terapèutiques. Ecobroncoscòpia.
- Elastografia de transició hepàtica (fibroscan) per diagnosticar la fibrosi hepàtica de diferents etiologies, especialment per confirmar la presència de cirrosi, excloent-ne la malaltia hepàtica alcohòlica.
- Neuronavegador i monitorització neurofisiològica intraoperatòria: s'hi inclou la neuronavegació quirúrgica no robòtica en intervencions intracranials i en fixacions vertebrals de dos nivells o més o cirurgia oncològica de columna vertebral o medul·la espinal. **No s'hi inclouen altres indicacions de navegació quirúrgica.** S'hi inclou la monitorització neurofisiològica intraoperatòria en les mateixes intervencions i, a més, en cirurgies de tiroides i paratiroides i risc del nervi facial perifèric.
- Tomosíntesi de mama.
- Ressonància magnètica i tomografia computada (TAC/escàner). **Se n'exclou la tomografia computada de feix cònic.**
- Colonografia realitzada mitjançant TC (**exclusivament** com a prova complementària a la fibrocolonoscòpia per intolerància o estenosi i en pacients amb problemes mèdics que contraindiquin la pràctica de la fibrocolonoscòpia convencional).
- Coronariografia per TAC: està coberta **exclusivament** per a pacients amb malaltia coronària simptomàtica amb prova d'esforç no conclouent; en pacients asimptomàtics, però amb prova de detecció isquèmica positiva o dubtosa; en cirurgies de recanvi valvular i en valoració d'estenosi per sospita clínica després de la col·locació de stents coronaris o de cirurgia de bypass coronari i en malformacions de l'arbre coronari. **No s'inclou la cobertura sota cap circumstància per quantificar el calci en artèries coronàries i la utilització com a prova diagnòstica de screening.**
- Ressonància magnètica multiparamètrica.
- Biòpsia prostàtica per fusió d'imatges ecodirigida, en casos d'alta sospita clínica de càncer de pròstata (acreditada per valors del PSA*) i amb almenys una biòpsia prostàtica prèvia negativa feta en el decurs dels últims 18 mesos previs a la sol·licitud de la biòpsia per fusió.
* Elevació PSA total > 10 ng/ml o elevació persistent (més de sis mesos) del PSA total entre 4 i 10 ng/ml o coeficient PSA lliure/total <20 % (< 0,2)
- Medicina nuclear. PET/TC. S'hi inclouen **exclusivament** els que es facin amb el radiofàrmac ¹⁸F-FDG i en les indicacions clíniques que s'estableixen a la fitxa tècnica d'aquest radiofàrmac i autoritzades per l'Agència Espanyola de Medicaments i Productes Sanitaris i PET/RM (**exclusivament els que es facin amb el radiofàrmac ¹⁸F-FDG en indicacions clíniques oncològiques**).
- Amniocentesi i cariotips.

Clàusules descriptives de cobertura d'assistència sanitària

- Proves genètiques. Es cobreixen **exclusivament** les proves que tinguin com a finalitat diagnosticar malalties en pacients afectes i simptomàtics.
 - Inclou les dianes terapèutiques la determinació de les quals s'exigeixi a la fitxa tècnica emesa per l'Agència Espanyola de Medicaments i Productes Sanitaris per administrar alguns fàrmacs.
 - Inclou les plataformes genòmiques de càncer de mama Oncotype i Mammaprint prescrites per especialistes en oncologia mèdica, únicament en dones amb càncer de mama en estadis inicials (I-II), receptors d'estrògens (RE/ER) positius, HER 2 negatiu i: a) ganglis limfàtics negatius (N0) o b) metàstasi de gangli axil·lar menor o igual a 2 mm (N1mi) o N1 amb afectació d'1 a 3 ganglis com a màxim.
 - També inclou els tests d'ADN fetal en sang materna per fer el diagnòstic prenatal de les trisomies 21, 18 i 13 prenatal quan l'índex de risc en el cribratge combinat del primer trimestre (CCPT) estigui comprès entre 1/50 i 1/250 o en gestants amb embaràs previ amb aneuploidies als cromosomes 21, 18 o 13, independentment del CCPT.

S'exclou expressament de la cobertura de l'assegurança qualsevol mitjà de diagnòstic o tractament mitjançant teràpia genètica, els estudis de farmacogenètica, la determinació del mapa genètic amb finalitats predictives o preventives, les biòpsies líquides i qualsevol altra tècnica genètica o de biologia molecular.

4.5.5. Mitjans de diagnòstic intervencionistes: radiologia intervencionista vascular i visceral i hemodinàmica vascular.

Les proves de diagnòstic les han de prescriure, en tots els casos, facultatius del quadre mèdic de l'Asseguradora que tinguin a càrrec seu l'assistència de l'Assegurat, assistència que ha de cobrir la pòlissa.

4.6. HOSPITALITZACIÓ

Qualsevol mena d'hospitalització es fa a la clínica o a l'hospital concertat amb l'entitat asseguradora. Per fer-ho cal la prescripció prèvia d'un especialista concertat i l'autorització escrita de l'Asseguradora.

L'hospitalització es fa sempre en una habitació individual amb llit per a l'acompanyant, **excepte** en les hospitalitzacions psiquiàtriques, a l'UVI i neonatològiques, i són per compte de l'Asseguradora les despeses derivades de la realització dels mètodes diagnòstics i terapèutics, els tractaments quirúrgics (despeses de quiròfan i medicaments inclosos) i les estades amb la manutenció del malalt, inclosos en la cobertura de la pòlissa. **Se n'exclou l'assistència i el tractament hospitalari per raons de tipus social.**

Es fa en centres del quadre mèdic de l'Asseguradora sota les condicions següents:

- **Hospitalització obstètrica (parts).** Inclou el tractament del ginecòleg obstetra o la llevadora en ingrés hospitalari durant el procés d'embaràs o part, i el niu o la incubadora per al nadó durant l'internament.
- **Hospitalització quirúrgica.** Inclou les especialitats quirúrgiques per tractar les patologies que ho requereixin, l'estudi preoperatori o preanestèsic (consulta, analítica i electrocardiograma), les visites i les cures del postoperatori immediat, la cirurgia major ambulatoria i, si és el cas, els implants quirúrgics i les pròtesis que s'especifiquen a la clàusula descriptiva de cobertura 4.7 d'aquestes condicions generals.
- **Hospitalització mèdica sense intervenció quirúrgica.** Inclou les diverses especialitats mèdiques per diagnosticar o tractar les patologies mèdiques susceptibles d'ingrés.
- **Hospitalització pediàtrica.** Per a menors de 14 anys. Inclou l'assistència per motiu d'intervenció quirúrgica o malaltia mèdica, tant en hospitalització convencional com en unitats de neonatologia (cures intensives o cures intermèdies).
- **Hospitalització en unitat de vigilància intensiva (UVI).**
- **Hospitalització psiquiàtrica.** Exclusivament per als malalts de processos aguts o crònics en període d'agitació, diagnosticats prèviament per un especialista del quadre mèdic de l'Asseguradora, en règim d'internament o en hospitalització de dia, amb un límit de seixanta dies per cada anualitat d'assegurança.
- **Hospitalització de dia:** tant per a processos quirúrgics com mèdics, incloent-hi els tractaments quimioteràpics en oncologia. Comprèn les despeses d'estada, medicació i mitjans diagnòstics que es facin servir mentre romanguin al centre hospitalari.

4.7. IMPLANTS I PRÒTESIS QUIRÚRGIQUES

Els subministren sempre les empreses concertades amb l'Asseguradora. La garantia comprèn, prèvia prescripció escrita d'un metge especialista del quadre mèdic, les pròtesis internes i els materials implantables, que s'indiquen expressament a continuació:

- **Cardiovasculars:** marcapassos (monocamerals, bicamerals i marcapassos amb teràpia de resincronització cardíaca), vàlvules cardíques mecàniques, biològiques xenòlogues i anells per a valvuloplàstia, conducte valvulat, stent coronari (medicalitzat o no medicalitzat), pròtesi de bypass vascular i endopròtesis (stents) vasculars. Substituts del pericardi (sintètics i biològics xenòlegs) i filtre de vena cava. **Se n'exclouen els marcapassos amb tecnologia sense cable, els desfibril·ladors automàtics implantables (DAI) i les vàlvules cardíques transcathèter.**

Clàusules descriptives de cobertura d'assistència sanitària

- **Osteoarticulars:** pròtesis internes traumatològiques, el material d'osteosíntesi i el material osteotendinós biològic obtingut de bancs de teixits autoritzats a la Unió Europea. **Se n'exclouen els fixadors externs i els dispositius d'elongació de l'os intramedul·lars guiats per dispositius electrònics.**
- **Oftalmològics:** lents intraoculars (monofocals i bifocals) per corregir l'afàquia després d'una cirurgia de cataractes. **Se n'exclouen les lents tòriques, monofocals de rang estès, lents EDOF (de profunditat de focus estesa), trifocals i altres lents amb correcció visual afegida.**
- **Quimioteràpia o tractament del dolor:** reservoris implantables (ports).
- **Implants reparadors:**
 - Pròtesi mamària i expansors cutanis per reconstruir la mama afectada després d'una mastectomia i remodelar la mama sana contralateral (aquesta última, **amb un límit màxim d'un any després de la cirurgia oncològica**, si es considera com a opció terapèutica mitjançant un informe mèdic).
 - Malles sintètiques per reconstruir la paret abdominal o to-ràcica.
- **Urològics i geniturinaris:** pròtesis testiculars després d'una orquiectomia **exclusivament després d'un procés tumoral o torsió testicular.** Banda de fixació per a incontinència d'esforç quan hagi fracassat el tractament conservador o el farmacològic.
- **Implants neurològics:** sistemes de derivació de líquid cefalorraquidi, incloent-hi els reservoris.
- **Implants otorinolaringològics:** tubs de drenatge transtimpànics.

El cost de qualsevol altra mena d'implant quirúrgic, material biològic, pròtesis externes, fixadors externs, ortesis i ortopròtesis no inclosos en el detall anterior és a càrrec de l'Assegurat.

4.8. TRACTAMENTS ESPECIALS

- **Teràpies respiratòries a domicili.** Inclou oxigenoteràpia (líquida, amb concentrador o gasosa), aerosolteràpia (en aquest cas, la medicació és a càrrec de l'Assegurat), ventilació amb pressió positiva contínua en via aèria (CPAP) i ventilació amb dispositius binivell (BIPAP).
- **Transfusions de sang o plasma.**
- **Logopèdia i foniatria.** Inclou el tractament de patologies del llenguatge, de la parla i de la veu de causa orgànica i trastorns funcionals. **Se n'exclouen els tractaments quan s'hagi aconseguit la recuperació funcional, o el màxim que sigui possible, o quan esdevingui teràpia de manteniment.** També es dona cobertura logopèdica per deglució atípica per a menors de 14 anys, fins a un **màxim de 20 sessions** per Assegurat i anualitat. **Se n'exclou el tractament dels trastorns de l'aprenentatge (dislèxia, disgrafia i discalculia).**

Clàusules descriptives de cobertura d'assistència sanitària

- **Laserteràpia.** Inclou la fotocoagulació en oftalmologia, la cirurgia en coloproctologia, les intervencions quirúrgiques en ginecologia, otorrinolaringologia i dermatologia, com també el làser en rehabilitació musculoesquelètica, en les intervencions per a la hiperplàsia benigna de pròstata, en la litotrícia de la via urinària i en el tractament endoluminal de les varices i les lesions traqueobronquials. **Se n'exclouen expressament totes les tècniques quirúrgiques o terapèutiques que facin servir el làser i no s'inclouen en el detall anterior.**

- **Nucleotomia percutània.**

- **Hemodiàlisi per a insuficiències renals agudes o cròniques.**

- **Quimioteràpia.** En règim d'internament o en hospitalització de dia. L'Asseguradora només assumeix les despeses de medicaments classificats com a citostàtics, comercialitzats a Espanya i que estiguin autoritzats pel Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat. Inclou els reservoris implantables (port-a-cath). **Se n'exclouen expressament els tractaments quimioteràpics intraoperatoris, com ara la quimioteràpia intraperitoneal.**

- **Oncologia radioteràpica.** Inclou cobaltoteràpia, braquiteràpia, isòtops radioactius i accelerador lineal: irradiació corporal (bany d'electrons); radiocirurgia i radioteràpia estereotàctica en els tumors intracranials; radioteràpia externa conformacional; radioteràpia extereotàctica corporal; radioteràpia amb intensitat modulada amb control d'imatge i moviment. **Se n'exclou la radioteràpia per a processos benignes no oncològics, tret d'emergències per compressió medul·lar i la teràpia amb feix de protons o neutrons.**

- **Tractament del dolor.** Inclou els reservoris implantables (port-a-cath). **Se n'exclouen les bombes implantables per a perfusió de medicaments i els elèctrodes d'estimulació medul·lar.**

- **Litotripsia renal.**

- **Ones de xoc per a calcificacions musculotendinoses.**

Els tractaments anteriors els han de prescriure, en tots els casos, facultatius del quadre mèdic de l'Asseguradora que tinguin a càrrec seu l'assistència de l'Assegurat, assistència que ha de cobrir la pòlissa.

4.9. TRASPLANTAMENTS D'ÒRGANS, TEIXITS I CÈL·LULES D'ORIGEN HUMÀ

L'assegurança inclou les actuacions mèdiques i quirúrgiques sobre l'Assegurat que calguin per fer-li un trasplantament autòleg de medul·la òssia o un trasplantament de còrnia, amb les gestions administratives que això comporti.

Se n'exclouen altres trasplantaments o autotrasplantaments d'òrgans, teixits o cèl·lules que no estiguin indicats en el detall anterior. Així mateix, s'exclouen en tots els trasplantaments d'òrgans les actuacions mèdiques i quirúrgiques que s'hagin de fer sobre la persona del donant, sigui Assegurat o no, per extreure l'òrgan que s'hagi de trasplantar a una altra persona, i les actuacions corresponents a conservar i traslladar l'òrgan.

4.10. ALTRES SERVEIS

- **Ambulàncies.** Per traslladar, dins de la província de residència, els malalts amb un estat físic que ho requereixi. L'assegurança cobreix **exclusivament** el desplaçament de l'Assegurat des del domicili fins al hospital i viceversa, i només per a ingrés hospitalari o assistència d'urgència. Cal que ho prescrigui un facultatiu del quadre mèdic de l'Asseguradora, excepte en cas d'urgència. **Se n'exclouen les despeses de transport de l'Assegurat al centre i viceversa en casos de rehabilitació, fisioteràpia i diàlisi.**

- **Preparació per al part.** Assistència impartida en cursos de preparació, que inclou els exercicis físics de relaxació i de simulació dels períodes de dilatació i expulsió del part.

- **Podologia.** **Exclusivament** tractaments de quiropòdia en consulta. **Amb un màxim de dotze sessions per cada anualitat d'assegurança.**

5. Exclusions comunes de la cobertura d'assistència sanitària

A més de les exclusions específiques que s'han esmentat més amunt per a algunes de les especialitats, prestacions o serveis coberts, també s'apliquen a tota la cobertura d'assistència sanitària les exclusions següents:

A) Se n'exclou l'assistència sanitària o qualsevol despesa mèdica que necessiti l'Assegurat i que sigui conseqüència, tingui relació o es derivi d'una situació que hagi estat declarada per organismes nacionals o internacionals com a epidèmia o pandèmia, o amb una declaració d'emergència de salut pública d'interès internacional o declaració equivalent.

Igualment, se n'exclouen les assistències sanitàries o qualsevol despesa mèdica que necessiti l'Assegurat que sigui conseqüència, tingui relació o es derivi de guerres, catàstrofes naturals o nuclears (amb declaració o sense), actes de terrorisme, insurreccions, tumults populars o qualsevol fenomen catastròfic extraordinari.

B) L'assistència sanitària de les lesions produïdes a causa d'embriaguesa, baralles (excepte en cas de legítima defensa), autolesions o intents de suïcidi.

S'entén per embriaguesa la que estableixi la legislació sobre trànsit, circulació de vehicles de motor i seguretat viària, amb independència que l'Assegurat condueixi o no el vehicle de motor en el moment en què es produeixi el sinistre.

C) Els fàrmacs i medicaments de qualsevol mena, productes sanitaris i de cura, tret dels que s'administren al pacient mentre estigui hospitalitzat, ja sigui en règim d'ingrés, hospital de dia o cirurgia ambulant. Se n'exclouen els medicaments de teràpia avançada, que comprenen els medicaments d'ús humà basats en gens (teràpia gènica), cèl·lules (teràpia cel·lular de qualsevol mena) i teixits (enginyeria tissular). A més, se n'exclouen tota mena de tractaments experimentals, incloent-hi els que estan en assaig clínic en totes les fases o graus.

Clàusules descriptives de cobertura d'assistència sanitària

D) L'assistència sanitària derivada d'alcoholisme crònic o addicció a drogues o psicofàrmacs de qualsevol mena.

E) L'assistència sanitària que es necessiti com a conseqüència de lesions produïdes durant la pràctica professional de qualsevol esport o activitat, com també la pràctica no professional d'activitats manifestament perilloses o d'alt risc com ara torèig o correbous, arts marcial, espeleologia, submarinisme, escalada, sal de pont, parapent, paracaigudisme, barranquisme, ràfting, vol sense motor o qualsevol altra de naturalesa anàloga.

F) L'assistència sanitària de tota mena de malalties, estats de salut, lesions, defectes o deformacions congènites o preexistents en la data d'efecte de l'alta de cada Assegurat a la pòlissa, si tot i conèixer-les l'Assegurat no les ha declarat en el qüestionari de salut. Aquesta exclusió no afecta els Assegurats incorporats a la pòlissa des del naixement, d'acord amb la clàusula 4.1.E. (Clàusules jurídiques).

G) El diagnòstic, el tractament i les intervencions quirúrgiques amb finalitats purament estètiques o cosmètiques, com també la necessitat de proves diagnòstiques o tractaments per complicacions que puguin estar causades directament o principalment per haver-se sotmès a una intervenció, infiltració o tractament de caràcter purament estètic o cosmètic. Se n'exclouen les tècniques de lipoinfiltració i la micropigmentació del complex areòla mugró.

H) La cirurgia robòtica directa o assistida (maniobres quirúrgiques que duu a terme un robot seguint les instruccions d'un cirurgià i guiat per un sistema laparoscòpic telero-botitzat, o la que fa el robot assistit per un sistema informatitzat de realitat virtual o navegador amb imatges en 3D obtingudes per ordinador) en totes les especialitats; les cirurgies profilàctiques, i les cirurgies de canvi de sexe.

I) Qualsevol tractament o prova diagnòstica la utilitat o eficàcia de la qual no estigui contrastada científicament o que es consideri de caràcter experimental o no l'hagin ratificat les agències espanyoles d'avaluació de tecnologies sanitàries. Se n'exclouen les medicines alternatives, naturopatia, homeopatia, acupuntura, mesoteràpia, hidroteràpia, pressoteràpia, ozonoteràpia, medicina regenerativa (inclou tècniques de regeneració tissular, cel·lular o molecular, els implants o trasplantaments de cèl·lules mare i l'enginyeria de teixits). A més, se n'exclou el tractament amb cambra hiperbàrica.

J) L'assistència sanitària que estigui coberta per l'assegurança d'accidents de treball i malalties professionals, segons la seva legislació específica.

K) Qualsevol intervenció quirúrgica sobre el no nascut.

L) Se n'exclouen tota mena de pròtesis i implants quirúrgics i material sanitari implantable sintètic o biològic, fixadors externs i interns que no estiguin detalls a l'apartat de cobertura d'implants i pròtesis quirúrgiques.

M) Se n'exclou la teràpia ocupacional.

N) Les despeses per viatge i desplaçaments.

O) El reemborsament de despeses de l'assistència sanitària no quirúrgica prestada pel cònjuge de íAssegurat o parents fins al quart grau de consanguinitat o afinitat.

No obstant això, en els supòsits previstos a les anteriors exclusions B), D), E) i J), l'Asseguradora assumeix l'assistència sanitària que s'hagi de prestar a l'Assegurat en situació d'urgència i mentre duri aquesta situació. Si l'assistència urgent inclou l'hospitalització del pacient, la cobertura s'acaba al cap de 24 hores de l'ingrés al centre hospitalari.

6. Límits generals.

L'Asseguradora assumeix les obligacions que recullen les clàusules 2 i 3 (Clàusules Descriptives de Cobertura) dins dels límits que s'estableixen a continuació:

6.1. ÀMBIT GEOGRÀFIC MODALITAT I.

Els centres i professionals sanitaris dels quals l'Assegurat pot rebre assistència, sol·licitant el reemborsament de despeses previst en la clàusula 2^a (Clàusules Descriptives de Cobertura), poden estar radicats en qualsevol país del món, incloent-hi Espanya. Estan exclosos d'aquesta modalitat d'assegurança tots els professionals i centres concertats que figuren en els quadres mèdics de l'Asseguradora, i és responsabilitat de l'Assegurat conèixer aquesta circumstància abans de rebre l'assistència, per a la qual cosa l'Asseguradora atorgarà les màximes facilitats d'assistència telefònica i documental.

6.2. ÀMBIT GEOGRÀFIC MODALITAT II.

La prestació d'assistència sanitària per mitjà dels quadres mèdics de l'Asseguradora es farà exclusivament dins d'Espanya. En aquesta modalitat II s'exclou expressament el pagament mitjançant el reemborsament de despeses previst en la modalitat I, i és preceptiu el pagament dels serveis amb taló d'assistència o qualsevol altre mitjà de pagament establert per l'Asseguradora, d'acord amb la clàusula 3^a (Clàusules Descriptives de Cobertura).

6.3. COMUNICACIÓ DE SINISTRES.

Per a l'aplicació de les garanties incloses en la modalitat I, l'Assegurat o qualsevol persona en nom seu ha de comunicar el sinistre a les oficines de l'Asseguradora tan aviat com sigui possible i en qualsevol cas dintre del termini màxim de set dies des que s'ha conegut, d'acord amb el que disposa l'article 16 de la Llei.

En el cas d'intervenció quirúrgica o d'hospitalització ha de comunicar-ho dins dels set dies immediatament anteriors a l'ingrés hospitalari, tret dels casos d'urgència, sense perjudici del que estableix la Llei.

A efectes de les garanties que comprèn la modalitat II, s'entén que s'ha comunicat el sinistre quan l'Assegurat sol·licita la prestació d'assistència segons el que preveu la pòlissa.

6.4. LÍMITS QUANTITATIUS.

Si l'Assegurat utilitza per a la seva assistència sanitària la modalitat II, és a dir, els quadres mèdics de l'Asseguradora, aquesta afrontará les despeses que això representi sense cap límit quantitatiu.

Si l'Assegurat utilitza cap de les garanties que comprèn la modalitat I de reemborsament de despeses, s'hi aplicaran els límits quantitatius següents:

A) SUMA ASSEGURADA ANUAL. La suma assegurada s'estableix a les condicions especials.

Computa a l'efecte de suma assegurada el total de les quantitats reemborsades per despeses sanitàries que es produeixin durant el període comprès entre les dates d'efecte i de venciment que s'indiquen a les condicions particulars. Quan s'assoleix el límit de la suma assegurada s'entén que s'acaben les obligacions de l'Asseguradora respecte de la modalitat I (reemborsament), fins a l'anualitat d'assegurança següent, en cas que es renovi la pòlissa.

Si es donen d'alta Assegurats després de l'inici de l'anualitat de l'assegurança en curs, la suma assegurada és proporcional a la fracció d'any que es contracti.

B) LÍMITS PARCIALS. Són els límits establerts en les condicions especials per als diversos tipus d'acte mèdic: les quantitats màximes que l'Asseguradora reemborsará per a cada tipus d'acte mèdic per al qual s'especifiquen. Només computaran i s'aplicaran a la modalitat I de reemborsament de despeses.

Així mateix, en el cas de diverses intervencions per la mateixa via d'abordatge, s'indemnitzará només la de més import.

Si transcorregudes 24 hores de la intervenció se'n requerís una de nova, tot i que tingui el mateix origen, es considerarà com una nova intervenció a l'efecte de la indemnització.

6.5. MITJANS SANITARIS ALIENS A L'ASSEGURADORA.

Amb relació a l'assistència sanitària que l'Assegurat rebí de professionals, centres i establiments sanitaris aliens als quadres mèdics de l'Asseguradora, aquesta no assumeix altres obligacions que les esmentades en la clàusula 2ª (Clàusules Descriptives de Cobertura), segons les condicions especials.

6.6. UTILITZACIÓ COMBINADA D'AMBDUES MODALITATS.

L'ús combinat de garanties compreses en una i una altra modalitat per a un mateix procés mèdic només serà possible si ho permeten els acords de l'Asseguradora amb els professionals, centres i establiments dels seus quadres mèdics que intervinguin en el procés.

Altrament, les despeses meritedes en l'assistència de l'Assegurat, en la totalitat, seran assumides per l'Asseguradora d'acord amb les previsions de la modalitat I de reemborsament de despeses, d'acord amb els límits quantitius establerts a les condicions especials.

7. Assegurança dels nounats

Els nounats poden ser Assegurats d'acord amb la clàusula 4^a (Clàusules Jurídiques) i tindran la cobertura especificada en la pòlissa.

Pel que fa a malalties congènites, malgrat que de manera general està exclosa la cobertura de malalties congènites, d'acord amb la clàusula 5^a (Clàusules Descriptives de Cobertura), quan es tracti de nounats fills de mare assegurada en la pòlissa almenys des de deu mesos abans del naixement i que hagin sigut donats d'alta en la pòlissa dins dels 15 dies naturals següents a la data d'alta hospitalària del nounat, i com a termini màxim 30 dies naturals transcorreguts des del naixement, l'Asseguradora atorgarà la cobertura següent:

- Estará coberta dins de la modalitat II l'assistència sanitària que necessiti el nounat com a conseqüència de malalties congènites.
- Estará coberta dins de la modalitat I de reemborsament de despeses l'assistència sanitària que necessiti com a conseqüència de malalties congènites només durant el primer any de vida i en qualsevol cas fins al límit indicat a les condicions especials.

8. Períodes de carència

Totes les prestacions que, en virtut de la pòlissa, assumeix l'Asseguradora es faciliten des de la data d'entrada en vigor del contracte per a cadascun dels Assegurats. **S'exceptuen del principi general anterior les prestacions següents:**

Mitjans de diagnòstic

Mitjans de diagnòstic d'alta tecnologia.	3 mesos
--	---------

Mitjans de diagnòstic intervencionista.	6 mesos
---	---------

Hospitalització

Intervencions quirúrgiques en règim ambulatori (intervencions del grup 0 al II, segons la classificació de l'Organització Mèdica Col·legial) .	3 mesos
--	---------

Lligament de trompes i vasectomia.	6 mesos
------------------------------------	---------

Hospitalització per qualsevol motiu o naturalesa en règim d'internament o en hospital de dia, com també les intervencions quirúrgiques realitzades en aquests règims.	8 mesos
---	---------

Cost d'implants i pròtesis quirúrgiques.	8 mesos
--	---------

Part o cesària.	8 mesos
-----------------	---------

En intervencions quirúrgiques i parts distòcics que es produeixen en situació d'urgència vital no s'hi aplica el període de carència previst, i tampoc als parts prematurs, és a dir, els que es produeixen abans de la 28^a setmana de gestació.

Tractaments especials

Laserteràpia: en tractaments de fotocoagulació en oftalmologia, com també el làser en rehabilitació musculoesquelètica.	3 mesos
---	---------

Nucleotomia percutània.	3 mesos
-------------------------	---------

Laserteràpia, cirurgia en coloproctologia, intervencions quirúrgiques en ginecologia, otorrinolaringologia i dermatologia, en les intervencions per a la hiperplàsia benigna de pròstata, en la litotrícia de la via urinària i en el tractament endoluminal de les varices i les lesions traqueobronquials.	8 mesos
--	---------

Tractament del dolor.	8 mesos
-----------------------	---------

Diàlisi.	8 mesos
----------	---------

Ones de xoc per a calcificacions musculotendinoses.	8 mesos
---	---------

Litotripsia renal.	8 mesos
--------------------	---------

Quimioteràpia i oncologia radioteràpica.	8 mesos
--	---------

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

Adeslas

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

S.RE.022C.22

Adelas Extra 95.455 €

CONDICIONS ESPECIALS

Pòlissa d'assegurança de malaltia.
Llibertat d'elecció a tot el món.

Adelas

CAIXABANK

L'Asseguradora ha de reemborsar a l'Assegurat el **80%** de les despeses corresponents a l'assistència sanitària rebuda en un hospital o clínica i/o de facultatius aliens als quadres mèdics de l'asseguradora, sempre que aquesta assistència estigui compresa a la cobertura concretament garantida en la pòlissa. El **20%** restant és a càrrec de l'assegurat.

La quantitat que l'Asseguradora hagi d'abonar en aplicació del percentatge esmentat, no excedirà els límits que s'estableixen tot seguit:

1. Assistència hospitalària

1.1. Honoraris mèdics en medicina primària

Primera Consulta	50,91 € cadascuna
Consultes successives	31,82 € cadascuna

1.2. Honoraris mèdics en especialitats

Primera Consulta	114,54 € cadascuna
Consultes successives	70,00 € cadascuna

En la quantitat esmentada estan incloses totes les proves diagnòstiques i actes terapèutics duts a terme en la consulta a l'Assegurat pel mateix especialista encarregat d'establir el diagnòstic i el tractament.

Es consideren successives totes aquelles consultes amb el mateix facultatiu que tinguin lloc durant els tres mesos següents a la primera, encara que aquest espai de temps compregui dos anys naturals diferents.

1.3. Mitjans de diagnòstic

Les quantitats màximes a reemborsar per l'Asseguradora són les següents:

Límit a abonar per reembors	Per acte	Per any natural/Assegurat
Anàlisis clíniques (n'inclou de tot tipus)	70,00 €	178,18 €
Radiologia convencional	70,00 €	178,18 €
Ecografies	57,27 €	146,36 €
Mamografia bilateral	70,00 €	170,00 €
T.A.C.- Escàner	114,54 €	229,09 €
Ressonància Magnètica Nuclear	210,00 €	420,01 €
Endoscòpies	108,18 €	216,36 €
Densitometria òssia	82,73 €	82,73 €
Holter	108,18 €	216,36 €
Ergometria	70,00 €	140,00 €
Ecocardiograma	70,00 €	140,00 €

Per a altres mitjans de diagnòstic diferents dels esmentats, el límit és de 1.050,01 € per any natural i per al conjunt dels mitjans esmentats, siguin els que siguin.

No s'abonarà cap quantitat com a reembors de la despesa en proves diagnòstiques efectuades a malalts hospitalitzats, per tractar-se d'un concepte ja inclòs a l'apartat 2.4 (Altres despeses hospitalàries).

2. Assistència ambulatoria**2.1. Honoraris mèdics en cas d'intervenció quirúrgica**

La intervenció quirúrgica es catalogarà dins del grup que correspongui de la Classificació Terminològica d'Actes i Tècniques Mèdiques editada pel Consell General de Col·legis Oficials de Metges, i no s'abonarà per al conjunt dels honoraris satisfets a cirurgians, ajudants, anestesistes i qualsevol altre professional, una quantitat superior a la que correspongui a la intervenció efectuada, tenint en compte el quadre següent:

Grup 0	159,09 €
Grup I	222,73 €
Grup II	540,91 €
Grup III	1.113,65 €
Grup IV	1.781,83 €
Grup V	2.227,30 €
Grup VI	2.863,66 €
Grup VII	4.136,41 €
Grup VIII	7.636,46 €

2.2. Honoraris mèdics si no hi ha intervenció quirúrgica

El límit és de **95,45 € per dia** d'hospitalització del pacient.

2.3. Pròtesis

Fins a un màxim de **3.181,85 € per Assegurat i any**.

2.4. Altres despeses hospitalàries

Fins a **222,73 € per dia d'hospitalització** del malalt. En cas que estigui ingressat a l'**UVI**, el límit és de **477,28 € per dia**. **Tractaments** en règim d'hospital de dia fins a **381,83 € per cada tractament**.

Les quantitats indicades comprenen el reembors abonable per qualsevol concepte sanitari, tret dels honoraris mèdics.

2.5. Trasplantaments

La quantitat màxima a reemborsar per l'Asseguradora no superarà els límits següents:

Pulmó	63.637,08 €
Fetge	63.637,08 €
Cor	50.909,67 €
Medul·la òssia	31.818,55 €
Ronyó	25.454,83 €
Còrnia	6.363,71 €

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

3. Cirurgia Robòtica

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

Aquest import inclou totes les despeses sanitàries causats per la intervenció quirúrgica (estada hospitalària, proves diagnòstiques, honoraris mèdics, utilització del robot, material fungible i no fungible, anestèsia, medicació i qualssevol altres despeses sanitàries que precisi).

A aquest efecte, encara que el centre hospitalari figurés en el Quadre Mèdic de l'Asseguradora s'aplicarà la modalitat de reemborsament en ser realitzada la intervenció per facultatiu aliè als quadres mèdics de l'Asseguradora.

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

4. Assistència per maternitat

El reembors que l'Asseguradora ha d'efectuar de les despeses corresponents a l'assistència mèdica i/o quirúrgica del part o puerperi, **no superarà en total la quantitat 1.909,12 € en cas de part normal, i 2.386,40 € en cas de part amb cesària**. A les quantitats esmentades cal incloure-hi totes les despeses causades per l'ingrés: visites hospitalàries, proves diagnòstiques, honoraris del tocòleg, llevadora i ajudants, anestèsia i qualsevol despesa hospitalària.

En cas que l'Assegurada sigui hospitalitzada en un centre inclòs al quadre mèdic de l'Asseguradora, aquesta ha d'assumir la totalitat de les despeses hospitalàries d'acord amb la Modalitat II, i ha de reemborsar, en concepte d'honoraris, fins a un **màxim de 1.272,74 € en cas de part normal i de 1.431,84 € en cas de part amb cesària**.

5. Malalties congènites del nounat

Es cobreixen l'assistència i les despeses causades per aquest motiu **durant el primer any de vida del nounat i per un límit màxim**, per a aquest període de temps de **7.954,63 €**.

6. Tractaments especials

El reembors màxim la satisfer pel conjunt del tractament, inclosos els honoraris dels facultatius que l'efectuïn, és el següent:

Accelerador lineal de partícules	2.227,308 €
Bomba de cobalt	1.272,74 €
Cirurgia cerebra estereotàctica tumora	7.000,08 €
Quimioteràpia	2.227,30 €
Litotripsia renal	1.018,19 €
Diàlisi (tot inclòs).	101,82 €

Per a altres tractaments especials diferents dels esmentats, **el límit és de 954,56 € per any natural** i per al conjunt dels tractaments duts a terme, siguin els que siguin.

7. Altres prestacions

Les prestacions que s'enumeren a continuació tenen els límits de reemborsament que s'esmenten:

Odontostomatologia (només prestacions cobertes segons les clàusules 4 i 5 de les condicions generals)	381,83 €
Rehabilitació i fisioteràpia	636,37 €
Psicoteràpia	636,37 €
Ambulància	636,37 €

8. Suma assegurada

Independentment de tot el previst anteriorment, l'Asseguradora no abonarà més de **95.455,63 €** en pagament de l'assistència sanitària rebuda per l'Assegurat durant una anualitat d'assegurança.

La quantitat indicada constitueix, per tant, la suma assegurada prevista en les clàusules 1 i 8 de les condicions generals. Amb l'objectiu d'unificar el venciment de les pòlisses a 31 de desembre, en cas que l'assegurança comenci a ser vigent posteriorment a l'1 de gener, la suma assegurada per al primer any serà proporcional a la fracció d'any contractada. També s'aplicarà la proporcionalitat l'any en què s'extingeixi la pòlissa si l'extinció és anterior al 31 de desembre.

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