

# Adeslas**EXTRA 240M**

Póliza de seguro de enfermedad.

| **condiciones especiales** |

**Adeslas**

## 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 a:

- el **90%** de los gastos razonables y acostumbrados correspondientes a la asistencia sanitaria recibida por el Asegurado en España.
- el **80%** de los gastos razonables y acostumbrados correspondientes a la asistencia recibida por el Asegurado en el extranjero.

Y siempre con un máximo de **240.000 €** por Asegurado y anualidad de Seguro. La cantidad indicada constituye, por ello, la suma asegurada prevista en las Cláusulas Descriptivas de Cobertura 1 y 6 de Condiciones Generales.

En caso de que se produzcan altas de asegurados durante el periodo de vigencia con posterioridad a la fecha de efecto indicada en las Condiciones Particulares, la suma asegurada establecida en estas Condiciones Especiales para el primer año, será proporcional a la fracción de año contratada. También se aplicará la proporcionalidad el año en que se extinga la Póliza, si la extinción es anterior a la fecha de vencimiento indicada en las Condiciones Particulares.

## LÍMITES ESPECIALES DE REEMBOLSO

No obstante lo dispuesto en el anterior apartado, el reembolso a efectuar por la Aseguradora no excederá de los límites que, para cada tipo o clase de asistencia sanitaria, a continuación se establecen:

### 1) Asistencia ambulatoria

#### 1.1. HONORARIOS MÉDICOS EN MEDICINA PRIMARIA/FAMILIAR Y MÉDICOS ESPECIALISTAS

Consulta ..... **40.000 € 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 **40.000 € anuales.**

**2.2. HONORARIOS MÉDICOS CUANDO NO EXISTA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA**

Gastos razonables y acostumbrados.

**2.3. PRÓTESIS**

La cantidad máxima a reembolsar será de **4.500 €** por Asegurado y anualidad de seguro.

**2.4. OTROS GASTOS HOSPITALARIOS**

Gastos de estancia y otros gastos de hospitalización: la cantidad máxima a reembolsar por ambos conceptos será de **1.400 € por día de hospitalización** del Asegurado. Si estuviera ingresado en UCI, el límite será de **1.820 € por día**.

En el supuesto de tratamientos en régimen de hospital de día, la cantidad máxima a reembolsar será de **600 € 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 el límite de **240.000 € anuales**.

En esta cantidad quedan incluidos 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 **12.500 €**.

## 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:

<b>Odontostomatología</b> (sólo prestaciones cubiertas según Cláusulas Descriptivas de Cobertura 4 y 5 de Condiciones Generales) .....	<b>365 € anuales</b>
<b>Rehabilitación y fisioterapia</b> .....	<b>1.500 € anuales</b>
<b>Psicoterapia</b> .....	<b>1.500 € anuales</b>
para el límite de 20 sesiones y <b>3.000 € anuales</b> para el límite de 40 sesiones en los casos de terapia derivada de trastornos alimentarios.	
<b>Ambulancia</b> .....	<b>1.200 € anuales</b>
<b>Podología</b> .....	<b>250 € anuales</b>
<b>Preparación al parto</b> .....	<b>125 € anuales</b>

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.