

adeslas
SEGUROS DE SALUD



CONDICIONES ESPECIALES

PÓLIZA DE SEGURO DE ENFERMEDAD

ADESLAS EXTRA 30 MILLONES

ÍNDICE

1.	ASISTENCIA AMBULATORIA	3
2.	ASISTENCIA HOSPITALARIA	4
3.	ASISTENCIA DE MATERNIDAD	5
4.	ENFERMEDADES CONGÉNITAS DEL RECIÉN NACIDO.....	5
5.	TRATAMIENTOS ESPECIALES	5
6.	OTRAS PRESTACIONES	6
7.	SUMA ASEGURADA.....	6

CONDICIONES ESPECIALES

PÓLIZA DE SEGURO DE ENFERMEDAD

ADESLAS EXTRA 30 MILLONES

ADESLAS reembolsará al Asegurado el 80% de los gastos correspondientes a la asistencia sanitaria recibida en un hospital o clínica y/o de facultativos ajenos a los cuadros médicos de la Aseguradora, siempre que dicha asistencia esté comprendida en la cobertura concretamente garantizada en la póliza. El 20% restante correrá a cargo del Asegurado.

La cantidad que la Aseguradora habrá de abonar en aplicación del porcentaje citado, no excederá sin embargo de los límites que a continuación se establecen:

1. ASISTENCIA AMBULATORIA

1.1. HONORARIOS MÉDICOS EN MEDICINA PRIMARIA

Primera Consulta	10.000 pesetas cada una	(60,10 €)
Consultas sucesivas	5.000 pesetas cada una	(30,05 €)

1.2. HONORARIOS MÉDICOS EN ESPECIALIDADES

Primera Consulta	27.000 pesetas cada una	(162,27 €)
Consultas sucesivas	12.000 pesetas cada una	(72,12 €)

En las cantidades citadas 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.

Se considerarán sucesivas todas las consultas con el mismo facultativo que tengan lugar en los tres meses siguientes a la primera, aunque tal espacio de tiempo abarque dos años naturales distintos.

1.3. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

El límite máximo de reembolso será de 400.000 pesetas (2.404,05 €) por año natural y para el conjunto de dichos medios.

No se incluye el reembolso del gasto en pruebas de diagnóstico realizadas a enfermos hospitalizados, por tratarse de un concepto ya incluido en el apartado 2.4 (Otros Gastos Hospitalarios).

2. ASISTENCIA HOSPITALARIA

2.1. HONORARIOS MÉDICOS EN CASO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

La intervención se catalogará en el grupo que corresponda de la última 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, anestesistas y cualesquiera otros profesionales, cantidad superior a la que corresponda a la intervención realizada, a tenor del siguiente cuadro:

Grupo 0	37.500 pesetas	(225,38 €)
Grupo I	52.500 pesetas	(315,53 €)
Grupo II	110.000 pesetas	(661,11 €)
Grupo III	250.000 pesetas	(1.502,53 €)
Grupo IV	400.000 pesetas	(2.404,05 €)
Grupo V	525.000 pesetas	(3.155,31 €)
Grupo VI	675.000 pesetas	(4.056,83 €)
Grupo VII	850.000 pesetas	(5.108,60 €)
Grupo VIII	1.600.000 pesetas	(9.616,19 €)

2.2. HONORARIOS MÉDICOS SI NO HAY INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

El límite será de 25.000 pesetas (150,25 €) por día de hospitalización del paciente.

2.3. PRÓTESIS

Hasta un máximo de 700.000 pesetas (4.207,08 €) por Asegurado y año.

2.4. OTROS GASTOS HOSPITALARIOS

Hasta 50.000 pesetas (300,51 €) por día de hospitalización del enfermo. Si estuviera ingresado en U.V.I., el límite será de 100.000 pesetas (601,01 €) por día.

Tratamientos en régimen de hospital de día hasta 80.000 pesetas (480,81 €), por cada tratamiento.

Las cantidades citadas comprenden el reembolso abonable por cualesquiera conceptos sanitarios, a excepción de los honorarios médicos.

2.5. TRANSPLANTES

La cantidad máxima a reembolsar por la Aseguradora no superará los siguientes límites:

✂ Pulmón	10.000.000 pesetas	(60.101,21 €)
✂ Hígado	10.000.000 pesetas	(60.101,21 €)

✗ Corazón	8.000.000 pesetas	(48.080,97 €)
✗ Médula ósea	5.000.000 pesetas	(30.050,61 €)
✗ Riñón	4.000.000 pesetas	(24.040,48 €)
✗ Córnea	1.000.000 pesetas	(6.010,12 €)

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

3. ASISTENCIA DE MATERNIDAD

El reembolso a realizar por la Aseguradora de los gastos correspondientes a la asistencia médica y/o quirúrgica del parto y puerperio, no superará en su conjunto la cantidad de 450.000 pesetas (2.704,55 €) en caso de parto normal, y de 550.000 pesetas (3.305,57 €) en caso de parto con cesárea.

En las citadas cantidades se incluirán todos los gastos causados durante el ingreso: 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, ésta asumirá la totalidad del gasto hospitalario conforme la Modalidad II, y reembolsará en concepto de honorarios hasta un máximo de 300.000 pesetas (1.803,04 €) en caso de parto normal y de 350.000 pesetas (2.103,54 €) en caso de parto con cesárea.

4. ENFERMEDADES CONGÉNITAS DEL RECIÉN NACIDO

Se cubrirá la asistencia y los gastos causados por este motivo durante el primer año de vida del recién nacido y por un límite máximo, para dicho periodo de tiempo, de 1.500.000 pesetas (9.015,18 €).

5. TRATAMIENTOS ESPECIALES

El reembolso máximo a satisfacer por el conjunto del tratamiento, incluidos los honorarios de los facultativos que lo realicen, será el siguiente:

Acelerador lineal de partículas	500.000 pesetas anuales.	(3.005,06 €)
Bomba de cobalto	400.000 pesetas anuales.	(2.404,05 €)
Cirugía cerebral exterotóxica tumoral	1.500.000 pesetas anuales.	(9.015,18 €)
Quimioterapia	600.000 pesetas anuales.	(3.606,07 €)
Litotricia renal	300.000 pesetas anuales.	(1.803,04 €)
Diálisis (todo incluido)	16.000 pesetas por sesión	(96,16 €)

Para otros tratamientos especiales distintos de los citados, el límite será de 250.000 pesetas (1.502,53 €) por año natural y para el conjunto de los tratamientos realizados, cualesquiera que sean.

6. OTRAS PRESTACIONES

Las prestaciones que a continuación se citan tendrán los límites de reembolso que se señalan:

Odontología (sólo prestaciones cubiertas según cláusulas 4 y 5 de condiciones generales)	60.000 pesetas año	(360,61 €)
Rehabilitación y fisioterapia	250.000 pesetas año	(1.502,53 €)
Ambulancia	100.000 pesetas año	(601,01 €)

7. SUMA ASEGURADA

Con independencia de todo lo previsto anteriormente, ADESLAS no abonará más de 30.000.000 pesetas (180.303,63 €) en pago de la asistencia sanitaria recibida por el Asegurado durante una anualidad de seguro.

La cantidad indicada constituye por ello la suma asegurada prevista en las cláusulas 1 y 8 de las Condiciones Generales.

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

Este Contrato de Seguro comprende de forma indisoluble las Condiciones Especiales que anteceden, las Condiciones Generales, las Particulares y los Apéndices que recojan las modificaciones de todo ello acordadas por las partes.

EL TOMADOR

COMPAÑÍA DE SEGUROS
ADESLAS, S.A.

Fdo.:

Fdo.: Javier Murillo Ferrer
Director General