

Adeslas Seniors

CONDICIONS GENERALS

**Assegurança de malaltia.
Pòlissa d'assistència sanitària.**

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. Cartera de serveis amb cobertura. | 15 |
| 3. Exclusions comunes de la cobertura d'assistència sanitària. | 24 |
| 4. De l'accés als serveis sanitaris cober. | 26 |
| 5. Períodes de carència. | 29 |

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

Dins els límits i les condicions estipulats a la pòlissa, i mitjançant el pagament de la prima i les copagament que correspongui en cada cas, l'Asseguradora es compromet a facilitar a l'Assegurat la cobertura econòmica de l'assistència mèdica, quirúrgica i hospitalària que calgui en tot tipus de malalties o lesions que es trobin compreses en el llistat de prestacions sanitàries referents a les especialitats a la clàusula 2^a (Clàusules Descriptives de Cobertura), i l'Asseguradora assumirà el seu cost mitjançant el pagament directe als professionals o centres concertats que haguessin realitzat la prestació.

En tot cas, l'Asseguradora assumeix la cobertura econòmica de l'assistència sanitària contractada quan calgui en situació d'urgència i mentre duri aquesta situació.

En aquesta assegurança d'assistència sanitària no es poden concedir indemnitzacions optatives en metàl·lic en substitució de la prestació de l'assistència sanitària coberta.

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'anualitat de l'assegurança en què es produeixi la baixa i l'import de la prima s'adapta a la nova situació.

d) 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.

e) 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.

f) 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.

g) 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

Així mateix, a fi d'informar els Assegurats, l'Asseguradora facilita al Prenedor un exemplar imprès del Quadre Mèdic General i de l'Ampliació del Quadre Mèdic –tots dos, de la seva província de residència–, en què s'especifica el centre o els centres d'urgència mèdica i quirúrgica permanents, el servei d'assistència ambulatoria permanent, els hospitals i les clíniques, les adreces i els horaris de consulta dels facultatius, i els serveis d'informació, urgència i assistència ambulatoria permanent de totes les capitals de les altres províncies.

L'Asseguradora pot actualitzar el Quadre Mèdic General i l'Ampliació del Quadre Mèdic donant d'alta o de baixa els facultatius i la resta de professionals sanitaris, centres hospitalaris i altres establiments que els integren.

L'Asseguradora, juntament amb la documentació anterior, també facilita les dades d'identificació i contacte de l'Assessor Mèdic de Salut assignat d'entrada, en funció del criteri de proximitat geogràfica amb el domicili que consta a la pòlissa. Tot i que aquesta assignació inicial, els Assegurats poden triar lliurement un altre Assessor Mèdic de Salut diferent d'entre els que tingui concertats l'Asseguradora. La informació sobre els Assessors Mèdics de Salut concertats està disponible a www.segurcaixaadeslas.es/seniors.

6. Duración del Seguro

L'Assegurança s'estipula per al període de temps previst a les condicions particulars, i quan venci, d'acord amb l'article 22 de la Llei, es prorrogarà tàcitament per períodes anuals.

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

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.

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)** Actualitzar l'import corresponent al copagament o participació de l'Assegurat en el cost dels serveis, tal com diu la condició general 4.3. (Clàusules Descriptives de Cobertura).
- c)** Actualitzar l'import corresponent al Límit Màxim Anual establert en les Condicions Particulars.

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'anualitat vinent.

El Prenedor de l'assegurança, quan rebí la notificació d'aquestes actualitzacions per a l'anualitat 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'anualitat 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'anualitat següent en la qual regeixen les noves condicions econòmiques.

Sens perjudici d'això, en les cinc primeres renovacions anuals, l'augment eventual de l'import de la prima no pot ser superior, per cada anualitat, a la variació percentual que experimenti l'índex nacional de preus de consum de la rúbrica "Serveis mèdics i semblants" (codi 42), que publica l'Institut Nacional d'Estadística (o l'organisme anàleg que el substitueixi) durant els dotze mesos naturals immediatament anteriors a la data de cada revisió, incrementada en deu punts.

A aquest efecte, es fa servir com a índex aplicable el darrer que s'hagi publicat oficialment en la data en què l'Asseguradora envii al Prenedor la notificació escrita amb 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.

Assessor Mèdic de Salut: facultatiu que, a petició i instància de l'Assegurat, n'avalua l'estat de salut de manera general i li proposa accions de seguiment i recomanacions per tenir cura de la salut, i també en duu a terme l'atenció sanitària, que inclou les derivacions a altres facultatius especialistes o per a proves diagnòstiques, quan ho consideri necessari per a l'atenció mèdica adequada de l'Assegurat.

L'Assegurat tria lliurement l'Assessor Mèdic de Salut, sens perjudici que l'Asseguradora, per comoditat de l'Assegurat, n'hi proposi un.

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

Copagaments: import que el Prenedor ha d'abonar a l'Asseguradora per col·laborar en la cobertura econòmica de cada servei sanitari que facin servir els Assegurats. Aquests imports, que s'indiquen a les condicions particulars, es poden actualitzar cada nova anualitat d'Assegurança. Hi ha tres tipus de copagaments:

- Copagament reduït per serveis ambulatoris. Import que el Prenedor ha d'abonar per cada servei sanitari ambulatori que facin servir els Assegurats a través dels proveïdors sanitaris del CMG, prèvia derivació de servei feta per l'Assessor Mèdic de Salut. A aquest tipus de copagament li és aplicable el límit màxim anual per serveis ambulatoris.
- Copagament per serveis ambulatoris. Import que el Prenedor ha d'abonar per cada servei sanitari ambulatori que facin servir els Assegurats, bé a través dels proveïdors sanitaris de l'ACM o bé dels que s'inclouen al CMG, sense cap derivació prèvia de servei feta per l'Assessor Mèdic de Salut. A aquest tipus de copagament no se li aplica el límit màxim anual per serveis ambulatoris.
- Copagament per serveis hospitalaris. Import que el Prenedor ha d'abonar com a conseqüència de l'ingrés hospitalari de l'Assegurat o de la prestació a l'Assegurat d'un servei sanitari per al qual calgui fer servir qualsevol unitat d'hospitalització d'un hospital o una clínica. A aquest tipus de copagament li és aplicable el límit màxim anual per serveis hospitalaris que correspongui segons el proveïdor utilitzat.

Derivació de servei per part de l'Assessor Mèdic de Salut. Document que tramet l'Assessor Mèdic de Salut per als supòsits que calgui, bé per a proves diagnòstiques o bé per a l'atenció per altres especialistes. Aquest document, que té un període de validesa determinat que apareix al document mateix, comporta l'aplicació de copagaments reduïts per a les assistències que s'indiquin en aquest document i es facin a través del CMG.

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 figure 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.

Límit màxim anual al copagament reduït per serveis ambulatoris. És la quantitat màxima total que el Prenedor té l'obligació de satisfer, en concepte de copagament reduït i per anualitat d'Assegurança, pel fet que els Assegurats hagin utilitzat serveis ambulatoris a través de professionals inclosos al CMG, prèvia derivació feta per l'Assessor Mèdic de Salut. Aquesta quantitat apareix a les condicions particulars i es pot modificar a cada nova anualitat d'Assegurança. Aquesta quantitat total es computa de manera independent per a cada Assegurat. A l'efecte del còmput, s'entén que el copagament correspon a l'anualitat en què es rep el servei, encara que el Prenedor en faci el pagament més endavant.

Límit màxim anual al copagament per serveis hospitalaris: és la quantitat màxima total que el Prenedor té l'obligació de satisfer, en concepte de copagament i per anualitat d'Assegurança, pel fet que els Assegurats hagin utilitzat serveis hospitalaris a través de les diverses unitats d'hospitalització d'hospitals i clíniques. Aquesta quantitat, que és diferent en funció de si aquestes unitats corresponen a hospitals o clíniques del Quadre Mèdic General o de l'Ampliació del Quadre Mèdic, apareix a les condicions particulars i es pot modificar a cada nova anualitat d'Assegurança. Aquesta quantitat total es computa de manera independent per a cada Assegurat. A l'efecte del còmput, s'entén que el copagament correspon a l'anualitat en què té lloc l'ingrés hospitalari o es rep el servei a la unitat hospitalària, encara que el Prenedor en faci el pagament més endavant.

Clàusulas descriptives de la cobertura de assistència sanitària

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 recullin, si escau, les modificacions que s'acordin durant la vigència del contracte.

Prendor 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.

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.

Clàusules descriptives de cobertura d'assistència sanitària

Quadre mèdic: professionals i els establiments sanitaris concertats per l'Asseguradora a cada província, amb l'adreça, el telèfon i els horaris d'atenció corresponents. Poden ser:

- **Quadre Mèdic General (CMG).** Relació editada dels professionals i els establiments sanitaris propis o concertats per l'Asseguradora a cada província, amb l'adreça, el telèfon i l'horari corresponents. A l'efecte d'aquesta Assegurança, es consideren quadres mèdics generals de l'Asseguradora tant els de les províncies en què l'Asseguradora opera directament com els de les que ho fa a través d'un concert amb altres asseguradores.

A cada quadre mèdic general provincial es recullen, 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 general actuen amb plena independència de criteri, autonomia i responsabilitat exclusiva en l'àmbit de la prestació sanitària que els és pròpia.

- **Ampliació del Quadre mèdic general (ACM).** Relació editada dels professionals i els centres sanitaris que, en províncies concretes, amplia l'oferta de mitjans del quadre mèdic general.

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.

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.

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. 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 3.

2.1. MEDICINA PRIMÀRIA

- **Medicina General.** Assistència a la consulta i a domicili.
- **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.

2.2. 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.

2.3. 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 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

- Ginecologia

- Hematologia i hemoteràpia

- Immunologia

- Medicina interna

- Medicina nuclear

- Nefrologia

- Pneumologia

- Neurocirurgia

- Neurofisiologia clínica

- Neurologia

- **Odontostomatologia.** Estan cobertes les cures estomatològiques, les extraccions i una neteja de boca cada any. A partir de la segona neteja dins de l'annualitat, cal la prescripció mèdica.

Clàusules descriptives de cobertura d'assistència sanitària

- **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'assegurador). **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 psicomètrics, la sofrologia, la narcolèpsia ambulatoria, qualsevol mètode d'assistència psicològica no conductual, la psicoteràpia de grup i la rehabilitació psicossocial.**
- **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 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 sòl pelvià 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 (ultrassò focalitzat d'alta intensitat) i termoteràpies.**

2.4. MEDICINA PREVENTIVA

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

- **Ginecologia:** revisió ginecològica cada anualitat d'assegurança per prevenir el càncer de mama, endometri i cervix. 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).
- **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.
- **Prevenció 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.

2.5. MITJANS DE DIAGNÒSTIC

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

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

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

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

- Immunohistoquímica.
- Ergometria, Holter (**queden exclusos 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.

Clàusules descriptives de cobertura d'assistència sanitària

- 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 medulla 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)

Clàusules descriptives de cobertura d'assistència sanitària

- Medicina nuclear. PET/TC. S'hi inclouen **exclusivament** els que es facin amb el radiofàrmac ^{18}F -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 ^{18}F -FDG en indicacions clíniques oncològiques**).
- 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 negatius 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.

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.

2.5.5. 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.

2.6. 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.**

Clàusules descriptives de cobertura d'assistència sanitària

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

- **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 2.7 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 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 cinquanta 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 romangui al centre hospitalari.

2.7. 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 valvuloplastia, 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 transcatèter.**
- **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 toràcica.

- **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 otorrinolaringològics:** 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.

2.8. 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. Se n'exclou el tractament dels trastorns de l'aprenentatge (dislèxia, disgrafia i discalcúlia).**

- **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 litotricia 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'incloguin en el detall anterior.**

- **Nucleotomia percutània.**

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

Clàusules descriptives de cobertura d'assistència sanitària

- **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.

2.9. 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.

2.10. 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.**

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

3. Exclusions comunes de la cobertura d'assistència sanitària i dental

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.

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

Clàusules descriptives de cobertura d'assistència sanitària

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 toreig o correbous, arts marciais, 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 arèola 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 telerobotitzat, 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) L'assistència obstètrica i els tractaments de reproducció assistida.

J) 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.

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

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.

No obstant això, en els supòsits previstos a les anteriors exclusions B), D), E) i K), 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.

4. De l'accés als serveis sanitaris coberts

4.1. NORMES GENERALS

a) 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, en cada moment, tingui concertats arreu d'Espanya, que figuren al Quadre Mèdic General (CMG) i a l'Ampliació del Quadre Mèdic (ACM), que l'Asseguradora edita cada any i per províncies, i que per a especialitats i zones geogràfiques 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·licita l'assistència al CMG corresponent o a l'ACM.

A aquest efecte, pot demanar a les oficines de l'Asseguradora que se li lliuri el CMG i l'ACM actualitzats de la província en la qual estigui ubicada l'oficina, o bé pot consultar els CMG i les ACM de totes les províncies a través del web www.segurcaixaadeslas.es/seniors.

L'Asseguradora abona directament al professional o al centre els honoraris i les despeses que es generen degut a l'assistència, sempre que concorrin tots els requisits i totes les cir-cumstàncies que estableix la pòlissa.

b) Perquè la visita domiciliària de medicina general i infermeria per als malalts que no es poden desplaçar fins a la consulta es pugui fer el mateix dia, cal sol·licitar-la abans de les 10 hores.

L'ASSEGURADORA S'OBLIGA A DONAR COBERTURA ECONÒMICA A LA PRESTACIÓ DE L'ASSISTÈNCIA ÚNICAMENT AL DOMICILI DEL PRENEDOR QUE APAREIX A LA PÒLISSA, SEMPRE QUE AQUEST SERVEI EN AQUESTA ZONA ESTIGUI CONCERTAT. QUALESEVOL CANVI DE DOMICILI S'HA DE NOTIFICAR A L'ASSEGURAT PER QUALESEVOL MITJÀ FEFAENT AMB UNA ANTEL·LACIÓ MÍNIMA DE VUIT DIES A LA DATA DEL REQUERIMENT D'UNA PRESTACIÓ EN AQUEST DOMICILI.

c) L'ASSEGURADORA NO ES FA RESPONSABLE DE CAP HONORARI DELS FACULTATIUS I ELS PROFESSIONALS ALIENS AL CMG O L'ACM, NI TAMPOC DE CAP DESPESA D'HOSPITALITZACIÓ O SERVEI QUE POGUessin PRESCRIURE.

d) Per cada un dels serveis que es rebin en una mateixa cita, l'Assegurat ha d'ensenyar la targeta sanitària personal, que l'Asseguradora li lliura per a aquesta finalitat, i ha de signar els rebuts justificatius dels serveis rebuts, una de les còpies dels quals es lliura a l'Assegurat com a comprovant.

Si és el cas, l'Assegurat també ha de presentar el document d'autorització previst a l'apartat E) següent. Els rebuts signats degudament serveixen de comprovant a l'Asseguradora per poder abonar el cost de la prestació.

Clàusules descriptives de cobertura d'assistència sanitària

e) LA HOSPITALITZACIÓ O LA PRESTACIÓ DELS SERVEIS QUE, D'ACORD AMB LES NORMES D'ÚS DELS SERVEIS SANITARIS DEL QUADRE MÈDIC EDITAT, REQUEREIXIN PRESCRIPCIÓ HAN DE SER ORDENADES PER ESCRIT PER UN METGE D'AQUEST QUADRE, I L'ASSEGURAT HA D'ACONSEGUIR LA CONFORMITAT PRÈVIA DOCUMENTADA DE L'ASSEGURADORA EN QUALSEVOL DE LES OFICINES DE L'ENTITAT, O A TRAVÉS DELS CANALS DIGITALS I/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 FACI UN FACULTATIU DEL QUADRE MÈDIC DE L'ASSEGURADORA I QUE ESTIGUI COBERTA PER LA PÒLISSA.

Una vegada s'hagi concedit la conformitat escrita, l'Asseguradora hi queda vinculat econòmicament. En els casos d'urgència, per a aquest efecte n'hi ha prou 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. Quan s'hagi obtingut aquesta conformitat, l'Asseguradora queda vinculada econòmicament fins al moment en què manifesti objeccions a l'ordre del metge, en cas d'entendre que la pòlissa no cobreix l'acte o l'hospitalització.

f) Per rebre un servei d'urgència, l'ha de sol·licitar per telèfon a la plataforma d'urgències o acudir directament, segons s'escaigui, a un centre permanent d'urgència que l'Asseguradora té establert al quadre mèdic, on hi figuren la seva adreça i telèfon.

g) A l'efecte d'aquesta Assegurança, s'entén que s'ha comunicat el sinistre quan l'Assegurat sol·licita la prestació de l'assistència, tret que calgui la conformitat prèvia de l'Asseguradora d'acord amb el que s'indica a l'apartat E) anterior, cas en el qual la comunicació a l'Asseguradora s'ha de fer tal com s'estableix en aquest apartat.

4.2. DE L'ASSESSOR MÈDIC DE SALUT.

L'Asseguradora posa a disposició dels Assegurats la possibilitat de concertar la primera cita amb el metge Assessor Mèdic de Salut. Aquest facultatiu, després d'una primera avaluació de l'estat de salut i les necessitats assistencials de l'Assegurat, pot donar-li en una consulta ambulatoria l'assistència mèdica que necessiti, dissenyar-li un seguiment personalitzat i coordinar-li les necessitats d'atenció especialitzada, sempre que l'Assegurat ho demani. En aquest sentit, l'Assessor Mèdic de Salut pot dur a terme derivacions de servei perquè l'Assegurat es pugui sotmetre a proves diagnòstiques ambulatories o pugui acudir a la consulta d'altres facultatius especialistes per a una atenció més adequada de la patologia que presenta.

Per a aquest efecte, expedeix el document de derivació necessari, en què s'indica la prova que s'ha de fer i/o l'especialitat mèdica a la qual es deriva l'Assegurat, a més del període de validesa d'aquesta derivació. Si l'Assegurat, dins del període de validesa del document de derivació, per rebre el servei objecte de derivació, acudeix a un proveïdor assistencial inclòs al CMG, l'Asseguradora aplica a aquests serveis els imports del copagament reduït que preveuen les condicions particulars.

L'Asseguradora assigna un Assessor Mèdic de Salut per defecte, que l'Assegurat pot canviar lliurement per qualsevol dels que hi hagi disponibles.

4.3. COPAGAMENTS: LÍMIT MÀXIM ANUAL.

El Prenedor abona a l'Asseguradora, per cada servei ambulatori o hospitalari que rebin els Assegurats, l'import que, en concepte de copagament o de copagament reduït, estableixen les condicions particulars. Aquests imports varien segons si es tracten de serveis ambulatoris o hospitalaris. El copagament reduït s'aplica als serveis ambulatoris que es rebin a través de proveïdors assistencials del CMG, sempre que hi hagi una derivació de servei prèvia per part de l'Assessor Mèdic de Salut.

A aquest efecte, periòdicament l'Asseguradora envia al Prenedor de l'Assegurança un extracte dels serveis que han utilitzat els Assegurats inclosos a la pòlissa, juntament amb l'import dels copagaments corresponents. El cobrament de la quantitat total resultant es fa mitjançant un rebut domiciliat al compte bancari que el Prenedor hagi fixat per al pagament de la prima.

L'Asseguradora pot actualitzar l'import dels copagaments, d'acord amb el que estableix la condició general 12ª de les clàusules jurídiques.

Això no obstant, s'estableixen unes quantitats de pagament màximes per al Prenedor en concepte de copagaments, per cada Assegurat i anualitat d'Assegurança, per utilitzar determinats serveis que cobreix la pòlissa. D'aquesta manera, quan s'assoleix aquesta quantitat màxima, no es genera cap copagament per l'ús d'aquests serveis fins que no s'acaba l'anualitat d'Assegurança. En el supòsit de períodes d'Assegurança inferiors a l'any, aquestes quantitats màximes s'apliquen de manera proporcional.

Aquests imports màxims apareixen a la pòlissa com a límit màxim anual, i la definició es recull a la clàusula 1 descriptiva de la cobertura d'aquestes condicions generals, i n'hi ha de dos tipus:

- Pels serveis ambulatoris amb copagament reduït
- Pels serveis hospitalaris

La quantitat exacta de cada un d'aquests límits es recull a les condicions particulars, i l'Asseguradora la pot actualitzar cada nova anualitat d'Assegurança.

5. 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 |
| 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 |

En intervencions quirúrgiques que es produeixen en situació d'urgència vital no s'hi aplica el període de carència previst

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 passeig 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.705C.08