



**MANUAL DE
PRODUCTOS SALUD
ZONA NORTE
2025**



SEGURO **Adeslas**

El Corte Inglés

Índice

Productos.....	3
Adeslas ÓPTIMA PLUS El Corte Inglés Asturias.....	3
Adeslas ÓPTIMA PLUS El Corte Inglés Navarra	11
IMQ Adeslas El Corte Inglés.....	20
Servicios.....	30
Asistencia en viaje en el extranjero.....	30
Utilización.....	35
Tarjetas.....	35
Normas de utilización	35
Atención al Cliente.....	37
Atención Directa 24 horas	37
Contratación	38
Normas de contratación	38
Formas de contratación.....	38

Productos



Adeslas ÓPTIMA PLUS El Corte Inglés Asturias

Adeslas ÓPTIMA PLUS El Corte Inglés Asturias permite el acceso a la Asistencia Sanitaria más completa sin copagos, que incluye medicina general, todas las especialidades y los medios de diagnóstico más avanzados, con hospitalización en habitación individual con cama para acompañante. Todo ello a través del cuadro médico más amplio de Asturias.

Coberturas

Medicina Primaria

- **Medicina General.** Asistencia en consulta y a domicilio.
- **Pediatría y puericultura.** Para niños menores de catorce años.
- **Enfermería.** Servicio en consulta y a domicilio. En este último caso, siempre y cuando el enfermo guarde cama y previa prescripción de un facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora.

Urgencias

La Asistencia Sanitaria en casos de urgencia se prestará en los centros de urgencia permanente (24 horas) que se indique en el Cuadro Médico de la Aseguradora. La asistencia será domiciliaria siempre que el estado del enfermo lo requiera.

Especialidades

Asistencia sanitaria en consultas médicas o en régimen de hospitalización (según proceda a criterio de un facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora), en las especialidades que a continuación se citan:

- **Alergología.** Las vacunas serán a cuenta del Asegurado. Se excluyen los paneles moleculares diagnósticos y la determinación y empleo de alérgenos recombinantes
- **Anestesia y Reanimación.**
- **Angiología y cirugía vascular.** Incluye el tratamiento endoluminal de varices por láser y radiofrecuencia siempre y cuando no sea por motivos estéticos.
- **Aparato digestivo..**
- **Cardiología.**
- **Cirugía cardiovascular.**
- **Cirugía general y del aparato digestivo.** Incluye la cirugía bariátrica para pacientes en quienes haya fracasado el tratamiento conservador supervisado, con un índice de masa corporal igual o superior a 40 kg/m², o a 35 si se asocian comorbilidades mayores.
- **Cirugía maxilo-facial.** Se excluyen los tratamientos estéticos. Asimismo, queda excluida la cirugía ortognática, la cirugía preimplantacional y la cirugía preprotésica aunque las mismas tengan finalidad funcional.
- **Cirugía Pediátrica.**

- **Cirugía Plástica Reparadora.** Se excluye la cirugía con fines estéticos, salvo la reconstrucción de la mama afectada tras mastectomía y la remodelación de la mama sana contralateral, esta última con un límite máximo de un año después de la cirugía oncológica, si es considerada como opción terapéutica mediante informe médico; incluirá la prótesis mamaria y los expansores de piel. Queda excluida la reconstrucción y/o simetrización mamaria tras cirugía de resección mamaria por patología benigna, así como las técnicas de lipoinfiltración grasa para cualquier tipo de patología. Se excluye el tratamiento quirúrgico del lipedema.
- **Cirugía Torácica.**
- **Dermatología médico-quirúrgica.** Incluye la terapia fotodinámica, la dermatoscopia digital y la fototerapia PUVA y PUVB. Se excluye su empleo en aplicaciones cosméticas o estéticas y como pruebas de cribado. Se excluyen los tratamientos con luz pulsada intensa (IPL).
- **Endocrinología y Nutrición.**
- **Geriatria.**
- **Hematología y Hemoterapia.**
- **Inmunología.**
- **Medicina Interna.**
- **Medicina Nuclear.**
- **Nefrología.**
- **Neonatología.**
- **Neumología.**
- **Neurocirugía.** Se excluye la cirugía endoscópica en cirugía de columna.
- **Neurofisiología Clínica.**
- **Neurología.**
- **Obstetricia y Ginecología.** Vigilancia del Embarazo y Asistencia a los Partos. Incluye en cobertura del Test de preeclampsia (cociente sFlt-1/PIGF), exclusivamente en personas Aseguradas con sospecha clínica de preeclampsia documentada. Se excluye su cobertura como prueba de cribado.
- **Odontostomatología.** Se encuentran cubiertas las curas estomatológicas, extracciones y una limpieza de boca por cada anualidad del seguro. A partir de la segunda limpieza dentro de la anualidad, será necesaria la prescripción médica.
- **Oftalmología.** Incluye la retinografía, la tomografía de coherencia óptica, ortóptica y pleóptica, el cross linking corneal (excluido en caso de ectasia consecuencia de cualquier cirugía refractiva), el tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad por terapia fotodinámica o inyección intravítrea de fármacos (en ambos casos el coste de los fármacos utilizados correrá a cargo del Asegurado). Se excluye la corrección quirúrgica de la miopía, hipermetropía o astigmatismo y presbicia y cualquier otra patología refractiva ocular.
- **Oncología médica y radioterápica.**
- **Otorrinolaringología.** Incluye la Radiofrecuencia y la cirugía mediante Láser CO².
- **Psicología Clínica.** con un máximo de veinte sesiones por cada anualidad de seguro o cuarenta sesiones en caso de trastornos de la conducta alimentaria. Requerirá la prescripción de un especialista en psiquiatría u oncología concertado y la autorización previa de la Aseguradora. Se excluye el psicoanálisis, hipnosis, test neuropsicológicos y psicométricos, sofrología, narcolepsia ambulatoria, cualquier método de asistencia psicológica no-conductual, la psicoterapia de grupo y la rehabilitación psicosocial.
- **Psiquiatría.**
- **Rehabilitación y Fisioterapia,** previa prescripción de un facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora. Comprende la valoración del médico rehabilitador y la fisioterapia, siendo su cobertura en régimen ambulatorio (excluida la fisioterapia domiciliaria) la rehabilitación del aparato locomotor, rehabilitación vestibular, rehabilitación del suelo pélvico (exclusivamente para disfunciones producidas como consecuencia del embarazo y parto, cubiertos previamente por el seguro y sea a cargo de la Aseguradora) y la rehabilitación cardiaca (exclusivamente para recuperación inmediata en pacientes que hayan sufrido un infarto agudo de miocardio y/o cirugía cardiaca con circulación extracorpórea, cubiertos previamente por el seguro). En régimen de hospitalización quedará cubierta la rehabilitación del aparato locomotor y cardiaca durante el episodio de ingreso que haya justificado la necesidad de dicha rehabilitación.
Queda incluido el drenaje linfático tras cirugía oncológica con resección de cadenas ganglionares tanto en régimen ambulatorio como en hospitalización. Se excluyen los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando se haya conseguido la recuperación funcional, o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento, así como la rehabilitación respiratoria, neuropsicológica o estimulación cognitiva y la terapia ocupacional.
- **Reumatología.**
- **Traumatología y Cirugía Ortopédica.** Cirugía artroscópica. Se excluye expresamente la infiltración de plasma rico en plaquetas o factores de crecimiento. Se excluye la cirugía endoscópica en cirugía de columna.
- **Urología.** Incluye el uso del láser para el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata. Se excluye el tratamiento quirúrgico prostático con crioterapias, radiofrecuencia, HIFU (ultrasonido focalizado de alta intensidad) y termoterapias.

Medicina Preventiva

Quedan incluidos los controles preventivos, adecuados a la edad del Asegurado, prescritos por un facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora, y realizados con medios y técnicas cubiertas por la garantía de la póliza.

- **Pediatría:** incluye controles preventivos y de desarrollo infantil: comprende la consulta periódica con especialista, así como los exámenes de salud del recién nacido (detección de metabolopatías y detección precoz de la hipoacusia mediante otoemisiones acústicas o potenciales evocados en caso necesario).
- **Obstetricia y Ginecología:** revisión ginecológica en cada anualidad de seguro, para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix. Incluye la consulta y exploración con el especialista, así como las pruebas diagnósticas según el criterio del médico: ecografía ginecológica, mamografía, citología y detección del virus papiloma humano.
- **Cardiología:** incluye la prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años, mediante la consulta por el médico especialista y las pruebas diagnósticas según el criterio del médico: ECG, radiografía de tórax, prueba de esfuerzo, analítica básica de sangre y orina.
- **Urología:** revisión urológica en cada anualidad de seguro para la prevención del cáncer de próstata. Comprende la consulta y exploración física por el médico especialista y las pruebas diagnósticas según el criterio del médico: analítica básica de orina y sangre incluyendo PSA (determinación antígeno prostático específico) y ecografía prostática.
- **Planificación Familiar:** control del tratamiento con anovulatorios, implantación de DIU y su vigilancia, incluyendo el coste del dispositivo. Incluye la ligadura de trompas y vasectomía así como el estudio diagnóstico de las causas de esterilidad o infertilidad (estudios serológicos y hormonales, cariotipo, así como histerosalpingografía en la mujer y espermiograma en el varón. Se excluye la interrupción voluntaria del embarazo y las reducciones embrionarias, así como los tratamientos de esterilidad o infertilidad y las cirugías para revertir la ligadura de trompas y la vasectomía.
- **Prevención del cáncer colorrectal:** Incluye consulta y exploración física con el especialista, así como, según el criterio del médico, el test de detección de sangre oculta en heces y en caso necesario colonoscopia.
- **Prevención diabetes:** consulta y exploración por médico especialista, así como determinación de la glucemia basal y en caso necesario hemoglobina glicosilada.

Medios de Diagnóstico

Asumimos la cobertura económica de las siguientes pruebas de diagnóstico que, en todos los casos, deberán ser prescritas por Médicos o Facultativos del Cuadro Médico de la Aseguradora y corresponder a una asistencia sanitaria cubierta por la póliza

- **Análisis Clínicos, anatomía patológica y citopatología. Se excluyen las biopsias líquidas.**
- **Radiología General:** incluye las técnicas habituales de

diagnóstico por la imagen, quedando incluida la utilización de medios de contraste.

- **Otros Medios de Diagnóstico:** doppler cardiaco, electrocardiografía, electroencefalografía, electromiografía y ecografías.

Medios de Diagnóstico de Alta Tecnología Diagnóstica y Terapéutica

- **Inmunohistoquímica.**
- **Ergometría, Holter (quedan excluidos los holter implantables), Estudios Electrofisiológicos y Terapéuticos.**
- **Polisomnografía.**
- **Endoscopias digestivas, diagnósticas y/o terapéuticas.**
 - Cápsula endoscópica para el estudio diagnóstico de la hemorragia digestiva de origen no identificado después de colonoscopia y endoscopia alta.
 - Ecoendoscopia.
 - Resección endoscópica mucosa o mucosectomía.
 - Disección endoscópica submucosa para la extirpación, en toda la vía digestiva, de lesiones premalignas o malignas mayores de 2 cm en las que se ha descartado polipectomía convencional y precisan tratamiento quirúrgico.
 - Ablación por radiofrecuencia en casos de esófago de Barret.
 - Se excluyen las técnicas bariátricas por endoscopia.
- **Fibroendoscopia nasal y fibrobronoscopias: diagnósticas y/o terapéuticas. Ecobroncoscopia.**
- **Elastografía de transición hepática (fibroscan)** para el diagnóstico de la fibrosis hepática de distintas etiologías, especialmente para confirmar la presencia de cirrosis, con exclusión de la enfermedad hepática alcohólica.
- **Neuronavegador y Monitorización neurofisiológica intraoperatoria:** incluida la neuronavegación quirúrgica no robótica en intervenciones intracraneales y en fijaciones vertebrales de dos o más niveles o cirugía oncológica de columna vertebral o médula espinal. No se incluyen otras indicaciones de navegación quirúrgica. Incluida la monitorización neurofisiológica intraoperatoria en las mismas intervenciones y además en cirugías de tiroides y paratiroides y riesgo del nervio facial periférico.
- **Tomosíntesis de mama**
- **Resonancia magnética y Tomografía Axial Computarizada (TAC/escáner).** Se excluye la tomografía computerizada de haz cónico.
- **Colonografía realizada mediante TAC** (exclusivamente como prueba complementaria a la fibrocolonoscopia por intolerancia o estenosis y en pacientes con problemas médicos que contraindiquen la práctica de fibrocolonoscopia convencional).
- **Coronariografía por TAC:** está cubierto exclusivamente para pacientes con enfermedad coronaria sintomática con prueba de esfuerzo no concluyente en pacientes asintomáticos pero

* Elevación PSA total > 10 ng/ml y/o elevación persistente (más de seis meses) del PSA total entre 4 y 10 ng/ml y/o coeficiente PSA libre/total <20% (< 0,2).

con prueba de detección isquémica positiva o dudosa, en cirugías de recambio valvular y en valoración de estenosis por sospecha clínica tras colocación de stents coronario de cirugía de by-pass coronario y en malformaciones del árbol coronario. No está incluido la cobertura bajo ninguna circunstancia en la utilización para cuantificación del calcio en arterias coronarias y su utilización como prueba diagnóstica de screening).

- **Resonancia Magnética Multiparamétrica.**
- **Biopsia prostática** por fusión de imágenes ecodirigida, en casos de alta sospecha clínica de cáncer de próstata (acreditada por valores del PSA*) y con al menos una biopsia prostática previa negativa realizada en los últimos 18 meses previos a la solicitud de la biopsia por fusión.
- **Medicina Nuclear. PET/TAC** (Quedan incluidos exclusivamente los realizados con el radiofármaco 18F-FDG y en las indicaciones clínicas establecidas en la ficha técnica del mismo y autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios) y PET/RM (exclusivamente los realizados con el radiofármaco 18F-FDG en indicaciones clínicas oncológicas). Se da cobertura al SPECT TAC.
- **Amniocentesis y Cariotipos.**
- **Pruebas genéticas:** quedan cubiertas exclusivamente aquellas pruebas cuyo fin sea el diagnóstico de enfermedades en pacientes afectos y sintomáticos.
 - Incluye las dianas terapéuticas cuya determinación sea exigida en la ficha técnica emitida por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para la administración de algunos fármacos.
 - Incluye las plataformas genómicas de cáncer de mama Oncotype y Mammaprint prescrito por especialista en oncología médica, únicamente en mujeres con cáncer de mama en estadios iniciales (I-II), receptores de estrógenos (RE/ER) positivos, HER 2 negativos y: a) ganglios linfáticos negativos (NO) o b) metástasis de ganglio axilar menor o igual a 2 mm (N1mi) o N1 con afectación de 1 a 3 ganglios máximo.
 - Incluye también los test de DNA fetal en sangre materna, para diagnóstico prenatal de las trisomías 21, 18 y 13 prenatal cuando el índice de riesgo en el cribado combinado del primer trimestre (CCPT) esté comprendido entre 1/50 y 1/250 o en gestantes con embarazo previo con aneuploidías en los cromosomas 21, 18 ó 13, independientemente del CCPT.

Se excluyen expresamente de la cobertura del seguro, cualquier medio de diagnóstico y/o tratamiento mediante terapia génica, los estudios de farmacogenética, la determinación del mapa genético con fines predictivos o preventivos, las biopsias líquidas y cualquier otra técnica genética o de biología molecular.

Medios de diagnóstico intervencionista

- **Radiología intervencionista vascular y visceral y hemodinámica vascular.**

Las pruebas de diagnóstico, en todos los casos, han de ser prescritas por facultativos del Cuadro Médico de la Aseguradora que tengan a su cargo la asistencia del Asegurado, asistencia que ha de estar cubierta por la póliza.

Hospitalización

Cualquier tipo de hospitalización se realizará en clínica u hospital concertado con la Entidad Aseguradora. Para ello será necesaria la previa prescripción de un especialista concertado y autorización escrita de ésta.

La hospitalización se hará siempre en habitación individual que dispondrá de cama para el acompañante excepto en las hospitalizaciones psiquiátricas, en U.V.I. y neonatológicas, y serán por cuenta de la Aseguradora los gastos derivados de la realización de los métodos diagnósticos y terapéuticos, tratamientos quirúrgicos (incluidos gastos de quirófano y medicamentos) y estancias con la manutención del enfermo, comprendidos en la cobertura de la póliza. Se excluye la asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social.

- **Hospitalización Obstétrica (partos).** Incluye el tratamiento del ginecólogo obstetra y/o la matrona en ingreso hospitalario durante el proceso de embarazo y/o parto; y el nido y/o la incubadora para el recién nacido durante su internamiento hospitalario.
- **Hospitalización quirúrgica.** Incluye las especialidades quirúrgicas para el tratamiento de las patologías que así lo requieran, el estudio preoperatorio o preanestésico (consulta, analítica y electrocardiograma), las visitas y curas del postoperatorio inmediato, la cirugía mayor ambulatoria, y en su caso los implantes quirúrgicos y prótesis especificados en el apartado de "Implantes y prótesis quirúrgicas" (Condiciones Generales Descriptivas 2.7) de estas Condiciones Generales.
- **Hospitalización médica sin intervención quirúrgica.** Incluye las distintas especialidades médicas para el diagnóstico y/o tratamiento de las patologías médicas susceptibles de ingreso.
- **Hospitalización pediátrica.** Para menores de 14 años. Incluye la asistencia por motivo de intervención quirúrgica o enfermedad médica tanto en hospitalización convencional como en unidades de neonatología (cuidados intensivos y/o cuidados intermedios).
- **Hospitalización en Unidad de Vigilancia Intensiva (U.V.I.).**
- **Hospitalización psiquiátrica.** Exclusivamente para los enfermos de procesos agudos o crónicos en periodo de agitación, previamente diagnosticados por un especialista del Cuadro Médico de la Aseguradora, en régimen de internamiento o en hospitalización de día, con un límite de cincuenta días por cada anualidad de seguro.
- **Hospitalización de Día:** tanto para procesos quirúrgicos como médicos, incluidos los tratamientos quimioterápicos

en oncología. Comprende los gastos de estancia, la medicación y los medios de diagnósticos utilizados durante la permanencia en el centro hospitalario.

Implantes y Prótesis Quirúrgicas

Serán suministrados siempre por las empresas concertadas con la Aseguradora. La garantía comprende, previa prescripción escrita de un Médico especialista del Cuadro Médico, las prótesis internas y materiales implantables expresamente indicados a continuación:

- **Cardiovasculares:** marcapasos (monocamerales, bicamerales y los marcapasos con terapia de resincronización cardiaca), válvulas cardíacas mecánicas, biológicas xenólogas y anillos para valvuloplastia, conducto valvulado, stent coronario (medicalizado o no medicalizado), prótesis de bypass vascular y las endoprótesis (stent) vasculares. Sustitutos del pericardio (sintéticos y biológicos xenólogos) y filtro vena cava. Se excluyen los marcapasos con tecnología sin cable, los desfibriladores automáticos implantables (DAI) y las válvulas cardíacas transcater. Se incluyen los coils (materiales de embolización, tipo líquido o dispositivo). Se incluyen los dispositivos oclusores cardíacos exclusivamente para el tratamiento de la comunicación interauricular, comunicación interventricular y ductus persistente. Se excluyen los dispositivos tipo amplatzer y similares, ni periféricos ni cardíacos (estos dispositivos se catalogan como dispositivos oclusores/ tapón cardíaco y vasculares) para otras indicaciones no especificadas en la cobertura. Se excluyen las partículas liberadoras de fármacos.
- **Osteoarticulares:** prótesis internas traumatológicas, el material de osteosíntesis y el material osteo-tendinoso biológico obtenido de bancos de tejidos autorizados en la Unión Europea. Se excluyen los fijadores externos y los dispositivos de elongación de hueso intramedulares guiados por dispositivos electrónicos.
- **Oftalmológicos:** lentes intraoculares (monofocales y bifocales) para la corrección de la afaquia tras cirugía de cataratas. Quedan excluidas las lentes tóricas, monofocales de rango extendido, lentes EDOF (de profundidad de foco extendida), trifocales y otras lentes con corrección visual añadida.
- **Quimioterapia o Tratamiento del Dolor:** reservorios implantables (ports).
- **Implantes reparadores:**
 - Prótesis mamaria y expansores cutáneos para la reconstrucción de la mama afectada tras mastectomía y la remodelación de la mama sana contralateral, esta última con un límite máximo de un año después de la cirugía oncológica, si es considerada como opción terapéutica mediante informe médico.
 - Mallas sintéticas para reconstrucción de pared abdominal o torácica.
- **Urológicos y genitourinarios:** prótesis testiculares tras

orquiectomía exclusivamente tras proceso tumoral o torsión testicular. Banda de fijación para incontinencia de esfuerzo cuando haya fracasado el tratamiento conservador o el farmacológico.

- **Implantes neurológicos:** sistemas de derivación de líquido cefalorraquídeo, incluyendo sus reservorios.
- **Implantes otorrinolaringológicos:** tubos de drenaje transtimpánicos. Prótesis de oído medio para la reconstrucción osicular (martillo, yunque y estribo). El coste de cualquier otro tipo de implante quirúrgico, material biológico, prótesis externas, fijador externo, órtesis y ortoprótesis no incluidos en el detalle anterior correrán a cargo del Asegurado. El coste de cualquier otro tipo de implante quirúrgico, material biológico, prótesis externas, fijador externo, órtesis y ortoprótesis no incluidos en el detalle anterior correrán a cargo del Asegurado.

Tratamientos especiales

La cobertura de la asistencia sanitaria también incluye la de los siguientes tratamientos, que en todos los casos debe prescribir el Médico del Cuadro Médico de la Aseguradora que tiene a su cargo la asistencia del Asegurado, asistencia que debe estar cubierta por la póliza.

- **Terapias respiratorias a domicilio.** Incluye oxigenoterapia (líquida, con concentrador o gaseosa), aerosolterapia (en este caso la medicación correrá a cargo del Asegurado), ventilación con presión positiva continua en vía aérea (CPAP) y ventilación con dispositivos binivel (BIPAP).
- **Trasfusiones de sangre y/o plasma.**
- **Logopedia y foniatría.** Incluye el tratamiento de patologías del lenguaje, del habla y de la voz de causa orgánica y trastornos funcionales, se excluyen los tratamientos cuando se haya conseguido la recuperación funcional, o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento. Se dará también cobertura logopédica por deglución atípica para menores de 14 años hasta un máximo de 20 sesiones por Asegurado y anualidad. Se excluye el tratamiento de los trastornos del aprendizaje (dislexia, disgrafía y discalculia).
- **Laserterapia.** Incluye fotocoagulación en oftalmología se excluye el láser femtosegundo en cirugía de cataratas), la cirugía en coloproctología, las intervenciones quirúrgicas en ginecología, otorrinolaringología y dermatología, así como el láser en rehabilitación musculoesquelética, en las intervenciones para la hiperplasia benigna de próstata, en la litotricia de la vía urinaria y en el tratamiento endoluminal de las varices y lesiones traqueobronquiales. Se excluyen todas aquellas técnicas quirúrgicas o terapéuticas que empleen láser y no se encuentren en el detalle anterior.
- **Nucleotomía percutánea.**
- **Hemodiálisis para insuficiencias renales agudas o crónicas.**

- **Quimioterapia.** En régimen de internamiento o en hospitalización de día. La Aseguradora sólo asumirá los gastos de medicamentos clasificados como citostáticos, comercializados en España y que estén autorizados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Incluye los reservorios implantables (port-a-cath). Se excluyen los tratamientos quimioterápicos intraoperatorios como la quimioterapia intraperitoneal.
- **Oncología radioterápica.** Incluye cobaltoterapia, braquiterapia, los isótopos radioactivos y acelerador lineal: irradiación corporal (baño de electrones); radiocirugía y radioterapia esterotáxica en los tumores intracraneales; radioterapia externa conformacional; radioterapia exterotáxica corporal; radioterapia con intensidad modulada con control de imagen y movimiento. Se excluye la radioterapia para procesos benignos no oncológicos salvo en emergencias por compresión medular y la terapia con haz de protones o neutrones.
- **Tratamiento del dolor.** Incluye los reservorios implantables (port-a-cath), quedando excluidas las bombas implantables para perfusión de medicamentos y los electrodos de estimulación medular.
- **Litotricia renal.**
- **Ondas de choque para calcificaciones musculotendinosas.**

Los tratamientos anteriores, en todos los casos, han de ser prescritos por facultativos del Cuadro Médico de la Aseguradora que tengan a su cargo la asistencia del Asegurado, asistencia que ha de estar cubierta por la póliza.

Trasplantes de órganos, tejidos y células de origen humano

El seguro incluye únicamente las actuaciones médicas y quirúrgicas sobre el propio Asegurado que resulten necesarias para realizarle el trasplante autólogo de médula ósea o un trasplante de córnea, con las gestiones administrativas que ello conlleve.

Se excluyen otros trasplantes o autotrasplantes de órganos, tejidos o células no indicados en el detalle anterior. Asimismo, quedan excluidas en todos los trasplantes de órganos, las actuaciones médicas y quirúrgicas a realizar sobre la persona del donante, sea o no Asegurado para la extracción del órgano a trasplantar a otra persona, y las actuaciones correspondientes a la conservación y traslado del órgano.

Otras coberturas accesorias

- **Ambulancias.** Para el traslado dentro de la provincia de residencia de los enfermos cuyo estado físico lo requiera. El seguro cubre exclusivamente el desplazamiento del Asegurado desde su domicilio al hospital o viceversa y sólo para ingreso hospitalario o asistencia de urgencia. Será necesaria la prescripción de un facultativo del Cuadro Médico de la

Aseguradora, salvo en caso de urgencia. Se excluyen los gastos de transporte del Asegurado al centro y viceversa en casos de rehabilitación y fisioterapia, y en casos de diálisis.

- **Preparación al parto.** Asistencia impartida en cursos de preparación que incluye los ejercicios físicos de relajación y de simulación de los periodos de dilatación y expulsión al parto.
- **Podología.** Exclusivamente tratamientos de quiropodia en consulta. Con un máximo de doce sesiones por cada anualidad de seguro.
- **Cirugía robótica.** Queda incluida la cirugía robótica exclusivamente para las indicaciones que se detallan a continuación y en los centros concertados para ello y que figuran debidamente identificados en el Cuadro Médico. Para acceder a esta prestación será necesaria:
 - **La prescripción por parte** de un facultativo **especialista** en urología y/o nefrología del Cuadro Médico.
 - **El pago por el Asegurado y a la Aseguradora** de una franquicia por importe de 6.000 €.
 - **La autorización** previa emitida por la Aseguradora.

El empleo de sistemas robóticos en cirugía se incluye exclusivamente para las siguientes indicaciones:

- **En el tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata** mediante prostatectomía radical en aquellos casos que cumplan todos los siguientes criterios:
 - Diagnóstico de tumor maligno prostático localizado;
 - PSA menor o igual a 15 ng/ml en el momento de la indicación quirúrgica;
 - Ausencia de afectación extracapsular y/o de vesículas seminales en la ecografía transrectal o medios de imagen (tumor estadificado como T1 o T2);
 - Ausencia de evidencia de metástasis y/o invasión linfática (tumor estadificado como N0 y M0);
 - Riesgo anestésico del paciente ASA menor a III.
- **En el tratamiento quirúrgico, mediante nefrectomía parcial,** del carcinoma renal (exclusivamente en tumores menores de 4 cm en su diámetro mayor).

Normas de contratación

- **Tomador de la Póliza:** persona física a partir de 18 años. No contractable por CIF.
 - **Asegurados:** persona física a partir de cualquier edad y hasta 70 años (sea en póliza individual o familiar) incluso niños a título individual; excepto:
 - Mayores de 70 años, salvo cuando entren en una póliza familiar con un mínimo de 3 asegurados menores de 60 años. (En el caso de que en la contratación existan dos o más asegurados mayores de 70 años será necesario un mínimo de 3 asegurados menores de 60 años por cada asegurado mayor de 70 años).
- No puede contratar** ningún asegurado con un contrato de salud

vigente de SegurCaixa Adeslas efectuado a través de cualquiera de los canales de venta.

- **Cuestionario de Salud:** obligatorio para todos los asegurados.

Descuentos/Bonificaciones

- **Descuentos por número de asegurados:** 10 % de descuento a partir de cuatro asegurados.

La baja o alta de uno o varios asegurados en la póliza

supondrá la retarificación automática del producto.

Período de Carencia

Todas las prestaciones que en virtud de la póliza asume la Aseguradora serán facilitadas desde la fecha de entrada en vigor del contrato para cada uno de los Asegurados. Se exceptúan del anterior principio general las prestaciones siguientes:

MEDIOS DE DIAGNÓSTICO	
Medios de Diagnóstico de Alta Tecnología	3 meses
Medios de Diagnóstico Intervencionista	6 meses
HOSPITALIZACIÓN	
Intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio (Intervenciones del grupo 0 al II según clasificación de la Organización Médica Colegial)	3 meses
Ligadura de Trompas y Vasectomía	6 meses
Hospitalización por cualquier motivo o naturaleza en régimen de internamiento o en hospital de día, así como las intervenciones quirúrgicas realizadas en estos regímenes	8 meses
Coste de Implantes quirúrgicos y Prótesis	8 meses
Intervenciones quirúrgicas y partos distócicos que tengan lugar en situación de urgencia vital, no se aplicará el periodo de carencia previsto, y tampoco en los partos prematuros, entendiéndose como tales los que se produzcan con anterioridad al cumplimiento de la 28ª semana de gestación.	
TRATAMIENTOS ESPECIALES	
Laserterapia: en tratamientos de Fotocoagulación en Oftalmología así como el Láser en Rehabilitación Músculo-Esquelética	3 meses
Nucleotomía Percutánea	3 meses
Laserterapia. Cirugía en Coloproctología, las intervenciones quirúrgicas en Ginecología, Otorrinolaringología y Dermatología, en las intervenciones para la Hiperplasia Benigna de Próstata, en la litotricia de la vía urinaria y en el Tratamiento Endoluminal de las Varices y lesiones traqueobronquiales.	8 meses
Tratamiento del dolor	8 meses
Diálisis	8 meses
Ondas de Choque para Calcificaciones Musculotendinosas	8 meses
Litotricia Renal	8 meses
Quimioterapia y Oncología Radioterápica	8 meses

Exclusiones

Además de las exclusiones específicas establecidas anteriormente para alguna de las especialidades, prestaciones y servicios cubiertos, serán de aplicación a toda la cobertura de asistencia sanitaria, las siguientes exclusiones:

- Queda excluida la asistencia sanitaria o cualquier gasto médico que precise el Asegurado y que sea consecuencia, guarde relación o se derive de una situación que haya sido declarada por organismos nacionales o internacionales como epidemia y/o pandemia, o con una declaración de emergencia de salud pública de interés internacional, o declaración equivalente.

Igualmente se encuentran excluidas las asistencias sanitarias o cualquier gasto médico que precise el Asegurado que sea consecuencia, guarde relación o se derive de guerras, catástrofes naturales o nucleares (con o sin declaración de las mismas), actos de terrorismo, insurrecciones, tumultos populares, o cualquier fenómeno catastrófico extraordinario.

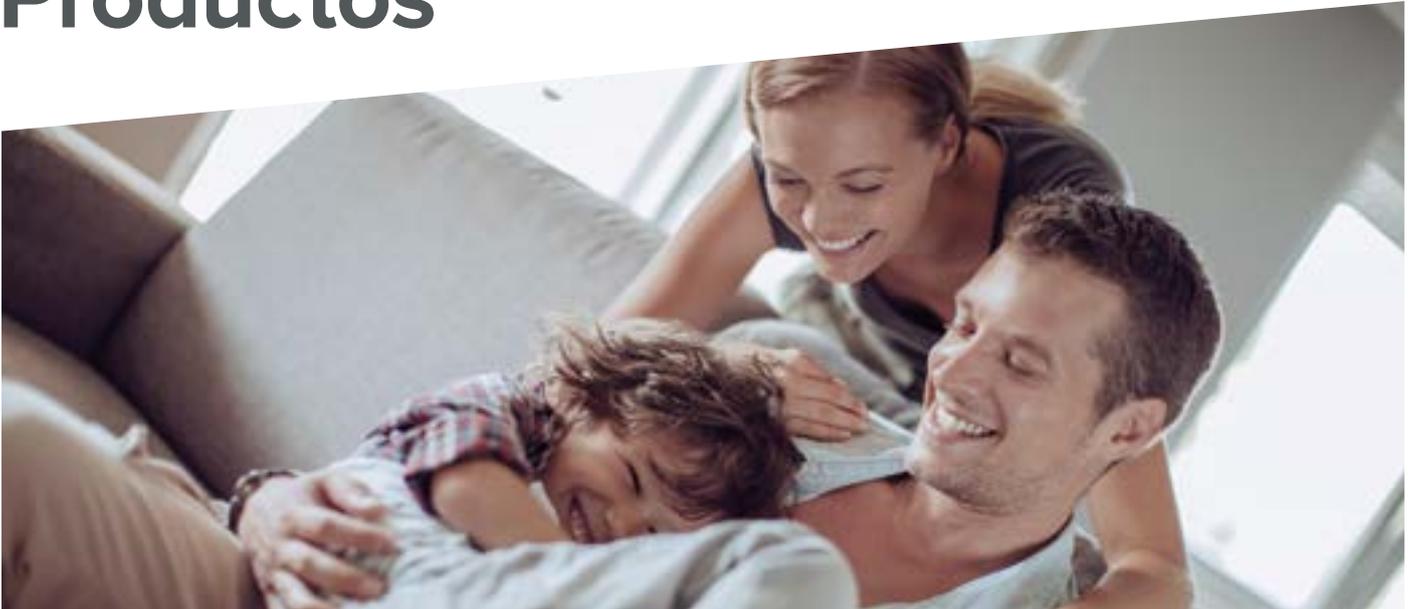
- b.** La asistencia sanitaria de las lesiones producidas a causa de embriaguez, riñas (salvo en caso de legítima defensa), autolesiones o intentos de suicidio. Se entiende por embriaguez la establecida en la legislación sobre tráfico, circulación de vehículos de motor y seguridad vial, con independencia de que el siniestro suceda o no con ocasión de la conducción de vehículo a motor por el Asegurado.
- c.** Los fármacos y medicamentos de cualquier clase, productos sanitarios y medios de cura salvo los que se administren al paciente mientras esté hospitalizado, ya sea en régimen de ingreso, hospital de día o cirugía ambulante. Quedan excluidos los medicamentos de terapia avanzada que comprenden los medicamentos de uso humano basados en genes (terapia génica), células (terapia celular de cualquier tipo) y tejidos (ingeniería tisular). Además, quedan excluidos todo tipo de tratamientos experimentales incluyendo los que están en ensayo clínico en todas sus fases o grados.
- d.** La asistencia sanitaria derivada de alcoholismo crónico o adicción a drogas o psicofármacos de cualquier tipo.
- e.** La asistencia sanitaria que se precise como consecuencia de lesiones producidas durante la práctica profesional de cualquier deporte y/o actividad, así como la práctica no profesional de actividades manifiestamente peligrosas o de alto riesgo como el toreo o encierro de reses bravas, artes marciales, espeleología, submarinismo, escalada, puenting, parapente, paracaidismo, barranquismo, rafting, vuelo sin motor o cualquier otra de análoga naturaleza.
- f.** La asistencia sanitaria de toda clase de enfermedades, estados de salud, lesiones, defectos o deformaciones congénitas o preexistentes a la fecha de efecto del alta de cada Asegurado en la póliza, que siendo conocidas por el Asegurado, no hubiesen sido declaradas por éste en el cuestionario de salud. Esta exclusión no afectará a los Asegurados incorporados a la póliza desde su nacimiento conforme la cláusula 4.1. (Cláusulas Jurídicas) de las Condiciones Generales.
- g.** El diagnóstico, tratamiento e intervenciones quirúrgicas realizadas con fines puramente estéticos o cosméticos, así como la necesidad de pruebas diagnósticas o tratamientos por complicaciones que pudieran estar directa y/o principalmente causadas por haberse sometido a una intervención, infiltración o tratamiento de carácter

puramente estético o cosmético. Quedan excluidas las técnicas de lipoinfiltración grasa. Queda excluida la micropigmentación del complejo areola pezón. Se excluye el tratamiento quirúrgico del lipedema.

- h.** La cirugía robótica, en todas las especialidades excepto en los casos indicados en el apartado otros servicios (2.10 de las Condiciones Generales), ya sea directa o asistida (entendiendo en ambos casos las intervenciones realizados mediante maniobras quirúrgicas que realiza un robot siguiendo las instrucciones de un cirujano y guiado por un sistema laparoscópico telerrobotizado, y/o la que realiza el robot asistida por un sistema informatizado de realidad virtual o navegador con imágenes en 3D obtenidas por ordenador; las cirugías profilácticas y las cirugías del cambio de sexo.
- i.** Cualquier tratamiento o prueba diagnóstica cuya utilidad o eficacia no esté contrastada científicamente o sean considerados de carácter experimental o no hayan sido ratificadas por las agencias españolas de evaluación de tecnologías sanitarias. Quedan excluidas las medicinas alternativas, naturopatía, homeopatía, acupuntura, mesoterapia, hidroterapia, presoterapia, ozonoterapia, medicina regenerativa (incluye técnicas de regeneración tisular, celular o molecular los implantes o trasplantes de células madre y la ingeniería de tejidos). Además, se excluye el tratamiento con cámara hiperbárica.
- j.** La asistencia sanitaria que esté cubierta por el seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, según su legislación específica.
- k.** Cualquier intervención quirúrgica sobre el no nacido.
- l.** Quedan excluidas todo tipo de prótesis e implantes quirúrgicos y material sanitario implantable sintético o biológico, fijadores externos e internos no detallados en el apartado de cobertura de implantes y prótesis quirúrgicas. Se excluye la cirugía endoscópica en cirugía de columna.
- m.** Queda excluida la terapia ocupacional.

No obstante lo anterior, en los supuestos contemplados en las anteriores exclusiones b), d), e) y j), la Aseguradora asume la asistencia sanitaria que deba prestarse al Asegurado en situación de urgencia y mientras ésta dure. Si la asistencia urgente incluye la hospitalización del paciente, la cobertura finalizará a las 24 horas del ingreso de éste en el centro hospitalario.

Productos



Adeslas ÓPTIMA PLUS El Corte Inglés Navarra

Adeslas ÓPTIMA PLUS El Corte Inglés Navarra permite el acceso a la Asistencia Sanitaria más completa **sin copagos**, que incluye medicina general, todas las especialidades y los medios de diagnóstico más avanzados, con hospitalización en habitación individual con cama para acompañante. Todo ello a través del cuadro médico más amplio de Navarra.

Coberturas

Las especialidades, prestaciones sanitarias y coberturas accesorias cubiertas por esta póliza son los que se indican a continuación junto con sus exclusiones específicas, en el caso de que existan, siendo asimismo de aplicación las exclusiones comunes indicadas en el apartado “Exclusiones comunes de la cobertura de asistencia sanitaria” (Condiciones Generales Descriptivas 3ª).

Para todas las coberturas que se relacionan a continuación, que requieran prescripción médica, la misma deberá de realizarse previamente por los Médicos o Facultativos del Cuadro Médico de la Aseguradora.

Medicina Primaria

- **Medicina General.** Asistencia en consulta y a domicilio.
- **Pediatría y puericultura.** Para niños menores de catorce años.
- **Enfermería.** Servicio en consulta y a domicilio. En este último caso, siempre y cuando el enfermo guarde cama y previa prescripción de un facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora.

Urgencias

La Asistencia Sanitaria en casos de urgencia se prestará en los centros de urgencia permanente (24 horas) que se indique en el Cuadro Médico de la Aseguradora. La asistencia será domiciliaria siempre que el estado del enfermo lo requiera.

Especialidades

Asistencia sanitaria en consultas médicas o en régimen de hospitalización (según proceda a criterio de un médico o facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora), en las especialidades que a continuación se citan:

- **Alergología.** Las vacunas serán a cuenta del Asegurado. Se excluyen los paneles moleculares diagnósticos y la determinación y empleo de alérgenos recombinantes.
- **Anestesia y Reanimación.**
- **Angiología y cirugía vascular.** Incluye el tratamiento endoluminal de varices por láser y radiofrecuencia siempre y cuando no sea por motivos estéticos.
- **Aparato digestivo..**
- **Cardiología.**

- **Cirugía cardiovascular.**
- **Cirugía general y del aparato digestivo.** Incluye la cirugía bariátrica para pacientes en quienes haya fracasado el tratamiento conservador supervisado, con un índice de masa corporal igual o superior a 40 kg/m², o a 35 si se asocian comorbilidades mayores.
- **Cirugía maxilo-facial.** Se excluyen los tratamientos estéticos. Asimismo, queda excluida la cirugía ortognática, la cirugía preimplantacional y la cirugía preprotésica aunque las mismas tengan finalidad funcional.
- **Cirugía Pediátrica.**
- **Cirugía Plástica Reparadora.** Se excluye la cirugía con fines estéticos, salvo la reconstrucción de la mama afectada tras mastectomía y la remodelación de la mama sana contralateral, esta última con un límite máximo de un año después de la cirugía oncológica, si es considerada como opción terapéutica mediante informe médico; incluirá la prótesis mamaria y los expansores de piel. Queda excluida la reconstrucción y/o simetrización mamaria tras cirugía de resección mamaria por patología benigna, así como las técnicas de lipoinfiltración grasa para cualquier tipo de patología. Se excluye el tratamiento quirúrgico del lipedema.
- **Cirugía Torácica.**
- **Dermatología médico-quirúrgica.** Incluye la terapia fotodinámica, la dermatoscopia digital y la fototerapia PUVA y PUVB. Se excluye en aplicaciones cosméticas o estéticas y como pruebas de cribado.
- **Endocrinología y Nutrición.**
- **Geriatria.**
- **Hematología y Hemoterapia.**
- **Inmunología.**
- **Medicina Interna.**
- **Medicina Nuclear.**
- **Nefrología.**
- **Neonatología.**
- **Neumología.**
- **Neurocirugía.** Se excluye la cirugía endoscópica en cirugía de columna.
- **Neurofisiología Clínica.**
- **Neurología.**
- **Obstetricia y Ginecología.** Vigilancia del Embarazo y Asistencia a los Partos. Incluye en cobertura del Test de preeclampsia (cociente sFlt-1/PIGF), exclusivamente en personas Aseguradas con sospecha clínica de preeclampsia documentada. Se excluye su cobertura como prueba de cribado.
- **Odontostomatología.** Se encuentran cubiertas las curas estomatológicas, extracciones y una limpieza de boca por cada anualidad del seguro. A partir de la segunda limpieza dentro de la anualidad, será necesaria la prescripción médica.
- **Oftalmología.** Incluye la retinografía, la tomografía de coherencia óptica, ortóptica y pleóptica, el cross linking corneal (excluido en caso de ectasia consecuencia de cualquier cirugía refractiva), el tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad por terapia fotodinámica o inyección intravítrea de fármacos (en ambos casos el coste de los fármacos utilizados correrá a cargo del Asegurado). Se excluye la corrección quirúrgica de la miopía, hipermetropía o astigmatismo y presbicia y cualquier otra patología refractiva ocular.
- **Oncología médica y radioterápica.**
- **Otorrinolaringología.** Incluye la Radiofrecuencia y la cirugía mediante Láser CO².
- **Psicología Clínica.** con un máximo de veinte sesiones por cada anualidad de seguro o cuarenta sesiones en caso de trastornos de la conducta alimentaria. Requerirá la prescripción de un especialista en psiquiatría u oncología concertado y la autorización previa de la Aseguradora. Se excluye el psicoanálisis, hipnosis, test neuropsicológicos y psicométricos, sofrología, narcolepsia ambulatoria, cualquier método de asistencia psicológica no-conductual, la psicoterapia de grupo y la rehabilitación psicosocial.
- **Psiquiatría.**
- **Rehabilitación y Fisioterapia,** previa prescripción de un facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora. Comprende la valoración del médico rehabilitador y la fisioterapia, siendo su cobertura en régimen ambulatorio (excluida la fisioterapia domiciliaria) la rehabilitación del aparato locomotor, rehabilitación vestibular, rehabilitación del suelo pélvico (exclusivamente para disfunciones producidas como consecuencia del embarazo y parto, cubiertos previamente por el seguro y sea a cargo de la Aseguradora) y la rehabilitación cardiaca (exclusivamente para recuperación inmediata en pacientes que hayan sufrido un infarto agudo de miocardio y/o cirugía cardiaca con circulación extracorpórea, cubiertos previamente por el seguro). En régimen de hospitalización quedará cubierta la rehabilitación del aparato locomotor y cardiaca durante el episodio de ingreso que haya justificado la necesidad de dicha rehabilitación.
Queda incluido el drenaje linfático tras cirugía oncológica con resección de cadenas ganglionares tanto en régimen ambulatorio como en hospitalización. Se excluyen los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando se haya conseguido la recuperación funcional, o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento, así como la rehabilitación respiratoria, neuropsicológica o estimulación cognitiva y la terapia ocupacional.
- **Reumatología.**
- **Traumatología y Cirugía Ortopédica.** Cirugía artroscópica. Se excluye excluida la infiltración de plasma rico en plaquetas o factores de crecimiento. Se excluye la cirugía endoscópica en cirugía de columna.
- **Urología.** Incluye el uso del láser para el tratamiento quirúrgico

de la hiperplasia benigna de próstata. Se excluye el tratamiento quirúrgico prostático con crioterapias, radiofrecuencia, HIFU (ultrasonido focalizado de alta intensidad) y termoterapias.

Medicina Preventiva

Quedan incluidos los controles preventivos, adecuados a la edad del Asegurado, prescritos por un médico o facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora, y realizados con medios y técnicas cubiertas por la garantía de la póliza.

- **Pediatría:** incluye controles preventivos y de desarrollo infantil: comprende la consulta periódica con especialista, así como los exámenes de salud del recién nacido (detección de metabolopatías y detección precoz de la hipoacusia mediante otoemisiones acústicas o potenciales evocados en caso necesario).
- **Obstetricia y Ginecología:** revisión ginecológica en cada anualidad de seguro, para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix. Incluye la consulta y exploración con el especialista, así como las pruebas diagnósticas según el criterio del médico: ecografía ginecológica, mamografía, citología y detección del virus papiloma humano.
- **Cardiología:** incluye la prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años, mediante la consulta por el médico especialista y las pruebas diagnósticas según el criterio del médico: ECG, radiografía de tórax, prueba de esfuerzo, analítica básica de sangre y orina.
- **Urología:** revisión urológica en cada anualidad de seguro para la prevención del cáncer de próstata. Comprende la consulta y exploración física por el médico especialista y las pruebas diagnósticas según el criterio del médico: analítica básica de orina y sangre incluyendo PSA (determinación antígeno prostático específico) y ecografía prostática.
- **Planificación Familiar:** control del tratamiento con anovuladores, implantación de DIU y su vigilancia, incluyendo el coste del dispositivo. Incluye la ligadura de trompas y vasectomía así como el estudio diagnóstico de las causas de esterilidad o infertilidad (estudios serológicos y hormonales, cariotipo, así como histerosalpingografía en la mujer y espermograma en el varón. Se excluye la interrupción voluntaria del embarazo y las reducciones embrionarias, así como los tratamientos de esterilidad o infertilidad y las cirugías para revertir la ligadura de trompas y la vasectomía.
- **Prevención del cáncer colorrectal:** Incluye consulta y exploración física con el especialista, así como, según el criterio del médico, el test de detección de sangre oculta en heces y en caso necesario colonoscopia.
- **Prevención diabetes:** consulta y exploración por médico especialista, así como determinación de la glucemia basal y en caso necesario hemoglobina glicosilada.

Medios de Diagnóstico

Asumimos la cobertura económica de las siguientes pruebas

de diagnóstico que, en todos los casos, deberán ser prescritas por Médicos o Facultativos del Cuadro Médico de la Aseguradora y corresponder a una asistencia sanitaria cubierta por la póliza.

- **Análisis Clínicos, anatomía patológica y citopatología. Se excluyen las biopsias líquidas.**
- **Radiología General:** incluye las técnicas habituales de diagnóstico por la imagen, quedando incluida la utilización de medios de contraste.
- **Otros Medios de Diagnóstico:** doppler cardiaco, electrocardiografía, electroencefalografía, electromiografía y ecografías.

Medios de Diagnóstico de Alta Tecnología Diagnóstica y Terapéutica

- **Inmunohistoquímica.**
- **Ergometría, Holter (se excluyen los holter implantables), Estudios Electrofisiológicos y Terapéuticos.**
- **Polisomnografía.**
- **Endoscopias digestivas, diagnósticas y/o terapéuticas.**
 - Cápsula endoscópica para el estudio diagnóstico de la hemorragia digestiva de origen no identificado después de colonoscopia y endoscopia alta.
 - Ecoendoscopia.
 - Resección endoscópica mucosa o mucossectomía.
 - Disección endoscópica submucosa para la extirpación, en toda la vía digestiva, de lesiones premalignas o malignas mayores de 2 cm en las que se ha descartado polipectomía convencional y precisan tratamiento quirúrgico.
 - Ablación por radiofrecuencia en casos de esófago de Barret.
 - Se excluyen las técnicas bariátricas por endoscopia.
- **Fibroendoscopia nasal y fibrobronoscopias: diagnósticas y/o terapéuticas. Ecobroncscopia.**
- **Elastografía de transición hepática (fibroscan)** para el diagnóstico de la fibrosis hepática de distintas etiologías, especialmente para confirmar la presencia de cirrosis, con exclusión de la enfermedad hepática alcohólica.
- **Neuronavegador y Monitorización neurofisiológica intraoperatoria:** incluida la neuronavegación quirúrgica no robótica en intervenciones intracraneales y en fijaciones vertebrales de dos o más niveles o cirugía oncológica de columna vertebral o médula espinal. No se incluyen otras indicaciones de navegación quirúrgica. Incluida la monitorización neurofisiológica intraoperatoria en las mismas intervenciones y además en cirugías de tiroides y paratiroides y riesgo del nervio facial periférico.
- **Tomosíntesis de mama**
- **Resonancia magnética y Tomografía Axial Computarizada (TAC/escáner).** Se excluye la tomografía computerizada de haz cónico.

- **Colonografía realizada mediante TAC** (exclusivamente como prueba complementaria a la fibrocolonoscopia por intolerancia o estenosis y en pacientes con problemas médicos que contraindiquen la práctica de fibrocolonoscopia convencional).
- **Coronariografía por TAC:** está cubierto (exclusivamente para pacientes con enfermedad coronaria sintomática con prueba de esfuerzo no concluyente en pacientes asintomáticos pero con prueba de detección isquémica positiva o dudosa, en cirugías de recambio valvular y en valoración de estenosis por sospecha clínica tras colocación de stents coronario de cirugía de by-pass coronario y en malformaciones del árbol coronario. No está incluido la cobertura bajo ninguna circunstancia en la utilización para cuantificación del calcio en arterias coronarias y su utilización como prueba diagnóstica de screening).
- **Resonancia Magnética Multiparamétrica.**
- **Biopsia prostática** Biopsia prostática por fusión de imágenes ecodirigida, en casos de alta sospecha clínica de cáncer de próstata (acreditada por valores del PSA*) y con al menos una biopsia prostática previa negativa realizada en los últimos 18 meses previos a la solicitud de la biopsia por fusión.
- **Medicina Nuclear. PET/TAC** (Quedan incluidos exclusivamente los realizados con el radiofármaco 18F-FDG y en las indicaciones clínicas establecidas en la ficha técnica del mismo y autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios) y PET/RM (exclusivamente los realizados con el radiofármaco 18F-FDG en indicaciones clínicas oncológicas). Se da cobertura al SPECT TAC
- **Amniocentesis y Cariotipos.**
- **Pruebas genéticas:** quedan cubiertas exclusivamente aquellas pruebas cuyo fin sea el diagnóstico de enfermedades en pacientes afectos y sintomáticos.
 - Incluye las dianas terapéuticas cuya determinación sea exigida en la ficha técnica emitida por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para la administración de algunos fármacos.
 - Incluye las plataformas genómicas de cáncer de mama Oncotype y Mammaprint prescrito por especialista en oncología médica, únicamente en mujeres con cáncer de mama en estadios iniciales (I-II), receptores de estrógenos (RE/ER) positivos, HER 2 negativos y: a) ganglios linfáticos negativos (N0) o b) metástasis de ganglio axilar menor o igual a 2 mm (N1mi) o N1 con afectación de 1 a 3 ganglios máximo.
 - Incluye también los test de DNA fetal en sangre materna, para diagnóstico prenatal de las trisomías 21, 18 y 13 prenatal cuando el índice de riesgo en el cribado combinado del primer trimestre (CCPT) esté comprendido entre 1/50 y 1/250 o en gestantes con embarazo previo con aneuploidías en los cromosomas 21, 18 ó 13, independientemente del CCPT. Se excluyen expresamente de la cobertura del seguro, cualquier medio de diagnóstico y/o tratamiento mediante terapia génica, los estudios de farmacogenética,

la determinación del mapa genético con fines predictivos o preventivos, las biopsias líquidas y cualquier otra técnica genética o de biología molecular.

Medios de diagnóstico intervencionista

- **Radiología intervencionista vascular y visceral y hemodinámica vascular.**

Las pruebas de diagnóstico, en todos los casos, han de ser prescritas por médicos o facultativos del Cuadro Médico de la Aseguradora que tengan a su cargo la asistencia del Asegurado, asistencia que ha de estar cubierta por la póliza.

Hospitalización

Cualquier tipo de hospitalización se realizará en clínica u hospital concertado con la Entidad Aseguradora. Para ello será necesaria la previa prescripción de un especialista concertado y autorización escrita de ésta.

La hospitalización se hará siempre en habitación individual que dispondrá de cama para el acompañante excepto en las hospitalizaciones psiquiátricas, en U.V.I. y neonatológicas, y serán por cuenta de la Aseguradora los gastos derivados de la realización de los métodos diagnósticos y terapéuticos, tratamientos quirúrgicos (incluidos gastos de quirófano y medicamentos) y estancias con la manutención del enfermo, comprendidos en la cobertura de la póliza. Se excluye la asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social.

- **Hospitalización Obstétrica (partos).** Incluye el tratamiento del ginecólogo obstetra y/o la matrona en ingreso hospitalario durante el proceso de embarazo y/o parto; y el nido y/o la incubadora para el recién nacido durante su internamiento hospitalario.
- **Hospitalización quirúrgica.** Incluye las especialidades quirúrgicas para el tratamiento de las patologías que así lo requieran, el estudio preoperatorio o preanestésico (consulta, analítica y electrocardiograma), las visitas y curas del postoperatorio inmediato, la cirugía mayor ambulatoria, y en su caso los implantes quirúrgicos y prótesis especificados en la Cláusula Descriptiva de la Cobertura 2.7 de las Condiciones Generales.
- **Hospitalización médica sin intervención quirúrgica.** Incluye las distintas especialidades médicas para el diagnóstico y/o tratamiento de las patologías médicas susceptibles de ingreso.
- **Hospitalización pediátrica.** Para menores de 14 años. Incluye la asistencia por motivo de intervención quirúrgica o enfermedad médica tanto en hospitalización convencional como en unidades de neonatología (cuidados intensivos y/o cuidados intermedios).
- **Hospitalización en Unidad de Vigilancia Intensiva (U.V.I.).**
- **Hospitalización psiquiátrica.** Exclusivamente para los enfermos de procesos agudos o crónicos en periodo de

* Elevación PSA total > 10 ng/ml y/o elevación persistente (más de seis meses) del PSA total entre 4 y 10 ng/ml y/o coeficiente PSA libre/total <20% (< 0,2).

agitación, previamente diagnosticados por un especialista del Cuadro Médico de la Aseguradora, en régimen de internamiento o en hospitalización de día, con un límite de cincuenta días por cada anualidad de seguro.

- **Hospitalización de Día:** tanto para procesos quirúrgicos como médicos, incluidos los tratamientos quimioterápicos en oncología. Comprende los gastos de estancia, la medicación y los medios de diagnósticos utilizados durante la permanencia en el centro hospitalario.

Implantes y Prótesis Quirúrgicas

Serán suministrados siempre por las empresas concertadas con la Aseguradora. La garantía comprende, previa prescripción escrita de un Médico especialista del Cuadro Médico, las prótesis internas y materiales implantables expresamente indicados a continuación:

- **Cardiovasculares:** marcapasos (monocamerales, bicamerales y los marcapasos con terapia de resincronización cardiaca), válvulas cardíacas mecánicas, biológicas xenólogas y anillos para valvuloplastia, conducto valvulado, stent coronario (medicalizado o no medicalizado), prótesis de bypass vascular y las endoprótesis (stent) vasculares. Sustitutos del pericardio (sintéticos y biológicos xenólogos) y filtro vena cava. Se excluyen los marcapasos con tecnología sin cable, los desfibriladores automáticos implantables (DAI) y las válvulas cardíacas transcater. Se incluyen los coils (materiales de embolización, tipo líquido o dispositivo). Se incluyen los dispositivos oclusores cardíacos exclusivamente para el tratamiento de la comunicación interauricular, comunicación interventricular y ductus persistente. Se excluyen los dispositivos tipo amplatzer y similares, ni periféricos ni cardíacos (estos dispositivos se catalogan como dispositivos oclusores/ tapón cardíaco y vasculares) para otras indicaciones no especificadas en la cobertura. Se excluyen las partículas liberadoras de fármacos.
- **Osteoarticulares:** prótesis internas traumatológicas, el material de osteosíntesis y el material osteo-tendinoso biológico obtenido de bancos de tejidos autorizados en la Unión Europea. Se excluyen los fijadores externos y los dispositivos de elongación de hueso intramedulares guiados por dispositivos electrónicos.
- **Oftalmológicos:** lentes intraoculares (monofocales y bifocales) para la corrección de la afaquia tras cirugía de cataratas. Se excluyen las lentes tóricas, monofocales de rango extendido, lentes EDOF (de profundidad de foco extendida), trifocales y otras lentes con corrección visual añadida.
- **Quimioterapia o Tratamiento del Dolor:** reservorios implantables (ports).
- **Implantes reparadores:**
 - Prótesis mamaria y expansores cutáneos para la reconstrucción de la mama afectada tras mastectomía y la

remodelación de la mama sana contralateral, esta última con un límite máximo de un año después de la cirugía oncológica, si es considerada como opción terapéutica mediante informe médico.

- Mallas sintéticas para reconstrucción de pared abdominal o torácica.
- **Urológicos y genitourinarios:** prótesis testiculares tras orquiectomía exclusivamente tras proceso tumoral o torsión testicular. Banda de fijación para incontinencia de esfuerzo cuando haya fracasado el tratamiento conservador o el farmacológico.
- **Implantes neurológicos:** sistemas de derivación de líquido cefalorraquídeo, incluyendo sus reservorios.
- **Implantes otorrinolaringológicos:** tubos de drenaje transtimpánicos. Prótesis de oído medio para la reconstrucción osicular (martillo, yunque y estribo).

El coste de cualquier otro tipo de implante quirúrgico, material biológico, prótesis externas, fijador externo, órtesis y ortoprótesis no incluidos en el detalle anterior correrán a cargo del Asegurado.

Tratamientos especiales

La cobertura de la asistencia sanitaria también incluye la de los siguientes tratamientos, que en todos los casos debe prescribir el Médico del Cuadro Médico de la Aseguradora que tiene a su cargo la asistencia del Asegurado, asistencia que debe estar cubierta por la póliza.

- **Terapias respiratorias a domicilio.** Incluye oxigenoterapia (líquida, con concentrador o gaseosa), aerosolterapia (en este caso la medicación correrá a cargo del Asegurado), ventilación con presión positiva continua en vía aérea (CPAP) y ventilación con dispositivos binivel (BIPAP).
- **Trasfusiones de sangre y/o plasma.**
- **Logopedia y foniatría.** Incluye el tratamiento de patologías del lenguaje, del habla y de la voz de causa orgánica y trastornos funcionales, quedando excluidos los tratamientos cuando se haya conseguido la recuperación funcional, o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento. Se dará también cobertura logopédica por deglución atípica para menores de 14 años hasta un máximo de 20 sesiones por Asegurado y anualidad. Se excluye el tratamiento de los trastornos del aprendizaje (dislexia, disgrafía y discalculia).
- **Laserterapia.** Incluye fotocoagulación en oftalmología (queda excluido el láser femtosegundo en cirugía de cataratas), la cirugía en coloproctología, las intervenciones quirúrgicas en ginecología, otorrinolaringología y dermatología, así como el láser en rehabilitación musculoesquelética, en las intervenciones para la hiperplasia benigna de próstata, en la litotricia de la vía urinaria y en el tratamiento endoluminal de las varices y lesiones traqueobronquiales. Se excluyen todas

aquellas técnicas quirúrgicas o terapéuticas que empleen láser y no se encuentren en el detalle anterior.

- **Nucleotomía percutánea.**
- **Hemodiálisis para insuficiencias renales agudas o crónicas.**
- **Quimioterapia.** En régimen de internamiento o en hospitalización de día. La Aseguradora sólo asumirá los gastos de medicamentos clasificados como citostáticos, comercializados en España y que estén autorizados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Incluye los reservorios implantables (port-a-cath). Se excluyen los tratamientos quimioterápicos intraoperatorios como la quimioterapia intraperitoneal.
- **Oncología radioterápica.** Incluye cobaltoterapia, braquiterapia, los isótopos radioactivos y acelerador lineal: irradiación corporal (baño de electrones); radiocirugía y radioterapia esterotáxica en los tumores intracraneales; radioterapia externa conformacional; radioterapia exterotáxica corporal; radioterapia con intensidad modulada con control de imagen y movimiento. Se excluye la radioterapia para procesos benignos no oncológicos salvo en emergencias por compresión medular y la terapia con haz de protones o neutrones.
- **Tratamiento del dolor.** Incluye los reservorios implantables (port-a-cath), quedando excluidas las bombas implantables para perfusión de medicamentos y los electrodos de estimulación medular.
- **Litotricia renal.**
- **Ondas de choque para calcificaciones musculotendinosas.**

Los tratamientos anteriores, en todos los casos, han de ser prescritos por facultativos del Cuadro Médico de la Aseguradora que tengan a su cargo la asistencia del Asegurado, asistencia que ha de estar cubierta por la póliza.

Trasplantes de órganos, tejidos y células de origen humano

El seguro incluye las actuaciones médicas y quirúrgicas sobre el propio Asegurado que resulten necesarias para realizarle el trasplante autólogo de médula ósea o un trasplante de córnea, con las gestiones administrativas que ello conlleve. Se excluyen otros trasplantes o autotrasplantes de órganos, tejidos o células no indicados en el detalle anterior.

Asimismo, se excluyen en todos los trasplantes de órganos, las actuaciones médicas y quirúrgicas a realizar sobre la persona del donante, sea o no Asegurado para la extracción del órgano a trasplantar a otra persona, y las actuaciones correspondientes a la conservación y traslado del órgano.

Otras coberturas accesorias

- **Ambulancias.** Para el traslado dentro de la provincia de residencia de los enfermos cuyo estado físico lo requiera. El seguro cubre exclusivamente el desplazamiento del Asegurado

desde su domicilio al hospital o viceversa y sólo para ingreso hospitalario o asistencia de urgencia. Será necesaria la prescripción de un facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora, salvo en caso de urgencia. Se excluyen los gastos de transporte del Asegurado al centro y viceversa en casos de rehabilitación y fisioterapia, y en casos de diálisis.

- **Preparación al parto.** Asistencia impartida en cursos de preparación que incluye los ejercicios físicos de relajación y de simulación de los periodos de dilatación y expulsión al parto.
- **Podología.** Exclusivamente tratamientos de quiropodia en consulta. Con un máximo de doce sesiones por cada anualidad de seguro.
- **Cirugía robótica.** Queda incluida la cirugía robótica exclusivamente para las indicaciones que se detallan a continuación y en los centros concertados para ello y que figuran debidamente identificados en el Cuadro Médico. Para acceder a esta prestación será necesaria:
 - **La prescripción por parte** de un facultativo **especialista** en urología y/o nefrología del Cuadro Médico.
 - **El pago por el Asegurado y a la Aseguradora** de una franquicia por importe de 6.000 €.
 - **La autorización** previa emitida por la Aseguradora.

El empleo de sistemas robóticos en cirugía se incluye exclusivamente para las siguientes indicaciones:

- **En el tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata** mediante prostatectomía radical en aquellos casos que cumplan todos los siguientes criterios:
 - Diagnóstico de tumor maligno prostático localizado;
 - PSA menor o igual a 15 ng/ml en el momento de la indicación quirúrgica;
 - Ausencia de afectación extracapsular y/o de vesículas seminales en la ecografía transrectal o medios de imagen (tumor estadificado como T1 o T2);
 - Ausencia de evidencia de metástasis y/o invasión linfática (tumor estadificado como N0 y M0);
 - Riesgo anestésico del paciente ASA menor a III.
- **En el tratamiento quirúrgico, mediante nefrectomía parcial,** del carcinoma renal (exclusivamente en tumores menores de 4 cm en su diámetro mayor).

Normas de contratación

- **Tomador de la Póliza:** persona física a partir de 18 años. No contratable por CIF.
- **Asegurados:** persona física a partir de cualquier edad y hasta 70 años (sea en póliza individual o familiar) incluso niños a título individual; excepto:
 - Mayores de 70 años, salvo cuando entren en una póliza familiar con un mínimo de 3 asegurados menores de 60 años. (En el

caso de que en la contratación existan dos o más asegurados mayores de 70 años será necesario un mínimo de 3 asegurados menores de 60 años por cada asegurado mayor de 70 años).

No puede contratar ningún asegurado con un contrato de salud vigente de SegurCaixa Adeslas efectuado a través de cualquiera de los canales de venta.

- **Cuestionario de Salud:** obligatorio para todos los asegurados.

Descuentos/Bonificaciones

- **Descuentos por número de asegurados:** 10 % de descuento a partir de cuatro asegurados.

La baja o alta de uno o varios asegurados en la póliza supondrá la retarificación automática del producto.

Período de Carencia

Todas las prestaciones que en virtud de la póliza asume la Aseguradora serán facilitadas desde la fecha de entrada en vigor del contrato para cada uno de los Asegurados. Se exceptúan del anterior principio general las prestaciones siguientes:

MEDIOS DE DIAGNÓSTICO	
Medios de Diagnóstico de Alta Tecnología	3 meses
Medios de Diagnóstico Intervencionista	6 meses
HOSPITALIZACIÓN	
Intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio (Intervenciones del grupo 0 al II según clasificación de la Organización Médica Colegial)	3 meses
Ligadura de Trompas y Vasectomía	6 meses
Hospitalización por cualquier motivo o naturaleza en régimen de internamiento o en hospital de día, así como las intervenciones quirúrgicas realizadas en estos regímenes	8 meses
Coste de Implantes quirúrgicos y Prótesis	8 meses
Intervenciones quirúrgicas y partos distócicos que tengan lugar en situación de urgencia vital, no se aplicará el periodo de carencia previsto, y tampoco en los partos prematuros, entendiéndose como tales los que se produzcan con anterioridad al cumplimiento de la 28ª semana de gestación.	
TRATAMIENTOS ESPECIALES	
Laserterapia: en tratamientos de Fotocoagulación en Oftalmología así como el Láser en Rehabilitación Músculo-Esquelética	3 meses
Nucleotomía Percutánea	3 meses
Laserterapia. Cirugía en Coloproctología, las intervenciones quirúrgicas en Ginecología, Otorrinolaringología y Dermatología, en las intervenciones para la Hiperplasia Benigna de Próstata, en la litotricia de la vía urinaria y en el Tratamiento Endoluminal de las Varices y lesiones traqueobronquiales.	8 meses
Tratamiento del dolor	8 meses
Diálisis	8 meses
Ondas de Choque para Calcificaciones Musculotendinosas	8 meses
Litotricia Renal	8 meses
Quimioterapia y Oncología Radioterápica	8 meses

Exclusiones

Además de las limitaciones y exclusiones específicas que hemos indicado en el apartado “Coberturas de asistencia sanitaria”, la asistencia sanitaria cubierta por la póliza tiene también las siguientes exclusiones.

- a.** La asistencia sanitaria o cualquier gasto médico que precise el Asegurado y que sea consecuencia, guarde relación o se derive de una situación que haya sido declarada por organismos nacionales o internacionales como epidemia y/o pandemia, o con una declaración de emergencia de salud pública de interés internacional, o declaración equivalente. Igualmente se encuentran excluidas las asistencias sanitarias o cualquier gasto médico que precise el Asegurado que sea consecuencia, guarde relación o se derive de guerras, catástrofes naturales o nucleares (con o sin declaración de las mismas), actos de terrorismo, insurrecciones, tumultos populares, o cualquier fenómeno catastrófico extraordinario.
- b.** La asistencia sanitaria de las lesiones producidas a causa de embriaguez, riñas (salvo en caso de legítima defensa), autolesiones o intentos de suicidio. Se entiende por embriaguez la establecida en la legislación sobre tráfico, circulación de vehículos de motor y seguridad vial, con independencia de que el siniestro suceda o no con ocasión de la conducción de vehículo a motor por el Asegurado.
- c.** Los fármacos y medicamentos de cualquier clase, productos sanitarios y medios de cura salvo los que se administren al paciente mientras esté hospitalizado, ya sea en régimen de ingreso, hospital de día o cirugía ambulante. Quedan excluidos los medicamentos de terapia avanzada que comprenden los medicamentos de uso humano basados en genes (terapia génica), células (terapia celular de cualquier tipo) y tejidos (ingeniería tisular). Además, quedan excluidos todo tipo de tratamientos experimentales incluyendo los que están en ensayo clínico en todas sus fases o grados.
- d.** La asistencia sanitaria derivada de alcoholismo crónico o adicción a drogas o psicofármacos de cualquier tipo.
- e.** La asistencia sanitaria que se precise como consecuencia de lesiones producidas durante la práctica profesional de cualquier deporte y/o actividad, así como la práctica no profesional de actividades manifiestamente peligrosas o de alto riesgo como el toreo o encierro de reses bravas, artes marciales, espeleología, submarinismo, escalada, puenting, parapente, paracaidismo, barranquismo, rafting, vuelo sin motor o cualquier otra de análoga naturaleza.
- f.** La asistencia sanitaria de toda clase de enfermedades, estados de salud, lesiones, defectos o deformaciones congénitas o preexistentes a la fecha de efecto del alta de cada Asegurado en la póliza, que siendo conocidas por el Asegurado, no hubiesen sido declaradas por éste en el cuestionario de salud. Esta exclusión no afectará a los Asegurados incorporados a la póliza desde su nacimiento conforme al apartado “Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador del seguro y/o del Asegurado” (Condiciones Generales Comunes 4.1.) de estas Condiciones Generales
- g.** El diagnóstico, tratamiento e intervenciones quirúrgicas realizadas con fines puramente estéticos o cosméticos, así como la necesidad de pruebas diagnósticas o tratamientos por complicaciones que pudieran estar directa y/o principalmente causadas por haberse sometido a una intervención, infiltración o tratamiento de carácter puramente estético o cosmético. Quedan excluidas las técnicas de lipoinfiltración grasa. Queda excluida la micropigmentación del complejo areola pezón. Se excluye el tratamiento quirúrgico del lipedema.
- h.** La cirugía robótica, en todas las especialidades excepto en los casos indicados en el apartado “Otras coberturas accesorias” (Condiciones Generales Descriptivas 2.10),, ya sea directa o asistida (entendiendo en ambos casos las intervenciones realizados mediante maniobras quirúrgicas que realiza un robot siguiendo las instrucciones de un cirujano y guiado por un sistema laparoscópico telerrobotizado, y/o la que realiza el robot asistida por un sistema informatizado de realidad virtual o navegador con imágenes en 3D obtenidas por ordenador; las cirugías profilácticas y las cirugías del cambio de sexo.
- i.** Cualquier tratamiento o prueba diagnóstica cuya utilidad o eficacia no esté contrastada científicamente o sean considerados de carácter experimental o no hayan sido ratificadas por las agencias españolas de evaluación de tecnologías sanitarias. Quedan excluidas las medicinas alternativas, naturopatía, homeopatía, acupuntura, mesoterapia, hidroterapia, presoterapia, ozonoterapia, medicina regenerativa (incluye técnicas de regeneración tisular, celular o molecular los implantes o trasplantes de células madre y la ingeniería de tejidos). Además, se excluye el tratamiento con cámara hiperbárica.
- j.** La asistencia sanitaria que esté cubierta por el seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, según su legislación específica.
- k.** Cualquier intervención quirúrgica sobre el no nacido.
- l.** Quedan excluidas todo tipo de prótesis e implantes quirúrgicos y material sanitario implantable sintético o biológico, fijadores externos e internos no detallados en el apartado de cobertura de implantes y prótesis quirúrgicas. Se excluye la cirugía endoscópica en cirugía de columna.
- m.** La terapia ocupacional.

No obstante lo anterior, en los supuestos contemplados en las anteriores exclusiones b), d), e) y j), la Aseguradora asume la asistencia sanitaria que deba prestarse al Asegurado en situación de urgencia y mientras ésta dure. Si la asistencia urgente incluye la hospitalización del paciente, la cobertura finalizará a las 24 horas del ingreso de éste en el centro hospitalario.

Productos



IMQ Adeslas El Corte Inglés

IMQ Adeslas El Corte Inglés permite el acceso a la Asistencia Sanitaria más completa sin copagos, que incluye medicina general, todas las especialidades y los medios de diagnóstico más avanzados, con hospitalización en habitación individual con cama para acompañante. Todo ello a través del cuadro médico más amplio del País Vasco.

Coberturas

Las especialidades, prestaciones sanitarias y coberturas accesorias cubiertas por esta póliza son los que se indican a continuación junto con sus exclusiones específicas, en el caso de que existan, siendo asimismo de aplicación las exclusiones comunes indicadas en el apartado “Exclusiones comunes de la cobertura de asistencia sanitaria” (Condiciones Generales Descriptivas 3ª).

Para todas las coberturas que se relacionan a continuación, que requieran prescripción médica, la misma deberá de realizarse previamente por los Médicos o Facultativos del Cuadro Médico de la Aseguradora

Medicina Primaria

- **Medicina General.** Asistencia en consulta y a domicilio.
- **Pediatría y puericultura.** En consulta, hasta los 14 años.
- **Enfermería.** Servicio en consulta y a domicilio. En este último caso previa prescripción de un médico del cuadro de la Aseguradora.

Urgencias

- **Urgencias. Asistencia permanente** en los centros indicados por la Aseguradora en el Cuadro Médico. La asistencia será domiciliaria cuando el estado del enfermo así lo requiera prestada por médico generalista y/o servicio de enfermería.
- **Urgencias en desplazamiento ocasional o temporal.** Fuera del ámbito territorial de la Aseguradora y dentro del territorio nacional, en los centros concertados por el Asegurador y/o sus entidades colaboradoras, según se recoge en el Cuadro Médico de la Aseguradora.

Especialidades

- **Alergología.**
- **Análisis Clínicos.**
- **Anatomía Patológica.**
- **Anestesia y Reanimación.**
- **Angiología y cirugía vascular.** Se incluye el láser para tratamiento de varices sujeto a servicio sanitario especial siempre y cuando no sea por motivos estéticos.

- **Aparato Digestivo.** Se incluye la disección endoscópica submucosa para la extirpación, en toda la vía digestiva, de lesiones premalignas o malignas mayores de 2 centímetros en las que se ha descartado la polipectomía convencional y precisan tratamiento quirúrgico.
- **Cardiología.**
- **Cirugía General y del Aparato Digestivo.** Se incluye la cirugía robótica, que estará incluida como servicio sanitario especial y se incluye la cirugía de la obesidad, exceptuando las técnicas endoscópicas, para pacientes en quienes haya fracasado el tratamiento conservador supervisado, con un índice de masa corporal igual o superior a 40 Kg/m², o a 35 si se asocian comorbilidades mayores sujeta a servicio sanitario especial en centros específicamente designados por de la Aseguradora.
- **Cirugía Maxilo-Facial.** Se excluyen los injertos óseos y los implantes osteointegrados, las prótesis y los tratamientos periodontales preimplantológicos y preprotésicos, así como las pruebas diagnósticas solicitadas u otras técnicas, destinadas a estos fines.
- **Cirugía Pediátrica.**
- **Cirugía Plástica Reparadora.** Excluida la puramente estética salvo la reconstrucción de la mama oncológica afectada tras mastectomía radical y la remodelación de la mama sana contralateral, esta última con un límite máximo de un (1) año después de la cirugía oncológica. Incluida la técnica microquirúrgica para la reconstrucción mamaria postmastectomía, sujeta a servicio sanitario especial. Se incluye la cirugía de la hipertrofia mamaria exclusivamente cuando haya que extirpar un mínimo de 500 gr en cada mama, igual o más de 28 cm de distancia yugulumpezón, con una estatura media de 160 cm (ajustado a la altura) y que presenten una dorsalgia provocada o agravada por la hipertrofia de mama. No tendrán indicación de cirugía aquellas pacientes que, aun cumpliendo los criterios anteriores, tengan un IMC > de 30, las menores de 18 años o que se planteen un embarazo.
- **Cirugía Torácica.** Se incluye la Cirugía Robótica en cirugía torácica, sujeta a servicio sanitario especial correspondiente, en centros específicamente designados por la Aseguradora.
- **Dermatología y Venereología.**
- **Diagnóstico por imagen.** Solamente cubre las técnicas habituales como Radiología general, Ecografías, Mamografías convencionales y Densitometría ósea. Los medios de contraste serán por cuenta de la Aseguradora.
- **Endocrinología y Nutrición.**
- **Ginecología y Obstetricia.** Incluye la implantación del DIU, (incluyendo el coste del dispositivo y estando sujeta a servicio sanitario especial el dispositivo hormonal), el estudio y diagnóstico de la infertilidad, esterilidad y la ligadura de trompas. Incluye en cobertura del Test de preeclampsia (cociente sFlt-1/PIGF), exclusivamente en personas Aseguradas con sospecha clínica de preeclampsia documentada. Se excluye su cobertura como prueba de cribado. Se incluye la Cirugía robótica en Ginecología por patología oncológica sujeta al servicio sanitario especial correspondiente.
- **Hematología y Hemoterapia.**
- **Medicina Interna.**
- **Medicina Nuclear.**
- **Microbiología y Parasitología.**
- **Nefrología.** Incluye la Hemodiálisis en procesos agudos, Se excluye la Hemodiálisis en procesos crónicos.
- **Neumología.** Se excluye el tratamiento de los trastornos respiratorios durante el sueño, CPAP y BIPAP.
- **Neurocirugía.** Excluida la Radiocirugía y Cirugía Estereotáxica, la Cirugía del Parkinson y la Cirugía de la Epilepsia. Excluida la cirugía endoscópica de columna.
- **Neurofisiología Clínica.** Excluida la Cartografía cerebral (Mapping).
- **Neurología.**
- **Odontología.** Únicamente se encuentran cubiertas las curas estomatológicas y extracciones, así como una limpieza de boca anual, y radiografías destinadas para estos fines. No se incluye en el concepto de Curas Estomatológicas la Cirugía Periodontal ni el tratamiento periodontal: Raspajes y alisados.
- **Oftalmología.** Incluido el trasplante de córnea (la córnea a trasplantar será por cuenta del Asegurado), el tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad por terapia fotodinámica y la inyección intravítrea de fármacos (en estos dos últimos casos, el coste de los fármacos utilizados correrán a cargo del Asegurado).
Se excluye la corrección de la Miopía, del Astigmatismo, de la Hipermetropía y de otras alteraciones de la refracción por cualquier método o técnica.
- **Oncología.**
- **Otorrinolaringología.**
- **Psicoterapia con un límite de 20 sesiones al año.** Se excluyen el psicoanálisis, la terapia psicoanalítica, y los test psicológicos. Asimismo, se excluye la hipnosis, la narcolepsia y la sofrología.
- **Psiquiatría.**
- **Reumatología.**
- **Traumatología y Cirugía Ortopédica.** Se incluye la cirugía de prótesis rodilla asistida por Robot, sujeta a servicio sanitario especial, en centros específicamente designados por la Aseguradora. Se excluye la cirugía endoscópica de columna.
- **Urología.** Incluye la vasectomía, incluye la Cirugía Robótica en Urología sujeta a servicio sanitario especial y la fotovaporización con láser verde. Incluye la biopsia por fusión de próstata ante sospecha de riesgo clínico una RNM multiparamétrica previa positiva con biopsia previa convencional negativa, como máximo un (1) año antes de la solicitud de esta prueba, y persista la sospecha fundada de cáncer de próstata (persistencia de elevación del PSA).

Medicina Preventiva

Se incluyen los siguientes controles preventivos específicos, según protocolos comúnmente aceptados, adecuados a la edad del Asegurado, prescritos por un facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora y realizados con medios y técnicas cubiertas por la garantía de la póliza que contemplan diferentes actividades como consulta médica, exploración física y pruebas diagnósticas básicas para el diagnóstico precoz de enfermedades. Las pruebas diagnósticas estarán sujetas a los periodos de carencia que, en cada caso, se establecen en los epígrafes posteriores:

- **Pediatría:** incluye la consulta periódica con especialista, así como los exámenes de salud del recién nacido (incluyendo detección de metabolopatías y detección precoz de la hipoacusia mediante otoemisiones acústicas) y exámenes periódicos de salud para el control del desarrollo infantil.
- **Aparato Digestivo:** incluye la consulta con especialista y exploración física, así como pruebas diagnósticas básicas como el test de sangre oculta en heces o colonoscopia.
- **Cardiología:** prevención del riesgo coronario que incluye la consulta con especialista y exploración física, así como pruebas diagnósticas básicas según criterio médico como ECG, analítica básica de sangre y orina y prueba de esfuerzo.
- **Neumología:** incluye la consulta con especialista y exploración física, así como pruebas diagnósticas básicas como radiografía de tórax.
- **Ginecología:** incluye la revisión ginecológica para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix. Asimismo, incluye la consulta y exploración con especialista, así como las pruebas diagnósticas básicas como ecografía, mamografía, citología y virus papiloma humano.
- **Urología:** incluye la consulta médica con el especialista, así como el análisis de sangre básico (incluyendo determinación de antígeno específico) y ecografía prostática.

Otros Métodos Terapéuticos

- **Fisioterapia y Rehabilitación:** Está comprendida únicamente con carácter ambulatorio y exclusivamente para las afecciones de origen en el aparato locomotor siempre que no se trate de un proceso crónico o degenerativo, previa prescripción de un médico concertado por la Aseguradora. Se prestará siempre en los centros designados por la Aseguradora. En régimen de hospitalización quedará cubierta la rehabilitación del aparato locomotor durante el episodio de ingreso que haya justificado la necesidad de dicha rehabilitación.
Queda incluido el drenaje linfático post linfadenectomía que se

precise dentro de los dieciocho (18) meses siguientes a la realización de la intervención. También se incluye la rehabilitación de suelo pélvico. La rehabilitación del suelo pélvico post-parto y la rehabilitación cardíaca en régimen ambulatorio incluidas como servicio sanitario especial y se prestarán en los centros específicamente designados por la Aseguradora.

Se incluye la Electroterapia: onda corta, rayos infrarrojos, rayos ultravioletas.

Se excluyen las terapias de mantenimiento y ocupacionales, así como la rehabilitación de enfermedades crónicas, congénitas, neurológicas y degenerativas.

- **Hemodinámica Vascular.**
- **Litotricia:** Únicamente renal y músculo-esquelética. Ésta última estará incluida como servicio sanitario especial.
- **Logofoniatría.** Incluye los tratamientos de alteraciones de la voz causados por afección de origen orgánico. Los tratamientos objeto de cobertura quedan limitados a 90 sesiones por año. Se excluye toda prevención, estudio y corrección de trastornos del lenguaje de cualquier origen. Además queda excluida la terapia de la afectación de la voz y su mecanismo en patologías congénitas, psíquicas, neurológicas y degenerativas, tanto de origen primario como secundario.
- **Nutrición Parenteral.** En centro hospitalario.
- **Oncología.**
- **Quimioterapia,** en régimen de internamiento o en hospitalización de día. La Aseguradora sólo asumirá los gastos de medicamentos citostáticos que se expendan en el mercado nacional y estén autorizados por el Ministerio de Sanidad, en las indicaciones que figuran en la ficha del producto y cuya administración sea por vía parenteral. Se excluye de la cobertura los anticuerpos monoclonales, conforme a lo dispuesto en el apartado 23 del epígrafe de "Exclusiones comunes a la cobertura de Asistencia Sanitaria".
- **Radioterapia,** ambulatoria y hospitalaria. Incluye los tratamientos de intensidad modulada siempre que sean prestados en centros específicamente designados por la Aseguradora. Se excluye la radiocirugía extereotáxica intracraneal y extracraneal, así como los tratamientos de tomoterapia, la protonterapia y la neutronterapia.
- **Oxigenoterapia, Ventiloterapia y Aerosolterapia ambulatoria** y a domicilio. La medicación será por cuenta del Asegurado.
- **Radiología Vascular Intervencionista.**
- **Psicoterapia.** Límite de 20 sesiones al año. Previa prescripción de un psiquiatra del cuadro de la Aseguradora. Se excluyen el psicoanálisis, la terapia psicoanalítica y los test psicológicos. Asimismo, se excluye la hipnosis, la narcolepsia y la sofrología.

- **Transfusiones, de sangre y plasma, dentro y fuera del quirófano.**
- **Unidad del Dolor.** Quedan incluidos los reservorios implantables. Quedan excluidos los tratamientos con radiofrecuencia y/o con sistemas implantables, así como los materiales y generadores de cualquier tipo.
- **Endoscopia avanzada.** Incluye la disección submucosa, mucossectomía y ablación con radiofrecuencia (E. Barret).

Otros Métodos Diagnósticos

- **Electrocardiogramas.**
- **Encefalogramas.**
- **Holter.**
- **Prueba de esfuerzo.**
- **Eco-intracavitario.**
- **Ecocardiogramas, Doppler y Cardiotocografía en embarazo e intra-parto.**

Medios Diagnósticos De Alta Tecnología

- **Arteriografía Digital (DIVAS).**
- **Cápsula endoscópica.**
- **Coronariografía.**
- **Eco de estrés.**
- **Eco-Doppler.**
- **Ecocardiografía transesofágica (E.T.E.).**
- **Endoscopia.**
- **Gammagrafía: Excluido el Dat-Scam.**
- **Mamotomía (MIBB).**
- **Microbiopsia.**
- **PET/TAC oncológico** para las indicaciones autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios con el radiofármaco 18-fludesoxiglucosa (18 FDG) y el radiofármaco 18F-colina en las indicaciones clínicas y en los centros específicamente designados por la Aseguradora y sujeto a servicio sanitario especial correspondiente.
- **Pruebas para la detección de malformaciones en el embarazo:** exclusivamente amniocentesis o biopsia corial.
- **Diagnóstico genético prenatal** en sangre materna incluida como servicio sanitario especial. Incluye test DNA fetal básico en sangre materna para diagnóstico de las trisomías 13, 18 21 y test DNA fetal ampliado a estudio de 7 síndromes de microdelecciones.
- **Resonancia Magnética:** el medio de contraste será a cargo de la Aseguradora.
- **Scanner y TAC 64:** el medio de contraste, será a cargo de la Aseguradora.

- **Polisomnografía nocturna.**
- **Neuronavegador y Monitorización neurofisiológica intraoperatoria:** incluida la neuronavegación quirúrgica no robótica en intervenciones intracraneales. Se excluyen otras indicaciones de navegación quirúrgica. Incluida la monitorización neurofisiológica intraoperatoria en la misma intervención y además en cirugías de tiroides y paratiroides y riesgo del nervio facial periférico.

Hospitalización

- **Hospitalización médica** (sin intervención quirúrgica). La duración del internamiento objeto de cobertura comprende un máximo de 50 días por año natural.
- **Hospitalización Pediátrica** (sin intervención quirúrgica). La duración del internamiento objeto de coberturas comprende un máximo de 50 días por año natural. Asimismo, incluye la hospitalización en unidad de neonatología con un máximo de 30 días por año natural.
- **Hospitalización Obstétrica** (Parto). Se incluye la asistencia a partos convencionales atendidos por especialistas en obstetricia y matrona e incluye la anestesia epidural, quedando expresamente excluidos los partos en medio acuático, a domicilio y por medios alternativos. Quedan excluidas las intervenciones quirúrgicas sobre el no nacido. Será también por cuenta de la Aseguradora, la Vacuna Anti RH aplicada a la Asegurada durante su permanencia en Clínica, en post-parto inmediato.
- **Hospitalización Psiquiátrica.** La duración del internamiento objeto de cobertura comprenderá hasta 50 días por año natural, continuos o alternos. Se excluye la hospitalización por razón de toxicomanías o drogodependencias, así como la provocada por trastornos de la personalidad. Por su naturaleza no se incluye cama de acompañante.
- **Hospitalización Quirúrgica.** La duración del internamiento objeto de cobertura, será la determinada por el Médico encargado de la asistencia mientras subsista la necesidad técnica de la hospitalización.
- **Hospitalización en Unidad Coronaria** (sin intervención quirúrgica). La duración del internamiento objeto de cobertura comprende un máximo de 50 días por año natural. Por su naturaleza no se incluye cama de acompañante.
- **Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos** (sin intervención quirúrgica):
La duración del internamiento objeto de cobertura comprende un máximo de 50 días por año natural. Por su naturaleza no se incluye cama de acompañante.
La Hospitalización será, en todos los casos, en Centros concertados, en habitación individual e incluye manutención, curas y material, derechos de quirófano,

anestesia y medicación. Incluida la cama de acompañante con excepción de los casos expresamente excluidos. En los casos de Hospitalización Médica (sin intervención quirúrgica), transcurridos los límites establecidos, la Aseguradora sólo se hará cargo de los honorarios médicos, análisis y las pruebas diagnósticas incluidos en la póliza.

Se entenderá como nuevo proceso aquél que requiera nuevo internamiento después de los tres días siguientes a contar desde la fecha de alta.

- **Hospitalización Domiciliaria.** Posterior a un ingreso siempre y cuando sea sustitutivo o continuidad de la hospitalización en Clínica e indicado por el profesional responsable del paciente y siempre que la Aseguradora tenga concertada la prestación de este servicio en ese lugar, en caso de tratarse de un proceso médico se aplicará el límite máximo conjunto de la Hospitalización Médica.

Otros Servicios

- **Ambulancia.** Dentro de la provincia de residencia del Asegurado, para pacientes cuyo estado físico lo requiera, que deban desplazarse desde su residencia habitual a centros concertados de la misma provincia, para un ingreso hospitalario o recibir asistencia de urgencia. En cualquier caso, será necesaria la solicitud o prescripción, por escrito, del Médico o Centro de Urgencia concertado por la Aseguradora. El trayecto de regreso al domicilio, será por cuenta del Asegurado, salvo en el caso de persistir las mismas circunstancias de incapacidad. El transporte, en todo caso, será terrestre y sólo se realizará en vehículo sanitario cuando sea estrictamente necesario, a juicio médico. En ningún caso, está incluido en la cobertura de este servicio, el desplazamiento a la consulta habitual de un Facultativo, o para tratamientos de Rehabilitación, Diálisis, Radioterapia, Electroterapia, etc.
- **Nido:** para el recién nacido, durante la hospitalización obstétrica por maternidad.
- **Podología:** con un máximo de 2 sesiones ambulatorias al año.
- **Preparación al Parto.**
- **Prótesis fijas.** Serán suministradas en todo caso por las empresas designadas por la Aseguradora, y serán por cuenta de la Aseguradora exclusivamente las prótesis internas y fijas que se especifican hasta los límites de capital asegurado establecidos en el epígrafe específico.
- **Traumatología y Cirugía Ortopédica:** Prótesis internas traumatológicas, incluyendo el material interno de osteosíntesis, y el material osteoligamentoso biológico obtenido en bancos de tejidos nacionales.
- **Aparato Cardiovascular:** Válvulas cardíacas, stent, bypass vascular (se excluye expresamente los empleados en aorta y tramos vasculares intracraneales, así como las endoprótesis) y marcapasos temporal o definitivo excepto los MRI y excluyendo también cualquier tipo de desfibriladores.

- **Aparato Digestivo:** Endoprótesis.
- **Ginecología:** Prótesis de mama post-mastectomía y expansores cutáneos para la reconstrucción de la mama afectada tras mastectomía de origen neoplásico y la remodelación de la mama sana contralateral, esta última con un límite máximo de un (1) año después de la cirugía oncológica.
- **Neurocirugía:** Válvulas de derivación.
- **Oftalmología:** Lentes intraoculares (monofocales y bifocales) para corrección de la afaquia tras cirugía de cataratas, excluyendo las lentes tóricas, monofocales de rango extendido, lentes EDOF (de profundidad de foco extendido), trifocales y otras lentes de corrección visual añadida.
- **ORL:** Prótesis de tímpano. Prótesis de oído medio para la reconstrucción osicular (martillo, yunque y estribo).
- **Quimioterapia o Tratamiento del Dolor:** reservorios.
- **Otros materiales quirúrgicos:** mallas abdominales estándar y sistemas de suspensión urológica estándar para incontinencia urinaria.
El coste de cualquier otro tipo de prótesis, implante quirúrgico, material biológico o sintético, piezas anatómicas y ortopédicas serán por cuenta del Asegurado.
- **Segunda Opinión Médica:** permite el acceso a la opinión de especialistas de renombre a nivel mundial para contrastar el diagnóstico y el tratamiento en caso de enfermedad grave. El Asegurado recibirá en su domicilio el Informe de Segunda Opinión Médica. Este servicio será prestado de acuerdo con las condiciones establecidas por la Aseguradora.

Servicios sanitarios especiales

Las prestaciones sanitarias que se relacionan más abajo sólo quedarán cubiertas por el seguro cuando se dispensen en el ámbito geográfico del País Vasco y por los profesionales y establecimientos sanitarios que, a tal fin, tenga concertados en cada momento la Aseguradora.

Son servicios sanitarios especiales los siguientes:

- **Diagnóstico genético prenatal** en sangre materna ampliado 550 €.
- **Diagnóstico genético prenatal en sangre materna:** 350 €.
- **Cirugía robótica en Urología,** en **Cirugía General,** en **Ginecología** y en **Cirugía Torácica:** 7.000 €.
- **Cirugía robótica de prótesis de rodilla** 350 €.
- **Técnica microquirúrgica para reconstrucción mamaria postmastectomía:** 5.200 €.
- **Láser vascular para tratamiento de varices:** 250 €.
- **Litotricia musculoesquelética:** 200 €.
- **Rehabilitación cardíaca** en régimen ambulatorio: 1.200 €.
- **Rehabilitación del suelo pélvico** post-parto (por sesión): 10,00 €.
- **Ablación percutánea de tumores** guiada por ECO (Radiofrecuencia/Microondas): 500 €.

- **Cirugía de la obesidad** 3.000 €.
- **DIU** hormonal 100 €.
- **PET/TAC 18F-Colina:** 470 €.

Las cantidades indicadas para cada uno de los servicios sanitarios especiales, en concepto de franquicia, se abonarán por parte del Asegurado, en el momento de gestionar la autorización del servicio, mediante los medios establecidos por la Aseguradora.

Límites de capital asegurado aplicables a la cobertura de prótesis fijas

Quedan incluidas en la cobertura de la póliza las prótesis fijas e implantes quirúrgicos que seguidamente de forma exhaustiva se relacionan y hasta el límite económico que para cada una de ellas se señala.

Los límites de capital asegurado aplicables a la cobertura de Prótesis fijas de la Póliza son los siguientes:

- **Traumatología y Cirugía Ortopédica**
 - Prótesis de cadera: 2.500 €.
 - Prótesis de rodilla: 2.500 €.
 - Prótesis de otras articulaciones (hombro, codo, pie...): 2.500 €.
 - Fijación de columna (un nivel vertebral): 3.500 €.
 - Discos intervertebrales + Material interposición intervertebral: 3.500 €.
 - Vertebroplastia - cifoplastia: 2.000 €.
 - Prótesis de ligamentos (incluye los biológicos de bancos de tejidos nacionales) (incluye los materiales empleados en los procedimientos artroscópicos para fijación de tejido ligamentoso): 1.000 €.
 - Material de osteosíntesis: 1.000 €.
- **Aparato Cardiovascular**
 - Prótesis vasculares (stent, by-pass) (excluye expresamente los empleados en aorta y tramos vasculares intracraneales, así como las endoprótesis). El capital corresponde al límite máximo por los dispositivos implantados al paciente en cada procedimiento o intervención, independientemente de cuantos se le coloque en el mismo: 1.500 €.
 - Válvulas cardíacas: 1.500 €.
 - Marcapasos excepto los MRI (excluyendo cualquier tipo de desfibriladores): 3.000 €.
 - Stent coronario: 1.200 €.
 - Coils (límite anual): 1.500 €.
- **Oftalmología**
 - Lente Intraocular (monofocal y bifocal) para corrección de la afaquia tras cirugía de cataratas, (excluyendo las lentes tóricas, monofocales de rango extendido, lentes EDOF (de profundidad de foco extendido), trifocales y otras lentes con

corrección visual añadida): 100 €.

- **ORL**
 - Prótesis de tímpano: 100 €.
 - **Quimioterapia o Tratamiento del dolor**
 - Reservorios: 200 €.
 - **Cirugía /Otros materiales quirúrgicos**
 - Mallas abdominales estándar (por unidad): 400 €.
 - Sistemas de suspensión urológica estándar para incontinencia urinaria: 500 €.
 - Válvulas de derivación de líquido cefalorraquídeo (catéter incluido): 1.000 €.
 - Prótesis de mama post mastectomía de origen neoplásico/contralateral (por unidad): 500 €.
 - Prótesis expansoras de mama post mastectomía de origen neoplásico/contralateral (por unidad): 1.000 €.
 - Expansores mamarios post mastectomía de origen neoplásico/contralateral (por unidad): 700 €.
 - Prótesis intraluminares en Cirugía Oncológica (esófago y colon): 800 €.
- El coste de cualquier otro tipo de prótesis, piezas anatómicas y ortopédicas serán por cuenta del Asegurado.

Normas de contratación

- **Tomador de la Póliza:** persona física a partir de 18 años. No contractable por CIF.
- **Asegurados:** persona física a partir de cualquier edad y hasta 70 años (sea en póliza individual o familiar) incluso niños a título individual; excepto:
 - Mayores de 70 años, salvo cuando entren en una póliza familiar con un mínimo de 3 asegurados menores de 60 años. (En el caso de que en la contratación existan dos o más asegurados mayores de 70 años será necesario un mínimo de 3 asegurados menores de 60 años por cada asegurado mayor de 70 años).
- **No puede contratar** ningún asegurado con un contrato de salud vigente de SegurCaixa Adeslas efectuado a través de cualquiera de los canales de venta.
- **Cuestionario de Salud:** obligatorio para todos los asegurados.

Descuentos/Bonificaciones

Descuentos por número de asegurados:

- **2 - 3 asegurados:** 5%.
- **4 asegurados:** 10%
- **5 o más asegurados:** 15%

La baja o alta de uno o varios asegurados en la póliza supondrá la retarificación automática del producto.

Período de Carencia

Todas las prestaciones que en virtud de la póliza asume la Aseguradora serán facilitadas desde la fecha de entrada en vigor del contrato para cada uno de los Asegurados. Se exceptúan del anterior principio general las prestaciones siguientes:

• 6 Meses

- Densitometría ósea.
- Implantación del DIU (incluyendo el coste del dispositivo y estando el dispositivo hormonal sujeto a servicio sanitario especial).
- Estudio y diagnóstico de la infertilidad y esterilidad.
- Electroterapia: Onda Corta, Rayos Infrarrojos, Rayos Ultravioletas.
- Oxigenoterapia, Ventiloterapia y Aerosolterapia: Ambulatoria y a domicilio.
- Medios diagnósticos: Arteriografía Digital (DIVAS). Cápsula endoscópica. Ecografía de estrés. Holter. Prueba de Esfuerzo. Eco-Doppler.
- Ecocardiografía transesofágica (E.T.E.). Endoscopias. Gammagrafía (excluido el Dat- Scan). Microbiopsia. Resonancia Magnética. Scanner TC y TAC 64.
- Intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio.

• 8 Meses

- Cirugía general y del aparato digestivo: se incluye la cirugía robótica y cirugía de la obesidad (ambas sujetas a servicio sanitario especial correspondiente). Se incluye la disección endoscópica submucosa para la extirpación, en toda la vía digestiva, de lesiones premalignas o malignas mayores de 2 centímetros en las que se ha descartado la polipectomía convencional y precisan tratamiento quirúrgico.
- Cirugía Plástica Reparadora (sujeta a servicio sanitario especial correspondiente). Excluida la puramente estética salvo la reconstrucción de la mama oncológica afectada tras mastectomía radical y la remodelación de la mama sana contralateral, esta última con un límite máximo de un (1) año después de la cirugía oncológica. Incluida la técnica microquirúrgica para la reconstrucción mamaria postmastectomía (sujeta a servicio sanitario especial correspondiente).
Se incluye la cirugía de la hipertrofia mamaria exclusivamente cuando haya que extirpar un mínimo de 500 gr en cada mama, igual o más de 28 cm de distancia yugulumpezón, con una estatura media de 160 cm (ajustado a la altura) y que presenten una dorsalgia provocada o agravada por la hipertrofia de mama.
- Traumatología y cirugía ortopédica, se incluye la cirugía de prótesis rodilla asistida por robot (sujeta a servicio sanitario especial correspondiente), en centros específicamente

designados por la Aseguradora.

- Cirugía torácica: Se incluye la cirugía robótica en cirugía torácica (sujeta a servicio sanitario especial correspondiente), en centros específicamente designados por la Aseguradora.
- Angiología y Cirugía Cardio-Vascular. Se incluye el láser vascular (sujeto a servicio sanitario especial correspondiente) para tratamiento de varices siempre y cuando no sea por motivos estéticos.
- Urología: Vasectomía. Cirugía Robótica en Urología (sujeta a servicio sanitario especial correspondiente) y la Fotovaporización con láser verde. Incluye la biopsia por fusión de próstata ante sospecha de riesgo clínico una RNM multiparamétrica previa positiva con biopsia previa convencional negativa, como máximo un (1) año antes de la solicitud de esta prueba, y persista la sospecha fundada de cáncer de próstata (persistencia de elevación del PSA).
- Ginecología y Obstetricia: Ligadura de Trompas. Cirugía robótica en ginecología (servicio sanitario especial).
- Hospitalización Médica (sin intervención quirúrgica).
- Hospitalización Pediátrica (sin intervención quirúrgica).
- Hospitalización en unidad de neonatología.
- Obstétrica (Parto).
- Hospitalización Psiquiátrica.
- Hospitalización Quirúrgica.
- Hospitalización en Unidad Coronaria (sin intervención quirúrgica).
- Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos (sin intervención quirúrgica).
- Hospitalización e intervención quirúrgica por cualquier motivo y naturaleza en régimen de internamiento o en hospital de día.
- Hospitalización Domiciliaria.
- Hemodinámica Vascular.
- Oftalmología. El tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad por terapia fotodinámica y la inyección intravítrea de fármacos (en estos dos últimos casos, el coste de los fármacos utilizados correrán a cargo del Asegurado). Excluida la corrección de la Miopía, del Astigmatismo, de la Hipermetropía y de otras alteraciones de la refracción, por cualquier método o técnica.
- Oncología: Quimioterapia, en régimen de internamiento o en hospitalización de día. Radioterapia, ambulatoria y hospitalaria.
- Radiología Vascular Intervencionista.
- Transfusiones de sangre y plasma, dentro y fuera del quirófano.
- Unidad del Dolor.
- Doppler.
- Cardiotocografía durante el embarazo e intra-parto.
- Coronariografía.

- Mamotomía (MIBB).
- Polisomnografía nocturna.
- Pruebas para detección de malformaciones en el embarazo: exclusivamente amniocentesis o biopsia corial.
- Diagnóstico genético prenatal en sangre materna (incluido como servicio sanitario especial) exclusivamente amniocentesis o biopsia corial. Incluye test DNA fetal básico en sangre materna para diagnóstico de las trisomías 13, 18, 21 y test DNA fetal ampliado a estudio de siete (7) síndromes de microdelecciones.
- Nido.
- Preparación al parto.
- Endoscopia avanzada.
- Neuronavegador y Monitorización neurofisiológica intraoperatoria.

• **12 Meses**

- Psicoterapia y Psiquiatría.
- Fisioterapia y Rehabilitación.
- Litotricia. Únicamente renal y músculo-esquelética. (Incluido como servicio sanitario especial).
- Nefrología. Hemodiálisis en procesos agudos
- Logofoniatría.
- PET/TAC oncológico y PET/TAC 18 F-colina.

• **18 Meses**

- Oftalmología. Trasplante de córnea.
- Oncología. Unidad del dolor: Reservorios implantables.
- Prótesis fijas.

En caso de urgencia vital imprevisible, no se aplicarán los Períodos de Carencia para aquellos servicios que requieran hospitalización, sobre la base de Informe del Facultativo.

Exclusiones

Además de las exclusiones específicas establecidas en el apartado de descripción de las garantías, serán de aplicación a toda la cobertura de Asistencia Sanitaria, las siguientes exclusiones:

- 1.** La asistencia sanitaria derivada de accidentes laborales y enfermedades profesionales, siempre que exista un seguro específico que cubra al Asegurado o un tercero civilmente responsable.
- 2.** Los gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada en centros integrados en el Sistema Nacional de Salud, salvo los derivados de la asistencia concertada expresamente en centros determinados.
- 3.** La asistencia sanitaria o cualquier gasto médico que precise el Asegurado y que sea consecuencia, guarde

relación o se derive de una situación que haya sido declarada por organismos nacionales o internacionales como epidemia y/o pandemia, o con una declaración de emergencia de salud pública de interés internacional.

Igualmente se encuentran excluidas las asistencias sanitarias o cualquier gasto médico que precise el Asegurado que sea consecuencia, guarde relación o se derive de guerras, catástrofes naturales o nucleares (con o sin declaración de las mismas), actos de terrorismo, insurrecciones, tumultos populares, o cualquier fenómeno catastrófico extraordinario.

- 4.** La asistencia sanitaria derivada de toda clase de enfermedades, defectos o deformaciones preexistentes y/o congénitas y los que sean consecuencia de accidentes o enfermedades ocurridos con anterioridad a la fecha de inclusión de cada Asegurado en la póliza, así como los que puedan derivarse de aquéllos que siendo conocidas por el Asegurado, no hubiesen sido declaradas por éste en el cuestionario de salud.

El Tomador del seguro, en su nombre y en nombre de los Asegurados, independientemente del reconocimiento médico previo que, en su caso, se hubiera efectuado, está obligado a declarar en el momento de suscribir la Solicitud de Seguro si cualquiera de los Asegurados padecen o han padecido cualquier tipo de lesiones o enfermedades, especialmente aquéllas de carácter recurrente, congénitas, o que precisen o hubieran precisado estudios, pruebas diagnósticas o tratamientos de cualquier índole; o en el momento de la suscripción padecieran síntomas o signos que pudieran considerarse como el inicio de alguna patología. La Aseguradora se reserva el derecho de aceptar o rechazar la incorporación del solicitante o solicitantes. Quedan a salvo de la exclusión establecida en el párrafo primero de la presente cláusula dichas enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones preexistentes y/o congénitas cuando hayan sido declaradas por el Tomador y/o Asegurado en el Cuestionario de Salud y expresamente aceptada su cobertura por la Aseguradora en las Condiciones Particulares de la póliza emitidas por éste.

- 5.** La asistencia sanitaria, incluso la psiquiátrica, derivada o asociada a toxicomanías o drogodependencias, así como los trastornos de la personalidad, y las derivadas de autolesiones, embriaguez, riñas (salvo la legítima defensa) o intentos de suicidio.
- 6.** Los servicios de profesionales o de establecimientos sanitarios, aún incluidos en el Cuadro Médico de la Aseguradora, que hubieran sido solicitados directamente por el Asegurado a título particular, es decir, al margen de su condición de tal y sin invocar el seguro, y para todas las actuaciones derivadas de la dolencia o afección que motivó la solicitud de los servicios.

7. Los medicamentos y productos químico/farmacéuticos fuera del régimen de internamiento en centro hospitalario. Quedan excluidos tanto en régimen ambulatorio como en Centro hospitalario, las vacunas de todo tipo (con excepción de la Vacuna Anti RH) los medicamentos de origen humano y el tratamiento de la Hemofilia, la toxina botulínica y el ácido hialurónico. Quedan excluidos los medicamentos de terapia avanzada.
8. El tratamiento (inclusive la Cirugía) encaminado a solventar la esterilidad o infertilidad en ambos sexos, la fecundación "in vitro", inseminación artificial y la interrupción voluntaria del embarazo, así como las pruebas diagnósticas relacionadas con dichos tratamientos.
9. El estudio, diagnóstico y tratamiento (inclusive la Cirugía) de la impotencia, así como la cirugía del cambio de sexo y las cirugías profilácticas.
10. Los trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares, excepto el trasplante de córnea siempre que figure incluido en la descripción de los servicios de la póliza. En este caso queda, sin embargo, excluida de la cobertura la obtención del órgano a trasplantar y las gestiones relacionadas con dicha obtención.
11. El diagnóstico, las intervenciones, infiltraciones y tratamientos, así como cualquier otra actuación que tenga un carácter puramente estético o cosmético así como la necesidad de pruebas diagnósticas o tratamientos por complicaciones que pudieran estar directa y/o principalmente causadas por haberse sometido a una intervención, infiltración o tratamiento de carácter puramente estético o cosmético. Asimismo, están excluidos los tratamientos capilares con finalidad estética.
12. Las prótesis de cualquier clase y naturaleza, (incluyendo el material de osteosíntesis), los implantes quirúrgicos, las fijaciones externas, los materiales biológicos o sintéticos, así como las piezas anatómicas y ortopédicas, que serán por cuenta del Asegurado, salvo que figuren en la descripción de servicios de la póliza.
13. Los gastos por viajes y desplazamientos, salvo los de ambulancia en los términos contemplados en la descripción de los servicios. Asimismo, se excluyen los gastos de transporte del Asegurado al centro, y viceversa, en casos de rehabilitación, fisioterapia, diálisis, radioterapia, etc.
14. La corrección quirúrgica de la Miopía, Astigmatismo, e Hipermetropía, así como cualquier otra alteración de la refracción, por cualquier medio o técnica.
15. La asistencia sanitaria derivada de la práctica profesional de cualquier deporte y/o actividad o de la participación como aficionado en competiciones deportivas en general así como la práctica no profesional de actividades manifiestamente peligrosas o de alto riesgo y, particularmente, en las actividades siguientes: actividades aéreas, boxeo, artes marciales, escalada, espeleología, submarinismo, carreras de vehículos a motor, rugby, hípica, toreo y encierro de reses bravas, puenting, barranquismo, rafting o cualquier otra de análoga naturaleza.
16. La asistencia médica y/u hospitalaria por razones de tipo social, tales como la derivada de inconveniencia o dificultad familiar, secuelas o situaciones irreversibles.
17. Los servicios hosteleros, tales como teléfono, televisión, comidas alternativas o del acompañante y servicio privado de enfermería.
18. Los procedimientos que no tengan suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades, así como las medicinas alternativas tales como naturopatía, hidroterapia, magnetoterapia, acupuntura, quiropráctica, digitopuntura, homeopatía, mesoterapia, presoterapia, ozonoterapia, etc., aun prescritos por Facultativos del Cuadro Médico de la Aseguradora.
19. Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que no sean de práctica general y aceptada en el Sistema Nacional de Salud, aun prescritos por Facultativos del Cuadro Médico de la Aseguradora, hasta que consten como específicamente incorporadas en el Condicionado General y se hayan hecho las adaptaciones correspondientes en las primas.
20. Los gastos de estancia en balnearios y centros similares y las curas de reposo o adelgazamiento aun prescritas por facultativos del Cuadro Médico de la Aseguradora.
21. Los exámenes médicos sin fines curativos (chequeos), así como, los de obtención del carnet de conducir, caza, pruebas de paternidad, etc.
22. Cualquier método de diagnóstico genético, molecular, o de otro tipo, así como el mapa genético que esté orientado a conocer la predisposición o el diagnóstico en el Asegurado o en su descendencia de enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas, excepto aquellos que se especifiquen expresamente en la descripción de servicios de la póliza.
23. La terapia génica, molecular e inmunoterapia, así como el tratamiento con células progenitoras.
24. La asistencia médica al neonato, salvo que el propio neonato esté Asegurado de acuerdo con las normas de la Aseguradora.
25. Cualquier técnica terapéutica para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson y de la Epilepsia.
26. Los gastos derivados de técnicas, tratamientos y/o medios de diagnóstico, si se derivan o son consecuencia de una prestación no incluida en la cobertura de la póliza.
27. El psicoanálisis, hipnosis, sofrología, narcolepsia ambulatoria, los test psicológicos.

28. La asistencia en odontología salvo lo expresamente incluido en la descripción de servicios de la póliza.
29. Todas las técnicas quirúrgicas y/o terapéuticas que empleen el láser, salvo lo expresamente incluido en la descripción de servicios de la póliza.
30. Los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando se haya conseguido la recuperación funcional o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento ocupacional.
31. Las técnicas quirúrgicas que usen equipos de cirugía robótica salvo lo expresamente incluido en la descripción de los servicios de la póliza.
32. La Radiocirugía estereotáxica, la tomoterapia, la protonterapia y la neutronterapia.
33. Los partos en medio acuático, a domicilio y por medios alternativos y las intervenciones quirúrgicas sobre el no nacido.
34. El plasma rico en plaquetas o en factores de crecimiento.
35. Las intervenciones posteriores derivadas de la cirugía de la obesidad y los tratamientos de la obesidad por técnicas endoscópicas.
36. Los tratamientos con cámara hiperbárica.
37. Los tratamientos de radioterapia para procesos no oncológicos.
38. Los test de intolerancia alimentaria.
39. Las pruebas vestibulares computerizadas o instrumentales videonistagmografía, VIHT y posturografía dinámica.

Servicios



Se trata de coberturas y servicios para todos los productos de Asistencia Sanitaria.

ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTRANJERO

Con esta cobertura, **Adeslas** garantiza a sus asegurados la asistencia sanitaria durante un viaje en el extranjero en caso de enfermedad o accidente.

Disposiciones previas

Asegurado

Persona física beneficiaria de un seguro de asistencia sanitaria con hospitalización de **Adeslas**.

Ámbito del seguro y duración

Las coberturas son exigibles en todo el mundo incluido España, salvo aquellas coberturas en las que se indique que sólo son válidas en el extranjero. Su duración va ligada a la del seguro de Asistencia Sanitaria.

Validez

Para poder beneficiarse de las prestaciones garantizadas el asegurado no debe exceder los **90 días consecutivos** por viaje o desplazamiento.

Límites de las garantías y moneda de las mismas:

Los límites económicos de las garantías recogidas en el apartado 2) Coberturas de Asistencia en Viaje, son los que, para cada una de ellas, se especifican en dicho apartado de las Condiciones Generales. **Para aquellas garantías en las que no figure límite cuantitativo y se encuentren indicadas como incluidas, se entenderá que el límite máximo de las mismas será el coste efectivo de la prestación del servicio a efectuar por el Asegurador.**

En cualquier caso, todos los límites de esta Póliza son por siniestro ocurrido y asegurado. La moneda aplicable a todas las garantías es el euro por lo que sus límites serán expresados en esta moneda; con independencia de que para aquellas prestaciones que deban ser pagadas por el Asegurador en otra moneda, será aplicable el contravalor en Euros de la misma a la fecha de ocurrencia del siniestro.

Garantías, límites y exclusiones de Asistencia en Viaje

Las garantías cubiertas que se relacionan a continuación contienen sus exclusiones específicas, en el caso de que existan, siendo asimismo de aplicación las exclusiones comunes indicadas en el apartado “Exclusiones Generales de la cobertura de asistencia en viaje”.

Garantías de asistencia médica y en viajes

A.1. Gastos médicos, farmacéuticos o de hospitalización en el extranjero.

Si a consecuencia de una enfermedad o de un accidente, cubierto por la póliza y sobrevenido durante el viaje, el Asegurado necesita asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria, la Aseguradora se hará cargo de:

- a. Los gastos y honorarios médicos y quirúrgicos.
- b. Los gastos farmacéuticos prescritos por un médico.
- c. Los gastos de hospitalización.

La cantidad máxima cubierta por Asegurado, por el conjunto de los citados gastos que se produzcan en el extranjero, es de 12.000 euros.

A.2. Gastos odontológicos de urgencia en el viaje al extranjero.

En el supuesto de viaje al extranjero, la Aseguradora se hará cargo de los gastos de tratamiento a consecuencia de la aparición de problemas odontológicos agudos como infecciones, dolores, rotura de piezas, caída de empastes, etc. que requieran un tratamiento de urgencia, con un límite de 300 euros.

A.3. Traslado sanitario o repatriación médica

En caso de sufrir el Asegurado una enfermedad o accidente, la Aseguradora se hará cargo:

- a. De los gastos de transporte en ambulancia hasta la clínica u hospital más próximo.
- b. Del control por parte del equipo médico en contacto con el médico que atiende al Asegurado herido o enfermo, para determinar las medidas más convenientes, el mejor tratamiento a seguir y el medio más idóneo para su eventual traslado hasta otro centro hospitalario más adecuado o hasta su domicilio.
- c. De los gastos de traslado por el medio de transporte más adecuado, del herido o enfermo, hasta el centro hospitalario prescrito o a su domicilio habitual. Si el Asegurado fuera ingresado en un centro hospitalario no cercano a su domicilio la Aseguradora se hará cargo en su momento, del subsiguiente traslado al mismo. La Aseguradora procederá al traslado, con atención médico-sanitaria si fuera necesario, del Asegurado que hubiera sufrido un accidente o enfermedad grave, que exija cuidados vitales, y siempre que así lo

decidan los servicios médicos de la Aseguradora en colaboración con el médico que trate al Asegurado, cuando no pueda proseguir el viaje por sus propios medios, hasta un centro hospitalario en España.

El medio de transporte utilizado en Europa y países ribereños del Mediterráneo, cuando la urgencia y la gravedad del caso lo requieran, será el avión sanitario especial.

En el resto del mundo, se efectuará por avión de línea regular o por los medios más rápidos y adecuados, según las circunstancias. Asimismo, en el resto del mundo, si la gravedad de las lesiones así lo exige, el traslado se realizará en avión sanitario especial con un límite de 150.000 euros.

A.4. Gastos de regreso por alta hospitalaria

La Aseguradora se hará cargo de los gastos de regreso del Asegurado que, a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto por la póliza, hubiesen sido hospitalizados y dados de alta y como consecuencia, hubiesen perdido su billete de regreso a España por imposibilidad de presentarse en el medio de transporte correspondiente en la fecha y hora marcada en el billete de regreso.

El límite para esta garantía es de 900 euros.

A.5. Envío de un médico especialista al extranjero

Si el estado de gravedad del Asegurado no permitiera su traslado sanitario a España según lo dispuesto en la garantía A.3, y la asistencia que le pudiera ser prestada localmente no fuera suficientemente idónea a juicio de los servicios médicos de la Aseguradora, éste enviará un médico especialista al lugar donde se encuentra el Asegurado para su atención sanitaria, hasta que se pueda proceder a la repatriación médica.

A.6. Envío de medicamento al extranjero

La Aseguradora enviará un medicamento necesario para la curación del Asegurado que no pueda ser obtenido en el lugar donde se halle el Asegurado, enfermo o accidentado, bajo las condiciones de la garantía A.1.

A.7. Consulta o asesoramiento médico a distancia

Si el Asegurado precisara durante el viaje una información de carácter médico que no le fuera posible obtener localmente, podrá solicitar la misma telefónicamente a la Aseguradora, el cual la proporcionará a través de sus centrales de asistencia, sin asumir ninguna responsabilidad por la citada información, habida cuenta de la imposibilidad de diagnóstico telefónico.

A.8. Anticipo de fianzas por hospitalización en el extranjero

Cuando por accidente o enfermedad cubiertos por la póliza, durante un viaje por el extranjero, el Asegurado precise ser ingresado en un centro hospitalario, la Aseguradora se hará cargo, hasta el límite fijado para la garantía primera, de la fianza que el centro demande para proceder a la admisión del Asegurado.

A.9. Prolongación de estancia

Si, tras estar hospitalizado por un riesgo cubierto por la póliza

y ser dado de alta, el Asegurado se viera imposibilitado para proseguir su viaje por prescripción médica, y precisará alojarse en un hotel para su convalecencia, la Aseguradora satisfará sus gastos de alojamiento y manutención, hasta 80 euros por día y Asegurado con un máximo de diez días por estancia.

A.10. Gastos de desplazamiento de un acompañante

Si el Asegurado debiera ser hospitalizado, como consecuencia del acaecimiento de un riesgo cubierto por la póliza, por un tiempo previsto superior a cinco días, la Aseguradora facilitará a la persona con domicilio en España que aquél indique un billete de ida y vuelta en ferrocarril (primera clase), avión (clase turista) o del medio de transporte público y colectivo más idóneo, para que acuda junto al hospitalizado

A.11. Gastos de estancia para acompañante del Asegurado hospitalizado

En el caso previsto en la garantía anterior, la Aseguradora satisfará los gastos de alojamiento y manutención del acompañante en el mismo hospital en el que se encuentre el Asegurado, siempre que sea posible, o en su defecto en el establecimiento que elija el acompañante, hasta 80 euros por día con un máximo de diez días por estancia.

Esta garantía será aplicable incluso si el acompañante se encontrara viajando con el Asegurado.

A.12. Gastos de regreso de acompañantes

En el caso de que el Asegurado fuera hospitalizado o trasladado, a causa de accidente o enfermedad grave cubierto por la póliza, y viajara con su cónyuge o pareja de hecho o familiares directos en primer grado, y éstos no pudieran proseguir el viaje en el medio de locomoción que estuvieran utilizando, la Aseguradora organizará y tomará a su cargo el traslado a su lugar de origen o al de destino, o hasta el lugar donde esté hospitalizado el Asegurado repatriado a elección de los acompañantes.

A.13. Retorno de menores

Si el Asegurado viajara en compañía de hijos menores de 18 años y quedasen sin asistencia por causa de accidente, enfermedad o traslado de aquél cubierto por la póliza, no pudiendo seguir el viaje, la Aseguradora organizará y tomará a cargo su regreso al domicilio familiar o hasta el lugar de inhumación, satisfaciendo los gastos de viaje del familiar o amigo, con domicilio en España, designado por el Asegurado para que los acompañe en su regreso si fuera necesario.

Si el Asegurado no pudiera designar a nadie, la Aseguradora proporcionará un acompañante.

A.14. Regreso anticipado del Asegurado a causa del fallecimiento de un familiar

Si el Asegurado debe interrumpir su viaje por fallecimiento de su cónyuge o pareja de hecho, ascendientes o descendientes en primer grado de consanguinidad o afinidad de cualquiera de los Asegurados, la Aseguradora le facilitará un billete de ida y

vuelta en ferrocarril (primera clase), avión (clase turista) o del medio de transporte público y colectivo más adecuado para acudir hasta el lugar de inhumación en España del familiar fallecido y en su caso de un billete de regreso al lugar donde se encontraba al producirse el suceso, si por motivos profesionales o personales precisara proseguir su viaje.

Esta garantía se extiende excepcionalmente al supuesto de graves daños materiales en el domicilio familiar en España.

A.15. Fianzas y gastos procesales

La Aseguradora anticipará al Asegurado, previa garantía formal de proceder a la devolución de las cantidades que le sean prestadas en el plazo de sesenta días, el importe correspondiente a los gastos de defensa jurídica del mismo, hasta 15.000 euros, así como el de las fianzas penales que éste se viera obligado a constituir, como consecuencia de un procedimiento judicial instruido con motivo de un accidente de automóvil acaecido fuera del país de residencia y/o domicilio habitual del Asegurado, hasta un máximo de 10.000 euros.

A.16. Adelanto de fondos

La Aseguradora adelantará fondos al Asegurado, en caso de necesidad hasta el límite de 1.500 euros. La Aseguradora solicitará algún tipo de aval o garantía que le asegure el cobro del anticipo.

En cualquier caso, las cantidades adelantadas deberán ser devueltas a la Aseguradora por el Asegurado en el plazo máximo de 30 días.

A.17. Ayuda familiar

Si por aplicación de las coberturas "A.10. Gastos de desplazamiento de un acompañante" o "B.2 Acompañamiento de restos mortales", viajara junto al Asegurado su cónyuge o pareja de hecho, y por tal causa quedaran solos hijos menores de quince años en el domicilio familiar, la Aseguradora tomará a su cargo los gastos de una persona para que cuide de ellos, hasta un máximo de 60 euros por día con un máximo de siete días.

A.18. Envío de objetos olvidados durante el viaje

En caso de que el Asegurado hubiera olvidado durante su viaje equipaje u objetos personales, la Aseguradora organizará y asumirá el envío de los mismos hasta el domicilio en España del Asegurado, con un máximo de 120 euros. Esta garantía se extiende también a aquellos objetos que le hubieran sido robados durante el viaje y recuperados posteriormente.

A.19. Pérdida de documentos personales

En el caso de que el Asegurado extraviase o le fueran sustraídos durante el transcurso de un viaje por el extranjero documentos personales tales como pasaportes, visados, tarjetas de crédito o documentos de identificación imprescindibles, la Aseguradora colaborará en las gestiones de denuncia ante las autoridades u organismos públicos o privados necesarios, así como se hará cargo de los gastos ocasionados por la nueva expedición de los mismos hasta el límite de 120 euros.

Exclusiones aplicables a todas las garantías de asistencia médica y en viaje:

- a. Las garantías y prestaciones que no hayan sido comunicadas previamente a la Aseguradora y aquellas para las que no se hubiera obtenido la conformidad de este, salvo los supuestos de imposibilidad material, debidamente acreditada.
- b. Los eventos ocurridos en España.
- c. Aquellas enfermedades o lesiones que se produzcan como consecuencia de padecimientos crónicos o previos al inicio del viaje, así como sus complicaciones y recaídas.
- d. Exámenes médicos generales, chequeos y cualquier visita o tratamiento que tenga carácter de medicina preventiva, según los criterios médicos generalmente aceptados.
- e. El tratamiento de enfermedades o estados patológicos provocados por intencional ingestión o administración de tóxicos (drogas, bebidas alcohólicas), narcóticos, o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.
- f. Diagnóstico, seguimiento y tratamiento del embarazo, interrupción voluntaria del mismo y partos, excepto las complicaciones claras e impredecibles sobrevenidas durante los 180 primeros días de embarazo.
- g. Suicidio, intento de suicidio o autolesiones del Asegurado.
- h. Tratamiento, diagnóstico y rehabilitación de enfermedades mentales o nerviosas.
- i. Adquisición, implantación, sustitución, extracción y/o reparación de prótesis de cualquier tipo, tales como marcapasos, piezas anatómicas, ortopédicas u odontológicas, gafas, lentillas, aparatos de sordera, muletas, etc.
- j. Tratamientos especiales, cirugías experimentales, cirugía plástica o reparadora y los no reconocidos por la ciencia médica occidental.
- k. Cualquier gasto médico inferior a 9 euros.
- l. Cuando el siniestro se produzca en el extranjero, cualquier gasto médico incurrido en España aunque corresponda a un tratamiento prescrito o iniciado en el extranjero.

Garantías en caso de fallecimiento

B.1. Traslado o repatriación de restos mortales

Si, en el transcurso de un viaje cubierto por la póliza, se produjera el fallecimiento del Asegurado, la Aseguradora se hará cargo de los trámites y gastos necesarios para el traslado de sus restos mortales hasta el lugar de inhumación en España. Se excluyen los gastos de inhumación y ceremonia, así como el coste del ataúd.

B.2. Acompañante de restos mortales

De no haber quien acompañe en su traslado los restos mortales del Asegurado fallecido, la Aseguradora facilitará a la persona con domicilio en España que designen los

familiares para acompañar al cadáver, un billete de ida y vuelta en ferrocarril (primera clase), avión (clase turista) o del medio de transporte público y colectivo más idóneo.

B.3. Gastos de estancia del acompañante de restos mortales

De haber lugar a la cobertura anterior, si el acompañante debiera permanecer en el lugar de acaecimiento del fallecimiento, por trámites relacionados con el traslado de los restos mortales del Asegurado, la Aseguradora se hará cargo de sus gastos de estancia y manutención, hasta 80 euros por día, con un máximo de tres días.

B.4. Retorno de acompañantes del fallecido

Si el Asegurado fallecido viajara en compañía de su pareja o familiares, la Aseguradora organizará y tomará a su cargo los gastos de retorno de los mismos en el medio de transporte público y colectivo más idóneo, hasta el domicilio familiar o hasta el lugar de inhumación, siempre que no pudieran proseguir el viaje en el medio de locomoción que estuvieran utilizando. Exclusiones aplicables todas las garantías en caso de fallecimiento.

- a. Los siniestros ocurridos como consecuencia del suicidio del Asegurado.

Garantías de incidencias en viajes y vuelos

C.1. Pérdida de equipajes facturados en transporte público

En caso de pérdida total o parcial de equipajes o efectos personales que hubieran sido facturados en transporte público, y siempre que tal pérdida fuera responsabilidad del transportista, la Aseguradora satisfará la indemnización correspondiente, con un límite de 300 euros por bulto y hasta el máximo de 600 euros, la cual será siempre en exceso de la percibida del transportista y con carácter complementario a la misma. Será requisito imprescindible para la obtención de esta garantía que el Asegurado presente los justificantes acreditativos de la pérdida e indemnización recibida en su caso, expedidos por el transportista.

C.2. Demora en la entrega de equipajes facturados en transporte público

En caso de demora en la entrega de equipaje facturado en transporte público superior a 12 horas, la Aseguradora se hará cargo del importe de aquellos artículos de primera necesidad que el Asegurado precisará adquirir con motivo de la falta temporal de su equipaje, con un máximo de 120 euros, siendo requisito imprescindible que tales artículos sean adquiridos dentro del plazo de demora sufrido.

El Asegurado deberá aportar la correspondiente documentación acreditativa de la demora, expedida por el transportista, y las facturas de los objetos adquiridos. Este reembolso será deducible de la indemnización que corresponda en caso de pérdida de conformidad con la cobertura anterior.

C.3. Demora del viaje

En caso de demora superior a 12 horas en la salida del avión, tren de largo recorrido o barco de línea regular en viajes, y

siempre que el Asegurado tuviera billete confirmado previamente, la Aseguradora satisfará la indemnización correspondiente, hasta el límite de 120 euros.

C.4. Cancelación de viaje por el transportista

Si se produjera la cancelación efectiva del viaje del Asegurado con billete confirmado, en avión, tren de largo recorrido o barco de línea regular, la Aseguradora satisfará la indemnización correspondiente, hasta el límite de 120 euros. A los efectos de esta garantía se entiende por cancelación efectiva la suspensión total del transporte que imposibilite el viaje del Asegurado en el medio contratado con, al menos, doce horas de diferencia (o medie una noche, aunque no supere dichas horas), respecto al horario de salida inicialmente previsto.

C.5. Pérdida de conexiones

Si se produjera la falta de conexión entre dos trayectos en avión, tren de largo recorrido o barco de línea regular previamente confirmados por retraso del transporte inicial, la Aseguradora satisfará la indemnización correspondiente al Asegurado, hasta el límite de 120 euros.

C.6. Reembolso de los gastos de interrupción del viaje iniciado al extranjero

En el caso de que el Asegurado tuviera que interrumpir su viaje por el extranjero ya iniciado con anterioridad a la ocurrencia del siniestro, a causa del fallecimiento u hospitalización por enfermedad grave o accidente del mismo o su pareja, así como de los familiares que convivan en el domicilio familiar, la Aseguradora tomará a su cargo las cantidades que por causa de dicha interrupción tuviera que satisfacer el Asegurado, hasta el máximo de 600 euros. Será requisito imprescindible para tener derecho a esta garantía que dichas cantidades hayan sido previamente abonadas por el Asegurado, debiendo presentar el correspondiente justificante de tal extremo.

Exclusiones aplicables a las garantías C.3., C.4. y C.5. de incidencias en viajes y vuelos:

- a. Siniestros ocurridos en la ciudad del domicilio del Asegurado.

Garantías del servicio de asistencia en viaje

D.1. Trámites administrativos por hospitalización en el extranjero

La Aseguradora colaborará en la gestión de cuantos trámites administrativos sean necesarios para formalizar la admisión del Asegurado en el centro hospitalario, previa solicitud a la central de asistencia de la Aseguradora.

D.2. Localización de equipajes u objetos personales perdidos

La Aseguradora pone a disposición del Asegurado su red de centrales de asistencia para cuantas gestiones de búsqueda y localización sean necesarias en caso de pérdida de equipajes o efectos personales, siempre que sea debida al transportista;

facilitando además su colaboración para que el Asegurado efectúe la correspondiente denuncia o reclamación.

D.3. Servicio de información al viajero

La Aseguradora facilitará telefónicamente información básica al Asegurado sobre expedición de pasaportes, visados requeridos, vacunaciones recomendadas u obligatorias, cambios de moneda, consulados y embajadas españolas en el mundo y, en general, datos informativos de utilidad al viajero, previamente al inicio de un viaje o durante el mismo.

D.4. Servicio de información asistencial

La Aseguradora, previa autorización del Asegurado, pondrá a disposición de sus familiares su red de centrales de asistencia para facilitar cuanta información sea necesaria acerca de todas las operaciones de asistencia y ayuda desarrolladas.

D.5. Transmisión de mensajes urgentes

La Aseguradora pondrá a disposición del Asegurado su red de centrales de asistencia para transmitir cuantos mensajes urgentes sean necesarios, derivados de la aplicación de las coberturas.

D.6. Guía de países

La Aseguradora pondrá a disposición de los Asegurados información actualizada web de países de destino. El acceso será mediante la introducción de la correspondiente clave de acceso. Dicha web contiene información sobre las vacunas recomendadas e información sobre enfermedades de la zona. Adicionalmente se incluirán recomendaciones sobre la asistencia sanitaria en el país, así como direcciones y teléfonos de contacto ante emergencias. Se completará la información con consejos generales incluyendo aspectos culturales, embajadas, moneda, festividades locales y clima.

Exclusiones generales de la cobertura de asistencia en viaje

Además de las exclusiones específicas establecidas en el apartado Garantías, límites y exclusiones de Asistencia en Viaje, serán de aplicación para todas las garantías de asistencia en viaje, las siguientes exclusiones:

- a. Práctica como profesional o federado de cualquier deporte, y competiciones deportivas.
- b. Viajes de duración superior a 90 días consecutivos.
- c. Rescate de personas en montañas, simas, mares, selvas o desiertos.
- d. Actos fraudulentos del Tomador, Asegurado, Beneficiario o familiares de los mismos.
- e. Los riesgos derivados de la utilización de energía nuclear.
- f. Los riesgos extraordinarios tales como guerras, terrorismo, tumultos populares, huelgas, fenómenos de la naturaleza y cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico o acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados como catástrofe o calamidad nacional.

Utilización



TARJETAS

La **Tarjeta**, personal para cada asegurado, es todo lo que se necesita para acceder a todos los servicios que la póliza ofrece.

Cada asegurado tiene su propia Tarjeta. La tarjeta es personal e intransferible y ha de ir firmada por el Titular de la misma. El periodo de validez es el indicado en la tarjeta, recibiendo el asegurado, antes de que éste finalice, una nueva tarjeta para garantizar su asistencia sanitaria.

Los menores de 18 años también tienen su propia tarjeta que ha de ser firmada por el padre, la madre o tutor.

Cuando se produzca el robo, extravío o deterioro o se advierta alguna anomalía en la tarjeta, debe comunicarlo al Servicio de Atención al Cliente 24 horas 900 444 564 o a cualquiera de nuestras Oficinas o de las oficinas del IMQ correspondiente.

Normas de utilización

Utilización

Siempre que se acceda a alguno de los servicios de los Cuadros Médicos del IMQ será necesario presentar la Tarjeta y firmar el recibo correspondiente al servicio prestado.

Como se indica en el dorso de su tarjeta, los profesionales sanitarios podrán solicitarle, además, algún documento de

identificación para acreditar la titularidad de su tarjeta.

La tarjeta debe utilizarse para recibir servicios como:

- **Consultas.**
- **Pruebas Diagnósticas.**
- **Tratamientos.**
- **Ingresos.**
- **Urgencias.**
- **Gestiones Administrativas.**

Servicios que precisan autorización

Los servicios que precisan autorización previa por parte de la compañía Adeslas, se detallan en el Cuadro Médico de cada provincia. En caso de Urgencias el paciente puede ingresar directamente en el Centro Hospitalario, disponiendo de un plazo de 72 horas para obtener la correspondiente autorización.

Asistencia en viaje en el extranjero

En caso de precisar alguno de los servicios incluidos en la Póliza de asistencia en el extranjero, e independientemente de la Póliza de Asistencia Sanitaria, el asegurado deberá llamar al Teléfono 24 horas, previamente a necesitar la asistencia. Si fuera una urgencia, tiene un plazo de 24 horas para comunicar la misma: **+34 91 745 32 80**.

En la llamada le será solicitada la siguiente información:

- Nombre y apellidos.
- Número de Póliza de la Asistencia Sanitaria y fecha de vencimiento.
- Lugar donde se encuentra, dirección y teléfono.
- Naturaleza de la asistencia que necesita.

Atención al Cliente



Atención Directa 24 horas

Para cualquier consulta o gestión relacionada con la Póliza de Asistencia Sanitaria o Dental, el Asegurado puede contactar con La Aseguradora por **teléfono** (las 24 horas del día), **internet** o directamente en cualquiera de las **oficinas**.

900 44 45 64

disponible las 24 horas

Contratación

Normas de contratación

Tomador

- Tomador de la Póliza: persona física a partir de 18 años, no contratable por CIF
- Asegurados: persona física a partir de cualquier edad y hasta 70 años (sea en póliza individual o familiar) incluso niños a título individual.

Requisitos de contratación

Mayores de 70 años, salvo cuando entren en una póliza familiar con un mínimo de 3 asegurados menores de 60 años. (En el caso de que en la contratación existan dos o más asegurados mayores de 70 años será necesario un mínimo de 3 asegurados menores de 60 años por cada asegurado mayor de 70 años).

No puede contratar ningún asegurado con un contrato de salud vigente de SegurCaixa Adeslas efectuado a través de cualquiera de los canales de venta.

Ámbito geográfico

Productos no contratable en territorio nacional, únicamente podrán contratar a aquellos asegurados que tengan domicilio fiscal en País Vasco, Asturias y Navarra respectivamente.

Fechas de efecto

Nuevas altas de asegurados durante la vigencia de la póliza.

- Como norma general tomaran efecto el día primero del mes siguiente a la fecha de la comunicación efectuada por el Tomador.
- Siendo "n" el mes de la fecha de la comunicación:
 - Las comunicaciones realizadas durante el mes en curso: Día 1 del mes n+1.
 - Las comunicaciones a partir del día 20 del mes en curso: posibilidad de indicar el día 1 del mes n+2.
 - Si Aseguradora solicita Informes Médicos, será el día 1 de mes siguiente a la recepción y aceptación de los Informes por SCA.

Altas de recién nacidos:

- Si la asistencia de la madre en el parto se realiza con cargo al seguro de la Aseguradora, los hijos recién nacidos tendrán derecho a ser incluidos en la póliza de la madre desde el

momento de su nacimiento. Para ello, el tomador deberá comunicar a la Aseguradora tal circunstancia dentro de los 15 días naturales siguientes a la fecha de alta hospitalaria del recién nacido y como plazo máximo 30 días naturales transcurridos desde la fecha del nacimiento, mediante la cumplimentación de una solicitud de seguro. Las altas comunicadas en plazo retrotraerán sus efectos a la fecha del nacimiento, no aplicándose periodo de carencia superior al que faltase por consumir a la madre.

- Si el alta del recién nacido se comunica con posterioridad al plazo indicado, será necesario cumplimentar el Cuestionario de Salud y la Aseguradora podrá denegar la admisión. De aceptarse el nuevo Asegurado, serán aplicables a éste los periodos de carencia establecidos en la Condición General 5ª (Cláusulas Descriptivas de Cobertura de las CCGG).
- En todo caso, la Aseguradora cubrirá la asistencia sanitaria al recién nacido durante los primeros treinta días naturales de vida, finalizando la cobertura transcurrido dicho plazo, si no se hubiere solicitado su alta conforme a lo establecido en el párrafo primero de este apartado.

Formas de contratación

Procedimientos de Contratación

El mediador de **Adeslas** dispondrá para la contratación de pólizas de los siguientes documentos:

• Solicitud de Seguro.

En este impreso se detallan los datos del tomador y asegurados, así como la información necesaria para efectuar los pagos a través de domiciliación bancaria.

El Tomador de la Póliza deberá firmar la solicitud de seguro y los datos de domiciliación bancaria.

• Cuestionario de Salud.

Es el documento por medio del cual cada uno de los solicitantes comunica a la Compañía las enfermedades o causas, relativas a su salud, necesarias para valorar su aceptación o rechazo por parte del asegurador.

Cada uno de los potenciales asegurados deberá cumplimentar, y firmar, el cuestionario de salud facilitado por La Aseguradora.

El mediador remitirá a **Adeslas**, la solicitud de seguro formulada por los tomadores, según normas de aceptación y tarifas de primas establecidas por **Adeslas**.

La aceptación o rechazo de la solicitud será competencia exclusiva de **Adeslas**, quien comunicará su decisión dentro del plazo de los 15 días siguientes a la fecha de recepción de la misma.

La entrega de la tarjeta se remitirá por cada IMQ, en todos los casos, en un plazo de 30 días, a contar desde la fecha de emisión de la Póliza.