



Documento informativo que carece de valor contractual dirigido a los Colegiados y Mutualista de la Mútua (Pól. Núm. 666007043)



Adeslas Extra

Para los que quieren elegir su sanidad privada en cualquier parte del mundo

SUMA ASEGURADA

El Asegurador, en concepto de reembolso de gastos por la asistencia sanitaria que, cubierta por la Póliza, hubiera recibido el Asegurado, abonará una cantidad equivalente al 80% de dichos gastos, y siempre con un máximo de 150.000 € por Asegurado y anualidad de Seguro. La cantidad indicada constituye, por ello, la suma asegurada prevista en las Cláusulas Descriptivas de Cobertura 2 y 8 de Condiciones Generales.

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

LÍMITES ESPECIALES DE REEMBOLSO

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

1) Asistencia ambulatoria

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

Consulta40.000 € anuales.

En la cantidad citada quedan comprendidos todas las pruebas diagnósticas y actos terapéuticos realizados en la consulta al Asegurado por el propio especialista encargado de establecer el diagnóstico y tratamiento.

2) Asistencia hospitalaria

2.1. HONORARIOS MÉDICOS EN CASO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

La intervención quirúrgica realizada al Asegurado se catalogará dentro del grupo que corresponda, según la Clasificación Terminológica de Actos y Técnicas Médicas editada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, no abonándose para el conjunto de los honorarios satisfechos a cirujanos, ayudantes, anestesistas y cualesquiera otros profesionales, cantidad superior a 40.000 € anuales.

2.2. HONORARIOS MÉDICOS CUANDO NO EXISTA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Gastos razonables y acostumbrados.

2.3. PRÓTESIS

La cantidad máxima a reembolsar será de 3.500 € por Asegurado y año.

2.4. OTROS GASTOS HOSPITALARIOS

Gastos de estancia y otros gastos hospitalarios: la cantidad máxima a reembolsar por ambos conceptos será de 1.000 € por día de hospitalización del Asegurado. Si estuviera ingresado en U.V.I., el límite será de 1.300 € por día.

En el supuesto de tratamientos en régimen de hospital de día, la cantidad máxima a reembolsar será de 500 € por cada tratamiento.

Las cantidades indicadas comprenden el reembolso abonable por cualesquiera conceptos sanitarios derivados o correspondientes a la hospitalización, a excepción de los honorarios Médicos.

2.5. TRANSPLANTES

La cantidad máxima a reembolsar por la Aseguradora en los casos de intervenciones quirúrgicas con la finalidad de efectuar un trasplante de órgano, no superará los siguientes límites:

Pulmón	150.000 € anuales
Hígado	150.000 € anuales
Corazón	150.000 € anuales
Médula ósea	150.000 € anuales
Riñón	150.000 € anuales
Córnea	10.000 € anuales

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

3) Asistencia por maternidad

El reembolso a realizar por la Aseguradora de los gastos correspondientes a la asistencia médica y/o quirúrgica del parto y puerperio (sea parto normal o cesárea) no superará en su conjunto la cantidad de 4.000 € anuales.

En estos importes quedan incluidos todos los gastos causados durante el ingreso, internamiento y visitas hospitalarias, pruebas diagnósticas, honorarios del tocólogo, matrona y ayudantes, anestesia y cualesquiera gastos hospitalarios.

En caso de que la Asegurada sea hospitalizada en un centro incluido en el Cuadro Médico de la Aseguradora, siendo el tocólogo ajeno al Cuadro, ésta asumirá la totalidad del gasto hospitalario conforme la Modalidad II y reembolsará en concepto de honorarios hasta un máximo de 4.000 € anuales.

4) Enfermedades congénitas del recién nacido

Se cubrirá la asistencia y los gastos causados por este motivo, únicamente durante el primer año de vida del recién nacido y por un límite máximo, para dicho periodo de tiempo y por todos los conceptos de asistencia sanitaria, de 8.000 €.

5) Tratamientos especiales

Gastos razonables y acostumbrados.

6) Otras prestaciones

Las prestaciones que a continuación se citan tendrán los límites anuales de reembolso que, para cada una de ellas, se señalan:

Odontoestomatología (sólo prestaciones cubiertas según cláusulas 4 y 5 de Condiciones Generales)	365 € año
Rehabilitación y fisioterapia	1.500 € año
Psicoterapia	1.500 € año
para el límite de 20 sesiones y 3.000 € año para el límite de 40 sesiones en los casos de terapia derivada de trastornos alimentarios.	
Ambulancia	1.200 € año
Podología	200 € año
Preparación al parto	100 € año

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

7) Condiciones económicas

Las primas mensuales, por persona asegurada, que se aplican durante el año **2022** para los servicios expuestos, serán:

Hasta los 59 años de edad	88,16 €
Des de los 60 años de edad	158,76 €

Se admiten nuevas personas asegurables **hasta los 66 años**.

Complemento dental:

La prima mensual, por persona, durante el año **2022** es de **7,79 €**.