

# *Anexo de Servicio Premium*

Ilustre Colegio de Abogados de Sevilla





Anexo de Servicios Premium  
AS - AM 106



# Índice

A. Asegurados/as	Página 6
B. Medicina primaria	Página 6
C. Servicios de urgencia	Página 7
D. Especialidades médicas y quirúrgicas	Página 7
E. Medios de diagnóstico	Página 10
F. Medicina preventiva	Página 11
G. Tratamientos terapéuticos	Página 12
H. Hospitalización	Página 14
I. Otros servicios	Página 15
J. Ampliación de coberturas	Página 17
K. Franquicias y reembolsos	Página 23
L. Garantía complementaria de hospitalización	Página 24
M. Garantía complementaria de accidentes	Página 26

# Anexo de Servicios Premium

## AS - AM 106

### A. ASEGURADOS/AS

Además del Abogado/a que se encuentre de alta en el Ilustre Colegio de Abogados de Sevilla, podrán considerarse como Asegurados/as en la póliza los siguientes familiares de éste/a: cónyuge o pareja de hecho (debidamente formalizada en el Registro) e hijos/as y nietos/as recién nacidos/as que convivan en el domicilio familiar del Colegiado/a.

También son Asegurados/as todos los que se encuentren al día de hoy en la relación adjunta, mientras el Abogado/a que conforme la unidad familiar permanezca en situación de Alta Colegial. En el momento en el que el Asegurado/a pierda su condición de Colegiado/a, tanto él/ella como su unidad familiar dejarán de estar Asegurados/as en la presente póliza.

Tendrán la misma condición que los Colegiados/as todos los empleados/as que trabajan en el Ilustre Colegio.

### B. MEDICINA PRIMARIA

**Los servicios serán prestados exclusivamente por médicos/as de la entidad que figuren en la Guía de Servicios de la Póliza.**

- **Medicina General.** Asistencia médica con indicación y prescripción de pruebas y medios de diagnóstico básicos.
- **Pediatría y Puericultura.** Asistencia de niños/as menores de 16 años con indicación y prescripción de pruebas y medios de diagnóstico básicos. Incluye controles preventivos y de desarrollo infantil, programa de niño/a sano y vacunación según calendario oficial (**EXCLUIDAS VACUNAS**).
- **Servicio de Enfermería.** Asistencia en consultorio y a domicilio. Para la asistencia a domicilio, **sólo previa prescripción de un médico/a concertado con la Entidad que justifique la imposibilidad del desplazamiento.**

## C. SERVICIOS DE URGENCIA

- **Asistencia Permanente de Urgencia.** Se prestará en los centros concertados por la Aseguradora y que figuran en la Guía de Servicios. En caso justificado, se facilitará el servicio a domicilio por los servicios permanentes de guardia (Medicina General y/o servicio de Enfermería), de conformidad con lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza.

- **Asistencia Permanente de Urgencia a Desplazados/as en España.**

- **Ambulancia.** Se prestará por vía terrestre en caso de necesidad urgente y justificada para el traslado e ingreso del enfermo/a a las clínicas de urgencias concertadas con la Entidad así como para traslados al domicilio del Asegurado/a o a una clínica u hospital concertado de su provincia.

Para todos estos casos sólo bajo prescripción de un médico/a concertado con la Entidad. Este servicio se solicitará en los teléfonos **900 505 040** o **919 191 898**.

**No queda cubierta para la realización de pruebas diagnósticas, rehabilitación o consultas de origen extrahospitalario.**

## D. ESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

Incluye la atención en consultorio y en centro sanitario de visitas, pruebas de diagnóstico, actos terapéuticos e intervenciones comprendidas en las especialidades descritas **y serán prestados únicamente por facultativos/as que figuren en la Guía de Servicios de la Póliza.**

- **Alergología.** Incluidas las autovacunas.

- **Anestesiología y Reanimación.** Toda clase de anestесias prescritas por médicos/as de la Entidad para intervenciones quirúrgicas cubiertas por la Póliza.

- **Anatomía Patológica.**

- **Angiología y Cirugía Vascular.**

- **Aparato Digestivo.**

- **Cardiología.**

- **Cirugía Cardiovascular.**

- **Cirugía General y del Aparato Digestivo.** Quedan incluidas las técnicas vía laparoscópica que han demostrado su eficacia, siempre que el/la profesional esté acreditado para realizarla.

Queda incluida la **Cirugía Robótica exclusivamente para cirugía en pacientes oncológicos con metástasis abdominal de cáncer de ovario. Servicio vía reembolso de 2.500 €.**

- **Cirugía Máxilo-Facial.** Quedan cubiertos los cordales. **Quedan expresamente excluidos todos los actos odontológicos, aun cuando esté realizada por maxilofacial así como la cirugía ortognática y cirugía previa a implantes.**

- **Cirugía Pediátrica.**

- **Cirugía Plástica y Reparadora.** **Está excluida 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.

- **Cirugía Torácica.**

- **Dermatología médico-quirúrgica y venereología.** Quedan excluidos los tratamientos con fines puramente estéticos.

- **Endocrinología y Nutrición.** Queda expresamente excluida la cirugía de la obesidad, la unidad de trastornos de la alimentación ya sea ambulatoria como en régimen de hospitalización.

- **Estomatología-Odontología.** Incluye únicamente extracciones, curas simples estomatológicas derivadas de éstas, radiografías simples, ortopantomografía y limpiezas de boca. **Quedan expresamente excluidos todos los demás actos odontológicos, aun cuando estén realizados por maxilofacial así como la cirugía ortognática y cirugía previa a implantes.**

- **Geriatría.**

- **Hematología y Hemoterapia.**

- **Medicina del Deporte.**

- **Medicina Interna.**

- **Nefrología.**

- **Neumología.**

- **Neurocirugía.**



- **Neurología.**
- **Neurofisiología clínica.**
- **Obstetricia y Ginecología.** Incluye la vigilancia del embarazo por médico/a tocólogo/a, y asistencia por éste en todo tipo de partos, auxiliado por Matrona/ón.
- **Oftalmología.** Incluye la fotocoagulación por láser y el trasplante de córnea siendo la córnea a trasplantar por cuenta del Asegurado/a.
- **Oncología Médica.**
- **Otorrinolaringología.**
- **Psiquiatría.** Excluidos cualquier tipo de test, tratamiento de drogadicción y alcoholismo, y terapias tanto de grupo como individuales.
- **Radiología.** Incluida la Radiología de carácter Intervencionista.
- **Reumatología.**
- **Traumatología y Cirugía Ortopédica.** Incluye la cirugía artroscópica, cirugía de la mano, nucleotomía percutánea, quimionucleosis y las prótesis señaladas en el presente Condicionado.

**QUEDA INCLUIDO EL CULTIVO DE CÉLULAS AUTÓLOGOS DE CONDROCITOS BAJO REEMBOLSO DE 2.500 €.**

- **Tratamiento del dolor**
- **Urología.** Incluye la vasectomía, así como el estudio y diagnóstico de la esterilidad e infertilidad. **Incluida la Litotricia extracorpórea.**

Queda incluido el uso del láser para el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata. Esta cobertura solo será posible realizarla en centros médicos y por facultativos/as concertados por la entidad.

## E. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

Las Pruebas de Diagnóstico se realizarán, en todos los casos, previa prescripción escrita de un médico de la Entidad y se practicarán en los centros sanitarios designados por la misma. Los medios de contraste y los radiofármacos utilizados se encuentran incluidos en la cobertura de los Medios de Diagnóstico.

### • MEDIOS DE DIAGNÓSTICO BÁSICOS. Comprende los siguientes servicios:

- **Análisis Clínicos.** Bioquímica, Hematología, Microbiología, Parasitología, Anatomía Patológica y Citopatología; y las pruebas genéticas cuyo fin sea el diagnóstico de enfermedades de carácter oncológico.

- **Radiología Simple.**

- **Otros Medios de Diagnóstico.** Comprende los siguientes servicios:

- Radiodiagnóstico. Incluye las técnicas habituales como Angiografía, Arteriografía Digital, Densitometría Ósea, Ecografías, Mamografía, Radiología no Intervencionista.
- Medicina Nuclear. Isótopos radioactivos y Gammagrafía.
- Resonancia Magnética Nuclear (RMN).
- Tomografías:
  - Tomografía Axial Computerizada (TAC/SCANNER).
  - Tomografía por Emisión de Positrones (PET). **Exclusivamente para la detección de neoplasias de pulmón, cabeza y cuello, mama y aparato digestivo.**
  - Tomografía por Múltiples Detectores (DMD). **Exclusivamente para patologías del sistema vascular.**
- Endoscopias, incluida la técnica de la cápsula endoscópica.
- **Diagnóstico cardiológico.** Electrocardiograma, Prueba de Esfuerzo, Ecocardiograma, Holter, Doppler y Hemodinámica.
- **Neurofisiología Clínica.** Electroencefalografía y Electromiografía.
- **Triple Screening, Amniocentesis y Estudio del Cariotipo Fetal en el embarazo de Riesgo.**
- **Polisomnografía.** Exclusivamente para el estudio del síndrome de la apnea obstructiva del sueño.

## F. MEDICINA PREVENTIVA

Deberán ser solicitados por médicos/as de la Entidad y se realizarán en los centros sanitarios designados por la misma.

### • OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA:

- **Chequeo Ginecológico.** Revisión anual incluyendo visita, informe, citología, ecografía y termografía mamaria, si procede.

### • UROLOGÍA:

- **Chequeo Urológico.** Revisión anual incluyendo visita, informe, ecografía renal y vesicoprostática, P.S.A. (antígeno prostático específico) y ecografía transrectal si procede.

### • PEDIATRÍA:

- **Programa de salud infantil** que comprende los exámenes de salud al recién nacido/a, incluyendo pruebas de metabolopatías, potenciales evocados, audiometría, test de agudeza visual y ecografía neonatal; el programa de vacunación infantil obligatorio en España (excluidas vacunas), en centros de referencia concertados, y los controles de salud durante los cuatro primeros años.

### • APARATO DIGESTIVO:

- **Programa de prevención del cáncer colorrectal** para personas mayores de 40 años, que comprende consulta médica, exploración física, test específico y colonoscopia en caso necesario. En personas menores de 40 años, será necesaria prescripción escrita de un médico/a de la Entidad Aseguradora.

### • CARDIOLOGÍA:

- **Chequeo Cardiológico.** Revisión anual incluyendo visita, informe, exploración cardiovascular, electrocardiograma, analítica y si procede, prueba de esfuerzo y ecocardiograma.

### • PLANIFICACIÓN FAMILIAR:

- **Implantación del DIU, incluyendo el coste del dispositivo.**

- **Vasectomía y Ligadura de Trompas.**

- **Pruebas Diagnósticas de la Esterilidad.**

- **Crío-conservación de las células madre del cordón umbilical.** Incluye la extracción y el mantenimiento de las mismas. **Servicio vía reembolso de 550 €.**

## G. TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS

Deberán ser solicitados por médicos/as de la Entidad y se realizarán en los centros sanitarios designados por la misma.

- **Aerosolterapia y Ventiloterapia.** Los medicamentos serán, en todos los casos, de cuenta del Asegurado/a.
- **Radioterapia:**
  - **Cobaltoterapia.**
  - **Acelerador Lineal de Partículas,** incluyendo la radiocirugía **exclusivamente para el tratamiento de tumores cerebrales.**
  - **Braquiterapia.**
- **Transfusiones de sangre y/o plasma en régimen de hospitalización.**
- **Litotricia Renal.**
- **Litotricia Biliar.**
- **Oxigenoterapia ambulatoria y a domicilio.**
- **Rehabilitación y Fisioterapia.** Para el tratamiento de enfermedades y lesiones siempre que las mismas hayan sido contraídas con posterioridad a la fecha de efecto del contrato. Se prestará con carácter ambulatorio, y en el centro hospitalario mientras el Asegurado/a deba permanecer ingresado a causa de una cobertura amparada en la Póliza. **Excluidos los tratamientos rehabilitadores de carácter neurológico.**
- **Rehabilitación Cardiológica.** Para la prevención de la cardiopatía isquémica tras el alta hospitalaria del Asegurado por una afección cardiovascular.
- **Rehabilitación del suelo pélvico.** Exclusivamente como consecuencia directa del parto.
- **Hipertermia Prostática.**
- **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.**

- **Logopedia y Foniatría.** Se prestará para tratamientos consecuencia de intervenciones quirúrgicas de laringe; y para los menores de 16 años en los trastornos en la adquisición de la lectura, escritura, dislexia y en el desarrollo de lenguaje. **Se prestará por un máximo de 60 sesiones, estando excluidos los procesos motivados en niños/as con retrasos mentales, autistas o con problemas de audición.** Tratamiento de patologías del lenguaje, del habla y de la voz derivadas **exclusivamente** de procesos orgánicos.

- **Quimioterapia.** Los tratamientos quimioterápicos serán por cuenta de la Entidad, tanto en régimen ambulatorio como en clínica cuando el internamiento se hiciera necesario; siendo en todos los casos el médico/a especialista de la Entidad encargado de la asistencia quien dispondrá la forma y tratamientos a realizar. En estos tratamientos, la Entidad por lo que se refiere a los medicamentos, correrá con los gastos correspondientes a los productos farmacéuticos específicos que se expenden en el mercado nacional y estén debidamente autorizados por el Ministerio de Sanidad. Periodo de Carencia de **DOCE MESES.**

- **Hemodiálisis. Exclusivamente para el tratamiento de las insuficiencias renales agudas y con función renal normal previa, durante un periodo máximo de 10 sesiones por proceso. Quedan excluidos de dicho tratamiento los procesos crónicos.**

- **Laserterapia.** Se prestará en tratamientos no quirúrgicos del aparato locomotor y en oftalmología.

- **Magnetoterapia.** Se prestará en tratamientos no quirúrgicos del aparato locomotor.

- **Ortótica.** Se prestará como consecuencia de la aparición del estrabismo.

## H. HOSPITALIZACIÓN

Deberán ser solicitados por médicos/as **de la Entidad** y los ingresos se efectuarán **en los centros designados por la misma** en habitación individual con cama de acompañante, excepto en casos de hospitalización psiquiátrica, UVI e incubadora. Serán por cuenta de la Entidad el tratamiento, estancias, curas y su material, y la manutención del enfermo/a mientras se encuentre ingresado así como los gastos de quirófano, productos anestésicos y medicamentos utilizados tanto en el acto quirúrgico como en la hospitalización.

- **Hospitalización Quirúrgica.** Queda incluida la hospitalización de día. La manutención del acompañante será a cargo de la Entidad los tres primeros días de ingreso. En el caso de que la hospitalización sea consecuencia de un parto o una cesárea se incluye en caso de necesidad la estancia en incubadora del recién nacido.

En los casos en los que el Asegurado/a desee ser intervenido por cirujano ajeno al Cuadro de la Entidad, se facilitarán únicamente las estancias clínicas, incluido el derecho de quirófano, con la limitación de **12 días como máximo por intervención**. Deberá retirarse con antelación suficiente de las Oficinas de la Compañía la correspondiente autorización, para lo cual se presentará el informe del cirujano/a que vaya a intervenir.

- **Hospitalización Médica.** Para el tratamiento de enfermedades. **La Entidad limita la cobertura hasta la fecha de alta determinada por el médico/a de la Entidad responsable de la asistencia.**

- **Hospitalización Pediátrica.** Para el tratamiento de enfermedades. **La Entidad limita la cobertura hasta la fecha de alta determinada por el médico/a de la Entidad responsable de la asistencia.**

Se incluye en caso de necesidad la estancia en incubadora del recién nacido/a.

- **Hospitalización Psiquiátrica.** Para el tratamiento de las crisis esquizofrénicas y trastornos mentales en fase aguda que no pueda tratarse en el domicilio del paciente y precisen internamiento. **El periodo de cobertura se limita a 60 días al año.**

- **Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos.** Para el tratamiento de enfermedades y afecciones cardío-vasculares y de cualquier otra etiología.

## I. OTROS SERVICIOS

- **Asistencia Sanitaria que exija el tratamiento de accidentes laborales, profesionales y los amparados por el seguro obligatorio de automóviles.** Si existiera un tercero civilmente responsable, la Entidad quedará subrogada en todos los derechos y acciones del Asegurado/a o del Tomador.

- **Láser Excímer para la corrección del Astigmatismo, Hipermetropía y Miopía.** Se prestará en el centro designado por la Entidad con carácter ambulatorio cuando el Asegurado/a tenga más de dos dioptrías en el caso de astigmatismo y tres en el caso de hipermetropía. En el caso de miopía, cuando tenga más de cuatro dioptrías o presente una descompensación entre ambos ojos de más de dos dioptrías. **Franquicia a cargo del Asegurado/a de 600 € por cada ojo.**

- **Podología en consultorio. Limitado a 12 sesiones anuales por Asegurado/a.**

- **Preparación para el Parto.** Sesiones de preparación antes del parto en un centro designado por la Entidad previa autorización por escrito de la misma.

- **Prótesis. Las prótesis garantizadas por la Entidad serán las siguientes:**

- **Prótesis Oftalmológicas.** La lente intraocular en intervenciones de cataratas practicadas por médicos/as de la Entidad.
- **Prótesis Cardiacas y Cardiovasculares.** Las válvulas cardíacas, marcapasos, stents y las prótesis de bypass vascular.
- **Prótesis Traumatológicas.** Las prótesis de cadera y las prótesis internas traumatológicas.
- **Prótesis Mamarias, exclusivamente tras mastectomía radical.**
- **Material de Osteosíntesis.**

El coste de cualquier otro tipo de prótesis, piezas anatómicas y ortopédicas, será de cuenta del Asegurado/a. Periodo de carencia de DIEZ MESES.

- **Servicio Telefónico de Orientación Médica 24 horas 900 50 50 40 o 919 191 898.** Información telefónica de apoyo, todos los días del año, referente a enfermedades, tratamientos y prevención de su salud, así como en la utilización de medicamentos, comprensión de informes de laboratorio, terminología médica, evaluación de informes y diagnósticos.

• **Osteopatía.** Las sesiones se prestarán por un facultativo/a de la Guía de Servicios acreditado bajo prescripción médica. **Se limita su cobertura a un total de 12 sesiones anuales por Asegurado/a.**

• **Homeopatía.** Se prestará por un facultativo/a acreditado de la Guía de Servicios. **Se limita su cobertura a un total de 12 visitas anuales por Asegurado/a.**

• **Acupuntura.** Se prestará por un facultativo/a acreditado de la Guía de Servicios. **Se limita su cobertura a un total de 12 visitas anuales por Asegurado/a.**

• **Psicología.** Se prestará **por un facultativo/a de la Guía de Servicios** y bajo la prescripción de un psiquiatra y cuya finalidad sea el tratamiento de patologías susceptibles de intervención psicológica. La atención será individualizada y con carácter temporal. **Se limita su cobertura a una sesión semanal con un límite de 20 sesiones al año.**

• **Trasplantes.** Quedan cubiertos todos los gastos derivados de la implantación del órgano así como las pruebas de histocompatibilidad. Los trasplantes cubiertos son los relativos a los siguientes órganos:

- Corazón.
- Pulmón.
- Riñón.
- Hígado.
- Médula ósea.
- Córnea.

**Se excluye la extracción, transporte y conservación del órgano a transplantar.**



## J. AMPLIACIÓN DE COBERTURAS

- **Angiología y cirugía vascular.** Incluye el tratamiento endoluminal de varices por láser (Mi-croespuma, laser y chiva para varices), siempre y cuando no sea por motivos estéticos.
- **Aparato digestivo.** Queda incluida la cápsula endoscópica para el estudio diagnóstico de la hemorragia digestiva de origen no identificado después de colonoscopia y endoscopia alta. Queda incluida la 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.
- **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/m<sup>2</sup>, o a 35 si se asocian comorbilidades mayores.
- **Oncología radioterápica.** Incluye cobaltoterapia, braquiterapia, acelerador lineal, los isótopos radioactivos, la radioneurocirugía esterotáxica en los tumores intracraneales, y la radioterapia de intensidad modulada cuando estén médicamente indicadas. Se incluye la cirugía de la epilepsia y del Parkinson. **Queda excluida la terapia con haz de protones.**
- **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 realizadas con el radiofármaco 18F-FDG en indicaciones clínicas oncológicas**).
- **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 y las plataformas genómicas de cáncer de mama Oncotype y Mammaprint. Incluye también los test de DNA fetal en sangre materna cuando estén médicamente indicados para el cribado prenatal. **Quedan expresamente excluidos 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 y cualquier otra técnica genética o de biología molecular.**
- **Planificación Familiar:** implantación de DIU y su vigilancia, incluyendo el coste del dispositivo.

- **Laserterapia.** Incluye fotocoagulación en oftalmología, la cirugía en coloproctología, las intervenciones quirúrgicas en ginecología, otorrinolaringología y dermatología, así como el láser en rehabilitación músculo-esquelética, 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. **Quedan expresamente excluidas todas aquellas técnicas quirúrgicas o terapéuticas que empleen láser y no se encuentren en el detalle anterior.**

- **Implantes y prótesis:**

- **Cardiovasculares:** Marcapasos (monocamerales, bicamerales y resincronizadores, **con exclusión de los desfibriladores**), válvulas cardíacas mecánicas, biológicas xenólogas y anillos para valvuloplastia, stent coronario (medicalizado o no medicalizado), prótesis de bypass vascular y las Endoprótesis (stent) vasculares. Se incluyen los coils (materias de embolización, tipo líquido o dispositivo). **No se incluyen las partículas liberadoras de fármacos ni los dispositivos tipo amplatzer y similares, ni periféricos ni cardíacos (estos dispositivos se catalogan como dispositivos oclusores/ tapón cardíaco y vasculares).**

- **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.

- **Quimioterapia o Tratamiento del Dolor:** reservorios implantables (ports).

- **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 otorrinolaringológicos:** tubos de drenaje transtimpánicos. Prótesis de oído medio para la reconstrucción osicular (martillo, yunque y estribo).

- **Medios de diagnóstico:** Incluye tomosíntesis y enterorresonancia (en centros concertados para ofrecer estas pruebas).

- **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.

**\* 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).**

- **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. **Queda excluido el tratamiento de los trastornos del aprendizaje (dislexia, disgrafía y discalculia).**

- **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 euros.**
- 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:

1. Diagnóstico de tumor maligno prostático localizado;
2. PSA menor o igual a 15 ng/ml en el momento de la indicación quirúrgica;
3. Ausencia de afectación extracapsular y/o de vesículas seminales en la ecografía transrectal o medios de imagen (tumor estadificado como T1 o T2);
4. Ausencia de evidencia de metástasis y/o invasión linfática (tumor estadificado como N0 y M0);
5. 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**).

• **Reembolso de Farmacia.** Queda incluida la cobertura de REEMBOLSO EN FARMACIA EXTRAHOSPITALARIA, en las condiciones, límites y con los requisitos que seguidamente se detallan:

La referida cobertura comprenderá el reembolso del **50% con un límite de 200 euros por persona y año**, de aquellas especialidades farmacéuticas dispensadas en farmacias, prescritas por un facultativo/a y que, en la fecha de su dispensación, se encuentren dentro de las financiadas por el Sistema Nacional de Salud y que sean necesarias para los tratamientos o patologías cubiertas por la póliza.

La Aseguradora asumirá esta cobertura mediante el sistema de reembolso de gastos, para lo que el Asegurado/a deberá cumplimentar el formulario de solicitud de reembolso que para tal finalidad tenga establecido la Aseguradora y acompañar al mismo:

- Original de la prescripción en la que deberá constar:
  - La identidad del facultativo/a que la extiende, su firma y número de colegiado/a.
- La identidad del paciente.
  - La identificación del producto recetado.
- Documento acreditativo del pago.

Para la gestión del reembolso la Aseguradora podrá ejercitar el derecho de pedir la información clínica necesaria al Asegurado/a que justifique la necesidad de la medicación y la concurrencia de las condiciones referidas anteriormente.

• **Cobertura de Rehabilitación, Fisioterapia y Podología mediante modalidad de Reembolso de Gastos**

**1) Descripción**

Mediante esta cobertura, la Aseguradora garantiza, con los porcentajes y límites económicos que se indican en el siguiente punto 2), el reembolso de los gastos sanitarios sufragados por el Asegurado/a al recibir, en territorio nacional y a través de facultativos/as o profesionales sanitarios no incluidos en los Cuadros Médicos de la Aseguradora, cualquiera de los siguientes servicios sanitarios:

**Rehabilitación y Fisioterapia: incluye**

- Consultas ambulatorias llevadas a cabo por médicos/as especialistas en Medicina Física y Rehabilitación.
- Realización en consulta de procedimientos diagnósticos o terapéuticos por médicos/as especialistas en Medicina Física y Rehabilitación.

- Realización, en régimen ambulatorio y por parte de profesionales fisioterapeutas titulados, de sesiones de:
  - Fisioterapia del aparato locomotor, siempre que las mismas hubieren sido prescritas por especialista en Rehabilitación, Reumatología o Traumatología pertenecientes al Cuadro Médico de la Aseguradora.
  - Fisioterapia para la rehabilitación del suelo pélvico. Sólo estarán dentro de esta cobertura cuando la finalidad de la misma sea tratar las disfunciones producidas como consecuencia del embarazo y parto, y siempre que éstos hubieren sido cubiertos previamente por la Aseguradora y sean prescritas por especialista en Medicina Física y Rehabilitación o Ginecología pertenecientes al Cuadro Médico de la Aseguradora.

**Podología**, incluye **exclusivamente** los tratamientos de quiropodia realizados en consulta por podólogo/a titulado/a.

## 2) Por Porcentajes de reembolso y límites reembolso y límites económicos

El reembolso de gastos garantizado por la Aseguradora por los servicios sanitarios descritos en el apartado 1) anterior **será del cincuenta (50) por ciento del importe** al que ascienda el coste del servicio sanitario cubierto que hubiere recibido el Asegurado/a y ello con los límites económicos que, por Asegurado/a y anualidad de seguro, seguidamente se indican:

- **Rehabilitación y Fisioterapia: 500 euros.**
- **Podología: 200 euros.**

Alcanzados los referidos límites se entenderán finalizadas las obligaciones de reembolso de la Aseguradora, hasta una nueva anualidad de seguro si este se prorrogase. Cuando el Asegurado/a estuviere en alta por un período inferior a una anualidad de seguro completa, los límites señalados se reducirán proporcionalmente.

### 3) Procedimiento para el reembolso

Para obtener el reembolso de estos gastos sanitarios, el Asegurado/a deberá presentar bien a través del área privada en la web [www.segurcaixaadeslas.es](http://www.segurcaixaadeslas.es), o bien en las oficinas de la Aseguradora la siguiente documentación:

- a) Impreso de solicitud de reembolso de gastos, según modelo de la Aseguradora, debidamente cumplimentado y firmado por el Asegurado/a.
- b) Original o copia de la factura relativa al gasto sanitario causado y recibo acreditativo de haber satisfecho su importe. Las facturas incluirán:
  - La identificación completa del emisor (nombre y apellidos, domicilio, NIF, especialidad en su caso y número de colegiado/a).
  - Identificación del acto sanitario realizado y la fecha en que se llevó a cabo.
  - Identificación (nombre y apellidos) del Asegurado/a atendido.
- c) Original o copia de la prescripción médica en caso de gastos por servicios de fisioterapia.

No obstante lo anterior, el Asegurado/a, cuando así sea requerido por la Aseguradora, deberá aportar los originales de las facturas y, en su caso, de la prescripción médica.

La Aseguradora hará efectivo al Asegurado/a el importe de reembolso que corresponda dentro de los 15 días laborables siguientes a la recepción de la documentación completa especificada en el apartado anterior. El pago se efectuará mediante transferencia bancaria a la cuenta bancaria nacional indicada por el Asegurado/a en el impreso de solicitud, en el caso que no figure informada se realizara a la cuenta de domiciliación del recibo de prima.

K. FRANQUICIAS Y REEMBOLSOS

• **FRANQUICIAS:** los servicios citados a continuación tienen una franquicia asociada (cuantía económica determinada que corresponde abonar por el Tomador/Asegurado/a al prestador/a del servicio):

Franquicias

Concepto	EUROS
· LÁSER EXCÍMER (por ojo) .....	600 €.
· CIRUGÍA ROBOTICA (en urología) .....	6.000,00 €.
- En el tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata mediante prostatectomía radical.	
- En el tratamiento quirúrgico, mediante nefrectomía parcial, del carcinoma renal.	

• **REEMBOLSOS:** Para los conceptos citados en la siguiente tabla, el Asegurado/a acudiría al centro concertado con la Entidad y tras abonar en éste las facturas correspondientes, solicitará el reembolso de las cantidades a la Entidad según los límites indicados a continuación.

Reembolsos

Concepto	EUROS
Crioconservación del cordón umbilical .....	550 €
Cultivo de células autólogas de condrocitos .....	2.500 €
Cirugía Robótica .....	2.500 €

## L. GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE HOSPITALIZACIÓN

Las Condiciones Generales de la Póliza de asistencia sanitaria son de aplicación en tanto no se opongan a lo que las presentes disponen, así como las cláusulas limitativas que en dichas condiciones se recogen.

### • DEFINICIONES

**Hospitalización:** Ingreso del Asegurado/a en un centro hospitalario por un periodo de tiempo superior a 24 horas.

### • OBJETO DEL SEGURO

#### - Riesgos Cubiertos.

Por la presente garantía la Compañía se obliga, dentro de los límites y condiciones estipuladas en la presente póliza, a pagar la indemnización diaria especificada en las Condiciones Particulares de la póliza al Asegurado cuando a consecuencia de enfermedad o accidente el Asegurado/a deba permanecer hospitalizado.

En caso de siniestro, el periodo de devengo del proceso, ya sea de un modo consecutivo o en periodos con intervalos de salud, se establece en un máximo de 90 días para aquellos ingresos hospitalarios de carácter quirúrgico, y un máximo de 30 días para el resto de casos en los que el Asegurado/a deba permanecer hospitalizado.

En ningún caso el Asegurado/a podrá devengar un periodo de indemnización superior a 90 días por un mismo proceso.

#### - Riesgos Excluidos.

Serán de aplicación las exclusiones detalladas en el Condicionado General del seguro de Asistencia Sanitaria y las siguientes causas de hospitalización:

a) Hospitalizaciones para el diagnóstico y/o tratamiento de afecciones no orgánicas, que permitan filiar o tratar la esterilidad, y aquéllas de carácter estético o reparador salvo si la intervención es médicamente necesaria para la recuperación funcional.

b) Afecciones mentales y/o nerviosas de causa no orgánica.



- **FRANQUICIA**

En el caso de que la edad del Asegurado/a en el momento del siniestro no supere los 14 años de edad se le aplicará un periodo de franquicia de 7 días durante los cuales no tendrá derecho el Asegurado/a a percibir el subsidio.

- **DURACIÓN**

La duración de la presente garantía va ligada a la duración del seguro de Asistencia Sanitaria de la que es complemento. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga de la garantía mediante notificación escrita a la otra efectuada con una antelación no inferior a un mes por parte del Tomador y dos meses por parte de la Aseguradora la fecha de conclusión del periodo de la garantía en curso.

**La garantía se extinguirá al término de la anualidad dentro de la cual el Asegurado/a cumpla la edad de 65 años.**

- **TRAMITACIÓN DE SINIESTROS**

Para la tramitación del siniestro se aplicarán las siguientes normas:

A los efectos del devengo de la indemnización diaria, deberá presentarse escrito del médico/a que lo asiste y del centro hospitalario, en el que figure el nombre del enfermo/a, establecimiento sanitario donde haya ingresado, naturaleza del ingreso y médico/a que lo asiste. Para las altas será necesario acreditar la fecha de alta del centro asistencial.

En todo caso y para todos los supuestos la Aseguradora podrá solicitar cuantos documentos y certificados considere precisos para la justificación de los siniestros, debiendo ser suministrados a la misma por cuenta del Tomador, Asegurado/a o Beneficiario/a, pudiendo la Aseguradora disponer las visitas de inspección que estime convenientes para comprobar el estado del Asegurado/a, siempre que no se opongan los médicos/as que lo asistan.

La Aseguradora pagará la indemnización dentro del plazo máximo de los siete días siguientes a la notificación de la fecha del alta.

## M. GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE ACCIDENTES

Las Condiciones Generales de la Póliza de asistencia sanitaria son de aplicación en tanto no se opongan a lo que las presentes disponen, así como las cláusulas limitativas que en dichas condiciones se recogen.

### • DEFINICIONES

- **Accidente:** Lesión corporal, objetivamente comprobable que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intención del Asegurado/a.

### • OBJETOS DEL SEGURO

#### - Riesgos Cubiertos.

La Aseguradora pagará a los beneficiarios/as designados el capital indicado en las Condiciones Particulares si en el plazo de un año, a contar desde la fecha de su ocurrencia, el Asegurado/a fallece a consecuencia directa de un accidente cubierto por la presente garantía.

#### - Riesgos Excluidos.

Serán de aplicación las exclusiones detalladas en el Condicionado General del seguro de Asistencia Sanitaria y los fallecimientos cuya causa sea:

- Actos dolosos que sean cometidos por el Asegurado/a y/o Beneficiario/a, o con su cooperación.
- El infarto de miocardio aún cuando fuera declarado accidente por resolución o sentencia administrativa o judicial a otros efectos legales.
- Las consecuencias de enfermedades u operaciones quirúrgicas que no hayan sido motivadas por un accidente.
- La muerte producida a personas de edad inferior a 14 años o incapacitadas.

### • ÁMBITO GEOGRÁFICO

Las garantías y/o siniestros cubiertos mediante esta Póliza son de ámbito MUNDIAL.

## • BENEFICIARIOS

Salvo designación expresa los Beneficiarios/as lo serán por el orden riguroso de preferencia que se indica a continuación:

1. Cónyuge.
2. Hijos/as supervivientes a partes iguales.
3. Padres del Asegurado/a, por partes iguales, o del superviviente.
4. A falta de éstos, a quien en derecho corresponda.

## • DURACIÓN

La duración de la presente garantía va ligada a la duración del seguro de Asistencia Sanitaria de la que es complemento. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga de la garantía mediante notificación escrita a la otra efectuada con una antelación no inferior a un mes por parte del Tomador y dos meses por parte de la Aseguradora la fecha de conclusión del periodo de la garantía en curso.

La garantía se extinguirá al término de la anualidad dentro de la cual el Asegurado/a cumpla la edad de 65 años.

## • TRAMITACIÓN DEL SINIESTRO

Al acaecimiento del siniestro deberá presentarse en el plazo más breve posible la siguiente documentación:

- Certificado del médico que haya asistido al Asegurado/a en el que se detallará las circunstancias y causas del fallecimiento.
- Documentos justificantes de su derecho.
- Carta de pago ó exención del impuesto de sucesiones y donaciones.
- La Aseguradora se reserva el derecho de pedir otra documentación que se estime oportuna.



900 50 50 40 · 91 919 18 98  
[www.adeslas.es](http://www.adeslas.es)